



## Conseil économique et social

Distr. limitée  
8 avril 2004\*  
Français  
Original: anglais

**Pour suite à donner**

---

### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

**Session annuelle de 2004**

7-11 juin 2004

Point 4 de l'ordre du jour provisoire\*\*

### Projet de descriptif de programme de pays\*\*\*

#### Zimbabwe

#### *Résumé*

La Directrice générale présente pour examen et observations le projet de descriptif de programme de pays relatif au Zimbabwe. Le Conseil d'administration est invité à approuver le budget indicatif global pour la période 2005 à 2006, qui envisage un prélèvement de 3 850 000 dollars sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 14 millions de dollars sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales

---

\* La soumission tardive du présent document est due aux consultations qu'il a fallu mener avec le bureau de l'UNICEF au Zimbabwe.

\*\* E/ICEF/2004/8.

\*\*\* Conformément à la décision 2004/4 du Conseil d'administration (E/ICEF/2002/8), le présent descriptif sera révisé et affiché sur le site Web de l'UNICEF en octobre 2004, en même temps que le tableau récapitulatif des résultats. Le descriptif et le tableau récapitulatif seront ensuite approuvés par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire de 2005.



## Données de base

(2002, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (en millions) . . . . .	6,6
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes) . . . . .	123
Insuffisance pondérale (% modérée et grave) (2003) . . . . .	17
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (1995-1999) . . . . .	700*
Taux d'inscription à l'école primaire (% net, garçons/filles) (2000) . . . . .	80/80
Élèves qui atteignent la cinquième année de scolarité (%) (1999) . . . . .	94
Accès à une eau plus salubre (%) (2000) . . . . .	83
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%) (2003) . . . . .	24,6
Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 14 ans) . . . . .	–
RNB par habitant (en dollars des États-Unis) . . . . .	**
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DPT3) (%) . . . . .	58
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%) . . . . .	58

\* Selon l'estimation commune OMS/UNICEF/FNUAP, le taux de mortalité maternelle était de 1 100 pour 100 000 naissances vivantes en 2000. Des ajustements pour erreurs de classification et non-déclaration de décès ont été apportés à cette estimation.

\*\* Estimation : 735 dollars au plus

## La situation des enfants et des femmes

1. Le projet de bilan commun de pays pour le Zimbabwe, le rapport sur le Zimbabwe et les objectifs du Millénaire pour le développement et plusieurs autres analyses montrent que ce pays est en train de perdre une partie du terrain qu'il avait gagné sur le plan de la santé et du bien-être des enfants et des femmes. Malgré l'insuffisance des données récentes, plusieurs tendances apparaissent clairement. Ainsi, par exemple, l'espérance de vie est passée de 61 ans au début des années 90 à 43 ans en 2001 et devrait baisser à 35 ans d'ici à 2005. De 1989 à 1999, les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont passés, respectivement, de 40 à 65 pour 1 000 naissances vivantes et de 59 à 102 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle, qui est un bon indicateur de la qualité des services médicaux, a fortement augmenté, passant de 283 pour 100 000 naissances vivantes en 1994 à 685 pour 100 000 naissances vivantes en 1999. Si l'on veut remettre le Zimbabwe sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, il faudra impérativement continuer à financer des programmes concrets d'amélioration de la situation des enfants et des femmes.

2. Ces taux élevés de mortalité et ces reculs ont pour causes immédiates une série de maladies évitables aggravées par la malnutrition. Des épidémies de paludisme, de choléra, de dysenterie et de tuberculose sont réapparues, alourdissant d'autant le fardeau que fait peser la morbidité sur la société. Les déplacements de population depuis des régions exemptes de paludisme vers des régions impaludées contrarient les actions de prévention de cette maladie. Deux millions de cas de paludisme sont signalés chaque année, dont un nombre croissant sont mortels. La couverture

vaccinale, qui était quasi universelle en 1990, s'est fortement réduite après 1997. Le taux de couverture par le vaccin combiné DPT3 (diphtérie/coqueluche/tétanos) est passé de 83 % en 1995 à 47 % en 1999. Les épidémies récurrentes de choléra qui frappent certains districts témoignent d'une baisse de l'hygiène et d'une dégradation des conditions d'accès à l'eau, de la qualité de l'eau et des services d'assainissement. Dans la campagne, près de la moitié des puits forés sont hors d'usage.

3. Au cours des années 80 et 90, la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant de retards de croissance avait accusé une baisse sensible en passant de 38 % à 26 %, tandis que la proportion d'enfants en situation d'insuffisance pondérale s'était stabilisée entre 13 % et 16 %. Or, une enquête démographique et sanitaire récente vient de montrer que la proportion d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale est passée de 14 à 17 % entre 1997 et 2003. Le taux d'émaciation est passé d'environ 1 % en 1988 à 6 % en 1996 et semble s'être maintenu à ce niveau depuis le début de la crise humanitaire, puisqu'il était toujours de 5 % en 2003 (Ministère de la santé/UNICEF 2003). L'insuffisance pondérale à la naissance, les carences en vitamine A et en iode et l'anémie par carence martiale (ou ferroprive) continuent de poser un problème sanitaire préoccupant. Une alimentation peu équilibrée, l'épidémie de VIH/sida, la situation critique des orphelins et la dégradation des moyens sanitaires ont un effet d'exacerbation sur les taux déjà élevés de malnutrition grave constatés au Zimbabwe.

