



Conseil économique et  
social

Distr.  
LIMITÉE

E/ICEF/1996/P/L.8/Add.1  
22 juillet 1996  
FRANÇAIS  
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE  
Conseil d'administration  
Troisième session ordinaire de 1996  
16-19 septembre 1996  
Point 3 de l'ordre du jour provisoire\*

POUR SUITE A DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS\*\*

Zambie

Additif

RESUME

Le présent additif à la note de pays présentée par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire, en janvier 1996, contient la recommandation finale concernant le programme de pays qui sera soumise à l'approbation du Conseil.

Il contient une recommandation concernant le financement du programme de la Zambie, dont le niveau annuel de planification est égal ou inférieur à un million de dollars. La Directrice générale recommande au Conseil d'administration d'approuver un montant de 10 250 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles, et un montant de 47 500 000 dollars à prélever sur les fonds supplémentaires sous réserve du versement des contributions à des fins spéciales, pour la période allant de 1997 à 2001.

\* E/ICEF/1996/18.

\*\* La note de pays initiale ne contenait que des chiffres indicatifs pour la coopération au programme prévue. Les chiffres figurant dans le présent additif sont définitifs et tiennent compte des soldes non engagés au titre de la coopération au programme à la fin de 1995. Ils seront indiqués dans l'état récapitulatif des engagements recommandés en 1996 pour les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources et à l'aide de fonds supplémentaires (E/ICEF/1996/P/L.43/Add.2).

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES .....	3
COOPERATION AU PROGRAMME, 1991-1996 .....	4
COOPERATION RECOMMANDEE AU PROGRAMME, 1997-2001 .....	8

Liste des tableaux

1. Données de base sur les enfants et les femmes .....	15
2. Dépenses durant la période de coopération précédente, 1991-1996 ...	18
3. Dépenses annuelles prévues .....	19
4. Liens entre le budget-programme et les dépenses de personnel .....	20

## LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Depuis la fin des années 70, la Zambie s'est heurtée à des difficultés économiques accrues. Alors que l'emploi et les revenus diminuaient et que les réformes économiques se poursuivaient, plus de 50 % des ménages vivaient à la limite de la pauvreté et n'étaient pas à même de se procurer un régime alimentaire adéquate. Les taux de morbidité et de mortalité ont augmenté, et un enfant sur deux souffre de malnutrition. En outre, les compressions budgétaires du secteur social ont provoqué une détérioration à la fois de la portée et de la qualité des services de santé, d'éducation, d'approvisionnement en eau et autres services essentiels.

2. Les tendances à la baisse de la mortalité infantile ont été renversées. Entre 1980 et 1982, le taux de mortalité infantile a augmenté, passant de 80 à 113 pour 1 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 150 à 202 pour 1 000 naissances vivantes. Avec la hausse des taux d'infection par le VIH, on s'attend à ce que ces chiffres passent de 20 à 45 %, respectivement, d'ici à 2000.

3. Environ 42 % des décès infantiles ont lieu durant le premier mois de la vie et sont en grande partie dus à une naissance prématurée; et, à partir de l'âge d'un mois, les enfants zambiens souffrent de taux d'infections respiratoires, de maladies diarrhéiques et de paludisme très élevés, qui sont responsables de près d'un tiers des décès infantiles.

4. La malnutrition est largement répandue. Environ 12 % des enfants sont nés avec une insuffisance pondérale, 40 % des enfants souffrent d'hypotrophie nutritionnelle, 20 à 30 % des hospitalisations sont dues à la malnutrition, et environ la moitié des décès infantiles et juvéniles sont imputables à un mauvais état nutritionnel. L'arrêt de la croissance commence vers l'âge de trois mois, et est étroitement lié à l'introduction prématurée d'aliments autres que le lait maternel, à des carences dans le régime de sevrage et à des maladies constantes, particulièrement la diarrhée. Les carences en oligo-éléments sont également prévalentes. Environ 25 à 50 % des enfants souffrent de carences en vitamine A, 46 à 82 % des enfants d'âge scolaire de carences en iode et 34 % des femmes et 15 % des enfants de moins de 14 ans sont anémiques.

5. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est très élevé et est en hausse. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'UNICEF estime que le TMM est de 940 pour 100 000 naissances vivantes. Les principales causes de la mortalité maternelle sont l'anémie, les maladies transmissibles sexuellement (y compris l'infection par le VIH), la toxémie, l'hypertension, le paludisme et les complications dues à la grossesse et à l'accouchement.

6. Le problème que représente le VIH/SIDA s'accroît rapidement et affecte tous les ménages zambiens. Des enquêtes récentes indiquent que l'occurrence du VIH est de 15 à 37 % parmi les adultes dans les zones urbaines et de 7 à 15 % dans les zones rurales. En 1994, on a estimé qu'environ 700 000 Zambiens étaient infectés, et le nombre des nouvelles infections s'accroît de 400 à 500 cas par jour. Environ 50 000 enfants sont infectés par le VIH et on estime que 75 % de tous les cas de SIDA pédiatriques sont dus à la transmission périnatale. En 1993, de 40 000 à 50 000 personnes sont mortes du SIDA, et on s'attend à ce que le nombre de décès associés au SIDA double d'ici à la fin de 1998. En

conséquence, le nombre d'orphelins du SIDA augmente rapidement, passant d'environ 80 000 cas en 1991 à 600 000 cas prévus pour l'an 2000. On estime qu'à l'heure actuelle, plus de 70 000 enfants se procurent leurs maigres moyens d'existence dans les rues.

7. Les taux bruts de scolarisation primaire sont tombés de 96 % en 1985 à 77 % en 1992; le recensement de 1990 montre que seulement 56 % des enfants entre 7 et 13 ans fréquentent l'école; et les inégalités entre les zones rurales et urbaines (44/77 % fréquentant l'école) et régionales sont en hausse. Bien que 83 % des enfants inscrits achèvent leur éducation primaire, la qualité de l'éducation est faible, et moins de 30 % poursuivent des études secondaires. Reflétant ces tendances, les taux d'analphabétisme restent à un niveau élevé inacceptable. Plus de 1,3 million d'adultes zambiens sont analphabètes (33 %), la grande majorité d'entre eux étant les pauvres, ceux vivant dans les régions rurales et les femmes. Le manque d'enseignants qualifiés et les mauvaises conditions dans lesquelles ils travaillent, le manque de matériel d'enseignement et d'apprentissage, le manque de fournitures scolaires et le mauvais état des écoles compromettent l'accès à l'éducation primaire ainsi que sa qualité et sa pertinence.

