Nations Unies E/ICEF/2000/P/L.6

Conseil économique et social

Distr. limitée
4 novembre 1999
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Première session ordinaire de 2000
31 janvier-4 février 2000
Point 8 de l'ordre du jour provisoire*

Note de pays**

Ghana

Résumé

Le Directeur général présente ci-après le programme de coopération avec le Ghana pour la période 2001 à 2005.

La situation des enfants et des femmes

1. Le Ghana compte 19 millions d'habitants, dont 31 % vivent en dessous du seuil de la pauvreté. Le produit national brut est de 390 dollars par habitant. Ces 10 dernières années, l'économie a connu une croissance annuelle de 3 à 5 %, tandis que la population augmentait de 2,7 % par an. Le Ghana a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. L'adoption en 1998 du Projet de loi sur les enfants et du Projet d'amendement du Code pénal constitue un progrès important, qui confirme la volonté politique du Ghana et l'importance que le pays accorde à la défense des droits des enfants et à la mise en oeuvre des recommandations du Comité des droits de l'enfant.

2. Le taux de mortalité infantile (TMI) et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans (TMM5) ont régulièrement diminué et sont tombés, respectivement, de 82 et 132 pour 1 000 naissances vivantes en 1992 à 56 et 107 en 1998. Le Ghana se rapproche ainsi des objectifs qu'il s'est fixés pour la décennie, à savoir un TMI de 50 et un TMM5 de 100 pour 1 000 naissances vivantes. Les disparités régionales entre le nord et le sud du pays, dues en partie à la pauvreté et au manque de services, ou aux difficultés à y accéder, sont préoccupantes. Dans le nord du Ghana, le TMI est deux fois plus élevé que dans la région de la capitale et le TMM5 l'est trois fois plus. Le taux de mortalité maternelle, variant de 214 à 800 pour 100 000 naissances vivantes, reste élevé, particulièrement dans le nord. Les mutilations sexuelles féminines et les mariages précoces sont des pratiques courantes dans

* E/ICEF/2000/2.

** Un additif au présent rapport, qui contiendra la recommandation finale concernant le programme, sera soumis au Conseil d'administration pour approbation à sa deuxième session ordinaire de 2000.

99-33323 (F) 031299 281299

plusieurs régions. L'état nutritionnel des enfants ne s'est pas amélioré, 25 % des enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale. Le taux de couverture vaccinale n'a cessé d'augmenter, et en 1998, 67 % des enfants avaient reçu trois doses du vaccin associé antidiphtérique, anticoquelucheux et antitétanique. Le Gouvernement s'emploie très activement à éliminer la polio, les Journées de vaccination nationale atteignant un taux de couverture de 98 %. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la malnutrition et la rougeole restent les cinq maladies les plus meurtrières pour les enfants. Si 90 % des enfants de moins de 5 ans reçoivent des suppléments en vitamine A, 22 % seulement des ménages consomment du sel iodé. Les carences en fer constituent un grave problème, et 81 % des enfants d'âge préscolaire ont un faible taux d'hémoglobine. Le Ghana reste l'un des pays où l'incidence de la dracunculose est la plus élevée – on y recense de 4 000 à 9 000 cas par an depuis 1994. Le virus d'immunodéficience humaine (VIH) se propage de plus en plus rapidement et 4,6 % de la population était séropositive en juin 1999. Les femmes représentent 60 % des 29 546 cas de sida recensés avant 1998.

