



**Conseil d'administration
du Programme des Nations Unies
pour le développement, du Fonds
des Nations Unies pour la population
et du Bureau des Nations Unies
pour les services d'appui aux projets**

Distr. générale
19 avril 2006
Français
Original : anglais

Session annuelle de 2006

3-4 juin 2013, New York

Point 4 de l'ordre du jour provisoire

**FNUAP – Programmes de pays
et questions connexes**

Fonds des Nations Unies pour la population

Projet de descriptif de programme de pays pour l'Égypte

Assistance proposée : 14 millions de dollars, dont 11,25 millions à prélever sur les ressources ordinaires et 2,75 millions à financer à l'aide de modalités de cofinancement et/ou d'autres ressources, y compris des ressources ordinaires

Période du programme : Quatre ans et six mois (de mi-2013 à 2017)

Cycle de l'assistance : Neuvième

Catégorie sur la base de la décision 2007/42 : B

Assistance proposée par grand domaine du programme

(En millions de dollars des États-Unis)

<i>Catégorie de résultats du plan stratégique</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Santé des jeunes en matière de sexualité et de procréation et éducation sexuelle	2,50	0,75	3,25
Santé maternelle et néonatale	5,50	1,30	6,80
Égalité des sexes et droits de la procréation	2,50	0,70	3,20
Coordination du programme et assistance	0,75	–	0,75
Total	11,25	2,75	14,00



I. Analyse de la situation

1. Depuis la révolution du 25 janvier 2011, l'Égypte est dans un état de transition, avec de nombreux remaniements du gouvernement et de nombreuses réorganisations ministérielles. L'instabilité a entraîné des difficultés économiques qui continuent d'entraver le développement et ont une incidence particulière sur le marché du travail. En 2012, le taux de chômage a atteint 12,6 %. Ce taux a toutefois été plus élevé chez les femmes (24,1 %) que chez les hommes (9,2 %). Le taux d'emploi chez les jeunes de 15 à 24 ans s'élève à 30 %.

2. En 2012, la population était estimée à 83,7 millions de personnes, dont 62 % avaient moins de 20 ans. Les jeunes ont été une force motrice de la révolution et continuent de manifester énergiquement leur désir de plus de justice sociale. Pourtant, les politiques publiques ne traduisent pas suffisamment les besoins des jeunes, en particuliers les besoins sociaux, économiques et de santé génésique. Le taux de chômage élevé chez les jeunes a entraîné un report de l'âge du mariage. Cette situation a augmenté l'exposition aux comportements à risque, qui sont particulièrement préoccupants en raison de l'engagement civique limité des jeunes (5 % en 2009) et de leur faible participation à l'élaboration des politiques.

3. Avec un revenu national brut de 2 600 dollars, l'Égypte est classée parmi les pays à revenu intermédiaire. Ce classement ne reflète toutefois pas nécessairement l'état de développement du pays. En 2010-2011, le pourcentage de personnes vivant dans la pauvreté atteignait 25,2 %, contre 21,6 % en 2008-2009. Les gouvernorats d'Assiut et de Sohag en Haute-Égypte rurale avaient les taux de pauvreté les plus élevés du pays (respectivement 69 et 59 %).

4. En 2012, le taux annuel de croissance démographique était estimé à 1,7 %. L'Égypte a atteint un palier en termes de fécondité. Le taux de prévalence de la contraception s'est maintenu à 60 %, et le taux de fécondité souhaité chez les femmes de 15 à 49 ans, mariées ou qui l'ont été, reste de trois enfants. D'après les données de 2008, le besoin non satisfait de planification des naissances s'établissait à 9,2 %, le niveau le plus élevé (23 %) se situant à Sohag. À l'échelle du pays, il y a environ 1,17 million de femmes dont les besoins en matière de planification des naissances ne sont pas satisfaits. Les besoins non satisfaits le sont en raison de facteurs liés à la fois à l'offre et à la demande. Les services de planification familiale sont insuffisants, principalement à cause de services de conseils de mauvaise qualité et de choix limité des méthodes, qui sont les causes immédiates en ce qui concerne l'offre. Les idées fausses au sujet de la fécondité et de la planification des naissances, outre la crainte des effets secondaires des moyens contraceptifs, font partie des causes au niveau de la demande.

