



**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
27 mars 2015
Français
Original : anglais

Session annuelle 2015

1^{er}-9 Juin 2015, New York

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

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

Fonds des Nations Unies pour la population

Document du programme de pays pour l'Ouganda

Montants estimatifs de l'assistance proposée par le FNUAP : 88,4 millions \$: 32,4 millions \$ provenant des ressources régulières et 56,0 millions \$ issus des modalités de cofinancement et d'autres ressources, y compris les ressources régulières

Durée du programme : cinq ans (2016-2020)

Cycle de l'assistance : Huitième

Catégorie par décision 2013/31 : Rouge

Montants estimatifs de l'assistance proposée (en millions de \$)

<i>Domaines d'action du plan stratégique</i>		<i>Ressources régulières</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Domaine d'action n° 1	Santé en matière de sexualité et de procréation	21,7	25,0	46,7
Domaine d'action n° 2	Adolescents et jeunes	2,0	10,0	12,0
Domaine d'action n° 3	Égalité entre les sexes et autonomisation des femmes	3,0	15,0	18,0
Domaine d'action n° 4	Dynamique des populations	4,2	6,0	10,2
Coordination du programme et assistance			1,5	–
Total		32,4	56,0	88,4

15-05088X (F)



Merçi de recycler



I. Analyse de la situation

1. La population de l'Ouganda a connu une croissance, passant de 9,5 millions de personnes en 1969 à 34,9 millions en 2014; elle devrait atteindre 83 millions de personnes à l'horizon 2040. Le taux de croissance annuelle de 3 % par an est le résultat d'un taux de fertilité en constante augmentation (6,2 à ce jour) et d'un taux de mortalité en baisse. Le taux de mortalité des moins de cinq ans a chuté, passant de 137 par 1000 naissances vivantes en 2006 à 90 par 1000 naissances vivantes en 2011. Ce qui a eu pour conséquence un profond rajeunissement de la population, dont 70 % est âgée de 24 ans et moins, et 52 % âgée de moins de 15 ans. La proportion de la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté national a diminué, de 39 % en 2002 à 19,7 % en 2011; ce qui est au-delà de la cible de 25 % fixée par les objectifs du Millénaire pour le développement.

2. Le taux de mortalité maternelle est en baisse, de 506 décès par 100 000 naissances vivantes en 1995 à 435 décès par 100 000 naissances vivantes en 2006; même si ce taux est demeuré inchangé depuis cette date. Jusqu'à 28 % de décès maternels sont enregistrés chez les jeunes filles âgées entre 15 et 24 ans. Les accouchements assistés par un personnel qualifié ont augmenté de 42 % en 2006 à 58 % en 2011. Environ 1 900 cas de fistules obstétricales sont enregistrés par an; d'où une accumulation de 200 000 cas. Le manque de ressources humaines dans le domaine de la santé (1 400 postes vacants en ce qui concerne les sages-femmes) et des services de soins obstétricaux d'urgence insuffisants entravent l'accès à des soins de qualité. Les facteurs socioculturels et l'inégalité entre les sexes compromettent l'accès aux services, notamment dans les communautés rurales. Une mobilisation communautaire mal coordonnée, associée à une présence insuffisante des hommes dans le domaine de la santé, limite l'accès des femmes et des jeunes aux services existants.

3. Le taux de prévalence des contraceptifs modernes demeure bas, même si elle est en augmentation, de 18 % en 2006 à 26 % en 2011, avec de grandes disparités régionales (7 % dans la région de Karamoja et 40 % à Kampala). Chez les jeunes femmes mariées (15-24 ans), ce taux n'est que de 11 %. Le besoin non satisfait de planification familiale demeure élevé atteignant encore 34 %, et étant de 31 % chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Il existe de nombreux obstacles à l'utilisation des contraceptifs : l'accès limité aux services à cause du nombre insuffisant de membres de personnel qualifiés; les pénuries de stocks dans les établissements sanitaires; des points de service communautaires limités; les préjugés sur la planification familiale, et les valeurs socioculturelles et religieuses. Les dirigeants politiques reconnaissent le besoin d'investir dans le domaine de la planification familiale; et le Gouvernement a élaboré un plan pour tenir les engagements de la Planification familiale à l'horizon 2020 à cet égard.

