

CF/HST/MON/1986-006

**L'UNICEF DANS LES PAYS
DE L'AFRIQUE
AU SUD DU SAHARA:
UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE**

*SERIE HISTOIRE DE L'UNICEF
6ème REVUE*

(101p)

L'AUTEUR

MICHEL G. ISKANDER est entré au service des Nations Unies en 1962 en qualité de conseiller pour les politiques de développement social du Cameroun et de la Jordanie, et à titre d'Agent principal des programmes auprès du Bureau des affaires économiques et sociales de l'ONU à Beyrouth. Il s'est joint à l'UNICEF en 1969 en qualité d'Agent de planification au Bureau régional de l'organisation à Beyrouth. Il a rempli successivement les fonctions d'Agent principal de planification à New York, de Chef de la Section, du Moyen-Orient, de Chef de la Section Afrique au Siège, à New York, et de Représentant de l'UNICEF en Afrique centrale et en Afrique orientale et australe. Il est actuellement consultant auprès du Projet d'Histoire de l'UNICEF. Après son départ à la retraite, en 1983, M. Iskander a été, pendant un an, conseiller pour les programmes en faveur des mères et des enfants palestiniens auprès du Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord à Amman, en Jordanie. Il est né en Egypte et a la citoyenneté américaine depuis 1954.

L'UNICEF EN AFRIQUE
AU SUD DU SAHARA

UNE PERSPECTIVE HISTORIQUE
1948-1986

	<u>Page</u>
Préface	
I. LES DEBUTS DE L'UNICEF 1948-1959	1
Caractéristiques de la situation	2
Premières interventions: début de la lutte contre les grandes endémies	3
L'évolution de la santé publique	4
Les programmes sanitaires	6
Succès contre le pian	6
Succès mitigés dans la lutte contre la lèpre	7
L'épopée de la lutte antipaludique	9
PMI: croissance du réseau sanitaire rural	11
La pénicilline réussit partout, contrairement aux conseils	12
Assainissement de l'environnement	14
Pédiatres et accoucheuses traditionnelles - la question du personnel sanitaire	14
Approvisionnements: multi-vitamines et Land-Rovers	15
Le fléau de l'Afrique: la malnutrition	16
Le lait écrémé contre le kwashiorkor	16
Recherche et informations sur la malnutrition en Afrique	17
Comment nourrir votre enfant	18
Education nutritionnelle	19
Conservation du lait	19
Des protéines tirées de l'arachide	21
La découverte de la "communauté"	22
Clubs féminins/puériculture/économie domestique	23
Agents polyvalents (Multi-purpose workers)	25
II. LES ANNEES SOIXANTE: LA DECENNIE DES GRANDS CHANGEMENTS	26
Indépendance et transition	26
L'augmentation de l'assistance internationale: l'Afrique s'ouvre au monde	27
Rôle de pionnier de l'UNICEF	28
Nouvelles orientations	29
Santé publique et évolution des priorités	29
Evolution des stratégies	30
Planification nationale et programmation par pays	31
Les années de la consolidation: participation croissante de l'UNICEF	31
Evaluation de l'action de l'UNICEF	32
Un grand objectif: l'éducation pour tous	33

CONTENTS

	<u>Page</u>
Les besoins des enfants: l'UNICEF élargit ses horizons	37
L'examen des besoins de l'enfance africaine	38
La planification nationale en faveur des enfants est-elle possible?	40
Expansion du réseau du personnel de terrain de l'UNICEF	42
III. CONSOLIDATION ET ELARGISSEMENT: LA DEUXIEME DECENNIE DU DEVELOPPEMENT	
Augmentation des ressources: les projets "notés"	43
Elargissement de la dimension des programmes	44
L'assistance aux enfants des deux camps: la tragédie du Biafra	45
Services sélectionnés, services intégrés	49
Proclamation d'une situation d'urgence	50
Approvisionnement en eau: puits, foreuses et pompes	50
Education sanitaire et assainissement	52
Les services de base - un "tout"	53
Alimentation et nutrition	53
L'expérience de Lomé: la planification en faveur de l'enfance en Afrique de l'Ouest	54
Vieux problèmes, nouvelles solutions	57
Education périscolaire	57
Atteindre le jeune enfant	59
Les enfants des villes	60
Les communications pour l'appui aux projets	61
Les techniques appropriées: bénéficiaires et objectifs	63
Les situations d'urgence: catastrophes naturelles et désastres dus à l'homme	66
Mères et enfants relevant de mouvements africains de libération	67
Les soins de santé primaires: la Déclaration d'Alma-Ata (1978)	68
L'Année de l'enfance (1979)	70
La Namibie et le Zimbabwe	72
La naissance du Zimbabwe	73
IV. EPILOGUE	74
I. RENVOIS	79
II. TABLEAUX	82
III. INDEX	89

LES DEBUTS DE L'UNICEF 1948-1959

Alors que l'UNICEF avait commencé à fournir une assistance à des pays en développement d'Asie en 1948, et d'Amérique latine et du Moyen-Orient en 1949, ce n'est qu'en avril 1952 que son Conseil d'administration approuva une aide en faveur de l'Afrique au Sud du Sahara. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) avaient fourni une assistance technique, mais c'est l'UNICEF qui, de tous les organismes des Nations Unies, fut le premier à accorder une aide matérielle. L'UNICEF débloqua dans un premier temps des crédits de \$1 million, affectés principalement au soutien de divers projets de lutte contre des maladies dans ce vaste continent.

Comment expliquer que l'UNICEF ait tardé à venir en aide aux enfants d'Afrique? A l'exception de l'Ethiopie, du Libéria et de l'Union sud-africaine, les territoires situés au Sud du Sahara étaient administrés par des pays européens - les pays métropolitains, comme on les appelait alors. Les principaux étaient la France, le Royaume-Uni, le Portugal, la Belgique et l'Espagne. A la fin de la Deuxième Guerre Mondiale, ces territoires avaient soit le statut de colonie pure et simple soit celui de territoires sous mandat de la Ligue des Nations, mandats qui furent transférés à l'Organisation des Nations Unies.

Les puissances métropolitaines, à cette époque, voyaient d'un mauvais oeil les "interventions" des Nations Unies et des institutions spécialisées. Elles avaient leurs propres plans de développement de leurs territoires et, depuis 1946, devant une agitation nationale croissante, elles affectaient des fonds à des programmes décennaux visant le développement des ressources économiques et l'amélioration des conditions de vie en Afrique.

En 1952, aucun représentant de l'UNICEF ne s'était encore rendu dans un territoire africain. Les recommandations que fit le Conseil d'administration, cette année-là, se fondaient sur des travaux préliminaires sur le terrain et sur les contacts que l'OMS et la FAO avaient établis avec les gouvernements coloniaux. Cette situation n'allait pas tarder à changer. Grâce aux efforts du Bureau régional de l'UNICEF à Paris et à ses contacts avec les autorités à Bruxelles, Londres et Paris, la confiance s'instaura et, peu après, le personnel de l'UNICEF entreprit de fréquents déplacements en Afrique. Le Dr Roland Marti, ancien Délégué en chef de la Croix-Rouge internationale à Berlin pendant la Deuxième Guerre Mondiale, joua à cette époque un rôle de pionnier. Ce furent son dévouement et son indomptable énergie qui "ouvrirent la porte" à l'UNICEF en Afrique. Il ouvrit des bureaux de l'UNICEF à Brazzaville, puis plus tard à Abidjan et à Dakar. Prêtèrent également leur concours à ces premiers efforts le Dr Otto Lehner, ressortissant suisse, lui aussi, qui établit le Bureau de l'UNICEF à Lagos, au Nigéria, et Karl Barch, économiste norvégien, qui s'installa en Afrique de l'Est après la création d'un bureau à Kampala, en Ouganda. Le Dr Charles Egger, Directeur régional pour l'Afrique, en poste à Paris, effectua une première visite de longue durée sur le continent en 1952. A partir de cette date, il allait séjourner en Afrique pendant quatre ou cinq mois chaque année. Maurice Pate, le premier Directeur général de l'UNICEF, se rendit dans plusieurs pays d'Afrique lors d'un long voyage, à la fin de 1963.

Le Dr Georges Sicault, ancien directeur des services de santé du Protectorat français du Maroc, se rendit fréquemment en Afrique, lui aussi, pendant les années cinquante en qualité de haut fonctionnaire de l'UNICEF. En 1957, ses déplacements avaient pour but l'évaluation de la démarche antipaludique suivie par l'UNICEF et l'OMS. Il fit, pendant cette même année, un deuxième voyage en Afrique-Occidentale française, ainsi qu'au Nigéria et au Ghana, afin d'examiner les progrès en cours de réalisation contre le pian, la lèpre et le paludisme.^{2/}

Les puissances coloniales et mandataires décidèrent d'engager la coopération avec l'OMS et l'UNICEF, organisations "techniques" et "humanitaires" du système des Nations Unies, et ultérieurement avec la FAO et l'OIT. Elles souhaitaient que ces organisations intègrent leur action aux programmes de développement déjà en cours d'exécution plutôt que d'entreprendre de nouvelles initiatives. C'est ainsi, par exemple, que les autorités françaises, particulièrement en Afrique de l'Ouest, attendaient de la FAO et de l'UNICEF qu'elles renforcent les unités mobiles existantes chargées de la lutte contre les endémies. Dans les territoires britanniques les autorités désiraient une assistance en vue de l'expansion des services sanitaires de base dans les zones rurales. Par contre, les négociations avec la puissance coloniale portugaise en vue d'une action dans ses territoires, dont les plus importants étaient l'Angola et le Mozambique, n'aboutirent pas. C'est pourquoi la coopération avec ses pays ne se concrétisa qu'à la fin des années soixante et au début de la décennie suivante, lorsqu'ils accédèrent à l'indépendance.

Pour l'organisation qu'était l'UNICEF et pour son personnel, cette période initiale fut une occasion d'observer et d'apprendre à connaître le continent, ses problèmes, ses populations et son potentiel de développement. Elle expérimenta également, par la technique de l'essai et de l'erreur, diverses modalités de coopération.

+ + + +

Caractéristiques de la situation

Comment peut-on caractériser la situation socio-économique conditionnant la vie des enfants en Afrique sub-saharienne au début des années cinquante? Il n'était pas facile de broser un tableau de la situation à cause d'une pénurie d'informations et de l'absence presque totale de données statistiques, mais on la percevait généralement de la façon suivante: population totale d'environ 171 millions d'habitants^{3/}; situation démographique marquée par des taux élevés de natalité et de mortalité; les enfants de moins de 15 ans représentaient quelque 45 pour cent de la population (par opposition à 21 pour cent en Europe); taux de mortalité infantile variant entre 200 et 350 pour mille naissances vivantes.^{4/}

La malnutrition infantile, y compris la grave carence protéinique désignée sous le nom de kwashiorkor, était répandue. Le paludisme sévissait à l'état endémique dans de vastes zones et il était une cause importante de mortalité

infantile, selon une conférence organisée par l'OMS en 1950. Le pian et la lèpre étaient également fort répandus. La conférence susmentionnée fit également état d'un risque de propagation foudroyante de la tuberculose à cause de la rapidité de l'urbanisation.

Les économies nationales étaient très faibles, le PNB moyen per capita en Afrique tropicale ne dépassant pas, selon les estimations, cinquante dollars américains. Les taux d'alphabétisation et de fréquentation de l'école étaient extrêmement bas, et la situation sanitaire laissait énormément à désirer. En outre, on pouvait constater la mauvaise qualité des communications, le manque d'installations de transport appropriées et une pénurie aigüe de main-d'oeuvre qualifiée, autant de facteurs qui étaient considérés comme de grands obstacles au développement.

C'est dans ce contexte que l'UNICEF, en coopération avec ses partenaires des institutions spécialisées, en particulier l'OMS et la FAO, mit en oeuvre ses premiers programmes d'assistance à l'Afrique. Les problèmes à résoudre étaient formidables.

+ + + +

Premières interventions: début de la lutte contre les grandes endémies.

On estimait alors que 200 000 adultes et un million et demi d'enfants mouraient du paludisme chaque année. Les rares dossiers disponibles indiquaient que le paludisme avait été diagnostiqué chez 50 pour cent des enfants de moins de 4 ans admis à l'hôpital, et que 20 pour cent des décès consignés, pour cette tranche d'âge, lui étaient attribués.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de ce que, lorsque le Conseil d'administration fut saisi de projets en faveur de l'Afrique, en 1953, environ 50 pour cent des crédits prévus fussent destinés à la lutte antipaludique. Ce fait illustre une tendance caractérisant le reste de la décennie: l'action antipaludique, commencée en 1952 avec l'affectation de \$450 000 à six projets, se chiffrait en 1960 par \$4 millions alloués à des projets dans 15 pays. Il convient toutefois de noter que ces mesures ne touchaient qu'une faible proportion de la population totale exposée au paludisme, évaluée à 135 millions de personnes. La plupart des projets furent conçus comme des projets pilotes exécutés sur une superficie limitée. (Voir plus loin la section sur le paludisme).

Le paludisme ne constituait toutefois pas la seule cause des taux élevés de morbidité et de mortalité chez les enfants. Selon les gouvernements, le pian était la deuxième maladie endémique en importance du point de vue du nombre de personnes touchées. Dans un premier temps, l'UNICEF débloqua entre 1952 et 1954 des crédits modestes pour trois programmes de pays. Une conférence organisée par l'OMS estima que l'Afrique constituait le plus important réservoir de pian endémique au monde, soit environ 25 millions de cas, et préconisa une offensive de grande envergure contre cette maladie en Afrique. C'est ainsi qu'en 1955, l'UNICEF se joignit à cette action en

y affectant des montants importants, par exemple des crédits de \$440 000 pour la lutte contre le pian au Nigéria. Le total des ressources affectées à ces mesures atteignait \$2,4 millions en 1964.

La lèpre était également une maladie redoutée contre laquelle une action s'imposait. Selon les estimations de l'OMS, le quart des 10 millions de cas connus dans le monde se présentaient en Afrique. La première affectation de l'UNICEF fut un montant relativement modeste de \$50 000 en faveur d'un pays en 1952. Douze ans plus tard, vingt pays recevaient une assistance d'un coût de \$3,6 millions.

Venait ensuite la tuberculose sur les listes gouvernementales des dangers pour la santé publique qui requéraient une attention prioritaires. On la considérait comme une menace imminente plutôt que d'ores et déjà existante. C'est pourquoi on décida de mettre l'accent sur sa prévention plutôt que sur son traitement. Deux équipes d'enquête sur la tuberculose furent constituées en 1955, l'une en Afrique orientale et australe, et l'autre en Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces équipes, composées de fonctionnaires de l'OMS, furent financées conjointement par celle-ci et par l'UNICEF.

L'UNICEF maintint pendant toute la décennie des années cinquante cet accent sur la lutte contre les maladies endémiques. C'est ainsi, par exemple, que de l'ensemble des crédits affectés par l'organisation à l'Afrique en 1955, soit \$4,8 millions, 81 pour cent étaient destinés à des campagnes de masse contre des maladies endémiques, tandis que seulement 7 pour cent de ce montant était alloué à la protection maternelle et infantile (PMI). En 1957, 89 pour cent des crédits de l'UNICEF affectés au vaste secteur de la santé et de la nutrition étaient consacrés à la lutte contre les maladies. Cette proportion restait élevée pendant la dernière année de la décennie, 1959, atteignant 82 pour cent.

+ + + +

L'évolution de la santé publique

L'intervention de l'UNICEF dans le domaine de la santé en Afrique fut dictée, dans une large mesure, par les réalités politiques de cette époque, y compris les politiques des puissances coloniales européennes: la Belgique, la France et le Royaume-Uni. En Afrique de l'Ouest, elles souhaitaient que les efforts soient concentrés sur la lutte antipaludique et sur la mise en oeuvre des nouvelles méthodes de lutte contre cette maladie que préconisait l'OMS; en Afrique centrale, elles entendaient s'attaquer aux problèmes de la santé et de la nutrition infantiles. Elles ne fournirent pas d'explication de cette différenciation. La menace que représentait le paludisme était tout aussi grave en Afrique centrale, et toutes les régions du continent souffraient de carences dans le domaine de la santé et de la nutrition infantile. Les puissances coloniales établirent ces politiques pour leur territoire métropolitain et pour leurs colonies, et ce souvent sans l'éclairage qu'aurait fourni une authentique consultation de la population locale ou de ses représentants. Il semble que ces politiques aient été fondées davantage

sur des facteurs économiques et politiques que sur les besoins exprimés par les collectivités et les particuliers en cause. Dans les territoires administrés par la France, les unités mobiles de lutte contre les maladies épidémiques, composées de médecins militaires prêtés aux administrations territoriales ainsi que d'appelés, représentaient l'axe principal de l'action sanitaire. Les premières interventions de l'UNICEF, au titre de la coopération à la mise en oeuvre de ces programmes, a comporté la fourniture de matériel et de pièces de rechange aux unités mobiles.

Les territoires relevant de la Grande-Bretagne suivaient une autre démarche. L'accent y était davantage mis sur la mise en place de services sanitaires de base, qui n'en demeuraient pas moins très rudimentaires dans la réalité. Le niveau de décentralisation et de participation communautaire y était relativement plus élevé, et les quelques services qui existaient étaient dotés, pour la plupart, de personnel paramédical et auxiliaire. Ce personnel était composé en majorité d'Africains, tandis que les médecins et les responsables étaient pour la plupart des Européens. Dans nombre de pays africains, on pouvait compter sur les doigts des deux mains les médecins et infirmières africains qualifiés.

Dans de nombreux territoires, une grande partie du réseau des services était l'oeuvre de sociétés missionnaires de diverses confessions chrétiennes. Elles participaient activement à l'action curative et assuraient la formation d'infirmières et de personnel auxiliaire. Avec l'accord des gouvernements concernés, l'UNICEF établit des modalités d'assistance à ces missions, en s'efforçant de soutenir les activités de large portée et axées particulièrement sur la prévention et l'éducation communautaire. Dans un grand nombre des endroits dispersés, isolés et difficiles d'accès de certains pays, seules les sociétés missionnaires assuraient des services sanitaires. L'UNICEF reconnut la valeur de cette oeuvre humanitaire et lui accorda une assistance dans la limite de ses possibilités.

La transition de ces types coloniaux de services sanitaires et médicaux vers les concepts plus modernes de services sanitaires de base se fit progressivement. Elle débuta, quoique modestement, pendant la période coloniale et s'accéléra après l'indépendance. Il convient de noter qu'à cette époque, on entendait par services sanitaires "de base" la prestation d'un minimum de services prénataux et post-nataux à l'intention des mères et des enfants, un effort étant fait pour qu'ils soient dispensés également, dans la mesure du possible, dans les zones rurales. L'UNICEF tira des enseignements enrichissants de sa participation, lors de cette période initiale, aux expériences nombreuses et innovatrices qui étaient en cours de réalisation dans des pays tels que le Nigéria, le Kenya, l'Ouganda et le Sénégal, où diverses personnalités éclairées, médecins africains et européens ainsi qu'agents de santé publique, avaient lancé de nouvelles initiatives.

Les programmes sanitaires

Lorsqu'ils s'attaquèrent aux redoutables problèmes de l'Afrique dans le domaine de la santé, l'UNICEF et l'OMS disposaient des leçons tirées de quelques années d'expérience dans l'Europe de l'après-guerre et, peu après, de l'action à grande échelle menée en Asie et en Amérique latine. Selon le mandat de l'UNICEF, l'organisation devait utiliser ses ressources pour assurer "l'hygiène de l'enfance en général". Des millions d'enfants vivant dans des pays sous-développés souffraient de maladies infectieuses, et l'Afrique en avait sa large part. Ces maladies représentaient le problème sanitaire le plus évident et le plus répandu. Pour les combattre, on entreprit des "campagnes de masse", stratégie qui n'était pas tributaire de l'existence d'un réseau étendu de services médicaux comprenant des médecins, des infirmières, des centres sanitaires ou des hôpitaux. Grâce aux progrès médicaux enregistrés depuis la fin du 19e siècle, il était possible de combattre ces maladies: on pratiquait déjà la vaccination, par exemple contre la variole, la diphtérie et la tuberculose; l'usage de nouveaux médicaments miracle, par exemple la pénicilline, s'était étendu et leur coût de production avait diminué; il en allait de même pour un insecticide, connu sous le nom de DDT, qui était en grande demande. De plus, des progrès suffisants avaient été accomplis sur le plan des réseaux de transport et de communication pour qu'il fût possible de faire bénéficier de ces mesures d'importants secteurs de la population. D'où l'espoir fondé qu'une campagne axée sur une maladie puisse, en un laps de temps relativement court, donner de bons résultats en dépit de l'absence de réseaux sanitaires ou médicaux perfectionnés.

Ces progrès techniques ne garantissaient pas, en eux-mêmes, leur utilisation dans la lutte contre les grandes endémies. Cet objectif supposait de nouvelles méthodes de collaboration et de gestion. C'est dans ces nouveaux domaines que l'UNICEF, et d'autres organismes, fournirent une contribution permettant d'utiliser les nouvelles techniques et leurs retombées dans la lutte contre les maladies de masse.

C'est sur cette toile de fond technologique que l'UNICEF et l'OMS s'attaquèrent avec une forte dose d'enthousiasme et de détermination à certaines des plus importantes endémies qui sévissaient en Afrique.

Succès contre le pian

On estimait au début des années cinquante que le pian, une tréponématose, touchait environ 25 millions de personnes vivant dans les zones équatoriales et tropicales du monde. La moitié d'entre elles en Asie, et l'Afrique constituait le deuxième réservoir en importance de la maladie. Transmis dans une large mesure par contact cutané, le pian se propageait facilement d'un enfant à l'autre, et principalement dans les zones caractérisées par la pauvreté, le manque de systèmes d'assainissement et l'insalubrité des habitations. Ses symptômes les plus évidents étaient des lésions cutanées ayant l'aspect d'une framboise qui guérissaient et réapparaissaient subitement sur tout le corps, y compris sur la paume de la main et sur la plante des pieds. Au fur et à mesure que grandissait l'enfant, la maladie progressait

dans l'organisme: les articulations se raidissaient, le malade était immobilisé, et des déformations comparables à celles que provoque la lèpre se produisaient.

Le traitement le plus efficace consistait à administrer un type de pénicilline à effet prolongé. Une injection permettait de faire disparaître en quelques jours les lésions cutanées, et un petit nombre d'injections éliminaient la maladie de l'organisme pour de bon. Les campagnes de masse menées en Afrique, tout comme cela avait été le cas précédemment en Asie et en Amérique latine, faisaient largement appel à du personnel sanitaire auxiliaire, qui constituait l'épine dorsale des équipes mobiles. Ce personnel fut déployé et se mit à l'oeuvre, l'OMS fournit un important soutien technique et l'UNICEF la pénicilline, l'équipement médical et les moyens de transport. Une campagne en bonne et due forme contre le pian en Afrique pouvait donc commencer.

La première campagne fut organisée au Nigéria en 1952-53. C'est également dans ce pays que se tint, en 1955, la Deuxième Conférence Internationale sur le pian. (La première avait eu lieu à Bangkok, en Thaïlande, en 1952.) On commençait à se rendre compte, à cette époque, que l'Afrique comptait un nombre beaucoup plus élevé de cas de pian qu'on ne l'avait cru auparavant, soit entre 20 et 25 millions.

En 1955, environ 2,7 millions de personnes avaient été examinées et 2,2 millions traitées avec de la pénicilline. Ces chiffres passèrent à 5,5 millions et 3 millions, respectivement, en 1958. Les efforts, concentrés en grande partie en Afrique de l'Ouest et du Centre, se poursuivirent jusqu'au début de la décennie suivante. Le bilan final apparaît dans les statistiques de l'UNICEF: en 1959, plus de 13 millions de personnes avaient reçu un traitement et, de 1960 à 1965, 22 millions de personnes supplémentaires furent traitées. Bien que le rythme d'exécution des programmes ait varié et que le démarrage de certains d'entre eux ait nécessité des efforts considérables, le coup porté à la maladie fut décisif. Douze ans après le début de la campagne, Maurice Pate, Directeur général de l'UNICEF, était en mesure d'informer le Conseil d'administration que le jour n'était pas loin où le pian aurait disparu du continent africain. Certains foyers d'infection existaient toujours au milieu de la décennie mais on considérait qu'ils ne représentaient plus une grande menace à la santé publique. La surveillance et la lutte contre le pian devinrent partie intégrante de l'action courante des services sanitaires. Les campagnes contre le pian eurent en outre pour effet de contribuer à la mise en place et au renforcement des services préventifs mobiles, qui en élargirent considérablement le rayon d'action.

