



Conseil économique  
et social

Distr.  
GÉNÉRALE

E/ICEF/1999/P/L.17  
22 juin 1999  
FRANÇAIS  
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE  
Conseil d'administration  
Deuxième session ordinaire de 1999  
7-10 septembre 1999  
Point 9 de l'ordre du jour provisoire\*

POUR SUITE A DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE FINANCEMENT D'UN PROGRAMME  
DE PAYS DE COURTE DUREE\*\*

Botswana

RESUME

Le présent document contient une recommandation concernant le financement, par prélèvement sur la masse commune des ressources et à l'aide de fonds supplémentaires d'un programme pour le Botswana d'une durée de trois ans, appuyant les activités devant déboucher sur la préparation d'un programme de pays d'une durée normale. La Directrice générale recommande au Conseil d'administration d'approuver le montant de 2 073 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources, sous réserve de la disponibilité des fonds, et le montant de 1 782 000 dollars à prélever sur les fonds supplémentaires, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales, pour la période 2000-2002.

\* E/ICEF/1999/15.

\*\* Les chiffres indiqués dans le présent document sont définitifs et tiennent compte des soldes non dépensés au titre de la coopération au programme à la fin de l'exercice 1998. Ceux-ci seront indiqués dans l'"Etat récapitulatif des engagements recommandés pour 1999 pour les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources et par des fonds supplémentaires" (E/ICEF/1999/P/L.16).

DONNEES DE BASE  
(1997, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (millions, moins de 18 ans)	0,8
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	49
TMI (pour 1 000 naissances vivantes)	39
Insuffisance pondérale (% modérée et % sévère) (1996)	17
TMM (pour 100 000 naissances vivantes) (1991)	300
Taux d'alphabétisation (% masculin/féminin) (1995)	70/75
Taux d'inscription à l'école primaire (% net masculin/féminin) (1996)	82/86
Taux d'inscription au 1er niveau atteignant le 5e niveau (%) (1994)	89
Accès à l'eau potable (%) (1990)	90
Vaccinations systématiques financées par le gouvernement (PEV) (%)	100
PNB par habitant (dollars E.-U.)	3 260

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

la tuberculose	59 %
la diphtérie, la coqueluche et le tétanos	76 %
la rougeole	79 %
la poliomyélite	80 %
Femmes enceintes vaccinées contre le tétanos:	49 %

LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Selon l'analyse de situation mise à jour à l'aide de données chronologiques tirées du Rapport sur le développement humain du Botswana, complétées par l'Enquête sur la santé de la famille au Botswana, entreprise en 1996, les indicateurs nationaux relatifs à la survie des enfants et à l'espérance de vie à la naissance ont pratiquement stagné à leurs niveaux de 1991. Malgré un accès progressivement accru aux services de santé, on ne voit aucune preuve des tendances positives enregistrées pendant les périodes entre les recensements de 1971/81 et 1981/91.

2. On pense que l'épidémie actuelle causée par le VIH/SIDA est le principal facteur contribuant à la stagnation constatée, le Botswana ayant l'un des taux d'infection s'accroissant le plus rapidement et l'un des taux d'infection par le VIH les plus élevés du monde. Selon le Programme national de lutte contre le SIDA, 29 % de la population sexuellement active (15-49 ans) et 17 % de la population dans son ensemble étaient séropositifs en 1997; et, la même année, 39 et 43 % des femmes enceintes fréquentant les cliniques anténatales sentinelles créées à Gaborone et à Francistown, respectivement, étaient séropositives, dont 29 % ayant entre 15 et 19 ans. Le rapport sur la notification des cas de 1997 a révélé que les jeunes de 15 à 29 ans représentaient 37 % des cas symptomatiques, en majorité des femmes. On estime que près de 54 000 enfants de moins de 4 ans étaient séropositifs en 1997, dont plus de 39 000 souffraient du SIDA. On prévoit que de 65 000 à 70 000 enfants seront orphelins du SIDA d'ici à l'an 2000 et que d'ici 2010, 35 à 40 % de tous les enfants de moins de 15 ans auront perdu un ou les deux parents - de 85 à 95 % du fait du SIDA.