4. La prévalence du VIH a augmenté, de 6,4 % en 2005 à 7,3 % en 2011; elle est plus élevée chez les femmes, en particulier dans la région centrale, occidentale et du Moyen Nord. Plus de 130 000 nouvelles infections sont enregistrées chaque année. Même si la prévalence chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans est de 3,7 %, elle est de 9,1 % chez les femmes âgées de 20 à 24 ans. Les principales raisons en sont notamment les comportements sexuels à risque, une faible connaissance des contours du VIH (38 %), une perception individuelle faible du risque y attaché et un accès faible des personnes les plus à risque aux services connexes. La faible intégration des services, les ressources humaines insuffisantes et les pénuries de

stocks de préservatifs et du nécessaire pour test sapent davantage les efforts de prévention du VIH/Sida.

5. Le taux de grossesse chez les jeunes a baissé de 31 % en 2001 à 24 % en 2011, même s'il demeure élevé. Les infections sexuellement transmissibles (13,4 % chez les femmes et 5,3 % chez les hommes), la violence sexuelle et l'avortement à risque continuent de nuire à la santé des jeunes en matière de sexualité et de procréation. Un nombre de facteurs - les normes socioculturelles; le faible taux de scolarisation chez les filles; la pauvreté des ménages, l'absence d'une éducation complète à la sexualité dans les établissements scolaires et dans les communautés; et une faible couverture des services pour jeunes dans les établissements sanitaires - contraignent les filles à expérimenter précocement les relations sexuelles, le mariage et les accouchements, et limitent les efforts visant à réduire le taux de grossesse chez les adolescentes.

6. L'Ouganda est doté d'une politique et d'un cadre juridique solides de promotion de l'égalité entre les sexes. Toutefois, la mise en oeuvre de ces politiques, ainsi que le suivi et le rapportage concernant les recommandations issues d'organismes créés en vertu d'un traité, demeurent faibles. La prévalence de la violence sexiste est élevée; en 2011, 56 % de la population féminine sont victimes de violence physique et 27 % des femmes subissent des abus sexuels. Bien que la prévalence nationale de la mutilation génitale féminine n'est que de 1 %, elle est beaucoup plus élevée dans certaines communautés : 50 % chez les Sabinu et les Tepeth et 95 % chez les Pokot et les Kadama. Les normes socioculturelles continuent de saper les efforts de prévention de la violence sexiste.

7. L'Ouganda accueille 403 910 réfugiés de la région; les catastrophes naturelles provoquent en outre le déplacement des populations à l'intérieur du pays. Ces situations d'urgence touchent principalement les femmes et les enfants, qui sont souvent exposés à la violence sexiste et n'ont pas accès aux services de santé en matière de sexualité et de procréation.

8. L'Ouganda procède régulièrement à une collecte des données sur le recensement et les enquêtes de la population; il dispose de systèmes d'information administrative qui fournissent des données sur la santé en matière de sexualité et de procréation, la violence sexiste et le VIH. Toutefois, la capacité nationale à entreprendre une analyse approfondie des données est limitée; les données administratives ne sont pas mises à jour ni analysées régulièrement pour pouvoir éclairer la prise de décisions. Même si la situation s'améliore, l'utilisation des données sur la dynamique des populations afin d'éclairer la planification, l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des politiques demeure faible, tant au niveau national qu'au niveau des districts.

II. Coopération antérieure et leçons apprises

9. Dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de procréation, le programme a permis a) de faire progresser dans 15 districts cibles le taux d'accouchements dans des établissements sanitaires, de 21 % à 33 %, y compris 85 % dans des camps de réfugiés; b) de faire accroître la proportion d'établissements sanitaires dotés d'une capacité de fourniture de soins obstétricaux d'urgence, de 43 % à 65 %; c) d'éliminer la fistule obstétricale chez 5 560 femmes; d) de réduire les pénuries de stocks des produits de la planification familiale dans

les districts cibles, de 35 % à 28 %; e) d'atteindre 910 000 jeunes avec des services associés à la sexualité et à la procréation; f) d'accroître le nombre annuel de nouveaux utilisateurs de la planification familiale, de 26 000 en 2010 à 78 000 en 2013.

