



Conseil économique et social

Distr. limitée

10 août 2015

Français

Original : anglais/espagnol/français

Pour suite à donner

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire 2015

8-10 septembre 2015

Point 4 (a) de l'ordre du jour provisoire*

Descriptif de programme de pays

Royaume du Swaziland

Résumé

Le présent descriptif de programme de pays pour le Royaume du Swaziland est soumis au Conseil d'administration pour examen et adoption selon la procédure d'approbation tacite lors de la présente session. Le descriptif de programme de pays inclut une proposition de budget indicatif global pour la période 2016-2020, soit un montant de 6 075 000 dollars à imputer sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un montant de 13 700 000 dollars à prélever sur les autres ressources, sous réserve du versement des contributions à des fins spéciales.

Conformément à la décision 2014/1 du Conseil d'administration, le présent document reflète les commentaires émis par les membres du Conseil d'administration sur le projet de descriptif de programme de pays qui a été présenté 12 semaines avant la deuxième session ordinaire de 2015.

* E/ICEF/2015/12.



Fondements du programme

1. Le Royaume du Swaziland est un petit pays sans littoral qui recense 1,25 million d'habitants, dont 48 pour cent ont moins de 18 ans. Avec un revenu national brut de 2 930 dollars par habitant, il appartient à la catégorie des pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure). Toutefois, son taux de croissance économique est l'un des plus bas de la région : 2,8 pour cent¹ en 2013. La faiblesse de cette croissance est principalement attribuée au manque d'investissements étrangers et à une forte dépendance d'un petit nombre de produits d'exportation.

2. En dépit de son statut de pays à revenu intermédiaire, le Swaziland continue d'être marqué par de fortes inégalités, exacerbées par le poids de la morbidité liée au VIH et au sida, qui a par ailleurs un impact sur la survie et le développement de l'enfant. Même si le taux de pauvreté a légèrement diminué entre 2007 et 2010, passant de 69 à 63 pour cent, il n'en reste pas moins très élevé. Par ailleurs, 70 pour cent des enfants vivent dans la pauvreté, un taux qui s'élève à 80 pour cent pour les enfants qui ont perdu leurs deux parents².

3. Le Swaziland est sur la bonne voie pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement 3 (Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes) et 6 (Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies)³. Cependant, des progrès restent à faire pour parvenir aux objectifs 1 (Éliminer l'extrême pauvreté et la faim), 2 (Assurer l'éducation primaire pour tous), 4 (Réduire la mortalité infantile), 5 (Améliorer la santé maternelle) et 7 (Assurer un environnement durable)⁴. La mortalité des enfants de moins de 5 ans est élevée (67 décès pour 1 000 naissances vivantes⁵), tout comme la mortalité maternelle (593 décès pour 100 000 naissances vivantes⁶). Chez les enfants de moins de 5 ans, trois quarts des décès surviennent durant la première année de vie de l'enfant. Par ailleurs, trois quarts des décès enregistrés durant la première année de vie de l'enfant concernent des nourrissons ayant vécu au moins un mois. Les principales causes de décès des enfants de moins de 5 ans sont les suivantes : mort néonatale (30 pour cent), VIH et sida (15 pour cent), pneumonie (14 pour cent), diarrhée (7 pour cent) et blessures (4 pour cent)⁷. Même si certains progrès ont été accomplis en ce qui concerne l'enregistrement des naissances, seule la moitié de ces dernières sont déclarées.

4. Au Swaziland, 75 pour cent des enfants âgés de 12 à 23 mois seraient complètement vaccinés. Le pays a introduit avec succès de nouveaux vaccins pour contribuer à réduire l'incidence des maladies évitables par la vaccination. Des résultats satisfaisants ont été enregistrés dans le domaine des soins prénatals (76 pour cent des femmes enceintes ont consulté un médecin à au moins quatre reprises pendant leur grossesse) et des naissances assistées par du personnel de santé qualifié (88 pour cent). Des efforts ont également été déployés pour éliminer les nouvelles infections au VIH chez les enfants : désormais, seuls 2 pour cent des

¹ <http://www.worldbank.org/en/country/swaziland/overview> (en anglais uniquement).

² Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2010.

³ Projet de rapport national de synthèse, Nations Unies, octobre 2014.

⁴ Ibid.

⁵ MICS de 2014.

⁶ Enquête sur la démographie et le logement de 2012.

⁷ Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité de l'enfant (2012).

nourrissons âgés de 6 à 8 semaines vivent avec le VIH. Cependant, le taux estimé de transmission verticale du VIH chez les enfants âgés de 18 mois demeure élevé (11 pour cent). Cette situation est aggravée par les lacunes existantes au niveau de l'identification et du suivi postnataux des mères vivant avec le VIH et de leur nourrisson exposé à cette infection.

5. La lutte contre le VIH et le sida demeure le principal défi à relever au Swaziland. Le pays présente en effet le plus fort taux de prévalence du VIH au monde : 26 pour cent des personnes âgées de 15 à 49 ans, soit environ 190 000 individus, vivaient avec le VIH^{8,9}. Ce taux s'élève à 31 pour cent chez les femmes et 20 pour cent chez les hommes. Dans l'ensemble, l'incidence du VIH s'est réduite de moitié entre 2010 et 2015, passant de 4,6 à 2,3 pour cent. Les catégories de population présentant le plus haut risque de nouvelle infection sont ceux des femmes âgées de 18 à 19 ans (incidence de 3,8 pour cent), les jeunes de 20 à 24 ans (4,2 pour cent), les femmes âgées de 35 à 39 ans (4,1 pour cent) et les hommes âgés de 30 à 34 ans (3,1 pour cent)¹⁰. Il existe de nombreux cas de tuberculose associée au VIH, cette co-infection touchant 1 287 personnes sur 100 000¹¹. Chez les enfants, cette co-infection accroît considérablement le risque de mortalité¹².

