Nations Unies E/ICEF/2009/P/L.2

Conseil économique et social

Distr. limitée
23 mars 2009
Français
Original : anglais

Pour suite à donner

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Session annuelle de 2009
8-10 juin 2009
Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire*

Projet de descriptif de programme de pays**

Botswana

Résumé

Le présent projet de descriptif de programme pour le Botswana est présenté au Conseil d'administration pour examen et observations. Le Conseil d'administration est invité à approuver le budget indicatif global pour la période 2010 à 2014, soit un montant de 3 750 000 dollars à imputer sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un montant de 15 millions de dollars à prélever sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales.

* E/ICEF/2009/8.

** Conformément à la décision 2006/19 du Conseil d'administration, le présent document sera révisé et affiché sur le site Internet de l'UNICEF, avec la matrice de résultats, six semaines au plus tard après l'examen du descriptif de programme de pays à la session annuelle du Conseil. Après révision, ce document sera présenté pour approbation au Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2009.

09-27744 (F) 150409 150409

Données de base[†] *(2007, sauf indication contraire)*	
Nombre d'enfants et d'adolescents (*de moins de 18 ans, en millions*)	0,8
Taux de mortalité des moins de 5 ans (*pour 1 000 naissances vivantes*)	40[a]
Insuffisance pondérale (*modérée et grave, en pourcentage, 2000*)	13
Taux de mortalité maternelle (*pour 100 000 naissances vivantes, 2005*)[b]	380[c]
Taux de scolarisation dans l'enseignement primaire (g*arçons et filles, pourcentage net, 2005*)	83/85
Élèves atteignant la dernière année de l'enseignement primaire (*en pourcentage, 2004*)	75
Utilisation de sources d'eau potable de meilleure qualité (*en pourcentage, 2006*)	96
Utilisation d'équipements sanitaires de meilleure qualité (*en pourcentage, 2006*)	47
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (*en pourcentage*)	23,9
Enfants qui travaillent (*mineurs de 5 à 14 ans, en pourcentage*)	…
RNB par habitant (*en dollars de États-Unis*)	5 840
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (*en pourcentage*)	97
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (*en pourcentage*)	90

[†] Des données nationales plus détaillées sur les enfants et les femmes sont disponibles sur le site http ://www.unicef.org.

[a] Selon les autorités du Botswana, on compte 76 naissances vivantes sur 1 000 (*Botswana Demographic Survey/Etude démographique du Botswana*, 2006).

[b] Estimation de 2005 OMS/UNICEF/FNUAP/Banque mondiale, corrigée pour tenir compte des lacunes et d'une classification erronée en matière de décès maternels. Pour de plus amples informations, consulter le site http ://www.childinfo.org/areas/maternalmortality/.

[c] L'Étude du Centre de statistiques de 2008 a estimé le taux de mortalité maternelle à 190 pour 100 000 naissances vivantes en 2004.

La situation des enfants et des femmes

1. Au Botswana, la situation des enfants et des femmes continue à s'améliorer; mais l'élément majeur qui entrave les progrès dans ce domaine est la pandémie du sida. Le Botswana est un pays à revenus moyens, où le taux d'accès à l'ensemble des services sociaux de base dépasse ou avoisine les 90 % : il s'agit, en l'occurrence, du taux de fréquentation de l'enseignement primaire, de l'accès aux équipements de santé, du taux de couverture des vaccinations et de l'accès à l'eau potable. L'Objectif du Millénaire pour le développement (OMD) concernant la parité hommes/femmes dans le secteur de l'éducation est d'ores et déjà atteint. Les systèmes judiciaire, de transports, de télécommunications, d'assurances, bancaire, de sécurité et commercial sont totalement opérationnels. Cependant, les taux de mortalité infantile ont connu une hausse spectaculaire de 1988 à 2006[1].

2. Le gouvernement assure un processus de planification rigoureux, et recueille traditionnellement ses données par le biais du recensement national, d'études démographiques et d'une Enquête fondée sur plusieurs types d'indicateurs – entre

[1] L'Étude démographique du Botswana de 2006 a estimé le taux de mortalité infantile à 51 pour 1 000 naissances vivantes (en 2005) – contre 37 pour 1 000 naissances vivantes en 1988.

autres éléments. Le Dixième Plan national de développement (PND10) a mis en lumière deux problèmes majeurs : la dépendance excessive de l'économie vis-à-vis du diamant – d'où la nécessité de diversifier l'économie –, et la très forte prédominance du sida, qui exige un renforcement de la prévention et des mesures visant à atténuer les effets de cette maladie. Si l'on note un taux relativement élevé de ressources financières par habitant et un environnement propice au développement économique et social, d'autres éléments sont nettement plus préoccupants – notamment les effets éventuels du changement climatique, le taux de chômage élevé chez les jeunes, l'inégalité entre les deux sexes, l'augmentation du taux de criminalité, la violence à l'égard des femmes, l'alcoolisme et, dans une moindre mesure, le travail des enfants.