3. Entre 1990 et 1997, le taux brut de scolarisation dans le primaire a légèrement reculé, tombant de 79 à 76 %. Si les trois régions en tête du classement affichent un taux brut de scolarisation d'environ 90 %, ce tauxest inférieur à 60 % dans les trois régions du nord du Ghana. C'est également dans le nord que les disparités entre les sexes sont les plus marquées en matière de scolarisation et d'achèvement des études. En 1997, dans les écoles primaires publiques, la proportion d'élèves ayant obtenu aux tests standardisés des scores supérieurs au niveau requis n'était que de 6 % en anglais et de 3 % en mathématiques. Le recul de la scolarisation s'explique principalement par la pauvreté et les coûts directs et indirects de l'enseignement, ainsi que par les conflits ethniques qui ont eu lieu dans le nord en 1994 et 1995, et le fait que la population doute de plus en plus de l'utilité de l'enseignement formel pour accéder à l'emploi. La mauvaise qualité de l'enseignement est mise au compte de l'encadrement inadéquat des enseignants et de l'insuffisance du matériel dont disposent les enseignants et les élèves. Sous l'effet de l'urbanisation croissante et de la dislocation de la cellule familiale, les enfants sont plus nombreux à vivre dans les rues des centres urbains.

Enseignements tirés des programmes précédents

4. L'examen à mi-parcours effectué en 1998 a mis en relief la nécessité d'améliorer l'intégration de la planification et de la mise en oeuvre des différents programmes et d'accroître le rapport coût-efficacité des activités, en définissant des priorités plus précises. Le programme a donc été redéfini et a été axé sur les régions et les populations les plus démunies. À l'échelle nationale, le programme a contribué à maintenir la place importante accordée aux enfants lors de la formulation des politiques et à soutenir les réformes dans les domaines de la santé et de l'éducation grâce à des approches sectorielles. Les efforts de développement communautaire ont été renforcés dans deux régions du nord du Ghana, où les évaluations, les analyses et l'action participatives ont été encouragées dans 130 collectivités. Cette double approche a permis à l'UNICEF de contribuer efficacement à la formulation de politiques et à la définition de priorités au niveau national, tout en obtenant immédiatement des résultats pour les enfants et les femmes des collectivités démunies.

5. Grâce à l'apprentissage et à l'effort participatif – une méthode de recherche systématique associant les collectivités, les enseignants, les enfants et les responsables des districts à la définition, à l'analyse et à la solution des problèmes – le taux de scolarisation des garçons et des filles a atteint près de 100 % dans les 11 communautés bénéficiant du projet CHILDSCOPE (Child-School-Community Project). En 1998, les écoles du projet CHILDSCOPE ont obtenu en anglais et en mathématiques les meilleurs résultats de la circonscription scolaire. D'après une évaluation effectuée en 1998 par l'Agency for International Development des États-Unis et l'UNICEF, le projet CHILDSCOPE est un modèle efficace qui permet d'améliorer l'enseignement primaire en milieu rural, en donnant aux communautés des moyens d'action concrets.

Stratégie de programme proposée

6. L'orientation stratégique du programme de coopération pour la période 2001-2005 est axée sur la réalisation universelle des droits des enfants et des femmes. Elle s'inscrit dans le cadre des politiques nationales de développement (Ghana Vision 2020) et appuie les efforts déployés par le Gouvernement pour lutter contre la pauvreté. L'élaboration de la stratégie a été précédée par l'évaluation commune de pays et une analyse de la situation. En s'appuyant sur l'expérience acquise et les leçons apprises, elle réexamine les priorités et met en oeuvre des stratégies qui ont fait leurs preuves, afin de contribuer à la réalisation du programme d'action national et des objectifs du Sommet mondial pour les enfants. Le programme proposé met

pleinement à profit les améliorations du cadre d'action résultant des réformes et des approches sectorielles dans les domaines de la santé et de l'éducation, et s'inscrit dans le contexte du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. La stratégie du programme a été mise au point avec le concours du Gouvernement et d'autres partenaires de développement, notamment des organisations non gouvernementales (ONG).