6. À cause de l'épidémie de VIH, un nombre très élevé d'enfants vivent sans prise en charge familiale appropriée. Ainsi, près de 45 pour cent des enfants appartiennent à cette catégorie, 24 pour cent ayant perdu l'un de leurs parents et 5 pour cent les deux¹³. Les dépenses de protection sociale représentent 2,2 pour cent du produit intérieur brut¹⁴. Le système pourrait être amélioré en instaurant un meilleur ciblage, des services et des mécanismes de protection plus complets et un soutien accru pour faire face à la pauvreté et à la vulnérabilité des enfants¹⁵.

7. La dénutrition chronique reste un problème majeur. La prévalence des retards de croissance est de 26 pour cent chez les enfants de moins de 5 ans. Elle est plus élevée en milieu rural (27 pour cent) et dans certaines zones géographiques (27 pour cent dans les régions de Shiselweni et de Lubombo). En outre, 45 pour cent des femmes âgées de 15 à 49 ans et 42 pour cent des enfants âgés de 6 à 59 mois souffrent d'anémie¹⁶. Parmi les principales causes de mauvaise nutrition figurent un faible taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons âgés de 0 à 6 mois (64 pour cent), des pratiques d'alimentation complémentaire inadéquates, une carence en vitamine A, un accès insuffisant à une variété de denrées riches en

⁸ Enquête démographique et de santé (EDS) du Swaziland (2006-2007).

⁹ D'après les estimations de l'ONUSIDA, plus de 190 000 personnes vivent actuellement avec le VIH.

¹⁰ Enquête de mesure de l'incidence au Swaziland (2011).

¹¹ Banque mondiale, <http://www.tradingeconomics.com/swaziland/incidence-of-tuberculosis-per-100-000-people-wb-data.html> (en anglais uniquement).

¹² Dick J., Mbewe A. *et al.* La co-infection tuberculose/VIH chez les enfants entraîne une mortalité à long terme des enfants âgés de 32 mois deux à dix fois plus importante que la tuberculose seule.

¹³ MICS de 2010.

¹⁴ Projet de rapport national de synthèse, Nations Unies (octobre 2014).

¹⁵ Analyse de situation de l'UNICEF (2013).

¹⁶ Selon l'initiative Micronutriments (2009), près de 24 pour cent des femmes enceintes et 45 pour cent des femmes en général souffraient d'anémie (Hb < 110 g/L). D'après l'EDS de 2006-2007, 42 pour cent des filles et des garçons âgés de 6 à 59 mois souffrent d'anémie plus ou moins sévère. Le rapport de l'enquête MICS menée au Swaziland signale qu'un cinquième des cas de mortalité périnatale et un dixième des cas de mortalité maternelle pourraient être attribués à une anémie ferriprive.

autres micronutriments, des installations sanitaires inadéquates, de mauvaises conditions d'hygiène et une forte prévalence des maladies. Par ailleurs, les retards de croissance ont des effets négatifs notoires à vie et représentent une charge financière non négligeable. Preuve en est le taux plus élevé de redoublement chez les élèves présentant un retard de croissance (18,9 pour cent) par rapport aux enfants ayant une croissance normale (14 pour cent), ce qui implique un coût supplémentaire d'environ 600 000 dollars par an¹⁷. Au total, on estime que les pertes de productivité économique associées aux retards de croissance ont coûté au Swaziland 25 millions de dollars.

8. En matière d'éducation, le Swaziland a fait des progrès significatifs en élargissant l'accès à l'enseignement primaire (de la première à la septième année) avec un taux net de scolarisation de 96 pour cent en 2012 (97 pour cent pour les garçons et 95,2 pour cent pour les filles)¹⁸. Les redoublements sont fréquents (16 pour cent des élèves) et concernent plus les garçons que les filles. Le taux de persévérance à la fin de l'école primaire demeure relativement faible (76 pour cent). Le taux net de scolarisation dans le secondaire est extrêmement bas (27 pour cent) et s'accompagne d'un faible taux de fréquentation, particulièrement chez les garçons¹⁹. Les principaux facteurs à l'origine de ce phénomène sont le coût du premier cycle du secondaire, les obstacles liés à la demande, notamment l'obligation pour les enfants d'accomplir des tâches ménagères au lieu d'aller à l'école, les grossesses chez les adolescentes ainsi que la violence à l'école ou à proximité. La qualité de l'enseignement est elle aussi source d'inquiétudes, en raison notamment du manque d'enseignants qualifiés, de la faiblesse des mécanismes de gouvernance et du manque d'équipements de base comme les installations WASH (eau, assainissement et hygiène) dans certaines écoles. Le système éducatif tirerait également parti de programmes favorisant l'acquisition par les enfants de compétences pratiques.

9. L'importance critique du développement de la petite enfance (DPE) dans le renforcement du capital social du pays commence tout juste à être reconnue. Le manque de politiques intégrées figure au nombre des goulots d'étranglement dans ce domaine. Quant aux parents, ils n'ont souvent pas conscience de l'importance des premières années de vie de leur enfant et ne disposent pas des capacités nécessaires pour favoriser son développement, d'autant plus lorsqu'il est atteint d'un handicap. Seuls 33 pour cent des enfants âgés de 3 à 6 ans sont inscrits dans un établissement d'enseignement préscolaire. Il existe de fortes disparités dans ce domaine selon la zone géographique, le milieu (rural/urbain) et la richesse des ménages : le taux d'inscription atteint 50 pour cent pour les enfants issus des ménages les plus riches contre 21 pour cent seulement pour ceux des ménages les plus pauvres²⁰.