8. Bien que les prévisions varient, les informations disponibles indiquent que l'accès à un approvisionnement en eau protégé dans les régions rurales et péri-urbaines est de l'ordre de 25 et 60 % respectivement; qu'environ la moitié de tous les systèmes d'approvisionnement en eau ne fonctionnent pas en raison de pannes et d'un entretien défectueux; et que l'accès à l'assainissement varie entre 40 et 50 % dans les zones rurales et péri-urbaines.

9. La pauvreté est de toute évidence la principale cause de la faible survie et de la croissance insuffisante des enfants zambiens. Il ressort d'une étude récente que 68 % des Zambiens sont pauvres et que 55 % des ménages peuvent être classés dans la catégorie des "plus pauvres des pauvres" car ils ne sont pas à même de se procurer un régime nutritionnel adéquat même s'ils dépensent la totalité de leurs revenus en alimentation. Dans ce contexte, les enfants les plus vulnérables sont ceux des ménages dirigés par un enfant, les enfants des rues, ceux des ménages affectés par le VIH/SIDA, ceux des ménages dirigés par une femme et ayant un taux de dépendance élevé, et les enfants vivant dans les zones rurales isolées et les zones péri-urbaines surpeuplées.

10. Depuis 1991, le gouvernement a entrepris de mettre en oeuvre un programme de réforme économique et d'ajustement structurel rigoureux. Cependant, les stratégies de lutte contre la pauvreté n'ont pas été incorporées dans ce processus d'ajustement. En conséquence, un nombre accru de ménages souffriront des conséquences de cet ajustement, et leurs capacités limitées d'ajustement à ces changements aura un effet encore plus négatif sur le bien-être des femmes et des enfants.

#### COOPERATION AU PROGRAMME, 1991-1996

11. Lors de sa session de 1991, le Conseil d'administration a approuvé le programme de pays de la Zambie couvrant la période 1991-1995 (E/ICEF/1991/P/L.4). Cependant, l'exécution du programme a été retardée par l'activité politique déployée à la fin de 1991. Le Conseil a donc approuvé un programme de transition couvrant la période 1994-1996 (E/ICEF/1994/P/L.19), qui

devait également permettre à l'UNICEF de synchroniser son cycle de programmation avec ceux du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

12. Au cours de la période 1991-1996, des politiques et stratégies relatives à la santé, à la nutrition, à l'éducation et à l'approvisionnement en eau ont été élaborées dans le secteur social; la Convention relative aux droits de l'enfant a été ratifiée en décembre 1991; et le Programme d'action national pour l'enfant de la Zambie a été approuvé en août 1994.

13. Avec l'approbation, en 1992, de la politique de réforme sanitaire, une attention prioritaire a été accordée au renforcement des capacités des districts à planifier et à gérer les programmes de soins de santé primaires et à accroître la qualité et l'impact de leurs activités sur la santé publique. En conséquence, le taux de vaccination des enfants a remonté et s'est maintenu à plus de 85 %; et le taux très élevé d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie buccale (99 % en 1995) a été maintenu. Cependant, bien que les possibilités de traiter la diarrhée se soient améliorées, l'occurrence de cette dernière s'est accrue par suite de l'accroissement de la pauvreté, d'un accès insuffisant à des approvisionnements en eau salubre et de mauvaises pratiques d'assainissement et d'hygiène.

14. Des progrès satisfaisants ont été réalisés en ce qui concerne la promotion de la santé sexuelle et reproductive des femmes, à Lusaka, grâce à un projet pilote, mis au point en commun par l'UNICEF et l'OMS, centré sur la prévention et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes. A la fin de 1995, les visites prénatales avant 16 semaines de grossesse étaient passées de 9 % (1993) à 13 %, et près de 90 % de toutes les femmes séropositives et 66 % de leurs partenaires recevaient un traitement. Les résultats négatifs des grossesses de femmes syphilitiques ont été réduits d'au moins deux tiers, passant à 28,3 %. Sur la base de cette expérience, le projet a été étendu à quatre autres zones urbaines.

15. Dans le domaine de la nutrition, l'UNICEF a fourni un appui à la Commission nationale de l'alimentation et de la nutrition pour l'aider à mettre au point une politique nationale de la nutrition et à intégrer ces questions dans les plans sanitaires des districts. A la fin de 1995, plus de 90 % de tout le sel consommé était suffisamment iodisé; les taux d'administration de suppléments de vitamine A pour le groupe des enfants de moins de 5 ans étaient passés à 94 %; et 40 hôpitaux et services de maternités étaient officiellement déclarés "amis des bébés".

16. L'UNICEF a également appuyé la réforme et la décentralisation des services de santé de la Zambie. L'UNICEF a fourni un appui technique dans le but d'assurer un accès universel à un paquet essentiel de services de santé; a aidé à définir le "paquet essentiel" de services de santé; a appuyé la formation d'équipes sanitaires de district et de province; a fourni des dons en espèces à des districts sélectionnés; et a travaillé en collaboration avec le Ministère du développement communautaire afin d'élaborer des mécanismes visant à couvrir les coûts des soins de santé des pauvres.

17. Afin de satisfaire les besoins d'un nombre accru d'enfants vivant dans des circonstances difficiles, l'UNICEF a fourni un appui à la recherche sur les

enfants des rues; à l'élaboration d'un programme de formation aux connaissances nécessaires à la survie; et à l'établissement du Réseau à l'intention des enfants dans le besoin afin de fournir un appui à la mise en place de réseaux et au renforcement des capacités des organisations non gouvernementales (ONG) s'occupant des enfants.

18. Une nouvelle politique nationale a été formulée afin de promouvoir l'éducation pour tous; des matériels d'enseignement et d'apprentissage ont été élaborés et distribués; le programme d'enseignement primaire a été révisé et l'éducation sanitaire y a été incorporée en tant que matière principale; du matériel d'information sur le VIH/SIDA a été largement distribué et un certain nombre d'enseignants ont été formés à l'orientation en matière de VIH/SIDA; un appui a été fourni à des programmes de formation des enseignants; et des méthodes de mesure des résultats ont été élaborées. Une attention accrue a été apportée à l'identification et la promotion des interventions ayant accru avec succès l'inscription des filles dans les écoles primaires, leur progression et leurs résultats.