4. Les causes profondes de ces taux élevés de malnutrition, de morbidité et de mortalité sont l'insécurité alimentaire et la dégradation généralisée des services sociaux et des moyens sanitaires. Alors qu'il était traditionnellement exportateur net de produits alimentaires, le Zimbabwe est demandeur d'aide alimentaire depuis 2002 en raison des effets conjugués de plusieurs années consécutives de sécheresse, de l'épidémie de VIH/sida et d'une réforme agraire qui a eu des conséquences involontaires. On compte, en moyenne, entre 5 et 7 millions d'habitants en situation d'insécurité alimentaire, parmi lesquels la proportion des femmes et des enfants se situe entre 60 et 70 %. Une enquête sur la vulnérabilité de la population urbaine menée en 2004 a révélé que le taux de pauvreté de cette population avait doublé depuis 1995 et que 2,5 millions de citoyens sont en situation d'insécurité alimentaire. La même enquête a démontré que les principaux facteurs d'insécurité alimentaire sont l'inflation, le coût élevé des services, le chômage, l'impôt, les décès, les maladies et les frais d'hospitalisation.

5. La réduction des dépenses publiques d'équipement et de fonctionnement et le taux élevé de réduction naturelle des effectifs ont entraîné une forte dégradation des secteurs de la santé et de l'éducation. Ces deux secteurs se caractérisent par des pénuries de fournitures essentielles, d'exclusion progressive des pauvres, la faible motivation des personnels et l'affaiblissement des fonctions de planification et d'encadrement. Le secteur de la santé est celui qui a le plus souffert de l'érosion naturelle des effectifs entraînée par l'exode des cerveaux et par la mortalité due au sida. Ainsi, par exemple, le taux de vacance des 1 530 postes de médecin est de 55 % et celui des 11 640 postes d'infirmier est de 40 %. Le fait que les malades du sida occupent jusqu'à 70 % des lits d'hôpitaux compromet gravement le fonctionnement des services médicaux, au point que le Ministère de la santé a du mal à maintenir des services aussi essentiels que l'information du public et la lutte contre les épidémies.

6. Le sida est la première cause de mortalité par maladie tant chez les adultes que chez les enfants, et l'on estime qu'il a tué 3 290 personnes (2 600 adultes et 690 enfants) par semaine en 2003. Plus de 90 % des enfants séropositifs ont été infectés par leurs parents; chez les adultes, la majorité a été infectée au cours de relations hétérosexuelles. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les filles et les femmes représentent près de 80 % des séropositifs. La proportion de séropositifs parmi la population adulte a augmenté considérablement au cours des 20 dernières années, passant de moins de 1 % en 1983 à environ 25 % en 2003, selon les statistiques du Ministère zimbabwéen de la santé, des Centres de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention) aux États-Unis et de l'ONUSIDA pour l'année 2003. Cette croissance s'est aujourd'hui stabilisée, en grande partie grâce à la volonté politique manifestée par le Gouvernement, qui a déclaré le VIH/sida désastre national et imposé une surtaxe de 3 % sur les salaires des fonctionnaires dont les recettes seront affectées à des activités de lutte contre le VIH/sida sélectionnées par le Conseil national du sida. L'ampleur de l'épidémie n'en reste pas moins inquiétante. Sur un total de plus de 1 082 000 séropositifs en 2003, environ 1 054 000 étaient des adultes âgés de 15 à 49 ans et 165 000 des enfants de moins de 14 ans. Les femmes représentaient 56,5 % des adultes séropositifs et les enfants de moins de 14 ans représentaient 9 % du nombre total de séropositifs. Les rapports de pouvoir inégaux qui caractérisent les relations entre les sexes contribuent à la propagation du sida, notamment par transmission entre générations. On estime qu'environ 67 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont des relations sexuelles avec des hommes de 5 à 10 ans leurs aînés; et, dans la tranche d'âge des 15 à 29 ans, plus d'une femme sur cinq déclare avoir eu des relations sexuelles sous la contrainte.

7. L'effet le plus catastrophique de l'épidémie a été de réduire plusieurs générations d'enfants à la condition d'orphelins. Sur une population orpheline estimée à 1 million d'individus en 2003, environ 761 000 – soit 75 % – étaient des orphelins du sida, et leur nombre devrait dépasser 1,3 million en 2005. Ce chiffre ne tient pas compte de quelque 20 % d'orphelins, âgés de 15 à 17 ans, qui ne sont pas inclus dans les statistiques actuelles. Selon une projection réalisée par l'UNICEF en 2003, plus de 20 % des enfants seront orphelins d'ici à 2010, contre environ 15 % aujourd'hui. En moyenne, environ 2 % des orphelins ont moins de 1 an, 1,5 % ont moins de 4 ans, 35 % ont de 5 à 9 ans et 50 % ont de 10 à 14 ans. La plupart des orphelins vivent dans des zones rurales parce que leurs parents ont tendance à retourner à leur village d'origine lorsqu'ils tombent malades. Certes, les communautés locales arrivent à absorber la plupart des orphelins grâce à un réseau important – mais déjà tendu à l'extrême – de familles élargies; il n'en reste pas moins que beaucoup d'orphelins sont pris en charge par des grands-parents qui vivent déjà sous le seuil de pauvreté, par des membres de leur famille ou des parents adoptifs qui les maltraitent ou par des frères et sœurs à peine plus âgés qu'eux. Vu l'ampleur du problème, les ménages qui recueillent des orphelins risquent de voir leur propre pauvreté s'aggraver à proportion du ratio preneur en charge/pris en charge, dont on estime qu'il passe de 1,4 dans les ménages avec enfants mais sans orphelin à 2,2 dans les ménages avec orphelins.