Succès mitigés dans la lutte contre la lèpre

Lorsque l'OMS et l'UNICEF décidèrent, en 1952, de s'attaquer à la lèpre, maladie connue et redoutée depuis des siècles, les perspectives de succès n'étaient pas prometteuses. Tout comme le pian, la lèpre frappait là où sévissaient la pauvreté et un manque d'hygiène. Traditionnellement, on endiguait la maladie par l'isolation des malades dans des colonies de lépreux ou dans des léproseries. En 1952, on ne connaissait ni médicament ni vaccin

efficace contre la lèpre. Cette maladie est causée par un bacille qui s'infiltré dans le système nerveux à travers la peau, produisant des plaques pustuleuses de couleur claire et insensibles. La lèpre, considérée comme hautement contagieuse, défigurait ses victimes, que la communauté tenait à l'écart et traitait comme des parias. Il convient ici de rendre hommage au rôle de pionnier joué par les missionnaires médecins dans des pays tels que le Nigéria, ainsi qu'aux travaux d'instituts de recherche, par exemple celui de Bamako, au Mali.

Fort heureusement, un an après que les deux organisations aient décidé d'exécuter leur premier projet de lutte antilépreuse au Nigéria, l'OMS annonça la nouvelle encourageante de la découverte d'un médicament prometteur pour le traitement de la maladie. Administré sous forme de comprimés, ce médicament, le diamno-diéphémyl-sulfone, provoquait une amélioration marquée de l'état du malade. Il réduisait grandement les risques d'infection à long terme, bien qu'il faille pour cela poursuivre le traitement pendant plusieurs mois. Il y avait lieu de se réjouir de la mise au point de cette nouvelle arme même si elle n'était pas aussi spectaculaire et décisive que la pénicilline contre le pian. Le malade devait recevoir le traitement chaque semaine ou chaque mois, et les lésions cutanées disparaissaient peu à peu. Parallèlement, les membres de sa famille, particulièrement les enfants, faisaient l'objet d'une surveillance et étaient traités si apparaissaient les symptômes de la maladie. Il importe de souligner une fois de plus que, dans cette entreprise, la découverte d'un "médicament miracle" ne fut qu'un élément d'une action novatrice plus large et à grande échelle des gouvernements, soutenus par l'UNICEF et l'OMS, visant à établir des relations avec les malades et à gagner leur confiance.

Dès 1955, l'UNICEF soutenait des programmes de lutte contre la lèpre dans huit pays, dont quatre en Afrique, continent considéré comme étant le plus important réservoir de lèpre. La stratégie de la campagne de masse fut à nouveau suivie, et on fit largement appel à des auxiliaires qui effectuaient des rondes hebdomadaires ou mensuelles consacrées à la surveillance, à la distribution de comprimés de sulfone dans des endroits désignés à cette fin et à l'établissement régulier de rapports sur l'évolution des malades. Il n'était plus nécessaire de séparer les mères des enfants, qui recevaient des doses prophylactiques de sulfone. Toutefois, le traitement, de par sa nature même, comportait de grandes difficultés. La guérison ne survenait qu'au bout de trois ans ou davantage. Les malades ressentaient une grande amélioration de leur état après six mois et il n'était pas facile de les persuader de poursuivre le traitement. Une difficulté particulière tenait au fait qu'il leur fallait franchir de grandes distances à pied pour obtenir le médicament, particulièrement si cela les empêchait de consacrer du temps à leurs tâches agricoles ou domestiques. Bien que les résultats obtenus aient été moins spectaculaires que dans les cas du pian et d'autres maladies contagieuses, il est incontestable que des progrès furent accomplis contre une des maladies les plus redoutées en Afrique. Des dizaines de milliers d'enfants furent protégés contre la défiguration due à la lèpre, ou pire encore. Une génération à peine après le début des campagnes contre la lèpre, le bilan de cette action est considérable; les colonies de lépreux sont maintenant rares et la connotation funeste de la maladie a pratiquement disparu.

L'épopée de la lutte antipaludique

Le paludisme était la maladie la plus répandue en Afrique. Il affectait aussi bien les adultes que les enfants, mais il était plus meurtrier chez ces derniers. On estimait que le paludisme frappait 350 millions de personnes à travers le monde et causait la mort dans un cas sur cent. L'Afrique en avait sa large part. Il sévissait, à des degrés divers, non seulement dans les régions équatoriales et tropicales, mais également dans les vastes savanes du Centre, de l'Ouest et du Sud.

Cette maladie est causée par un parasite se présentant sous deux formes courantes, plasmodium vivax et plasmodium falciparum. Cette dernière est, dans nombre de cas, plus dangereuse et elle est très répandue en Afrique. Le parasite est transporté et transmis aux êtres humains par un moustique, l'anophèle. Dans le passé, diverses tentatives de contrôle des moustiques s'étaient soldées par un échec jusqu'à ce que se répande, dans les années trente, l'utilisation d'un insecticide connu sous le nom de DDT. Il se révéla efficace étant donné qu'il pouvait continuer de tuer les moustiques des mois après avoir été pulvérisé sur les murs intérieurs des maisons. C'est l'Europe qui bénéficia la première, vers la fin des années quarante et au début de la décennie suivante, de l'assistance de l'UNICEF dans la lutte antipaludique. Peu après sa création, en 1949, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fit de la lutte contre le paludisme une de ses priorités. Comme dans le cas d'autres campagnes contre des maladies, l'OMS agit en qualité de conseiller technique auprès de l'UNICEF et des gouvernements. Dès 1952, l'UNICEF consacrait environ \$6 millions par année à la fourniture de DDT et de matériel connexe afin de protéger quelque 13,5 millions de personnes dans 30 pays. Toutefois, le seul pays africain bénéficiaire de ce début d'action était l'île Maurice, au large des côtes orientales du continent. Tout indique que la campagne y fut fructueuse et réduisit considérablement la mortalité due au paludisme.

En 1955, le Comité mixte des directives sanitaires (CMDS), composé de représentants des Conseils d'administration de l'UNICEF et de l'OMS, recommanda à l'unanimité l'adoption de l'objectif de l'éradication du paludisme, objectif remplaçant la politique antérieure de lutte contre cette maladie. Une exception, toutefois, fut faite dans le cas de l'Afrique au Sud du Sahara, car on considérait à cette époque que l'éradication de la maladie ne pouvait y être réalisée.

Dès 1955, l'UNICEF prêtait son concours à l'exécution de neuf projets de lutte contre le paludisme. La ville de Yaoundé, dans le Territoire sous mandat du Cameroun, était le théâtre d'un projet pilote; un deuxième était mis en oeuvre dans la province de Sokoto, au Nigéria, et un troisième sur les contreforts du Mont Kilimandjaro, au Taganyka. Les autres projets étaient situés au Dahomey, au Libéria, au Kenya et en Haute-Volta. La Rhodésie du Sud avait lancé en 1949, à l'échelle nationale, un programme de lutte antipaludique qui suscitait beaucoup d'espairs. L'ampleur de cette action était considérée comme exceptionnelle à l'époque, et l'UNICEF la soutint à compter de 1954.

Le Conseil d'administration fut saisi en 1955 d'un rapport indiquant que quelque 1 083 000 personnes vivant dans huit pays étaient protégés contre le paludisme. On fixa l'objectif de 1 445 000 personnes pour l'année suivante. En 1957, la pulvérisation d'insecticides avait été effectuée dans les maisons de quelque 3 millions de personnes dans sept pays et territoires d'Afrique de l'Ouest; en Afrique de l'Est, le même traitement fut appliqué sur les hauts plateaux du Kenya et du Tanganyika.

Les résultats de cette action suscitèrent à la fois optimisme et déception. S'agissant du cas de l'Afrique de l'Est mentionné ci-dessus, les experts signalèrent que la pulvérisation dans les maisons semblait avoir stoppé la propagation de la maladie et que les perspectives d'éradication étaient bonnes. En Afrique de l'Ouest, par contre, trois années de pulvérisation d'insecticide à effet rémanent n'avait pas empêché l'apparition généralisée de nouveaux cas, sauf au Sénégal. La Somalie britannique était l'un des territoires où l'action antipaludique s'était heurtée à des obstacles: le style de vie nomade de la majorité de la population allait à l'encontre d'une interruption de la propagation. Lorsque les nomades quittent les régions sèches, ils suivent la pluie dans les zones impaludées, y demeurent pendant deux ou trois mois et sont exposés à l'infection. Un phénomène similaire fut observé au Bechuanaland, dont la population, elle aussi, se déplaçait beaucoup.

Au cours de cette période, on releva fréquemment le fait que même si l'action antipaludique avait partiellement soulagé des moustiques les populations concernées, la transmission de la malaria se poursuivait. On attribuait cette situation à l'insuffisance des superficies d'exécution des projets ainsi qu'à l'importance des mouvements de population vers et depuis les zones protégées. Alors que naissait l'optimisme quant aux perspectives d'éradication en raison des bons résultats enregistrés en Rhodésie du Sud et au Swaziland, et du succès qui semblait couronner des projets pilotes visant l'éradication de la maladie à Zanzibar et dans la province de Sokoto, au Nigéria, des rapports en provenance de ce dernier pays et d'autres régions firent état de la possibilité que l'anophèle ait acquis une résistance à la dieldrine et au DDT, les deux insecticides le plus couramment utilisés.

Évaluant en 1958 les résultats obtenus depuis 1953, l'OMS estima que, dans les zones boisées, une couverture totale de pulvérisation de DDT à effet rémanent pourrait interrompre la transmission de la malaria. Dans les hautes terres, zones hyper-endémiques, il avait été établi que trois pulvérisations annuelles de DDT, venant s'ajouter à la distribution aux populations vulnérables d'une dose de médicaments antipaludiques, avaient interrompu cette transmission. Dans les savanes, par contre, on n'y était pas parvenu. De plus, la FAO arriva à la conclusion que même dans les zones où la faisabilité de l'interruption avait été démontrée, il manquait d'autres éléments essentiels, tels que la faisabilité concrète, une organisation adéquate sur le plan administratif et un soutien logistique approprié. A quelques rares exceptions près, on estima que, dans la plupart des pays africains, les conditions fondamentales de l'établissement et du maintien d'un programme axé sur des campagnes visant l'éradication du paludisme n'étaient pas réunies. D'après la FAO, même la campagne d'éradication menée dans l'île isolée de Zanzibar avait échoué.

Le Conseil d'administration de l'UNICEF fut saisi, en 1958, d'un document décrivant la protection contre le paludisme assurée par divers types d'intervention à 14 millions de personnes vivant dans des régions tropicales d'Afrique et contenant le passage suivant: "Mais si cette protection n'est que partiellement efficace, elle n'offre pour autant aucune perspective immédiate de réduction des dépenses annuelles, et elle s'accompagne d'un danger toujours croissant de résistance aux insecticides..."^{5/} On envisagea cette année-là la réalisation de 16 expériences de chimiothérapie intensive touchant 650 000 personnes. Le plan directeur approuvé par le Conseil d'administration en 1958 mettait l'accent sur les travaux déjà en cours d'exécution, sans expansion immédiate de la couverture globale.

Le rôle de l'UNICEF dans les campagnes antipaludiques s'inscrivait dans le cadre beaucoup plus large d'une action globale menée avec le concours de gouvernements, des agences bilatérales d'assistance des pays développés, par exemple les Etats-Unis, de plusieurs organismes des Nations Unies et d'un réseau d'organisations de recherche scientifique. L'ensemble de cette période fut ponctué de larges débats et de divergences d'opinion quant aux politiques, démarches et techniques à adopter, et quant au réalisme du but fixé, à savoir l'éradication du paludisme.

Bien que la lutte contre ces grandes endémies transmissibles représentât l'axe principal de l'action de l'UNICEF dans le domaine sanitaire pendant les années cinquante, au point d'absorber 85 pour cent des crédits affectés à l'Afrique au plus fort des campagnes, l'organisation ne négligeait pas totalement d'autres aspects de la santé maternelle et infantile. Dès 1951, certains pays africains, par exemple l'Ethiopie, le Kenya et le Nigéria, recevaient une certaine assistance de l'UNICEF destinée à leurs services embryonnaires de protection maternelle et infantile.

PMI: croissance du réseau sanitaire rural

Dès 1956, l'UNICEF venait en aide à neuf pays d'Afrique pour le développement de leurs services sanitaires, et particulièrement du volet désigné sous le nom de protection maternelle et infantile (PMI). Les concepts dont la formulation avait déjà commencé en Asie et en Amérique latine avaient été bien reçus par les gouvernements africains. Le centre sanitaire rural était au coeur de ce concept. On entendait par là la mise en place de services curatifs allant au-delà du système des dispensaires qui avait prédominé jusque-là, et on prévoyait accorder davantage d'attention à l'hygiène maternelle et infantile, à l'action des sages-femmes et aux services dispensés à la maison, ainsi qu'aux soins prénataux et post-nataux. Un tel système, s'il fonctionnait de façon appropriée, devait prendre davantage en charge la surveillance des cas après la fin des campagnes de masse. L'OMS nomma cette année-là (1956) deux consultants régionaux chargés de la PMI, ce qui renforça cette tendance. Comment peut-on expliquer, toutefois, que cette intervention fondamentale en faveur de la protection maternelle et infantile ait tant tardé en Afrique? A quoi ce retard est-il attribuable? L'idée prédominante, à cette époque, chez des fonctionnaires de l'UNICEF tels que le Dr Roland Marti (qui était alors Représentant de l'UNICEF en Afrique de l'Ouest) et le Dr Otto Lehner (qui se joignit à l'organisation en 1955), était

que les maladies transmissibles, en particulier le paludisme, le pian et la lèpre, étaient tellement répandues qu'il fallait assigner le rang de priorité le plus élevé à des mesures visant à empêcher leur propagation. On estimait qu'il était inconcevable et impossible d'organiser des centres de PMI et d'appliquer d'autres mesures de santé publique mettant l'accent sur la prévention avant que les retombées de la lutte contre les maladies transmissibles commencent à se faire sentir. Il fallait d'abord démontrer aux populations les possibilités de la médecine moderne. Tout le personnel alors disponible fut mobilisé pour l'exécution d'une campagne efficace contre le pian, même si elle ne comportait que l'administration d'une dose de pénicilline à chaque adulte et à chaque enfant. Les médecins étant peu nombreux, on faisait largement appel à un "personnel sanitaire" dont la formation était rudimentaire. Bref, on estimait que la lutte contre les maladies transmissibles devait constituer le premier pas. Elle supposait, certes, des dépenses importantes, mais on pouvait constater ses résultats à court terme. La mise en place de services de PMI, en revanche, allait être un processus à long terme lent et fastidieux.

A compter de 1956, l'histoire de la PMI en Afrique se caractérise par l'ouverture de centres de formation et l'exécution de projets pilotes dotés de matériel fourni par l'UNICEF, et par le nombre croissant d'infirmières, de visiteurs sanitaires, de sages-femmes et autres personnels sanitaires recevant une formation en vue de l'expansion qui se produirait au cours des années suivantes. Cette action se poursuivit en dépit du grand obstacle rencontré à cette époque, à savoir le faible niveau d'éducation du personnel à former.

On fit état de progrès dans l'expansion des centres sanitaires ruraux au Ghana, où, en 1954, l'UNICEF fournit de l'équipement destiné à 15 centres. Toutefois, seulement 10 de ces centres fonctionnaient en 1956. Au Kenya, 25 grands centres sanitaires étaient en service, ainsi que 35 centres sanitaires "au rayon limité" (appartenant plutôt à la catégorie des dispensaires). Le Dr David Morley, membre de la Faculté de l'Institute of Child Health de l'Université Makerere de Kampala, en Ouganda, accomplit une oeuvre de pionnier au Nigéria. En Rhodésie du Nord (la Zambie d'aujourd'hui), la formation de personnel auxiliaire et la construction de centres de PMI se poursuivit, et les premiers centres ouvrirent leurs portes en 1957. Au Tanganyika, le nombre de stagiaires médicaux pouvant être admis passa de vingt à quarante grâce à la construction de centres subsidiaires à Lindi, Morogoro et Dodoma. La formation de sages-femmes destinées à exercer dans les villages avait commencé à Tabora et Arusha. Une expansion et un élargissement similaires des activités de PMI étaient en cours à travers le continent.

La pénicilline réussit partout, contrairement aux conseils

Le Conseil d'administration tint, en 1958, des débats approfondis et intéressants sur les services de protection maternelle et infantile de base en Afrique ^{6/}. Les observations suivantes s'en dégagèrent:

1. Selon une analyse sociologique/anthropologique de la situation de l'enfant dans la famille africaine, le bien-être d'un enfant n'était pas nécessairement la responsabilité exclusive de sa mère. Les décisions

relatives aux enfants appartenait souvent à d'autres membres de la cellule familiale élargie.

2. Les sociétés africaines connaissaient un développement et des changements rapides. L'urbanisation croissante modifiait le mode de vie traditionnel. On fit remarquer, à titre d'exemple, que la dislocation du système traditionnel d'éducation avait amené le Gouvernement du Tanganyika à établir un projet de développement communautaire à l'intention particulière des adolescents.

3. Il fallait, fit-on valoir, définir de nouveaux types de services de PMI. Une des premières stratégies retenues consista à aider les services généraux d'hygiène publique à accorder une attention particulière aux activités de PMI correspondant aux besoins spécifiques de zones rurales.

4. La tendance, en Afrique, évoluait de plus en plus dans le sens de services sanitaires "intégrés" plutôt que vers une séparation rigide entre services préventifs et services curatifs. On souligna à maintes reprises que les personnes qui venaient se faire soigner étaient davantage disposées à écouter les conseils d'ordre préventif: "La pénicilline réussit partout, ce qui n'est pas toujours le cas des conseils. Mais ceux-ci réussissent assurément mieux après la pénicilline".

5. Il fallait tenir compte des croyances culturelles/traditionnelles quant aux causes des maladies. L'éducation sanitaire constituait donc un volet important de l'action des services de santé.

6. Les services de PMI posaient de plus grandes difficultés aux gouvernements et à l'UNICEF que les campagnes visant, par exemple, l'éradication du pian. Les campagnes étaient une action ponctuelle, et on considérait qu'elles avaient un début et une fin. La mise en place de services de PMI supposait une intervention permanente ou, tout au moins, à long terme. La difficulté résidait dans la définition de types d'assistance susceptibles de permettre aux gouvernements de mettre en place des structures de PMI qui soient efficaces sur le terrain.

Au cours des années qui suivirent, l'UNICEF, l'OMS et les gouvernements intéressés consacrèrent beaucoup d'efforts et de réflexions à la mise en place et au maintien de ces structures. L'action se fit essentiellement par l'intermédiaire d'une assistance technique, de la formation du personnel et de la prestation d'une aide matérielle.

Le soutien de l'UNICEF à la PMI, dans les faits, augmenta rapidement, bien que, du point de vue du montant global des crédits alloués, la croissance fût relativement modeste. En 1959, l'UNICEF aidait 15 pays et territoires africains à améliorer leurs services de PMI, et un montant de \$743 000 dollars, représentant 28 pour cent de tous les engagements de l'UNICEF en Afrique, était affecté à cette action. En Afrique orientale et australe, 173 centres de PMI recevaient une assistance en 1957; dès le milieu de 1959, ce nombre était passé à 1 037 centres desservant environ 14 000 enfants. Une expansion similaire des activités de PMI se produisit dans les pays d'Afrique

de l'Ouest et du Centre, les exemples du Sénégal, du Niger et du Nigéria étant particulièrement dignes de mention.

Assainissement de l'environnement

La première affectation de crédits de l'UNICEF pour des projets d'assainissement en Afrique fut approuvée pour le Kenya en 1959. Elle visait le soutien de la formation de personnel sanitaire assurée sous la surveillance d'experts de l'OMS, approche qui allait être reproduite dans nombre de pays africains dans les années qui suivirent. Ces personnels encouragèrent la construction d'installations simples pour l'élimination des déchets humains, telles que des latrines. La même année, on approuva une aide à l'assainissement pour le Tanganyikka, le Nigéria et le Sénégal. Bien que l'on estimât, dans les pays africains, qu'un grand nombre des problèmes de santé des enfants étaient liés à l'environnement (eau, déchets, logement), l'accent et la priorité avaient été mis, pendant ces premières années, sur l'élargissement du réseau de centres sanitaires. Dans ce contexte, il fallait tenir compte de la grave pénurie de personnel qualifié pouvant assurer les nouveaux services, ainsi que l'importance des engagements financiers que supposait la mise en place de services efficaces d'assainissement, ne serait-ce que pour répondre aux besoins fondamentaux.

Pédiatres et accoucheuses traditionnelles - la question du personnel sanitaire

Toutes les parties concernées s'entendaient sur le fait que l'expansion de l'hygiène maternelle et infantile, et d'autres services connexes de santé publique, reposerait largement sur un personnel auxiliaire ne comptant qu'un niveau relativement modeste d'instruction. C'est vers cet objectif qu'ont tendu les premiers efforts faits dans le domaine de la formation. Toutefois, il existait également sur le terrain une grave pénurie de cadres intermédiaires, ainsi que de cadres supérieurs capables d'assurer la direction de programmes. Dans ce dernier cas, une formation universitaire s'imposait, et des dispositions en ce sens furent prises, à l'échelle régionale, en Afrique de l'Est.

L'UNICEF intervint pour la première fois dans le domaine de la formation à l'échelon régional en 1958, en soutenant l'établissement d'une chaire de pédiatrie au Collège de Makerere, à Kampala, en Ouganda. Ce soutien se poursuivit et, en 1964, le Collège fut intégré à l'Université de l'Afrique de l'Est; il comprenait une faculté de médecine en bonne et due forme qui connut une formidable expansion. L'influence du Département de pédiatrie dépassa de beaucoup les limites du Collège et les frontières nationales, puisqu'il organisa une série de séminaires inter-nationaux et divers stages à l'intention de personnels de différents niveaux. Le caractère innovateur des démarches et la capacité de s'adapter aux besoins des sociétés africaines caractérisèrent l'enseignement et la formation dispensés par le Collège de Makerere, qui devint le fer de lance d'une révolution des mentalités face à la prestation de services sanitaires dans les pays en développement. De grands noms liés au Collège, tels que Derek Jelliffe, Maurice King et David Morley, contribuèrent largement à cette évolution. L'Université de Dakar joua un rôle similaire quant à l'expansion de la formation sanitaire à travers l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces efforts bénéficièrent d'un soutien constant de

l'UNICEF. A l'Université d'Ibadan, au Nigéria, un cours de techniques infirmières allant au-delà du niveau de base fut institué et il concourut pour une large part au perfectionnement de cadres intermédiaires dans le domaine de la santé. L'UNICEF contribua à l'établissement d'une chaire de pédiatrie à cette université en 1962.

S'il est vrai que ces institutions fournirent une contribution importante, au fil des ans, à la multiplication des effectifs sanitaires nationaux, tant dans les postes de direction qu'au niveau intermédiaire crucial de la supervision, une part importante de la formation à l'échelle nationale soutenue par l'UNICEF visait les personnels sanitaires auxiliaires. Parmi eux figuraient les "travailleurs sanitaires" dont la renommée était la plus ancienne à l'échelon du village: les accoucheuses traditionnelles (en anglais traditional birth attendants), connues dans les pays francophones sous le nom de "matrones". Elles constituaient la seule ressource disponible pour la prestation d'une assistance médicale fiable à la grande majorité des Africaines pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. On établit des programmes afin d'améliorer leurs connaissances, ainsi que, du point de vue de l'hygiène, leurs méthodes. Il arrivait fréquemment qu'on leur remette, à la fin de leurs "études", la célèbre trousse de sage-femme mise au point par l'UNICEF et l'OMS. Pendant la première décennie de coopération de l'UNICEF en Afrique, des milliers d'auxiliaires, y compris les accoucheuses traditionnelles, reçurent une formation soutenue par l'UNICEF.