10. Pour atteindre ces chiffres, le FNUAP a appuyé a) l'élaboration de politiques et directives nationales sur la santé en matière de sexualité et de procréation; b) l'achat et la distribution de contraceptifs par le biais d'un mécanisme de distribution alternatif permettant d'acheminer les produits de la planification familiale aux organismes privés à but non lucratif; c) la concrétisation de l'engagement du gouvernement à augmenter le budget destiné à la planification familiale à partir de 2012, de 3 millions \$ à 5 millions \$ par an au cours des 5 années suivantes; d) l'achat d'équipements pour les installations publiques; e) la subvention de la formation de 308 sages-femmes stagiaires (53 parvenues au terme de leur formation et recrutées); et f) la création de services pour jeunes dans 22 établissements scolaires et 14 établissements sanitaires;

11. Malgré ces réalisations, une évaluation du programme a permis de relever quelques défis, notamment celui : de gérer les problèmes fistulaires en attente; de recruter dans les établissements sanitaires, un nombre suffisant de sages-femmes et de membres de personnel chargés de la planification familiale; de faire progresser le nombre d'études relatives aux décès maternels et périnataux, les soins obstétricaux d'urgence, les services pour jeunes, l'éducation complète à la sexualité et la prévention du VIH/Sida chez les populations à haut risque; d'aligner les protocoles des services nationaux de planification familiale aux directives internationales en tant que principe des droits de l'homme; d'augmenter les points de services de planification familiale et d'étendre la génération de la demande de manière à atteindre les communautés mal desservies; et de renforcer le système de gestion de l'offre des produits.

12. Le programme a favorisé les réalisations suivantes : a) la formulation de politiques et lois, y compris la loi sur la violence domestique (2010), la loi sur l'interdiction de la mutilation génitale féminine (2011) et la politique nationale sur l'égalité entre les sexes (2012); b) une incorporation accrue de la prévention et de la riposte relatives à la violence sexiste dans les domaines de la santé, de la justice, du développement social et de la sécurité et dans 11 plans de développement de districts; c) une prestation de service accrue des services de lutte contre la violence sexiste, permettant ainsi aux survivants dans les districts cibles d'y avoir davantage recours (de 2 650 victimes en 2010 à 19 051 en 2013); et d) une plus grande mobilisation communautaire ayant permis à 51 communautés d'opter pour l'abandon de la mutilation génitale féminine. Les lacunes importantes que le nouveau programme devrait combler concernent notamment la mise en oeuvre des politiques, le suivi et le rapportage en rapport avec des instruments internationaux; ainsi que la coordination des messages axés sur le changement social et de comportement à l'égard de la violence sexiste et des droits en matière de procréation.

13. Dans le domaine de la population et du développement, le programme a permis l'exécution et l'analyse approfondie de l'enquête démographique et de santé de 2011, des enquêtes nationales par panel (2012, 2013) ainsi que du recensement national de la population et du logement. Il a également renforcé le changement de paradigme en faveur de la planification familiale chez les dirigeants politiques en

établissant des modèles du dividende démographique; et il a appuyé les efforts visant à assurer l'adoption de la loi de 2014 sur le Conseil national de la population. L'évaluation du programme a permis d'identifier les domaines suivants nécessitant des améliorations : la réalisation d'une analyse approfondie des données du recensement en vue d'une cartographie des disparités démographiques et géographiques; le renforcement des systèmes de gestion de l'information en vue de la fourniture de données régulières; la production de faits pour servir de base à la prise de décision et à un plaidoyer continu en faveur du programme de la Conférence internationale sur la population et le développement.

14. Quelques leçons ont été tirées du septième programme de pays : a) construire des partenariats avec le Gouvernement, les organismes des Nations Unies, les donateurs et les organisations de la société civile galvanise l'appui national au programme de la Conférence internationale sur la population et le développement; b) travailler directement avec les gouvernements accroît l'appropriation et la durabilité des interventions du programme; et c) renforcer l'engagement communautaire en faveur d'un changement de normes sociales est essentiel pour régler la question de la violence sexiste et pour encourager l'abandon de la mutilation génitale féminine.