3. En dépit d'une croissance économique importante depuis l'indépendance du pays, quelque 30 % de la population vivent encore dans la pauvreté si l'on se fonde sur les normes universelles de développement, et l'inégalité des revenus reste élevée selon les normes internationales – cette inégalité étant tangible à la fois entre zones urbaines et zones rurales, et à l'intérieur même de chacun de ces deux secteurs. D'après les données fournies par le recensement et les études sur les ménages, 58 % des familles sont monoparentales, l'absence des pères est fréquente, et quelque 2 % des foyers sont dirigés par les enfants.

4. Grâce à des investissements constants dans le secteur de la santé, 95 % des habitants vivent dans un rayon de huit kilomètres d'un centre de santé. Cependant, si, globalement, le taux d'accès aux services est élevé, les zones rurales les plus reculées bénéficient relativement peu des services en question et disposent de ressources moins importantes pour la population enfantine.

5. Si les taux d'accès aux services sont satisfaisants, on ne peut guère en dire autant de la qualité des services en question – ce qui a plutôt un effet négatif sur les pratiques des familles et des collectivités pour aider les enfants à vivre et à se développer, ainsi que pour les protéger et les faire participer à la vie collective. Pour prendre un exemple, si le taux de fréquentation des services prénatals est très élevé, la mortalité néonatale est également jugée relativement importante : 34 décès pour 1000 naissances vivantes (en 2004); cela indique que l'on a toutes les raisons de se préoccuper du soin et de l'alimentation des nouveaux-nés. À cet égard, le potentiel que peuvent offrir les aides à l'éducation sanitaire n'est pas totalement utilisé dans le cadre de la communication des programmes.

6. La cause majeure de la morbidité et de la mortalité infantiles est le sida. On estime à 58 % le pourcentage de morts d'enfants dus au VIH. Les études de contrôle indiquent (en 2006) que 32 % des femmes ayant recours aux services de soins prénatals sont atteintes du virus. Toutefois, une politique très audacieuse a permis de faire passer le taux de transmission du virus de la mère à l'enfant de 40 % en 1998 à 3 % en 2007. L'instauration, en 2006, de prélèvements de sang séché a permis d'améliorer le processus de dépistage des enfants exposés au VIH. Les traitements antirétroviraux pour enfants sont appliqués dans l'ensemble du pays, et l'on peut avoir accès à des soins spécialisés de haut niveau dans les deux villes principales du pays. Cependant, l'accès à cette thérapie antirétrovirale pour enfants et l'offre de services de qualité doivent encore se développer si l'on veut réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans lié au VIH. Par ailleurs, on ne dispose pas encore de données sur l'étendue de la tuberculose dans la population enfantine.

7. Parmi les autres causes de morbidité et de mortalité infantiles, on peut citer les infections respiratoires et la diarrhée. Malgré un taux de morbidité élevée dans ce domaine (38 % des enfants souffraient de graves infections respiratoires dans la période des deux semaines précédant l'Enquête fondée sur des indicateurs multiples, en 2000), 14 % seulement de ces enfants malades ont reçu des soins de la part d'un agent pertinent. La malnutrition est la deuxième cause de mortalité infantile. Chez les enfants de moins de 5 ans, le taux d'amaigrissement était d'environ 26 % en 1993, et le chiffre n'avait guère changé en 2000, puisqu'il était alors de 23 %. Globalement, 82 % de la population urbaine et 26 % de la population rurale ont accès à des équipements sanitaires de meilleure qualité. L'accès limité aux éléments sanitaires et une hygiène très peu développée ont été identifiés comme des facteurs ayant contribué au phénomène étendu de diarrhée constaté en 2006.

8. Le Botswana s'est engagé à éliminer la malaria d'ici à 2015. Cette maladie n'est endémique que dans cinq régions du nord du pays, qui représentent plus de 80 % des cas de malaria répertoriés dans le pays. L'étude de 2007 portant sur les indicateurs de malaria a révélé que, dans les régions touchées, 12 % seulement des enfants de moins de 5 ans et 9 % des femmes enceintes utilisaient, autour de leur lit, des moustiquaires traitées par insecticide - en vue de se protéger.