7. Le programme de pays vise à contribuer à la réalisation des objectifs nationaux du Ghana, à savoir la survie, le développement, la participation et la protection des enfants et des femmes. Les objectifs d'ensemble, qui correspondent également aux priorités mondiales de l'UNICEF définies dans le cadre du plan à moyen-terme et du Programme mondial en faveur des enfants, consistent à : a) contribuer au bien-être maternel et aux soins prodigués aux enfants en bas âge en vue d'assurer leur survie, leur croissance et leur développement, afin qu'un plus grand nombre d'enfants atteignent l'âge de 6 ans en bonne santé physique et mentale, et en étant éveillés et en mesure d'apprendre; b) contribuer aux efforts sectoriels visant à assurer à tous les enfants un accès équitable à un enseignement élémentaire de qualité; et c) venir en aide aux enfants ayant besoin d'une protection spéciale, particulièrement aux adolescents vulnérables.

8. Pour être efficaces et viables, les projets et activités mis au point s'appuieront sur les trois principales stratégies du programme national – mobilisation, renforcement des capacités et prestation de services. La participation active à l'élaboration de politiques nationales se poursuivra grâce à l'appui apporté aux réformes sectorielles. On cherchera à améliorer l'intégration verticale en informant les dirigeants nationaux de l'expérience acquise et des enseignements tirés à l'occasion de la mise en oeuvre décentralisée, et en encourageant l'adoption généralisée des meilleures pratiques. La priorité sera donnée aux populations défavorisées du nord, dans le cadre du renforcement de l'approche de développement communautaire intégré. En outre, le programme s'adressera en priorité aux enfants «à risque», en mettant l'accent sur les adolescents. Les questions liées aux sexospécificités seront prises en compte dans tout le programme de pays, une importance particulière étant accordée aux activités visant à renforcer les moyens d'action des filles et des femmes. En s'appuyant sur la collaboration croissante résultant des approches sectorielles, du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et de la formation d'alliances thématiques, le programme renforcera les partenariats et les alliances. La prévention et la prise en charge du VIH/sida seront intégrées au programme, grâce notamment à l'élaboration de politiques et aux activités de mobilisation, aux interventions dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de l'enseignement mutuel des jeunes.

9. Le programme de pays comprendra cinq volets : défense et protection des droits; développement communautaire intégré; santé; nutrition; et éducation. Les deux premiers volets relèvent d'une approche intersectorielle, alors que les trois autres sont de nature sectorielle. Les cinq domaines prioritaires bénéficient d'une composante d'appui au programme, comprenant notamment des activités de mobilisation sociale et de plaidoyer de planification, de suivi et d'évaluation.

10. Les objectifs du volet *défense et protection des droits* sont les suivants : a) faire mieux connaître la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et en promouvoir l'application; et b) défendre la cause des enfants ayant besoin d'une protection spéciale et leur venir en aide. À l'échelle nationale, le programme servira de catalyseur en renforçant les partenariats en faveur de la défense et du respect des droits des enfants et des femmes. Il permettra de coordonner les activités menées en matière de plaidoyer, de recherches, d'amélioration de la collecte des données et de renforcement des capacités. Des services seront fournis à divers groupes d'enfants ayant besoin d'une protection spéciale, comme par exemple les enfants vivant et travaillant dans les rues, les enfants fortement exposés aux risques de maladies sexuellement transmissibles et du VIH/sida et les enfants subissant différentes formes d'exploitation et des pratiques traditionnelles néfastes.

11. Le volet *développement communautaire* intégré vise les objectifs suivants : a) renforcer la capacité de certaines collectivités à évaluer la situation des enfants, à analyser les causes des problèmes et à prendre les mesures qui s'imposent en vue d'améliorer la survie, le développement et la protection des enfants; b) renforcer la capacité des assemblées des districts ciblés, du personnel de vulgarisation et des ONG à évaluer, analyser, planifier, suivre et prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la survie, la protection et le développement de l'enfant; c) assurer la prestation de services de base auprès des collectivités ciblées.

