



Conseil économique
et social

Distr.
GENERALE

E/ICEF/1990/6
20 février 1990
FRANCAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

1990-02-20

APR 4 1990

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Session de 1990

POUR INFORMATION

EVOLUTION DES PROGRAMMES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET DU CENTRE

Le présent document donne un aperçu des activités de coopération du FISE en Afrique de l'Ouest et du Centre au cours de l'année 1989.

Le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre est chargé de la coopération dans les pays suivants : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Libéria, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Sénégal, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zaïre.

TABLE DES MATIERES

	<u>Paragrap</u> hes	<u>Pages</u>
INTRODUCTION	1 - 14	4
I. SOINS DE SANTE PRIMAIRES	15 - 53	7
A. Programme élargi de vaccination/immunisation universelle des enfants	18 - 30	7
B. Soins de santé communautaires, médicaments essentiels et financement communautaire (Initiative de Bamako)	31 - 39	11
C. Lutte contre les maladies diarrhéiques/ thérapie de réhydratation orale	40 - 41	14
D. Nutrition	42 - 43	15
E. Maternité sans risque	44 - 46	15
F. Paludisme	47	16
G. Infections respiratoires aiguës	48	17
H. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) .	49 - 53	17
II. APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT DE L'ENVIRONNEMENT	54 - 61	19
III. EDUCATION POUR TOUS	62 - 66	21
IV. LES FEMMES ET LE DEVELOPPEMENT	67 - 72	22
V. DEVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS	73 - 77	23
VI. MOBILISATION SOCIALE	78 - 80	24
VII. RELATIONS EXTERIEURES	81 - 103	25
A. Information et communication	81 - 86	25
B. Les parlementaires au service de l'enfance .	87 - 90	26
C. La Convention relative aux droits de l'enfant	91 - 94	27
D. Renforcement des alliances	95 - 99	28
E. Opération cartes de voeux	100 - 103	29

TABLE DES MATIERES (suite)

	<u>Paragrap</u> hes	<u>Pages</u>
VIII. QUESTIONS OPERATIONNELLES ET DE GESTION	104 - 118	29
A. Services logistiques et approvisionnements	104 - 110	29
B. Effectifs du personnel régional	111 - 113	30
C. Formation au niveau régional	114 - 115	31
D. Processus d'informatisation	116 - 118	31

INTRODUCTION

1. L'expansion économique dont les pays industrialisés ont bénéficié pour la sixième année consécutive en 1988 ne s'est pas traduite par un accroissement de la demande des principaux produits d'exportation de l'Afrique, y compris le pétrole, qui sont à l'origine de 89 p. 100 de ses recettes d'exportation et dont les prix, pour la plupart, demeurent plus faibles qu'ils ne l'ont jamais été. Si ce phénomène, que la Banque africaine de développement (BAfD) a appelé l'effet de "découplage", devait devenir une caractéristique durable des relations économiques nord-sud, les Etats d'Afrique devront renforcer le mouvement d'intégration régionale, créer des marchés réellement régionaux et développer les échanges infra-africains, dont on estime qu'ils représentent actuellement 5 p. 100 du total.

2. Bien que le taux annuel de croissance du produit intérieur brut (PIB) dans les pays d'Afrique subsaharienne était en moyenne de 3 p. 100, cet acquis économique était réduit à néant par l'accroissement démographique, qui s'est poursuivi à un rythme toujours plus rapide. Les pays de la région ont continué de connaître un reversement généralisé des tendances à l'amélioration de l'état de santé et de la situation nutritionnelle des enfants. En outre, la première préoccupation des familles et des ménages dirigés par les femmes étant aujourd'hui de survivre, l'éducation se trouve rapidement relayée au second rang, si tant est qu'elle soit prise en considération.

3. En dépit des réaménagements de la dette par les banques commerciales et les pays financiers et des initiatives adoptées à la suite du sommet économique de Toronto, les pays d'Afrique subsaharienne ont continué d'être confrontés par la charge excessive et croissante représentée par le service de la dette, mesurée en termes d'intérêt et de paiements en principal par rapport aux recettes d'exportation. En 1988, la dette totale de l'Afrique a atteint 224,1 milliards de dollars, dus pour la plupart à des créanciers publics, et le ratio du service de la dette a atteint 29,3 p. 100.

4. En outre, comme une bonne part de l'encours de la dette des pays d'Afrique subsaharienne est due à des créanciers publics, les pays de la région ne peuvent bénéficier que partiellement des substantielles réductions volontaires de la dette actuellement entreprises par les banques commerciales sous forme d'échanges de créances contre des prises de participation et de ventes de créances sur le marché secondaire. De ce fait, l'Afrique subsaharienne demeure largement tributaire des gouvernements donateurs sur le plan de la réduction de la dette.

5. Outre qu'il demeure nécessaire de réduire la dette, il importe d'inverser d'urgence les courants négatifs de ressources financières. Si le volume du commerce mondial peut augmenter de 9 p. 100 comme en 1988, il faudra trouver le moyen de faire bénéficier l'Afrique de ce processus de façon à améliorer ses termes de l'échange. Selon les estimations publiées par la Banque mondiale dans un rapport récent sur l'Afrique subsaharienne, la part que l'Afrique détient actuellement du commerce mondial total est tombée à moins de 1,5 p. 100.

6. Les plans d'intégration de la Communauté économique européenne (CEE) en 1992 et les réformes politiques et économiques rapides actuellement en cours en Europe de l'Est risquent d'avoir d'importantes incidences à long terme sur le commerce extérieur de l'Afrique et sur les courants d'assistance. Un rajeunissement de l'industrialisation en Europe de l'Est pourrait entraîner un accroissement de la demande de matières premières africaines mais, parallèlement à l'assistance qui commencera d'être accordée à l'Europe de l'Est, l'aide au développement de l'Afrique subsaharienne ne devra pas se trouver réduite. Vu les perspectives de resserrement de la coopération économique entre l'Afrique et l'Europe ouvertes par la quatrième Convention de Lomé, le bureau régional continuera de renforcer ses liens avec la CEE.

7. Conformément au Programme d'action des Nations Unies pour le redressement économique et le développement de l'Afrique 1986-1990, de nombreux pays ont entrepris de repenser leurs politiques économiques et d'introduire des réformes basées sur des programmes d'ajustement structurel appuyés par le Fonds monétaire international, la Banque mondiale et la BAFD. Ces programmes, de plus en plus, tiennent compte des coûts sociaux de l'ajustement et de la nécessité de protéger les groupes les plus vulnérables. Le Ghana a été le premier à refléter cette approche dans son Programme d'action visant à mitiger les coûts sociaux de l'ajustement, lequel met l'accent - plus nettement encore depuis 1989 - sur les ménages ruraux et urbains manquant de possibilités économiques et sur les employés du secteur public affectés par les compressions d'effectifs.

8. Sous l'effet de la crise économique persistante et de l'accélération de l'urbanisation, la société africaine traverse de profondes transformations qui affectent le comportement social et l'organisation de ses populations. Les stratégies des Etats et des organisations tendent à être statiques, tandis que les sociétés se trouvent dans une situation de transformation rapide. Conformément au document qui a été soumis au Conseil d'administration de l'UNICEF au sujet de la situation des enfants pendant les années 1990 (E/ICEF/1989/2), le bureau régional a entrepris des études sur la dynamique du changement social et économique, dont l'une décrit les contraintes particulières qu'il faut surmonter pour créer un monde meilleur pour les enfants d'Afrique.

9. Lors de la consultation panafricaine organisée par l'UNICEF à Lomé (Togo) en septembre 1989, les participants ont appuyé sans réserve l'idée d'un développement axé sur l'homme, ce qui suppose que les populations doivent jouer un rôle accru dans l'identification, la formulation, l'exécution et l'évaluation de leurs propres programmes sociaux pour améliorer leur bien-être social et économique. Bien que le processus de décentralisation entrepris par plusieurs pays de la région soit encourageant, il convient de noter que l'accélération actuelle de ce mouvement - ainsi que la participation communautaire et le financement communautaire - est souvent le résultat de l'incapacité financière des gouvernements centraux de fournir des soins de santé primaires (SSP), une éducation et d'autres services de base.

10. En 1989, l'équilibre politique de la région est demeuré relativement stable, si l'on fait abstraction d'un grave différend entre le Sénégal et la Mauritanie. Ce qui a commencé comme un conflit frontalier isolé entre les agriculteurs et éleveurs locaux des deux pays sur les rives du fleuve Sénégal s'est rapidement transformé en attaque dirigée contre des intérêts tant sénégalais que mauritaniens, ce qui a entraîné la situation extrêmement violente et le déplacement de milliers de Sénégalais et de Mauritaniens. L'UNICEF a réagi rapidement en fournissant une aide d'urgence financée au moyen du Fonds de réserve d'urgence du Directeur général, et a fourni des médicaments essentiels, des désinfectants et des vivres, mais la mise en oeuvre des programmes ordinaires appuyés par l'UNICEF a été sérieusement entravée dans les deux pays.

11. Depuis la signature d'un accord formel de coopération entre la BAFD et l'UNICEF en 1988, les deux institutions sont maintenant prêtes à entreprendre une coopération concrète. Bien qu'une collaboration entre elles ait précédemment existé à titre officieux, les deux institutions pourront maintenant, pour la première fois, conjuguer leurs ressources financières et leurs compétences techniques pour entreprendre ensemble des activités d'identification de projet, des études, des programmes de formation et des activités de financement des programmes dans les pays membres.