## COOPERATION AU PROGRAMME, 1995-1999

3. Considérablement révisé lors d'un examen à mi-parcours anticipé qui a eu lieu en novembre 1996 afin de tenir compte des nouvelles priorités, du déclin de la masse commune des ressources et des programmes d'aide bilatérale, le programme de coopération pour la période 1995-1999 a été fondé sur le Plan national d'action (PNA) en faveur des enfants du Botswana (1993-2003) qui est axé sur la Convention relative aux droits de l'enfant. L'idée maîtresse était de fournir des solutions novatrices et rentables aux problèmes existants et à ceux qui se faisaient jour, étant entendu que, si elles donnaient de bons résultats, selon des critères mutuellement acceptés, elles seraient transformées en politiques et programmes nationaux exécutés au moyen des ressources locales disponibles.

4. L'UNICEF a appuyé la mise en route du premier programme du Botswana relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui comprend deux centres pilotes à Gaborone et à Francistown et doit être élargi au niveau national au cours du nouveau programme relais. Cette initiative faisait suite à l'élaboration de manuels sur la maternité sans risques publiés à l'intention des cliniques et des postes de santé, un accent particulier étant mis sur les soins obstétricaux essentiels. Lors de sa présidence du Groupe thématique conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA, l'UNICEF a également mis sur pied, en collaboration avec les Nations Unies, le premier programme "ami des adolescents" relatif à la santé sexuelle et en matière de procréation. Celui-ci a servi de base à deux différents modèles de prestation de services à la Clinique pour les jeunes de Gaborone et à la garderie d'enfants de Diphilana. Une nouvelle activité entreprise dans le domaine de l'assainissement et de l'hygiène a donné naissance à un modèle abordable de latrines qui peuvent être construites au moyen de ressources locales et a introduit la promotion de l'hygiène communautaire. Les capacités de gestion des équipes sanitaires de district ont été renforcées afin d'améliorer la qualité des services de santé essentiels grâce à l'introduction d'une méthode de formation fondée sur les problèmes identifiés et analysés par les équipes sanitaires de district elles-mêmes.

5. Grâce à ses efforts de plaidoyer et à une visibilité accrue, le programme d'éducation de base a contribué à l'élaboration de nouvelles approches à l'intention des enfants vivant dans des zones isolées et des étudiantes enceintes, les deux groupes représentant la plupart des 17 % des enfants non inscrits et des filles abandonnant l'école, respectivement. L'UNICEF a mis en place un programme de développement du jeune enfant à l'intention des communautés isolées. En outre, grâce à la fourniture de dessins architecturaux dans le cadre de son initiative pour la participation du secteur privé, Molaletsa, l'UNICEF a aidé à mobiliser près de 4,4 millions de dollars pour le Gouvernement aux fins de la construction et de l'équipement de 50 nouveaux foyers dans les internats d'enseignement primaire de zones isolées. Afin de permettre aux étudiantes enceintes de poursuivre leur éducation de base et, en même temps, de satisfaire la demande commerciale, une garderie d'enfants communautaire modèle a été construite à Mahalapye. Cet établissement, géré par les autorités sanitaires de district sera destiné aux enfants des étudiantes et des enseignantes de l'École secondaire du premier cycle de Pekenene et servira également de salle de classe vivante où seront enseignées les compétences parentales, et de centre d'enseignement après les heures de travail ainsi que de clinique amie des adolescents pour ce qui est de la santé sexuelle et de la

santé en matière de procréation. Ce projet a déjà conduit à la réforme du règlement qui obligeait les étudiantes enceintes à abandonner l'école et à se réinscrire dans une autre école 12 mois après la naissance de leurs enfants.