8. Le développement psychosocial des orphelins du sida risque d'être fortement perturbé, traumatisés qu'ils sont par le spectacle de la mort lente de leurs parents, par la séparation d'avec leur famille et par l'opprobre et la discrimination considérables que suscite cette maladie. Ce sont eux qui sont le moins susceptibles

de pouvoir produire un certificat de naissance, d'être scolarisés, de boire de l'eau potable, d'avoir accès aux services sanitaires et de bénéficier de services d'assainissement. Par contre, ce sont eux qui sont le plus susceptibles de souffrir de malnutrition, d'insécurité alimentaire et de maladies, de vivre ou de travailler dans la rue et de subir toute sorte de mauvais traitements. Les orphelins courent aussi un risque accru de se voir spolieur de leur héritage en l'absence de testament notarié. On estime que 25 % des enfants ont au moins un parent séropositif et incapable de se procurer des traitements antirétroviraux.

9. Plusieurs des progrès importants accomplis pendant les années 90 dans le domaine de l'éducation sont compromis. En 2000, le taux net de scolarisation du Zimbabwe était arrivé à 92 % et le taux d'alphabétisation de la classe d'âge des 15-24 ans avait atteint 98 %. La scolarisation respectait la parité des sexes. Ces résultats s'expliquaient en grande partie par une politique d'enseignement primaire gratuit et obligatoire, notamment par la loi de 1987 relative à la gratuité de l'enseignement. Les effets favorables de cette politique de gratuité de l'enseignement ont cependant été contrariés par l'imposition de frais de scolarité et de prélèvements divers pendant les années 90 et par la crise que traverse actuellement le Zimbabwe. Le taux de scolarisation a en effet baissé de 30 % depuis 2000, passant de 95 % à 67 % pour les garçons et de 88 % à 63 % pour les filles. En 2000, le taux d'achèvement des études primaires, qui était monté jusqu'à 83 % en 1990, était retombé à 75 %, 10 % des filles et 5 % des garçons ne terminant pas leur scolarité. L'augmentation des frais de scolarité et du prix des livres et uniformes scolaires, conjuguée aux effets de la faim et du VIH/sida, a lourdement pesé sur le taux de scolarisation, l'assiduité et les facultés d'apprentissage. Un recul si prononcé du secteur de l'éducation impose de trouver des solutions nouvelles. Il importe notamment de soutenir les récents programmes qui visent à scolariser environ 800 000 orphelins et enfants vulnérables dans le cadre du module d'aide à l'enseignement primaire.

10. La rapidité du déclin économique du Zimbabwe a également remis en cause ses acquis économiques et sociaux. Plusieurs plans nationaux de relance de l'économie n'ont pas empêché le produit national brut par habitant de passer, en termes réels, d'une croissance positive de 5,5 % en 1990 à une croissance négative de 14,1 % en 2003, année où l'inflation a atteint 600 %. Ce déclin économique a réduit le volume des ressources susceptibles d'être consacrées à l'enfance et à d'autres secteurs également importants. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 40 % à la fin des années 80 à environ 70 % en 2003, cette proportion étant notablement plus élevée chez les ruraux que chez les citadins et parmi les familles ayant pour chef un parent souffrant de maladie chronique, un enfant, une femme ou des grands-parents. Pour remettre l'économie sur ses rails, il faudra procéder à des changements fondamentaux de politique allant bien au-delà de la récente campagne anticorruption ou de la dernière politique monétaire adoptée.

11. Des luttes politiques internes conjuguées à une réforme agraire mal préparée ont aggravé les difficultés économiques du Zimbabwe, entraîné une polarisation de la vie politique et tendu les relations avec les bailleurs de fonds. Les sanctions internationales, s'ajoutant au fait que le Fonds monétaire international, la Banque mondiale et la plupart des bailleurs ont suspendu leur coopération pour le développement, compromettent fortement les perspectives de redressement. Les campagnes qui précéderont les élections législatives de mars 2005 ne feront

probablement qu'exacerber les tensions politiques actuelles. En dépit de la controverse sur les questions de gouvernance et de droits de l'homme, le Gouvernement a réaffirmé qu'il considérait comme une priorité « la promotion des droits fondamentaux », notamment ceux des femmes et des enfants, et la création d'un environnement favorable à la jouissance, à la promotion et à la protection de ces droits.

12. La désaffectation des bailleurs de fonds explique que le budget global approuvé à hauteur de 45,8 millions de dollars par le Conseil d'administration pour le programme de pays n'a été financé qu'à 54 % (24,8 millions de dollars). Le processus d'appel global a permis de recueillir un montant supplémentaire de 13,9 millions de dollars, portant ainsi à 85 % la part des autres ressources dans le budget.

### **Principaux résultats obtenus et enseignements tirés de la coopération précédente (2000-2004)**

#### **Principaux résultats obtenus**

13. En dépit des contraintes dues au manque de fonds, des progrès significatifs ont été accomplis dans plusieurs domaines, avec la coopération des donateurs suivants : Afrique du Sud, Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI), Agency for International Development des États-Unis (USAID), Australie, Belgique, Canada/Agence canadienne de développement international (ACDI)/Centre de recherches pour le développement international, Danemark, Fondation pour les Nations Unies, Initiative micronutriments, Irlande, Italie, Japon, Norvège, Nouvelle-Zélande, Office d'aide humanitaire de la Commission européenne, Pays-Bas, Rotary International, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (Ministère du développement international), United States Centers for Disease Control and Prevention et plusieurs comités nationaux pour l'UNICEF.