5. Le taux de mortalité maternelle a reculé, passant de 174 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1992 à 54 décès maternel pour 100 000 naissances vivantes en 2010. Ces deux dernières années, toutefois, ce taux a augmenté, passant à 57 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, avec des augmentations marquées dans les gouvernorats de Haute-Égypte, notamment à Assiut (83) et à Sohag (63).

6. Le non-respect de la réglementation par les praticiens privés et les lacunes en termes d'application de la loi ont contribué à l'augmentation de la mortalité maternelle. Dans 23,5 % des mortalités signalées, l'accouchement a eu lieu dans une clinique privée, ce qui est illégal. Soixante-sept pour cent des femmes du pays ont

bénéficié de soins prénataux réguliers, même si ce pourcentage a été plus faible dans certaines régions, comme Sohag (50 %). Le pourcentage d'accouchements médicalement assistés (79 % pour l'ensemble du pays) est plus faible à la fois à Sohag et à Assiut (56 %).

7. Il est nécessaire de produire, d'analyser et de diffuser des données afin d'assurer des interventions fondées sur des données probantes, d'élaborer des politiques éclairées et de mesurer les résultats. Les données relatives à la santé en matière de procréation et au comportement des jeunes et des catégories principales de la population sont lacunaires, de même que celles sur l'incidence de la violence sexiste, en particulier celle envers les femmes et les filles, et sur ses causes fondamentales et ses effets sur la santé et le bien-être des femmes et des adolescentes.

8. Les données disponibles les plus récentes (2005) en ce qui concerne l'incidence de la violence familiale indiquent que 47 % des femmes mariées ou qui l'ont été signalent avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Dans la quasi-totalité des cas, le conjoint a été désigné comme l'auteur principal dans un épisode au moins. Dans une étude de 2008, plus de 80 % des femmes égyptiennes ont signalé avoir été dans leur vie victimes de harcèlement sexuel. Il faut que la législation incrimine la violence envers les femmes et que des mécanismes répondent aux besoins des survivantes et des femmes vulnérables.

9. Les mutilations et ablations génitales féminines restent courantes en Égypte. Cette pratique nuisible a des effets négatifs sur la santé et les droits des femmes en matière de procréation. Des indications récentes montrent toutefois que cette pratique régresse chez les filles et les jeunes femmes. En 2008, le pourcentage des mutilations et ablations génitales féminines s'établissait à 91,1 % chez les femmes de 15 à 49 ans, mais à 74 % chez les filles de 15 à 17 ans. En 2008, 77,5 % des mutilations et ablations génitales féminines en Égypte étaient pratiquées par du personnel médical qualifié, contre 17 % en 1996, ce qui représente une augmentation de la médicalisation de cette pratique.

10. L'incidence du VIH est estimée à moins de 0,1 %. Les données permettent toutefois de penser qu'il existe une concentration de type épidémique dans des populations importantes. La stigmatisation et la discrimination affectent la qualité et l'accessibilité des services de prévention et de traitement du VIH.

II. Coopération passée et enseignements tirés

11. Le huitième programme de pays, de 2007 à mi-2013, était centré sur a) le développement des capacités des prestataires de planification familiale; b) les conseils et les tests volontaires; c) la fourniture de services spécialisés pour les jeunes; d) le renforcement du système de sécurité d'approvisionnement en produits contraceptifs; e) l'élargissement de la formation de maïeuticiennes/de maïeuticiens.

12. Le huitième programme de pays a facilité a) la mise en œuvre d'une enquête nationale sur les jeunes, qui a été publiée en 2009, suivie de la diffusion à l'échelle du pays et de l'élaboration de cinq documents de politique générale sur le sujet; b) la création d'une base de données démographique et la réalisation d'un rapport annuel sur la population; c) la réalisation de recherches et d'études opérationnelles

en vue de promouvoir des interventions fondées sur des données probantes et d'appuyer l'élaboration des politiques.