Il convient de noter que des liens étroits existaient entre l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Comme dans d'autres régions du monde, on reconnaissait le rôle de conseiller technique de l'OMS auprès de l'UNICEF dans le domaine sanitaire. En pratique, les relations de travail étaient très étroites, et les deux organismes effectuaient souvent des visites conjointes sur le terrain. Les projets recommandés par les gouvernements étaient examinés en commun et approuvés par l'OMS sur le plan technique, mais ce sont les responsables gouvernementaux des services sanitaires qui étaient les partenaires les plus importants dans ce processus. Il est tout aussi important de reconnaître que la coopération avec l'OMS n'était pas toujours facile ni exempte de divergences d'opinions à propos des concepts, des façons de procéder et du calendrier d'exécution des interventions. L'UNICEF conserva son identité propre ainsi que la structure organisationnelle et le style de coopération qui le distinguaient des autres organismes, puisqu'il s'intéressait à de nombreuses facettes des problèmes qui influaient sur la santé des enfants en Afrique.

+ + + +

Approvisionnement: multi-vitamines et Land-Rovers

L'une des réalisations remarquables de cette époque, qui n'est d'ailleurs pas propre à l'Afrique, réside dans la capacité de l'UNICEF, capacité qui s'accrut rapidement, de livrer des fournitures et des équipements afin de soutenir des programmes sanitaires et d'autres activités qui sont décrites plus loin.

S'agissant des campagnes de lutte contre les maladies, les livraisons comprenaient des insecticides contre le paludisme, des vaccins, de la dapnone pour le traitement de la lèpre, de la pénicilline contre le pian, des antibiotiques pour le traitement de la tuberculose, etc. Les fournitures livrées dans le cadre du soutien d'un programme de PMI en Afrique comprenaient, habituellement, des équipements de base à l'intention des centres sanitaires ruraux et des produits de consommation courante tels que du lait, du savon, des capsules d'huile de foie de poisson, des multi-vitamines et des comprimés de fer pour les soins pré-nataux.

Le personnel de supervision disposait de bicyclettes et de véhicules. Une large part des véhicules étaient à quatre roues motrices, par exemple une Land-Rover, ce qui leur permettait de se déplacer dans la brousse, quels que soient les conditions météorologiques et l'état des routes.

L'organisation fournit du matériel de formation, y compris des appareils audio-visuels, à des centres de divers niveaux.

On appréciera à sa juste mesure ce remarquable effort à la lumière des problèmes logistiques extrêmement complexes auxquels se heurtait la livraison de fournitures à un continent doté de la plus faible infrastructure de transport et de communication du monde. Certes, l'UNICEF n'était tenu que de livrer ces marchandises aux ports, et il incombait ensuite au gouvernement d'acheminer et de livrer sur l'ensemble de leur territoire ces fournitures attendues avec impatience. Il n'en demeure pas moins qu'il était dans l'intérêt de l'UNICEF de veiller à ce qu'elles soient effectivement livrées, et l'organisation eut souvent à prêter son concours pour assurer l'arrivée, en bon état et en temps opportun, de ce matériel dans des zones rurales difficiles d'accès.

+ + + +

Le fléau de l'Afrique: la malnutrition

Le lait écrémé contre le kwashiorkor

Au cours de cette période initiale, les rapports soumis au Conseil d'administration mettaient en relief les ravages de la malnutrition parmi les enfants et les mères d'Afrique. Ce problème fut un des premiers champs d'intervention de l'UNICEF sur le continent.

En 1951, sur recommandation de la FAO, l'UNICEF livra de petites quantités de lait écrémé à des pays d'Afrique centrale afin d'évaluer son efficacité contre le kwashiorkor, qui est un type aigu de malnutrition infantile. La distribution se fit par l'intermédiaire des hôpitaux, des centres de PMI et d'autres services sanitaires. L'année suivante, le Conseil d'administration approuva trois programmes supplémentaires en vue d'élargir ces expériences, qui s'étaient révélées fructueuses jusque-là. Toutefois, des difficultés de mise en oeuvre de ces projets apparurent. Ce n'est que trois ans après leur lancement qu'ils devinrent opérationnels, le nombre des bénéficiaires restant en outre inférieur à ce qui avait été prévu. Il existait de nombreuses

entraves à l'expansion de ces programmes: difficultés d'emballage, de transport et de distribution; problèmes de communication, et climat. On signala, en 1955, que le nombre maximal d'enfants bénéficiaires de ces rations de lait était de 63 000, dans sept pays. L'objectif de l'année suivante fut ramené à 42 000 bénéficiaires. On reconnaissait qu'il s'agissait là d'une intervention insuffisante face à un problème majeur. En 1959, le Directeur du Bureau régional pour l'Afrique et l'Europe fit savoir au Conseil d'administration que "...nous ne pouvons pas nous attendre à ce que progressent des programmes sur une grande échelle en matière d'alimentation des enfants ou de transformation de produits alimentaires", et que "Il faudra viser davantage à préparer le terrain en vue du développement futur en concourant à la formation du personnel, en propageant l'éducation nutritionnelle, en soutenant des enquêtes dans les pays concernés, et en accumulant une expérience concrète par l'intermédiaire de démonstrations et de projets pilotes".^{1/} On sous-estimait grandement, à cette époque, la valeur des produits alimentaires cultivés sur place dans la lutte contre la malnutrition infantile.

En dépit de ce qui apparaissait comme un repli, certains projets d'alimentation scolaire furent entrepris, mais c'est par l'intermédiaire des centres de PMI que furent rejoints la plupart des enfants et des mères. La distribution de lait et de vitamines en capsules incita les mères à emmener leurs enfants dans ces centres. La livraison au Nigéria, en 1957, de 400 000 livres de lait écrémé en poudre, à l'intention de 5 000 enfants d'âge pré-scolaire et de 7 000 enfants d'âge scolaire représente un projet caractéristique de cette époque. Vers la même période, le Fonds livra du lait écrémé à la Fédération centrafricaine (le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe d'aujourd'hui) à des fins de distribution par le truchement des centres de PMI à titre d'alimentation complémentaire pour 3 000 nourrissons, 1 200 enfants d'âge scolaire et 800 femmes enceintes ou allaitantes.

On avait supposé que la distribution de lait aux mères et aux enfants se traduirait par une fréquentation régulière des centres de PMI, mais cela ne se produisit pas toujours. Plusieurs bureaux de terrain firent état, à cette époque, d'une baisse marquée de la fréquentation dès que les stocks de lait étaient épuisés. Il ne faut pas oublier que des pays excédentaires faisaient don à l'UNICEF de lait en poudre sans garantir un flux constant de stocks. De ce fait, la planification de ces programmes d'alimentation complémentaire ne pouvait être que précaire.

Recherche et informations sur la malnutrition en Afrique

On ne manquait pas d'informations scientifiques fiables sur les problèmes et maladies nutritionnels des populations africaines, et particulièrement de ceux qui affectaient les nourrissons, les enfants et les femmes enceintes. Toutefois, les connaissances restaient bien incomplètes en ce qui concerne leur étendue, leurs causes et les moyens de les prévenir. Alors que, au cours des récentes décennies, les hommes de science et les institutions d'Afrique ont joué un rôle majeur sur le plan de la diffusion d'informations, ce furent des expatriés d'Europe et d'Amérique du Nord qui, pendant les décennies précédentes, jouèrent le rôle principal.

Dès 1932, le Dr Cicely Williams, une pionnière de la pédiatrie, identifia le kwashiorkor dans ce qui est maintenant le Ghana. Pendant la période coloniale, les Britanniques établirent des unités de recherche sur la nutrition en Gambie, en Ouganda et au Tanganyika; les Belges, au Congo, menèrent des recherches dignes d'éloges et les Français établirent un Centre régional de recherche sur la nutrition (Organisme de recherches sur l'alimentation et la nutrition africaines - ORANA), à Dakar, au Sénégal.^{8/} A la fin des années cinquante et au début de la décennie suivante, le Comité interministériel sur la nutrition des Etats-Unis coopéra avec les gouvernements de l'Ethiopie et du Nigéria à l'exécution de grandes enquêtes sur la nutrition.

L'Agence suédoise de développement international contribua en 1960 à la création de l'Institut éthiopien de la nutrition, qui, au fil des ans, a diffusé des informations sur les problèmes alimentaires et nutritionnels du pays. L'Institut existe toujours. Au Nigéria, l'Université de Londres et l'Université d'Ibadan collaborèrent, avec l'aide de la FAO et de l'OMS, à la création d'un Département des Sciences alimentaires et de la nutrition à l'Université d'Ibadan.^{9/}

On trouvera un exemple des informations publiées à cette époque dans un document intitulé "Culture, Social Change and Infant Feeding" ["Culture, changement social et alimentation du nourrisson"], par le Dr D.B. Jelliffe, qui travaillait alors à l'Université de Makerere, en Ouganda. Ce document, publié en 1960 et préparé pour le Groupe consultatif sur les protéines de la FAO, de l'OMS et de l'UNICEF, brossait un excellent tableau des principaux facteurs responsables de la malnutrition du jeune enfant. Une autre publication préparée pour le compte de la FAO par le Dr Michael C. Latham sous le titre "Human Nutrition in Tropical Africa" ["La nutrition humaine en Afrique tropicale"] contenait de précieux renseignements sur la situation nutritionnelle du continent.^{10/}

Il était certes nécessaire d'acquérir beaucoup plus des connaissances par l'intermédiaire d'enquêtes et de recherches, mais il n'en demeure pas moins que, même pendant cette période initiale, l'existence d'informations relatives à la nutrition n'a pas toujours donné lieu à l'adoption de mesures.

Comment nourrir votre enfant

A compter de 1950, lorsque l'UNICEF commença à concentrer son action sur les enfants des pays en développement d'Asie, d'Amérique latine et d'Afrique, il se trouva en présence d'une gamme très diverse de situations nutritionnelles. D'une part, le nombre d'enfants dans le besoin était énorme et l'apport de suppléments nutritionnels supposait un degré élevé d'organisation ainsi qu'un réseau opérationnel de services sociaux, éducatifs et sanitaires qui, dans nombre de ces pays, étaient trop déficients ou quasi inexistantes. C'était particulièrement le cas de l'Afrique, le dernier continent où l'UNICEF et d'autres organisations internationales concernées entrèrent en action. Les programmes d'alimentation complémentaire furent donc limités aux situations d'urgence, une distribution limitée étant faite aux enfants accessibles dans les hôpitaux, les cliniques et d'autres installations communautaires là où il en existait. On distribua du lait comme "médicament"

aux enfants présentant des signes de malnutrition grave. Pour l'UNICEF, il ne s'agissait pas là uniquement d'un "traitement": l'organisation espérait également faire une démonstration concrète du lien essentiel entre la nutrition et la santé infantile.

Education nutritionnelle

Face aux problèmes énumérés ci-dessus, on préconisa une politique d'accroissement de l'assistance dans le domaine de la nutrition. Il était prévu que cette démarche ne comporterait pas la seule alimentation infantile et s'accompagnerait d'éducation nutritionnelle, de conservation du lait et de la production d'aliments riches en protéines. La deuxième moitié de la décennie des années cinquante vit la mise en oeuvre d'autres programmes nutritionnels par l'intermédiaire des écoles, de l'économie domestique, du jardinage scolaire, et de la formation nutritionnelle du personnel sanitaire. En 1960, la plupart des pays qui avaient donné suite à la suggestion de l'UNICEF quant à l'exécution d'études nationales sur les besoins des enfants firent de la malnutrition un des problèmes qui nécessitaient une attention prioritaire. Mais il fallut attendre la mise en oeuvre de programmes de "nutrition appliquée" pour que le domaine de la nutrition connaisse une importante croissance. Cela supposait une intervention de divers ministères et agences gouvernementaux et, à cet égard, les difficultés de coopération et de coordination se révélèrent considérables. La réaction des collectivités, en revanche, fut encourageante. La FAO était, dans cette action, un partenaire décisif de l'UNICEF et des gouvernements concernés, tout comme l'OMS continuait de l'être dans le domaine de la santé. La FAO organisa en 1962 et 1963 des conférences dans plusieurs pays africains sur divers aspects de la nutrition et un stage de formation eut lieu à Marseille. Toutes ces initiatives contribuèrent à accentuer l'intérêt des gouvernements pour les activités afférentes à la nutrition et à encourager la formulation de politiques nutritionnelles constructives et mieux adaptées aux besoins de l'Afrique. Ce type d'action en matière de nutrition appliquée connut son plein essor à compter du début des années soixante. Nous y reviendrons en temps opportun.

Un des aspects les plus efficaces de l'activité nutritionnelle se révéla être la prestation d'une éducation nutritionnelle simple par l'intermédiaire des clubs de mères et d'autres programmes de développement communautaire axés sur l'éducation et l'orientation des mères. On put ainsi atteindre un plus grand nombre de mères et, par là même, venir en aide immédiatement et directement à leurs nourrissons et jeunes enfants. Parallèlement à ce processus, les milieux gouvernementaux prenaient progressivement conscience de l'importance d'une bonne nutrition. Cette évolution allait ultérieurement porter ses fruits.

Conservation du lait

Un des premiers centres d'intérêt de l'UNICEF, à l'échelle mondiale, consistait à aider les pays d'Europe, d'Asie, du Moyen-Orient et d'Amérique latine à reconstruire et à développer leur industrie laitière. Les programmes d'alimentation complémentaire exécutés en Europe après la Deuxième Guerre

Mondiale, fondés sur l'existence d'abondants excédents de lait écrémé en poudre, avaient fait la preuve de leur utilité en vue de mettre les enfants à l'abri des dangers de la malnutrition. Il était logique qu'on s'emploie ensuite à encourager les pays européens à développer et à maintenir la production de produits laitiers en poudre destinés aux enfants.

Dès 1960, le succès de la promotion, par l'UNICEF, de politiques de conservation du lait en Europe s'était traduit par la livraison de 150 usines de traitement du lait à des laiteries. L'UNICEF fut donc amené à envisager une action similaire dans les pays du tiers monde. L'organisation n'en ignorait pas les difficultés: de nombreux pays tropicaux avaient leurs propres espèces animales, mais les troupeaux étaient numériquement peu importants. Les bestiaux étaient utilisés principalement comme animaux de trait et produisaient peu de lait. L'industrie laitière suppose des techniques perfectionnées ainsi qu'un degré élevé de connaissances et pratiques scientifiques; les pays en développement possédaient peu d'expérience sur les plans du traitement industriel, de la gestion et de la distribution. L'UNICEF décida néanmoins d'aller de l'avant, d'abord en Amérique latine, puis en Asie, et singulièrement dans un pays densément peuplé, l'Inde. L'accord conclu entre l'UNICEF et les pays participant à cette initiative stipulait qu'une partie de la production des laiteries devait être affectée à l'alimentation infantile, à raison d'une fois et demie la valeur de la contribution de l'organisation au projet en cause.

Fort de ces expériences, le Fonds intervint dans le domaine de la conservation du lait en Afrique au Sud du Sahara. Bien qu'il y ait eu à l'époque des signes d'un bon potentiel laitier en Afrique, la possibilité de le mettre en valeur était sévèrement limitée par un manque de crédits et de personnel qualifié ainsi que par des difficultés organisationnelles et administratives. A la fin des années cinquante, l'UNICEF ne fournissait une assistance qu'à quatre usines de traitement du lait en Afrique. La première d'entre elles fut approuvée au Nigéria en 1954, et le projet comprenait la fourniture d'une usine de dessiccation du lait à Vom (Etat du Plateau), dans la région septentrionale du pays où abondaient les troupeaux. Il s'agissait d'agrandir une usine appartenant conjointement au Gouvernement et à la société Cow and Gate. Cinquante mille dollars furent débloqués à cette fin. On envisageait de dessécher et de distribuer gratuitement à environ 10 000 nourrissons et jeunes enfants, par l'intermédiaire de cliniques, d'hôpitaux et de centres ruraux, un lait écrémé de haute qualité recueilli sur le terrain pendant la période d'abondance. Le projet devint opérationnel vers la fin de 1956.

On considérait que l'Afrique, contrairement à d'autres régions telles que l'Asie et l'Amérique latine, possédait de bonnes perspectives de développement de l'industrie laitière à cause de la faible densité de sa population et de l'absence de fortes pressions de l'homme sur les terres. On estimait que l'Afrique pouvait se permettre de consacrer des terres à la culture d'aliments destinés aux animaux. Cette façon de voir reposait sur l'espoir d'une amélioration des méthodes agricoles et des pratiques d'élevage ainsi que de l'organisation, de l'administration et de la formation. Comme l'avenir allait

le démontrer, ces premiers espoirs tardèrent à se concrétiser. De par sa complexité, le développement agricole et industriel se heurtait à de nombreux obstacles.

Un des problèmes caractéristiques était lié à l'irrégularité de la production de lait. Tout comme dans le cas du Nigéria évoqué plus haut, on déplaçait les troupeaux sur de grandes distances, à la recherche de pâturages saisonniers, ce qui entraînait une faible collecte de lait. La situation était similaire en Ethiopie et au Kenya, pays à hauts plateaux. La distribution gratuite du lait aux enfants présentait également des problèmes étant donné qu'elle était tributaire des aléas du financement gouvernemental. De ce fait, le nombre d'enfants défavorisés bénéficiaires de ces initiatives resta peu élevé.

Toutefois, ces premières expériences de soutien de l'UNICEF à des programmes de conservation du lait ne furent pas inutiles, car elles permirent de former un noyau de personnels qualifiés qui allait ultérieurement faciliter le développement plus accentué du secteur agro-alimentaire, ce dont bénéficieraient les économies nationales dans leur ensemble et, en particulier, les enfants. Le Kenya constitue un exemple de ce succès, comme nous le verrons plus loin.

Des protéines tirées de l'arachide

L'importance du lait dans l'alimentation infantile découlait de ce qu'il contenait les protéines essentielles à leur croissance et à leur bonne santé. Toutefois, les approvisionnements et la distribution à une échelle suffisante s'étant heurtés à des difficultés, on se mit à la recherche d'autres sources susceptibles de combler ce qu'on croyait être une "insuffisance de protéines". On connaissait diverses sources de protéines végétales, notamment des légumineuses telles que les haricots et les pois. Bien que les protéines tirées des céréales et de légumineuses fussent encore considérées, à cette époque, comme étant de qualité inférieure à celles d'origine animale, des expériences avaient montré qu'une combinaison soignée de certaines légumineuses pouvait remédier aux carences de celles-ci prises individuellement. Dans un pays asiatique, la production d'un lait de soja en poudre avait connu un certain succès; en Amérique centrale, un produit à base de farine de maïs, de sorgho moulu, de farine de graines de coton et d'autres ingrédients fit son apparition. On en disait le plus grand bien et on estimait que sa production commerciale pourrait être viable.

On s'intéressa très tôt, en Afrique, à la mise au point d'aliments riches en protéines à base, principalement, de farine d'arachide. L'UNICEF coopéra avec la FAO à l'élaboration de ces produits et à des expériences destinées à établir qu'ils convenaient aux enfants. Un de ces tests, effectués dans le Nord du Nigéria à compter de 1963, portait sur un produit riche en protéines désigné sous le nom d'Arlac. La farine d'arachide qui entrait dans sa composition provenait d'une meunerie gouvernementale à Zaria. Le gouvernement provincial fournissait des fonds pour la distribution gratuite de l'Arlac par le truchement d'établissements et d'installations sanitaires, et l'UNICEF fit

de même en affectant aux mêmes fins 70 mille dollars échelonnés sur une certaine période. Toutefois, la découverte d'une substance toxique apparaissant dans la moisissure de tourteaux d'arachide, l'aflatoxine, retarda pendant quelque temps l'exécution du projet. La production commença ultérieurement, et on prépara la commercialisation du produit sous forme de sachets de 200 grammes. L'UNICEF appuya la campagne de vente par une subvention de 7 mille dollars. On écoula une partie des stocks dans un secteur mais, en réalité, la vente au détail ne connut jamais l'essor escompté. Cela tenait principalement au fait que la société qui commercialisait le produit n'était pas motivée, étant donné que l'Arlac était fourni au gouvernement au prix de revient. On affirma également à l'époque que la campagne publicitaire avait été très mal gérée. ^{11/}

Le Sénégal fut le théâtre d'une autre expérience avec l'arachide soutenue par l'UNICEF, et les premiers tests révélèrent la présence d'aflatoxine dans les tourteaux. On finit par mettre au point des méthodes de cueillette qui empêchaient la formation de la moisissure (et assuraient donc la sûreté du produit), mais cette expérience connut le même sort que celui de l'Arlac, et pour des raisons similaires.

+ + + +

La découverte de la "communauté"

La reconnaissance par l'UNICEF de l'importance de l'influence de la communauté était déjà manifeste dans les premiers travaux de programmation de l'organisation. Par contre, l'utilisation délibérée de ce concept dans le but d'accroître le bien-être des enfants se fit progressivement et cette évolution bénéficia grandement des relations et de la coopération de plus en plus étroites entre l'UNICEF et le Bureau des affaires sociales des Nations Unies. Deux des préoccupations du Bureau, à savoir les services de bien-être social et le développement communautaire, devinrent les axes de la coopération avec les pays en développement. Le Bureau devint ainsi partenaire des gouvernements et de l'UNICEF, et commença à jouer le rôle de conseiller technique pour certains des projets soutenus par l'UNICEF qui résultèrent de cette coopération trilatérale.

Le domaine des services de bien-être social était considéré comme le noyau fondamental d'un ensemble d'activités comprenant l'assistance aux familles face aux problèmes économiques et sociaux, l'amélioration de la condition des femmes et des jeunes, le resserrement des relations familiales par la promotion de la protection infantile et en facilitant l'adaptation aux changements rapides de la société, ainsi que par la prestation d'une assistance aux particuliers et groupes nécessitant une attention particulière (par ex., les handicapés, les orphelins, les jeunes délinquants). On voyait dans les enquêtes sociales et les travaux de recherche sociale des instruments permettant d'orienter l'exécution de ces activités. ^{12/} La notion et le mouvement de développement communautaire, d'autre part, faisaient leur chemin, leur objectif étant d'encourager les communautés à s'organiser afin d'analyser leurs propres besoins et de rechercher des solutions aux problèmes

fondamentaux qui se posaient dans leur vie quotidienne en faisant appel à l'assistance mutuelle et à la coopération des instances gouvernementales locales et nationales.

Clubs féminins/puériculture/économie domestique

L'accroissement du soutien aux programmes d'éducation des femmes fut l'un des premiers fruits de l'utilisation de ces concepts par l'UNICEF en Afrique. De façon générale, ces programmes furent mis en oeuvre dans le cadre de clubs féminins, initiative autochtone prise par des dirigeants "naturels" qui reçurent une formation rudimentaire. Ces clubs encouragèrent diverses activités éducatives, commerciales et culturelles, par exemple l'amélioration de la nutrition, l'hygiène personnelle, l'amélioration du logement, la protection infantile, l'élevage de volaille et une amélioration des approvisionnements en eau. Dans un premier temps, ces activités répondaient principalement au désir des femmes d'acquérir certaines compétences ménagères, mais elles conduisirent progressivement à la mise au point de projets d'auto-assistance, pour lesquels elles unirent leurs efforts à ceux des hommes en vue de la construction de centres communautaires, de garderies ainsi que de la protection des sources et autres réserves en eau.

Le Kenya fut le premier pays africain bénéficiaire de la coopération de l'UNICEF dans ce domaine, et comme cela fut rapporté en 1956, le premier pays où l'on vit dans ces clubs un moyen d'améliorer les soins aux enfants, les soins prénataux et post-nataux, l'alimentation infantile, l'hygiène, les premiers soins, les techniques culinaires, la fabrication de vêtements et l'entretien de jardins potagers domestiques.

Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre, la promotion de ces activités communautaires d'auto-assistance était désignée sous le nom d'"animation rurale", et elle s'inscrivait dans le cadre plus large de campagnes de sensibilisation menées par les responsables gouvernementaux aux échelons des provinces et des districts. Ces activités débouchèrent sur l'élaboration de petits projets dans les zones rurales, y compris la construction de routes d'accès, l'organisation de petits marchés, des crèches et des jardins d'enfants, certaines activités génératrices de revenus pour les femmes, la construction de postes de santé, et des huttes pour les "matrones".

Pendant plusieurs sessions consécutives du Conseil d'administration, à compter de 1959, on entendit des observations positives indiquant que les clubs féminins étaient devenus des points de ralliement de la promotion d'activités et de services éducatifs, communautaires et culturels. Ces clubs et d'autres structures de développement communautaire telles que l'animation rurale se répandirent à travers le continent. On constatait également un intérêt croissant à l'égard de l'éducation des femmes dans le Nord du Nigéria, au Ghana et dans certaines des républiques de la communauté francophone.

Ce "mouvement", bien que prometteur, n'était pas exempt de faiblesses et de problèmes. Bon nombre des efforts engagés par des groupes communautaires ne purent être maintenus pendant de longues périodes de temps. Cela tenait en

partie à la pauvreté des populations ainsi qu'à l'insuffisance des ressources matérielles et technologiques à leur disposition. En outre, le soutien qui leur était accordé par des agences gouvernementales, par exemple des ministères du développement communautaire et les ministères à vocation technique, se révéla souvent trop faible ou inadéquat.

Les activités de développement communautaire, cependant, reçurent un soutien constant de l'UNICEF pendant cette période et jusque pendant les années soixante, tandis que le Bureau des affaires sociales de l'ONU continua de fournir des avis techniques et de mener des activités de formation. Le souci de la participation de la communauté aux initiatives et programmes visant l'amélioration de ses conditions de vie caractérisa l'approche de l'UNICEF à compter de cette époque. Mais l'accent était mis en priorité sur le rôle des femmes. Il était déjà évident pour les gouvernements et pour ceux qui connaissaient les réalités du continent que, si la pauvreté, les maladies et l'ignorance affectaient des communautés entières, c'étaient les femmes qui subissaient le plus lourd des fardeaux imposés par ces facteurs défavorables tout en contribuant largement à la vie familiale et communautaire. Une grande partie de la production alimentaire familiale était assurée par les femmes, et elles avaient souvent à s'occuper de cultures de rente; elles accomplissaient également les corvées ménagères consistant à aller chercher de l'eau et du bois de chauffe, à moudre le grain et les tubercules pour la préparation des repas, et à s'occuper des nourrissons et des autres enfants.

Il s'ensuit que les gouvernements et les agences extérieures d'assistance, y compris l'UNICEF, se félicitèrent de l'apparition de ces nouvelles formes d'organisation connues sous le nom de clubs féminins ou clubs de mères, car elles offraient un moyen de diffuser des connaissances et des compétences qui faisaient cruellement défaut. La floraison des projets de "puériculture/économique domestique" à compter du milieu des années cinquante fournit aux femmes la possibilité d'acquérir une éducation et les connaissances qu'elles souhaitaient vivement obtenir dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition, des soins aux enfants et de la santé en général. Ils contribuèrent également à l'acquisition de compétences en matière de techniques culinaires, de couture et fabrication de vêtements, ainsi qu'en vue de l'amélioration de produits artisanaux traditionnels à des fins de génération de revenus.

Les programmes étaient différents d'un pays à l'autre, et même d'une communauté à l'autre à l'intérieur d'un pays. Ils étaient fonction, en grande partie, de l'intérêt exprimé par les femmes elles-mêmes, des objectifs gouvernementaux, des matières premières et vivres disponibles sur place, ainsi que du degré de leadership. Certaines critiques furent très vite formulées à l'encontre de ces programmes. La plus courante était que les activités menées par les femmes reflétaient souvent les aspirations de femmes de classe moyenne des villes et, donc, ne répondaient pas aux besoins de femmes défavorisées des zones rurales. On faisait également valoir qu'une partie de la production locale n'était pas facile à commercialiser. Toutefois, en dépit de ces critiques, tout indique que ces activités remplirent une importante fonction.

Les tentatives d'alphabétisation des femmes trouvent leur origine dans ces premiers clubs féminins et projets de puériculture/économie domestique: ils décuplèrent les aptitudes au leadership parmi les femmes, et ils allaient ultérieurement contribuer à l'amélioration de la condition de la femme et à la transformation des activités auxquelles elles se livraient. Dans le cadre de cette évolution, le soutien de l'UNICEF, sous forme d'équipement, de livraison de matériel et de formation représenta incontestablement un apport important dans la poursuite de cet objectif plus large.

Agents polyvalents (Multi-purpose workers)

Les activités afférentes à l'animation rurale et au développement communautaire étaient souvent fondées sur des organisations autochtones qui existaient déjà. Elles furent soutenues et encouragées, sur le plan gouvernemental, par un nombre croissant de ministères du développement communautaire ou des services sociaux, par l'intermédiaire desquels un noyau semi-professionnel d'agents de développement communautaire fut constitué et se développa. On a souvent qualifié le rôle de l'agent de développement communautaire de "catalyseur" contribuant à organiser et à stimuler les groupes communautaires et les aidant à définir leurs propres problèmes et à y chercher des solutions. Mais les problèmes, bien que liés entre eux, étaient de nature diverse, allant de l'hygiène à la protection maternelle et infantile en passant par l'alimentation, la nutrition et l'approvisionnement en eau. C'est pourquoi ces agents avaient à pratiquer un ensemble de disciplines tout en opérant comme des généralistes. Une des difficultés auxquelles ils se heurtèrent fréquemment tenait à ce qu'ils n'étaient pas en mesure de fournir, de façon utile et en temps opportun, les services techniques gouvernementaux disponibles afin de donner à la communauté le soutien dont elle avait besoin, qu'il s'agisse de l'agriculture, de l'approvisionnement en eau ou de travaux publics.

La grande contribution de l'UNICEF au développement communautaire se situa, en réalité, dans le domaine de la formation du personnel, dont le Fonds infléchit le contenu dans le sens de ce qu'on appela les "agents polyvalents", ou encore, dans les pays anglophones, "multi-purpose workers".

Ce sont les femmes qui bénéficièrent au premier chef de ce mouvement. Il faut rendre hommage au rôle de pionnières joué par certaines dirigeantes féminines dans des pays comme l'Ouganda, le Kenya, le Sénégal et d'autres, qui voyaient dans le développement communautaire un moyen de répondre à certains des besoins fondamentaux des femmes des campagnes et mettaient l'accent sur leur participation active aux discussions et à la prise de décisions. Dans un premier temps, les programmes qui en résultèrent furent concentrés dans les domaines traditionnels des arts ménagers, mais ils s'élargirent progressivement et abordèrent des questions telles que les besoins de la collectivité locale (par ex., l'eau et l'assainissement), l'éducation et l'alphabétisation, et l'acquisition de compétences permettant d'accroître la productivité. Ouvrant en collaboration étroite avec les gouvernements et des organisations féminines bénévoles, l'UNICEF s'employa activement à soutenir ces types d'activités de développement communautaire.

II. LES ANNEES SOIXANTE: LA DECENNIE DES GRANDS CHANGEMENTS

Indépendance et transition

L'année 1960 fut effectivement une "année de grands changements" en Afrique, comme cela fut écrit dans un document présenté au Conseil d'administration, car, cette année-là, 18 pays accédèrent à l'indépendance. Cette évolution politique ne se produisit aucunement de façon abrupte étant donné qu'elle fut précédée, à compter de la fin de la Deuxième Guerre mondiale et particulièrement pendant la décennie des années cinquante, de luttes et d'efforts nationaux en vue de l'obtention de divers types d'autonomie. En Afrique occidentale, dans les pays relevant de la France, on créa de nouvelles institutions et on proposa une communauté de nations francophones dans l'hypothèse où les nations concernées choisiraient l'autonomie totale. En Afrique australe, la Fédération rhodésienne (alors composée de la Rhodésie du Nord, de la Rhodésie du Sud et du Nyassaland) n'allait pas tarder à se disloquer, ce qui allait amener la création de pays indépendants, le Malawi et la Zambie, tandis que la question du statut politique de la Rhodésie du Sud connaîtrait une solution que beaucoup plus tard. Le Ghana avait déjà formulé son deuxième Plan quinquennal de développement (1958-1963). En 1959, l'UNICEF approuva ses premiers engagements en faveur de la République de Madagascar, et des contacts furent établis avec la Belgique en vue de la prestation d'une assistance séparée à trois territoires qu'elle administrait: le Rwanda, le Burundi et le Congo. Ce dernier accéda à l'indépendance en 1960 et fut plus tard désigné sous le nom de Zaïre; le Rwanda et le Burundi obtinrent leur indépendance peu de temps après.

Une observation faite par le Directeur général adjoint de l'UNICEF chargé des programmes illustre le changement du climat politique en 1960. A l'issue d'un périple qui la conduisit au Ghana, au Nigéria, au Cameroun, au Congo, au Zaïre et au Sénégal, qui était alors fédéré avec le Mali, Mme Adelaide Sinclair prit la parole devant le Conseil d'administration, cette année-là, et fit observer que "La vie politique occupe le devant de la scène dans les pays nouvellement indépendants. Il s'agit pour eux d'une période excitante et d'ici à ce que certaines questions politiques soient réglées, les autres doivent attendre". Sa visite à Dakar coïncida avec l'accession du Sénégal à l'indépendance et elle participa aux "célébrations colorées empreintes de gaieté et de liesse populaire". Elle cita plusieurs responsables gouvernementaux qui lui avaient dit: "Les célébrations sont terminées; maintenant, nous devons nous mettre au travail". 13/

L'indépendance s'accompagna des premières contributions financières des gouvernements africains à l'UNICEF. En 1960, les républiques du Dahomey, du Niger et de la Haute-Volta firent une contribution. Il s'écoula peu de temps avant que chaque pays indépendant d'Afrique bénéficiant d'une assistance de l'UNICEF verse une contribution annuelle, aussi modeste fût-elle, à la masse commune des ressources de l'organisation.

L'UNICEF dut procéder à un ajustement radical de son fonctionnement à la lumière du changement fondamental résultant des indépendances. Non seulement était-il nécessaire d'établir des relations avec de nombreuses entités nouvelles mais, ce qui est plus important, il fallait s'efforcer de répondre à leurs aspirations et ambitions, qui avaient été mises en veilleuse pendant la période de lutte politique précédant l'indépendance.

En réalité, il y eut une période de transition. Le passage, pour l'UNICEF, d'une coopération reposant sur un schéma colonial d'assistance à une coopération portant réellement le sceau de l'Afrique allait demander un certain temps. Le fait que les anciennes puissances métropolitaines se soient montrées disposées à maintenir leur assistance sous forme de dons et de prêts, non seulement après l'entrée en scène de l'UNICEF pendant la période de dépendance mais au-delà, constitua un volet important de la poursuite de projets bénéficiant de l'aide du Fonds dans les nouvelles nations. L'accélération du rythme du développement économique et politique influa sur le rythme d'avancement des projets en cours: il se produisit un important renouvellement des effectifs, de nombreux personnels techniques étrangers quittèrent ces pays, et la mise au point de nouvelles modalités de fonctionnement demanda du temps. Des incertitudes planaient sur la disponibilité de fonds des gouvernements ainsi que de sources métropolitaines, régionales et internationales. On trouvera une illustration éclairante de ces difficultés dans les activités de lutte contre les maladies en Afrique occidentale et équatoriale française. Elles avaient été gérées dans le cadre d'une action intégrée à l'échelle du territoire, mais il fallut les diviser en programmes de pays séparés.

Les anciens pays membres de la "communauté française" allaient bénéficier d'un programme français d'assistance bilatérale, le "Fonds d'assistance et de coopération avec les pays d'outre-mer" (FAC) qui, en 1960, était doté d'environ 300 millions de dollars et fonctionne encore à ce jour. Quant aux pays précédemment administrés par la Grande-Bretagne, ils reçurent des dons d'un Fonds de développement et de bien-être colonial ("Colonial Development and Welfare Fund").

+ + + +

L'augmentation de l'assistance internationale: l'Afrique s'ouvre au monde

L'avènement de l'indépendance s'accompagna d'une intensification importante des relations des nations africaines avec les pays non coloniaux et avec les organisations internationales. Les nouvelles nations se félicitaient de recevoir un nouveau type d'aide, l'aide bilatérale, que commencèrent à fournir les Etats-Unis, la République fédérale d'Allemagne, l'URSS, la Yougoslavie et d'autres pays ainsi que des organisations régionales telles que le Marché commun européen et le Fonds européen de développement outre-mer (FEDO, actuellement le FED).

Le rôle des Nations Unies et des institutions spécialisées s'accrut. L'établissement, dans de nombreux pays africains, du Bureau du Représentant résident du Bureau de l'assistance technique des Nations Unies, qui allait devenir plus tard le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), marqua l'élargissement de la coopération avec l'ONU et ses institutions spécialisées.

+ + + +

Rôle de pionnier de l'UNICEF

L'Afrique s'ouvrait au monde. Il se produisit un afflux d'un nombre croissant d'organismes nouveaux et souvent concurrents, y compris ceux des Nations Unies. Mais il reste que jusqu'à cette époque, l'UNICEF, l'OMS et la FAO occupaient nettement une place à part qui leur permit de jouer un rôle de pionnier et de faire d'utiles contributions au développement, chacune dans son champ respectif de compétence. C'est à cette époque que les Nations Unies intervinrent au Congo pour remédier à un cataclysme dans ce pays nouvellement indépendant; c'est également à cette époque qu'on mit en doute l'efficacité de l'ONU et qu'on formula des critiques quant à la lenteur de l'acheminement de l'assistance. Bien évidemment, l'UNICEF, faisant partie des Nations Unies, n'était pas à l'abri de ces prises de position. Toutefois, étant donné qu'il disposait d'une capacité d'intervenir rapidement, l'UNICEF était un instrument plus fiable d'assistance aux gouvernements dans les situations d'urgence ainsi que, à plus long terme, dans le domaine du développement social. Le Directeur général de l'UNICEF, feu Maurice Pate, se rendit personnellement au Congo pour superviser l'assistance de l'organisation en coopération avec l'action menée alors par l'ONU.

L'UNICEF devait nécessairement consulter les institutions spécialisées et le Bureau des affaires sociales de l'ONU, et s'efforcer d'obtenir leur concours. Au fil des ans, au fur et à mesure que se développèrent ces relations, elles comportèrent des processus souvent très lents lorsqu'il s'agissait de projets déterminés. L'expérience croissante de l'UNICEF et le degré considérable de décentralisation des responsabilités à son personnel sur le terrain permirent au Fonds de fournir avec souplesse une assistance sans retards indus et l'UNICEF estima à cette époque que les méthodes de coopération avec les autres organismes devaient être revues et harmonisées. A ce tournant historique de l'histoire de l'Afrique, à un moment où les gouvernements estimaient que tout devait être fait et exécuté avec célérité, l'UNICEF mit l'accent sur un programme visant à garantir une mise en oeuvre accélérée de ses activités. Plutôt que de retarder l'exécution de projets précis afin de garantir la présence de tous les éléments souhaitables, la coopération avec les organismes techniques du système des Nations Unies se caractérisa par une meilleure coordination des politiques d'ensemble. On estimait qu'il serait possible de procéder à des rajustements de tir et à des améliorations à la lumière de l'expérience acquise lors de l'exécution des projets. Cette approche pragmatique allait caractériser l'action de l'UNICEF à compter de cette époque, en Afrique et ailleurs.

+ + + +

Nouvelles orientations

Santé publique et évolution des priorités

La nouvelle orientation que suivit l'UNICEF dans la prestation de son assistance aux pays en développement d'Afrique à la fin des années cinquante et au début de la décennie suivante découla de l'effet conjugué de sa propre expérience et des besoins exprimés par les nouveaux gouvernements. Bien que la modification de l'orientation, des politiques et des approches ne fût pas abrupte ou soudaine, elle représentait néanmoins un changement important à plusieurs égards. L'assistance aux campagnes de masse contre les maladies endémiques allait être considérablement réduite, et le Fonds allait accorder davantage d'attention à l'expansion des services sanitaires polyvalents dans les zones rurales et aux aspects préventifs de la santé publique. Cette évolution des politiques et des façons de faire s'expliquait, en partie, par la maigreur des ressources à la disposition des jeunes gouvernements, dont les populations attendaient beaucoup.

On s'attendait à ce que le programme de lutte contre le pian prenne fin dans un délai de deux à trois ans; la lutte antilépreuse n'était pas terminée, mais on avait déjà traité l'essentiel des cas, et on prévoyait une élimination progressive, échelonnée sur une période de trois à cinq ans, de l'assistance dans ce domaine. Il fallut affecter une plus grande part des ressources des gouvernements et de l'UNICEF à l'application de nouvelles politiques relatives aux services sanitaires. Pour l'UNICEF, la lutte antipaludique en Afrique était à la croisée des chemins. Le schéma des projets pilotes traditionnels et des campagnes de masse limitées allait disparaître en 1961. On se demanda, en principe, si l'UNICEF devait continuer d'affecter des ressources à la lutte contre une maladie pour laquelle on n'avait pas encore réussi à mettre au point de méthodes d'éradication satisfaisantes d'un point de vue technique, et dans des pays qui ne disposaient pas d'un réseau de services sanitaires suffisamment développé pour qu'il soit possible de maintenir une structure efficace de lutte antipaludique.

Les nouveaux programmes suivants allaient se voir assigner un rang de priorité élevé:

- a) Puériculture/économie domestique: leur objectif était d'accroître la possibilité pour les femmes de bénéficier de services d'éducation des adultes. De nombreux projets étaient déjà mis en oeuvre avec succès dans plusieurs pays d'Afrique orientale et au Ghana;
- b) Développement communautaire et animation rurale, afin de soutenir les efforts faits par les gouvernements en vue de mobiliser les populations rurales pour l'exécution de travaux d'infrastructure dans une démarche d'auto-assistance. A cette époque, les ressources gouvernementales étaient extrêmement limitées. Alors qu'on s'interrogeait sur la possibilité de maintenir pendant longtemps un intérêt reposant sur le bénévolat, les qualifications de l'agent de développement communautaire s'accrurent de plus en plus, et un soutien important fut donné à la formation de ces agents et des animateurs.

-
- c) Education rurale: On s'intéressait vivement à l'éducation scolaire des enfants des zones rurales, qu'on considérait comme une façon de les inciter à y rester. C'est à cette époque (1962) que fut approuvé, pour la Haute-Volta, le premier projet d'enseignement des sciences dans les campagnes;
- d) La nutrition et la production alimentaire retinrent beaucoup plus l'attention. On allait mettre l'accent sur l'éducation nutritionnelle dans les écoles, sur l'enseignement d'économie domestique à la maison, et sur l'éducation des femmes, de concert avec un accroissement de la production alimentaire à l'échelle des villages.

Evolution des stratégies

Le soutien de ces nouveaux types d'activités supposait l'adoption de nouvelles modalités de fonctionnement et une évolution des stratégies. L'action à mener serait beaucoup plus complexe et nécessiterait l'intervention de divers ministères, mais on estima qu'il serait judicieux de ne poursuivre qu'un objectif à la fois, d'oeuvrer en concertation avec le ministère qui était prêt à agir, quitte à faire intervenir d'autres organismes ultérieurement. L'heure des démarches coordonnées n'avait pas encore sonné.

Un grand nombre de ces nouvelles politiques furent mises en oeuvre, mais non sans difficultés. L'évolution des engagements financiers de l'UNICEF au détriment, par exemple, de la lutte contre les maladies, fut spectaculaire. En 1955, 77 pour cent des crédits affectés à l'Afrique étaient destinés à cette catégorie d'activités; cette proportion fut ramenée à 51,7 pour cent l'année suivante et elle ne s'établissait plus qu'à 25 pour cent en 1960. L'intégration, dans les services sanitaires, des actions curative et préventive - intervention jugée essentielle à l'expansion des services sanitaires de base - se révéla laborieuse, particulièrement dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest. Les gouvernements nouvellement indépendants de cette région héritèrent deux catégories différentes d'agents sanitaires. D'une part, l'Assistance médicale africaine (AMA), pour les services curatifs, et, de l'autre, le Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie, corps d'élite qui s'occupait essentiellement de l'éradication des maladies transmissibles.

Les gouvernements d'Afrique orientale et australe étaient, grâce à un soutien important de l'UNICEF, davantage en mesure d'agir dans le sens d'une expansion du réseau des centres sanitaires. Cette action y bénéficia d'une tendance croissante à la stabilisation des populations rurales. Certains nouveaux gouvernements (par. ex. celui de la Tanzanie) contrèrent la pratique du déplacement constant des populations rurales et l'application de méthodes agricoles "de la terre brûlée" avec une politique de "villagisation" assortie de mesures incitant les paysans à se sédentariser, ce qui présentait l'avantage de faciliter la prestation de services tels que l'approvisionnement en eau, les écoles et les installations sanitaires.

Planification nationale et programmation par pays

Etant devenus maîtres de leur destin avec l'accession à l'indépendance, un grand nombre de pays africains manifestèrent un grand intérêt à l'égard d'une planification plus systématique de leur développement national. Ils accordèrent une grande importance au développement économique et à l'éducation. La majorité des nouveaux plans nationaux ne prévoyaient qu'une expansion limitée des services sociaux. Le début des années soixante fut marqué par de larges débats sur la nature des stratégies de développement national à adopter. Une école de pensée faisait valoir qu'il fallait mettre l'accent sur le développement économique, son raisonnement étant qu'il fallait d'abord multiplier les ressources avant que le pays puisse se permettre de grandes dépenses dans le domaine du développement social. Les tenants de cette thèse considéraient les dépenses sociales comme une forme de consommation. D'autres opinions s'exprimèrent également, faisant valoir que les dépenses sociales représentaient, pour l'essentiel, un investissement au service de la mise en valeur des ressources humaines, sans lesquels on ne saurait concevoir un développement durable.

L'importance de ce débat pour l'UNICEF et pour toutes les parties intéressées à la protection de l'enfance sautait aux yeux, car c'est dans ce volet de la planification nationale que des décisions conditionnant le bien-être des enfants allaient être prises. Il n'est donc pas étonnant que l'UNICEF ait, à cette époque, plaidé en faveur d'une approche plus globale des problèmes des enfants dans la phase de planification active que de nombreux gouvernements avaient engagée. Cependant, les retombées de ces activités de plaidoyer ne se manifestèrent que progressivement. A travers les années soixante, le Conseil d'administration eut à se prononcer sur plusieurs projets sectoriels par pays, mais la notion de "programmation par pays", au titre de laquelle on examinait le soutien d'un ensemble intégré d'activités à l'échelle d'un pays, faisait son chemin. On souhaitait, idéalement, que cet ensemble reflète la hiérarchisation des priorités établie d'un commun accord par les ministères gouvernementaux et l'UNICEF.

+ + + +

Les années de la consolidation: participation croissante de l'UNICEF

Aux "grands changements" de 1960 succédèrent des années de "consolidation", et cette période dura environ jusqu'en 1965. L'Organisation de l'unité africaine fut créée et, en son sein, des commissions spécialisées sur la nutrition, la santé, la nutrition et l'assainissement, etc. virent le jour et commencèrent à traiter de certains problèmes dans le cadre général de l'unité africaine. Ces commissions s'occupaient donc de questions qui intéressaient l'UNICEF (au double sens du terme). Les réunions au niveau ministériel ainsi qu'aux niveaux plus techniques se multiplièrent.

L'intervention de l'UNICEF en Afrique s'intensifia, cette croissance se manifestant sur le plan des engagements, ainsi que par la diversité de plus en plus grande des projets et par l'augmentation du personnel sur le terrain.