12. Il semble peu probable qu'un développement réellement durable puisse être instauré sans la participation active des organisations non gouvernementales (ONGs) nationales, qui semblent être les mieux placées pour adapter le développement aux besoins des différentes nations et des différentes cultures. Par exemple, l'on sait que plusieurs ONGs nationales de la région ont particulièrement bien réussi à renforcer des communautés et des groupements locaux en identifiant et en transférant des technologies appropriées. Comme la plupart des ONGs nationales ne disposent pas de ressources suffisantes pour s'acquitter efficacement de la tâche importante consistant à donner aux communautés les connaissances voulues, le bureau régional continue d'encourager les bureaux de chaque pays à collaborer de plus en plus avec les ONGs nationales, notamment, en cas de besoin, en leur accordant un soutien financier.

13. Le bureau régional a activement contribué, avec les fonctionnaires du siège et des bureaux extérieurs, à la mise en place du nouveau système de base de données informatisées sur les programmes (PIDB). Ce système vise à faciliter la programmation par objectifs et le suivi de l'exécution des activités grâce à un programme sommaire simplifié au niveau des éléments et à un mécanisme de codage. Pour le bureau régional, la première priorité continuera de consister à améliorer la qualité de la programmation dans les régions en appuyant pleinement l'opération de programmation par pays.

14. Dans le plan à moyen terme pour 1988-1992 (E/ICEF/1989/3), il est réaffirmé que l'Afrique continuera d'être la région à laquelle l'UNICEF attachera la plus haute priorité du fait que tant les perspectives d'ensemble du continent que le besoin considérable qu'il a d'une aide extérieure demeureront, jusqu'à la fin du siècle, le plus grand défi du point de vue du développement.

I. SOINS DE SANTE PRIMAIRES

15. On estime que, pendant la période 1980-1987, les taux de mortalité infantile et les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans ont baissé de moins de 2 p. 100 par an dans la région, sauf au Cap-Vert. Si l'on veut réduire ces taux de 50 p. 100 d'ici à l'an 2000, il faudra que les diminutions annuelles doublent et atteignent environ 4 p. 100 par an.

16. Dans les domaines de la santé maternelle et infantile (SMI) et SSP, les progrès devront être fondés sur le développement de toutes les infrastructures et de toutes les ressources humaines existantes. Plusieurs pays de la région ont relevé ce défi en mobilisant des ressources communautaires supplémentaires qui devront être complétées par un engagement soutenu de la part des gouvernements et des donateurs. Un accent considérable a été mis sur une planification et une programmation détaillées au niveau des districts. L'introduction de saines procédures de gestion et la mise en place de systèmes efficaces d'approvisionnement, de formation et d'encadrement du personnel, d'information et de contrôle financier seront autant d'éléments auxquels il a été accordé une attention prioritaire pour pouvoir élargir dans toute la mesure voulue les programmes nationaux de SSP.

17. Au Cameroun, au Cap-Vert, en Guinée, en Guinée équatoriale, au Libéria, en Sierra Leone, au Tchad et au Zaïre, le bureau régional a été étroitement associé à ce processus en fournissant un appui technique pour l'examen à mi-parcours des programmes et pour la préparation des recommandations touchant les nouveaux programmes de pays.

A. Programme élargi de vaccination/immunisation universelle des enfants

18. La région de l'ouest et du centre de l'Afrique a continué de progresser sur la voie de l'objectif fixé, à savoir porter à 75 p. 100 le taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an d'ici à la fin de 1990. En dépit des difficultés économiques extrêmes, tous les pays se sont employés à achever la mise en place d'un vaste réseau de réfrigération et de services de santé qui puisse offrir des services de vaccination à une distance raisonnable des communautés et faire ainsi en sorte que les services d'immunisation soient à la fois accessibles et utilisés. A la fin de 1988, près de 50 p. 100 de tous les nouveau-nés avaient reçu leur vaccination avant d'atteindre l'âge d'un an (voir le tableau 1 ci-dessous). Ces taux sont nettement plus élevés que les précédents parce que le taux de couverture vaccinale a presque doublé au Nigéria et a augmenté régulièrement dans presque tous les autres pays. Le Cap-Vert et la Gambie ont déjà réussi à assurer l'immunisation universelle des enfants (IUE), et sept autres pays ont atteint des taux de couverture supérieurs à 50 p. 100 pour tous les antigènes administrés aux nouveau-nés. Bien que les résultats obtenus en 1989 n'aient pas encore été évalués, il ressort des données préliminaires que la situation s'est de nouveau améliorée dans des proportions substantielles.

Tableau 1. Taux de couverture vaccinale dans la région de l'ouest et du centre de l'Afrique en 1988 a/
(En pourcentage)

PAYS	BCG <u>b/</u>	DPT3 <u>c/</u>	OPV3 <u>d/</u>	Rougeole	Anatoxine tétanique 2 <u>e/</u>
Cap-Vert	100	90	87	80	60
Gambie	96	83	89	80	88
Congo	88	71	71	73	47
Gabon	96	68	68	71	60
Guinée-Bissau	88	67	70	52	22
Togo <u>f/</u>	95	62	60	74	72
Nigéria	72	58	57	59	20
Sénégal	88	55	55	60	24
Cameroun	69	53	51	48	32
République centrafricaine	84	42	42	55	40
Zaïre	59	41	41	44	43
Ghana	56	33	33	47	19
Côte d'Ivoire	52	32	32	30	46
Bénin	50	30	30	30	7
Burkina Faso	73	30	30	49	15
Libéria	62	28	28	55	20
Mauritanie	79	28	28	45	-
Sierra Leone	73	25	25	38	50
Guinée équatoriale	56	19	21	38	-
Mali	64	18	18	23	17
Guinée	31	16	16	27	6
Niger	39	16	16	24	8
Tchad	38	14	14	17	10
	—	—	—	—	—
Moyenne pondérée	66	46	45	50	25

a/ Sauf indication contraire, pourcentage d'enfants vaccinés au cours de leur première année.

b/ Vaccin contre la tuberculose.

c/ Trois doses de vaccin combiné contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

d/ Trois doses de vaccin antipoliomyélite par voie buccale.

e/ Deux doses d'anatoxine tétanique.

f/ Pourcentage d'enfants vaccinés avant l'âge de 23 mois.

/...

19. Nombre de pays se sont employés à renforcer leurs moyens de fournir des services grâce à des installations fixes, à des services élargis et à des équipes mobiles appuyés par une large mobilisation sociale. Dans tous les pays, l'engagement politique est solide et les nombreuses activités prévues pour 1990 continueront certainement d'accroître les taux de couverture vaccinale. Des efforts particuliers sont déployés dans la région pour accroître le taux d'administration d'anatoxine tétanique aux femmes enceintes et aux femmes en âge de procréer, le tétanos néo-natal demeurant un problème.

20. Le Cap-Vert et la Gambie ont réussi à soutenir l'IUE et à améliorer encore plus les taux de couverture vaccinale qu'ils avaient atteints précédemment. L'un et l'autre pays en sont maintenant arrivés au stade de la consolidation de résultats acquis, et l'élimination du tétanos néo-natal est à leur portée.

21. Le Congo, le Gabon, la Guinée-Bissau et le Togo ont atteint des taux de couverture dépassant 60 p. 100, et le Gabon et la Guinée-Bissau ont enregistré des progrès particulièrement remarquables en 1989. Les services de vaccination sont devenus beaucoup plus accessibles et il est probable que ces pays non seulement réaliseront l'IUE mais encore pourront maintenir les résultats acquis par la suite. Les efforts de mobilisation sociale devront être soutenus jusqu'à ce que la vaccination des nouveau-nés devienne une habitude systématique pour toutes les familles.

22. Au Mali, au Niger et en République centrafricaine, mais particulièrement au Nigéria, où vit plus de la moitié de la population de la région, les taux de couverture vaccinale ont presque doublé. Au Nigéria, les campagnes de vaccination ont été accélérées à partir de 1988 avec la proclamation de journées nationales de la vaccination et, en 1989, les efforts ont tendu en particulier à consolider les programmes et à les accélérer au niveau des Etats. Une leçon importante a été retirée. Il importe de faire en sorte qu'une personne inspirant confiance se trouve sur les lieux de la vaccination pour encourager les mères qui, autrement, continueraient de tout ignorer des bienfaits de la vaccination. La planification du programme élargi de vaccination (PEV) a également continué d'être décentralisée. Ces facteurs constitueront autant d'atouts lorsqu'il leur faudra maintenir les résultats actuels.

23. Au Mali, le PEV est également devenu pleinement opérationnel sur l'ensemble du territoire, et la mobilisation sociale a commencé à être considérée comme un élément essentiel du programme. En outre, le Mali a officiellement limité le groupe cible aux enfants de moins de deux ans plutôt que de moins de six ans, ce qui a permis de concentrer beaucoup les efforts. Au Niger, une meilleure organisation, particulièrement au niveau national, où différentes contraintes administratives ont été éliminées, a ouvert de possibilités de rationaliser les activités entreprises dans le cadre du PEV. La République centrafricaine a pu mettre en place un système de prestations de services plus efficaces, et la population a désormais plus facilement accès aux services de santé.

24. Le Zaïre, qui a la deuxième population de la région, a maintenant consolidé un taux de couverture vaccinale supérieur à 40 p. 100. Il s'agit là d'un résultat louable si l'on considère les contraintes que le pays a dû surmonter : difficulté d'accès aux régions rurales, un budget national de la santé qui a maintenant été ramené à 2 p. 100 du total du budget national, et le faible soutien accordé aux PEV par les donateurs extérieurs en comparaison de la plupart des autres pays de la région. Le programme du Zaïre est actuellement accéléré dans les grands centres urbains et sera élargi dans la plupart des zones insuffisamment desservies.