6. L'UNICEF a aidé à l'élaboration du cadre du premier programme national pour les orphelins du Botswana; a contribué à l'examen de la législation existante qui conduira à la formulation d'une politique nationale complète à l'intention des orphelins fondée sur la Convention relative aux droits de l'enfant; et a aidé le gouvernement à préparer le rapport qu'il doit soumettre au Comité des droits de l'enfant des Nations Unies conformément à la Convention. Afin d'offrir au gouvernement la possibilité de choisir entre différents programmes d'un bon coût-efficacité, il a été élaboré deux projets pilotes de soins aux orphelins : un à Bobirwa, selon lequel le gouvernement sous-traite la fourniture de services essentiels à une organisation communautaire; et l'autre à Mogoditshane, fondé sur une variante communautaire du concept de foyers collectifs à faible coût.

7. L'approche communautaire fondée sur la méthode des trois "A" - appréciation, analyse et action - introduite à l'origine par l'UNICEF afin de résoudre les problèmes liés à la nutrition, est devenue la pierre angulaire de la stratégie communautaire de développement rural du gouvernement en 1997. Son institutionnalisation a été renforcée par la production d'un manuel de l'utilisateur, et des équipes de vulgarisation de district ont reçu une formation à son application. A ce jour, ceci s'est révélé particulièrement efficace en favorisant une collaboration plus étroite entre les enseignants et les parents en matière d'éducation des enfants.

8. L'un des résultats les plus notables du programme 1995-1999 a été le projet Molaletsa. Entrepris dans un effort d'assurer le concours d'une force sociétale permanente nouvelle à l'appui du PNA, Molaletsa est fondé sur le principe de la responsabilité sociale collective, considérant les milieux commerciaux et industriels comme dépositaires de capacités et de compétences uniques qui pourraient être mobilisées pour appuyer le PNA du Botswana plutôt que comme une simple source de philanthropie collective. A ce jour, des partenariats officiels en faveur du PNA ont été établis avec plus de 120 compagnies locales, dont la valeur monétaire de leurs contributions en nature représente près de 500 000 dollars de fonds d'amorçage ayant permis d'obtenir 11,4 millions de plus provenant en grande partie du gouvernement.

9. La collaboration avec le système des Nations Unies a été considérable, par exemple : avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en ce qui concerne le programme du Botswana relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, à la vaccination et à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant; avec l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) dans le cadre de l'initiative de la maternité sans risques et, avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) aux fins de l'élaboration d'un programme scolaire sur les compétences à la vie active, un accent très marqué étant mis sur la santé sexuelle et la santé en matière de procréation et la prévention du SIDA; avec tous les organismes résidents, et en particulier le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) afin de renforcer la capacité institutionnelle nécessaire à l'établissement de rapports conformément aux conventions internationales et de fournir un appui de l'Etude nationale sur la pauvreté; et, dans le cadre de la

première activité coordonnée, avec l'OMS, le FNUAP et le PNUD, pour ce qui est des services relatifs à la santé sexuelle et à la santé en matière de procréation.

10. Bien que les programmes d'aide bilatérale aient pratiquement disparus au Botswana, l'UNICEF continue de bénéficier d'un appui financier de l'Agence suédoise de développement international (orphelins, assainissement et hygiène), des Gouvernements de la Norvège et de la Nouvelle-Zélande (éducation de base dans les zones isolées et étudiantes enceintes) et de la Netherlands Development Organization (orphelins/soins au foyer). L'UNICEF avait également comme partenaires plus de 120 compagnies locales et plus de 35 organisations non gouvernementales (ONG) locales et organisations communautaires, ainsi que les Rotary Clubs de Gaborone et Tirelo. Ses partenariats externes comprenaient Statistics Norway pour ce qui est des systèmes de gestion de l'information en matière de santé et les Centers for Disease Control et Prevention des Etats-Unis et le Harvard AIDS Institute en ce qui concerne le programme du Botswana relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