L'UNICEF continuait de bénéficier d'une "réputation inégalée en Afrique", selon le rapport sur l'état des travaux présenté par le Directeur général en 1965. En juin 1963, les engagements afférents aux programmes en Afrique s'élevaient à 3,8 millions de dollars, et ils passèrent à 5,9 millions en juin 1964. Fait encore plus significatif, au cours de cette dernière année, 24 pour cent des engagements étaient destinés à l'éducation, secteur de coopération relativement nouveau pour l'UNICEF, ce qui reflétait le rang de priorité plus élevé assigné par les gouvernements africains à l'expansion de l'éducation de base. Parallèlement, 41 pour cent des crédits allaient aux services sanitaires, contre seulement 5,5 pour cent à la lutte contre les maladies. La nutrition se voyait également accorder un rang de priorité plus élevé, comme en témoigne le fait que les engagements y afférents représentaient 21,6 pour cent de l'ensemble des engagements de cette année-là. Afin de soutenir ces activités, l'UNICEF accrut également dans les mêmes proportions le nombre de ses bureaux et personnels sur le terrain, comme nous le verrons ci-après.

+ + + +

Evaluation de l'action de l'UNICEF

Le Conseil d'administration du Fonds mit l'accent, en 1961 et en 1962, sur l'importance de l'évaluation permanente. Dès le milieu des années soixante, la notion d'"évaluation" était intégrée à tous les nouveaux plans d'opérations pour les projets soutenus par l'UNICEF même si, comme on en rendit compte au Conseil d'administration en 1965, les ministères gouvernementaux eux-mêmes n'étaient pas encore en mesure de procéder à ces activités d'évaluation. Des évaluations globales dans des domaines tels que les programmes sanitaires de base, la lutte contre les maladies transmissibles et la conservation du lait avaient déjà été effectuées et soumises par des gouvernements et des experts internationaux. L'accent était mis, dans ces rapport, sur une évaluation critique des services émergents pour les enfants. Ils comprenaient:

- Lutte antilépreuse: une équipe d'experts de l'OMS prépara une évaluation à la lumière d'enquêtes sur le terrain en République centrafricaine, au Tchad, au Congo (Brazzaville), au Gabon et au Sénégal;
- Nutrition appliquée: évaluation exécutée par des experts de la FAO de concert avec l'OMS en 1964 à la suite de visites dans des pays d'Afrique centrale;
- Protection sociale: des experts de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) se rendirent dans des écoles de service social de divers pays afin d'évaluer les normes de formation des agents de développement social. 14/

Les recommandations accompagnant ces évaluations furent ensuite examinées par le Secrétariat et par le Conseil d'administration, ce qui se traduisit souvent par des modifications de la stratégie, du contenu du programme ainsi que du financement.

Le personnel de l'UNICEF sur le terrain commençait également à prendre conscience de la nécessité de l'évaluation. Les participants à une réunion régionale du personnel de l'UNICEF, tenue à Dakar en 1964, procédèrent à une "évaluation pratique" des programmes aidés par l'UNICEF en Afrique. Ils exprimèrent l'opinion que le succès de ces programmes était subordonné à l'emploi de méthodes simples et concrètes pour la solution des problèmes, à une bonne coordination avec les autres sources d'assistance, intérieures et extérieures, à l'expansion de la formation du personnel et à la participation active de la communauté. 15/

Ce dernier élément allait être un thème souvent évoqué au cours des années qui suivirent. S'agissant de la nutrition appliquée, par exemple, on signala que la participation active de la communauté s'était révélée "le principal noyau" du projet. Le Basutoland (le Lesotho d'aujourd'hui), par exemple, en était une illustration péremptoire. Dans ce pays, l'élevage de volailles et la production de légumes, soutenus par l'UNICEF, furent couronnés de succès parce qu'ils suscitèrent un vif intérêt chez les agriculteurs. Une partie des aliments produits étaient destinés à l'alimentation des enfants dans les écoles. La formation des agriculteurs à l'exercice de ces activités bénéficiait d'une participation importante et enthousiaste. 16/

La formation constituait également une activité d'une importance décisive dans le domaine de la nutrition. Dans le cadre du programme régional de formation à la nutrition, aidé par l'UNICEF, il se tint onze séminaires en Afrique, et 14 manuels sur l'alimentation et la nutrition furent rédigés et imprimés. Dans les pays francophones, un cours de nutrition fut organisé avec la collaboration de l'Université de Paris, à la fin de 1964, avec la participation de neuf pays. S'agissant des pays anglophones, 27 étudiants assistèrent, l'année suivante, à des cours similaires qui bénéficiaient du concours de l'UNICEF et s'inscrivaient dans le cadre d'un programme de coopération entre les universités de Londres et d'Ibadan.

Le succès des projets d'aide à la conservation du lait retint particulièrement l'attention au Kenya où, dans le cadre des programmes de centres laitiers ruraux, 68 centres traitaient 40 000 litres de lait par jour. Une partie de ce lait était envoyé par les coopératives rurales aux centres d'hygiène et de protection sociale et aux écoles pour y être distribué gratuitement aux enfants. Ces livraisons se faisaient en contrepartie de la fourniture, par l'UNICEF, d'équipement aux coopératives laitières. Cette industrie fonctionne toujours, et la distribution gratuite de lait aux enfants dans les écoles reste un des principaux volets du soutien gouvernemental à la nutrition des enfants.

+ + + +

Un grand objectif: l'éducation pour tous

Ce n'est pas sans certaines hésitations que l'UNICEF commença à fournir une assistance dans le domaine de l'éducation. Dans un rapport préparé en

consultation avec l'UNESCO et soumis à la session de mars 1959 du Conseil d'administration, le Directeur général recommanda qu'une assistance soit fournie à l'éducation primaire sur demande des gouvernements et soit affectée principalement à la formation des enseignants. Il demanda une modeste allocation de fonds à cette fin. Le Conseil limita son approbation à la formation du personnel enseignant dans les domaines de la santé et de la nutrition. ^{17/} En 1960-61, les débats du Conseil d'administration ouvrirent la voie à une coopération générale dans le domaine de l'éducation avec les gouvernements qui accordaient un rang de priorité élevé à l'éducation de base. Les interventions concrètes furent toutefois modestes. L'intérêt de l'UNICEF pour l'assistance à l'éducation allait, après ces débuts peu spectaculaires, connaître une forte croissance pendant la décennie des années soixante et au-delà et englober la formation préalable et en cours d'emploi des enseignants, la formation de personnel dans le domaine de l'économie domestique, l'assistance aux écoles normales, certains aspects de l'éducation agricole, la production de matériel éducatif, y compris des manuels, la formation professionnelle et pré-professionnelle (en coopération avec l'UNESCO et l'OIT), la formulation de programmes scolaires et la planification de l'éducation. On trouvera une preuve de ce que l'Afrique au Sud du Sahara avait le plus grand besoin de ces types d'assistance dans le fait que le taux de fréquentation de l'école primaire ne dépassait pas, en 1960, 34 pour cent des enfants en âge d'être inscrits au cycle élémentaire. Il s'agit là d'une moyenne, mais la situation variait grandement d'un pays à l'autre, et le taux ne s'élevait qu'à 10 pour cent dans certains pays. Et de tous les enfants inscrits à l'école, environ le tiers seulement étaient des filles. ^{18/}

Lors d'une réunion tenue en 1961 à Addis-Abéba, l'Organisation de l'unité africaine (OUA) approuva un "Schéma de plan de développement de l'éducation en Afrique" qui visait à "réaliser la démocratisation et la rénovation de l'éducation afin de permettre à tous les enfants et adultes africains des deux sexes d'exercer intégralement leur droit à l'éducation, condition préalable à l'épanouissement des possibilités de l'individu pour le progrès de la société". ^{19/}

Les ministres africains de l'éducation, réunis à Abidjan en mars 1964, déclarèrent que tout enfant africain avait droit à l'éducation et ils demandèrent instamment que le rang de priorité le plus élevé soit assigné à l'expansion de l'éducation de base dans l'ensemble du continent.

Le processus de réalisation de ces nobles objectifs se révéla rien moins que facile et il se heurta à de multiples obstacles et entraves. Près de deux décennies plus tard, une enquête de l'UNESCO établissait que les taux de fréquentation de l'école élémentaire variaient entre 21 et 86 pour cent. ^{20/} On rapporta des résultats tout aussi décevants en matière d'alphabétisation des adultes.

Parmi les questions fréquemment soulevées au cours de l'ère de l'après-indépendance figurait celle de l'adaptation des formes d'éducation en vigueur aux besoins des enfants d'Afrique et aux exigences du développement national. Les racines de ce problème remontent à la période coloniale. C'est ainsi, par exemple, que dans les territoires coloniaux français de

l'Afrique occidentale, centrale et orientale, deux systèmes d'éducation coexistaient, l'un pour la population autochtone, en grande partie rurale, et l'autre pour les citoyens français et quelques ressortissants des pays concernés.

Dans les deux cas, des "travaux manuels" de caractère agricole venaient s'ajouter au programme après la journée normale. L'enseignement était dispensé en français. (Contraste intéressant à noter, on utilisait, dans le Congo sous administration belge, trois langues autochtones, selon la région).^{21/}

Au cours de la période précédant l'accession à l'indépendance, on proposa une union française aux pays francophones et le système d'éducation évolua. On introduisit un système unique, y compris au secondaire, le principal objectif étant de faciliter "l'intégration" des nations africaines à la "mère patrie", la France. Les programmes scolaires étaient une copie conforme de ceux qui étaient suivis en France. Quand l'indépendance totale fut préférée à "l'union", les pays nouvellement indépendants s'efforcèrent de rompre avec leur passé colonial et les formes d'éducation en vigueur firent l'objet de changements et de "réformes".^{22/}

Dans les faits, l'éducation élémentaire était, à cette époque, le seul type d'éducation scolaire que recevraient la plupart des enfants d'Afrique, et les programmes et méthodes d'enseignement étaient en grande partie coupés de la réalité. C'est pourquoi un volet des réformes proposées consistait dans la mise en place d'une orientation pré-professionnelle dans les programmes du cycle élémentaire. Certains pays d'Afrique occidentale, par exemple le Niger, le Mali et la Haute-Volta, se prononcèrent en faveur du concept de la "ruralisation" de l'éducation. Cette proposition se fondait sur le raisonnement que si on enseignait aux enfants des zones rurales des connaissances et des compétences qui correspondaient aux besoins de leur milieu, il y avait davantage de chances qu'ils ne quittent pas leur région d'origine et contribuent à son développement. Un important exode rural, découlant d'un ensemble de facteurs complexes, n'en continua pas moins après l'indépendance.

En outre, l'UNESCO et certains ressortissants des pays concernés s'opposèrent vigoureusement au mouvement de "ruralisation", en faisant valoir qu'il allait à l'encontre du principe largement reconnu de la "démocratisation" de l'éducation puisqu'il créait deux systèmes, l'un à l'intention des enfants des campagnes et l'autre destiné à ceux des villes, ce qui ouvrait la voie à l'inégalité des chances des enfants du même pays.

D'autres problèmes se posaient dans le domaine de l'éducation. L'un d'eux avait trait à l'avenir d'un enfant qui avait terminé le cycle élémentaire. Un haut fonctionnaire de l'UNICEF cita plus tard les propos du Président Nyerere, de la Tanzanie, à l'effet qu'il était fier de ce que 98 pour cent des enfants de son pays soient inscrits à l'école primaire mais qu'il ne connaissait pas le pourcentage des enfants qui, déjà, ne savaient plus ni lire ni écrire parce qu'ils manquaient de matériel de lecture à la maison et au sein de leur communauté.^{23/}

L'intervention de l'UNICEF dans le domaine de l'éducation scolaire se limita, au cours de la période initiale, à l'introduction de l'éducation sanitaire et nutritionnelle dans les programmes. La reconnaissance du rôle vital de l'éducation dans le développement national donna un nouvel élan à ce secteur et, par voie de conséquence, le soutien de l'UNICEF à l'éducation au sens large connut une croissance spectaculaire. Dès 1965, 13 pays recevaient une assistance destinée à des programmes dans le domaine de l'éducation, en dépit du fait que tout nouveau programme s'accompagnait forcément de difficultés. L'un d'eux consistait en un projet relativement important dans le Nord du Nigéria, qui comportait la formulation de programmes scolaires et la formation d'enseignants parallèlement à la création de nouveaux Etats. L'éducation absorbait un pourcentage élevé - de 3,5 à plus de 10 pour cent - du budget de la plupart des Etats d'Afrique. Plus récemment, cette proportion s'est accrue de façon marquée, atteignant entre 20 et 25 pour cent des budgets nationaux. Les immobilisations à des fins de construction d'écoles et d'établissements de formation des enseignants, ainsi que la production de manuels, nécessitaient d'énormes dépenses. L'assistance bilatérale et des prêts de la Banque mondiale et d'autres organisations permirent de répondre à une partie de ces besoins, mais les gouvernements durent néanmoins continuer de porter un fardeau financier extrêmement lourd.

L'UNICEF fournit un soutien dans divers domaines de l'éducation: formation des enseignants, formulation de programmes scolaires, production de manuels et enseignement spécialisé, par exemple des sciences (particulièrement à l'intention des enfants des campagnes), et poursuite du soutien à l'éducation sanitaire et nutritionnelle. L'intervention croissante de l'UNICEF dans le domaine de l'éducation s'accompagna d'une intensification de la collaboration avec l'UNESCO, qui assura des services consultatifs et participa à la formulation et à la mise en oeuvre des projets.

Dès 1965, l'UNICEF soutenait les programmes de 19 pays d'Afrique dans le domaine de l'éducation. C'est ainsi, par exemple, qu'en Ethiopie, cette année-là, 900 enseignants reçurent leur diplôme grâce à la coopération de l'UNICEF et qu'un nombre égal d'enseignants sous-qualifiés bénéficièrent de stages de recyclage pendant l'été. A Madagascar, 680 enseignants ruraux furent formés, et un séminaire se tint à l'intention de 900 responsables et cadres supérieurs du Gouvernement ainsi que des écoles des missions et autres écoles privées. Des activités de formation d'une envergure similaire se déroulaient à travers tout le continent, car on estimait que la pénurie de personnel enseignant constituait le principal obstacle à l'accroissement des possibilités de s'éduquer offertes aux enfants.

L'assistance de l'UNICEF à ces gouvernements comprenait la rémunération des formateurs, une indemnité quotidienne pour les stagiaires et les rédacteurs des manuels, ainsi que la fourniture d'une documentation et de matériel audio-visuel pertinents. L'UNESCO accordait également une assistance technique aux projets de ce type, de concert avec l'UNICEF. A la fin de 1970,

l'UNICEF avait, dans toute l'Afrique, assisté environ 10 000 écoles et établissements d'enseignement, et fourni des bourses pour la formation de 59 000 enseignants.

+ + + +

Les besoins des enfants: l'UNICEF élargit ses horizons

En plus de marquer le début de l'ère de l'indépendance en Afrique, l'année 1960 se caractérisa par une importante réorientation des politiques et pratiques de l'UNICEF. L'Assemblée générale avait, l'année précédente, approuvé massivement la Déclaration des droits de l'enfant, ce qui représentait un soutien moral à une notion qui était de plus en plus reconnue, à savoir l'importance des enfants dans la société, la nécessité de répondre à l'ensemble de leurs besoins, qu'ils soient physiques, psychologiques ou intellectuels, et leur droit d'être protégés par la société.

Au sein de l'UNICEF, la notion d'"indivisibilité de l'enfant" et de ses besoins s'imposait de plus en plus. D'ailleurs, l'aide de l'organisation à l'éducation scolaire, qui s'accroissait désormais dans le cadre normal des programmes d'assistance, constituait justement une des retombées de la réorientation des politiques et méthodes de travail. Cette évolution ne se produisit sans peine: à la fin des années cinquante, elle fut vivement contestée aux réunions du Conseil de l'administration de l'UNICEF et au sein même du Secrétariat.

Le Fonds entreprit en 1961 des enquêtes sur les besoins fondamentaux des enfants dans de nombreux pays à travers le monde. Le rapport présenté par le Secrétariat au terme de cette initiative reçut l'aval du Conseil d'administration et il marqua un tournant dans la perception qu'avait l'UNICEF de sa coopération avec les pays en faveur des enfants. Les besoins des enfants d'un pays donné allaient être examinés à la lumière d'études d'ensemble, et une "hiérarchie" de ces besoins allait être établie par les ministères gouvernementaux et l'UNICEF, généralement en fonction des tranches d'âge: d'avant la naissance jusqu'à l'âge d'un an, de un à cinq ans, la période suivante correspondant en gros avec l'âge de fréquentation de l'école élémentaire, et il devint possible d'accorder une assistance à l'éducation.^{24/}

Ensuite, l'UNICEF commença à plaider en faveur de l'intégration systématique des besoins des enfants au processus de planification du développement national, son assistance à un pays donné devant être intégrée, dans toute la mesure du possible, à ces plans nationaux, en tenant compte des priorités propres à ces pays.

La conférence tenue en 1964 sous les auspices de l'UNICEF au Centre de la Fondation Rockefeller à Bellagio, en Italie, fut un jalon décisif dans cette évolution. Parmi les participants à cette conférence, dont le thème était

"L'enfance et la jeunesse dans la planification du développement", se trouvaient un certain nombre de planificateurs et d'économistes de premier plan, des ministres influents provenant de pays en développement, des experts des pays développés de l'Est et de l'Ouest, ainsi que des représentants de l'ONU et des institutions spécialisées. La réunion se tint sous la présidence du Professeur V.K.R.V. Rao, de la Commission du Plan de l'Inde. ^{25/}

La délégation de l'UNICEF comprenait le Directeur général, Maurice Pate, les trois Directeurs généraux adjoints, E.J.R. Heyward, George Sicault et Edward Iwaskiewicz, qui était économiste et avait déjà été membre de la Commission polonaise du Plan. Il était entré à l'UNICEF deux ans auparavant pour plaider en faveur de ses efforts en matière de planification. Le haut niveau de représentation de toutes les délégations reflétait le sérieux avec lequel l'UNICEF tentait d'affirmer son rôle d'agence qu'intéressait les questions du développement national, et qui ne se limitait pas aux aspects humanitaires de la place des enfants dans leur société. Cette conférence historique et les réunions régionales qui suivirent contribuèrent à l'obtention, par l'UNICEF, d'un statut de membre à part entière de la communauté grandissante des organismes internationaux oeuvrant dans le domaine du développement.

L'examen des besoins de l'enfance africaine

L'ère de la planification au sein de l'UNICEF était déjà bien engagée lorsque le Conseil d'administration se réunit à Addis-Abéba en Ethiopie en 1966. Cette session fut considérée comme un tournant dans la coopération de l'UNICEF avec les pays africains. Le Fonds coopérait déjà, à cette époque, avec 41 nations du continent (sur un total de 120 à travers le monde). Le revenu total de l'organisation, cette année-là, s'élevait à 35,2 millions de dollars, et elle s'était fixée l'objectif "ambitieux" de 50 millions avant la fin de la décennie.

La session fut précédée d'une "réunion extraordinaire" consacrée aux besoins de l'enfance africaine. Parmi les participants venus de vingt-deux pays africains figuraient des responsables de ministères du développement et des finances, ainsi que de ministères s'occupant de secteurs concrets, tels que la santé, l'éducation et la protection sociale. Assistaient également à la réunion des experts de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), de l'Organisation de l'unité africaine, et de l'Institut africain de développement économique et de planification, ainsi que des représentants d'institutions spécialisées des Nations Unies.

Les gouvernements du Dahomey, de l'Ethiopie, du Gabon, de Madagascar, de la Haute-Volta, de l'Ouganda et du Sierra Leone avaient préparé, pour la réunion extraordinaire, des monographies décrivant la situation des enfants et des adolescents dans leur pays ainsi que leur expérience des problèmes que posaient les plans de développement. Avant la session du Conseil

d'administration, certains délégués au Conseil s'étaient rendus en Côte d'Ivoire, au Kenya, au Nigéria et en Tanzanie, à l'invitation des gouvernements de ces pays; ils avaient pu observer directement les programmes destinés à répondre aux besoins des enfants et le rôle de soutien à ces activités joué par l'UNICEF et d'autres organismes. 26/

Les monographies présentées et les débats qui se déroulèrent mirent en évidence le fait que la plupart des enfants et des jeunes d'Afrique appartenaient à des familles dont les ressources suffisaient à peine à assurer leur subsistance. Plus de 40 pour cent des quelque 300 millions d'Africains 27/ avaient moins de quinze ans (alors que cette tranche d'âge représentait 25 pour cent de la population des pays industrialisés). La proportion de médecins variait entre 1 pour 20 000 et 1 pour 100 000 habitants, et le taux de mortalité infantile fluctuait entre un minimum de 60 et un maximum de 400 pour mille naissances vivantes dans certaines régions. Bien que les moyens d'enseignement se soient considérablement accrus au cours de la décennie précédente, on estimait que, sur les 32 millions d'enfants africains en âge de fréquenter les écoles primaires, 18 millions n'y étaient toujours pas inscrits et que seulement 7 pour cent des jeunes en âge de suivre des cours du niveau secondaire fréquentaient l'école.

Les participants soulignèrent que les programmes en faveur de l'enfance et de la jeunesse en Afrique devraient faire partie intégrante des stratégies de développement économique et social, et être considérés comme influant sur le développement et non pas comme des retombées automatiques de la croissance économique. Les programmes destinés aux jeunes devraient donc, de ce fait, être axés sur la satisfaction des besoins de développement, cette façon de voir correspondant à leur importance en leur qualité de ressources humaines à mettre en valeur. 28/

Un groupe de travail analysant la situation des enfants souligna la nécessité d'identifier les besoins prioritaires: de la période pré-natale jusqu'au premier anniversaire, la priorité vitale était l'hygiène infantile et la protection sociale. Dans la tranche d'âge supérieure (1-5 ans), la malnutrition constituait le principal problème; les participants mirent donc l'accent sur la nécessité d'accroître la production et la consommation d'aliments riches en protéines. S'agissant du groupe des enfants d'âge scolaire (6-14 ans), la préparation au travail et le développement intellectuel représentaient des priorités évidentes. 29/ La "hiérarchisation" des besoins était un thème qui allait être évoqué à maintes reprises, ultérieurement, dans des réunions et des documents.

Les participants soulignèrent que, dans une première étape de la planification visant à répondre à ces besoins complexes, qui se chevauchaient, il s'imposait que chaque pays entreprenne à intervalles réguliers des évaluations systématiques des problèmes des enfants et des jeunes. Ils estimèrent que la meilleure façon de procéder consistait à constituer des comités inter-ministériels de haut niveau. Il incomberait à ces mécanismes de coordination d'effectuer ces évaluations, de recommander des affectations de ressources, d'examiner les programmes et, de façon générale, de veiller à ce que les problèmes des enfants reçoivent l'attention voulue dans les plans de développement.

Fait intéressant à noter, les participants attirèrent l'attention sur le rôle que les "instruments de politique économique", et non seulement les interventions dans le domaine social, pouvaient jouer en vue de l'amélioration de la situation des enfants. Ils signalèrent que le dénuement général des familles et des collectivités constituait une des causes principales de la situation précaire de l'enfant et de l'adolescent et qu'en relevant les niveaux de consommation des familles, on pourrait apporter de notables améliorations aux conditions de vie des enfants. Au nombre de ces instruments économiques se trouvaient, ont-ils ajouté, la politique fiscale, les politiques de fixation des prix et d'autres stimulants destinés à encourager la production et la consommation de produits indispensables au développement de l'enfant.

Des discussions d'un grand intérêt se tinrent également à propos du planning familial, question qui était peut-être soulevée pour la première fois dans le cadre de la coopération de l'UNICEF en Afrique. La réunion d'Addis-Abéba mit également en relief l'importance du rôle que jouait la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) en aidant les pays nouvellement indépendants dans les domaines économique et social. D'ailleurs, une grande partie de la documentation présentée lors de cette session du Conseil d'administration avait été réunie et analysée par le personnel de la CEA, en particulier par sa Division du développement social. Les relations entre la CEA et l'UNICEF étaient marquées au coin d'une coopération étroite, qui porta de nombreux fruits, notamment dans les secteurs du développement communautaire, des services sociaux et des programmes en faveur des femmes.

+ + + +

La planification nationale en faveur des enfants est-elle possible?

