



## Conseil économique et social

Distr. limitée  
21 novembre 2000

Original: français

**Pour information**

---

### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

**Première session ordinaire de 2001**

22-26 et 29 janvier 2001

Point 4 de l'ordre du jour provisoire\*

### Note de pays\*\*

#### Togo

#### *Résumé*

La Directrice générale présente la note de pays concernant le programme de coopération avec le Togo pour la période 2002 à 2006.

### La situation des enfants et des femmes

1. Le Togo couvre une superficie de 56 600 kilomètres carrés, avec une population estimée en 2000 à 4 629 000 habitants, dont 60 % de moins de 20 ans. Malgré une situation caractérisée par des troubles socio-politiques à la suite des élections de 1998 et 1999, il y a des acquis positifs en faveur des femmes et des enfants. Le pays a ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1983, et l'harmonisation avec la législation togolaise est en cours. La Convention relative aux droits de l'enfant a été ratifiée en 1990 et les recommandations faites par le Comité des droits de l'enfant sur le rapport initial commencent à être mises en application, notamment le « Code de l'enfant » en voie d'adoption et la création du Parlement des enfants en août 2000.

2. En raison de la faiblesse des recettes fiscales, de la suspension d'une partie de l'assistance multinationale depuis la fin de 1992 et de l'absence d'un programme avec les institutions de Bretton Woods, l'économie est caractérisée par le poids excessif de l'encours de la dette publique de 1,81 milliards de dollars (dette intérieure

\* E/ICEF/2001/2.

\*\* Un additif au présent rapport contenant la recommandation finale du programme de pays sera soumis à l'approbation du Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2001.

de 22 % et extérieure de 78 %). Le service de la dette s'élevait à 67 millions de dollars en 1999. Les conséquences sont, entre autres, la réduction des investissements publics et privés et la détérioration des services sociaux de base. Près des trois quarts de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté. Le Togo se situe parmi les pays de faible niveau d'Indice de développement humain (0,471) et est classé 145 sur 174 pays (1998).

3. Le paludisme demeure la cause majeure de mortalité. Le taux de séroprévalence du VIH/sida continue de progresser dangereusement : inférieur à 1 % en 1987, ce taux est passé à 5,9 % pour l'ensemble de la population en 1999. La dracunculose et la poliomyélite sont en voie d'éradication. La consommation du sel iodé a augmenté de 1 % en 1996 à 71 % en 1998, et la lutte contre l'avitaminose A est intégrée aux campagnes de vaccination.

4. Le taux de mortalité infantile reste presque inchangé au cours de la décennie (81 pour 1 000 naissances vivantes en 1988 et 80 pour 1 000 en 1998) et celui de la mortalité infanto-juvénile est passé de 158 pour 1 000 naissances vivantes en 1988 à 146 en 1998. Le paludisme reste la principale cause de la mortalité infanto-juvénile (34 % en 1998), suivi de la diarrhée (31 %) et des infections respiratoires aiguës (10 %). Le quart des enfants de moins de 3 ans présentent une insuffisance pondérale, et seulement 31 % des enfants sont complètement vaccinés. Le taux de l'allaitement maternel exclusif est de 15 % (4 à 6 mois). Selon les statistiques scolaires 1998/99, à peine 3 % des enfants d'âge préscolaire ont accès aux jardins d'enfants. La majorité des parents ne disposent pas de toutes les connaissances nécessaires pour assurer le développement intégré des enfants. Le taux net de scolarisation est de 77 % en 1999 dans l'enseignement primaire (80 % pour les garçons et 74 % pour les filles). Le taux de redoublement était de 29 % à l'école primaire en 1997. Le taux d'abandon en 1997 était de 17 % (19 % pour les filles, 16 % pour les garçons). Ces insuffisances sont causées notamment par les coûts directs élevés, la mauvaise qualité de l'éducation et l'insuffisance des matériels pédagogiques et du personnel qualifié. Le travail des enfants s'est largement développé, mais le pays possède très peu d'informations sur les enfants nécessitant des mesures spéciales de protection.