19. L'UNICEF, en collaboration avec un certain nombre de groupes confessionnels et d'ONG, a fourni un appui au nombre accru d'écoles communautaires dispensant une éducation non formelle à toutes les catégories de jeunes ne fréquentant pas l'école; cet appui consistait notamment à élaborer un tronc commun, produire du matériel d'enseignement et d'apprentissage et organiser des cours de formation à l'intention des enseignants non formés des écoles communautaires. Face à l'épidémie du VIH/SIDA, l'UNICEF a apporté un appui à plus d'une douzaine d'ONG qui mettaient en place une variété de programmes d'éducation par les pairs et de programmes de formation à la vie active afin de promouvoir la sensibilisation au VIH et les connaissances nécessaires à l'auto-assistance et à la survie.

20. Dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, l'UNICEF, en coopération avec l'Agence norvégienne de coopération pour le développement, a fourni un appui à la création du Service de gestion et de surveillance des communautés, qui a entrepris un inventaire national des points d'eau; a élaboré une politique sur la standardisation des pompes à main; a mis au point les directives relatives à la création de comités de districts et communautaires chargés de l'alimentation en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire; et mis en oeuvre des programmes visant à aider les communautés à élaborer leurs propres plans d'alimentation en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire. L'UNICEF a apporté un appui à l'exécution de cinq projets communautaires d'alimentation en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire dans cinq provinces affectées par la sécheresse. Afin de souligner l'importance que revêt le renforcement des capacités des districts et des communautés, il a été créé 20 comités de districts et 250 comités communautaires chargés de l'alimentation en eau, de l'assainissement et de l'éducation sanitaire; environ 450 personnes chargées de l'entretien des points d'eau communautaires ont reçu une formation; et plus de 2 000 points d'eau ont été construits ou remis en état.

21. Afin d'améliorer la base de données relative la situation des enfants et des femmes et de promouvoir l'utilisation et l'analyse de ces informations pour améliorer la planification et la prise de décision, l'UNICEF a fourni un appui à la création du Système d'information alimentaire, sanitaire et nutritionnelle; à la réalisation d'une enquête sur les dépenses et les revenus des ménages; et à

une enquête sur les progrès accomplis dans la poursuite des objectifs fixés pour le milieu de la décennie. En outre, il a été fourni un appui à une recherche opérationnelle et à la création d'un centre de documentation sur les questions relatives aux enfants, aux femmes et au développement en Zambie.

22. Dans le cadre du projet de survie et de développement de l'enfant fondé sur la communauté, les ménages pauvres de la Province de Luapula ont reçu une assistance en matière de production alimentaire; et des communautés ont bénéficié d'une assistance en vue de rénover des centres de santé, des écoles primaires et des réseaux d'approvisionnement en eau en milieu rural.

23. Lors des situations d'urgence causées par les sécheresses de 1992/1993 et 1994/1995, l'assistance de l'UNICEF a porté sur les approvisionnements, la formation, la surveillance et la fourniture de dons en espèces pour la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la promotion nutritionnelle et l'administration de suppléments de vitamine A. Quelque 2 000 points d'eau ont été construits ou remis en état et un système de surveillance de la sécheresse a été mis en place.

#### Leçons retenues

24. Il convient de noter que le progrès économique et social a été entravé par de graves contraintes en raison du déclin économique prolongé et des sécheresses successives; du coût et des répercussions de la dette nationale et du service de cette dette; des lourdes tâches qui ont fortement taxé la capacité du gouvernement qui était déjà limitée; des perturbations qui accompagnent les changements politiques; et des difficultés rencontrées dans l'introduction d'une réforme démocratique et institutionnelle.

25. L'expérience a fait ressortir la nécessité d'élargir l'accès aux services essentiels; de renforcer les capacités du gouvernement dans le domaine de la planification, de la gestion et du suivi des services essentiels; de développer un partenariat plus étendu et plus efficace avec les ONG, les églises, les groupes civils et le secteur privé; de renforcer la capacité des communautés de faire valoir leurs droits au développement et de gérer et de contribuer à leur propre développement; de renforcer les stratégies de communication afin d'améliorer les connaissances et les aptitudes des individus, des familles, des communautés et des prestataires de services; et d'assurer que, vu les graves contraintes financières, les services et les capacités sont adéquats, d'un coût abordable et durables.

26. Lors de son étude des leçons retenues, l'examen à moyen terme a recommandé un recours accru à la Convention relative aux droits de l'enfant et au plan national d'action comme directives des politiques et de l'action dans le domaine du développement; un plus large appui aux réformes en matière de santé et d'éducation; une attention accrue aux besoins des populations en situation désespérée; une plus grande attention à l'impact et aux conséquences du VIH/SIDA; une utilisation plus efficace des stratégies de communication afin d'accélérer les modifications dans les comportements; l'élaboration de stratégies de financement plus abordables et durables; une plus grande attention au suivi du bien-être humain; et un intérêt accru en ce qui concerne les questions relatives aux différences entre les sexes et à la fillette.

27. Pour faire face à toutes ces tâches, l'UNICEF a été encouragé à entreprendre moins d'activités, mais de façon plus efficace; à améliorer l'intégration des projets; à s'éloigner de la fourniture d'intrants directs et à renforcer les capacités des institutions zambiennes à les fournir elles-mêmes; et à développer sa capacité d'anticiper les changements et de s'adapter plus rapidement aux besoins et aux possibilités qui surgissent.

COOPERATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1997-2001

Masse commune des ressources : 10 250 000 dollars

Fonds supplémentaires : 47 500 000 dollars

Coopération recommandée au programme a/

	<u>Masse commune des ressources</u>	<u>Fonds supplémentaires</u>	<u>Total</u>
Santé et nutrition	2 200	16 000	18 200
Education pour tous	1 400	10 000	11 400
Approvisionnement en eau, assainissement et éducation sanitaire	1 400	10 250	11 650
Plaidoyer, planification et action en faveur des femmes et des enfants	3 100	9 200	12 300
Appui au programme	<u>2 150</u>	<u>2 050</u>	<u>4 200</u>
Total	<u>10 250</u>	<u>47 500</u>	<u>57 750</u>

a/ La répartition des dépenses annuelles prévues figure au tableau 3.