III. Programme proposé

15. Le huitième programme de pays proposé a été élaboré en consultation avec un grand nombre de partenaires, y compris le Gouvernement, la société civile et d'autres partenaires au développement, les organismes des Nations Unies, le monde universitaire et le secteur privé. Il est conforme aux priorités nationales soulignées dans la Vision nationale 2040, le Plan national de développement II (2015/2016-2019/2020), le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (2016-2020) et le Plan stratégique du FNUAP 2014-2017, et il permet d'exploiter le dividende démographique tout en tenant compte des leçons tirées du précédent programme de pays.

16. Les bénéficiaires directs du programme seront les femmes et les jeunes, notamment les adolescentes, et les populations les plus à risque. En plus de cibler particulièrement les districts ayant de faibles indices de santé en matière de sexualité et de procréation, le programme traitera également de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence humanitaire.

A. Conclusion 1 : Santé en matière de sexualité et de procréation

17. Résultat 1 : Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts ont la capacité de fournir des services de santé maternelle complets de haute qualité, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) l'appui au plaidoyer en faveur de l'amélioration des ressources financières et humaines du gouvernement en ce qui concerne la santé maternelle et la planification familiale; b) la mise sur pied d'un mécanisme national de responsabilisation, notamment par une augmentation de la surveillance et de la riposte concernant les décès maternels, et la création d'un système de bilan concernant le suivi des performances visant à assurer l'accès à des soins de haute qualité conformes aux principes des droits de l'homme; c) l'appui au

gouvernement national et aux administrations locales dans l'établissement de solides partenariats et la coordination efficace des interventions conjointes ayant trait à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, y compris la préparation et la riposte aux situations d'urgence humanitaire; d) le renforcement du programme de formation des sages-femmes et la fourniture d'équipements aux établissements sanitaires en vue de soins obstétricaux d'urgence, de soins post avortement, de la gestion de fistules obstétricales et du dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise humanitaire.

18. Résultat 2 : Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts ont la capacité d'accroître la demande et l'offre de contraceptifs modernes. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) le plaidoyer politique en faveur d'un changement et d'une distribution des rôles entre les prestataires de service, améliorant ainsi la disponibilité des services intégrés de santé maternelle et de la planification familiale; b) le plaidoyer en faveur d'une augmentation progressive des ressources visant à mettre en oeuvre des plans d'expansion de la planification familiale; c) le soutien technique et financier en vue d'améliorer les prévisions, l'achat et le système de gestion de la chaîne de l'offre aux niveaux national et des districts, en ce qui concerne les produits; d) la création de mécanismes de coordination efficaces des programmes de planification familiale; e) la formation des professionnels de la santé à la fourniture d'une gamme de méthodes de haute qualité dans le domaine de la planification familiale, conformément au nouveau protocole des droits de l'homme en la matière; et f) l'appui à la stratégie des agents de vulgarisation de la santé communautaire en vue d'accroître la demande des services de planification familiale

19. Résultat 3 : Une capacité nationale accrue pour appliquer les programmes de prévention relatifs à la santé en matière de sexualité et de procréation ainsi qu'au VIH/Sida, sans stigmatisation ni discrimination. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) l'appui aux ministères de la santé, de l'éducation et du développement social dans la fourniture de programmes intégrés et coordonnés relatifs au VIH et à la santé en matière de sexualité et de procréation, en faveur de jeunes; b) la mobilisation des institutions religieuses et culturelles dans le but d'accroître les interventions en faveur du changement social et de comportement; c) la production des faits visant à améliorer les programmes relatifs au VIH et aux infections sexuellement transmissibles, en faveur des jeunes; et d) l'appui à la mise en oeuvre de la méthode stratégique à 10 étapes concernant les programmes complets de préservatifs, y compris pour les populations les plus à risque.