9. On considère que la prévention primaire est la priorité des priorités face au VIH et au sida. La présence du virus VIH se développe de manière très importante chez les 15-24 ans. Elle est respectivement de 9 % et de 3 % chez les filles et les garçons de 15 à 19 ans, et les chiffres respectifs sont de 27 % et de 10 % chez les 20-24 ans (Enquête sur l'impact du sida au Botswana, 2004). En dépit de campagnes de diverses natures, les adolescents et la jeunesse en général ne sont toujours pas correctement et globalement informés au sujet de cette maladie; ils ne bénéficient pas non plus de prestations de personnes compétentes ou de services appropriés. Une enquête relative aux sources d'information[2] sur le VIH et le sida a révélé que, pour les adolescents – c'est-à-dire les jeunes gens âgés de 10 à 18 ans –, les principaux agents d'information étaient les enseignants, devant la radio, la télévision et la presse écrite. En revanche, la communication au sujet du sida est très restreinte au sein des familles. Enfin, moins de 1 % des adolescents en question obtiennent des informations auprès des autorités ecclésiastiques, sur ce même sujet. Les facteurs de risque de contraction de la maladie sont multiples et peuvent se combiner : ce sont notamment les partenaires sexuels multiples, les rapports sexuels avec des personnes de tranches d'âge différentes, la limitation de la circoncision chez les garçons, ou encore une certaine irrégularité dans l'utilisation du préservatif; dans ce contexte, les filles courent, proportionnellement, des risques plus élevés d'infection par le VIH.

10. Quelque 15 % des enfants botswanais sont orphelins. La population enfantine est proportionnellement plus élevée dans les foyers les plus pauvres, et notamment dans les familles monoparentales rurales (dirigées par la mère). En dépit des mesures de sécurité de l'État, 34 % seulement des foyers comportant des orphelins et des enfants vulnérables reçoivent une aide extérieure, et 19 % seulement des

[2] *Rapid Baseline Assessment Survey of HIV and AIDS Prevention : Knowledge and Beliefs among Adolescents in Botswana* ("Enquête sommaire sur la prévention du VIH et du sida : faits et convictions concernant les adolescents du Botswana") (UNICEF, étude à paraître en 2009)

ménages se situant en dessous du seuil de pauvreté reçoivent une aide matérielle de l'État[3].

11. On considère qu'il y a une relation assez importante entre la violence à l'égard des femmes, l'abus d'alcool et le développement du sida; cependant, il n'y a guère eu – à ce jour - de recherches ou d'études susceptibles de confirmer cette thèse. La violence à l'égard d'un sexe en particulier peut prendre de nombreuses formes – notamment un harcèlement affectif et physique, le viol, et, plus récemment, les meurtres motivés par la passion amoureuse. En raison d'un certain tabou sur le sujet et d'un traitement inadéquat, par la police, des cas de viol, bon nombre de viols ne sont pas révélés au grand jour, ou, lorsqu'ils ont été effectivement signalés, peuvent être classés sans suite. La nouvelle loi de 2008, portant sur les violences domestiques, est venue compléter le code pénal en proposant aux victimes de ce type de violence des recours civils, permettant une protection accrue de la loi pendant la durée des procédures pénales et judiciaires.

12. La coordination entre les services de sécurité, de justice, de santé et de protection sociale est limitée, face aux besoins des enfants et des femmes victimes de violences et d'exploitation. De même, le système de protection sociale a une capacité relativement limitée à mettre en place un processus de suivi des personnes après leur premier contact et leur enregistrement auprès des services sociaux.

13. Le Botswana compte un nombre de réfugiés relativement restreint. À cet égard, les chiffres ont augmenté de manière spectaculaire en 2007-2008, en raison de l'arrivée de ressortissants du Zimbabwe. Ces derniers ont été, pour la plupart, installés dans le camp de réfugiés de Dukwe, et peuvent ainsi bénéficier non seulement d'un abri, mais aussi de nourriture, d'eau, de soins de santé, et de services d'hygiène et éducatifs. Les institutions de l'État sont bien préparées pour répondre à des inondations ou des sécheresses de caractère mineur; mais ces organismes publics sont beaucoup moins bien préparés à faire face à d'autres types de catastrophes potentielles.

14. Pour pouvoir assurer des stratégies de communication, le Botswana manque en fait d'études de population. Il y a eu, cependant, en 2006, une étude restreinte (sur la population adulte des zones urbaines et périurbaines[4] : d'après cette étude, 86 % de la population parlent le setswana en famille; 18 % seulement des Botswanais possèdent un poste de télévision, et 3 % seulement sont équipés d'un ordinateur; en revanche, 95 % d'entre eux ont un poste de radio. Cette étude a également indiqué qu'un peu plus de 50 % seulement des personnes interrogées allaient à l'église régulièrement. On manque également d'études sur l'engagement citoyen.

15. Le cadre politique et juridique de protection des enfants va être globalement renforcé par le projet de loi national sur les droits de l'enfant, qui sera examiné par le Parlement lors de sa première session de 2009. D'autre part, l'examen du projet de loi sur l'audiovisuel, au Parlement, et les débats qui ont eu lieu dans la presse écrite à ce sujet, ont fourni de nombreuses occasions de sensibiliser davantage l'opinion à cette question des droits de l'enfant. Le projet de loi sur les droits de l'enfant répondra aux principales recommandations du Comité sur les droits de

---

[3] *Social safety nets in Botswana,* Botswana Institute for Development Policy Analysis ("Mesures de protection sociale au Botswana", Institut d'analyse des politiques de développement) (2007).