25. Au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et en Mauritanie, la couverture vaccinale a diminué en 1989. Bien que les premiers résultats enregistrés après la mise en oeuvre de campagnes accélérées aient été encourageants, les services nécessaires pour permettre l'accès aux services de vaccination n'ont pas été organisés comme il convient, ce qui a ralenti l'élan acquis. Néanmoins, ces pays s'emploient maintenant systématiquement à renforcer leur infrastructure pour rendre les services de santé aisément accessibles. Les dernières données recueillies au Sénégal portent aussi à penser que le taux de couverture vaccinale a peut-être baissé. Lors d'une évaluation récente, on a constaté que des facteurs ayant pu contribuer à cette situation étaient notamment le fait que l'on avait laissé échapper un bon nombre d'occasions de vacciner des femmes et des enfants et le fait que les efforts de mobilisation sociale ne tenaient pas suffisamment compte de la durabilité des activités entreprises. Les actuelles stratégies de mobilisation tendent surtout à informer suffisamment les membres des communautés et à leur inculquer un sentiment de respect et de confiance suffisant pour susciter une demande authentique.

26. Bien que les taux de couverture vaccinale atteints au Bénin et en Guinée ne soient pas encore satisfaisants, le développement du PEV dans ces pays est étroitement lié à l'introduction d'un programme équilibré et intégré de SSP tendant notamment à distribuer des médicaments essentiels et à faire en sorte qu'ils soient utilisés de manière rationnelle. En outre, des formules réussies de participation aux coûts des communautés offrent des possibilités nouvelles de garantir la durabilité des activités et d'encourager d'autres pays de la région à envisager des approches semblables. L'un et l'autre pays ont offert des possibilités d'échange de données d'expérience et de formation dans le contexte de la coopération technique entre pays en développement.

27. Le nouveau poste de conseiller régional pour le PEV et l'IUE ayant été pourvu au début de 1989, le bureau régional a pu fournir un appui technique nettement plus soutenu dans le domaine de l'IUE. Il a également participé à la préparation, à l'examen et à l'évaluation de plusieurs PEV au niveau national et à fournir un appui spécifique à la Côte d'Ivoire, à la Guinée équatoriale et au Libéria, pays qui avaient enregistré différents revers.

28. La coopération a continué d'être renforcée avec des autres partenaires régionaux, en particulier l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique de l'Ouest (OCCGE). L'UNICEF a participé activement aux séminaires sous-régionaux de l'OMS consacrés à la préparation

de plans d'action nationaux pour l'élimination du tétanos néo-natal. Parmi d'autres manifestations importantes, il convient de citer la quatrième réunion commune OMS/UNICEF avec le Groupe technique sur les vaccinations, et la réunion sous-régionale de l'OCCGE à l'intention des coordonnateurs nationaux du PEV.

29. Une réunion régionale sur l'IUE organisée par l'UNICEF à Abidjan (Côte d'Ivoire) en même temps qu'un séminaire de formation consacré à l'Initiative de Bamako ont donné une excellente occasion de discuter de l'élaboration d'un plan régional d'évaluation de l'IUE compte tenu des situations spécifiques propres à chaque pays. Des fonctionnaires de tous les pays de la région ont passé en revue les principaux facteurs dont dépendait la durabilité de l'IUE, et notamment la mobilisation sociale, les capacités de gestion et les contraintes économiques.

30. La situation économique, ne donnant encore guère de signes d'amélioration, est de plus en plus préoccupante dans l'ensemble de la région. A court terme et même à moyen terme, il est peu probable que les ressources publiques allouées à la santé, qui sont tombées à un niveau sans précédent, s'accroîtront. Bien qu'elles n'aient pas été normalisées, les données actuelles montrent que le coût de la vaccination intégrale d'un enfant dépasse 15 dollars dans bien des pays et même 50 dollars dans certains cas. Il se peut également que les dépenses augmentent considérablement lorsque l'on essaiera d'atteindre de nouveaux groupes. La mobilisation des ressources devrait être maintenue à des niveaux élevés pour pouvoir continuer à réaliser le PEV au cours des dix prochaines années. En outre, les efforts devraient tendre à mesurer les coûts effectifs et à normaliser les approches suivies afin de pouvoir contrôler et améliorer l'efficacité des activités par rapport à leur coût. Une attention accrue devrait être accordée à ces facteurs importants, lesquels, bien qu'ils n'aient pas encore été pleinement élucidés, affectent directement la durabilité des résultats obtenus.

B. Soins de santé communautaires, médicaments essentiels et financement communautaire (Initiative de Bamako)

31. L'Initiative de Bamako correspond de près aux aspirations actuelles des gouvernements, qui sont de continuer à développer les services de base de SMI/SSP dans le contexte d'une décentralisation accrue et d'un financement communautaire des soins de santé. Il existe un désir très réel d'améliorer les conditions sociales, mais il est urgent, dans la plupart des pays, de mettre à jour les politiques nationales de SSP et de les traduire, particulièrement pour ce qui est du financement communautaire, en un cadre juridique. Il est difficile de développer au même rythme tous les éléments proposés dans l'Initiative de Bamako, mais les progrès ont été impressionnants au Burkina Faso, au Ghana, en Mauritanie, au Nigéria et en Sierra Leone.

32. Des comités multisectoriels de planification des activités relevant des SSP et de l'Initiative de Bamako, auxquels sont souvent représentés les organismes donateurs, ont été créés dans la plupart des pays de la région. Au Burkina Faso et au Ghana, l'on a défini des critères applicables à la sélection des districts où les services de SMI/SSP, y compris la distribution de médicaments de base essentiels et la mise en place d'un système de financement communautaire, seront appuyés. Il est apparu clairement que les chances qu'il y a de mettre en oeuvre avec succès l'approche qui sous-tend l'Initiative de Bamako varient selon les ressources économiques locales, les niveaux d'instruction, la participation communautaire passée, la motivation du personnel et les compétences de gestion existantes. L'expérience acquise par les ONGs et par les gouvernements au niveau des districts constitue une base solide qui peut être développée. Ce qu'il faut maintenant, c'est mettre en place des services de planification, de programmation et de suivi au niveau des districts tout en continuant à renforcer les politiques, la coordination et les systèmes de gestion à l'échelon national.

33. Dans la plupart des pays, il est difficile d'obtenir des données sur les niveaux et les tendances des ressources allouées aux différents éléments des services de SMI/SSP aux échelons sous-national et national. Depuis l'Initiative de Bamako, l'on s'est employé davantage à améliorer l'analyse des modalités actuelles de financement des soins de santé et à proposer des solutions nouvelles fondées sur une restructuration des budgets de santé des gouvernements, lorsqu'il y a lieu, et sur une participation aux coûts des communautés. Dans plusieurs pays, les gouvernements ont également besoin de ressources supplémentaires, et notamment de devises, pour, entre autres, payer régulièrement le personnel de santé et les importations essentielles.

34. La portée des activités prévues par l'Initiative de Bamako est encore généralement limitée, mais des progrès satisfaisants ont été accomplis au Bénin, en Guinée, au Nigéria et en Sierra Leone. La plupart des pays ont sélectionné pour commencer des zones restreintes, allant d'un groupe de 28 villages où vivent quelque 70 000 personnes en Mauritanie à une population cible qui devrait atteindre 1,8 millions de personnes dans 21 districts au Nigéria.

35. Tant la formulation d'une politique de médicaments dans le cadre de la politique nationale de santé que l'intégration d'un programme de distribution de médicaments essentiels à la stratégie nationale de SSP sont, de plus en plus, devenues une réalité dans tous les pays qui ont adopté l'approche de l'Initiative de Bamako. Quelques pays, comme le Bénin, le Ghana et le Niger, peuvent déjà produire des médicaments essentiels de base de bonne qualité à un prix acceptable. Des mesures ont été adoptées pour rationaliser l'utilisation des médicaments essentiels et pour les acheter et les distribuer efficacement. L'UNICEF appuie actuellement les activités de distribution de médicaments essentiels de base dans la plupart des pays de la région, et, dans ce contexte, fournit aussi des services d'appui logistique, de formation et d'encadrement du personnel de santé. Au Burkina Faso, au Nigéria et au Zaïre, de recherches opérationnelles ont été entreprises sur des questions comme la sélection, les systèmes de distribution et la fixation des prix des médicaments et leur prescription.

36. Différentes formules de financement communautaire ont été mises à l'essai dans la région; elles ont toutes essentiellement pour objectif de réunir au moins assez de ressources pour reconstituer continuellement, au niveau communautaire, les stocks d'une trentaine ou d'une quarantaine de médicaments essentiels de base. En Guinée, le financement communautaire est étroitement supervisé par des comités de gestion dont les membres sont nommés par les communautés elles-mêmes. Une proportion fixe des recettes est systématiquement allouée et mise de côté pour couvrir les frais de fonctionnement du dispensaire (environ 20 dollars par mois) et pour verser des primes d'encouragement aux agents de santé (de 10 à 15 dollars par personne). Lorsqu'une année s'est écoulée, il est établi un budget tenant compte de toutes les rémunérations versées et des coûts des médicaments, des registres et du combustible, des frais de fonctionnement et des primes. Un problème qui n'a toujours pas été résolu est celui qui consiste à identifier ceux qui n'ont pas les moyens de payer les services fournis et de savoir comment ces coûts peuvent être absorbés.