Processus de l'élaboration du programme

28. Ce programme a été élaboré sous la direction de la Commission nationale de planification du développement et a bénéficié de contributions d'autres institutions des Nations Unies, d'institutions bilatérales et d'organisations non gouvernementales. Les cycles de programmation du PNUD, du FNUAP et de l'UNICEF ont été harmonisés et une analyse conjointe de la situation a été effectuée par le Gouvernement de la Zambie et les Nations Unies et une note de stratégie concernant le pays est en train d'être formulée. Des groupes de travail ont été créés afin d'élaborer le programme de pays qui a été approuvé par le Comité de la coordination des programmes (PCC). La formulation de la stratégie a également bénéficié de contributions d'un grand nombre de partenaires et des commentaires des membres du Conseil d'administration concernant la note de stratégie.

Objectifs et stratégies

29. L'objectif général du programme du pays est de renforcer les aptitudes de la Zambie à promouvoir des améliorations durables dans le domaine de la survie, du développement et de la protection des femmes et des enfants et d'appuyer la réalisation des objectifs nationaux.

30. Trois stratégies complémentaires seront suivies afin de réaliser les objectifs du programme. La première consiste à placer l'enfant et la femme au centre du programme de réforme et de développement de la Zambie. Les activités de plaidoyer seront renforcées afin de permettre une sensibilisation accrue aux problèmes et aux besoins des femmes et des enfants, ainsi qu'aux moyens d'y remédier. La Convention relative aux droits de l'enfant servira à établir des normes minimales convenues pour les enfants, et le Plan national d'action pour les enfants permettra de mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation des objectifs spécifiques concernant les enfants. La deuxième stratégie visera à protéger et à développer les ressources humaines de la Zambie, en fournissant un appui en vue de relever la qualité et la quantité des services sociaux essentiels. Une attention particulière sera accordée à la satisfaction des besoins particuliers des enfants vivant dans des circonstances difficiles, en améliorant la capacité d'ajustement des services aux besoins des adolescents, et en tenant compte des questions relatives aux différences entre les sexes, aux inégalités régionales et autres dans la prestation des services. La troisième stratégie tendra à renforcer les aptitudes des collectivités et des familles à protéger les enfants et à leur dispenser des soins. Les stratégies de renforcement des aptitudes des communautés seront renforcées par des activités visant à renforcer les liens entre les communautés et les prestataires de services; et des stratégies de communication seront élaborées afin d'améliorer les connaissances et les compétences pratiques des personnes responsables de la santé, de la croissance et du développement des enfants.

#### Santé et nutrition

31. Le programme santé et nutrition vise à promouvoir des progrès durables dans les domaines de la santé et de la nutrition des femmes et des enfants en renforçant la portée, la qualité et l'accès aux soins de santé primaires. Des activités seront entreprises afin de favoriser un appui politique informé et durable au processus de réforme; de promouvoir une sensibilisation du public aux objectifs de la réforme sanitaire et aux nouveaux rôles que devront jouer les individus, les familles et les communautés; d'encourager la collaboration dans le cadre des stratégies visant à promouvoir une meilleure santé; et d'améliorer la coopération entre le gouvernement, l'Eglise, les ONG et le secteur privé. Un appui sera fourni pour renforcer les capacités des équipes de gestion sanitaire des districts en matière d'élaboration, de gestion, de surveillance et d'évaluation dans le domaine de la santé.

32. Des activités seront entreprises pour lutter contre et mieux traiter les maladies infantiles ordinaires. Un appui sera fourni aux districts afin de maintenir un taux élevé de vaccination, d'éliminer la poliomyélite, et d'élaborer et mettre en place des activités de lutte contre le paludisme et de traitement des malades; et il sera mené des campagnes de communication afin d'assurer que 60 % des personnes fournissant les soins sont capables de traiter la toux, la fièvre et la diarrhée au foyer. L'UNICEF, en collaboration avec l'OMS et l'Agency for International Development des Etats-Unis, fournira un appui à la formation du personnel clinique au traitement intégré des maladies infantiles afin de réduire de 80 % le taux de cas mortels de rougeole, de fièvre/paludisme et de diarrhée et de 50 % celui des infections respiratoires et de malnutrition. Des activités seront entreprises en vue d'améliorer la qualité et la pertinence de la surveillance de la croissance; de maintenir le taux élevé d'administration de suppléments de vitamine A; d'examiner la possibilité de

réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant grâce à l'administration de suppléments de vitamine A durant la grossesse; et d'élaborer des stratégies visant à satisfaire les besoins en traitements spéciaux des enfants infectés par le VIH.

33. Afin de lutter contre la faible croissance des enfants de moins de 18 mois, un accent particulier sera placé sur la promotion de l'allaitement exclusif, l'amélioration des pratiques d'alimentation des jeunes enfants, et un meilleur traitement et une convalescence plus appropriée des enfants malades, et la sensibilisation aux besoins nutritionnels des femmes enceintes et des femmes qui allaitent. Une attention particulière sera apportée à l'élimination des carences en vitamine A et en iode et à la réduction de 50 % de l'anémie nutritionnelle des femmes enceintes et des enfants. Les stratégies existantes d'administration de suppléments de vitamine A et de fer/acide folique seront renforcées, l'iodisation du sel sera surveillée et on explorera les possibilités de fortifier en oligo-éléments les aliments le plus communément consommés.

34. Les activités concernant la santé des femmes viseront particulièrement à assurer que 90 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals au cours du premier trimestre de leur grossesse et 90 % des femmes enceintes soient examinées en vue de dépister la syphilis et, le cas échéant, reçoivent un traitement; à accroître la proportion des services d'orientation fournissant des soins obstétriques de bonne qualité; et doubler la proportion des mères recevant des soins après l'accouchement, la faisant passer à 30 %.

35. Des liens entre les services de santé et la collectivité seront créés et les capacités des communautés seront renforcées afin d'identifier, d'analyser et de traiter la cause des maladies, de la mort et de la malnutrition des jeunes enfants et des femmes. Des activités seront entreprises afin d'améliorer l'accès à l'information relative à une bonne santé et comment promouvoir celle-ci; de renforcer les compétences des personnes fournissant des soins aux enfants pour qu'elles puissent reconnaître et traiter les maladies infantiles; et de fournir un appui aux initiatives communautaires de développement sanitaire.

36. Les systèmes de suivi seront renforcés afin de mesurer l'impact qu'auront les plans de district sur la santé et d'évaluer le travail accompli par les prestataires de services et les communautés. Pour ce qui est de l'égalité et de l'accès, il sera fourni un appui en vue de poursuivre les travaux concernant la réforme budgétaire; de sensibiliser les communautés à leur droit à la santé, à leurs rôles et à leurs responsabilités; de surveiller l'impact qu'ont les stratégies de financement sur l'utilisation des services; et d'élaborer des méthodes visant à assurer que les pauvres ont accès aux services de santé de base.