[4] *Botswana All Media and Products Survey* (Enquête sur l'ensemble des médias et des réalisations du Botswana), MTC Marketing and Research Solutions (2006).

l'enfant, à savoir, notamment, l'incorporation à la législation nationale des dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant. Parmi les autres recommandations majeures du Comité sur les droits de l'enfant figurent une collecte de données plus systématique, une diffusion accrue du contenu de la Convention, une promotion plus active des enregistrements des naissances, une attention accrue en matière de prévention du VIH, un meilleur accès au plus haut niveau de soins de santé, ou encore la protection des enfants les plus désavantagés.

16. Le rapport initial du Botswana sur l'application des dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant – rapport présenté en 2001 – a été ensuite examiné (le 16 septembre 2004) par le Comité sur les droits de l'enfant. Le rapport unique, réunissant les deuxième et troisième rapports (et attendu depuis avril 2007), ainsi que le rapport initial et le deuxième rapport (qui devaient être présentés respectivement en 2003 et 2006), seront présentés en 2009.

17. En ce qui concerne la situation des enfants et des femmes, on attend encore d'autres améliorations dans le cadre du PND10 (Dixième Plan national de développement); toutefois, à moyen terme, ces avancées pourraient être entravées par la crise financière mondiale. Si le principe de crédits publics aux principaux services sociaux destinés aux enfants et aux familles est garanti par les réserves de l'État, il pourra y avoir cependant certaines réductions étant donné la limitation des dépenses publiques en pourcentage du produit intérieur brut. Mais c'est plus directement encore que les familles risquent d'être touchées par la hausse importante du chômage et la baisse des revenus.

Principaux résultats et enseignements de la coopération passée, 2008–2009

Principaux résultats

18. Le programme de coopération 2008-2009 a assuré la transition entre le programme 2003-2007 et un programme conjoint avec les Nations Unies pour la période 2010-2014. À ce jour, les principaux résultats de la coopération 2008-2009 ont été les suivants : élaboration et approbation du plan stratégique sur la survie et le développement accélérés des enfants, devant contribuer à l'organisation d'initiatives de santé, et, d'autre part, l'octroi de crédits aux niveaux national et régional à compter de 2009. Le Projet de loi sur l'enfance, qui devrait être adopté et promulgué en 2009, permettra de prendre des mesures importantes de protection de l'enfant. Le programme 2008-2009 a également montré, avec succès, la nécessité d'un système de protection sociale de meilleure qualité et plus étendu, et sensibilisé l'État à la nécessité d'une politique globale de développement social. Tous ces résultats ont été possibles grâce à l'assistance technique fournie aux ministères de la Santé et des Pouvoirs locaux.

Enseignements tirés de la coopération 2008-2009

19. Le programme 2008-2009 a montré qu'il fallait passer d'une stratégie de prestation de services – telle que l'aide directe aux orphelins – à une action plus « en amont », visant à renforcer la capacité de l'État à mettre en place des politiques et des normes fondées sur les droits de l'enfant. Il s'agira ainsi d'utiliser de manière plus efficace les ressources limitées du programme du pays; le gouvernement a d'ailleurs demandé et approuvé cette approche politique globale. Le programme de

coopération 2010-2014 renforcera encore cette tendance, et sera conforme à l'approche en amont globale adoptée par le PNUAD (le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement) pour la période 2010-2016. L'élaboration et l'examen du Projet de loi sur l'enfance ont permis d'éduquer l'opinion publique au sujet des droits de l'enfant et de débattre de cette question. De nouvelles occasions de sensibilisation et de débat devraient se présenter à l'avenir.

20. L'élaboration, en 2008, du plan national stratégique d'accélération de la survie et du développement de l'enfant a révélé un potentiel d'information et de promotion au sujet des priorités du gouvernement. Les travaux de chiffrage qui se poursuivent en vue d'un dossier d'investissement devraient également permettre d'informer au sujet de l'attribution de ressources par l'État. Ainsi, le programme de coopération devra souligner le rôle d'une prise de décisions documentée et l'importance d'une intégration des processus de contrôle, d'évaluation et de responsabilité financière pendant toute la durée du programme.

21. L'étendue importante de tout un ensemble de services destinés aux enfants, et les taux élevés de morbidité et de mortalité infantiles font que le problème crucial n'est pas celui d'un déficit d'infrastructures ou de services; il conviendrait plutôt de s'atteler aux problèmes d'approche et à l'inégalité d'accès (selon les zones géographiques ou les catégories socioéconomiques) à des services de qualité. C'est la raison pour laquelle la communication au service du développement, par exemple – c'est-à-dire une communication fondée sur la recherche et l'étude de la situation particulière du Botswana -, doit jouer un rôle majeur pour faire en sorte que les comportements se rapprochent des services existants. Certaines catégories de population n'ont toujours pas accès aux services sociaux – d'où la nécessité de mieux cibler les associations de la société civile et les communautés religieuses, et de mieux collaborer avec elles, dans ce domaine.