14. Trois résultats méritent d'être soulignés. En premier lieu, la tendance à la baisse des taux de couverture vaccinale a été inversée grâce aux efforts déployés par le Ministère de la santé et de la protection de l'enfant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'UNICEF et d'autres partenaires, avec l'assistance financière ou autre de différents comités nationaux pour l'UNICEF, de l'ACDI et de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Le Fonds a apporté une aide financière et technique et fourni les vaccins et produits nécessaires. Grâce à tous ces concours, le taux de vaccination systématique contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DPT3) est remonté, passant de 47 % en 1999 à 58 % en 2002. De plus, le soutien apporté aux journées spéciales de vaccination a permis d'atteindre en 2002 un taux de couverture vaccinale contre la rougeole de 95 % et un taux de supplémentation en vitamine A de 90 %. En 2003, des campagnes visant à repérer les personnes ayant échappé à la vaccination ont été menées dans 16 districts et permis d'y atteindre des taux de couverture vaccinale similaires.

15. Le deuxième résultat notable est la stabilisation de la situation nutritionnelle grâce à l'alimentation complémentaire et à l'alimentation thérapeutique, avec un taux d'émaciation ramené à 5 %. L'action de l'État dans ce domaine a été appuyée par le Programme alimentaire mondial (PAM), diverses organisations non gouvernementales et l'UNICEF, le financement étant assuré par l'Office d'aide

humanitaire de la Commission européenne, le Ministère du développement international du Royaume-Uni et la Norvège. Grâce à eux, le Fonds a pu apporter une alimentation complémentaire à plus de 770 000 enfants de moins de 5 ans et une alimentation thérapeutique à près de 4 500 enfants.

16. Le troisième résultat à signaler est l'élaboration du premier Plan national d'action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables et son adoption dans le cadre d'une conférence nationale. L'appui technique et le financement offerts par l'ASDI, l'Italie, l'Office d'aide humanitaire de la Commission européenne, les Pays-Bas et plusieurs comités nationaux pour l'UNICEF ont permis de mobiliser des partenaires et des parties prenantes, y compris des enfants, pour élaborer le plan et lancer sa mise en œuvre.

### Enseignements tirés

17. Le principal enseignement tiré de la coopération précédente est que l'application au Zimbabwe de la programmation axée sur les droits de l'homme a donné aux populations les moyens de mieux mobiliser leurs ressources et de tirer un meilleur parti de l'aide extérieure pour répondre à la situation humanitaire. Le fait que, dès avant l'apparition d'une situation d'urgence, on avait préparé des plans d'action locaux recensant les besoins des groupes les plus menacés et établir des registres de village et des cartes géographiques de vulnérabilité a permis de mieux faire connaître leurs droits, leurs obligations et leur rôle aux chefs de village et aux familles, et a facilité la mobilisation des moyens locaux lorsque l'urgence est apparue.

18. La période de coopération précédente a également démontré l'utilité d'intégrer dans leurs politiques et stratégies nationales les enseignements et les pratiques optimales tirés de l'expérience locale. La démarche de développement des capacités axée sur les collectivités locales, en favorisant l'autonomisation des populations et leur mobilisation au service de l'action sociale au plan local, a convaincu le Gouvernement de réviser sa stratégie de décentralisation en y associant plus étroitement les collectivités locales par le biais des conseils de développement rural et en les invitant à participer à l'élaboration du Plan national d'action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables.

## Programme de pays, 2005-2006

### Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis\*)

<i>Programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<b>Total</b>
Santé, nutrition et environnement	800	4 000	<b>4 800</b>
Apprentissage infantile et acquisition de compétences pratiques	590	3 200	<b>3 790</b>
Protection de l'enfance	460	4 000	<b>4 460</b>
VIH/sida et développement des jeunes	700	2 400	<b>3 100</b>
Coûts intersectoriels	1 300	400	<b>1 700</b>
<b>Total</b>	<b>3 850</b>	<b>14 000</b>	<b>17 850</b>

\* Fonds supplémentaires attendus de la Procédure d'appel global pour 2005-2006.

### **Élaboration du programme**

19. Le programme a été élaboré en coopération avec des représentants de l'administration, d'autres organismes des Nations Unies, de la société civile, des donateurs et des jeunes, la coordination étant assurée par le Ministère des finances. Après avoir procédé aux examens périodiques annuels, à mi-parcours et de fin de cycle – notamment l'examen conjoint à mi-parcours du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) et plusieurs bilans successifs de la situation des enfants – on a formulé un projet de bilan commun de pays et de PNUAD s'appuyant sur des consultations de haut niveau entre l'ONU et le Gouvernement. La mise au point du rapport sur le degré de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et les préparatifs de la procédure d'appel global ont également apporté une contribution importante à l'élaboration du programme. Enfin, l'impact du programme sur l'environnement a fait l'objet d'un examen minutieux sur le papier.

### **Objectifs, principaux résultats et stratégies**

20. Le programme de pays pour le Zimbabwe est axé sur les orphelins et autres enfants vulnérables et sur la lutte contre le VIH/sida. Chacune des composantes du programme intègre dans ses stratégies et activités la prévention du VIH et du décès des parents, la survie, la protection et le développement des orphelins et des enfants vulnérables, ainsi que les soins aux malades du sida et leur accompagnement. On entend par « orphelin » tout enfant de moins de 18 ans dont l'un des parents ou les deux parents sont décédés. Les autres enfants vulnérables sont les enfants séropositifs ou dont les parents sont atteints du sida, les enfants issus de familles très pauvres et les enfants atteints d'un handicap, qui ont subi des sévices ou qui vivent dans la rue.

21. Le programme de pays a pour objectif de promouvoir le droit de chaque enfant zimbabwéen à bénéficier de services de santé et d'un enseignement de base de qualité, ainsi que d'une protection et du respect de l'égalité entre les sexes, l'accent étant mis sur les orphelins et autres enfants vulnérables et sur la lutte contre le VIH/sida.