Presque tous les pays africains avaient déjà, à cette époque, formulé des plans à moyen ou à long terme de développement national. La plupart d'entre eux comprenaient des orientations générales qui n'étaient pas assorties de plans d'investissement détaillés; dans d'autres, on s'était efforcé d'être plus précis et de fonder les plans des investissements sur une analyse minutieuse des ressources économiques et sociales, tant actuelles que projetées, du pays. Mais il existait un schème commun à tous les cas, à savoir que le financement de ces plans était largement tributaire de ressources extérieures. L'accent y était clairement mis sur le développement économique et la mise en place des infrastructures.

L'UNICEF joua un rôle décisif en attirant l'attention des gouvernements sur l'importance qu'il y avait à accorder l'attention voulue, dans les plans nationaux de développement, aux besoins des enfants et des adolescents, qui représentaient un volet important de la mise en valeur des ressources humaines. L'UNICEF indiqua qu'il était disposé à venir en aide aux gouvernements qui consentaient à donner suite à cette recommandation. Dans

un premier temps, on prit des mesures afin d'intégrer l'assistance de l'UNICEF aux plans nationaux de développement des pays. La création, dans la plupart des pays, d'un organisme chargé de la planification nationale facilita l'adoption d'une démarche rationnelle en ce qui a trait à la planification d'une plus ample coopération de l'UNICEF. Dans la plupart des cas, on confia également à ces mécanismes la coordination de toute l'assistance extérieure. De ce fait, l'aide de l'UNICEF transita par ces organismes et devint partie intégrante des plans de développement concernés.

Afin de faciliter ces processus, l'UNICEF constitua un Fonds interrégional pour la planification et la préparation des projets (FIPP) doté de ressources que les Directeurs régionaux pouvaient utiliser de façon discrétionnaire, dans la limite d'une enveloppe régionale. Ce Fonds fut utilisé à des fins de préparation de projets, d'exécution d'études et de recherches préparatoires menées conjointement par les gouvernements et l'organisation, pour des activités de formation à la planification sociale des personnels des gouvernements et de l'UNICEF, pour des séminaires et ateliers ainsi que pour des évaluations. Ce Fonds présentait en particulier l'avantage de permettre la préparation des programmes sans qu'il soit nécessaire d'attendre la prochaine session du Conseil d'administration. Les archives indiquent qu'en 1963, une dépense de 18 764 dollars fut autorisée dans ce but et que l'année suivante, le Conseil approuva un engagement supplémentaire de 30 000 dollars. Ces crédits, bien que modestes en apparence, permirent d'engager de nouvelles activités en collaboration plus étroite avec les organismes concernés qui s'occupaient de planification et de dossiers précis.

Au fur et à mesure que ce mécanisme fit la preuve de son utilité pour l'amélioration de la qualité de la formulation des programmes et la préparation des projets, et pour l'accroissement de la capacité de maintenir les activités soutenues par l'UNICEF et de les évaluer, l'importance et les dimensions financières du FIPP s'accrurent au fil des ans.

L'Afrique connut, vers la fin des années soixante, une accélération de son rythme de développement et de croissance économiques. Le taux annuel de croissance du PNB de la plupart des pays variait entre 6 et 8 pour cent. La construction de routes et de chemins de fer, ainsi que la mise en valeur de l'énergie hydro-électrique, étaient en expansion, et le volume des échanges internationaux enregistrait une remarquable progression. Sur le plan du développement social, les établissements d'éducation et de formation se multipliaient. Cette évolution se produisait en dépit de nombreux troubles politiques et des afflux de réfugiés qui en résultaient dans diverses parties du continent.

Expansion du réseau du personnel de terrain de l'UNICEF

Une croissance parallèle du soutien provenant de sources bilatérales et multilatérales d'assistance était en cours à l'UNICEF. Vers la fin des années soixante, l'UNICEF venait en aide à 38 pays à travers le continent. Les nouveaux domaines de coopération dans lesquels le Fonds intervenait, et l'évolution des méthodes de travail, notamment l'importance croissante accordée à la planification et à l'évaluation, nécessitaient un renforcement de ses effectifs sur le terrain. Des contraintes d'ordre budgétaire continuèrent néanmoins de peser sur l'accroissement du nombre de fonctionnaires de l'UNICEF.

En 1961, un Directeur régional en poste à Paris supervisait l'action de l'UNICEF en Europe et en Afrique (Afrique du Nord comprise). L'organisation comptait un total de 33 fonctionnaires sur le terrain en Afrique au Sud du Sahara, dont 11 étaient des administrateurs ayant un statut international qui desservaient 28 pays. Quelques années plus tard, un Bureau distinct de Directeur régional pour l'Afrique fut créé à Lagos. Dès 1971, le nombre des bureaux régionaux était passé à trois. Outre Lagos, qui faisait à la fois fonction de Bureau régional pour le Ghana et pour le Nigéria, le Fonds ouvrit à Abidjan, en Côte d'Ivoire, un Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et un Bureau régional pour l'Afrique de l'Est à Kampala, en Ouganda. Les effectifs étaient passés à 137, dont 35 administrateurs ayant un statut international et le reste des personnels recrutés sur place. L'UNICEF desservait alors 38 pays.

Les Bureaux régionaux de Kampala et d'Abidjan supervisaient des Bureaux de zone dont relevaient les activités de l'UNICEF dans un groupe de pays. Des Bureaux de zone avaient été ouverts à Addis-Abéba, à Kampala et à Lusaka, et ils étaient tous dirigés par un Représentant. Le nombre de pays qui relevaient d'un Bureau de zone était fonction de la taille de la population et du volume des engagements de l'UNICEF. Celui d'Addis-Abéba était chargé de la coopération avec l'Ethiopie et la Somalie; le Bureau de Lusaka s'occupait de la coopération avec le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Swaziland, la Tanzanie et la Zambie, le Bureau de Kampala prenant en charge les relations avec les 11 autres pays peu peuplés. En l'Afrique de l'Ouest, il existait des Bureaux de zone à Abidjan, à Brazzaville et à Dakar.

Outre le Représentant, les effectifs d'un Bureau de zone comprenaient

habituellement un Représentant adjoint, deux ou trois administrateurs de programmes, certains agents adjoints de programmes, un spécialiste de la conservation des aliments, un fonctionnaire chargé de l'approvisionnement, un responsable des transports, et un personnel de soutien accomplissant des tâches administratives et financières.^{30/}

+ + + +

III. CONSOLIDATION ET ELARGISSEMENT: LA DEUXIEME DECENNIE DU DEVELOPPEMENT

La décennie des années soixante-dix coïncida avec la Deuxième Décennie du développement des Nations Unies. Pour l'UNICEF en Afrique, ce fut une période de consolidation des efforts de la décennie précédente et d'élargissement de l'action à de nouvelles sphères de coopération.

Augmentation des ressources: les projets "notés"

Au tournant de la décennie, on connaissait mieux les besoins formidables de l'enfance africaine, grâce en partie à une amélioration de la qualité des statistiques et à l'expérience directe accumulée par l'UNICEF lui-même sur le terrain et par l'intermédiaire d'études de pays. Alors qu'on pouvait observer un léger progrès des économies des nations africaines, les ressources propres au Fonds étaient également en augmentation, bien qu'elle fût lente et, incontestablement, que l'augmentation des engagements de l'organisation en Afrique restât en-deça des besoins. La méthode dite des "projets notés" avait été établie. Il s'agissait, pour l'essentiel, de préparer des projets portant sur des domaines où les besoins étaient cruciaux et dépassaient les crédits que l'UNICEF pouvait affecter à un pays donné à même la masse commune des ressources. Lorsque des projets étaient "notés", c.a.d. approuvés en principe par le Conseil d'administration, on invitait les donateurs à verser les fonds requis sous forme de contributions à des fins spéciales.

La coopération de l'UNICEF en Afrique allait bénéficier largement de cette nouvelle modalité de financement. Ces ressources supplémentaires permirent l'expansion des programmes, notamment dans les domaines de l'approvisionnement en eau, de l'éducation et de la santé. Ces "projets à noter" étaient généralement présentés comme une prolongation de programmes en cours d'exécution ou comme des volets entièrement nouveaux de programmes de pays.

Cette façon innovatrice de financer les projets se heurta néanmoins à des difficultés, à la fois pour le personnel de l'UNICEF et pour les responsables gouvernementaux concernés. Un projet "noté" nécessitait une planification tout aussi minutieuse qu'un projet ordinaire. Les fonctionnaires des gouvernements avaient à fournir beaucoup de renseignements et de données, et à consacrer beaucoup de temps aux négociations, sans avoir l'assurance que les

fonds escomptés se matérialiseraient. On redoutait en outre que cette méthode ne provoque une distorsion parmi les catégories de projets devant être soutenus; on craignait également que les donateurs ne favorisent certains pays au détriment des autres. Il n'en reste pas moins qu'au fil des ans, les "projets notés" constituèrent une importante adjonction de ressources affectées à la satisfaction de besoins des enfants et des femmes de nombreux pays, particulièrement de ceux dont le PNB était le plus modeste et dont les taux de mortalité infantile étaient le plus élevés.

+ + + +

Elargissement de la dimension des programmes

L'éducation était déjà, à l'amorce de la décennie des années soixante-dix, un domaine où la coopération de l'UNICEF avec les pays africains était en expansion. Ce mouvement allait s'approfondir davantage, mais l'accent allait être mis sur de nouvelles modalités qualifiées d'"éducation périscolaire". En 1970, le Conseil d'administration approuva pour la première fois une aide de l'UNICEF à des services de planning familial, dans l'île Maurice, en coopération avec le Gouvernement et avec le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population (FNUAP). A l'instar de l'OMS, l'UNICEF considérait le planning familial comme faisant partie intégrante des services de protection maternelle et infantile (PMI). La nouvelle décennie fut également marquée par un accroissement spectaculaire du soutien à des projets d'approvisionnement en eau des zones rurales et d'assainissement du milieu. L'approche qualifiée antérieurement de "programmation par pays" était bien ancrée et elle entraîna un renforcement de l'accent sur l'intégration des services influant sur le bien-être des enfants et sur les "services de base". De nouveaux "instruments" au service des programmes jouaient un rôle de plus en plus large, par exemple la communication pour l'appui aux projets (en anglais PSC) et les techniques appropriées. On trouvera dans les pages qui suivent une description plus détaillée de ces nouvelles approches et de ces nouveaux concepts et instruments.

Le débat sur l'"approche par pays" ou la "programmation par pays" de l'UNICEF cessa en 1967; cette méthode de programmation fut adoptée pour l'Afrique, et elle était d'ailleurs en vigueur dans d'autres régions. Les recommandations de programmes dans un pays donné furent soumises pour adoption au Conseil d'administration de façon "intégrée", et non sous forme de projets sectoriels distincts. Bien évidemment, cette façon de faire nécessita des préparatifs et des négociations plus intenses avec les gouvernements, ce qui supposait fréquemment un intervalle d'un à deux ans entre la conception et l'approbation des projets.

Après s'être heurtées, initialement, à certaines résistances, les méthodes d'évaluation étaient bien établies. Par exemple, en 1967, le programme de développement communautaire de la Tanzanie, le projet d'éducation post-élémentaire au Rwanda et au Burundi, et la formation d'agents sanitaires en Ethiopie firent tous l'objet d'évaluations effectuées conjointement par l'UNICEF et les gouvernements concernés. Ces évaluations ne débouchèrent pas,

loin s'en faut, sur des conclusions définitives. L'une des principales difficultés tenait à ce que les plans d'opérations régissant ces projets ne définissaient pas avec suffisamment de précision, souvent, les objectifs à atteindre ou la portée du concours des gouvernements. Les évaluations furent donc effectuées, pour l'essentiel, en regard des objectifs globaux d'un projet donné, qui apparurent souvent, avec le recul, exagérément optimistes. Ces évaluations, cependant, se révélèrent précieuses d'un point de vue pragmatique. Par exemple, dans le cas du projet de développement communautaire en Tanzanie mentionné ci-dessus, elles firent apparaître des faiblesses sur les plans de la formation du personnel et de l'entretien du matériel de transport et des équipements, et mirent en évidence le fait qu'on avait surestimé la capacité financière du gouvernement de fournir tous les apports nécessaires. On prit donc des mesures pour remédier aux lacunes. A l'avenir, il faudrait que les plans d'opérations définissent plus soigneusement, et de façon quantifiée, les objectifs précis à atteindre ainsi que les délais d'exécution.

+ + + +

L'assistance aux enfants des deux camps: la tragédie du Biafra 31/

Des troubles politiques d'une grande ampleur secouaient le continent. En 1970, au Nigéria, la tentative de sécession du "Biafra" venait d'échouer. Ce conflit, tout comme d'autres remous similaires dans d'autres régions, allait mettre à rude épreuve un des principes fondamentaux régissant les politiques d'assistance de l'UNICEF depuis sa création, à savoir la prestation d'une aide aux enfants sans égard à la situation politique dans laquelle ils vivaient.

La sécession du "Biafra", dans la région orientale du Nigéria, fut déclarée en mai 1967, et la guerre civile qui s'ensuivit ne prit fin que deux ans et demi plus tard, en janvier 1970. La population en majorité Ibo de cette partie du Nigéria, estimée à cette époque à 12 millions d'habitants, tenta, sous la direction du Colonel Ojukwu, de créer un "Biafra" indépendant. Le Gouvernement fédéral, dirigé par le Général Gowon, riposta par la force à cette menace, et ses troupes attaquèrent les forces sécessionnistes en juillet 1967. L'Organisation de l'unité africaine (OUA), réunie à Alger, adopta une résolution demandant la fin de la sécession et demandant aux autres parties de ne pas intervenir au Nigéria. L'Assemblée générale des Nations Unies avait déjà demandé au Secrétaire général de se laisser guider par l'OUA sur les questions relatives à l'Afrique.

Mais au fur et à mesure que l'enclave orientale assiégée commençait à rétrécir, avant l'offensive militaire fédérale menée plus tard dans l'année et au début de 1968, le monde entier s'émut de la situation tragique de la population dans l'ensemble de la région, et un appel considéré comme "habile" du Colonel Ojukwu pour la cause du "Biafra" fut relayé par la presse et d'autres médias. Le Gouvernement fédéral voyait d'un mauvais oeil ce tollé de la presse mondiale et des organisations humanitaires internationales, qu'il considérait comme une forme de soutien de la tentative de sécession.

Vers la fin de 1967, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), l'organisation qui avait la plus longue expérience de l'assistance humanitaire neutre en temps de guerre, réussit à faire venir certains secours qui devaient être distribués par des églises et les autorités sanitaires locales. L'UNICEF, conscient de son statut d'unique organisation du système des Nations Unies dont le mandat la mettait à l'abri de l'accusation de partialité dans un conflit, se retrouva devant la nécessité de fournir une assistance aux enfants nigériens, non pas aux "Biafrais", en pleine coopération avec le Gouvernement du Nigéria. Dans ce cas, l'UNICEF demanda au CICR d'acheminer les secours d'urgence. Mais il s'écoula plusieurs mois avant que des avions transportant les marchandises obtiennent l'autorisation de décoller de l'île de Fernando Po, qui était alors une colonie espagnole dans le Golfe de Guinée, en direction de Port Harcourt, le principal lien entre le Biafra et le monde extérieur. Selon les autorités fédérales, les avions qui se rendaient dans les zones contrôlées par les rebelles le faisaient "à leurs risques et périls". Lorsque, en mai 1968, les troupes fédérales conquièrent Port Harcourt et son aéroport, l'autorisation de poursuivre les vols fut refusée. Enugu, la capitale du camp sécessionniste, était également tombée aux mains des troupes fédérales.

On signala à cette époque que la situation de la population, et particulièrement celle des femmes et des enfants, s'était terriblement détériorée, et que la malnutrition était généralisée parmi les enfants. Cette situation fit les grands titres de la presse internationale, particulièrement en Grande-Bretagne, dont le Gouvernement était critiqué à cause de sa prise de position pro-fédérale. Au beau milieu de ce tollé international et de la confusion, le Directeur régional de l'UNICEF pour l'Afrique, Vedast Kyaruzi, qui était en poste à Lagos, avait discrètement demandé, de toute urgence, la livraison de secours, en mettant l'accent sur l'assistance "à tous les enfants nigériens". Le Conseil d'administration avait mis de côté 400 000 dollars que le Directeur général pouvait utiliser de façon discrétionnaire.

Lors d'une réunion tenue à Genève à l'été de 1968, le Secrétaire général de l'ONU, U Thant, souligna aux membres de l'organisation qu'ils devraient fournir une assistance dans toute la mesure de leurs possibilités, mais avec la pleine coopération des autorités fédérales. Harry Labouisse, le Directeur général de l'UNICEF, assistait à la réunion et tint des consultations avec les organismes du système. Il déclara que l'UNICEF avait déjà obtenu le feu vert des autorités nigériennes et n'avait pas besoin d'une invitation supplémentaire pour commencer à fournir une assistance. Les dirigeants de l'organisation ne demandaient pas mieux que d'agir: Charles Egger, Directeur général adjoint aux programmes, se rendit à Genève et mit son poids dans la balance; il bénéficiait pour ce faire de son passé à la Croix-Rouge et de sa nationalité suisse; Gertrude Lutz, autre fonctionnaire de l'UNICEF de nationalité suisse, fut affectée temporairement au CICR en qualité d'agent de liaison, et Willie Meyer, qui était alors Représentant de l'UNICEF au Sénégal, se rendit à Fernando Po afin de tenter d'entrer dans le territoire contesté. Entretemps, au Siège, à New York, Dick Heyward, Directeur général adjoint aux opérations, aidé par le chef de la Section Afrique, Sasha Bacic, et par Edward Bridgewater, Chef des opérations d'approvisionnement, s'employait fébrilement

à réunir les ressources nécessaires, fonds et vivres, de toutes les sources envisageables. Ils préparèrent la livraison de quantités massives de lait, d'aliments riches en protéines, de vitamines et de fournitures médicales.

A la mi-juillet 1965, Henry Labouisse lança un appel public de fonds pour les secours d'urgence aux mères et aux enfants des deux côtés du conflit au Nigéria. Quelques jours plus tard, il partit pour Lagos pour y voir ce qu'il pouvait faire pour faciliter les opérations de secours. Simultanément, le CICR nomma M. Auguste Lindt Commissaire pour les secours au Nigéria. Les négociations de Labouisse avec les responsables nigériens débouchèrent sur un accord privé prévoyant que les livraisons de produits alimentaires et médicaux faites par l'UNICEF ne seraient pas fouillées par les troupes fédérales. Le Général Gowon tira de ses entretiens avec le Directeur général de l'UNICEF la conviction que l'organisation n'était animée que de sentiments humanitaires et ne penchait pas pour la cause du "Biafra". En revanche, il n'était pas disposé à accorder la même confiance aux autres organisations humanitaires.

Heyward et son équipe estimèrent qu'environ 5,5 millions d'enfants et de mères dépendaient totalement des secours ou avaient besoin de compléments alimentaires. Cela équivalait à un besoin quotidien de mille tonnes de fournitures dans l'ensemble des zones touchées. Ils affrétèrent un navire cargo et le remplirent de 5 000 tonnes de lait donné par les Etats-Unis et d'aliments riches en protéines. De nombreuses autres cargaisons allaient suivre.

Le CICR fit des efforts de négociation intenses, mais en vain, pour obtenir l'ouverture de voies terrestres afin de permettre l'acheminement d'une plus grande quantité de fournitures. Les organisations humanitaires non gouvernementales décidèrent d'organiser un pont aérien à partir de l'île de Sao Tomé en septembre 1968, et 2 000 tonnes de fournitures de l'UNICEF furent transportées de la sorte vers les zones occupées par les forces sécessionnistes, tandis que 3 000 tonnes étaient envoyées à Lagos pour distribution dans les territoires sous contrôle fédéral. Au même moment, le CICR commença six vols quotidiens à partir de Fernando Po. Alors que le gouvernement dénonçait ces "vols illégaux", les avions ne furent pas attaqués. Labouisse avait reçu précédemment l'assurance que les appareils ne seraient pas abattus.

Pendant qu'il se trouvait à Lagos, en août, en compagnie de Louis Gendron, un de ses experts dans le domaine des approvisionnements, Labouisse parcourut les secteurs que venaient de reconquérir les troupes fédérales. Les conditions déplorables qu'il put constater dans les hôpitaux des missions et dans les camps de réfugiés, et l'insuffisance des fournitures qui arrivaient au compte-gouttes, en dépit de tous les efforts, firent forte impression sur lui. Il prit l'initiative de faire baser deux hélicoptères de l'UNICEF à Calabar afin de transporter des marchandises de l'aube au crépuscule vers des secteurs situés à proximité du front. A cette époque, des dons en argent et en nature d'un montant de 10,6 millions de dollars avaient été recueillis. Malgré cette conjugaison des efforts, de grands besoins restaient insatisfaits.

Les Etats-Unis ayant accepté de payer le transport, la situation des approvisionnements s'améliora quelque peu et, en janvier 1969, ils mirent 8 avions cargo supplémentaires à la disposition des opérations. Il devint possible, dès avril, de livrer chaque mois 8 000 tonnes de secours qui faisaient cruellement défaut.

Une nouvelle crise éclata en 1969 lorsque les vols du CICR furent suspendus après qu'un des avions ait été abattu, ce qui avait provoqué des pertes de vie. Les vols des ONG, cependant, se poursuivirent, mais à une cadence moins rapide. Auguste Lindt, le Commissaire du CICR, fut déclaré persona non grata et dût quitter le pays. Le Gouvernement demanda aux ONG d'acheminer leur assistance par l'intermédiaire de la Commission nigériane de redressement et de la Croix-Rouge nigériane, et non pas par le truchement du CICR. Les négociations qui avaient été engagées antérieurement avec les "rebelles" piétinaient, ce qui explique peut-être la décision des autorités.

Il devint manifeste, en décembre 1969, que l'effondrement définitif du "Biafra" était imminent. La guerre prit fin le 10 janvier 1970. On qualifia alors la situation des enfants dans l'ancienne enclave sécessionniste d'"affaiblissement lent, envahissant, causé par de longs mois de carences nutritionnelles et par la faim". Mais il redevint possible de lancer avec une vigueur nouvelle les nécessaires opérations de secours et de redressement. Grâce aux efforts avisés et discrets de Labouisse, l'UNICEF bénéficiait d'un statut favorable et était bien placé pour contribuer massivement à ces efforts dans tous les territoires dévastés. Labouisse entreprit une seconde tournée au Nigéria quelques jours à peine après la cessation des hostilités, en compagnie, cette fois, de Sasha Bacic et de Sherry Moe.

Lors de ses multiples déplacements, il était accompagné de Poul Larsen, Représentant de l'UNICEF au Nigéria, et il put prendre sur le champ des mesures afin de remédier à la situation. Lorsqu'il constata l'horreur de la "clinique du Niger", un centre d'hébergement de 280 enfants évacués de la région d'Uli, des mesures furent prises sur le champ pour faire venir des vivres des magasins de Port Harcourt. Il préconisa une étroite coopération avec le CICR, les secours norvégiens, la Croix-Rouge nigériane, la Fédération luthérienne mondiale et d'autres organismes de secours.

Une des mesures caractéristiques de ces décisions prises sur le champ fut l'engagement, de la part de l'UNICEF, de verser 1 000 livres nigérianes à chacune des installations nécessaires à l'accueil d'enfants qui avaient besoin de traitement ou d'autres secours. Quinze tonnes de "K-Mix-II", une préparation alimentaire enrichie destinée au traitement de la malnutrition aigüe, furent envoyées des entrepôts de l'UNICEF à Copenhague. On commençait à percevoir des signes encourageants de redressement.

Quelques écoles rouvrirent leurs portes en présence d'enfants "enthousiastes". Les réfugiés rentraient dans leur village. D'autres nouvelles étaient réconfortantes. Avant de rentrer à Lagos à la fin janvier 1970, Henry Labouisse visitait Port Harcourt, où on était en train de décharger une cargaison de fournitures précieuses du bateau "Calcumcille",

lorsqu'on apprit qu'un autre bateau, le "Nopol Tellus", avait quitté Lagos en direction de Port Harcourt avec 24 camions Bedford à son bord. Il s'agissait là d'une excellente nouvelle, car le manque de moyens de transport était un des pires obstacles auxquels se heurtaient les opérations sur le terrain.