#### Enseignements tirés

11. L'un des principaux enseignements tirés du programme de coopération précédent est que l'élaboration et l'exécution des projets ont pris plus de temps que prévu du fait de la complexité et de la délicatesse des questions dont ils traitaient et de la nécessité de former un consensus parmi une large gamme de bénéficiaires ayant des intérêts différents. D'autres résultats ont souligné la nécessité : a) de mettre en place des outils de suivi et d'évaluation participative à l'intention pour la méthode des trois "A", qui devrait être elle-même reliée à des interventions concrètes pour lesquelles des ressources sont disponibles; b) de concentrer la participation directe de l'UNICEF sur une région géographique plus restreinte; c) de remédier, grâce à une approche plus complète du système des Nations Unies, au manque de capacité institutionnelle en matière d'établissement des rapports destinés à la communauté internationale conformément conventions dont le Botswana est signataire; d) de traduire la Convention relative aux droits de l'enfant en Setswana, rapprocher ses dispositions de la culture Tswana et s'assurer que les dirigeants traditionnels favorisent sa promotion; e) faire participer les administrateurs chargés de la planification aux niveaux central et des districts au processus de la conception des interventions à une étape plus précoce afin de pouvoir décaisser à temps les montants prévus; et f) examiner régulièrement et mettre à jour la capacité des partenaires de décaisser des fonds et d'exécuter les activités prévues.

12. Les enseignements tirés ont également prouvé la validité des points suivants : a) la stratégie opérationnelle centrale "évaluation-analyse-expérimentation-démonstration-intégration"; b) l'utilisation de moyens financiers limités de l'UNICEF en tant que fonds d'amorçage pour obtenir des ressources additionnelles; c) la ventilation des indicateurs nationaux du bien-être des enfants selon le sexe et la répartition géographique afin de cibler les disparités; et d) la mise à profit de la responsabilité sociale collective afin de mobiliser une participation sans précédent des milieux d'affaires locaux en faveur de la survie et du développement des enfants.

## COOPERATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 2000-2002

(Estimation annuelle des dépenses)  
(En milliers de dollars des Etats-Unis)

	2000	2001	2002	Total
<u>Masse commune des ressources</u>				
Santé	180	168	131	479
Education de base	122	113	113	348
Protection de l'enfant	114	126	129	369
Mobilisation sociale	122	122	122	366
Dépenses intersectorielles	189	161	161	511
Total partiel	727	690	656	2 073
<u>Fonds supplémentaires</u>				
Santé	324	214	187	725
Education de base	143	133	98	374
Protection de l'enfant	174	168	148	490
Mobilisation sociale	70	65	58	193
Total partiel	711	580	491	1 782
Total	1 438	1 270	1 147	3 855

Processus d'élaboration du programme

13. Il a été décidé d'élaborer un programme relais de trois ans principalement en réponse à la Note de stratégie de pays de 1997-2003 qui a demandé à tous les organismes des Nations Unies résidents d'harmoniser leurs cycles de programmation entre eux ainsi qu'avec les plans nationaux de développement quinquennaux du Botswana à partir de 2003, date à laquelle prend fin le huitième plan national de développement. Le plan national d'action du Botswana, qui tient compte des priorités à court terme de l'UNICEF et du plan à moyen terme (E/ICEF/1998/13 et Corr.1) et qui sert de base au programme de coopération du pays, couvre la période 1993-2003. A la suite de la mise à jour de l'analyse de situation de 1993, un document de stratégie du programme de pays a été élaboré et discuté avec le gouvernement, dix organisations non gouvernementales partenaires clés et des représentants sélectionnés du secteur privé au cours des réunions d'examen annuel tenues en novembre 1998. Les objectifs et les stratégies sectoriels du programme de coopération 2000-2002 ont été approuvés par écrit par chaque ministère spécialisé compétent.

Buts, objectifs et stratégies du programme

14. Dans l'ensemble le nouveau programme de coopération a pour but de contribuer à la réalisation du plan national d'action du Botswana en faveur des enfants, qui incorpore les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant et d'enrayer la propagation et atténuer l'impact de l'épidémie de

/...

VIH/SIDA comme condition préalable à la réalisation du plan national d'action. Afin d'atteindre ces objectifs, le programme vise : a) à réduire d'au moins 30 % les taux d'infection par le VIH chez les enfants et les adolescents; b) de renforcer la capacité institutionnelle et communautaire de traiter les maladies de l'enfance et le VIH/SIDA; c) à fournir, en tant que droit universel, une éducation de base de qualité et ininterrompue qui permette aux enfants, particulièrement aux adolescents, d'éviter l'infection par le VIH; d) de garantir que la Convention est pleinement appliquée en ce qui concerne les enfants et les jeunes à haut risque du fait du VIH/SIDA; et e) à contribuer à faire pénétrer dans l'esprit de l'ensemble de la société bostwanienne les principes de la Convention et de mobiliser tous les secteurs en vue de son application.