22. La stratégie dominante du programme de pays consiste à donner aux personnes et institutions responsables de la santé et de l'épanouissement de l'enfant, depuis l'échelon local jusqu'à l'échelon national, les moyens de respecter, favoriser, défendre et réaliser les droits de l'enfant dans un contexte humanitaire qui ne cesse de s'aggraver, une attention particulière étant portée aux orphelins et autres enfants vulnérables et à la lutte contre le VIH/sida. Le programme couvre une période de deux ans et sera passé en revue une fois par an pour s'assurer qu'il s'adapte bien à l'évolution générale de la situation. Compte tenu de la réussite de la stratégie adoptée pour la mise en œuvre du programme de pays précédent, cette stratégie sera retenue pour le nouveau programme, avec des adaptations à deux niveaux.

23. Au niveau local, en premier lieu, l'UNICEF aidera les familles et les communautés vulnérables à renforcer les moyens dont elles disposent pour réduire la vulnérabilité des orphelins et des autres enfants vulnérables, et leur facilitera l'accès aux services sociaux de base et à des moyens de subsistance stables. L'action menée s'inscrira dans une perspective globale qui prendra en compte toutes les dimensions et les étapes de la vie de l'enfant. Elle concernera 18 districts qui serviront de modèle, chacune des 10 provinces du pays étant représentée par au

moins un district. Les districts seront choisis en fonction des critères suivants : nombre d'orphelins, prévalence des maladies transmissibles sexuellement comme valeur témoin du VIH/sida, population enfantine et pauvreté. Au niveau national, en second lieu, l'UNICEF plaidera en faveur de politiques et stratégies nationales et de réformes judiciaires garantissant la réalisation et le suivi des droits de l'enfant en général, une attention particulière étant portée aux orphelins et autres enfants vulnérables et à la lutte contre le VIH/sida. L'UNICEF continuera à fournir des services essentiels sur le plan national, notamment en matière d'immunisation et d'éducation.

24. Les principaux résultats escomptés sont les suivants : diminution du nombre d'enfants se retrouvant orphelins; accès à des soins de santé et à une éducation de base de qualité pour un million d'orphelins, sur un pied d'égalité entre les garçons et les filles; réduction de la stigmatisation des orphelins et de la discrimination à leur encontre, et réduction de l'incidence du VIH et de la maltraitance.

#### **Lien avec les priorités nationales et le PNUAD**

25. Le programme de pays fait la synthèse des priorités nationales de l'assistance fournie par les Nations Unies telles qu'elles sont énoncées dans le rapport sur les progrès accomplis par le Zimbabwe vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, dans les projets de bilan commun de pays et de PNUAD, dans le programme national de relance économique et dans divers autres documents stratégiques et juridiques. Il s'agit notamment du plan national d'action de 2003 en faveur des orphelins et des enfants vulnérables, du plan d'action de 2004 pour la revitalisation du secteur de la santé, de la politique nationale de lutte contre le VIH/sida et du cadre stratégique y afférent, et de la politique en faveur des femmes pour 2004.

#### **Lien avec les priorités internationales**

26. Le programme repose sur les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain. En privilégiant les orphelins et autres enfants vulnérables et la lutte contre le VIH/sida, il répond aux cinq priorités stratégiques de l'UNICEF énoncées dans son plan stratégique à moyen terme, aux cinq priorités de l'Eastern and Southern African Regional Leadership Agenda, aux domaines prioritaires du plan d'action intitulé *Un monde digne des enfants*, et sur les objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent l'enfant.

### **Composantes du programme**

#### **Programme d'apprentissage infantile et d'acquisition de compétences pratiques**

27. Privilégiant l'éducation des orphelins et autres enfants vulnérables, cette composante du programme a pour objectifs de : a) relever le taux d'inscription des filles et des garçons à l'école primaire; b) faire baisser les taux d'abandon scolaire attribuable au milieu scolaire; c) améliorer la qualité et la pertinence de l'enseignement; d) rétablir la parité entre filles et garçons dans l'éducation de base; e) inscrire l'acquisition de compétences pratiques et de survie dans le cursus

primaire; et f) participer à l'examen des politiques nationales en matière d'éducation. Dans les 18 districts concernés, des liens seront établis entre l'action menée pour l'élimination de la violence à l'école et aux alentours, pour la distribution d'eau et la fourniture de services aux établissements scolaires et pour l'enregistrement des naissances d'une part, et le programme d'alimentation scolaire du Programme alimentaire mondial d'autre part. Les principaux partenaires seront le Ministère de l'éducation, des sports et de la culture, et le Ministère de l'enseignement technique et supérieur.

28. L'UNICEF appuiera la création de larges partenariats en faveur d'une réforme de l'éducation qui mettrait fin à la marginalisation des orphelins et autres enfants vulnérables et à la discrimination à leur encontre et qui garantirait aux filles et aux garçons, sur un pied d'égalité, l'accès à l'éducation, l'achèvement de leurs études et la qualité de l'enseignement. Les initiatives familiales et locales qui renforcent la capacité des institutions, tant au niveau du district qu'au niveau central, à dispenser au jeune enfant une éducation et des soins de qualité et qui permettent aux orphelins de s'inscrire à l'école et d'achever leurs études seront privilégiées. L'UNICEF encouragera la participation des comités de parents et d'enseignants, des prestataires de soins et des orphelins et autres enfants vulnérables à la bonne administration de l'école et à la prévention du VIH/sida, et il explorera comme moyen de lutte contre les sévices sexuels des formes nouvelles d'éducation des enfants.