22. Par ailleurs, une prévention primaire de l'infection par le VIH est considérée comme la priorité majeure si l'on veut obtenir des résultats – le Botswana étant l'un des huit pays du monde dits "hyper-endémiques" (autrement dit les plus touchés par la pandémie du sida). Le programme national (y compris les recherches déjà effectuées en 2008-2009) devra permettre de mieux comprendre les comportements à risque des adolescents – risque d'infection pour eux-mêmes, ou risque de transmission de la maladie à d'autres personnes.

Le programme de pays pour la période 2010–2014

Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis)

Programme	*Ressources ordinaires*	*Autres ressources*	**Total**
Survie et développement de s enfants en bas âge	1 175	3 075	4 250
Protection et participation des enfants et des adolescents	2 127	6 675	8 802
Promotion et planification	248	4 500	4 748
Dépenses intersectorielles	200	750	950
Total	**3 750**	**15 000**	**18 750**

Préparatifs

23. En 2007, une évaluation conjointe de la situation du pays par le Botswana et les Nations Unies a mis en lumière les principaux défis à relever en matière de développement, et permis un consensus au sujet des secteurs spécifiques pour lesquels les autorités botswanaises feraient appel au soutien des Nations Unies. D'après cette évaluation, les domaines à privilégier sont ceux de la croissance économique, de l'accès aux services sociaux, de la gouvernance et de l'environnement.

24. Pour la période 2010-2016, le Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) est fondé sur une analyse approfondie des conclusions de l'évaluation précitée, sur les priorités émergentes du PND10 (Dixième Plan national de développement), sur ce que l'on appelle la « Vision 2016 » et sur les progrès nécessaires à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Le PND10 sera finalisé et soumis à l'approbation formelle du gouvernement au début de l'année 2010.

25. L'Évaluation conjointe et les processus liés au PNUAD avaient un caractère à la fois consultatif et global. Parmi les participants à ces deux actions figuraient des institutions des Nations Unies (internes ou extérieures), des ministères et services botswanais, des représentants d'organisations de la société civile et du secteur privé, et d'autres partenaires de développement. L'ensemble de ces processus a été supervisé par un « Groupe de référence », coprésidé par le ministère des Finances et de la Planification du développement, d'une part, et un Coordinateur résident des Nations Unies, d'autre part. Les analyses et la rédaction étaient assurées par cinq groupes de travail – chaque groupe étant coprésidé par le gouvernement botswanais et des directeurs techniques des Nations Unies.

26. Pour la période 2010-2014, le soutien de l'UNICEF fera partie intégrante du Plan opérationnel du programme géré par le Botswana et les Nations Unies – plan qui s'achèvera en 2009 et viendra compléter les programmes et activités d'autres partenaires des Nations Unies participant également au PNUAD.

27. Étant donné les consultations importantes au sujet du PNUAD, et les principaux résultats pour la période 2010-2016, le ministère des Finances et de la Planification du développement et l'UNICEF sont convenus que des discussions bilatérales de moindre portée, puis une réunion formelle du Comité conjoint de planification et de coordination (gouvernement botswanais et UNICEF), suffiraient.

28. D'après une première analyse, il n'y a pas lieu d'évaluer, à ce stade, l'impact environnemental sur les secteurs faisant l'objet du programme.

Objectifs, principaux résultats et stratégies

29. L'objectif global du programme de pays est de contribuer à la réalisation intégrale du PND10 dans les secteurs affectant directement ou indirectement la survie, le développement, la protection et la participation des enfants et des familles.

30. La conception du programme est sensible au fait que le Botswana soit un pays hautement touché par le sida, et prévoit le renforcement qualitatif de la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant, ainsi qu'un soutien thérapeutique pédiatrique, un accent beaucoup plus important sur la prévention primaire, ainsi que des soins et un soutien de meilleure qualité et de plus grande portée en direction des

enfants contaminés. Le programme reconnaît également l'existence d'autres facteurs de mortalité néonatale, infantile, et, notamment, des enfants de moins de cinq ans; par conséquent, ce plan soutient l'exigence de qualité et l'accès à des interventions prégnantes pour lutter contre cette mortalité. Se posent également diverses questions de protection des enfants – processus qui doit couvrir notamment le soutien aux orphelins (sans se limiter à cet aspect), et s'intégrer à un programme plus large de protection et de développement sociaux.

31. Les résultats majeurs du programme de coopération de l'UNICEF doivent être de contribuer a) à une réduction de la mortalité des moins de cinq ans; b) à réduire également l'impact du VIH sur les jeunes enfants; c) à une réduction des risques encourus par les adolescentes, et de leur vulnérabilité au VIH; enfin, d) à réduire et atténuer les violences et la discrimination à l'égard des enfants, leur maltraitance, le fait de les négliger ou encore leur exploitation.