37. Les activités d'appui ont tendu principalement à améliorer, au niveau des pays, les analyses de situation des politiques et stratégies de SSP actuelles, y compris en ce qui concerne le financement des soins de santé et la participation communautaire. De telles études ont été entreprises dans le contexte des opérations de programmation par pays au Cap-Vert, en Sierra Leone et au Tchad et, sur des sujets spécifiques, au Burkina Faso, en Mauritanie et au Togo, entre autres. Eu égard à la complexité de l'approche préconisée dans l'Initiative de Bamako, il importe de mettre les pays à même d'entreprendre des recherches opérationnelles, de renforcer les systèmes d'information sur la santé et de mettre en place des systèmes de gestion appropriés adaptés aux réalités locales. Deux conférences internationales sur le financement communautaire, coparrainées par l'UNICEF, ont été organisées à Paris et à Freetown (Sierra Leone). Ainsi, la plupart des pays intéressés de la région ont pu passer en revue l'expérience acquise et échanger des idées sur les solutions qui pourraient être apportées aux épineux problèmes liés au financement de soins de santé, aux systèmes de gestion et à la participation communautaire.

38. Une formation intensive a été dispensée à tous les niveaux du système de SSP, y compris aux responsables de la formulation des politiques, aux agents de santé et aux membres des communautés. Le bureau régional a organisé à Abidjan deux stages de formation consacrés à l'Initiative de Bamako auxquels ont participé quelque 80 représentants, administrateurs de programmes et spécialistes. D'une façon générale, les systèmes d'information sur la gestion des services de santé demeurent insuffisants dans la région, mais plusieurs pays ont entrepris de renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation et continueront d'avoir besoin d'une aide de l'UNICEF à cet égard.

39. La collaboration avec l'OMS pour la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako a été solidement établie au siège ainsi qu'au niveau de la région et des pays. D'autres partenaires, comme des ONGs, des églises, des organisations de santé, des organismes de coopération bilatérale, la Banque mondiale et la BAfd, se sont montrés de plus en plus disposés à appuyer des projets de SSP comportant une participation communautaire et une participation

aux coûts. Le bureau régional a publié une brochure sur l'Initiative de Bamako; elle existe actuellement en français, en anglais et en italien, et elle doit bientôt paraître aussi en portugais.

C. Lutte contre les maladies diarrhéiques/thérapie de réhydratation orale

40. La proportion des populations qui ont accès aux sels de réhydratation orale (SRO) a augmenté lentement en Afrique et atteignait en 1987 un niveau estimé à 38 p. 100, soit nettement moins que le taux global de 60 p. 100. La thérapie de déshydratation orale (TRO) n'est utilisée que dans 19 p. 100 des cas de diarrhée chez les enfants et, dans 13 pays de l'ouest et du centre de l'Afrique, ce taux est inférieur à 10 p. 100. Ces dernières années, les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques n'ont pas progressé aussi rapidement que le PEV. L'on constate cependant une nette tendance à l'intégration progressive des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques au PEV, programmes de nutrition et programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans plusieurs pays, notamment au Cap-Vert, au Gabon, au Nigéria et au Zaïre. Il est très nécessaire de suivre et d'évaluer plus systématiquement les indicateurs clefs des résultats des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques dans la région. A cet égard, il a été réalisé avec la participation de l'UNICEF un examen de deux programmes sous-régionaux parrainés par l'OMS; ces examens ont eu lieu à N'Djamena (Tchad) et à Monrovia (Libéria). L'UNICEF continue de fournir des SRO et d'appuyer activement l'équipement de groupes de formation à la lutte contre la diarrhée dans les hôpitaux ainsi que de services de TRO dans les dispensaires de nombreux pays, par exemple au Burkina Faso, en Sierra Leone et au Togo.

41. L'UNICEF a également fourni une assistance substantielle pour la formation du personnel de santé et des volontaires, l'accent étant mis sur l'exactitude du diagnostic et l'utilisation appropriée de la TRO. L'on espère, grâce à la distribution et à la rationalisation de l'emploi de médicaments essentiels de base, que le nombre de cas dans lesquels des médicaments antidiarrhéiques et des antibiotiques inutiles sont prescrits pour traiter des diarrhées simples diminuera considérablement. Des efforts considérables ont été déployés au Burkina Faso et au Cap-Vert pour élaborer des matériels d'information et d'éducation. Des enquêtes récentes, comme celle qui a été réalisée au Congo, montrent que les enfants de deux ans souffrent de diarrhée quelque 55 jours par an. Cela confirme nettement la nécessité de tout mettre en oeuvre pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement grâce à la promotion de techniques simples, par exemple en encourageant le gens à se laver fréquemment les mains.

D. Nutrition

42. Depuis dix ans, la sécheresse, les fléaux de l'agriculture, la guerre, les crises économiques et une diminution générale de la production vivrière par habitant ont fait que la malnutrition n'a jamais été absente de la région. Il faudra par conséquent redoubler d'efforts pour empêcher que la malnutrition ne persiste, voire s'aggrave. Dans la plupart des pays du Sahel, l'UNICEF appuie des centres de traitement de la malnutrition ainsi que des activités de formation et d'éducation sanitaire. Au Mali et au Niger, dans le contexte du Programme mixte OMS/UNICEF de soutien pour la nutrition, un système de contrôle de la croissance a été mis en place au niveau des villages pour évaluer les progrès accomplis dans le domaine du développement communautaire en général.

43. L'UNICEF a participé à des séminaires sur l'allaitement maternel organisés par l'International Baby Food Action Network à Abidjan et à Lomé. Une proportion importante de la population de la région s'urbanisant rapidement, il importe de suivre la situation de près pour éviter un déclin de l'allaitement au sein, qui ne manquerait pas d'aggraver les taux déjà élevés d'infection et d'arrêts de croissance. Des projets de surveillance de l'alimentation et de la nutrition sont en cours au Ghana, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine et au Togo. Lors la réunion annuelle de Brazzaville (Congo), le Groupe technique mixte Organisation des Nations Unies sur l'alimentation et l'agriculture (FAO)/UNICEF/OMS a recommandé la formulation de plans d'action nationaux à moyen terme dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition. Lors de sa troisième réunion, qui a eu lieu dans les locaux du Bureau régional d'Abidjan, l'Equipe spéciale pour la lutte contre les troubles dus aux carences en iode en Afrique a passé en revue les programmes nationaux mis en oeuvre pour lutter contre ces carences au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Congo, au Mali, au Niger, au Sénégal, au Togo et au Zaïre. Un appui technique a été fourni pour la formulation définitive de projets d'évaluation de ces carences ou pour la préparation de programmes nationaux. Dans plusieurs pays du Sahel, l'UNICEF appuie différents programmes de lutte contre les carences en vitamine A. Le bureau de l'UNICEF au Sénégal a activement collaboré à un séminaire régional sur la vitamine A tenu à Dakar.

E. Maternité sans risque

44. Les taux de mortalité maternelle (TMM) dans la région oscillent entre 300 et 1 500 pour 100 000 naissances vivantes, alors qu'ils sont de 2 à 5 pour 100 000 naissances vivantes dans le cas des femmes des pays industrialisés. Ce risque extrêmement élevé de décès dus à des complications obstétriques - principalement hémorragies, infections graves, toxémies, accouchements difficiles et avortements septiques - est dû à plusieurs facteurs sous-jacents : des grossesses trop précoces, trop tardives, trop fréquentes ou trop rapprochées; le manque de soins médicaux et de services adéquats sur le lieux de l'accouchement ou à proximité; la malnutrition qu'engendrent la pauvreté et l'ignorance; et l'utilisation insuffisante des services existants.

45. Deux grandes conférences sur la maternité sans risque, coparrainées par l'UNICEF, se sont tenues récemment en Afrique. La première a eu lieu à Nairobi (Kenya) en 1987 et la seconde à Niamey (Niger) en janvier 1989. Les deux conférences ont constitué pour les pays de la région une occasion de passer en revue leurs situations en ce qui concerne la santé maternelle et de commencer à élaborer des plans d'action nationaux pour atteindre l'objectif fixé, à savoir réduire les TMM de 50 p. 100 d'ici à l'an 2000. La stratégie retenue par le Ghana et le Niger, par exemple, conjugue une approche de SSP et des mesures de développement plus larges visant à améliorer la nutrition, l'éducation, l'information et la condition et le revenu des femmes.

46. En Guinée, au Libéria, au Nigéria, en République centrafricaine, en Sierra Leone, au Togo et au Zaïre, l'UNICEF appuie la formation d'accoucheuses traditionnelles pour élargir le taux de couverture de soins obstétriques sûrs et efficaces, avec des méthodes et du matériel appropriés, au niveau des communautés. En Guinée, en Sierra Leone et au Zaïre, l'UNICEF fournit également une assistance pour la production de manuels de formation d'accoucheuses traditionnelles. Grâce à la distribution de médicaments essentiels, plus en plus de pays peuvent prévenir l'anémie, le paludisme et les infections graves chez les femmes enceintes et traiter celles qui en sont atteintes. Dans la plupart des cas, les services d'orientation et les services d'appui ont encore besoin d'être améliorés. La disponibilité de services de planification de la famille, en coopération avec d'autres institutions, comme le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et l'OMS, s'est améliorée au Mali et en Mauritanie. De nombreux pays de la région souhaitent vivement réduire l'accroissement démographique de façon à garantir un niveau adéquat d'alimentation, de logement, d'éducation, de services de santé et d'emplois à la génération future, mais les traditions, les attitudes et la religion rendent extrêmement difficile l'adoption de nouvelles politiques dans la pratique. Il faudra entreprendre d'autres recherches opérationnelles sur les approches communautaires d'amélioration de la santé maternelle, et aussi poursuivre les actions entreprises pour améliorer la nutrition des femmes et accroître la couverture vaccinale contre le tétanos.