13. Le huitième programme de pays a également soutenu a) la promotion du savoir-faire national par l'organisation de formations locales et l'élaboration de directives concernant l'exécution des services de santé génésique, comme les normes nationales de pratique en matière de planification familiale, du Ministère de la santé et de la population, le manuel sur les droits en matière de procréation, des lignes directrices pour des services adaptés aux jeunes et des outils de formation; b) l'élaboration de guides de formation et d'un manuel de référence pour les responsables religieux sur la santé génésique, le contrôle des naissances et la dimension de genre, qui ont été adoptés par le Ministère des Awqaf; c) une augmentation de l'affectation prévue dans le budget national pour l'achat de contraceptifs, qui est passé de 37 millions de livres égyptiennes en 2007 à 80 millions en 2012.

14. L'évaluation indépendante du programme de pays, réalisée avant la révolution, a mis en évidence les réalisations suivantes : a) les interventions au titre du programme ont été pertinentes et sont potentiellement durables en raison de leurs liens avec les institutions publiques; b) les initiatives en termes de développement des capacités pour les fournisseurs de services ont contribué à augmenter le recours aux services de santé génésique; c) l'intégration des services spécialisés pour les jeunes et des autres services de santé génésique s'est avérée positive pour attirer les clients.

15. L'évaluation du programme a également conclu a) que les initiatives favorisant la communication de pair à pair entre les adolescents ont effectivement permis la transmission des messages relatifs à la santé génésique; b) que la formation des responsables religieux est une stratégie utile pour s'attaquer aux problèmes liés à la santé génésique et à la violence sexiste; c) que sensibiliser le personnel des médias a effectivement pour effet de centrer l'attention sur le harcèlement sexuel dans les rues; et d) qu'un système uniforme de projets de suivi de la dimension de genre a été élaboré et adopté à l'échelle du pays.

16. Les enseignements tirés de l'évaluation du programme de pays et les analyses qui ont suivi indiquent qu'il est nécessaire a) d'améliorer la conception et le partenariat du programme et de renforcer les activités de suivi et d'évaluation; b) de renforcer l'intégration et le centrage des interventions afin d'obtenir des résultats durables; c) de poursuivre le dialogue avec les hommes et avec les parents et d'accroître la participation des communautés locales; d) de soutenir l'accès aux prestataires de services féminins, qui est un important facteur déterminant de l'utilisation des services de santé par les femmes; e) de garantir la sécurité des produits de la contraception, compte tenu des contraintes budgétaires nationales.

III. Programme proposé

17. Le programme proposé est aligné sur les priorités nationales de développement, sur le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD), de mi-2013 à 2017, et sur le plan stratégique du PNUAD. Il s'inspire des enseignements tirés de l'évaluation du programme précédent. Le programme adopte une approche participative fondée sur les droits de l'homme.

18. Le programme insistera sur la programmation conjointe avec d'autres organisations des Nations Unies, notamment le PNUD, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Organisation mondiale de la Santé, le Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés et les Volontaires des Nations Unies pour a) assurer les synergies et la complémentarité; b) optimiser l'utilisation des ressources; et c) répondre aux besoins humanitaires et d) s'attaquer aux questions culturellement sensibles.

19. Le programme vise à accélérer la réalisation de l'accès universel aux services de santé génésique en diminuant les disparités en matière d'accès à l'accouchement sans risques et aux services de planification familiale. Le FNUAP renforcera les systèmes et mènera des initiatives de plaidoyer et un dialogue au niveau central sur les politiques, fondé sur des données probantes. Le programme concentrera sur Assiut et Sohag le développement des capacités et les interventions locales.