10. La violence physique, sexuelle et/ou émotionnelle à l'égard des enfants et des adolescents reste un problème majeur, en particulier dans la sphère domestique. Environ une femme sur trois déclare avoir été victime de violences sexuelles durant son enfance, près d'une sur quatre a été victime de violences physiques et trois sur

¹⁷ Unité nationale de coordination pour les enfants (2013).

¹⁸ Conseil australien de la recherche en éducation (ACER).

¹⁹ Ibid.

²⁰ MICS de 2010.

dix ont éprouvé une certaine forme de violence psychologique²¹. La grande majorité (89 pour cent) des enfants âgés de 2 à 14 ans déclare avoir subi au moins une forme de châtement corporel chez eux²². Même si le cadre législatif national est largement conforme aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, il reste encore du chemin à parcourir pour protéger les enfants, notamment pour faire appliquer la loi sur les infractions sexuelles et la violence domestique. Cette loi requiert des ajustements au niveau de l'allocation des ressources, des normes en matière de prestation de services, de la formation professionnelle et du système de prise en charge et d'orientation, ainsi que des mécanismes de responsabilisation pour la protection des enfants. Le centre de services intégrés (One Stop Centre), situé dans la capitale, constitue un modèle exemplaire de prise en charge complète des victimes de violence qui pourrait être élargi à l'ensemble du pays afin d'accroître la couverture des services de santé, de protection et de conseil destinés aux enfants et aux femmes.

11. Les pratiques WASH inadaptées ont une incidence sur la nutrition et la santé des familles. En effet, elles sont à l'origine d'un quart des décès d'enfants de moins de 5 ans. En outre, environ 40 pour cent des enfants n'auraient pas accès à l'eau potable et 20 pour cent à des installations sanitaires adéquates. Cette situation est d'autant plus complexe qu'il existe des inégalités importantes : 90 pour cent des personnes appartenant au quintile le plus riche de la population ont accès à une source d'eau améliorée, contre seulement 10 pour cent des personnes appartenant au quintile le plus pauvre. Les estimations concernant le milieu de vie abondent dans le même sens : 91 pour cent de la population urbaine auraient accès à une source d'eau améliorée, contre 60 pour cent de la population rurale. L'accès à des installations sanitaires améliorées s'élève à 78 pour cent, mais 15 pour cent de la population pratique encore la défécation à l'air libre, et cette moyenne est plus élevée dans les zones rurales (20 pour cent)²³.

12. La Direction nationale chargée de la gestion des catastrophes élabore des plans qu'elle met régulièrement à jour et a recours à des systèmes d'alerte rapide pour améliorer la prévision et la protection face aux catastrophes. Parmi les risques de catastrophe auxquels le pays est confronté figurent la sécheresse, les inondations, les feux de forêt, les vents de tempête, les chutes de grêle et les épidémies. Les grandes inégalités de revenu, le fort taux de chômage chez les jeunes, l'expansion de la population dans les zones périurbaines et le manque de débouchés économiques suscitent un certain nombre d'inquiétudes.

13. Les enseignements présentés ci-après, tirés du précédent programme de pays, ont étayé l'élaboration du présent programme :

(a) Suite au changement de statut du Swaziland, qui est passé de la catégorie des pays à faible revenu à celle des pays à revenu intermédiaire, certains partenaires bilatéraux et multilatéraux traditionnels se sont retirés du pays, ce qui a provoqué une diminution des apports liés à l'aide pour le développement. En conséquence, l'UNICEF et ses partenaires vont devoir adopter des approches stratégiques innovantes pour mobiliser des ressources en faveur des enfants et tirer parti de celles-ci, tout en examinant l'efficacité des prestations actuelles ;

²¹ D'après une étude nationale sur la violence à l'égard des enfants et des jeunes femmes au Swaziland (2007).

²² MICS de 2010.

²³ MICS de 2010 et Analyse de situation de l'UNICEF (2013).

(b) En dépit de la bonne couverture des services sociaux de base dans les domaines de la santé, du VIH et de l'éducation, les progrès n'ont pas été suffisamment rapides sur le plan de la réduction de la mortalité, de l'incidence du VIH, des retards de croissance et de l'élévation du niveau d'instruction. Cela laisse à penser que les efforts doivent dorénavant se concentrer sur la qualité et l'efficacité des services.

14. Le manque de données de qualité, récentes et ventilées représente un enjeu certain, entravant la planification, le suivi et l'établissement de budgets au profit des enfants, ainsi que les efforts de sensibilisation et de mobilisation. L'action de l'UNICEF sera axée sur le soutien des systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, notamment les enquêtes auprès des ménages, les études, les évaluations et les analyses des lacunes en vue de produire des données probantes et à jour pour étayer les décisions stratégiques et de programmation.

Priorités du programme et partenariats

15. Le gouvernement du Swaziland et l'équipe de pays des Nations Unies ont décidé d'un commun accord d'adopter l'initiative « Unis dans l'action » au Swaziland en 2014. Le programme de pays s'articulera autour des trois premiers piliers du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2016-2020. L'objectif général du programme consiste à soutenir les efforts nationaux visant à permettre aux enfants, aux adolescents et aux femmes de faire valoir leurs droits en réduisant progressivement les écarts et les inégalités. Pour atteindre cet objectif, le programme de pays aura recours à une combinaison de stratégies, notamment :

(a) *Le débat politique et les activités de plaidoyer* pour renforcer les cadres législatifs et les politiques, tout en mobilisant des ressources pour atteindre les résultats escomptés en faveur des enfants ;

(b) *Le renforcement des capacités* pour la mise en œuvre des politiques, la prestation de services de qualité et la création de demande pour les services ;

(c) *La production de données probantes*, comprenant la gestion des informations et l'élaboration de rapports pour garantir l'utilisation de ces données en vue d'améliorer les politiques, les programmes et la reddition de comptes ;

(d) *L'innovation, la coopération Sud-Sud et la communication pour le développement* viendront compléter d'autres stratégies et serviront à améliorer la responsabilité sociale concernant les droits de l'enfant, en donnant notamment aux communautés les moyens de demander les services dont elles ont besoin et en encourageant les comportements positifs.