5. L'enquête démographique et de santé (EDST-98) a démontré que le taux de mortalité maternelle est passé de 640 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 478 en 1998. Les principales causes restent les hémorragies, les septicémies, l'éclampsie, les dystocies et les avortements. Les causes indirectes aggravées par la grossesse précoce sont essentiellement l'anémie et le paludisme. Le nombre élevé d'accouchements non assistés par des professionnels de la santé (49 %) continue de constituer un risque pour la santé de la mère et de l'enfant. Les femmes togolaises sont analphabètes à 48 %, contre 23 % chez les hommes. Leur accès à l'éducation, à la formation technique et professionnelle et à l'information est faible. Le rôle de la femme n'est pas valorisé. Elle n'a pas accès à la terre et peu d'accès aux crédits, et elle assume presque la totalité des charges du foyer.

## **Enseignements tirés de l'expérience récente du programme**

6. La revue à mi-parcours et l'EDST-98 ont souligné la nécessité d'une convergence des interventions, d'une plus grande collaboration intersectorielle et d'un partenariat renforcé avec les organisations non gouvernementales (ONG), les com-

munautés et autres partenaires au développement. En vue de mettre en pratique la leçon précitée : a) dans la région des Savanes, le partenariat avec l'ONG Association d'appui aux activités de santé communautaires a permis, dans le cadre de l'Initiative de Bamako, de renforcer les capacités et l'efficacité des comités de gestion, ainsi que la pérennité de l'offre de services de santé et la stabilité de leurs coûts; b) l'UNICEF a aidé à l'élaboration des plans sanitaires de développement régionaux, contribuant ainsi à opérationnaliser la décentralisation; c) l'augmentation du taux d'accès à l'éducation, à travers le partenariat avec l'ONG Aide et action, a suscité la nécessité de renforcer la qualité de l'enseignement; et d) des « groupes spécifiques » de diagnostic/analyse et de prise de décisions ont permis la participation effective des femmes dans le processus de microplanification. Ces groupes de parité hommes/femmes favorisent l'émergence d'une dynamique de développement local en transcendant les barrières socioculturelles.

7. Toutefois, il existe des contraintes telles que la faiblesse de coordination entre les niveaux central et régional et l'insuffisance de données fiables pour le suivi. Le défi du nouveau programme est d'appuyer le renforcement institutionnel pour une gouvernance locale qui responsabilise les communautés.

## **Stratégie proposée pour le programme de pays**

8. L'élaboration du document de stratégie a été coordonnée par le Ministère de la planification et du développement, en concertation avec les autres ministères, les agences des Nations Unies, les ONG et les autres partenaires au développement. Elle a été guidée par le programme de développement du pays, centré sur la lutte contre la pauvreté, le Bilan commun de pays (CCA), les grandes orientations du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), les deux Conventions et le Programme mondial pour la santé (OMS). Au sein des groupes de préparation de l'UNDAF, l'UNICEF était chargé de l'éducation et des droits de l'enfant et, avec l'OMS, des services sociaux essentiels.

9. Le but est de contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux ayant trait à la réalisation des droits des enfants et des femmes, en particulier les plus vulnérables. Les objectifs visent à : a) appuyer la mise en oeuvre des dispositifs relatifs à la promotion et à la réalisation des droits des enfants et des femmes; b) contribuer à la réduction de la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle, et à renforcer la prévention du VIH/sida en général et en particulier chez les jeunes et les adolescents, ainsi que la transmission mère-enfant; c) renforcer l'éducation de base grâce à l'amélioration du taux de scolarisation, scolarité et réussite et promouvoir le développement intégré du jeune enfant, ainsi que l'éducation parentale; et d) renforcer l'implication des communautés, en particulier des familles, des femmes et des jeunes à la prise de décisions et aux actions.

10. Les stratégies du programme de pays 2002-2006, identifiées à partir de l'analyse causale et en concordance avec les stratégies du Gouvernement, sont : a) le renforcement des capacités des communautés, des familles et des institutions à tous les niveaux, à mieux apprécier et analyser les problèmes et à entreprendre des actions concrètes pour la réalisation des droits des enfants et des femmes; b) l'appui au Gouvernement pour renforcer le cadre politique, légal et institutionnel et le développement des activités en faveur des femmes et des enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection; c) la fourniture des services essentiels de qualité aux en-

fants et aux femmes avec une attention particulière aux plus défavorisés; et d) la communication pour influencer la dimension comportementale des problèmes identifiés et pour créer un environnement favorable au bien-être des enfants et des femmes.