F. Paludisme

47. Le paludisme continue de représenter un risque majeur pour la santé des mères et des enfants dans la région. L'incidence et la propagation géographique des parasites résistant aux médicaments s'accroissent. Le paludisme contribue à la mortalité maternelle et infantile, à l'anémie, aux accouchements prématurés, aux décès des foetus, aux arrêts de la croissance intra-utérine et à un poids insuffisant à la naissance. La prévention de la morbidité et de la mortalité continue d'être fondée sur la chimiothérapie pour les cas diagnostiqués, la chimioprophylaxie pour les femmes enceintes et l'application sélective de mesures de lutte contre les vecteurs. Des efforts particuliers devront être déployés pour rationaliser l'emploi des médicaments antipaludiques et pour contrôler la résistance aux médicaments. La triste réalité est que les médicaments pouvant remplacer la chloroquine sont trop chers pour pouvoir être largement utilisés dans les pays où ils sont les plus

nécessaires. Les moustiquaires imprégnés d'insecticides ont suscité un regain d'intérêt dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. L'assistance de l'UNICEF porte principalement sur la distribution de médicaments dans un grand nombre de pays dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Il faudra encourager et appuyer davantage la formulation de plans nationaux réalistes de lutte contre le paludisme comportant des directives détaillées en vue de leur application et de leur évaluation.

G. Infections respiratoires aiguës

48. Les infections respiratoires aiguës (IRA) sont parmi les maladies les plus communes de l'enfance en Afrique. L'on estime que la pneumonie cause environ 20 p. 100 de tous les décès des enfants de moins de cinq ans. Dans plusieurs pays, comme en Gambie, qui ont pris conscience de l'ampleur du problème, l'UNICEF appuie maintenant des programmes de lutte contre les IRA fondés sur une stratégie améliorée de traitement et sur l'application d'une thérapie antimicrobienne appropriée. Il faudra en outre continuer à améliorer et à soutenir les mesures visant à lutter indirectement contre ces maladies, par exemple les programmes de vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, la rougeole et la tuberculose, et les programmes de promotion d'une nutrition saine et d'une meilleure hygiène au foyer.

H. Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

49. Les données publiées par l'OMS en novembre 1989 font apparaître que le nombre de cas déclarés de SIDA dans l'ouest et le centre de l'Afrique augmente régulièrement et que la prévalence de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) varie beaucoup d'un pays à un autre (voir le tableau 2).

50. Il est déjà établi que le SIDA représente un problème de santé publique majeur dans le centre de l'Afrique où, dans certaines agglomérations urbaines, de 5 à 25 p. 100 des adultes de 20 à 39 ans sont affectés par le VUH. Au Zaïre, quelque 8 p. 100 des femmes enceintes sont séro-positives et il se peut que jusqu'à la moitié d'entre elles transmettent le virus à leurs enfants. Les gouvernements craignent de plus en plus que les décès causés par le SIDA chez les enfants éliminent, voire inversent, les importants progrès accomplis en Afrique ces dernières années sur le plan de la survie des enfants. Le fait est que les deux groupes d'âge les plus atteints, à savoir les enfants de moins de cinq ans et les adultes de 20 à 40 ans, correspondent aux deux principaux modes de transmission du VIH en Afrique, à savoir la transmission sexuelle chez les adultes et la transmission verticale chez les enfants.

Tableau 2. Données disponibles au 3 novembre 1989 concernant les cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) dans l'ouest et le centre de l'Afrique

Pays	Nombre de cas	Date du rapport
Bénin	36	31.03.89
Burkina Faso	555	31.03.89
Cameroun	78	31.03.89
Cap-Vert	25	31.07.89
Congo	1 250	31.12.87
Côte d'Ivoire	250	20.11.87
Gabon	35	30.06.89
Gambie	63	31.12.88
Ghana	921	31.08.89
Guinée	52	31.05.89
Guinée-Bissau	76	18.05.89
Guinée équatoriale	3	27.06.89
Libéria	2	11.03.88
Mali	29	14.01.88
Mauritanie	-	31.07.88
Niger	56	31.03.89
Nigéria	35	25.09.89
République centrafricaine	662	31.12.88
Sénégal	207	04.08.89
Sierra Leone	21	30.06.89
Tchad	14	30.06.89
Togo	23	22.06.89
Zaïre	<u>335</u>	30.06.87
Total	4 727 =====	

Région	Pourcentage du total mondial	Nombre de cas
Afrique	17,16	32 062
Amérique	67,83	126 714
Asie	0,24	454
Europe	13,87	25 905
Océanie	<u>0,90</u>	<u>1 668</u>
Total mondial	100,00 =====	186 803 =====

Source : OMS, "Relevé épidémiologique hebdomadaire", No 44, 64, p. 337 à 344.

/...

51. Un problème nouveau et préoccupant est l'apparition rapide du SIDA dans certains pays d'Afrique de l'Ouest. Une étude récente menée dans le plus grand hôpital d'Abidjan a montré que 19 p. 100 des hospitalisations et 33 p. 100 des décès sont imputables au SIDA. Le pourcentage de femmes séropositives atteint 9 p. 100 chez les femmes enceintes et jusqu'à 39 p. 100 chez les femmes sexuellement les plus actives, soit des niveaux comparables à ceux enregistrés dans quelques villes du centre de l'Afrique. Les raisons pour lesquelles des pays voisins comme le Libéria ou le Nigéria n'ont pas été aussi gravement touchés ne sont pas encore connues. La surveillance du SIDA est compliquée par le manque d'installations de laboratoire et le manque de précision des définitions des cas cliniques. Des études sérologiques à l'échelle du pays pourraient devenir nécessaires pour suivre la propagation des infections par le VIH et l'efficacité des interventions contre le SIDA. Il importe aussi de sélectionner d'urgence des populations sentinelles et des sites sentinelles pouvant être utilisés dans le cadre d'un programme national de surveillance.

52. La plupart des pays, avec une assistance technique de l'OMS, s'emploient actuellement à arrêter ou ont commencé à mettre en oeuvre des plans à moyen terme de lutte contre le SIDA prévoyant, entre autres activités prioritaires, un renforcement de la surveillance épidémiologique et l'adoption de mesures tendant à réduire les risques de transmission du VIH par voie sexuelle, par voie sanguine et par le placenta. En collaboration avec le Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS, l'UNICEF coordonne étroitement son assistance avec les activités des comités et programmes nationaux contre le SIDA. Les activités d'information, d'éducation et de communication orientées vers les adultes et les élèves des écoles reçoivent une assistance accrue de l'UNICEF dans des pays comme le Burkina Faso, le Congo, la République centrafricaine et la Sierra Leone. Le Colloque international consacré à l'éducation sur le SIDA qui s'est tenu à Yaoundé (Cameroun) - sous les auspices communs et avec la participation de l'UNICEF - a donné aux experts de l'éducation sanitaire et d'autres disciplines la possibilité d'échanger des idées et des données d'expérience sur les mesures adoptées et les innovations mises en oeuvre pour atteindre les jeunes, les conseiller et les éduquer au sujet du SIDA.

53. Par ailleurs, l'UNICEF continue de fournir une assistance pour continuer à améliorer les pratiques de stérilisation du matériel utilisé dans le cadre du PEV en fournissant du matériel, en formant du personnel et en veillant à ce qu'il ne soit utilisé qu'une aiguille stérile et une seringue stérile par injection.

II. APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

54. En dépit de l'effort soutenu entrepris par les pays de la région et par les organisations internationales d'assistance, les objectifs envisagés par la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement ne seront pas

atteints dans l'ouest et le centre de l'Afrique en 1990. Aussi, les gouvernements et les institutions internationales d'assistance ont-ils décidé de redoubler d'efforts pendant les années 1990 pour atteindre les objectifs fixés, même si c'est à une date ultérieure.

55. D'une façon générale, les stratégies actuelles sont révisées de façon à assurer une participation plus systématique des populations. En fait, l'engagement des communautés est devenu une condition préalable indispensable au succès des activités d'aménagement, d'entretien et de réparation des services d'adduction d'eau et d'assainissement. Les communautés doivent maintenant commencer par apporter la preuve qu'ils sont capables d'assurer des opérations d'entretien et de réparation nécessaires avant que de nouveaux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement soient installés. Aussi la construction d'installations nouvelles dans la région a-t-elle été ralentie pour permettre aux communautés de s'organiser sur la base de ce nouveau concept de participation communautaire.

56. Le système d'entretien des pompes est articulé autour de mécaniciens locaux dont les services sont rémunérés au moyen d'un fonds de village géré par le comité de village. Le fonds finance également l'achat de pièces de rechange. Ce système a fait la preuve de son efficacité au Bénin, au Burkina Faso, au Niger, au Mali, dans la République centrafricaine, au Cameroun, au Libéria, au Ghana, en Guinée et en Guinée Bissau, et il a permis de réduire le nombre de pompes hors d'usage et la durée des pannes et de satisfaire les villageois, qui bénéficient d'une eau potable salubre à un coût annuel relativement modeste de l'ordre de 50 à 150 dollars. Un nouveau programme lancé en Côte d'Ivoire en 1988 pour remettre en état des milliers de pompes à eau sur une période de trois ans prévoit la conclusion d'un contrat entre le village et le gouvernement et stipule que les communautés doivent assurer l'entretien des pompes si elles veulent recevoir des services de remise en état.

57. Vu le problème croissant que représente la corrosion du matériel, plusieurs pays ont commencé à remplacer les canalisations et autres accessoires en métal galvanisé par du matériel en acier inoxydable pour réduire la durée des pannes et aussi pour éviter que les villageois ne refusent d'utiliser l'eau contaminée par la rouille. L'on a commencé par utiliser des canalisations en PVC, moins chères, fabriquées à Abidjan; si cette expérience réussit, le programme de remplacement des canalisations pourra être réalisé à beaucoup plus grande échelle.