16. Le programme de pays s'articulera autour de trois composantes : (a) la survie et le développement du jeune enfant ; (b) la protection, l'apprentissage et le développement des adolescents ; et (c) l'efficacité du programme. La planification relative au VIH sera au cœur de ce programme de pays. Par ailleurs, le principe d'équité sera mis en avant dans l'ensemble des interventions, pour que tous les enfants aient accès à des services inclusifs de qualité. La réduction des risques de catastrophes, notamment la préparation et les interventions face à de tels risques, sera intégrée dans chaque composante du programme.

Composante du programme 1 : survie et développement du jeune enfant

17. Cette composante visera à obtenir le résultat suivant : à l'horizon 2020, les filles et les garçons seront vaccinés, en bonne santé, enregistrés à la naissance et parés pour l'école. Le programme sera axé sur le renforcement des capacités nationales à fournir un ensemble de services essentiels, intégrés et à fort impact en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) intégrant le VIH, afin de garantir une croissance saine et le bon développement des enfants, en particulier durant les 1 000 premiers jours de leur vie.

18. Dans le domaine de la SMNI, le programme favorisera la consolidation d'un environnement propice à la résolution des problèmes majeurs, ce qui comprend notamment le suivi de la mise en œuvre des normes, l'adoption de bonnes pratiques en matière de santé et l'amélioration des activités de proximité pour les communautés difficiles à atteindre. Les principaux domaines d'intervention sont les suivants :

(a) Renforcer la fourniture de soins d'urgence néonataux et obstétricaux normalisés ;

(b) Travailler avec le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et ses partenaires pour soutenir le renforcement des capacités dans le domaine de la réduction des nouvelles infections à VIH chez les enfants et du maintien des mères en vie à travers une méthode complète à quatre volets, en veillant tout particulièrement à fournir un traitement antirétroviral à vie à toutes les femmes enceintes et mères allaitantes vivant avec le VIH. L'accent sera également mis sur les soins et le traitement pédiatriques du VIH, notamment pour combler les écarts existants entre les soins au niveau de la communauté et ceux fournis dans les établissements de santé ;

(c) Améliorer le taux de couverture vaccinale complète dans le cadre du Programme élargi de vaccination et renforcer la chaîne du froid, afin de préserver les acquis du pays en matière de réduction du taux d'incidence des maladies à prévention vaccinale chez les enfants ;

(d) Renforcer les interventions autour de la nutrition et celles centrées sur cette dernière, à l'intention des enfants et de leur mère, en coordination avec d'autres secteurs, en transposant à grande échelle l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » et les pratiques d'alimentation appropriées pour les nourrissons et les jeunes enfants ;

(e) Encourager les pratiques positives dans le secteur WASH ainsi que le modèle d'assainissement total piloté par la communauté en vue d'éliminer la défécation à l'air libre ;

(f) Renforcer les capacités du pays à mettre en œuvre et à assurer le suivi du Plan stratégique national sur les registres et statistiques de l'état civil (CRVS) pour la période 2016-2020, qui vise à améliorer l'accès et la qualité des services d'enregistrement des naissances dans le cadre du système global de CRVS.

19. Dans le domaine du DPE, le programme vise à accroître l'accès et la couverture des services intégrés qui répondent aux normes nationales, en particulier pour les enfants les plus vulnérables. Cela comprend le renforcement des capacités du gouvernement, des parents et des responsables des enfants à adopter des méthodes appropriées pour l'éducation du jeune enfant et la transmission des acquis dans un cadre d'apprentissage formel et informel, mais aussi l'examen de

l'ensemble des centres de développement de la petite enfance pour s'assurer qu'ils respectent les normes minimales en matière de sécurité, de soin, de nutrition et d'éveil, tout en intégrant l'éducation du jeune enfant et la préparation à la scolarité. Le programme veillera également à resserrer les liens entre les systèmes d'orientation du DPE et les services de santé et de protection de l'enfance. Il fournira en outre un soutien aux familles et aux personnes ayant des enfants à charge pour assurer un niveau de soin et d'éveil optimal pour les jeunes enfants.

20. Afin d'améliorer la production et l'utilisation de données factuelles et de renforcer la responsabilisation, le programme appuiera le renforcement des capacités du système d'information sanitaire (HMIS) à fournir des données ventilées en temps voulu. La composante du programme consacrée à la survie et au développement du jeune enfant s'inscrira dans le cadre des initiatives lancées au niveau mondial et régional, notamment celle intitulée « S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée », le plan d'action « Chaque nouveau-né », l'initiative « Renforcement de la nutrition » (SUN) et l'Alliance GAVI.

Composante du programme 2 : protection, apprentissage et développement des adolescents

21. Cette composante visera à obtenir le résultat suivant : d'ici la fin 2020, les adolescentes et les adolescents âgés de 10 à 19 ans bénéficieront d'une protection accrue face à la violence et auront accès à des services de santé de qualité ainsi qu'à l'enseignement secondaire. En vue d'atteindre ce résultat, l'accent sera mis sur l'augmentation des investissements, l'amélioration de la coordination nationale et la prestation de services adaptés aux adolescents, particulièrement dans le domaine de la protection face à la violence, de l'éducation et des acquis d'apprentissage de qualité, ainsi que dans celui de la prévention, de la prise en charge et du traitement du VIH.