29. L'UNICEF plaidera en faveur d'une révision et d'un renforcement de programmes scolaires de qualité, tant conventionnels que parallèles, pour les orphelins et autres enfants vulnérables, ces programmes devant être fondés sur les compétences pratiques et les aptitudes indispensables à la vie quotidienne. Pour maintenir le corps enseignant en activité, on incitera ses membres à recourir aux services appropriés de prévention et de traitements du VIH/sida, notamment à se procurer des antirétroviraux par l'intermédiaire de leur employeur. Les sexes spécifiques seront prises en compte et, en particulier, on établira des données ventilées par sexe, on favorisera une socialisation respectueuse de l'autre sexe dès le plus jeune âge, on garantira la sécurité des filles qui fréquentent l'école, on préviendra l'exploitation sexuelle et économique, on tentera de suppléer aux dépenses directes et aux coûts d'opportunité liés à la scolarité, et l'on aidera les enseignants à surmonter leurs inhibitions dans les discussions sur les relations sexuelles et la sexualité organisées dans le cadre de la sensibilisation au VIH/sida. L'UNICEF aidera aussi à analyser les tendances observées dans l'éducation des orphelins et à suivre les résultats scolaires de ces derniers.

#### **Programme relatif à la santé, la nutrition et l'environnement**

30. Ce programme partage les objectifs du plan de relance du secteur national de la santé visant à réduire la mortalité infantile, juvénile et maternelle due aux maladies évitables de l'enfant, à la malnutrition et aux problèmes de la procréation. Sa coordination est assurée par le Ministère de la santé et de la protection de l'enfant, le Conseil national du sida, le Conseil de l'alimentation et de la nutrition, le Ministère du logement et des collectivités locales et les conseils de développement rural.

31. Dans le cadre du programme de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du projet Faire reculer le paludisme, l'UNICEF appuiera la couverture vaccinale de tous les antigènes ainsi que la supplémentation en vitamine A et la

prévention et la lutte contre le paludisme et diverses maladies juvéniles. Les objectifs sont les suivants : a) faire passer la couverture vaccinale pour tous les antigènes à 80 % et le taux de supplémentation systématique en vitamine A de 46 % à 70 %; b) s'assurer que la polio et le tétanos néonatal et maternel sont définitivement éradiqués; c) faire passer à 30 % le taux de couverture des moustiquaires imprégnées d'insecticide et accélérer le traitement du paludisme pour les orphelins et enfants vulnérables et les femmes enceintes dans les districts où il est endémique.

32. L'UNICEF interviendra notamment en achetant et en distribuant des vaccins, des fournitures et des médicaments essentiels pour faciliter le traitement à la maison des maladies de l'enfance et la formation des agents sanitaires des collectivités locales et des établissements de soins. Il fournira une assistance technique pour les examens, les études, le suivi et les évaluations.

33. Pour prévenir la mortalité des femmes et éviter qu'elles ne laissent des orphelins derrière elles, l'UNICEF mènera une action complémentaire à celle du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'OMS en assurant des soins obstétricaux d'urgence, y compris l'orientation des patientes et la prévention et le traitement du paludisme, et fera campagne pour une bonne alimentation. À l'appui de l'Initiative 3 millions d'ici à 2005 de l'OMS en faveur des traitements antirétroviraux, l'UNICEF galvanisera les énergies pour augmenter l'utilisation et la couverture des services de dépistage et d'accompagnement psychologique et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Il fera également campagne auprès des pouvoirs publics, de l'OMS, de l'ONUSIDA, des collectivités et d'autres parties prenantes pour que soient traitées en priorité certaines catégories de la population, en particulier les mères, les épouses et les enfants participant aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant. Le Fonds apportera en outre des fournitures, des médicaments essentiels et des traitements antirétroviraux, formera des agents sanitaires et fournira l'appui technique nécessaire pour suivre l'évolution des fonds d'assistance mondiaux et accéder à leurs ressources.

34. En ce qui concerne l'amélioration de la nutrition, l'accent sera mis sur les orphelins et les enfants vulnérables ainsi que les foyers et les communautés touchés par le VIH/sida. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sera associée aux programmes suivants : prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, prévention de la transmission mère-enfant, services de dépistage et d'accompagnement psychologique, soins nutritionnels et traitements antirétroviraux dans les communautés. La lutte contre les carences en vitamine A, en iode et en fer, y compris l'anémie ferriprive, sera repensée. L'UNICEF appuiera la mise en place de dispositifs de surveillance de la nutrition. Le suivi de la croissance des enfants à l'échelon local privilégiera le renforcement des moyens dont disposent les communautés locales pour améliorer la nutrition des orphelins et des enfants vulnérables et sera au centre du processus d'appréciation, d'analyse et d'action (méthode des trois « A ») dans les 18 districts pilotes de l'UNICEF. On appuiera l'élaboration d'une politique et d'une stratégie de nutrition et de soins à l'enfant assorties d'objectifs concrets en ce qui concerne les orphelins et autres enfants vulnérables. Grâce à des plans d'action exécutés en partenariat avec le Programme alimentaire mondial, l'UNICEF appuiera l'alimentation thérapeutique et complémentaire, participera à des activités de formation et de suivi en matière d'alimentation scolaire et fera campagne l'enrichissement des aliments fournis dans le cadre de l'aide alimentaire.