11. Le nouveau programme, comme le précédent, s'exécutera dans les trois régions (Savanes, Kara et Maritime), comprenant huit préfectures avec extension à la préfecture du Golfe pour une population estimée à 2,2 millions. Il comporte quatre programmes, deux sectoriels (santé et nutrition, et éducation de base) et deux transversaux (renforcement des capacités communautaires et communication, suivi et évaluation). Le dernier aura une dimension nationale, tandis que les autres seront menés à l'échelle régionale. Ce choix des trois régions se justifie par les faibles taux nets de scolarisation, en particulier chez les filles, les indicateurs socio-sanitaires, et un niveau de pauvreté élevé dans ces régions. Ceci permettra aussi une consolidation des actions déjà menées pour plus d'impact et de pérennité. L'extension à la préfecture du Golfe se justifie par le nombre croissant des enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection et l'exode rural des filles, en particulier à Lomé.

12. Le programme santé et nutrition contribuera à réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile, la mortalité maternelle et la malnutrition modérée et sévère; et à éliminer les carences en vitamine A et en iode. Il appuiera les efforts du Togo pour : a) la pérennité de l'Initiative pour l'indépendance en matière de vaccins; b) la mise en oeuvre de la politique nationale de santé de la reproduction en faveur des femmes, en renforçant les soins obstétricaux d'urgence, les soins néonataux essentiels et les soins de santé primaires par l'Initiative de Bamako; et c) la lutte contre le VIH/sida, en ciblant les femmes enceintes dans les zones de forte prévalence pour réduire la transmission mère-enfant.

13. Le programme éducation de base contribuera à renforcer la scolarisation en général et celle des filles en particulier, et à améliorer le rendement interne du système éducatif par le renforcement des capacités des enseignants; la révision des curricula; et la mise en place d'un dispositif permettant de contrôler la performance scolaire et de juger de la qualité de l'enseignement et la fourniture en matériel scolaire, avec une attention particulière aux régions les plus défavorisées pour l'éducation de la jeune fille. Le développement psychosocial et affectif des jeunes enfants et les connaissances et aptitudes des parents seront renforcés.

14. Le programme renforcement des capacités communautaires a pour objectif de : a) renforcer la capacité des communautés, des femmes et des jeunes pour une meilleure participation, planification et prise de décisions à tous les niveaux; b) contribuer à l'aménagement du cadre de vie des ménages (éducation, alphabétisation, microcrédits) et augmenter l'accès aux services sociaux essentiels de qualité (santé, nutrition, eau/assainissement); et c) la détection et la prise en charge par les communautés des problèmes liés à la protection des enfants (trafic, enregistrement des naissances, VIH/sida).

15. Le programme communication, suivi et évaluation vise à : promouvoir un environnement et un comportement favorables au respect, à la réalisation et à la protection des droits des enfants et des femmes; et privilégier les approches participatives et de dialogue avec les adolescents et les femmes pour une meilleure maîtrise des problèmes prioritaires, tels que le VIH/sida, les grossesses précoces et la santé maternelle. Le programme permettra aussi de renforcer le système de collecte et d'analyse de données pour une meilleure exécution de la politique de développe-

ment; et des activités de recherches intégrées et la mise en oeuvre du Plan intégré de suivi et évaluation.

16. Le programme de pays 2002-2006 est fondé sur le renforcement de la collaboration intersectorielle et la coordination au niveau local. La collaboration intersectorielle sera assurée par le programme renforcement des capacités communautaires, qui servira de base aux activités des projets sectoriels. En fonction du contexte spécifique du pays et pour pouvoir faire face aux changements éventuels de la situation, un plan de préparation à l'urgence sera également élaboré. Le budget « coûts transversaux » sera utilisé pour le financement des postes clefs pour l'exécution et pour couvrir les frais généraux des programmes.

## Montant estimatif du budget

### Montant estimatif du programme de coopération, 2002–2006<sup>a</sup>

(En milliers de dollars des États-Unis)

	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<b>Total</b>
Santé et nutrition	2 980	1 700	<b>4 680</b>
Éducation de base	1 750	1 300	<b>3 050</b>
Renforcement des capacités communautaires	1 800	800	<b>2 600</b>
Communication, suivi et évaluation	851	200	<b>1 051</b>
Coûts transversaux	750	–	<b>750</b>
<b>Total</b>	<b>8 131</b>	<b>4 000</b>	<b>12 131</b>

<sup>a</sup> Ces chiffres sont indicatifs et sujets à modification une fois que les données financières globales seront connues.