32. La stratégie globale du programme de pays consistera essentiellement dans l'élaboration de politiques et de normes, et le renforcement des capacités et systèmes nationaux, afin que les enfants et les familles continuent à en bénéficier, et à profiter également de processus de meilleure qualité et d'une égalité d'accès. Le soutien direct aux prestations de services restera très limité. Sur le plan de la sensibilisation et de la promotion, il faudra se concentrer sur les problèmes propres aux enfants, en s'inspirant de la plateforme proposée par le Projet de loi national sur les droits de l'enfant (texte qui devrait être adopté et promulgué en 2009).

33. Dans le cadre de cette approche fondée sur les droits de l'enfant, on mettra davantage l'accent, d'un point de vue stratégique, sur la nécessité de décisions documentées, sur le rôle normatif de l'UNICEF et des Nations Unies, sur le renforcement des ressources humaines, sur le suivi et l'évaluation, et, enfin, sur une participation plus significative des enfants, des jeunes gens, des adultes (hommes et femmes), des familles et des collectivités dans le sens de l'obtention des résultats attendus. Pour la réussite du programme, il conviendra également de saisir toutes les occasions de recourir aux technologies de l'information et de la communication. Enfin, en coordination avec les partenaires au sein des Nations Unies (y compris le Bureau de la coordination des affaires humanitaires), on développera la capacité à se préparer et à répondre aux situations d'urgence.

Relation avec les priorités nationales et le PNUAD

34. Les principaux résultats que nous venons de décrire concernent les secteurs dans lesquels le soutien de l'UNICEF contribuera à la réalisation du Plan d'opération du programme, géré par le Botswana et les Nations Unies. Ce plan opérationnel permettra de mettre en relation les résultats spécifiques d'une institution ou les résultats conjoints et les cinq objectifs du PNUAD, dans les domaines suivants : a) gouvernance et promotion des droits de l'homme; b) réduction de la pauvreté et diversification de l'économie; c) santé et lutte contre le sida; d) environnement et changement climatique; e) responsabilisation des enfants, des jeunes gens et des femmes. Le soutien de l'UNICEF concernera des missions bien précises, telles que la protection des enfants, mais aussi des domaines intersectoriels tels que la communication au service du développement, les communications, la promotion des droits de l'homme, la justice, ou encore la préparation et les réponses aux situations d'urgence.

35. Le PNUAD pour la période 2010-2016 aura recours aux ressources de l'ensemble des institutions, organisations et programmes des Nations Unies (en interne ou sur le terrain) pour élaborer un programme de soutien unique et global à la réalisation des objectifs du PND10, de Vision 2016, des Objectifs du Millénaire pour le développement et de la Déclaration du Millénaire. D'autres plans cadres nationaux viendront s'y intégrer – notamment le Plan stratégique national pour l'accélération de la survie et du développement de l'enfant, le Cadre stratégique national relatif au VIH et au sida, ou encore le Plan national de prévention du VIH.

Relation avec les priorités internationales

36. Le Programme de pays s'alignera – par l'intermédiaire du PNUAD – sur le processus de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, notamment en ce qui concerne la survie de l'enfant, la pauvreté et la lutte contre le sida, la malaria et autres maladies; le Programme concernant le Botswana s'alignera également sur la Déclaration du Millénaire – et en particulier la Section VI de cette déclaration. Enfin, ce programme de pays s'alignera aussi directement sur le plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF, qui concerne essentiellement le VIH et le sida, notamment chez les enfants (priorité 3 du Plan), mais aussi la question de la survie et du développement des enfants en bas âge (priorité1), et celle de la protection et des politiques de l'enfance (priorité 4), ou encore la défense des droits de l'enfant et les partenariats pouvant y contribuer (priorité 5 du Plan de l'UNICEF).

Éléments du Programme

37. **Survie et développement des enfants en bas âge.** Le soutien au processus de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et aux soins pédiatriques renforcera les traitements pédiatriques existants, afin d'instaurer un accès et une participation universels au processus de prévention en question, et de mettre en place des traitements et soins également universels en faveur des enfants séropositifs. Cela comportera des pratiques spécifiques d'alimentation des enfants susceptibles d'être contaminés par le VIH, et un traitement amélioré de ces enfants par une utilisation accrue de la prophylaxie par le cotrimoxazole.