#### Education pour tous

37. Afin d'assurer que tous les enfants ont accès à une éducation primaire de qualité et d'offrir des possibilités d'apprentissage afin de permettre aux individus d'obtenir les compétences, connaissances et aptitudes nécessaires, l'UNICEF fournira un appui aux efforts visant à accroître les taux d'inscription brut et net de 90 et 70 %, respectivement; à améliorer les taux de progression; à assurer que 95 % de ceux qui abandonnent l'école ont reçu une alphabétisation et un degré d'aptitude en mathématiques fonctionnels et ont les compétences

nécessaires à la vie active; à atteindre la parité des sexes et l'égalité régionale en ce qui concerne les taux d'inscription et d'achèvement; à mettre en évidence les approches communautaires en matière d'éducation primaire pour tous les enfants, un accent particulier étant mis sur les filles; et à explorer les possibilités offertes par l'éducation à distance et l'éducation par les pairs afin de répondre aux besoins d'éducation des jeunes et des adolescents.

38. L'UNICEF encouragera et appuiera la formulation de politiques et d'approches qui visent à accroître la participation et le taux d'achèvement des études des filles; à élargir les possibilités d'apprentissage à l'intention des enfants d'âge scolaire ne fréquentant pas l'école (écoles communautaires); à explorer le potentiel offert par l'éducation non formelle et l'apprentissage à distance afin d'accroître les connaissances nécessaires à la survie et la sensibilisation au VIH/SIDA des enfants et des adolescents; et à appuyer la mise en place de mécanismes visant à assurer que les pauvres ont un accès adéquat à une éducation de qualité. L'apprentissage des connaissances nécessaires à la prévention du VIH dans les écoles sera complété par un appui aux programmes d'éducation non formelle par les pairs et l'utilisation de la radio, la télévision et les psychodrames.

39. Afin d'améliorer la qualité et la pertinence de l'éducation primaire, des recherches seront entreprises en vue d'identifier les conditions de base nécessaires à un apprentissage efficace. L'UNICEF travaillera avec le gouvernement afin d'élaborer et de définir un paquet essentiel; organiser des campagnes en vue d'obtenir un soutien des donateurs et des ONG; appuyer l'orientation et la formation des enseignants et la formulation de méthodes pédagogiques innovatrices; élaborer et produire des matériels d'apprentissage; formuler des méthodes d'évaluation des résultats scolaires; et fournir une orientation aux directeurs d'écoles en matière de gestion de base des écoles et de relations communautaires.

40. La priorité sera accordée au développement et à l'expansion du Programme pour la promotion de l'éducation des filles. Ce programme, qui a débuté en 1994, avec l'appui de l'Agence canadienne de développement international, fournit un appui au personnel des provinces et des districts, aux directeurs d'école et aux enseignants, aux dirigeants communautaires et aux parents pour les aider à définir, exécuter et évaluer les mesures visant à accroître l'inscription fillettes et maintenir leurs taux de progression et d'achèvement de leurs études. L'expérience recueillie dans 20 écoles des provinces de l'Est et de Lusaka servira de base aux politiques nationales, et ce soutien sera étendu dans les deux provinces afin d'accroître la proportion de districts, écoles et communautés mettant en oeuvre ce programme.

#### Approvisionnement en eau, assainissement et éducation sanitaire

41. Le programme d'alimentation en eau, d'assainissement et d'éducation sanitaire vise à réduire les taux de morbidité et de mortalité liés aux maladies causées par des conditions insuffisantes d'alimentation en eau, d'assainissement et d'hygiène; et à réduire le temps et l'énergie consacrés, en particulier par les femmes et les jeunes filles, à la collecte de l'eau. Dans le contexte de la politique nationale d'alimentation en eau, le Service de gestion et de surveillance des communautés recevra un appui afin de fournir une politique et des orientations opérationnelles appropriées et durables en matière de

planification, de gestion et d'évaluation de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Un financement limité, des pompes à main, des fournitures et un appui technique seront fournis aux ONG et aux autorités des districts pour l'exécution de projets visant à accroître ou à protéger l'alimentation en eau des communautés et à mettre en oeuvre des stratégies complémentaires d'éducation en matière d'assainissement et d'hygiène. Quelque 60 000 familles bénéficieront de nouveaux points d'eau ou de points d'eau remis en état, d'une capacité renforcée d'entretenir leurs points d'eau, et de conseils pratiques concernant l'assainissement et l'hygiène. La priorité sera accordée aux zones les plus susceptibles à la sécheresse et au choléra, aux zones ayant un faible accès à des approvisionnements en eau potable, et aux écoles, cliniques et lieux publics.

#### Plaidoyer, planification et action en faveur des femmes et des enfants

42. Le programme a pour but d'accroître la sensibilité et l'attachement aux droits des enfants et des femmes. Des communications, des méthodes participatoires et des approches fondées sur la communauté et visant à mobiliser l'action en faveur du respect des droits des femmes et des enfants seront élaborées et encouragées; et les capacités permettant de formuler des politiques et des programmes qui améliorent le bien-être des pauvres et tiennent compte des droits et des besoins des femmes et des enfants seront renforcées.

43. Donnant la priorité au principe des "enfants d'abord" dans le plan de développement de la Zambie est une condition essentielle à l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants et à la mise en place d'une base pour la pleine application des droits de l'enfant. Par exemple, les lois zambiennes relatives à l'enfant seront révisées afin d'assurer qu'elles reflètent les dispositions des deux Conventions et de la Constitution; des lois seront codifiées; un projet de loi relatif à l'enfant sera formulé; et le système judiciaire, la police et les organisations d'éducation civique recevront une orientation en vue de ces changements. Les mécanismes d'exécution et de notification des violations des droits, ainsi que les services de conseils et services juridiques en faveur des femmes et des enfants seront renforcés.

44. Des activités de plaidoyer seront entreprises en vue d'incorporer les questions touchant les enfants dans les plans de développement et des systèmes seront mis en place pour évaluer dans quelle mesure il est tenu compte de ces questions. Les activités tendront à accroître l'engagement des décideurs; à créer et à renforcer les partenariats entre les acteurs clés; à promouvoir la participation communautaire et les liens entre les services et les collectivités; et à améliorer les connaissances, les attitudes et les pratiques, ainsi que les compétences pratiques des prestataires de services, des parents et autres personnes responsables de la santé et du développement des enfants. Une assistance technique et une formation seront fournies afin de renforcer les capacités du personnel de contrepartie de formuler, exécuter et évaluer les stratégies de communication et de mobilisation sociale.