En avril 1970, le Conseil d'administration approuva des crédits de plus de 7 millions de dollars pour la remise en état des écoles et des centres sanitaires et pour l'expansion des services en faveur des enfants au Nigéria, "particulièrement dans les secteurs touchés par la guerre". Une période très intense de reconstruction suivit et, en 1971, le programme avait déjà perdu peu à peu son caractère d'urgence et était devenu, à toutes fins utiles, un programme de développement social visant le bien-être des enfants du Nigéria.

Au cours de cette même décennie, et de la décennie suivante, l'UNICEF allait participer à maintes reprises à des opérations de secours et de redressement dans des situations d'urgence découlant de calamités naturelles ou provoquées par l'homme. Les femmes et les enfants représentaient les groupes les plus vulnérables et les plus durement touchés par ces cataclysmes.

+ + + +

Services sélectionnés, services intégrés

Une étude intitulée "Enfance et adolescence: Objectifs et priorités pour la deuxième Décennie du développement" domina les débats de la session de 1972 du Conseil d'administration^{32/}. Il en résulta, concrètement, un appel en faveur d'une meilleure intégration des programmes d'assistance de l'UNICEF; les projets sélectionnés devaient se renforcer mutuellement et reposer largement sur le soutien local et la participation populaire. Dans ce but, on renforça les capacités de planification et de programmation des bureaux de terrain. Il fallait améliorer, recueillir et analyser systématiquement les statistiques relatives aux enfants. Il s'imposait donc de renforcer la coopération avec le Bureau de la statistique de l'ONU, les institutions spécialisées des Nations Unies et, en Afrique, avec la Commission économique pour l'Afrique (CEA).

Il fallait former les personnels nationaux chargés des aspects sociaux de la planification ainsi que les fonctionnaires de l'UNICEF. En Afrique, l'établissement le plus utilisé à cette fin était l'Institut de développement économique et de planification (IDEP), rattaché à l'ONU, qui avait son siège à Dakar. On fit également appel à d'autres établissements à l'extérieur du continent: l'Institut d'études sociales de la Haye, l'Institut d'études du développement économique et social (IEDES) de l'Université de Paris, et l'Institut de Varsovie, entre autres. Des séminaires régionaux de planification se déroulèrent en Afrique de l'Est et de l'Ouest à l'intention de fonctionnaires des gouvernements s'occupant de développement social. On mit également à contribution, dans ce contexte, la présence d'institutions régionales, par exemple l'Institut panafricain de développement (IPD), installé à Douala, au Cameroun.

L'"approche par pays" aboutit à la présentation au Conseil d'administration de "programmes par pays" sous la rubrique "Services

sélectionnés pour les enfants et les femmes". Un tour d'horizon de certains programmes de pays soutenus par l'UNICEF pendant cette période, jusqu'en 1973, fait apparaître l'importance de cette nouvelle pratique.

Le programme de pays de l'Ethiopie comprenait le soutien au développement de l'industrie laitière dans le cadre plus large d'un programme d'amélioration de la nutrition, en liaison avec une action dans le domaine de l'hygiène maternelle et infantile. Au Kenya, on entendait conjuguer la vaccination contre la tuberculose (BCG) aux efforts de vaccination contre la variole, ces mesures s'inscrivant dans le cadre de la mise en place d'un réseau élargi de services sanitaires de base. On ajouta à ce programme un volet d'approvisionnement en eau dans des zones rurales et une assistance à l'éducation. La nutrition était l'axe central du programme de pays du Lesotho; une assistance fut accordée à des "clubs de jeunes agriculteurs" à des fins de culture maraîchère et d'aquaculture; on avait conçu l'intervention de façon à ce qu'il y ait effet de synergie avec l'éducation nutritionnelle et les services sanitaires. En Ouganda, où un troisième plan quinquennal (1971-1976) fut adopté, une tentative déjà ancienne était en cours dans le but de rassembler les services sanitaires, agricoles, éducatifs et sociaux, dans une démarche intégrée, dans un endroit de chaque district du pays.

+ + + +

Proclamation d'une situation d'urgence

Vivement préoccupé par les effets, sur les enfants du monde, de la crise économique mondiale qui sévissait à ce moment-là, le Conseil d'administration de l'UNICEF émit, à sa session de 1974, une "Déclaration relative à une situation d'urgence affectant les enfants des pays en voie de développement à la suite de la crise économique actuelle".^{33/} La crise découlait de l'effet conjugué de la langueur des cours des denrées de base et de la forte augmentation des prix du pétrole. Comme on pouvait s'y attendre, c'étaient les pays africains qui subissaient le plus durement les effets de ces difficultés économiques mondiales. D'autres rapports sur la poursuite de la détérioration de la situation des enfants furent soumis en 1975. Les difficultés économiques se virent exacerbées par une autre crise, à savoir une grave sécheresse dans les pays sahéliens d'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi qu'en Ethiopie et en Somalie, dans l'Est du continent. Face à cette situation, l'UNICEF accrut son assistance aux pays touchés, particulièrement dans le domaine des approvisionnements en eau. Le Fonds accepta également de prendre partiellement en charge le coût de distribution sur place de ses fournitures, coût qui est habituellement imputé aux gouvernements.

+ + + +

Approvisionnement en eau: puits, foreuses et pompes

L'assistance aux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement des zones rurales était en train de faire, à cette époque, un énorme bond en

avant. Elargissant une démarche limitée consistant à trouver des sources plus sûres d'eau pour des établissements tels que des écoles, des dispensaires et des hôpitaux, l'UNICEF s'était engagé dans une phase plus ambitieuse, celle de la fourniture d'une eau potable aux populations vivant dans des zones rurales déshéritées. Cette démarche comprenait l'utilisation de moyens scientifiques de prospection, la fourniture d'un matériel de forage plus perfectionné, l'installation de pompes et la construction de réservoirs.^{34/} La fourniture d'une eau salubre à des millions de personnes vivant dans une pauvreté extrême dans un milieu physique difficile avait toujours présenté des problèmes qui semblaient insurmontables.^{35/} Leur solution passait par la mise au point de techniques permettant des interventions peu onéreuses, où les collectivités elles-mêmes prendraient en charge une grande partie des travaux et assumeraient la responsabilité de l'entretien, de la maintenance et de la réparation des nouvelles installations. Au cours des années soixante, des progrès révolutionnaires des techniques de l'approvisionnement en eau permirent l'accomplissement de progrès rapides. Il s'agissait, notamment, de l'arrivée de nouvelles foreuses plus efficaces et moins coûteuses, de la mise au point de pompes manuelles capables de résister à une utilisation intensive par des centaines de villageois, et la fabrication de tuyaux en plastique plus durables et plus faciles à manipuler.

Ayant acquis une certaine expérience de ces questions dans d'autres régions du monde avant l'apparition de la sécheresse dans les pays sahéliens - Sénégal, Mali, Haute-Volta et Niger - l'UNICEF coopéra avec les gouvernements des pays touchés, ainsi qu'avec le PNUD et d'autres organisations internationales, à la formulation de projets d'approvisionnement en eau des zones rurales de ces pays ainsi que du Tchad, de la Gambie et de la Mauritanie. Ces projets se caractérisaient par la tentative d'accroître les capacités opérationnelles et techniques des pays concernés dans ce domaine vital du développement. Petit à petit, l'accent passa du creusage des puits traditionnels à grand diamètre à l'installation de pompes au-dessus de trous de sonde forés; cette évolution équivalait à une révolution sur le plan des techniques d'approvisionnement en eau en Afrique. Les puits creusés de la façon traditionnelle étaient sujets à la pollution et à d'autres risques présentés par le milieu, et leur construction demandait beaucoup de temps. D'autre part, les pompes, qu'elles soient manuelles ou mécaniques, présentaient, malgré leurs avantages évidents, des problèmes d'entretien et elles tombaient fréquemment en panne.

Lors de la première phase d'exécution de ces projets au Sahel, 150 puits avaient été mis en service en Haute-Volta et 50 au Niger. Au Mali et en Mauritanie, la transition des puits traditionnels aux puits forés était à l'ordre du jour et les populations rurales en bénéficièrent incontestablement. Au Sénégal, trois "brigades hydrauliques" - des équipes mobiles - terminèrent en 1976 quarante des cent puits prévus.

L'Afrique orientale subit en 1972-73 de graves sécheresses, qui touchèrent particulièrement l'Ethiopie, le Nord du Kenya et certaines parties de la Tanzanie, et leurs conséquences furent tragiques, surtout pour l'Ethiopie. Dans ce pays, une équipe des Nations Unies composée d'hydrologistes, d'hydrauliciens et d'autres techniciens aidait l'Agence éthiopienne des

ressources en eau (EWRA) et elle contribua à la mise en place d'une organisation efficace sur le plan technique. L'UNICEF entra en scène en 1973, concentrant ses efforts dans les zones les plus durement touchées par la sécheresse, le Wollo et le Tigré, dans le Nord, intervenant également ensuite dans le Harraghe et l'Ogaden, à proximité de la frontière somalienne. On utilisa un ensemble de techniques, y compris le forage de puits et la fourniture de pompes mécaniques, ainsi que la mise en valeur de sources naturelles là où c'était possible. Dans le Sud, les puits creusés à la main se révélèrent le moyen le plus pratique de secourir la population victime de la sécheresse. L'assistance de l'UNICEF à l'Ethiopie dans ce domaine se poursuivit jusqu'à la fin de la décennie et, pendant cette époque, un grand nombre d'Ethiopiens reçurent une formation de foreurs, d'hydrauliciens et de techniciens.

Les besoins en eau potable étaient tellement grands et répandus qu'il fallait établir certaines priorités quant au choix du lieu des interventions. Au Libéria, par exemple, la priorité fut accordée aux installations sanitaires, aux écoles et aux centres communautaires. Le forage de trous de sonde n'était pas toujours la technique idéale. Là où la configuration du terrain et l'existence de réserves d'eau le permettaient, par exemple au Zaïre, on utilisa des systèmes de canalisation fonctionnant par gravité pour acheminer l'eau des sources vers les villages sur les versants de la "Rift Valley" de l'Ouest de ce grand pays^{36/}. On utilisa des techniques similaires dans les zones montagneuses du Burundi et du Rwanda.

On tenta également d'exécuter des programmes ambitieux à l'échelle nationale. En Tanzanie, un "programme accéléré" d'approvisionnement en eau de tous les villages du pays avant 1980 allait être lancé^{37/}. Bien que cet objectif n'ait pas été complètement atteint, d'importants progrès furent accomplis en vue de la satisfaction des besoins en eau des populations rurales.

Dans toutes ces activités, le soutien de l'UNICEF prit la forme de fourniture de matériel de forage, d'instruments, de tuyaux et de pompes et, ce qui est encore plus important, d'une assistance technique. Dans le domaine complexe des techniques hydrauliques, cette dernière modalité d'intervention prenait de plus en plus d'importance. Les plus grands bureaux de terrain de l'UNICEF comprenaient invariablement parmi leur personnel des spécialistes tels que des hydrologistes, des hydrauliciens et d'autres techniciens. Cette période vit l'émergence, dans la plupart des pays d'Afrique, d'organisations spécialisées d'approvisionnement en eau, soutenues par l'Etat, avec lesquels l'UNICEF et d'autres organismes extérieurs d'assistance coopérèrent. Le soutien de la formation du personnel à la construction et à l'entretien des puits, ainsi qu'à la gestion des projets d'approvisionnement en eau, était un volet constant de l'assistance fournie par l'UNICEF.

+ + + +

Education sanitaire et assainissement

Il importe de bien préciser que toutes ces interventions n'étaient pas exemptes de difficultés. Nombre d'accidents de parcours se produisirent.

L'institutionnalisation des projets d'approvisionnement en eau décrite ci-dessus se révéla être un processus qui demandait beaucoup de temps: le "renforcement des capacités" connut des hauts et des bas, mais on était en train de tirer d'importants enseignements. Par exemple, le fait de mettre de l'eau pure à la disposition d'une collectivité qui en était auparavant dépourvue ne garantissait son utilisation judicieuse par les populations. On ne s'était pas encore occupé de la pollution qui se produisait entre le moment où l'eau était puisée à la source et celui où elle arrivait au consommateur. Il fallait faire un effort de même nature sur le plan de l'éducation sanitaire. "Les progrès ont été ponctués de périodes où la fascination à l'égard des aspects afférents au génie civil et aux travaux publics l'emporta sur la prise en compte de la santé publique, en particulier la nécessité de protéger les sources d'eaux de nouvelles infections - c'était là un déséquilibre intrinsèque qui n'a jamais été totalement surmonté".^{38/}

L'augmentation de la consommation d'eau entraîna dans son sillage des problèmes d'"assainissement" et de drainage, problèmes jusqu'alors complètement négligés ou insuffisamment pris en considération. Les gouvernements et les organismes extérieurs d'assistance ne prirent conscience que tardivement de l'importance d'une participation active de la population bénéficiaire. Une des facettes de cette participation résidait dans la nécessité d'initier la population locale à l'opération et à l'entretien des nouveaux systèmes d'approvisionnement en eau.

+ + + +

Les services de base - un "tout"

La présentation d'un rapport intitulé "Services de base en faveur de l'enfance dans les pays en développement^{39/}", qui fut soumis au Conseil d'administration en 1975, ouvrit la voie à une nouvelle évolution des politiques de l'UNICEF relatives aux programmes. La méthode de la "programmation par pays" était bien établie; cette façon de faire était axée sur la fourniture d'un ensemble de services de base qui se renforcent mutuellement. Ces services de base comprenaient la PMI; le planning familial; la production et la consommation d'aliments plus nutritifs; l'approvisionnement en eau; l'éducation de base et les techniques appropriées. La notion décisive était que la communauté devait participer plus activement à la planification et à la prestation de ces services. En mai de la même année, le Conseil d'administration lança un appel à l'Assemblée générale des Nations Unies, lui demandant instamment d'examiner les possibilités qu'offrait une rapide expansion des services de base en faveur de l'enfance. L'Assemblée générale approuva ce concept, ce qui eut pour effet d'amener d'autres composantes de la famille des Nations Unies à y contribuer, chacune dans le champ de compétence qui lui était propre.

Alimentation et nutrition

Entretemps, certains des principaux éléments du "tout" retenaient de plus en plus l'attention. Le domaine de l'alimentation et de la nutrition en était un. Le premier Congrès africain de la nutrition se déroula à Ibadan, au

Nigéria, en mars 1975, avec un certain soutien de l'UNICEF. Il exhorta énergiquement tous les gouvernements africains à formuler des politiques en matière d'alimentation et de nutrition et à constituer des organismes nationaux chargés de ces deux questions et ayant mandat consultatif quant à la formulation et à la mise en oeuvre des politiques pertinentes. En juin de la même année, un séminaire sur l'alimentation et la nutrition dans les pays sahéliens, qui souffraient toujours d'une grave sécheresse, eut lieu à Ouagadougou, en Haute-Volta, sous les auspices du Comité permanent inter-Etats de lutte contre la sécheresse dans le Sahel (CILSS). Il fut suivi d'ateliers nationaux au Mali, au Niger, et dans d'autres pays du Sahel. 40/

Les interventions de l'UNICEF en faveur de l'enfance dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition avaient déjà pris de multiples formes. On a déjà évoqué, plus haut, la conservation du lait, la production d'aliments riches en protéines et certains aspects des programmes de nutrition appliquée. Vers le milieu des années soixante-dix, la sécheresse et la famine qui en découla au Sahel amenèrent l'organisation à fournir une assistance à des programmes visant la réhabilitation d'enfants souffrant de malnutrition grave. En Haute-Volta, vingt centres de "réhabilitation nutritionnelle" virent le jour dans la région de Yako, où on aidait les mères à réhabiliter leurs enfants par l'utilisation d'aliments disponibles sur place. Des structures similaires furent établies au Sénégal et au Mali. Malheureusement, en dépit des connaissances nutritionnelles acquises par les mères pendant leur séjour dans un de ces centres, il arriva fréquemment que les enfants y reviennent ultérieurement dans un mauvais état nutritionnel. Le problème fondamental de la pauvreté extrême, l'expérience le montrait, est à l'origine d'un grand nombre des cas de malnutrition infantile. 41/

Toutefois, on pouvait prévenir certaines des pires formes de la malnutrition, ou y remédier, par une éducation, en temps opportun, des mères à propos des bonnes méthodes d'alimentation et de sevrage des enfants, et ce en ne faisant appel qu'à des aliments disponibles sur place. Cette technique, et d'autres encore, furent expliquées par les agents régionaux de la nutrition de l'UNICEF, qui furent postés à des endroits clés au Sahel, en Angola et en Ethiopie, avec mission de travailler en liaison étroite avec leurs partenaires nationaux. En Ethiopie, il fut possible, grâce à ces efforts et en coopération avec le Gouvernement et la FAO, de concevoir un "système d'alerte rapide". Il était possible, par la collecte systématique d'informations sur le rendement des cultures, les précipitations et d'autres données venant de diverses parties du pays, de prévoir les endroits où des pénuries alimentaires risquaient de se produire. Ce système donna des résultats relativement bons pendant les années "normales", mais il fut débordé par la série de graves sécheresses qui s'abattirent sur le pays.

+ + + +

L'expérience de Lomé: la planification en faveur de l'enfance en Afrique de l'Ouest

La Conférence de Lomé, tenue à l'intention des pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, fut un grand moment du début des années soixante-dix.

On estimait, à cette époque, que le soutien de l'UNICEF au vaste ensemble de pays de cette région était relativement faible. Cela tenait en partie à l'absence de priorités clairement définies chez les responsables des politiques de la plupart des pays concernés en ce qui concerne le développement social, et en particulier les volets importants pour le bien-être des enfants, des adolescents et des femmes.

On considéra qu'une conférence bien préparée réunissant des participants de haut niveau serait peut-être de nature à inciter les responsables des politiques et les décideurs à envisager de façon plus positive la vaste question du développement social et fournirait une occasion d'identifier collectivement les mesures prioritaires à prendre. Sous la direction énergique de Cheikh Hamidou Kane, économiste sénégalais jouissant d'un grand prestige, qui était alors Directeur régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, et avec le concours d'une équipe de fonctionnaires et de consultants expérimentés de l'UNICEF, s'engagèrent deux années de travaux qui culminèrent avec ce qu'on appela la "Conférence de Lomé". Huit pays de la région^{42/} donnèrent leur accord et collaborèrent pleinement à l'exécution d'études de pays détaillées. Les monographies décrivaient la situation des enfants, des adolescents et des femmes dans le contexte des réalités changeantes des économies nationales et on y proposa des priorités pour l'action à l'échelle nationale. Les questions suivantes retinrent l'attention dans les huit études: a) les enfants âgés de 0 à 5 ans; b) emploi et perfectionnement des jeunes; c) impact d'entreprises à grande échelle sur ces groupes vulnérables; d) planification en faveur des enfants, des adolescents et des femmes.

Les enquêtes furent terminées en décembre 1971. Une conférence se tint à Lomé, au Togo, en juillet 1972, avec la participation de 12 pays de la région. La conférence fut divisée en deux parties: les travaux des premiers jours réunirent des responsables techniques des ministères de la santé, de l'éducation, de la jeunesse, des services sociaux et de la planification. Les débats des deux derniers jours se déroulèrent au niveau ministériel.

Les préparatifs approfondis et intensifs portèrent leurs fruits. La Conférence s'entendit sur les domaines prioritaires suivants:

- 1) L'accent devait être mis sur la santé des mères et des enfants dans leur milieu immédiat et dans leur cadre de vie au sens large. Cela équivalait à un engagement d'étendre le réseau des services sanitaires et de former un grand nombre d'agents sanitaires auxiliaires;
- 2) Il fallait accorder l'attention voulue aux questions de l'approvisionnement en eau et de la nutrition; fait intéressant à noter, c'est pendant les débats de la conférence que la priorité fut accordée à l'eau, et cette décision ne découlait pas des monographies qui avaient été présentées; il convient de noter qu'on n'avait pas encore perçu, dans l'ensemble, l'ampleur et les répercussions de la sécheresse au Sahel;

- 3) Emploi des jeunes, ce qui nécessitait une réorientation du système d'éducation (formation du bon type d'enseignants);
- 4) Nécessité de tenir compte, dans la planification des grandes entreprises, qu'elles soient agricoles ou industrielles, des besoins des groupes vulnérables et des répercussions de ces grandes sociétés pour eux;
- 5) Les besoins particuliers des femmes, compte tenu de la lourdeur du fardeau qu'elles portaient en matière de production agricole et de bien-être familial. ^{43/}

Les responsables des politiques présents à la Conférence soulignèrent la nécessité d'une coopération plus intense avec les sources bilatérales et multilatérales d'assistance afin que les pays puissent faire face au coût des vastes activités à mener dans ces domaines prioritaires. Les institutions spécialisées des Nations Unies et d'importants organismes bilatéraux participèrent pleinement aux délibérations de la Conférence.

Cette manifestation allait contribuer à la définition et à l'orientation de l'action de l'UNICEF et des gouvernements en Afrique de l'Ouest pendant de nombreuses années. On en trouve certains exemples spectaculaires dans le domaine des "grandes opérations de développement", dont la nature et les objectifs étaient économiques. La Conférence avait recommandé la prise en compte, aux étapes de la planification, des besoins "sociaux" des populations affectées par ces projets. Au Mali, un grand projet agricole préparé pour la région de Ségou comporta, pour la première fois, des volets relatifs aux besoins fondamentaux dans les domaines de la santé et de l'éducation ainsi qu'à d'autres besoins sociaux. Au cours des années qui suivirent la Conférence de Lomé, on observa une évolution similaire dans des projets en Côte d'Ivoire et dans les pays voisins.

On évoqua, fréquemment, dans les débats de Lomé, le rôle décisif joué par les femmes dans l'agriculture, au foyer et dans l'éducation des enfants, ainsi que la lourdeur des tâches qu'elles accomplissaient. Les innovations et les réformes dont on y débattit étaient considérées comme d'importants moyens d'alléger le fardeau pesant sur les femmes et de valoriser leur travail. L'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux services sanitaires de base occupaient une place de choix sur la liste de ces réformes.

Les nouvelles possibilités qu'ouvrit cette évolution donnèrent à l'UNICEF et à d'autres organismes extérieurs d'assistance au développement une voie d'accès pour la mise en oeuvre d'interventions plus efficaces. Malheureusement, tant la récession économique mondiale que la sécheresse grave et prolongée que connurent les pays sahéliens, dont les répercussions furent profondes au milieu de la décennie des années soixante-dix, détournèrent pour un certain temps l'attention de l'application intégrale des recommandations de Lomé. D'aucuns exprimèrent plus tard l'opinion qu'il aurait fallu faire un

effort plus résolu pour mobiliser les ressources potentielles des organisations bilatérales et régionales d'assistance (par ex., la Banque africaine de développement) pour appuyer les recommandations de la Conférence.

+ + + +

Vieux problèmes, nouvelles solutions

L'accent mis par l'UNICEF sur la place des enfants dans la planification nationale du développement et l'adoption de l'"approche par pays" et de la programmation par pays avaient fait naître un intérêt pour de nouveaux champs de coopération et pour des "approches de rechange" face à de vieux problèmes. Au début des années soixante-dix, le Conseil d'administration examina les questions intéressant l'enfant d'âge pré-scolaire, de nouvelles formes d'éducation et les problèmes que vivaient les enfants des villes. Ces débats débouchèrent sur de nouvelles politiques qui allaient avoir des répercussions sur la coopération de l'UNICEF en Afrique.