58. Plusieurs pays ont manifesté une volonté politique d'intensifier la lutte contre la maladie causée par le ver de Guinée. La troisième Conférence internationale sur le ver de Guinée, parrainée par l'OMS, doit se tenir en Côte d'Ivoire au début de 1990. Elle constituera une occasion d'encourager les pays à mettre en place des programmes nationaux visant à éliminer cette maladie d'ici à 1995.

59. De plus en plus, les programmes d'assainissement sont soutenus par une mobilisation des communautés et par une participation des écoles, des parents et des dirigeants politiques. La formation de personnel d'entretien des services d'assainissement s'est avérée être une solution à la fois économique et efficace.

60. Les activités d'approvisionnement en eau des régions rurales continueront d'exiger des ressources substantielles jusqu'en l'an 2000 au moins. Alors même que les taux minimums de desserte n'ont pas encore été atteints, l'accroissement démographique continue de limiter l'impact des programmes d'approvisionnement en eau. Pour mieux intégrer les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement aux projets de santé locaux, les pompes et les installations d'assainissement, de plus en plus, sont installées à proximité des écoles et des dispensaires pour faciliter l'éducation en matière de santé et d'hygiène.

61. La Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement touchant à sa fin, il serait bon de passer en revue les résultats obtenus et de voir comment comptent évoluer les attitudes des populations rurales sous l'effet des nouveaux éléments introduits dans les programmes d'approvisionnement en eau des régions rurales, notamment en ce qui concerne l'obligation de règles plus strictes touchant la consommation d'eau et de mesures de récupération d'égout, et l'idée que les populations se font des règlements concernant l'assainissement de l'environnement et l'hygiène. Un tel examen permettrait de mieux définir et exécuter les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement de l'environnement au cours des dix années à venir.

III. EDUCATION POUR TOUS

62. Le bureau régional a participé activement aux préparatifs de la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous qui doit se tenir à Bangkok en 1990. Un comité ad hoc mixte du Bureau régional pour l'éducation en Afrique de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco) et du Bureau régional de l'UNICEF pour l'ouest et le centre de l'Afrique a organisé des consultations nationales au Bénin, au Burkina Faso, au Cameroun, au Cap-Vert, au Congo, au Ghana, en Guinée, au Tchad et au Togo.

63. Le Bureau régional pour l'ouest et le centre de l'Afrique a entrepris des études au Burkina Faso, au Cap-Vert, en Côte d'Ivoire, en Mauritanie, au Niger, en Sierra Leone, au Tchad et au Togo pour compléter les informations qui manquaient précédemment au sujet des problèmes de l'enseignement. Un document intitulé "Des sociétés en crise - les perspectives de l'éducation", contenant une synthèse de ces études et de ces consultations, a été présenté lors de la consultation sous-régionale de Dakar et a servi de base à l'élaboration d'un document sur les perspectives de l'éducation dans l'ensemble de l'Afrique qui sera présenté à la conférence.

64. Le Comité ad hoc Unesco/Bureau régional pour l'ouest et le centre de l'Afrique a également rédigé deux autres documents visant à sensibiliser le public à certains aspects du concept "Education pour tous". Un document contient les observations formulées par un groupe sélectionné d'éducateurs sur des sujets controversés comme l'emploi des langues nationales. Un autre document de recherche, intitulé "Les opinions que suscite l'éducation pour tous en Afrique", expose en détail les avis exprimés au sujet des stratégies qui devront être mises en oeuvre à l'avenir pour atteindre les objectifs fixés par la Conférence mondiale. La collaboration entre l'Unesco et le Bureau régional pour l'ouest et le centre de l'Afrique a été exemplaire, la répartition des tâches ayant été clairement arrêtée d'emblée par les deux organisations.

65. Les bureaux extérieurs dans le pays ont joué un rôle actif dans la mobilisation d'un appui aux consultations nationales concernant "l'éducation pour tous". Le Bureau régional pour l'ouest et le centre de l'Afrique a fourni un important soutien conceptuel, logistique et financier aux bureaux extérieurs en vue de la préparation de ces consultations nationales.

66. Après la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, le bureau régional veillera à ce que les recommandations formulées soient prises pleinement en considération dans les opérations de programmation par pays.

IV. LES FEMMES ET LE DEVELOPPEMENT

67. Nul ne conteste plus, aujourd'hui, que les femmes jouent le rôle le plus crucial dans le développement. Elles doivent simultanément cultiver la terre, jouer leur rôle de mère, aller chercher l'eau et le bois de feu, diriger des petites entreprises et, très souvent, diriger seules leur ménage. Leur journée de travail a une durée inhumaine, ce qui ne leur laisse pas le temps de s'occuper comme il convient de leurs enfants, et encore moins de transférer leurs connaissances et leur héritage culturel à la génération suivante. Les femmes devant se préoccuper en tout premier lieu de survivre, il leur est impossible de s'occuper d'autres tâches, comme éduquer leurs enfants ou à s'en occuper lorsqu'ils sont très jeunes. Avec chaque jour qui passe, un autre enfant mal nourri et un autre cerveau se trouvent gaspillés. Ce faisant, une culture disparaît.

68. Les projets à l'intention des femmes ont maintenant été solidement intégrés à tous les programmes appuyés par l'UNICEF dans la région. Le Bénin, le Burkina Faso, le Cap-Vert, la Côte d'Ivoire, le Mali et le Sénégal sont au nombre des pays où les efforts d'alphabétisation et de mobilisation sociale sont particulièrement orientés vers les femmes. Celles-ci sont considérées comme des gestionnaires efficaces des activités génératrices de revenus, mais leur accès aux crédits doit être élargi si l'on veut que ces activités puissent reposer sur des bases financières et une organisation solides. Un large système de garanties de ces crédits par les banques régionales et nationales - peut-être inspiré du modèle de la Grameen Bank au Bangladesh - contribuerait beaucoup à élargir le crédit, et partant les activités génératrices de revenus, à des groupes de population beaucoup plus nombreux.

69. L'UNICEF a aidé le Congrès panafricain des églises à organiser à Lomé une conférence qui a discuté le rôle des femmes associées aux églises dans la mobilisation sociale en faveur d'activités pour la survie et le développement des enfants. Plus de 200 femmes représentant 38 pays d'Afrique ont assisté à cette réunion, qui a étudié les moyens de permettre aux femmes de transformer leurs propres situations et ainsi de devenir autonomes.

70. Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Niger et la République centrafricaine sont parmi les pays qui ont créé un ministère pour la promotion de la femme qui s'emploie activement à promouvoir l'application de stratégies prospectives pour l'intégration des femmes au développement. En Sierra Leone, un Bureau des affaires féminines représenté au sein de chaque ministère a été créé par le gouvernement national en 1988.

71. Les bureaux nationaux ont continué d'appuyer l'organisation d'ateliers et de séminaires nationaux sur les problèmes des femmes. L'appui aux associations et coopératives féminines est une question qui devra être évaluée sélectivement pour identifier les activités les mieux appropriées.

72. A mesure que les femmes participeront davantage au processus de développement, les hommes devront jouer le rôle qu'il leur revient, comme ils le font avec succès dans le cadre du mouvement NAAM au Burkina Faso (coopératives basées sur les formes traditionnelles de participation communautaire), dans le cadre duquel les femmes et les hommes combattent ensemble les effets de la désertification. Comme il est dit dans Savoir pour sauver : "Il est temps à présent pour les hommes de tous les pays de participer plus pleinement à la tâche qui est à la fois la plus difficile et la plus vitale : celle de protéger la vie, la santé et la croissance de leurs enfants".

V. DEVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS

73. En 1989, les pouvoirs nationaux au Cap-Vert, au Libéria, au Nigéria, en République centrafricaine et en Sierra Leone ont identifié des partenaires pour le développement des jeunes enfants. Les contacts avec les ONGs internationales spécialisées dans le développement des jeunes enfants, comme la Fondation Bernard van Leer et l'Organisation mondiale pour l'éducation préscolaire (OMEP), ont été renforcés.

74. Dans la plupart des pays de la région, cet élément est absent des programmes appuyés par l'UNICEF. Au Nigéria et en Sierra Leone, les activités de puériculture et de stimulation des jeunes enfants sont intégrées aux projets pilotes conçus en faveur des femmes. Au Cap-Vert, le gouvernement, avec une assistance de l'UNICEF et de différentes ONGs, s'emploie à élargir les activités visant à assurer le développement des jeunes enfants, notamment dans des domaines comme la puériculture et la formation des enseignants.

75. Dans plusieurs pays, l'UNICEF appuie les programmes de contacts directs entre enfants qui ont pour but de faire en sorte que les enfants apprennent ce qu'ils ont eux-mêmes appris au sujet de la santé, de l'hygiène personnelle et de la nutrition à leurs frères et soeurs plus jeunes. L'on emploie avec succès ce programme pour diffuser les messages de Savoir pour sauver.

76. Le Burkina Faso et le Nigéria ont élaboré au sujet du développement des jeunes enfants et de l'éducation préscolaire des directives qui mettent l'accent sur le développement des programmes d'étude et la réglementation des activités et des installations. Le Libéria et la Sierra Leone travaillent actuellement eux aussi à l'élaboration de directives à cet égard.

77. Le défi consiste maintenant à intégrer ces questions aux activités de mobilisation sociale et de sensibilisation du public dans les autres pays de la région. En outre, une formation systématique du personnel qui s'occupe du développement des jeunes enfants, condition préalable qui devra être remplie si l'on veut maintenir la qualité des installations et des activités, devra devenir partie intégrante de la politique de développement des jeunes enfants.