B. Conclusion 2 : Adolescents et jeunes

20. Résultat 1 : Une capacité nationale accrue à mener des activités de plaidoyer ou des interventions fondées sur les faits, qui prennent en compte les besoins des adolescents et des jeunes en matière de sexualité et de procréation dans les lois, politiques et programmes nationaux, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) le plaidoyer en faveur de l'intégration d'une éducation complète à la sexualité dans les programmes de l'enseignement secondaire, de formation des enseignants (du primaire et du secondaire), de l'enseignement professionnel et dans l'élaboration d'un paquet minimum pour les jeunes non scolarisés; b) l'appui aux ministères de la

santé, de l'égalité des sexes et de l'éducation dans la coordination des initiatives relatives à la santé en matière de sexualité et de procréation, et dans la fourniture de services pour jeunes, notamment en faveur des adolescentes vulnérables, y compris dans les situations d'urgence humanitaire; c) l'appui aux réseaux de jeunes afin de faciliter la participation des jeunes aux processus de développement, notamment en ce qui concerne les questions de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation; d) la promotion des messages axés sur le changement social et de comportement dans la lutte contre les normes sociales qui font obstacle à la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation.

C. Résultat 3 : Égalité entre les sexes et autonomisation des femmes

21. Résultat 1 : Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts sont dotées de la capacité nécessaire pour protéger et faire progresser les droits de procréation, ainsi que pour fournir des services de prévention et de lutte contre la violence sexiste multisectorielle, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) l'appui aux stratégies axées sur le changement de comportement dans la lutte contre la violence sexiste, la mutilation génitale féminine, les grossesses des adolescentes, ainsi que contre le mariage des enfants et le mariage forcé; b) l'appui au plaidoyer en faveur de l'intégration de la prévention et de la lutte contre la violence sexiste, ainsi que des droits de l'homme, dans les programmes de santé en matière de sexualité et de procréation; c) le plaidoyer en faveur de l'application des politiques et lois relatives à la violence sexiste; d) l'appui technique au ministère de l'égalité des sexes, du travail et du développement social, ainsi qu'à la société civile, en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre les normes et les protocoles de service multisectoriels qui répondent aux normes des droits de l'homme; e) l'appui au ministère de l'égalité des sexes, du travail et du développement social, ainsi qu'à la société civile, dans le suivi de la mise en oeuvre, le suivi de l'obligation de rendre compte et l'établissement des rapports des engagements contenus dans les instruments régionaux et internationaux relatifs à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation, y compris par le recours à la feuille de résultats concernant la parité des sexes.

D. Résultat 4 : Dynamique des populations

22. Résultat 1 : Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts sont dotées de la capacité de produire et d'utiliser les données ventilées sur la population, sur la santé en matière de sexualité et de procréation, et sur la violence sexiste dans le cadre de la formulation et du suivi des politiques, des plans et des programmes fondés sur les faits, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. Les domaines d'intervention sont les suivants : a) l'appui aux ministères et aux gouvernements locaux dans la production, la communication et utilisation des faits en matière de planification et de prise de décisions; b) l'appui au Bureau des statistiques de l'Ouganda et aux institutions de recherche dans la production des faits par le biais d'une analyse approfondie des données de recensement et tirées d'enquêtes; et c) le renforcement des systèmes de

gestion de l'information en matière de santé, d'éducation, de violence sexiste, de statistiques de l'état civil et du profilage en cas de crise humanitaire.

.Gestion, suivi et évaluation du programme

23. L'exécution nationale sera la principale modalité de mise en oeuvre du programme. Les partenaires de mise en oeuvre seront choisis par voie concurrentielle sur la base de leur nature stratégique. Un plan intégré de communication, de partenariats et de mobilisation de ressources sera élaboré en vue de faciliter la mise en oeuvre du programme. Les partenaires au développement sont notamment la société civile, le monde universitaire et le secteur privé. Le FNUAP participera avec d'autres organismes des Nations Unies à des programmes conjoints et à des initiatives « Unité d'action ».

24. Le ministère des finances, de la planification et du développement économique sera l'autorité de coordination du programme, et, en collaboration avec le ministère de la santé et celui de l'égalité des sexes, du travail et du développement social, il sera chargé de surveiller la mise en oeuvre des résultats et des conclusions du programme.

25. Le FNUAP et le Gouvernement élaboreront et mettront en oeuvre conjointement un plan de suivi et d'évaluation, y compris un système Internet en vue de la collecte, du traitement et du partage continus des informations du suivi. La recherche opérationnelle, l'innovation et le partage des bonnes pratiques constitueront les éléments clés du programme. En cas d'urgence, le FNUAP, en consultation avec le Gouvernement, pourra reprogrammer les activités afin de mieux faire face aux questions émergentes.