38. Le soutien aux interventions hautement efficaces, dans le cadre du Plan stratégique national relatif à l'accélération de la survie et du développement de l'enfant, permettra de développer l'accès aux services luttant contre les autres facteurs majeurs de morbidité et de mortalité infantiles, d'en améliorer la qualité et d'en accroître la portée. Il s'agira notamment d'aider les autorités botswanaises à mettre en oeuvre le processus d'accélération de la survie et du développement de l'enfant – notamment en ce qui concerne des aspects techniques tels que la gestion de la malnutrition aiguë, les micro-éléments, le processus d'élimination de la malaria, l'information au sujet de l'eau potable, les questions sanitaires et d'hygiène, ou encore l'introduction de nouveaux vaccins. Un soutien sera également apporté en vue de renforcer la gestion, par le ministère de la Santé, de la chaîne d'approvisionnement.

39. Afin de renforcer le lien entre, d'une part, les services et, de l'autre, les comportements positifs, on renforcera la capacité du gouvernement à promouvoir des pratiques familiales et communautaires positives, dans des domaines tels que la

recherche de soins, le suivi des soins prénatals, néonatals et postnatals, ou encore l'alimentation des bébés et des enfants en bas âge.

Protection et participation des enfants et des adolescents

40. L'action visant à réduire l'impact du VIH sur les enfants et les adolescents se concentrera sur les groupes les plus à risque, tels que les jeunes filles et jeunes mères (en liaison avec le processus de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant). La réduction des risques encourus par les adolescentes et de la vulnérabilité de ces dernières au VIH se fera par la recherche prioritaire des objectifs suivants : a) faire en sorte que les adolescents aient une connaissance et des compétences globales de la prévention du VIH (concernant notamment les jeunes filles et les jeunes femmes); b) renforcer les interventions documentées visant à modifier les comportements et les pratiques sociales en général, en vue de réduire la pratique de partenaires multiples et les rapports sexuels des adolescentes avec des personnes de tranches d'âge différentes (en incluant leurs partenaires dans le processus). Les approches de communication au service du développement auront une importance cruciale pour mieux comprendre les motifs de comportement des adolescents, développer ainsi les connaissances et compétences individuelles, et promouvoir des normes sociales positives.

41. Les processus de protection, de soin et de soutien des enfants vulnérables se concentreront sur l'élaboration de systèmes et le renforcement des systèmes existants, et viseront prioritairement les objectifs suivants : a) des systèmes judiciaire et sociaux renforcés, et notamment le suivi de l'application de la Loi sur les droits de l'enfant, le réalignement de la législation en conséquence, la promotion de la ratification des protocoles facultatifs à la Convention relative aux droits de l'enfant, ou encore le renforcement des processus de rapport, de suivi et d'application de cette convention et de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples; b) la mise en place de mécanismes de protection sociale efficaces, sur la base d'évaluations de la vulnérabilité, de recherches et d'analyses; c) le renforcement de la capacité des prestataires de services à appliquer les mesures de protection de l'enfant (mesures aussi bien préventives que réactives et de suivi); enfin, d) l'enregistrement généralisé des naissances avant l'âge de cinq ans. Le programme concernant le Botswana encouragera le respect du point de vue des enfants, et leur participation à toutes les questions les concernant, en fonction de leur âge et de leur maturité.

42. En collaboration avec des partenaires majeurs faisant partie des Nations Unies, l'aide de l'UNICEF combinera un soutien en amont et intermédiaire aux partenaires nationaux, en matière de développement des opérations et systèmes; cela concernera notamment des programmes documentés de prévention du VIH au bénéfice des adolescentes, avec leur concours, et un renforcement des systèmes de protection de l'enfant. Étant donné que plus de 80 % des enfants botswanais sont scolarisés au niveau de l'enseignement primaire, on aura particulièrement recours au secteur éducatif pour la prévention du VIH. Étant donné, également, que certaines zones géographiques du pays sont beaucoup plus touchées par le sida et l'inégalité d'accès à la protection sociale, le programme de pays aura recours, de manière stratégique, aux ressources humaines et financières en direction de certaines zones éducatives en particulier, afin d'élaborer des lignes directrices et des normes documentées, et d'aboutir à une programmation effective au bénéfice des enfants et des adolescents, mais aussi afin de coordonner les interventions en milieu scolaire, auprès des

centres de santé et des collectivités. Le programme de pays renforcera également les systèmes de protection sociale, et assurera tout particulièrement la promotion de modèles de services réactifs intégrés, destinés aux enfants et aux femmes victimes de violences; il s'agira aussi de développer l'accès à des procédures judiciaires respectueuses de l'enfant.

Promotion et planification

43. L'action de soutien à la recherche, à la planification et à l'évaluation permettra l'élaboration et l'application d'un plan stratégique de suivi, d'évaluation et de recherche en vue de fournir des données et informations au service d'une promotion effective des processus en question, et de contribuer à la conception et à la responsabilité des programmes, mais aussi afin de renforcer les systèmes nationaux de suivi et d'évaluation, et de tirer des enseignements. Au service des principales décisions, le programme encouragera l'utilisation des données, analyses et informations les plus actuelles sur la situation des enfants et des femmes. La promotion des questions de politique sociale – allocations budgétaires, progrès en matière d'application du PND10 et de réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, filets de sécurité dans le domaine social, suivi de la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux de défense des droits de l'homme – se fera en conséquence. L'UNICEF a demandé un soutien à l'élaboration de politiques sociales – ce processus devant contribuer à la mise en place d'un cadre global de services sociaux et d'application des droits de l'enfant.