Santé sexuelle et génésique et éducation sexuelle des jeunes

20. *Produit : capacité nationale renforcée pour les interventions locales dans le domaine de la santé génésique visant à autonomiser les femmes et les jeunes.* Ce produit sera obtenu a) en intégrant des conseils et des services de santé génésique pour les jeunes dans certaines unités de soins de santé primaires afin de permettre aux jeunes de faire des choix éclairés en matière de santé; b) en autonomisant les jeunes par le soutien des institutions et par le biais des médias sociaux afin de les sensibiliser aux questions de santé génésique et à la dimension de genre et de promouvoir leur engagement civique; c) en développant la capacité du réseau d'éducation des jeunes par leurs pairs afin de faire participer les jeunes aux activités de décision et de plaidoyer; d) élaborer et appliquer une stratégie de communication sur le changement comportemental au plan local, en vue de stimuler la demande de services de santé génésique; et e) en menant des campagnes de plaidoyer ciblées visant à augmenter le recours aux services d'accompagnement et de dépistage volontaires en matière de VIH dans différents endroits.

Santé maternelle et néonatale

21. *Produit : capacité améliorée du système de santé national à fournir des services de santé maternelle de qualité aux femmes en âge de procréer.* Le FNUAP contribuera à réduire les disparités régionales dans le domaine des soins néonataux, des naissances assistées par des accoucheurs qualifiés et des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, en améliorant la qualité des services et en renforçant les moyens d'action des prestataires.

22. Ce produit sera obtenu a) par le plaidoyer et l'offre de services de conseils stratégiques en ce qui concerne l'application des règles et des règlements, et par le renforcement des moyens d'action du Ministère de la santé et de la population pour lutter contre les mauvaises pratiques des obstétriciens privés; b) en augmentant le nombre d'infirmières accoucheuses/d'infirmiers accoucheurs à Assiut et Sohag afin d'augmenter le taux de couverture des soins néonataux et des naissances assistées par des accoucheurs qualifiés; c) en développant la capacité des infirmières spécialisées/des infirmiers spécialisés dans les unités de soins de santé primaires à fournir des services de planification familiale et de soins maternels; d) en examinant les diverses méthodes de planification familiale et en améliorant les choix de

méthode contraceptive en fonction de la capacité du système de prestation des services et des besoins des clients; e) en étendant le système de suivi de la prestation des services en reliant les diverses sources de données sur les infrastructures sanitaires au niveau des districts; f) en renforçant les partenariats afin de combler les lacunes dans le domaine de l'achat de produits contraceptifs; g) en soutenant la recherche, la collecte et l'analyse opérationnelles des données afin d'orienter l'élaboration des politiques et le processus décisionnel en matière d'offre de services de santé génésique, y compris pour les réfugiés.

Égalité des sexes et droits de la procréation

23. *Produit : mécanismes institutionnels renforcés en matière de protection contre la violence sexiste envers les femmes et les filles et de réponse à cette violence.* Le programme encouragera l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes a) en produisant des éléments probants et en analysant les effets de la violence sexiste sur la santé génésique des femmes et des filles, sur leur bien-être et sur leur participation sociale et économique; b) en plaidant pour une stratégie nationale en matière de violence sexiste et pour l'adoption d'une législation de protection; c) en élaborant des protocoles médicaux et en renforçant les moyens d'action dont disposent les prestataires de services pour s'attaquer à la violence sexiste.

24. En outre, pour réaliser ce produit, le programme a) développera la capacité des responsables religieux à lutter contre la violence sexiste en informant davantage les communautés; b) luttera contre la médicalisation des mutilations et des ablations génitales féminines en sensibilisant les prestataires de services et en appuyant les initiatives locales; c) s'attaquera au harcèlement sexuel en soutenant les interventions dans les écoles ainsi que les initiatives de plaidoyer des organisations communautaires de services, qui dialoguent avec les hommes et les garçons.

IV. Gestion, suivi et évaluation du programme

25. Le FNUAP et le gouvernement mettront en œuvre le programme après la modalité d'exécution nationale et conformément aux procédures du FNUAP. Le FNUAP aidera ses partenaires à élaborer une stratégie de gestion des risques avant la mise en œuvre du programme. Les institutions publiques ou non publiques qui sont des partenaires potentiels sont le Ministère de la santé et de la population, les organisations de jeunes et les organisations confessionnelles.