26. Le bureau de pays d'Ouganda est composé notamment du personnel financé par le budget institutionnel du FNUAP ainsi que du personnel financé par d'autres ressources. Le FNUAP affectera les ressources du programme aux membres du personnel chargés de fournir un appui technique aux institutions gouvernementales. Par le biais de la coopération Sud-Sud, le bureau de pays sollicitera une assistance technique auprès d'autres bureaux de pays, du bureau régional et du siège.

Cadre de résultats et de ressources pour l'Ouganda (2016-2020)

<p>Priorité nationale: Renforcer le développement du capital humain Principal secteur de résultats : Améliorer l'accès à des services de santé de haute qualité.</p> <p>Conclusion du PNUAD 2.2 : D'ici à la fin de 2020, des systèmes de santé accessibles, efficaces et efficients pour tous, qui fournissent des services de prévention, de promotion, de guérison et de réhabilitation contribuant à réduire la mortalité et la morbidité, notamment chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes et d'autres groupes vulnérables, et à maintenir une meilleure dynamique des populations.</p> <p>Conclusion du PNUAD 2.5 : D'ici à la fin de 2020, une riposte multisectorielle au VIH/Sida, bien coordonnée, efficace, efficiente et financée à long terme, qui tienne compte de l'égalité entre les sexes et de l'âge, afin d'inverser la tendance actuelle et de réduire l'impact socioculturel du VIH et du Sida.</p>				
Conclusion du plan stratégique du FNUAP	Résultats du programme de pays	Indicateurs de résultats, de lignes de référence et de cibles	Partenaires	Ressources indicatives
<p>Conclusion 1 Santé en matière de sexualité et de procréation</p> <p>Disponibilité et utilisation accrues des services de santé intégrés en matière de sexualité et de procréation, y compris la planification familiale, la santé maternelle et le VIH, qui tiennent compte de l'égalité entre les sexes et répondent aux normes des droits de l'homme en matière de qualité de soins et d'équité dans l'accès.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage de naissances assistées par un personnel de santé qualifié <i>Ligne de référence : 58; cible : 80</i> • Taux de prévalence des contraceptifs <i>Ligne de référence : 30; cible : 50</i> • Pourcentage de femmes et d'hommes âgés entre 15 et 49 ans ayant eu recours au préservatif au cours de leurs dernières relations sexuelles à haut risque [avec un partenaire qui n'est ni leur époux(se) ni leur concubin(e)] <i>Ligne de référence : 35; cible : 50</i> 	<p>Résultat 1 :</p> <p>Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts ont la capacité de fournir des services de santé maternelle complets de haute qualité, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'établissements sanitaires dans les districts cibles, capables de fournir des soins obstétricaux d'urgence.. <i>Ligne de référence : 65; cible : 80</i> • Existence d'un système national fonctionnel visant à surveiller les décès maternels et à y riposter. <i>Ligne de référence : Non; Cible : Oui</i> • Nombre de cas de fistules traités par an. <i>Ligne de référence : 2 000; cible : 5 000</i> • Proportion de situations d'urgence humanitaire où le paquet minimum de service initial est mis en oeuvre. <i>Ligne de référence : 50; cible : 100</i> 	<p>Les ministères de la santé, de l'éducation, et celui de l'égalité des sexes, du travail et du développement social; les administrations locales au niveau des districts; le Fonds des Nations Unies pour l'enfance; l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale; le Bureau du Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; la Reproductive Health Uganda; la Marie Stopes Uganda; la Commission Sida d'Ouganda; l'Organisation des Premières dames d'Afrique contre le VIH/Sida; les organisations religieuses</p>	<p>46,7 millions \$ (21,7 millions \$ provenant des ressources régulières et 21 millions \$ provenant d'autres ressources)</p>
	<p>Résultat 2 :</p> <p>Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts ont la capacité d'accroître la demande et l'offre de contraceptifs modernes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage d'établissements sanitaires dans les districts cibles ne souffrant pas de pénuries de stocks d'au moins trois méthodes de planification familiale. <i>Ligne de référence : 75; cible : 90</i> • Proportion d'établissements sanitaires dans les districts cibles dotés d'au moins deux membres de personnel capables d'offrir à la fois des méthodes à court terme et celles à long terme. <i>Ligne de référence : 85; cible :</i> • Nombre de districts cibles disposant d'au moins quatre éléments de génération de demande de planification familiale. <i>Ligne de référence : 8; cible : 15</i> 		