45. L'UNICEF fournira une assistance au gouvernement et aux ONG afin de formuler des politiques et des systèmes de suivi de l'exécution d'un plan d'action qui réponde aux besoins d'une population d'enfants dans le besoin en rapide expansion, par exemple les orphelins et les enfants vivant seuls. Un appui sera également fourni afin d'élaborer des méthodes et de développer les

capacités des ONG d'aider les communautés à identifier les enfants dans le besoin, ainsi que les stratégies fondées sur les communautés appropriées nécessaires à la satisfaction de leurs besoins. L'UNICEF continuera de fournir un appui au secrétariat de Children in Need en mettant en place des réseaux et en renforçant les capacités des organisations s'occupant des enfants.

46. Afin de renforcer les capacités d'évaluation de la vulnérabilité, du progrès de la poursuite des objectifs concernant les enfants et du développement des ressources humaines, l'UNICEF a) renforcera, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), la capacité du Système d'information alimentaire, sanitaire et nutritionnelle de mesurer l'impact des politiques, programmes et changements climatiques, particulièrement sur les ménages ruraux et péri-urbains pauvres; b) oeuvrera en vue d'assurer que le programme d'enquêtes nationales contient des modules d'évaluation des progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs concernant les enfants, qui sont appropriés et viables; et c) aidera à élaborer et entretenir une base de données sur les indicateurs du développement humain et sur la situation des femmes et des enfants. L'UNICEF appuiera la recherche et l'analyse des politiques concernant les questions relatives aux femmes et aux enfants, ainsi que la publication et la diffusion des résultats; et encouragera les débats publics sur les conséquences possibles et les options politiques.

#### Appui au programme

47. L'appui au programme renforcera les capacités de l'UNICEF et de ses partenaires de planifier, coordonner, suivre et évaluer les projets recevant une assistance de l'UNICEF; il visera à transmettre une image positive et encourager un appui aux activités de plaidoyer de l'UNICEF et à son programme de travail; et fournir de manière efficace et en temps utile des fournitures, un soutien logistique, un financement et le personnel et l'appui opérationnel nécessaires à l'exécution des programmes. L'UNICEF fera appel aux donateurs bilatéraux et multilatéraux et aux Comités nationaux pour l'UNICEF afin d'obtenir des fonds supplémentaires, et explorera la possibilité de réaliser d'autres conversions de la dette et d'utiliser des fonds gouvernementaux de contrepartie.

#### Coordination avec les autres institutions

48. L'UNICEF et les autres institutions des Nations Unies, institutions bilatérales et ONG entretiennent de bonnes relations qui devraient se développer davantage à l'avenir dans le cadre du nouveau programme. Dans le cadre du système des Nations Unies, les cycles de programmation ont été harmonisés et les priorités d'une action coordonnée ont été définies. L'exécution du programme bénéficiera également d'une collaboration étroite continue avec le PNUD, la FAO, l'OMS, le FNUAP, le Programme alimentaire mondial et le Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Tout en continuant d'appuyer plus particulièrement les réformes en matière de santé, de récentes consultations entre la Banque mondiale et l'UNICEF ont fait ressortir l'intérêt porté à une collaboration plus étroite dans les domaines de la nutrition, de l'éducation primaire (écoles communautaires), de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement rural, et de la surveillance de la pauvreté. L'UNICEF collaborera avec l'Agency for International Development des Etats-Unis, l'Agence suédoise de développement international, l'Overseas Development Administration (ODA) du Royaume-Uni, l'Agence danoise pour le développement et le Gouvernement

des Pays-Bas dans le secteur de la santé; avec l'Agence canadienne de développement international, l'Overseas Development Administration et l'Agence suédoise de développement international dans le secteur de l'éducation; et avec l'Organisme norvégien de développement international, l'Agence allemande de coopération technique, l'Agence japonaise de coopération internationale et l'Agence canadienne de développement international, dans le domaine de l'approvisionnement en eau.

#### Suivi et évaluation

49. Les plans opérationnels du programme font une distinction entre les objectifs nationaux et les objectifs plus spécifiques recevant un appui de l'UNICEF. Des enquêtes seront entreprises afin de mesurer le degré de réalisation des objectifs nationaux, et les progrès du programme seront suivis grâce à des examens annuels/à moyen terme et des évaluations de projets sélectionnés et évaluations thématiques.

#### Gestion du programme

50. La coordination de l'ensemble du programme de pays est exécutée par la Commission nationale de planification du développement qui reçoit un appui du Gouvernement de la Zambie et du Comité de la coordination des programmes de l'UNICEF. Au niveau des provinces et des districts, l'assistance des donateurs est coordonnée par les Comités du développement et de la coordination des provinces et des districts. Des groupes de travail ont été créés dans chaque secteur afin de s'assurer qu'il existe des liens intersectoriels et une pleine participation à l'élaboration, à l'exécution et à l'évaluation des activités recevant un appui de l'UNICEF. Le cas échéant, les accords avec les autorités de district seront confirmés par des mémorandums d'accord et les relations de collaboration et d'appui entre l'UNICEF et les ONG feront l'objet d'accords formels.