26. Le Ministère du plan et de la coopération internationale coordonnera le programme avec le FNUAP. Le FNUAP et ses partenaires effectueront des examens annuels du programme ainsi que des évaluations thématiques et de fin du programme de pays. Le FNUAP déploiera des activités conjointes de planification, de suivi et d'évaluation dans le contexte du plan de suivi et d'évaluation du PNUAD, en collaboration avec d'autres organisations de Nations Unies. Le FNUAP assurera la mise en œuvre des recommandations de la vérification de l'exécution nationale.

27. En cas d'urgence, le FNUAP peut, en concertation avec le gouvernement, reprogrammer des activités pour mieux répondre aux problèmes qui apparaissent.

28. Le représentant du FNUAP supervisera le programme. Le FNUAP opère par l'intermédiaire de son bureau au Caire. Le personnel du bureau de pays est financé en partie sur le budget institutionnel du FNUAP. Il exerce des fonctions de gestion et de développement. Le FNUAP affectera des ressources du programme pour fournir un soutien technique et programmatique pour la mise en œuvre du programme.

Tableau des résultats et des ressources pour l'Égypte

Priorités nationales : a) atténuation de la pauvreté par la croissance et l'équité en faveur des pauvres; b) services de base de grande qualité; c) gouvernance démocratique par la décentralisation, l'engagement civique et les droits de l'homme

Résultat du PNUAD : les femmes en âge de procréer, les hommes et les jeunes ont un accès accru à la planification familiale et à des services de santé génésique de qualité. Indicateurs : a) besoin de planification familiale réduit à 6%; b) taux de prévalence de la contraception augmenté de 5 %; c) existence d'une stratégie nationale pour l'incorporation de services s'occupant de la violence sexiste dans l'exécution des services de santé; d) nombre d'infrastructures de services dans les gouvernorats ciblés incorporant la violence sexiste dans l'exécution des services; e) pourcentage des mutilations et ablations génitales féminines pratiquées par des professionnels de la médecine et f) mortalité maternelle réduite de 10 %.

Résultat du PNUAD : les institutions nationales et les organisations de la société civile sont renforcées en vue de mieux protéger, respecter et réaliser les droits de l'homme, conformément aux engagements internationaux de l'Égypte, avec une attention particulière pour les femmes, les enfants, les personnes handicapées, les réfugiés et les migrants. Indicateurs : a) pourcentage de mutilations et d'ablations génitales féminines chez les filles et les adolescentes de 15 à 17 ans; b) nombre de programmes menés par la société civile qui abordent les droits des femmes, des jeunes et des groupes essentiels de la population, en particuliers les personnes atteintes du VIH/sida

Résultat du PNUAD : la voix, la prise d'initiatives, l'engagement civique et la participation politique des femmes et des jeunes sont visibles et effectifs dans les sphères publiques. Indicateurs : a) le pourcentage de jeunes volontaires qui participent activement à des structures comme les associations d'étudiants, les organisations non gouvernementales de jeunes et les centres de jeunes; b) le pourcentage de jeunes qui participent à du travail bénévole

Résultat du plan stratégique du FNUAP	Produits du programme de pays	Indicateurs de produit, points de référence et objectifs	Partenaires	Montant indicatif des ressources (en dollars des États Unis)
<p>Santé des jeunes en matière de sexualité et de procréation et éducation sexuelle</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de naissances chez les adolescentes Point de référence : 10 % Objectif : 8 % • Éducation à la santé génésique complète et adaptée à l'âge mise en œuvre dans les gouvernorats ciblés Point de référence : aucun Objectif : mise en œuvre 	<p><i>Produit :</i></p> <p>Capacité nationale renforcée pour des interventions locales dans le domaine de la santé génésique, afin d'autonomiser les femmes et les jeunes</p>	<p><i>Indicateurs de produit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de représentants des autorités communautaires qui mettent en œuvre des interventions visant à modifier les comportements en vue de promouvoir la santé génésique Point de référence : 0; Objectif : 240 • Nombre de jeunes atteints par les initiatives dans les médias sociaux Point de référence : 74 479; Objectif : 750 000 • Nombre d'unités de santé primaires soutenues par le FNUAP qui ont des services de santé spécifiques pour les jeunes Point de référence : 0; Objectif : 30 	<p>Ministère du plan et de la coopération internationale; Ministère de la jeunesse</p> <p>Organisation internationale du Travail; Agence des États-Unis pour le développement international; UNICEF</p> <p>Association égyptienne pour la planification familiale; Réseaux d'éducation des jeunes par leurs pairs</p>	<p>3,25 millions (2,5 millions sur ressources ordinaires et 0,75 million sur d'autres ressources)</p>