22. Dans le cadre de la campagne mondiale de l'UNICEF « Mettre fin à la violence envers les enfants », le programme favorisera la consolidation d'un environnement propice à la prévention de la violence à l'égard des enfants et des adolescents, en se concentrant sur les capacités nationales à légiférer, planifier et établir des budgets pour élargir les interventions visant à prévenir et à lutter contre la violence, la maltraitance, l'exploitation et la négligence à l'égard des enfants. La priorité sera accordée à la mise en œuvre de la loi sur la protection et le bien-être de l'enfant et à la sensibilisation à son égard. La mobilisation en faveur de l'adoption de la loi sur les infractions sexuelles et la violence domestique et de son exécution ultérieure fera également l'objet de mesures spécifiques. Des directives nationales portant sur les mécanismes de protection de l'enfance seront élaborées et mises en œuvre. Elles établiront notamment des normes minimales applicables aux structures d'accueil (résidentielles) pour les enfants, des mécanismes d'orientation et une prise en charge des enfants victimes de violences. Par ailleurs, le programme renforcera les capacités à détecter, consigner et signaler les cas de violations des droits de l'enfant, tout comme les capacités à fournir des soins appropriés à tous les groupes vulnérables. Au vu de la faible couverture et de la piètre qualité des services de prévention et d'intervention existants pour lutter contre la violence à l'égard des enfants, le programme visera particulièrement à faire des écoles des lieux sûrs et protecteurs pour les enfants à travers la mise en œuvre de l'initiative « Écoles amies des enfants ». Le programme encouragera par ailleurs l'extension du

modèle du centre de services intégrés dans l'ensemble du pays et dans tous les grands hôpitaux, tout en mettant à l'essai et en élargissant des interventions de prévention efficaces au niveau de la communauté. Il promouvra de plus la mise en place d'un numéro vert d'assistance téléphonique pour les enfants afin de recenser les cas de violence et de maltraitance, mais aussi d'orienter les enfants et les adolescents de manière efficace.

23. Dans le domaine de l'enseignement et de l'apprentissage de qualité, le programme veillera à combler les lacunes existantes dans les services destinés aux adolescents, tout en favorisant le développement, la protection et l'esprit de citoyenneté des adolescents. Afin de faciliter le passage d'une classe à la suivante en temps voulu et d'encourager la poursuite des études, le programme favorisera l'amélioration des acquis et des capacités des enseignants à mettre en œuvre des méthodes pédagogiques adaptées aux besoins des enfants. L'UNICEF continuera à plaider en faveur de la gratuité de l'enseignement élémentaire en vue d'accroître le taux de scolarisation dans le premier cycle du secondaire. Afin de renforcer l'élaboration de programmes, la planification et la budgétisation reposant sur des données factuelles dans le secteur, l'UNICEF soutiendra le système d'information sur les établissements d'enseignement en vue d'obtenir des données d'actualité. L'organisation réalisera par ailleurs des études pertinentes pour mieux comprendre les facteurs qui favorisent l'abandon scolaire et pour encourager l'inclusion.

24. En ce qui concerne la prévention, la prise en charge et le traitement du VIH, le programme cherchera à encourager le changement de comportements chez les adolescents en intégrant l'éducation sur le VIH et le sida dans les programmes scolaires du primaire et du secondaire. Ainsi, il lancera dans les établissements du secondaire un programme complet d'éducation sexuelle et de sensibilisation au VIH, récemment mis au point, tout en encourageant les méthodes qui visent à favoriser l'acquisition par les élèves de compétences pratiques et à recourir au sport pour le développement des jeunes. Un soutien sera assuré pour élargir l'accessibilité des services de dépistage et de conseil en matière de VIH destinés aux adolescents, en mettant l'accent sur la prévention, la prise en charge et le traitement de l'infection. Ce volet du programme s'inscrit dans le cadre des initiatives mondiales de prévention du VIH et de la violence, notamment celle intitulée « ALL IN! #End Adolescent AIDS ».

Composante du programme 3 : efficacité du programme

25. Cette composante soutient l'exécution du programme et la gestion axée sur les résultats. Elle se décline en quatre volets : la planification et la production de données factuelles ; le suivi et l'évaluation ; la protection sociale ; ainsi que la communication, le plaidoyer, la mobilisation des ressources et les partenariats stratégiques. Le présent programme sera mis en œuvre dans les domaines stratégiques énoncés ci-après.

26. La planification et la production de données factuelles, le suivi et l'évaluation étayeront le programme de pays en permettant le suivi des résultats et le ciblage des programmes de sorte à en faire bénéficier les enfants les plus exclus et défavorisés. En outre, la réalisation d'études et la production de données factuelles centrées sur les enfants viendront étayer les décisions stratégiques. Le programme renforcera

par ailleurs les capacités nationales de production de données d'actualité, de qualité et ventilées selon une approche sexospécifique.

27. Dans le domaine de la protection sociale, l'UNICEF plaidera en faveur de programmes publics de protection sociale correctement ciblés et axés sur l'équité, pour que les enfants et les adolescents vulnérables puissent tous bénéficier de services de qualité. Toujours dans ce domaine, l'accent sera mis sur le renforcement des capacités nationales et infranationales à exécuter des programmes de protection sociale efficaces et axés sur le VIH, en resserrant les liens entre les secteurs clés comme ceux de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfance. Ces efforts se traduiront par un programme national de protection sociale entièrement financé en faveur des enfants les plus vulnérables.