TABLEAU 1. DONNEES DE BASE SUR LES ENFANTS ET LES FEMMES

<u>Zambie</u>	(1994 et années précédentes)	<u>Classification par pays de l'UNICEF</u>				
Taux de mortalité (jusqu'à 5 ans) :	203	(1994)	Groupe TMM5 : très élevé			
Taux de mortalité infantile :	114	(1994)	Groupe TMI : très élevé			
PNB par habitant :	350 dollars	(1994)	PNB : tranche inférieure			
Population totale :	9,2 millions	(1994)				
			1970	1980	1990	1994
Naissances	(milliers)		204	291	376	402
Mortalité infantile (jusqu'à un an)	(milliers)		22	26	41	46
Mortalité avant cinq ans	(milliers)		37	47	74	82
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)			180	160	197	203
Taux de mortalité infantile (jusqu'à un an) (pour 1 000 naissances vivantes)			108	91	110	114
			Vers 1980	Chiffres plus récents		
Enfants ayant un poids insuffisant (jusqu'à 5 ans) (%, poids par âge, 1972/1992)	modéré/grave grave		23 *	25		
Nourrissons dont le poids à la naissance est insuffisant (%, 1990)			6 *	6		
Enfants terminant leurs études primaires (%, 1985/1992)			..	13		
			86	76		
<b>NUTRITION</b>			Vers 1980	Chiffres plus récents		
Taux d'allaitement exclusif (<4 mois) (% , 1992)			..	13		
Taux d'allaitement complémentaire (6-9 mois) (% , 1992)			..	88		
Taux d'allaitement continu (20-23 mois) (% , 1992)			..	34		
Pourcentage des dénutritions (0-59 mois) (% , 1972/1992)			5 *	5		
Pourcentage du rachitisme (0-59 mois) (% , 1972/1992)			37 *	40		
Apport calorique quotidien par habitant (% des besoins, 1979-1981/1988-1990)			95	87		
Taux total de cas de goitre (1971)			51	..		
Dépenses par ménage (ensemble de l'alimentation/céréales) (% du revenu total, 1980 ou 1985)			../..	36/ 8		
<b>SANTE</b>			Vers 1980	Chiffres plus récents		
Taux d'utilisation des sels de réhydratation buccale (%, 1992)			..	64		
Accès aux services de santé	Total		75	..		
(% de la population, 1983)	milieu urbain/rural		100/ 50	.. / ..		
Accès à l'eau salubre	Total		47	50		
(% de la population, 1983/1991)	milieu urbain/rural		65 / 33	91 / 11		
Accès à un assainissement adéquat	Total		72	37		
(% de la population, 1983/1991)	milieu urbain/rural		100/ 48	75 / 12		
Accouchements avec l'assistance d'agents sanitaires qualifiés (% , 1992)			..	51		
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1990)			..	940		

TABLEAU 1. (suite)

Zambie

Immunisation		1981	1985	1990	1994	
Enfants d'un an vaccinés contre :	Tuberculose	72	..	97	100	
	Diphtérie/tétanos/coqueluche	44	..	79	85	
	Poliomyélite	77	..	78	88	
	Rougeole	21	..	76	88	
Femmes enceintes vaccinées contre :	Tétanos	..	..	68	42	
EDUCATION		Vers 1980		Chiffres plus récents		
Taux d'inscription, enseignement primaire (brut/net) (%, 1980/1988)	Total	90 / 77		96 / 81		
	Garçons	97 / 81		100 / 82		
	Filles	83 / 73		92 / 80		
Taux d'inscription, enseignement secondaire (brut/net) (%, 1980/1988)	Total	16 / ..		20 / 16		
	Garçons	22 / ..		25 / 19		
	Filles	11 / ..		14 / 12		
Taux d'alphabétisation des adultes, 15 ans et plus (%, 1980/1995)	Total	54		78		
	Hommes/femmes	65 / 43		86 / 71		
Nombre de postes de radio/télévision (pour 1 000 habitants, 1980/1995)		24 / 10		82 / 27		
DEMOGRAPHIE		1970	1980	1990	1994	2000
Population totale (millions)		4 189	5 738	8 150	9 196	10 754
De 0 à 15 ans (millions)		2 022	2 967	4 092	4 589	5 233
De 0 à 4 ans (millions)		796	1 142	1 564	1 698	1 866
Population urbaine (% du total)		30,2	39,8	42,0	42,5	44,7
Espérance de vie à la naissance (en années)	Total	46	50	50	48	46
	Hommes	45	49	50	47	46
	Femmes	48	52	51	49	47
Taux total de fécondité		6,8	7,1	6,2	5,8	5,3
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)		49	51	46	44	41
Taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants)		19	16	15	16	16
		Vers 1980		Chiffres plus récents		
Taux d'utilisation des contraceptifs (%, 1992)		..		15		
Taux annuel d'accroissement de la population (%, 1965-1980/1980-1994)	Totale	3,1		3,4		
	Urbaine	6,6		3,9		

TABLEAU 1. (suite)

Zambie

ECONOMIE		Vers 1980	Chiffres plus récents
Taux annuel de croissance du PNB par habitant (% , 1973-1985/1985-1994)		-2,6	-1,3
Taux d'inflation (% , 1980-1985/1985-1994)		15	92
Population vivant dans des conditions de pauvreté absolue (% , 1985)	milieu urbain/rural	25 / ..	.. / ..
Dépenses des ménages (part du revenu total) (% , 1976/1991)	(20 % des plus favorisés/40 % des moins favorisés)	61 / 11	50 / 15
Dépenses publiques (% des dépenses totales, 1983/1988)	Santé/éducation Défense	7 / 14 ..	7 / 9 ..
Dépenses des ménages (% du revenu total, 1980 ou 1985)	Santé/éducation	.. / ..	8 / 14
Aide publique au développement : (1980/1994)	En millions de dollars E.-U. En pourcentage du PNB	318 10	719 22
Service de la dette (% des exportations de biens et de services, 1980/1993)		18	20

\* Milieu rural seulement.

TABLEAU 2. DEPENSES DURANT LA PERIODE DE COOPERATION PRECEDENTE, 1991-1996 <sup>a/</sup>

PAYS : ZAMBIE

DATE DE LA DERNIERE APPROBATION DU CONSEIL : 1994

MASSE COMMUNE DES RESSOURCES : 11 600 500 dollars

(en milliers de dollars des Etats-Unis)

Domaine d'activité	Fourniture et matériel (dépenses effectives)		Subventions à la formation (dépenses effectives)		Personnel des projets (dépenses effectives)		Autres montants en espèces (dépenses effectives)		TOTAL					
	MC <u>b/</u>	FSD	MC <u>b/</u>	FSD	MC <u>b/</u>	FSD	MC <u>b/</u>	FSD	MC <u>b/</u>		FSD		Total (MC & FSD)	
									Dépenses effectives	Dépenses prévues <u>c/</u>	Dépenses effectives	Dépenses prévues <u>d/</u>		Dépenses effectives
Santé	2 074	4 862	398	1 149	880	955	1 294	2 049	4 645	5 446	9 015	13 485	13 661	18 931
Nutrition	53	0	0	0	0	0	0	0	53	0	0	0	53	0
Approvisionnement en eau et assainissement	0	285	0	91	0	457	0	674	0	0	1 506	3 000	1 506	3 000
Éducation	1 479	1 883	88	298	311	751	1 064	1 033	2 941	2 625	3 964	7 500	6 905	10 125
Organisation et développement communautaires	77	653	34	86	375	134	181	178	667	0	1 050	0	1 716	0
Développement du jeune enfant	13	0	30	0	8	0	9	0	60	0	0	0	60	0
Programme en faveur des femmes	40	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	40	0
Planification et statistiques sociales	236	0	21	0	950	0	925	-12	2 132	1 375	-12	0	2 121	1 375
Programme intégré de zone <u>e/</u>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 155	0	2 383	0	4 538
Situations d'urgence	103	2 336	0	279	0	170	54	2 070	157	0	4 885	0	5 042	0
TOTAL GENERAL	4 074	10 048	570	1 902	2 523	2 466	3 528	5 992	10 695	11 601	20 408	26 368	31 103	37 969

MC = Masse commune des ressources

FSD = Fonds supplémentaires disponibles

FSND = Fonds supplémentaires non disponibles

<sup>a/</sup> Les dépenses effectives comprennent les dépenses enregistrées au 31 décembre 1995.