35. L'UNICEF aidera à promouvoir l'accès universel à l'eau potable et sa consommation tous ainsi que la généralisation des services d'assainissement de base et leur fonctionnement effectif; il aidera également à formuler des politiques, des stratégies et des directives nationales cohérentes pour faire face à la pauvreté, au VIH/sida et à la situation critique des orphelins. L'accent sera mis sur le renforcement des capacités des communautés et des écoles à participer à l'éducation de la population en matière de santé, d'hygiène et d'assainissement, ainsi qu'à la gestion de l'eau et des systèmes d'assainissement dans les zones rurales et périurbaines. Les efforts porteront essentiellement sur les foyers et les communautés touchés par le VIH/sida, y compris ceux où l'on compte des orphelins et des enfants vulnérables. Dans le souci d'améliorer le confort des filles à l'école, l'UNICEF appuiera l'installation de toilettes et de l'eau courante et aidera les enseignants à acquérir les compétences voulues pour sensibiliser leurs élèves aux questions d'eau, d'hygiène et d'assainissement. On étudiera la possibilité de recourir à des aides du type des dotations forfaitaires pour l'éducation des orphelins et autres enfants vulnérables. Le Fonds élargira également ses partenariats avec le secteur public, les donateurs et les ONG afin d'aider les communautés et les districts à se doter des moyens nécessaires à la planification des interventions en cas d'épidémies de maladies comme le choléra et le paludisme causées par l'insalubrité de l'eau et l'insuffisance de l'assainissement.

#### **Programme de protection de l'enfant**

36. Ce programme consistera à recueillir – et à diffuser aux parties prenantes – des enseignements tirés de l'expérience et des pratiques optimales susceptibles d'améliorer l'efficacité des actions de protection de l'enfant, à plaider en faveur d'une intervention massive pour résoudre les problèmes auxquels se heurtent les orphelins et les enfants vulnérables et à mobiliser et rassembler les partenaires autour de cette intervention. Le Ministère de la fonction publique, du travail et de la protection sociale sera le principal coordonnateur au sein du cadre général formé par le Plan national d'action en faveur des orphelins et des enfants vulnérables et le Forum mondial des partenaires pour la protection des orphelins et des enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/sida. Les autres ministères concernés seront notamment le Ministère de la justice et des affaires juridiques et parlementaires et le Ministère de la jeunesse, des femmes et de la création d'emplois.

37. L'UNICEF, qui concentrera son action sur 18 districts, appuiera les efforts que déploient les conseils de district des zones rurales, les responsables locaux et les organisations locales pour donner aux familles et aux foyers les moyens d'améliorer la situation des orphelins et des enfants vulnérables. On devrait ainsi être en mesure d'améliorer leur situation économique; d'apporter un soutien et un accompagnement psychologiques aux soignants et aux enfants maltraités; de prolonger la vie des parents; d'aider à l'organisation des successions; de favoriser les soins intégrés; et de renforcer les compétences pratiques et les moyens de subsistance des jeunes. Pour renforcer l'action des communautés locales face aux problèmes auxquels se heurtent les orphelins et les enfants vulnérables, l'UNICEF aidera à mobiliser la société en faveur d'un débat public sur le VIH/sida et d'une prise en charge coopérative des enfants sans famille. En outre, dans le cas des orphelins et autres enfants vulnérables, l'UNICEF fera campagne pour l'enseignement gratuit et obligatoire, l'enregistrement des naissances, l'accès aux services de santé et de

nutrition; l'accès à une eau salubre et aux services d'assainissement de base; l'accès à la justice; les services de placement des enfants laissés sans soins; et la prise en compte des orphelins et des enfants vulnérables dans les plans et les actions des districts et des communautés locales.

38. À l'échelon national, l'UNICEF fera campagne pour que les pouvoirs publics continuent de protéger les orphelins et les enfants vulnérables et d'affecter des crédits à leur protection et appliquent effectivement les textes législatifs et réglementaires en la matière. Le Fonds aidera l'Équipe nationale chargée des enfants de la rue à résoudre les problèmes auxquels se heurtent les enfants qui vivent ou travaillent dans la rue. Dans le cadre de sa contribution au fonctionnement du mécanisme national de coordination du Plan national d'action en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables, l'UNICEF continuera d'apporter un appui technique et financier au secrétariat national et fera campagne pour la création accélérée de mécanismes similaires dans les districts. Afin de continuer à sensibiliser l'opinion publique et de créer un environnement favorable aux orphelins et autres enfants vulnérables, l'UNICEF appuiera les efforts actuellement déployés en vue d'évaluer et d'analyser leur situation avec la participation des intéressés. Les partenariats établis à l'occasion de l'évaluation rapide de 2004 seront maintenus. Il s'agit notamment des partenariats établis avec USAID, le PAM, l'ONUSIDA, le programme Support to Replicable Innovative Community/Village Level Efforts for Children Affected by HIV/AIDS (STRIVE, ou *Soutien à la diffusion des initiatives locales en faveur des enfants touchés par le VIH/sida susceptibles d'être reproduites ailleurs*), les Services de secours catholique et le Groupe Prospective. On aidera le Comité interministériel des droits de l'homme à promouvoir les droits de l'enfant et de la femme. On aidera également le gouvernement à établir, dans les délais prévus, ses rapports sur l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant africain.

#### **Programme relatif au VIH/sida et au développement des jeunes**

39. Ce programme consistera à recueillir – et à diffuser aux parties prenantes – des enseignements tirés de l'expérience et des pratiques optimales susceptibles d'améliorer l'efficacité des actions visant à prévenir la propagation du VIH et à renforcer la prise en charge des malades du sida tout en atténuant leurs souffrances et les difficultés auxquelles ils font face. Dans le cadre de la programmation commune de l'ONUSIDA et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD), l'UNICEF fera campagne pour une action de grande ampleur contre le VIH/sida et mobiliser ses partenaires en ce sens. Il mettra l'accent sur l'intégration du VIH/sida dans les autres secteurs et programmes, et sur l'établissement de partenariats. Les objectifs seront les suivants : a) faire le point des connaissances les plus récentes et diffuser les pratiques optimales et enseignements tirés de l'expérience sous une forme qui facilite leur incorporation dans les programmes et politiques; b) fournir un appui technique à l'action nationale de suivi et d'évaluation critique de l'épidémie afin de mieux comprendre son évolution. Cette évaluation portera sur les pratiques culturelles et les migrations transfrontières et fera éventuellement appel à la participation des bureaux de l'UNICEF dans les pays voisins; c) faciliter l'accès aux ressources disponibles à l'échelle mondiale, telles que celles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, pour des interventions de grande ampleur; d) élaborer

des stratégies de programmation faisant intervenir les jeunes. Les principaux intervenants seront le Ministère de la santé et de la protection de l'enfant et le Conseil national du sida.