28. Dans le domaine de la communication, du plaidoyer, de la mobilisation des ressources et des partenariats stratégiques, l'UNICEF veillera à entretenir de tels partenariats pour renforcer la dynamique en faveur des droits de l'enfant au Swaziland. De nouvelles alliances stratégiques seront conclues avec le secteur privé et le secteur des partenaires humanitaires en faveur du développement et de l'innovation dans certains domaines spécifiques du programme. La priorité sera toujours donnée à la coopération avec d'autres pays à revenu intermédiaire de la région pour créer et échanger des connaissances et des ressources, mobiliser des fonds et obtenir davantage de soutien.

Tableau récapitulatif du budget

<i>Composante du programme</i>	<i>(En milliers de dollars des États-Unis)</i>		
	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<i>Total</i>
Survie et développement du jeune enfant	2 500	7 000	9 500
Protection, apprentissage et développement des adolescents	3 000	5 000	8 000
Efficacité du programme	575	1 700	2 275
Total	6 075	13 700	19 775

Coordination du programme et gestion des risques

29. Le présent descriptif de programme de pays met en exergue les contributions de l'UNICEF aux résultats nationaux. Il permet de rendre compte au Conseil d'administration. La responsabilité des dirigeants aux niveaux du pays, de la région et du siège vis-à-vis des programmes de pays est inscrite dans le programme de l'organisation et les politiques et procédures opérationnelles.

30. Le programme de pays sera coordonné conformément aux dispositions du PNUAD et mis en œuvre en partenariat avec le gouvernement du Swaziland, sous l'égide du Ministère de la planification et du développement économique, en collaboration avec des organismes semi-publics, des instituts de recherche et des universités.

31. L'UNICEF réalisera le suivi des résultats par le biais de plans de gestion annuels, de plans de travail de section, ainsi que d'examens internes annuels et d'examens par les pairs avec l'aide des partenaires d'exécution afin d'évaluer les principaux risques stratégiques, programmatiques, opérationnels et financiers, mais aussi de définir des mesures appropriées de contrôle et d'atténuation des risques. L'UNICEF continuera à contrôler l'efficacité des mécanismes de gouvernance et de gestion, l'intendance des ressources financières et la gestion des ressources humaines. La gestion du cadre opérationnel harmonisé pour la remise d'espèces sera renforcée de sorte à atténuer les risques lors de la mise en œuvre du programme.

32. Le Swaziland ayant adopté volontairement la démarche « Unis dans l'action », la stratégie relative aux activités de gestion sera mise en œuvre pour harmoniser et réduire les coûts d'exploitation. Les organismes des Nations Unies continueront à partager des locaux et certains services en commun, tandis que le contrôle de la sécurité sera assuré par le Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies.

Suivi et évaluation

33. Les progrès réalisés pour atteindre les résultats escomptés seront suivis à l'aide des indicateurs présentés dans le cadre de résultats et de ressources (voir annexe), d'après le PNUAD pour la période 2016-2020, le Plan stratégique de l'UNICEF 2014-2017 et les indicateurs de gestion régionaux pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe. L'UNICEF travaillera en partenariat avec l'Institut national de la statistique et les autres institutions nationales concernées pour effectuer un suivi efficace des progrès accomplis vers les objectifs nationaux et internationaux, ainsi que pour détecter les éventuelles lacunes à l'aide de données pertinentes et d'actualité.

34. L'UNICEF œuvrera également aux côtés de ses partenaires pour renforcer les capacités des mécanismes nationaux de suivi et d'évaluation à utiliser des données à des fins de suivi des résultats, en institutionnalisant le concept de gestion axée sur les résultats. L'accent sera mis sur l'amélioration du suivi de l'exécution du programme, ainsi que sur la création de mécanismes de rétroaction appelés à contribuer au renforcement des systèmes grâce à la généralisation du système de suivi des résultats pour l'équité (MoRES) de l'UNICEF.

35. En coopération avec le gouvernement, l'UNICEF entreprendra un examen du programme de pays à mi-parcours et en fin de programme pour évaluer son impact. La réalisation régulière d'études, de recherches et d'enquêtes sur des enjeux clés sera une priorité dans le cadre du programme de pays. Des recherches plus approfondies seront menées si besoin est pour fournir une analyse plus détaillée des enjeux particulièrement importants.

Annexe

Cadre de résultats et de ressources

Programme de coopération entre le gouvernement du Royaume du Swaziland et l'UNICEF, 2016-2020

Articles de la Convention relative aux droits de l'enfant : tous Priorités nationales : (objectifs du Millénaire pour le développement pertinents, autres objectifs internationalement reconnus, et/ou objectifs nationaux) : ensemble des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de développement durable liés à l'enfance. Priorités nationales : Programme d'action du gouvernement du royaume 2013-2018 : « Vision 2022 » ; Stratégie et plan d'action pour la réduction de la pauvreté (PRSAP) ; Stratégie nationale de développement du Swaziland (NDS) ; Cadre stratégique national étendu sur le VIH (eNSF).
Résultats attendus du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) impliquant l'UNICEF : Indicateurs de résultats permettant de mesurer les changements auxquels a contribué l'UNICEF (indicateurs de résultats du PNUAD) D'ici 2020, amélioration des possibilités d'emploi, de création de revenus et de moyens d'existence durables chez les jeunes, les femmes et les groupes vulnérables. - Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance. <i>Données de référence (2014) : 26 % Cible : 20 %</i> D'ici 2020, amélioration de l'accès des enfants et des adolescents à une éducation inclusive de qualité et augmentation du taux de fréquentation scolaire. - Pourcentage d'enfants âgés de 36 à 59 mois bénéficiant actuellement d'un programme de développement et d'apprentissage axé sur la petite enfance. <i>Données de référence (2014) : 30 % Cible : 65 %</i> - Premier cycle de l'enseignement secondaire (taux net de scolarisation). <i>Données de référence (2012) : 27 % (filles, 30 % ; garçons, 22 %) Cible : 80 %</i> - Taux de persévérance à la fin de l'école primaire. <i>Données de référence (2012) : 76,4 % (filles, 78,3 % ; garçons, 73,7 %) Cible : 90 %</i> - Taux de redoublement à l'école primaire et dans le premier cycle du secondaire. <i>Données de référence (2012) : 15,5 % (filles, 13,3 % ; garçons, 17,7 %) Cible : 9,5 % (filles, 9,25 % ; garçons 9,25 % ; filles, 8,5 % ; garçons, 9,5 %)</i> D'ici 2020, amélioration de l'accès aux services de santé et de nutrition par les familles et les communautés. - Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre les maladies infantiles. <i>Données de référence (2014) : 75 % Cible : 95 %</i> - Proportion de grossesses suivies par le biais d'une consultation prénatale au premier trimestre. <i>Données de référence (2007) : 26 % Cible : 50 %</i> - Proportion de mères et de leurs nourrissons bénéficiant de soins postnatals dans les six semaines qui suivent l'accouchement. <i>Mère, données de référence (2014) : 87 % Cible : 95 %</i>