<sup>b/</sup> Les dépenses effectives prélevées sur la masse commune des ressources comprennent les ventilations de fonds d'action générale.

<sup>c/</sup> Y compris un programme de transition sur trois ans (E/ICEF/1994/PL.19) et financement additionnel prélevé sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1996/PL.44).

<sup>d/</sup> Y compris un programme de transition sur trois ans (E/ICEF/1994/PL.19).

<sup>e/</sup> Les dépenses relatives au programme intégré de zone ont été ventilées dans les programmes sectoriels appropriés.

/ . . .

TABLEAU 3. DEPENSES ANNUELLES PREVUES

PAYS : ZAMBIE

CYCLE DE PROGRAMMATION : 1997-2001

(En milliers de dollars E.-U.)

		1997	1998	1999	2000	2001	Total
Santé et nutrition	MC	440	440	440	440	440	2 200
	FSD						
	FSN	3 200	3 200	3 200	3 200	3 200	16 000
	Total	3 640	3 640	3 640	3 640	3 640	18 200
Education pour tous	MC	280	280	280	280	280	1 400
	FSD						
	FSN	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
	Total	2 280	2 280	2 280	2 280	2 280	11 400
Approvisionnement en eau, assainissement/éducation sanitaire	MC	280	280	280	280	280	1 400
	FSD						
	FSN	2 050	2 050	2 050	2 050	2 050	10 250
	Total	2 330	2 330	2 330	2 330	2 330	11 650
Promotion du plan d'action en faveur des femmes et des enfants	MC	620	620	620	620	620	3 100
	FSD						
	FSN	1 840	1 840	1 840	1 840	1 840	9 200
	Total	2 460	2 460	2 460	2 460	2 460	12 300
Appui au programme de pays	MC	430	430	430	430	430	2 150
	FSD						
	FSN	410	410	410	410	410	2 050
	Total	840	840	840	840	840	4 200
Total	MC	2 050	2 050	2 050	2 050	2 050	10 250
	FSD						
	FSN	9 500	9 500	9 500	9 500	9 500	47 500
	Total	11 500	11 550	11 550	11 550	11 550	57 750

MC = Masse commune des ressources

FSD = Fonds supplémentaires disponibles

FSN = Fonds supplémentaires nouveaux

TABLEAU 4. LIENS ENTRE LE BUDGET-PROGRAMME ET LES DEPENSES DE PERSONNEL

PAYS : ZAMBIE  
PROGRAMME : 1997-2001

Domaine d'activité et source de financement	BUDGET-PROGRAMME (En milliers de dollars E.-U.)			POSTES a/							Nombre total de postes	DEPENSES DE PERSONNEL b/ (En milliers de dollars E.-U.)					
	MC	FSD	FSN	Total	D2/L7	D1/L6	P/L5	P/L4	P/L3	P/L2		Adm. inter.	Adm. mat.	Serv. gén.	Adm. inter.	Personnel local	Total
<b>MASSE COMMUNE DES RESSOURCES :</b>																	
Santé et nutrition	2 200			2 200	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	778,6	388,8	1 167,4
Éducation pour tous	1 400			1 400	0	0	0	1	0	0	1	1	2	1	961,8	390,7	1 352,5
Approvisionnement en eau, assainissement/ éducation sanitaire	1 400			1 400	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Plan d'action en faveur des femmes et des enfants	3 100			3 100	0	0	0	1	1	0	2	0	1	2	1 486,9	78,2	1 565,1
Appui au programme de pays	2 150			2 150	0	0	0	0	1	1	2	0	8	1 334,7	564,6	1 899,3	
Total, MC	10 250			10 250	0	0	0	3	2	1	6	2	13	4 562,0	1 422,3	5 984,3	
<b>FONDS SUPPLEMENTAIRES :</b>																	
Santé et nutrition		0	16 000	16 000	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	708,3	260,8	969,1
Éducation pour tous		0	10 000	10 000	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	708,3	64,6	772,9
Approvisionnement en eau, assainissement/ éducation sanitaire		0	10 250	10 250	0	0	0	1	1	0	2	1	2	5	1 558,8	350,1	1 908,9
Plan d'action en faveur des femmes et des enfants		0	9 200	9 200	0	0	0	0	1	0	1	0	2	3	708,3	228,9	937,2
Appui au programme de pays		0	2 050	2 050	0	0	0	0	0	0	0	1	7	8	0,0	655,2	655,2
Total, FS		0	47 500	47 500	0	0	0	1	4	0	5	3	13	21	3 683,7	1 559,6	5 243,3
Total MC & FS	10 250	0	47 500	57 750	0	0	0	4	6	1	11	5	26	42	8 245,7	2 981,9	11 227,6
<b>BUDGET D'ADMINISTRATION ET D'APPUI AU PROGRAMME</b>				1 462,0													
				Dépenses d'exploitation	0	0	1	1	1	0	3	2	11	16	2 334,8	1 216,2	3 551,0
				Effectifs	0	0	1	5	7	1	14	7	37	58	10 580,5	4 198,1	14 778,6
<b>TOTAL GENERAL (MC+FS+ADM)</b>																	
				Nombre de postes et dépenses de personnel :													
				- Cycle de programmation en cours							13	8	34	55			
				- A la fin du programme proposé (à titre indicatif seulement)							14	7	37	58	10 580,5	4 198,1	14 778,6

MC = Masse commune des ressources

FS = Fonds supplémentaires

FSD = Fonds supplémentaires disponibles

FSN = Fonds supplémentaires nouveaux

ADM = Administration

a/ Chaque poste, quelle que soit sa source de financement, appuie le programme de pays dans son ensemble.

b/ Non compris les postes temporaires et les heures supplémentaires; comprend les coûts des Volontaires des Nations Unies.