44. En partenariat avec le programme de survie et de développement des enfants en bas âge, le programme concernant le Botswana contribuera également au chiffrage des interventions, à la défense des investissements dans le secteur de la santé (public comme privé), au renforcement des garanties du niveau de vie des ménages, et à l'accès à des services de santé de bonne qualité.

Dépenses intersectorielles

45. Les dépenses intersectorielles permettront de couvrir en partie les frais de fonctionnement liés à l'aide de l'UNICEF.

Principaux partenariats

46. Les principaux partenaires seront le ministère des Finances et de la Planification du développement, le Cabinet du Président, les ministères associés et autres autorités officielles du pays. Des activités spécifiques d'assistance technique et de renforcement des capacités seront définies dans le contexte de plans de travail conjoints annuels.

47. Des efforts seront explicitement déployés en vue de la participation des adultes – hommes et femmes - et des jeunes gens (filles et garçons), et dans le sens d'une collaboration plus étroite avec les organisations de la société civile, les associations professionnelles, les médias, les parlementaires, les chefs traditionnels, les partis politiques, les organisations religieuses, le monde enseignant et le secteur privé. Les partenariats existants seront adaptés afin de refléter cette nouvelle approche et ces nouvelles orientations concernant la modification des comportements et une utilisation efficace des nombreux services sociaux disponibles. En raison du manque de donateurs dans le pays même, l'UNICEF mettra également à contribution des mécanismes de financement à grande échelle, tels que le Fonds mondial de lutte

contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Plan d'urgence de la Présidence des États-Unis pour l'aide à la lutte contre le sida, ou encore la Fondation Clinton, afin d'obtenir des crédits au service des femmes et des enfants et d'influer sur les politiques, par l'intermédiaire d'organisations sous-régionales telles que la « Southern Africa Development Community » (« Communauté pour le développement de l'Afrique australe »).

48. Avec le concours des mécanismes de coordination du Programme One des Nations Unies, des partenariats avec d'autres institutions des Nations Unies seront clairement définis pour chaque domaine thématique du PNUAD. L'UNICEF a été désignée pour présider le Groupe thématique sur la gouvernance et la promotion des droits de l'homme; d'autre part, l'UNICEF coprésidera les groupes thématiques sur la santé, le VIH et le sida, sur la responsabilisation des enfants, des jeunes et des femmes, ou encore sur la réduction de la pauvreté et la diversification de l'économie. L'UNICEF sera également membre du cinquième groupe thématique – sur l'environnement et le changement climatique. Enfin, l'UNICEF fera également partie de l'Advocacy Committee des Nations Unies et de l'Équipe mixte des Nations Unies sur le sida.

49. En matière de survie et de développement de l'enfant, l'UNICEF poursuivra une étroite collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). Le FNUAP dirigera les interventions de santé sexuelle et procréative visant à lutter contre la mortalité maternelle.

Suivi, évaluation et gestion du programme

50. Le Plan de mise en oeuvre du Programme conjoint Botswana-UNICEF sera complété par un cadre budgétaire également conjoint et contribuera à l'orientation des préparatifs des plans de travail annuels mixtes pour chacune des cinq catégories d'objectifs du PNUAD.

51. En ce qui concerne la planification, l'application, l'examen et le suivi, une seule et unique structure de coordination du programme sera agréée, sous l'égide du Coordinateur résident et du ministère des Finances et de la Planification du développement, et avec la participation, au sein même de cette structure, d'organismes et d'acteurs majeurs de l'État botswanais pour la mise en oeuvre du programme, ainsi que de regroupements d'organisations de la société civile et de partenaires du développement. C'est dans ce cadre que des groupes de travail spécifiques gèreront chacune des thématiques du PNUAD.

52. Sur la base du PNUAD, un cadre commun de suivi et d'évaluation sera élaboré et intégré au Plan opérationnel du programme. La mesure des résultats se fera conjointement grâce aux mécanismes et institutions de l'État botswanais. Un examen à mi-parcours du Plan opérationnel du programme des Nations Unies aura lieu en 2012, afin de définir les priorités et stratégies jusqu'à la fin de la période gérée par le PNUAD.

53. Le soutien spécifique au renforcement des capacités de suivi, d'évaluation et d'étude statistique servira non seulement à vérifier les progrès dans le sens de la réalisation du PND10 et des Objectifs du Millénaire pour le développement, mais contribuera aussi à satisfaire aux exigences de suivi et d'évaluation fixées par le PNUAD.