15. La stratégie principale consiste à élaborer des projets concernant le VIH/SIDA traitant de questions conformes au mandat de l'UNICEF et à ses avantages comparatifs et aux priorités régionales à court terme, et de s'assurer que tous les projets sectoriaux traitent du VIH/SIDA dans leurs domaines respectifs. Trois principales stratégies opérationnelles seront utilisées afin de réaliser les objectifs du programme : a) "évaluation-analyse-expérimentation-démonstration-intégration", afin de fournir au gouvernement des solutions rentables novatrices visant à guider la politique et les programmes nationaux; b) mobilisation, en vue de faciliter la création de "partenariats novateurs" pluralistes en faveur des enfants, de promouvoir la Convention relative aux droits de l'enfant et de mobiliser indirectement des ressources supplémentaires; et c) utilisation d'une méthode de formation et de systèmes de gestion de l'information appropriés pour renforcer la capacité des institutions locales d'exécuter et de suivre leurs opérations plus efficacement et application de l'approche évaluation/analyse/action afin de renforcer la capacité des communautés et des familles de faire face aux problèmes critiques tels que les soins des orphelins du SIDA.

### Santé

16. L'accent a principalement été mis sur la santé sexuelle et la santé en matière de procréation des femmes et des adolescents, particulièrement en ce qui concerne la transmission du VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Deux projets pilotes seront exécutés au niveau national : dans le cadre du programme de maternité sans risques, le projet relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant qui comprendra un élément information, éducation et communication sur la prévention du SIDA et la gestion des cas obstétricaux d'urgence; et les deux modèles de prestation de services relatifs à la santé sexuelle et de santé en matière de procréation dans le cadre du réseau prévu de centres communautaires pluridisciplinaires pour les jeunes et les garderies d'enfants. L'UNICEF utilisera également l'élaboration du module de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance par les familles et les communautés en tant que moyen de renforcer la réponse au SIDA, c'est-à-dire la prévention et la gestion des infections opportunistes, ainsi que les maladies de l'enfance au niveau des foyers. Il sera essentiel de continuer à intensifier la capacité des équipes sanitaires de district d'appuyer les interventions connexes au niveau des établissements et de relier les soins cliniques à la prévention communautaire en renforçant leurs capacités de surveillance des maladies et la gestion des services de santé.

### Education de base

17. Les deux projets constituant le programme d'éducation de base, approuvé dans le programme de pays révisé précédent, se poursuivront jusqu'à leur achèvement, favorisant l'introduction dans les programmes scolaires, aux niveaux primaire et secondaire, d'un programme scolaire révisé de compétences à la vie active, un accent plus marqué étant mis sur la prévention du SIDA fondée sur les modèles du FNUJAP/UNESCO et UNICEF/Zimbabwe. Il sera créé, dans le cadre du programme d'éducation de base pour les enfants des zones isolées, dix nouveaux foyers pour les internats d'enseignement primaire; un programme préscolaire national communautaire sera inauguré; et il sera introduit un programme scolaire révisé axé sur la Convention tenant compte de la culture et de l'égalité entre les sexes. Le projet d'éducation de base pour les étudiantes enceintes organisera et dispensera des cours pratiques pour les étudiantes en congé de maternité; ajoutera au programme scolaire des compétences à la vie active l'enseignement des compétences parentales et formulera des directives sur la façon de faire face au SIDA dans les écoles et au foyer; fournira toute une gamme de soins aux jeunes enfants et de services relatifs à la santé sexuelle et à la santé en matière de procréation à la garderie d'enfants de Diphalana, dans le cadre du projet sur la santé sexuelle et la santé en matière de procréation exécuté en collaboration avec le système des Nations Unies; et aidera à formuler une politique propice à l'élargissement du programme au niveau national.