VI. MOBILISATION SOCIALE

78. Grâce à la mobilisation sociale, les bureaux extérieurs ont rendu le processus de prestation des services plus opérationnel et plus efficace en mobilisant les connaissances et les expériences existantes et en intégrant à ce processus tous ceux qui détiennent de telles connaissances. De plus en plus, la mobilisation sociale dans la région est intégrée à l'opération de programmation par pays pour renforcer l'exécution des programmes, particulièrement le PEV et les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques, dont les approches, orientées vers des objectifs concrets, se prêtent à un effort de mobilisation.

79. Les bureaux extérieurs espèrent pouvoir utiliser des moyens nouveaux ou assez peu utilisés pour diffuser les messages de mobilisation sociale. En Sierra Leone, il a été créé un Groupe islamique d'action en faveur de l'enfance. Au Sénégal, les comités sanitaires de village ont été invités à formuler leurs propres stratégies de mobilisation sociale. Au Cap-Vert, l'UNICEF a aidé à perfectionner les compétences et les connaissances des communicateurs dans le domaine des soins de santé primaires et, de ce fait, les médias, et particulièrement le réseau de radiodiffusion, sont maintenant devenus d'importants alliés dans le domaine de la mobilisation sociale.

80. Des programmes consacrés à la santé devant être diffusés par la radio rurale continuent d'être élaborés au Burkina Faso, en Guinée, au Mali, en République centrafricaine, au Tchad et dans d'autres pays. Le Burkina Faso a commencé à diffuser toutes les semaines à la radio des messages tirés de Savoir pour sauver. Ces programmes nationaux se sont avérés être un moyen efficace de diffuser des messages de santé à un auditoire extrêmement divers, qu'il s'agisse des parents, des agents de santé, des planificateurs ou des dirigeants de l'opinion. Le bureau régional travaille à la mise au point d'une stratégie régionale visant à appuyer la collaboration entre les bureaux extérieurs et les stations locales de radio.

VII. RELATIONS EXTERIEURES

A. Information et communication

81. Dans toute la région, les médias manifestent un appui de plus en plus solide à l'action en faveur de la survie et du développement des enfants, et notamment au PEV et à l'Initiative de Bamako. Des séminaires nationaux consacrés, entre autres, à la Convention relative aux droits de l'enfant ont encouragé la presse nationale à s'intéresser aux problèmes de l'enfance. Au Burkina Faso, au Congo, en Guinée, au Libéria, au Niger, au Nigéria, au Sénégal, en Sierra Leone, au Tchad et dans d'autres pays, les bureaux de l'UNICEF ont forgé d'excellents rapports avec les médias. Au Nigéria, la nouvelle Association nationale des femmes journalistes est devenue un allié précieux dans la promotion de l'action en faveur de la survie des enfants.

82. L'un des événements qui retient le plus l'attention des médias dans la région est le lancement annuel du rapport sur la Situation des enfants dans le monde. A Abidjan, une conférence de presse s'est tenue en présence de trois ministres et de toute la communauté internationale. Au Tchad, l'UNICEF a organisé une table ronde avec des représentants du gouvernement et d'autres personnalités au sujet des thèmes mis en relief dans le rapport. En Sierra Leone, le Président Momoh a lancé le rapport dans une allocution à l'ensemble du pays, diffusée par la radio aux meilleures heures d'écoute; cette allocution a été précédée d'une discussion à laquelle ont participé des ministres, des parlementaires, des journalistes et des représentants des différentes professions.

83. Pour appuyer les activités régionales, le bureau régional a produit des bandes vidéo qui ont été distribuées en anglais et en français aux Comités nationaux pour l'UNICEF et aux bureaux extérieurs de tous les pays africains. En outre, des publicités à la télévision et à la radio ont été produites pour les campagnes de vente de cartes de vœux de 1988 et de 1989; ces publicités ont été utilisées avec succès dans plusieurs pays. Le Burkina Faso a produit des bandes vidéos sur des questions liées à la santé qui doivent être diffusées à la télévision nationale. L'Office nigérian de la télévision a produit neuf programmes long métrage et huit spots éducatifs pour appuyer le PEV et d'autres interventions en faveur de la survie des enfants.

84. Ce qu'il faudra maintenant, c'est intensifier l'interaction entre la région et les Comités nationaux pour l'UNICEF, qui contribue beaucoup à sensibiliser l'opinion publique dans les pays industrialisés, afin de tirer parti des effets multiplicateurs de la mobilisation sociale. Des voyages d'étude plus fréquents dans la région par les Comités nationaux seraient les bienvenus car ils sont indispensables si l'on veut renforcer le processus mutuel de mobilisation sociale. Les Comités nationaux pourraient simultanément utiliser davantage les matériels d'informations et d'analyse produits par les bureaux extérieurs.

85. Les Comités nationaux pour l'UNICEF ont continué d'envoyer dans la région des équipes de tournage de films destinés à des fins de plaidoyer et de collecte de fonds. Le Comité français a produit un film sur l'enfant mauritanien et le Comité néerlandais en a produit un sur les enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles. Le Comité canadien a envoyé un ambassadeur itinérant à la Côte d'Ivoire et au Mali pour appuyer les campagnes de collecte de fonds de ces pays.

86. Le bureau régional a commencé à produire à l'intention des Comités nationaux, des journalistes et des ONGs des pochettes d'information sur les pays. Deux de ces pochettes, consacrées au Mali et au Zaïre, ont été produites en français et en anglais, et d'autres pochettes sur la Guinée, le Gabon, la Mauritanie et la République centrafricaine sont en cours de production. Une brochure sur l'Initiative de Bamako, produite par le bureau régional en français, en anglais, en portugais et en italien, a été largement diffusée, notamment à l'occasion de la Conférence internationale des parlementaires et des médias qui s'est tenue à Rome en novembre 1989.

B. Les parlementaires au service de l'enfance

87. Dans toute la région, les parlementaires manifestent de façon de plus en plus concrète l'intérêt qu'ils portent aux questions liées à la survie et au développement des enfants. Collaborant étroitement avec les chapitres locaux du Comité mondial des parlementaires sur la population et le développement et l'Union interparlementaire, les bureaux de l'UNICEF ont très bien réussi à mobiliser les parlementaires pour les mettre au service de l'enfance. Des ateliers et des tables rondes ont aidé à préparer la perspective africaine présentée au séminaire de parlementaires et de représentants des médias qui s'est tenu à Rome, qui a marqué l'aboutissement d'une année de net progrès.

88. La Gambie, le Libéria et la Sierra Leone ont organisé des ateliers de parlementaires et de représentants des médias qui ont rassemblé deux groupes apparemment disparates pour étudier les questions liées à la survie et au développement des enfants. Ces ateliers ont débouché sur des résultats tangibles : par exemple, les propriétaires de médias au Libéria se sont engagés à parler de la survie et du développement des enfants au moins une fois par semaine, et il a été créé en Gambie une équipe spéciale pour la survie et le développement des enfants chargée d'aider à la réalisation de certaines des 22 résolutions adoptées.

89. Dans le même ordre d'idée, le bureau du Togo a participé à la mise en place d'un réseau de 100 parlementaires et journalistes occupant des postes de responsabilité, qui a entrepris d'organiser une campagne concertée de mobilisation sociale. Les parlementaires de plusieurs autres pays de la région ont manifesté leur intention d'organiser des réunions semblables au cours de l'année à venir.

90. Les bureaux de l'UNICEF en Guinée et en Sierra Leone ont appuyé la création de comités de niveau élevé en faveur de l'enfance. A la suite de la conférence de parlementaires et de représentants des médias qui s'est tenue en Sierra Leone, un petit groupe de députés a créé le Groupe d'action parlementaire pour la survie et le développement des enfants avec pour mission de sensibiliser les autres parlementaires et les dirigeants de l'opinion aux activités entreprises dans ce domaine. En Guinée, un Groupe d'action pour la survie et le développement des enfants guinéens a été créé pour permettre aux artistes et aux intellectuels guinéens de contribuer à la survie et à l'épanouissement harmonieux des enfants.

C. La Convention relative aux droits de l'enfant

91. La plupart des pays de la région ont exprimé un appui sans réserve à la Convention relative aux droits de l'enfant et ont manifesté l'intention de la ratifier.

92. Le Séminaire régional ouest-africain sur les droits des enfants, tenu à Dakar en novembre 1988, a ouvert la voie à toute une série d'activités intéressant la Convention. Organisé conjointement par l'Organisation nationale pour les droits de l'homme du Sénégal et l'UNICEF, ce séminaire a rassemblé des représentants de 14 pays membres de la Communauté économique des pays d'Afrique de l'Ouest. Dans ce qui est maintenant connu sous le nom de Déclaration de Dakar, les gouvernements africains ont été instamment invités à prendre des mesures pour promouvoir les droits de l'enfant, à ratifier la Convention "dans les plus brefs délais possibles" et à mettre en place des mécanismes visant à contrôler son application.

93. Les bureaux de l'UNICEF dans la région ont déployé des efforts extrêmement enthousiastes en faveur de l'adoption de la Convention pendant toute l'année 1989. Lors d'une réunion du Comité exécutif de l'Union des parlements africains tenue en République centrafricaine, l'UNICEF a été particulièrement remercié des efforts qu'il avait déployés pour faire en sorte que les enfants viennent en tête de l'ordre du jour politique. Le Séminaire du Conseil parlementaire africain sur la population et le développement tenu en 1989, auquel l'UNICEF a pris une part active, a voué son plein appui à l'adoption et à la ratification de la Convention. Des "journées de la réflexion" ont été organisées au Burkina Faso, en Guinée et en Mauritanie pour susciter parmi de larges secteurs de la population une prise de conscience accrue des problèmes de l'enfance en rapport avec la Convention.