<i>Résultat du plan stratégique du FNUAP</i>	<i>Produits du programme de pays</i>	<i>Indicateurs de produit, points de référence et objectifs</i>	<i>Partenaires</i>	<i>Montant indicatif des ressources (en dollars des États Unis)</i>
<p>Santé maternelle et néonatale</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de mortalité maternelle <p>Point de référence : 57 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes</p> <p>Objectif : 43 décès pour 100 000 naissances vivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de naissances assistées par un personnel médical compétent <p>Point de référence : 79 %</p> <p>Objectif : 85 %</p>	<p><i>Produit :</i></p> <p>Capacité améliorée du système national de santé pour fournir des services de santé maternelle de qualité aux femmes en âge de procréation</p>	<p><i>Indicateurs de produit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'unités de soins de santé primaires comptant au moins une infirmière/un infirmier ayant suivi une formation en santé maternelle et en planification familiale dans les gouvernorats d'intervention <p>Point de référence : 0;</p> <p>Objectif : 80 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'unités de soins de santé primaires comportant au moins une maëuticienne/un maëuticien ayant suivi une formation <p>Point de référence : 46 % à Assiut, 30 % à Sohag</p> <p>Objectif : 100 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'unités de soins primaires dans les gouvernorats d'intervention offrant au moins deux méthodes contraceptives à long terme <p>Point de référence : 5,7 %;</p> <p>Objectif : 15 %</p>	<p>Ministère de la santé et de la population</p> <p>Société égyptienne de santé familiale</p>	<p>6,8 millions (5,5 millions sur ressources ordinaires et 1,3 million sur d'autres ressources)</p>
<p>Égalité des sexes et droits de la procréation</p> <p><i>Indicateurs de résultat :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Des mécanismes sont en place pour appliquer les lois et les politiques de promotion de l'égalité des sexes et des droits de la procréation <p>Point de référence : ces mécanismes n'existent pas</p> <p>Objectif : des mécanismes sont en place</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de mutilations/d'ablations génitales féminines pratiquées par des membres de la profession médicale <p>Point de référence : 77,5 %</p> <p>Objectif : 60 %</p>	<p><i>Produit :</i></p> <p>Mécanismes institutionnels renforcés pour protéger contre la violence sexiste envers les femmes et les filles et y réagir</p>	<p><i>Indicateurs de produit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'institutions nationales ayant la capacité de lutter contre diverses formes de violence sexiste <p>Point de référence : 7 institutions;</p> <p>Objectif : 25 institutions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un protocole médical national pour gérer les cas de violence sexiste <p>Point de référence : pas de protocole actuellement</p> <p>Objectif : protocole existant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de points prodiguant des soins de santé qui adoptent le protocole médical établi pour gérer les services traitant la violence sexiste <p>Point de référence : 0;</p> <p>Objectif : 24</p>	<p>Ministère de la santé et de la population; Conseil national pour les femmes</p> <p>Organisation internationale pour les migrations; PNUD; UNICEF; ONU-Femmes</p> <p>Organisations de la société civile; coalition d'organisations non gouvernementales contre la mutilation/l'ablation génitale féminine; Centre égyptien pour les droits des femmes; centres de recherche et de formation</p>	<p>3,2 millions (2,5 millions sur ressources ordinaires et 0,7 million sur d'autres ressources)</p> <p>Total pour la coordination et l'assistance au titre du programme : 0,75 million sur ressources ordinaires</p>