### Protection de l'enfant

18. Le programme de protection de l'enfant mettra l'accent sur deux groupes à haut risque pour ce qui est du SIDA - les orphelins et les jeunes ayant abandonné l'école. Le projet de soins aux orphelins : établira un registre national des orphelins au niveau des districts; créera une base de données des meilleures pratiques de soins aux orphelins; achèvera l'exécution et l'évaluation d'au moins deux modèles de soins communautaires aux orphelins; et aidera à la formulation de la politique nationale en faveur des orphelins, fondée sur la Convention, ainsi qu'à l'élaboration d'un programme national en faveur des orphelins intégré aux soins aux foyers dispensés aux malades du VIH/SIDA. Un appui sera fourni au programme national pour la jeunesse grâce à l'élaboration d'une série normalisée de programmes modulaires d'activités et de services. Afin de poursuivre son plaidoyer en faveur des droits de l'enfant, l'UNICEF entreprendra de faire pénétrer les principes de la Convention dans la société Tswana en aidant à son intégration dans les lois du Botswana; il encouragera la House of Chiefs et le Parlement à promouvoir la Convention; et, dans le cadre d'un effort de collaboration au niveau du système des Nations Unies, il aidera à renforcer la capacité institutionnelle du Botswana d'établir des rapports sur son application des conventions internationales.

### Mobilisation sociale

19. Le programme de mobilisation sociale appuiera principalement les trois programmes cités précédemment, regroupant l'approche des trois "A" et Molaletsa au niveau communautaire. L'utilisation de l'approche appréciation/analyse/action sera élargie en vue de renforcer la capacité de communautés sélectionnées dans les deux districts pilotes de Bobirwa et Kweneng afin : d'identifier et de traiter efficacement les cas obstétriques d'urgence; de prévenir et de fournir un traitement précoce aux maladies de l'enfance; d'améliorer les pratiques en



matière d'assainissement et d'hygiène; d'agir collectivement dans le domaine des soins dispensés aux orphelins et de la prévention du SIDA; et de participer activement à l'éducation de leurs enfants. Mis en oeuvre lors du programme de pays précédent, Molaletsa élargira la représentation géographique des compagnies participantes; maintiendra un ratio d'ensemble de valeur monétaire/coûts des ressources de 5:1; appuiera des projets entrepris par le secteur privé et identifiera les points d'entrée des partenariats du secteur privé dans les programmes de santé et de protection de l'enfant; affinera et publiera The Molaletsa Method and Best Practices en tant que complément aux meilleures pratiques internationales enregistrées; et assurera l'appui financier du secteur privé à la gestion future de Molaletsa.

#### Suivi et évaluation du programme

20. Un plan intégré de suivi et d'évaluation a été élaboré et sera mis à jour annuellement. Des rapports intérimaires seront préparés trimestriellement afin de suivre l'application des plans d'action pour l'exécution des projets et d'identifier les obstacles à leur succès de même que les possibilités qui s'offrent. Des enquêtes ciblées seront exécutées entre janvier et août 2000 afin de remédier aux lacunes existantes en matière d'information dans les rapports sur les progrès accomplis en ce qui concerne les objectifs fixés pour la fin de la décennie. En se fondant sur l'expérience cumulative en matière d'exécution des projets générée par les examens annuels, les évaluations de performance entreprises à la fin du programme auront lieu en 2002, en collaboration avec le gouvernement et les autres partenaires.

#### Collaboration avec d'autres partenaires

21. L'UNICEF renforcera sa collaboration avec les autres organismes résidents des Nations Unies en matière de programmation des activités entreprises en ce qui concerne le SIDA qui seront coordonnées par Groupe thématique sur le SIDA. Il poursuivra également ses travaux avec le PNUD en tant que membre du Groupe national de référence lors de la deuxième phase de l'Etude nationale sur la pauvreté et avec le PNUD et l'OMS en tant que membre du Groupe national de référence pour ce qui est de l'impact socio-économique du VIH/SIDA au Botswana. L'UNICEF se joindra au PNUD, à l'OMS et au FNUAP afin d'élaborer la première évaluation commune de pays et le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. L'UNICEF poursuivra ses efforts de collaboration avec les secteurs chargés de la santé et de l'équité entre les sexes au sein de la Communauté de développement de l'Afrique australe afin de traiter des aspects transnationaux du VIH/SIDA affectant les femmes et les enfants.