		<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un système national de gestion de l'information sur la logistique fonctionnelle en vue de prévoir et d'assurer le suivi des produits de la santé en matière de procréation. <i>Ligne de référence : Non; Cible : Oui</i> 		
	<p>Résultat 3 : Une capacité nationale accrue pour fournir des services de santé intégrés en matière de sexualité et de procréation ainsi que des programmes de prévention du VIH/Sida sans stigmatisation ni discrimination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'Ouganda exécute l'étape de mise en oeuvre de la méthode stratégique à 10 étapes du FNUAP appliquée à l'élaboration d'un programme complet sur les préservatifs. <i>Ligne de référence : N° (6/10); Cible : Oui 10/10</i> Nombre de plateformes de discussion ou de réseaux fonctionnels régionaux soutenant les services de VIH et de santé en matière de sexualité et de procréation en faveur des populations les plus à risques. <i>Ligne de référence : 0; cible :</i> Nombre de stratégies ou de plans nationaux et de district qui intègrent le VIH et la santé en matière de sexualité et de procréation. <i>Ligne de référence : 2; cible : 9</i> 		
<p>Conclusion 2 : Adolescents et jeunes Une priorité accrue sur les adolescents, notamment sur les très jeunes adolescentes, dans les politiques et les programmes nationaux de développement, en particulier la disponibilité accrue d'une éducation complète à la sexualité et de la santé en matière de sexualité et de procréation</p> <ul style="list-style-type: none"> Pourcentage de jeunes femmes et hommes âgés entre 15 et 24 ans qui connaissent parfaitement les méthodes visant à prévenir la transmission sexuelle du VIH <i>Ligne de référence : 45; cible : 75</i> 	<p>Résultat 1 : Une capacité nationale accrue à mener des activités de plaidoyer ou des interventions fondées sur les faits qui tiennent compte des besoins des adolescents et des jeunes en matière de sexualité et de procréation dans les lois, politiques et programmes nationaux, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de plateformes fonctionnelles participatives qui font le plaidoyer en faveur d'investissements accrus chez les adolescents et les jeunes, dans le cadre des politiques et des programmes de santé. <i>Ligne de référence : 0; cible : 3</i> Nombre de programmes nationaux qui intègrent l'éducation complète à la sexualité, conformément aux normes internationales. <i>Ligne de référence : 1; cible : 4</i> Proportion d'établissements sanitaires dans les districts cibles qui fournissent des services de santé pour adolescents conformément au protocole national. <i>Ligne de référence : 100 % d'hôpitaux et 45 % de centres de santé;</i> <i>Cible: 100 % d'hôpitaux et 100 % de centres de santé</i> 	Les ministères de la santé et de l'éducation, et celui de l'égalité des sexes, du travail et du développement social; les organisations de la société civile et les organisations religieuses	12,0 millions \$ (2,0 millions \$ provenant des ressources régulières et 10,0 millions \$ provenant d'autres ressources)