12. La composante *santé* contribuera aux objectifs de santé nationaux, à savoir la réduction des taux de morbidité et de mortalité des nourrissons et des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle et le nombre d'enfants handicapés, en accordant une importance particulière à la promotion d'un programme de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant; la vaccination des

enfants; l'allaitement exclusivement naturel et à la santé maternelle; l'éradication de la dracunculose et de la polio; l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Elle appuiera également la mise en oeuvre d'un ensemble minimum de services de santé axés sur la collectivité, comprenant notamment des mesures de lutte contre le paludisme et de réduction de l'incidence des maladies liées à l'eau et aux excréments dans les districts ciblés. L'UNICEF apportera son soutien technique aux processus consultatifs des réformes du secteur de la santé, notamment à l'élaboration d'une stratégie à long terme dans le domaine de la santé et au suivi des résultats de la nouvelle approche sectorielle dans ce domaine.

13. La composante *nutrition* contribuera à : a) la réduction de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans et l'amélioration de la nutrition maternelle, en mettant l'accent sur certains districts du nord du pays, tout en jouant un rôle au niveau national en matière de plaidoyer; b) l'élimination quasi totale des troubles dus aux carences en iode et des carences en vitamine A, et la réduction des cas d'anémie ferriprive chez les enfants et les femmes enceintes; c) la sécurité alimentaire des ménages dans les collectivités ciblées, grâce à des partenariats avec des organisations communautaires, des ONG et d'autres partenaires de développement.

14. Dans le domaine de l'éducation, les objectifs sont les suivants : a) renforcer la capacité des pouvoirs publics de planifier, de mettre en oeuvre, de suivre et d'évaluer les activités sectorielles, en accordant une importance particulière à la prise en compte des sexospécificités, à l'élaboration des programmes scolaires, aux soins à apporter aux jeunes enfants afin d'assurer leur survie, leur croissance et leur développement, et à la participation de la collectivité dans le domaine de l'éducation; b) accroître les taux de scolarisation, de fréquentation des établissements scolaires et d'achèvement des études (particulièrement pour les filles) et améliorer la qualité de l'enseignement primaire dans les districts ciblés; c) établir et développer, pour ce qui est du développement du jeune enfant, des approches axées sur la famille ou la collectivité, assurant notamment la stimulation psychosociale et intellectuelle des enfants de moins de 8 ans dans les districts ciblés.

15. S'agissant de l'appui au programme, une stratégie de mobilisation des ressources sera définie plus précisément. Le bureau de pays renforcera des partenariats mis en place avec plusieurs bailleurs de fonds bilatéraux et Comités nationaux pour l'UNICEF, particulièrement dans le secteur de la santé, et établira des alliances thématiques visant à établir de nouveaux partenariats. Un plan de suivi et d'évaluation intégré sera élaboré, l'accent étant mis sur des études et des évaluations permettant d'améliorer la conception et l'exécution de projets. Les données et les éléments d'informations recueillis serviront également à accroître l'efficacité des activités de plaidoyer, de mobilisation sociale et de communication visant à faire évoluer les comportements, dans tous les programmes. Des équipes multisectorielles seront établies au sein du bureau national et correspondront aux volets intersectoriels suivants du programme : soins des jeunes enfants, afin d'assurer leur survie, leur croissance et leur développement; développement communautaire intégré; adolescents à risque et VIH/sida.

Budget estimatif du programme

Coopération prévue au titre du programme, 2001-2005[a]

(En milliers de dollars des États-Unis)

	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	**Total**
Défense et protection des droits	1 500	5 800	**7 300**
Développement communautaire intégré	1 300	1 500	**2 800**
Santé	5 000	25 100	**30 100**
Nutrition	1 700	4 000	**5 700**
Éducation	4 500	5 000	**9 500**
Appui au programme	3 165	1 435	**4 600**
Total	**17 165**	**42 835**	**60 000**

[a] Ces chiffres sont fournis à titre indicatif; ils pourront être modifiés une fois connues les données financières définitives.