- Pourcentage de nourrissons âgés de 0 à 6 mois nourris exclusivement au sein.
Données de référence (2014) : -64 % Cible : 80 %
- Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant des aliments complémentaires selon les normes minimales acceptables.
Données de référence (2014) : 81 % Cible : 90 %
- Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre.
Données de référence (2014) : 10,7 % Cible : <1 %

D'ici 2020, réduction des comportements sexuels à risque chez les jeunes et utilisation accrue des services de prévention et de traitement du VIH.

- Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans déclarant avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel.
Données de référence (2010) : filles, 43 % ; garçons, 49 % Cible : filles, 65 % ; garçons, 70 %
- Pourcentage d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH et actuellement sous traitement antirétroviral.
Données de référence (2013) : 49,9 % Cible : 90 %
- Taux de transmission verticale du VIH à 18 mois.
Données de référence (2013) : 11 % Cible : <5 %
- Taux de grossesse chez les adolescentes.
Données de référence (2007) : 25 % Cible : 7 %

Résultats associés au plan stratégique de l'UNICEF (tirés du plan stratégique 2014-2017) :

- **Santé** : utilisation améliorée et équitable d'interventions sanitaires à fort impact pour les mères, les nouveau-nés et les enfants depuis la grossesse jusqu'à l'adolescence et promotion de comportements sains.
- **VIH et sida** : utilisation améliorée et équitable des interventions éprouvées de prévention et de traitement du VIH chez les enfants, les femmes enceintes et les adolescents.
- **Eau, assainissement et hygiène** : utilisation améliorée et équitable de l'eau potable sans risque pour la santé, d'installations sanitaires et d'environnements sains, et recours à des pratiques d'hygiène améliorées.
- **Nutrition** : utilisation améliorée et équitable du soutien nutritionnel et amélioration de la nutrition et des pratiques de soins.
- **Éducation** : accès amélioré et équitable à une éducation de qualité et sans exclusive, suivie jusqu'au bout, en insistant sur l'amélioration des résultats scolaires.
- **Protection de l'enfance** : prévention améliorée et équitable de la violence, de la maltraitance et de l'exploitation à l'égard des enfants et mesures plus appropriées pour y faire face.
- **Inclusion sociale** : efficacité accrue des politiques et des systèmes en faveur des enfants défavorisés et exclus grâce à l'amélioration des connaissances et des données.

Résultats de l'UNICEF	Principaux indicateurs de progrès, données de référence (DR) et cibles (C)	Moyens de vérification	Produits indicatifs du programme de pays	Partenaires principaux, cadres de partenariat	Ressources indicatives par résultat du programme de pays (en milliers de dollars US)		
					RO	AR	Total
1. SURVIE ET DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT							
D'ici 2020, les filles et les garçons seront vaccinés, en bonne santé, enregistrés à la naissance et parés pour l'école.	Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois entièrement vaccinés. DR (2014) : 75 % C : 90 % Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 6 mois nourris exclusivement au sein. DR (2014) : 64 % C : 80 % Pourcentage d'enfants âgés de 6 à 23 mois recevant des aliments complémentaires selon les normes minimales acceptables. DR (2014) : 62 % C : 80 % Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre. DR (2010) : 15 % C : <1 %	Enquêtes auprès des ménages [enquête démographique et de santé (EDS) et enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS)] Études de secteur Budget national	Produit 1. Amélioration de la législation, des politiques, des plans stratégiques et des budgets appropriés pour la santé maternelle, néonatale et infantile, le développement de la petite enfance et la nutrition Produit 2. Renforcement des capacités des principales institutions gouvernementales à fournir des services de qualité en matière de santé, de lutte contre le VIH, de nutrition, d'éducation et d'enregistrement à la naissance Produit 3. Renforcement des capacités des parents et des personnes ayant des enfants à charge à assurer des activités de développement de la petite enfance de qualité et	Gouvernement Ministère de la santé, cabinet du vice-premier ministre, Ministère de l'intérieur, Ministère de l'éducation et de la formation, Ministère de la planification et du développement économiques Nations Unies ONUSIDA OMS UNFPA UNESCO Autres Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida (PEPFAR),	2 500	7 000	9 500