22. L'UNICEF consolidera et élargira ses partenariats existants avec le secteur privé et les organisations de la société civile aux niveaux national et communautaire afin d'assurer l'assistance du secteur privé et des ONG internationales au renforcement de la capacité de gestion et la viabilité des ONG locales.

Gestion du programme

23. Le Ministère des finances et de la planification du développement sera responsable de l'approbation du programme au nom du Gouvernement du Botswana. Dans les plans d'action pour l'exécution des projets réalisés annuellement, tous les plans de programmes et de projets désigneront, parmi les fonctionnaires du gouvernement ou de l'UNICEF, les directeurs de programmes/projets, directeurs suppléants et agents coordonnateurs. Les problèmes sectoriaux seront examinés avec les ministères spécialisés compétents dans le cadre d'examens techniques périodiques entre les directeurs de programmes gouvernementaux, les administrateurs de projets de l'UNICEF et les partenaires du secteur privé de Molaletsa.

TABLEAU  
LIENS ENTRE LE BUDGET-PROGRAMME ET LES DEPENSES DE PERSONNEL

PAYS : BOTSWANA  
PROGRAMME : 2000-2002

Domaine d'activité et source de financement	BUDGET-PROGRAMME (En milliers de dollars E.-U.)										POSTES <sup>a/</sup>			Nombre total de postes	DEPENSES DE PERSONNEL <sup>b/</sup> (En milliers de dollars E.-U.)			
	MC	FSD	FSN	Total	D2/L7	D1/L6	P/L5	P/L4	P/L3	P/L2	AI	AN	SG		AI	Personnel local	Total	
																		POSTES <sup>a/</sup>
<b>MASSE COMMUNE DES RESSOURCES :</b>																		
Santé	479 999			479 999	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	184 977	184 977	
Éducation de base	348 000			348 000	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	153 792	153 792	
Protection de l'enfant	369 000			369 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mobilisation sociale	366 000			366 000	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	127 476	127 476	
Dépenses intersectorielles	511 000			511 000	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	389 726	389 726	
Total, MC	2 073 000			2 073 000	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0	0	855 071	855 071	
<b>FONDS SUPPLEMENTAIRES :</b>																		
Santé		0	725 000	725 000	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	153 792	153 792	
Éducation de base		0	374 000	374 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Protection de l'enfant		0	490 000	490 000	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	153 792	153 792	
Mobilisation sociale		0	193 000	193 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total, FS		0	1 782 000	1 782 000	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	307 584	307 584	
Total MC & FS	2 073 000	0	1 782 000	3 855 000	0	0	0	0	0	0	0	6	5	0	0	1 162 625	1 162 625	
<b>BUDGET D'APPUI AU PROGRAMME</b>																		
				Dépenses d'exploitation	562 400	0	0	0	2	1	0	3	1	6	0	965 744	578 708	1 544 452
				Effectifs		0	0	0	2	1	0	3	7	11	0	965 744	1 741 363	2 707 107
<b>TOTAL GENERAL (MC+FS+BAP)</b>																		
				Nombre de postes et dépenses de personnel :														
				- Cycle de programmation en cours								3	7	12		22		
				- A la fin du programme proposé (à titre indicatif seulement)								3	7	11		21		

MC = Masse commune des ressources; FS = Fonds supplémentaires; FSD = Fonds supplémentaires disponibles; FSN = Fonds supplémentaires nouveaux; AI = Administrateurs recrutés sur le plan international; AN = Administrateurs nationaux; SG = Services généraux; BAP = Budget d'appui au programme.

a/ Chaque poste, quelle que soit sa source de financement, appuie le programme de pays dans son ensemble.

b/ Non compris les postes temporaires et les heures supplémentaires.