Conclusion du PNUAD 2.4 : D'ici à la fin de 2020, l'incidence et l'impact de la violence à l'égard des enfants et de la violence sexiste sont considérablement réduits; cette réduction est soutenue par une riposte institutionnelle, sociétale et médiatique solide.			
<p>Conclusion 3 : Égalité entre les sexes et autonomisation des femmes</p> <p>Amélioration de l'égalité entre les sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles, et des droits de procréation, y compris chez les femmes, les adolescents et les jeunes les plus vulnérables et les plus marginalisés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage des femmes âgées entre 15 et 49 ans qui pensent qu'un mari ou un partenaire a le droit de frapper ou de battre sur sa femme ou sa partenaire dans certaines circonstances. <p><i>Ligne de référence : 60; cible : 45</i></p>	<p>Résultat 1 :</p> <p>Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts sont dotés de la capacité nécessaire pour protéger et faire progresser les droits de procréation, ainsi que pour fournir des services de prévention et de lutte contre la violence sexiste multisectorielle, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un système fonctionnel de reddition de comptes, de contrôle et de rapportage visant à assurer le suivi de la mise en œuvre des recommandations et des obligations relatives aux droits en matière de procréation. <i>Ligne de référence : Non; Cible : Oui</i> • Nombre de plans, de politiques et de programmes nationaux de santé en matière de sexualité et de procréation, qui intègrent les opérations de prévention, de protection et de riposte en matière de violence sexiste. <i>Ligne de référence : 2; cible : 4</i> • Existence d'un organe national fonctionnel de coordination entre les institutions chargé de la violence sexiste et de la mutilation génitale féminine, y compris dans les situations d'urgence humanitaire. <i>Ligne de référence : Non; Cible : Oui</i> • Nombre de communautés soutenues par le FNUAP ayant opté pour l'abandon de la mutilation génitale féminine. <i>Ligne de référence : 51; cible : 100</i> 	<p>Les ministères de la santé et de l'éducation, et celui de l'égalité des sexes, du travail et du développement social; la Commission des droits de l'homme de l'Ouganda; l'ONU-femmes; le Réseau des femmes d'Ouganda; les organisations religieuses, les institutions culturelles</p> <p>18,0 millions \$ (3,0 millions \$ provenant des ressources régulières et 15,0 millions \$ provenant d'autres ressources)</p>
Priorité nationale : renforcer les mécanismes de fourniture de services efficaces et efficients de qualité			
Conclusion du PNUAD 1.3 : D'ici à la fin de 2020, les institutions publiques et les partenariats public-privé visés sont pleinement opérationnels à tous les niveaux, participatifs, dotés de ressources suffisantes, innovants et fondés sur les faits, soutenus par une fonction d'évaluation stratégique; et les citoyens ougandais appliquent une culture de responsabilisation, de transparence et d'intégrité mutuelles.			
<p>Conclusion 4 : Dynamique des populations</p> <p>Des politiques nationales et des programmes de développement internationaux renforcés grâce à l'intégration d'une analyse fondée sur les faits concernant la dynamique des populations et leurs rapports avec le développement durable, la santé en matière de sexualité et de procréation et les droits en matière de procréation, le VIH et l'égalité entre les sexes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de plans nationaux, sectoriels et de district qui intègrent pleinement la dynamique des populations. <p><i>Ligne de référence : 15; cible : 30</i></p>	<p>Résultat 1 :</p> <p>Les institutions nationales et les administrations locales au niveau des districts sont dotés de la capacité de produire et d'utiliser les données ventilées sur la population, sur la santé en matière de sexualité et de procréation, et sur la violence sexiste en vue de formuler et de suivre les politiques, plans et programmes fondés sur les faits, y compris dans les situations d'urgence humanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de systèmes opérationnels de gestion de l'information au niveau national et des districts, qui contribuent à la cartographie des disparités démographiques et géographiques et des inégalités socioéconomiques. <i>Ligne de référence : 1; cibles : 6</i> • Nombre de rapports analytiques détaillés sur la santé en matière de sexualité et de procréation et sur les thèmes relatifs aux jeunes, provenant des données du recensement et des enquêtes. <i>Ligne de référence : 0; cible : 19</i> • Proportion de crises humanitaires dans lesquelles les missions reflètent le profilage réel de la population, de la santé en matière de sexualité et de procréation, et de la violence sexiste. <i>Ligne de référence : 0; cibles : 100</i> 	<p>Le Secrétariat à la population; le Ministère de l'administration locale; le Bureau des statistiques d'Ouganda; l'Autorité nationale de la planification; l'Université de Makerere, l'Université chrétienne d'Ouganda, l'Université de Kyambogo et l'Université de Mbarara</p> <p>10,2 millions \$ (4,2 millions \$ provenant des ressources régulières et 6 millions \$ provenant d'autres ressources)</p> <p>Coordination du programme et assistance 01,5 million \$ provenant de ressources régulières</p>