94. Le bureau en Côte d'Ivoire et le bureau régional ont collaboré avec l'Association des juristes africains à l'organisation, à l'Assemblée nationale, d'un Séminaire sur la protection de l'enfant ivoirien auquel il a été fait une large publicité et qui a été suivi d'un débat télévisé en direct, auquel a assisté le Directeur du bureau régional, sur les enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles et la Convention.

D. Renforcement des alliances

95. Le bureau régional a continué de renforcer et d'élargir les alliances avec des organisations politiques, sociales et culturelles aux fins de l'organisation d'activités liées à la survie et au développement des enfants. Le troisième Colloque panafricain d'artistes et d'intellectuels, qui a rassemblé des conteurs traditionnels (griots) et des communicateurs plus modernes, tels que poètes, auteurs et cinéastes, s'est tenu à Bamako. Les réunions de travail ont eu l'occasion d'assister à des renditions artistiques de messages sur la santé et ont également insisté sur les différentes façons dont les artistes et les intellectuels pouvaient contribuer à promouvoir la survie et le développement des enfants.

96. Au Nigéria, le bureau de l'UNICEF a renforcé son service de liaison avec les ONGs et a établi d'étroits rapports de travail avec les plus grandes ONGs du pays, qui ont ensemble 2,5 millions de membres. En 1990, un appui accru sera peut-être accordé aux ONGs, qui trouvent souvent leurs origines dans les premières activités de santé entreprises par les missionnaires, pour les aider dans leurs programmes de santé et pour compléter ainsi les efforts que déploie le gouvernement pour réaliser l'immunisation universelle des enfants.

97. A l'occasion, des alliances individuelles peuvent exister avec des personnes particulièrement engagées dont l'influence et la contribution peuvent être extraordinaires. Kak Dee, coureur ghanéen, a franchi à pied plus de 7 000 kilomètres qui séparent Dakar de Cotonou, au Bénin, pour faire connaître la cause des enfants et de l'UNICEF.

98. Les communautés religieuses d'Afrique offrent d'immenses possibilités de coopération. Presque tous les bureaux nationaux ont financé la participation de dirigeants religieux au Congrès panafricain des églises à Lomé. Nombre de réunions ont été tenues avec des représentants des différentes religions. Une rencontre importante s'est tenue en Sierra Leone, où des dirigeants islamiques se sont rassemblés pour en apprendre davantage sur la situation des femmes et des enfants dans leurs pays; cette rencontre a débouché sur la création du Groupe islamique d'action en faveur de l'enfance.

99. La coopération avec les autres organismes des Nations Unies s'est beaucoup améliorée dans plusieurs pays, mais elle pourrait être resserrée encore plus. Il importe de résoudre d'urgence les problèmes que posent la synchronisation des cycles de programmation, la collecte d'informations sur les politiques et procédures de programmation des différentes institutions et l'institutionnalisation de réunions périodiques du gouvernement donateur pour évaluer les politiques de développement. C'est ce qui a été fait au Libéria, où le Groupe de donateurs se réunit périodiquement à Monrovia pour discuter de ces questions. Le bureau de l'UNICEF au Libéria a organisé un atelier extrêmement novateur sur la programmation par pays pour familiariser les partenaires du développement avec les méthodes employées pour préparer le programme de pays suivant.

107. Les achats remboursables font apparaître des tendances opposées. Dans le cas du Nigéria, ils ont diminué sous l'effet de la crise économique. Dans le cas de l'Initiative de Bamako, toutefois, la tendance doit être extrêmement positive par suite de la grande quantité de médicaments essentiels qui seront nécessaires. L'insuffisance des devises représente pour les gouvernements une sérieuse contrainte. En Sierra Leone, l'UNICEF et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) facilitent la conversion de la monnaie locale en monnaie forte.

108. Il convient de noter que le processus d'achat de fournitures se heurte à plusieurs contraintes. L'un des principaux problèmes tient aux retards qui surviennent dans les ports européens lors du transbordement de matériaux et d'équipement d'origine japonaise. La livraison de véhicules, de pièces détachées et de motocyclettes, en particulier, est souvent retardée. Un autre problème a trait à l'entreposage, les installations étant souvent inadéquates. Le manque de personnel qualifié capable de gérer et de contrôler efficacement les stocks et la distribution, qui se traduit par l'endommagement, la perte ou le vol pur et simple de matériel, exacerbe une situation déjà difficile. Il semble que les commandes de fournitures ne soient pas toujours planifiées comme il convient conformément à la planification des activités et des programmes. Il est par conséquent de plus en plus nécessaire d'améliorer la coordination des achats de fournitures et le rythme auquel les projets avancent effectivement.

109. Plusieurs éléments positifs sont à noter. Plusieurs ports et aéroports de la région ont amélioré leur sécurité. En Sierra Leone, des patrouilles portuaires en uniforme ont considérablement réduit le nombre de vols. Le bureau de l'UNICEF au Nigéria a été autorisé à procéder lui-même aux opérations de dédouanement, ce qui a permis de réduire considérablement les retards. Une autre amélioration certaine a été l'utilisation plus fréquente de moyens de transport par conteneurs, qui a réduit les frais de transport dans le cas des pays sans littoral ainsi que dans celui du Nigéria et de la Sierra Leone.

110. Trop souvent, les bureaux de l'UNICEF sont tenus de participer à la distribution des fournitures dans le pays sans aucun soutien logistique ou financier des gouvernements assistés. Le bureau de Bamako, par exemple, a distribué 483 tonnes de fournitures et d'équipement sur une distance de 129 148 kilomètres pendant l'année. En République centrafricaine, l'armée française aide le bureau de l'UNICEF à transporter les fournitures jusqu'aux régions reculées. Le Gouvernement zaïrois, pour sa part, fournit des ressources de contrepartie à l'UNICEF pour couvrir les frais de transport.

B. Effectifs du personnel régional

111. Les bureaux de l'UNICEF à Conakry (Guinée) et à Niamey (Niger) ont mis en place une nouvelle méthode d'organisation en sept classes des postes de la catégorie des agents des Services généraux, ce qui s'est traduit par un reclassement de 20 p. 100 des postes du bureau de Conakry.

112. Une enquête sur les salaires locaux a été réalisée à Conakry, à la suite de laquelle les traitements des fonctionnaires de la catégorie des agents des Services généraux ont été relevés de plus de 100 p. 100. Par suite de la situation économique qui prévaut actuellement au Ghana, un ajustement intérimaire du barème des traitements a été opéré sur la recommandation du bureau régional. Il s'en est suivi une augmentation générale de 26 p. 100 des salaires dans la catégorie des Services généraux, augmentation qui a été appliquée rétroactivement au 1er janvier 1988. Le PNUD prévoit une enquête sur les salaires à Abidjan au début de 1990. Avant cette enquête, tous les postes appartenant à la catégorie des Services généraux seront prévus sur la base de la nouvelle méthode de classement des emplois.

113. D'importants changements sont à signaler en ce qui concerne le personnel du bureau régional. Les postes de spécialiste des relations intergouvernementales, d'administrateur régional du PEV/IUE, d'administrateur des opérations, d'économiste régional et de fonctionnaire d'administration/du personnel ont tous été pourvus en 1989, et les postes de conseiller régional en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de spécialiste du suivi et de l'évaluation et de fonctionnaire des fournitures ont été abolis.

C. Formation au niveau régional

114. Conformément aux objectifs du plan à moyen terme de l'UNICEF, les activités régionales de formation ont été considérablement élargies. En 1989, des stages régionaux ont été organisés au sujet des politiques et procédures de programmation, de l'approvisionnement, du système révisé d'information sur les programmes, de l'Initiative de Bamako, du PEV et de l'application de l'informatique, et en particulier du système mondial d'appui aux bureaux extérieurs. Plus de 200 fonctionnaires des bureaux extérieurs et du bureau régional ont participé à ces stage de formation.

115. Le bureau régional se propose de continuer à consolider le processus régional de formation en étroite collaboration avec la Section de la formation du siège et d'élaborer des plans généraux de formation dans les bureaux extérieurs pour 1990 et au-delà.

D. Processus d'informatisation

116. A la fin de 1988, tous les bureaux de la région avaient reçu le matériel absolument indispensable pour leur permettre de faire face à leurs tâches, particulièrement en matière de traitement de texte. Plusieurs d'entre eux avaient également introduit au moins certaines modules du système mondial d'appui aux bureaux extérieurs.

117. Une proposition concernant le minimum de matériel requis pour faire fonctionner le système d'information de l'UNICEF et les meilleurs moyens d'introduire ce système dans chaque pays a été présentée et acceptée lors de la dernière réunion du Comité de planification et d'examen du budget. Selon ce plan, tous les bureaux devraient, à la fin de 1989, être à même d'utiliser le système mondial d'appui aux bureaux extérieurs, non seulement comme outil de comptabilité financière mais aussi pour suivre les listes de l'assistance de base et les résultats des programmes.

118. En 1989, tous les bureaux extérieurs ont donc été équipés d'ordinateurs personnels PC 280. En outre, quatre consultants ont été recrutés pour aider les bureaux extérieurs et les sous-bureaux à former leur personnel à l'utilisation du système mondial d'appui aux bureaux extérieurs. Un stage de formation à l'utilisation de la nouvelle version 1.3 du système a été organisé avec succès en novembre 1989.