40. L'UNICEF fera campagne pour institutionnaliser les expériences réussies d'accompagnement psychologique menées à l'échelon local et pour faire évoluer les règles et pratiques culturelles et religieuses héritées des générations précédentes qui favorisent la propagation du VIH. Étant donné que les jeunes sont particulièrement exposés à l'infection par le VIH, l'UNICEF appuiera la formulation de politiques et de stratégies favorisant une participation plus importante de ce groupe aux activités de prévention. Il appuiera notamment la formule de l'accompagnement psychologique par les pairs; la promotion de maisons de jeunes polyvalentes à l'échelon local; l'augmentation du nombre de clubs de jeunes dans les écoles primaires et secondaires afin de renforcer leurs compétences pratiques; et les programmes de socialisation des jeunes par le sport.

### **Coûts intersectoriels**

41. L'élément Appui au programme couvrira les dépenses de fonctionnement, y compris les rémunérations, les services publics et le montant des salaires et autres frais engagés pour assurer le respect des Normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies.

42. Le Groupe chargé de l'analyse des politiques sociales et du suivi, de l'évaluation et de l'étude des droits s'emploiera à : a) analyser de façon suivie la situation générale vue sous l'angle des enfants et des femmes et ses incidences sur les politiques, notamment sur la législation relative aux orphelins et autres enfants vulnérables; b) favoriser l'établissement de liens avec le PNUAD et les politiques, stratégies et plans nationaux. Le Groupe facilitera également les activités de suivi, d'évaluation et de gestion du programme décrites ci-dessous.

43. Le Groupe de la communication coordonnera les activités de plaidoyer de l'UNICEF en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables et de la lutte contre le VIH/sida. Ces activités faciliteront la réalisation de cet objectif du programme de pays en faisant mieux comprendre la situation des orphelins et autres enfants vulnérables, en expliquant ce qui peut être fait et en aidant à faire en sorte que toutes les parties prenantes, aux échelons national et international, fassent résolument face au VIH/sida et à la situation critique des orphelins. Des actions de communication seront élaborées et menées en collaboration avec un certain nombre de partenaires, en particulier d'autres organismes des Nations Unies, des ministères d'exécution et des comités nationaux pour l'UNICEF. La stratégie retenue visera à susciter une volonté politique plus forte face à la question des orphelins et autres enfants vulnérables et au VIH/sida, à faire connaître aux donateurs et aux autres partenaires les initiatives les plus prometteuses et à les convaincre de financer généreusement les initiatives. On fera intervenir l'opinion publique pour motiver les décideurs, les politiques, les donateurs, le secteur privé, la société civile et les autres partenaires à s'acquitter de leurs obligations à l'égard des orphelins et autres enfants vulnérables.

## **Principaux partenariats**

44. Le principal partenaire est le Gouvernement zimbabwéen et ses 10 ministères, auxquels s'ajoutent les partenaires représentés au sein du Comité d'élaboration et de contrôle des programmes. À l'échelon local, les conseils de développement rural et, de plus en plus, les organisations non gouvernementales et des groupes religieux sont d'importants partenaires. L'UNICEF établira également des partenariats avec la société civile, les réseaux d'enfants, les orphelins et les organisations d'aide à l'enfance ainsi qu'avec d'autres organismes des Nations Unies dans le cadre du PNUAD. Il importe tout particulièrement de renforcer et d'élargir les partenariats avec les donateurs qui financeront ce programme.

## **Suivi, évaluation et gestion du programme**

45. Le suivi sera effectué dans le cadre du Plan intégré de suivi et d'évaluation et du tableau de résultats du PNUAD. En collaboration avec le Bureau central de statistiques et le groupe de travail des Nations Unies sur les données du développement, l'UNICEF utilisera son logiciel DevInfo pour aider à créer une base de données nationale sur les enfants et les femmes. Pour parvenir à une communauté d'analyse et jeter les bases de futures actions dans le cadre du programme, le Fonds appuiera un ambitieux programme national de recherche sur les enfants et les femmes, en mettant à contribution des experts locaux et internationaux. Ce programme comprendra notamment l'Enquête démographique et sanitaire, 2005, des études d'évaluation de la pauvreté et l'amélioration des registres tenus dans les villages. En outre, l'UNICEF effectuera des visites périodiques sur le terrain et des examens à mi-parcours et annuels.

46. La gestion du programme sera assurée par le Comité d'élaboration et de contrôle des programmes, coprésidé par le Ministère des finances et le représentant de l'UNICEF. Des réunions semestrielles tenues dans les 18 districts retenus par l'UNICEF permettront d'organiser des visites d'une demi-journée dans des communautés. Outre les 10 ministères, le Comité est composé de deux organisations nationales autonomes et de deux organisations non gouvernementales. Pour établir un lien avec le PNUAD, le Comité, à sa réunion annuelle de 2003, a décidé d'élargir sa composition en accueillant d'autres organismes des Nations Unies en plus de l'UNICEF, ainsi que des donateurs importants, afin d'améliorer leur connaissance du processus de programme de pays et de les encourager à y participer. Au plan interne, la gestion sera assurée grâce à des réunions mensuelles de l'équipe de gestion du programme de pays et de l'équipe de gestion du programme.