	Enfants nés de mères vivant avec le VIH ayant contracté le virus par transmission verticale, à 18 mois DR (2013) : 11 % C : <5 % Taux d'enregistrement à la naissance DR (2014) : 54 % C : 80 % Pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans atteignant les stades de croissance et de développement attendus (indice de développement de la petite enfance)* DR (2014) : 65 % C (2020) : 80 % Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant au moins deux types de jouets avec lesquels jouer : DR : 67 % C : 89 % <i>[* L'indice de développement de la petite enfance (DPE) est calculé sur la base du pourcentage d'enfants qui présentent un développement normal dans</i>		intégrées (éveil, apprentissage, sécurité, soins et nutrition) Produit 4. Amélioration des capacités des systèmes d'information sanitaire et des systèmes d'information sur la gestion des établissements d'enseignement (HMIS/EMIS) à fournir des informations ventilées en temps voulu	Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, organisations de la société civile (OSC), associations religieuses, organisations non gouvernementales (ONG), milieu universitaire, médias, associations professionnelles, instituts de formation, partenaires du développement Cadres de partenariat <i>S'engager pour la survie de l'enfant : une promesse renouvelée,</i> Renforcement de la nutrition (SUN), <i>Toutes les femmes, tous les enfants,</i> y compris le Plan d'action <i>Chaque nouveau-né,</i> Alliance GAVI Programme de l'Union africaine			
--	---	--	--	---	--	--	--

	<i>au moins trois des quatre domaines suivants : lecture/écriture et calcul ; physique ; social/émotionnel et relatif à l'apprentissage.]</i>			pour l'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits et d'établissement des statistiques de l'état civil			
--	---	--	--	---	--	--	--

2. PROTECTION, APPRENTISSAGE ET DÉVELOPPEMENT DES ADOLESCENTS

D'ici 2020, les adolescentes et les adolescents âgés de 10 à 19 ans bénéficieront d'une protection accrue face à la violence et auront accès à des services de santé de qualité ainsi qu'à l'enseignement secondaire.	Pourcentage de filles âgées de moins de 18 ans victimes de violences sexuelles. DR (2010) : 33 % C : 15 % Pourcentage d'adolescents âgés de 15 à 19 ans ayant fait le test du dépistage du VIH. DR (2010) : 57 % C : 90 % Nombre d'adolescents vivant avec le VIH qui ont débuté un traitement antirétroviral. DR (2013) : 2 000 C : 15 000 Pourcentage d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui ont eu des rapports sexuels	Enquêtes auprès des ménages (EDS et MICS) Études de secteur	Produit 1. Renforcement des capacités du gouvernement à légiférer, planifier et établir des budgets pour mettre en œuvre des interventions visant à prévenir et à lutter contre la violence, maltraitance, l'exploitation et la négligence à l'égard des enfants Produit 2. Renforcement des capacités du gouvernement et de la société civile à détecter et à signaler les cas de maltraitance des enfants, ainsi qu'à les prendre en charge de manière appropriée, en particulier au sein des groupes vulnérables Produit 3. Amélioration des environnements sûrs et protecteurs à l'école	Gouvernement Ministère de la santé, cabinet du vice-premier ministre, Ministère de la justice et des affaires constitutionnelles, Ministère de l'éducation et de la formation, Ministère de la planification et du développement économiques, Force de police royale du Swaziland Nations Unies ONUSIDA OMS UNFPA UNESCO	3 000	5 000	8 000
---	---	--	--	--	-------	-------	-------

	avec un partenaire non cohabitant au cours des 12 derniers mois et déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport. DR (2010) : 66 % C : 86 % Pourcentage d'adolescents (filles et garçons) âgés de 15 à 19 ans ayant des connaissances complètes sur le VIH. Filles : DR (2010) : 56 % C : 80 % Garçons : DR (2010) : 52 % C : 75 % Pourcentage d'enfants en âge de suivre un enseignement secondaire qui ne sont pas scolarisés. DR : à déterminer* C : 5 % (*Une enquête doit être réalisée cette année pour définir les données de référence)		Produit 4. Amélioration du taux d'achèvement d'études de qualité chez les adolescents Produit 5. Renforcement des interventions visant à favoriser l'acquisition par les adolescents de compétences pratiques en vue d'éviter les grossesses chez les adolescentes. Produit 6. Renforcement des services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH destinés aux adolescents. Produit 7. Renforcement des capacités des établissements d'enseignement primaire et secondaire à fournir aux élèves des connaissances complètes sur le VIH et le sida. Produit 8. Amélioration des perceptions, des attitudes et des connaissances sur les principales normes sociales préjudiciables.	Autres PEPFAR, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, OSC, associations religieuses, ONG, milieu universitaire, médias, associations professionnelles, instituts de formation, partenaires du développement Cadres de partenariat Cadre stratégique national étendu pour le VIH et le sida du gouvernement du Swaziland, initiative <i>All In!</i> to #EndAdolescentAIDS, initiative <i>DREAMS</i>, campagne <i>Mettre fin à la violence envers les enfants</i> (#EndViolence)			
--	---	--	--	---	--	--	--

3. EFFICACITÉ DU PROGRAMME

D'ici 2020, la production de données factuelles sera améliorée et le plaidoyer en faveur des décisions stratégiques fondées sur des données factuelles sera renforcé.	Pourcentage des recommandations issues des évaluations effectivement mises en œuvre. Pourcentage du PIB consacré à la protection sociale. DR : 2,2 % C : 3,5 %	Rapports de l'Institut national de la statistique Budget national	Produit 1. Disponibilité de données ventilées de qualité et tenant compte des sexospécificités pour étayer les décisions fondées sur des données factuelles Produit 2. Renforcement des capacités nationales à mettre en place un cadre stratégique et un plan d'action en matière de protection sociale intégrant le VIH et les besoins des enfants	Gouvernement Cabinet du vice-premier ministre, Ministère de l'intérieur, Ministère de l'éducation et de la formation, Institut national de la statistique, Ministère de la planification et du développement économiques Nations Unies PNUD PAM UNFPA Autre Union européenne, Banque mondiale, OSC, associations religieuses, ONG, milieu universitaire, médias, associations professionnelles. instituts de formation, partenaires du développement	600	1 700	2 300
Total des ressources					6 100	13 700	19 800