Education périscolaire

En 1982, le Conseil d'administration rouvrit la discussion sur le soutien à l'éducation, qui était régi jusque-là par les "Directives conjointes UNICEF/UNESCO" de 1968. Il recommanda l'élimination progressive de l'assistance à l'enseignement secondaire et l'augmentation de l'aide au cycle élémentaire, et particulièrement à l'éducation de base, scolaire et périscolaire, en faveur d'enfants qui n'en bénéficiaient pas. En prenant ces décisions, le Conseil d'administration se fondait sur une prise de conscience récente de certains faits: les bénéfices de la remarquable croissance économique que l'Afrique, tout comme le reste du monde en développement, avait connue pendant la première Décennie du développement, ne s'étaient pas étendus aux couches inférieures de la société et n'avaient pas permis de remédier à la pauvreté des masses. Le même insuccès caractérisait les progrès faits dans le domaine de l'éducation. La croissance de l'enseignement élémentaire et la diminution des taux d'abandon à ce niveau étaient de beaucoup inférieurs à ceux des cycles secondaire et post-secondaire. On observait une augmentation de l'analphabétisme, en chiffres absolus, bien que la proportion globale des populations alphabétisées se soit légèrement accrue. ^{44/}

Les nouvelles politiques mirent donc l'accent sur l'assistance à l'éducation en faveur d'enfants privés de la possibilité de s'instruire, particulièrement de ceux qui vivaient dans les zones rurales et dans les bidonvilles des pays les moins avancés. L'assistance de l'UNICEF serait accordée à une planification de l'éducation reposant sur ces nouvelles politiques, à l'éducation en dehors du cadre de l'école, particulièrement en faveur des filles et des femmes, et à l'expérimentation, sur le terrain, de nouvelles approches visant la prestation d'une éducation de base.

Les problèmes qui caractérisaient l'éducation "scolaire" - notamment le fait que beaucoup d'enfants, et en particulier des filles, n'avaient de places dans ces écoles, le taux élevé d'abandon et l'inadéquation des programmes scolaires - suscitérent la recherche de nouvelles démarches. En 1973, le Conseil d'administration de l'UNICEF se pencha sur le rapport intérimaire d'une étude sur l'éducation périscolaire, qui avait été demandée par le Directeur général de l'organisation et menée par le Conseil international pour le développement de l'éducation (CIDE- en anglais International Council for Educational Development - ICED).^{45/}

L'éducation de type périscolaire y était définie comme étant "toute activité éducative organisée ne faisant pas partie du système scolaire établi - qu'elle s'exerce indépendamment ou qu'elle constitue un élément important d'une activité plus générale - qui vise à desservir des "clientèles d'enseignés" identifiables et cherche à atteindre des objectifs donnés".^{46/} La version finale de l'étude parut en 1974 sous le titre: "New Paths to Learning for Rural Children and Youth". Le Conseil d'administration se pencha à nouveau sur la question à sa session de 1974. On considéra que ces débats et les directives relatives aux politiques qui en résultèrent étaient particulièrement pertinents pour les pays africains, dont plusieurs comptaient déjà certaines formes intéressantes d'éducation périscolaire, par exemple le Kenya, l'Ethiopie, le Botswana, le Sénégal, le Mali, le Zaïre et le Congo. Il s'agissait, entre autres, de centres éducatifs destinés aux jeunes qui ne fréquentaient pas l'école, des établissements gérés par des associations d'agriculteurs, des centres de technologie villageoise et des programmes d'alphabétisation des femmes.

Un séminaire consacré à l'"éducation de base" se tint à Nairobi, au Kenya, en août 1974, sous les auspices de l'UNESCO et de l'UNICEF, et avec la participation de spécialistes de la planification de l'éducation venus de cinq pays africains. On y fit un tour d'horizon de l'expérience des pays représentés dans le domaine de l'éducation périscolaire et les participants firent des recommandations sur l'approfondissement de ces expériences.

Ces nouvelles politiques infléchirent pendant un certain temps l'assistance de l'UNICEF aux pays qui demandaient une aide à l'éducation, et l'assistance aux activités éducatives périscolaires alla tout à fait de pair avec le soutien à l'éducation scolaire. L'éducation périscolaire ne fut jamais considérée comme une catégorie à part, mais plutôt comme un complément de l'éducation scolaire, son objectif étant d'élargir la base éducative et d'attendre des catégories d'"enseignés" qui, pour toutes sortes de raisons, restaient à l'extérieur du système scolaire. Ces nouvelles politiques reçurent un accueil mitigé de la part des gouvernements, et particulièrement de la part des responsables gouvernementaux de l'éducation. Elles furent reçues avec enthousiasme par les gouvernements qui avaient déjà entrepris quelques activités notables de caractère périscolaire, approuvées avec circonspection par d'autres qui s'étaient dits disposés à faire l'expérience de ce nouveau concept, tandis que d'autres pays les rejetèrent purement et simplement ou n'en firent pas cas.

Des difficultés se présentaient également du côté de l'UNICEF. L'Organisation avait reçu des demandes de soutien d'une gamme très variée d'activités, par exemple la formation professionnelle des jeunes, les coopératives, les clubs et brigades de jeunes, l'alphabétisation des adultes, les clubs de femmes, etc... Le Fonds se devait d'examiner très soigneusement ces demandes d'assistance à l'éducation périscolaire au regard des demandes urgentes de soutien à l'éducation scolaire qu'il continuait de recevoir.

"Bien qu'admirable sur le plan conceptuel, et bien que l'UNICEF et l'UNESCO aient donné un nouvel élan à la réévaluation de l'importance et de la pertinence de l'éducation primaire, l'«éducation de base» n'a pas été appliquée aussi largement qu'on l'avait espéré à cause de difficultés de mise en oeuvre à l'échelle des pays, de la résistance d'éléments traditionnels, du coût des changements et d'un certain manque de suivi sur le plan des politiques de la part de l'UNICEF et de l'UNESCO". 47/

Atteindre le jeune enfant

Les taux de mortalité infantile (TMI) avaient sensiblement diminué pendant les années soixante, mais ils n'en restaient pas moins élevés et demeuraient de 20 à 40 fois supérieurs à ceux des pays développés; dans l'ensemble, c'est en Afrique qu'on observait les TMI les plus élevés. Cependant, en 1970/71, l'UNICEF affectait environ 67 pour cent de ses ressources au titre des programmes au soutien de l'hygiène maternelle et infantile, et de la nutrition et de la protection infantiles, domaines d'intervention qui paraissaient le mieux à même d'améliorer les chances de survie des enfants. A peu près à la même époque, d'aucuns firent valoir devant le Conseil d'administration, au sein du secrétariat de l'UNICEF et dans certains milieux gouvernementaux que la survie ne suffisait pas et que les besoins du jeune enfant sur les plans affectif et intellectuel méritaient de retenir davantage l'attention, sur la base de la philosophie alors largement acceptée de la nécessité de répondre aux besoins "indivisibles" de l'enfant.

Le Conseil d'administration débattit cette question à sa session de 1974 après la présentation, par le Directeur général, d'un énoncé de politique et de recommandations. 48/ Bien que les besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant âgé de 0 à 5 ans fussent reconnus dans ce document, le Directeur général n'y recommandait qu'une modeste augmentation du soutien à l'éducation pré-scolaire. Le Conseil estimait qu'on était loin d'avoir satisfait les besoins fondamentaux de protection sanitaire et de bonne nutrition de la grande majorité des enfants du monde en développement. Il recommanda néanmoins qu'on encourage des méthodes innovatrices et peu onéreuses pour la stimulation intellectuelle et le développement de l'enfant d'âge pré-scolaire, de préférence là où il était possible d'intégrer ces méthodes à l'action sanitaire et nutritionnelle.

L'UNICEF accordait depuis un certain temps un soutien à des activités éducatives pré-scolaires organisées, généralement sous la rubrique des activités de protection sociale, et l'assistance allait à des jardins d'enfants et à des crèches dans des pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre, et à des garderies et des maternelles en Afrique de l'Est. L'Organisation

versait habituellement une modeste assistance à la formation de puéricultrices et d'enseignants du niveau pré-scolaire, et sous forme de jouets et de matériel pédagogique. Ces activités recevaient notamment un soutien lorsqu'elles s'inscrivaient dans un effort plus large en vue de la formation des femmes ou dans des programmes d'hygiène et de nutrition infantiles. A titre d'exemple, l'UNICEF accorda une aide à un atelier sur les garderies tenu en Tanzanie en 1976 en coopération avec les gouvernements du Kenya, du Lesotho et du Mozambique. Au cours des discussions, les participants débattirent les normes minimales d'organisation et d'administration des garderies et la production de matériel et d'équipement pédagogique. Une des recommandations décisives du groupe fut que les garderies devaient correspondre au mode de vie de la collectivité concernée. On insista également sur la nécessité d'une collaboration étroite entre les services de garderie et les services dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation.

La demande croissante de garderies organisées dans certains pays africains reflétait l'augmentation du nombre de femmes occupant un emploi rémunéré, particulièrement dans les villes, et des changements de la structure des familles africaines provoqués par les transformations politiques et économiques en cours. Mais les budgets des gouvernements pouvant à peine supporter le fardeau de l'éducation primaire, la grande majorité des pays africains ne pouvaient tout simplement pas se permettre d'assumer davantage qu'une responsabilité symbolique à l'égard de l'éducation pré-scolaire. Il incombait donc aux collectivités et groupes locaux de fournir ces services dans la limite de leurs possibilités. Bien que l'UNICEF ne soit pas allé jusqu'à préconiser un large soutien à l'éducation pré-scolaire - crèches, garderies et maternelles -, il encouragea des approches innovatrices et peu coûteuses en vue de la réalisation des objectifs recherchés tout en continuant à mettre l'accent sur la nécessité de mesures plus larges axées sur l'amélioration de la santé et de la nutrition des nourrissons, des enfants et des mères.

Les enfants des villes

Les enfants des villes d'Afrique commencèrent à retenir davantage l'attention pendant la décennie des années soixante-dix^{49/}, évolution qui reflétait la croissance rapide de la population urbaine. En 1950, la population urbaine en Afrique était estimée à 14,8 pour cent du total; elle était passée à 23,7 pour cent à la fin des années soixante-dix. L'UNICEF avait, dès le début de son action, dispensé une assistance aux enfants et mères des villes puisqu'ils faisaient partie intégrante de la population nationale. Toutefois, la priorité était nettement donnée aux zones rurales, où vivaient la grande majorité des populations. En coopération avec les ministères concernés, le Fonds souhaitait vivement formuler des programmes répondant aux besoins des enfants des villes, en particulier de ceux qui habitaient dans des taudis et des bidonvilles. Cette évolution commença en Amérique latine et en Asie, et elle s'étendit ensuite à l'Afrique, où les gouvernements se préoccupaient de plus en plus de l'exode rural.

La Zambie fut l'un des premiers pays africains bénéficiaires de l'aide de l'UNICEF aux enfants des villes. Elle avait un des taux d'urbanisation les plus élevés d'Afrique, ce qui tenait en partie à la croissance des industries extractives. Lusaka, la capitale, croissait au rythme de 16 pour cent par année à cause de l'effet conjugué d'un haut taux de natalité et des migrations depuis les zones rurales. Devant cette situation, le Gouvernement demanda un prêt de la Banque mondiale afin de procéder à l'"amélioration" de vieux quartiers et à l'exécution de programmes "emplacement et services" visant la construction de nouveaux quartiers.

Selon les prévisions, on ferait largement appel à la participation populaire et à l'auto-assistance. L'American Friends Service Committee et l'UNICEF fournirent une assistance à la formation d'agents de développement communautaire en guise de soutien de cet effort massif, et elle se révéla décisive pour le succès de ce projet. Il appartenait aux agents dedéveloppement communautaire de susciter la participation active et éclairée de la population afin de promouvoir, dès les débuts, la mise en place de services sanitaires et de protection infantile dans les quartiers restaurés et dans les nouveaux quartiers ainsi qu'un entretien adéquat des nouvelles installations. Plus de 150 000 personnes bénéficièrent de ce soutien. Les résultats de cette initiative furent très encourageants et il apparut à l'évidence que les enfants vivant dans ces nouveaux quartiers bénéficiaient d'un environnement plus sain pour leur croissance: meilleur accès à une eau salubre et à des installations d'assainissement de base, et une prolifération d'organisations communautaires bénévoles qui surgirent pour entretenir les installations et raffiner ces nouveaux concepts relatifs à la vie dans les villes.

Pendant le reste de la décennie, l'UNICEF accorda au Cameroun, à la Côte d'Ivoire, au Kenya, à la Mauritanie et au Sénégal une assistance à des projets axés sur les besoins des enfants des villes.

Les communications pour l'appui aux projets

Les nouveaux programmes et les nouvelles "approches" qui étaient de plus en plus soutenus en Afrique requéraient une forte participation de la part de leurs bénéficiaires et de nouvelles modalités d'appui de la part des autorités locales et nationales. Les anciens outils de l'éducation sanitaire et nutritionnelle ne produisaient pas, à eux seuls, l'impact escompté et il fallait les compléter par des méthodes innovatrices plus perfectionnées. Deux de ces innovations allaient jouer un rôle croissant dans la mise en oeuvre des activités soutenues par l'UNICEF en Afrique. Il s'agit des "communications pour l'appui aux projets" et des "techniques appropriées".

L'intégration des communications pour l'appui aux projets (désignées en anglais par le sigle PSC) aux programmes en faveur de l'Afrique se fit petit à petit. Des essais fructueux avaient déjà été effectués en Asie du Sud-Est. Un grand nombre de programmes et d'activités que le Fonds soutenait nécessitaient la participation active de leurs bénéficiaires éventuels, qu'il ne fallait pas considérer comme des populations recevant passivement des services. Il fallait qu'elles participent aux étapes de la planification

des programmes et qu'on les aide à analyser et exprimer leurs besoins et, par la suite, à jouer un rôle actif dans la mise en oeuvre et l'évaluation des activités. Le groupe d'agents qui contribuèrent à ce processus se composait de divers types de travailleurs en première ligne: agents de santé et de nutrition, agents de vulgarisation agricole et vétérinaire, enseignants, techniciens de l'approvisionnement en eau, chefs de village ainsi que journalistes de la presse écrite, animateurs d'émissions de radio et d'autres encore. Il leur appartenait de transmettre des idées, des pratiques et des habitudes nouvelles aux populations, et de le faire de façon convaincante; par exemple, expliquer en quoi l'allaitement maternel, les vaccinations, la production d'aliments auxquels elles n'étaient pas habituées et l'utilisation de fiches de croissance étaient avantageux pour leurs enfants et leur collectivité, et expliquer la façon de procéder. Pour que ces agents soient en mesure de faire passer ces nouvelles idées à la population, il leur fallait recevoir une formation aux méthodes efficaces de communication.

Le concept de communication était lui-même en évolution. Il ne signifiait pas la simple transmission d'informations aux populations. Ces connaissances avaient pour but de les aider à comprendre les fondements de leurs comportements et de les inciter à améliorer leurs façons de faire, en commençant par les questions qui les préoccupaient dans l'immédiat. En autres termes, on voyait dans la communication une approche sociale à la problématique du développement^{50/}.

On commença à utiliser, avec un dosage approprié, divers moyens de communication, anciens et modernes - de l'affiche, du ronéotype et des journaux aux magnétophones et magnétoscopes, aux émissions de radio et même aux satellites de télécommunication - afin de renseigner et de convaincre les populations et de les inciter à se prendre en charge. Mais il fallait éviter de mettre un accent excessif sur l'aspect du "matériel" de la communication. Il était essentiel d'accorder davantage d'attention au "logiciel": comprendre les besoins des populations, les aider à exposer ces besoins, les faire participer à des discussions débouchant sur un programme ou une activité en particulier ainsi qu'à leur mise en oeuvre.^{51/}

Une "section de service des communications" fut mise en place au Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est, à Nairobi, afin de desservir les 18 pays de la région. Un fonctionnaire régional des PSC y fut posté. On effectua des études dans divers pays afin de jeter des bases solides pour les activités de PSC. Elles portaient sur les taux d'alphabétisation, les cultures et les langues dans divers pays et le réseau de communication dont ils disposaient, tels que des journaux nationaux ou sous-nationaux, des agences de presse, des installations de radiodiffusion et télédiffusion, entre autres.

Mais il fallut attendre jusqu'en 1976 pour que soit engagé un effort systématique de diffusion quant à l'existence de ces nouvelles techniques de PSC et en vue de la formation de personnels des gouvernements concernés et de l'UNICEF lui-même. Cette année-là, il se tint un atelier à Arusha, en

Tanzanie, et ses "participants recommandèrent que soit étudiée la possibilité d'organiser un stage de formation à la communication d'une durée de neuf semaines et axé sur les techniques fondamentales de recherche, de surveillance et d'évaluation dans le domaine des communications, la gestion des programmes de communication devant également être un sujet à l'étude". 52/

Ce stage, qui fit figure de jalon dans le développement des PSC en Afrique, se déroula en 1978 à l'Université de Nairobi sous les auspices, outre l'UNICEF, de l'UNESCO et de la Fédération internationale du planning familial (IFFP). Il bénéficia également du concours du Community and Family Study Centre de l'Université de Chicago et de l'Institute of Adult Studies de l'Université de Nairobi. Les 52 participants (y compris 15 femmes) représentaient une large gamme de disciplines dans le domaine du développement social et venaient de 19 pays africains. 53/

Les gouvernements, l'UNICEF et, souvent, d'autres organismes intéressés (PNUD, FNUAP, universités, etc.) co-parrainèrent d'autres activités de formation aux échelles régionale et nationale. Elles réunirent des travailleurs en première ligne, des cadres intermédiaires et des responsables des politiques. Des centaines de travailleurs purent ainsi accroître leur capacité d'exécuter leurs diverses tâches à l'échelle de la collectivité.

On trouve un exemple intéressant de cette période au Kenya, où un programme d'éducation sanitaire très populaire et très fructueux fut mis en oeuvre à la radio de ce pays. On communiqua les "messages" sanitaires par l'intermédiaire de pièces jouées par une troupe de théâtre très populaire. L'auditoire s'identifia aisément avec les "personnages" campés dans les saynettes diffusées par la radio sous forme de feuilletons.

Les affiches, les dépliants et d'autres matériels publicitaires produits par les agents nouvellement formés se caractérisèrent par une nouvelle prise en considération des facteurs culturels et, de ce fait, ils furent mieux accueillis par les publics auxquels ils s'adressaient. On encouragea l'utilisation de matériels disponibles sur place.

La valeur de ces nouvelles techniques ne tarda pas à devenir évidente. Presque tous les programmes par pays préparés par les bureaux de l'UNICEF pour approbation par le Conseil d'administration comprenaient un fonctionnaire spécialiste des techniques de communication chargé des PSC. L'Afrique de l'Ouest et du Centre manifestèrent un intérêt similaire à l'égard de l'utilisation des PSC. A Abidjan, siège du Bureau régional de l'UNICEF dans cette région, un fonctionnaire régional responsable des PSC s'employa à préconiser l'utilisation efficace de meilleurs moyens de communication pour la promotion de l'hygiène infantile et d'activités d'ordre nutritionnel.

Les techniques appropriées: bénéficiaires et objectifs

Coïncidant avec la proclamation par les Nations Unies de l'année 1975 comme Année internationale de la femme, la croissance des composantes des programmes afférentes à la condition des femmes africaines et destinées, entre

autres objectifs, à alléger le lourd fardeau que représentaient le travail dans les champs, les déplacements pour aller chercher de l'eau et du bois de chauffe, la préparation des repas et le stockage des aliments, en plus de l'éducation des enfants, déboucha sur la formulation de concepts innovateurs. Il s'agissait de limiter le caractère fastidieux de ces corvées et d'alléger l'emploi du temps des femmes. En outre, ces fonctions accaparantes ne permettaient pas aux femmes africaines de consacrer assez de temps au bien-être de leurs enfants, par exemple en se rendant à intervalles réguliers dans les centres de PMI, ou de bénéficier des possibilités croissantes de participer à des classes d'alphabétisation et à d'autres formes d'éducation périscolaire. D'où l'intérêt pour les "techniques appropriées".

L'UNICEF avait toujours manifesté de l'intérêt pour les femmes en tant que mères, à savoir leur rôle dans l'éducation de leurs enfants et la préservation de leur santé, mais il fallut du temps avant que le Fonds réponde à toutes les dimensions des besoins des femmes, par exemple une éducation appropriée pour les jeunes filles, l'alphabétisation fonctionnelle pour les femmes adultes, l'allègement de leur lourd fardeau familial et agricole et l'acquisition de compétences leur permettant de se livrer à des activités génératrices de revenus. On voyait dans le nouvel "instrument" qu'étaient les "techniques appropriées" un moyen supplémentaire de rehausser le rôle des femmes en leur qualité de membres actifs de leur collectivité.

On expérimentait les "techniques appropriées" tant dans l'Ouest que dans l'Est de l'Afrique. En Afrique de l'Ouest, l'UNICEF coopéra avec d'autres organismes à l'exécution d'une enquête régionale afin de dresser un inventaire des techniques utilisées à des fins de conservation et de stockage des aliments, des formes d'énergie utilisées pour l'accomplissement de diverses tâches, de la situation de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement ainsi que des pratiques dans le domaine sanitaire. L'enquête porta aussi bien sur les pratiques des femmes au foyer que sur celles des artisans traditionnels. Il en résulta la proposition de nouvelles techniques, telles que l'utilisation de l'énergie scolaire pour la dessiccation et la conservation des aliments; nouvelles techniques pour la construction d'entrepôts domestiques pour la conservation des aliments, et pour la préparation d'aliments de sevrage. En coopération avec les ministères concernés, on fit des démonstrations de la façon d'utiliser les techniques améliorées, et des agents de première ligne furent formés à leur utilisation et à leur diffusion. ^{54/}

Au Sénégal, des coopératives de femmes rurales s'occupant de la mouture mécanique du maïs virent le jour et furent couronnées de succès. On fit la démonstration, dans le même pays, de techniques améliorées d'irrigation de petites superficies près du fleuve Sénégal. Le soutien de l'UNICEF à ces initiatives prit en grande partie la forme de services techniques, consultatifs et promotionnels, de bourses de formation, et de la fourniture certains équipements et matériels essentiels.

En Afrique de l'Est, les efforts du Bureau régional aboutirent à la création d'un Centre de démonstration à Karen, près de Nairobi, en coopération avec le Gouvernement kenyan. Le Centre assura la mise au point et la démonstration de divers appareils servant à broyer des céréales, à écaler des noix, à dessécher des aliments périssables par des méthodes solaires peu coûteuses, à pomper de l'eau, à purifier l'eau de consommation domestique, ainsi que de poêles et autres équipements de cuisson consommant peu d'énergie. On encouragea les responsables gouvernementaux, les techniciens et les artisans de toute la région à visiter le Centre de Karen. Il se tint des ateliers régionaux et nationaux, qui eurent certaines retombées positives, sur les techniques appropriées. Les programmes relatifs à la nutrition, à la santé et à l'approvisionnement en eau commencèrent, dans pratiquement chacun des pays de la région, à comprendre des volets afférents aux techniques appropriées.

On considérait que les femmes étaient les premières bénéficiaires de cette action puisqu'elle permettait un allègement de leurs corvées, mais ses retombées s'étendirent à la famille, et particulièrement aux enfants. Dans les pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre, on voyait dans les techniques appropriées une façon de donner une "valeur ajoutée" aux tâches des femmes ou, en d'autres termes, de les rendre plus efficaces. De ce fait, la plupart des programmes s'adressant spécifiquement aux femmes et aux filles mirent l'accent sur les techniques appropriées. Les techniques les plus appréciées par les groupes de femmes avaient trait à l'amélioration des appareils de broyage des céréales et d'extraction de l'huile de palme, les huches pour l'entreposage, les appareils de cuisson économes en énergie et des latrines améliorées.

La notion de "techniques appropriées", toutefois, ne fut pas acceptée sans résistances d'ordre à la fois idéologique et pragmatique. "Chose compréhensible, de nombreuses nations en développement considéraient les techniques appropriées comme une manifestation de condescendance du riche à l'égard du pauvre".^{55/} D'autres les considéraient inférieures. Mais les mentalités évoluèrent progressivement et on accepta plus largement les techniques appropriées, car on avait fini par reconnaître dans ce concept une technologie peu coûteuse, faisant appel principalement à des matériaux et à des compétences disponibles sur place ou faciles à obtenir, qui répondait à un besoin reconnu et correspondait très bien aux valeurs et aspirations des populations locales.^{56/}

L'application de ce concept, en revanche, se heurta à d'autres difficultés, singulièrement en ce qui concerne l'amélioration de la condition de la femme. Par exemple, lorsqu'une nouvelle technique se répandit, telle que les meuneries au Sénégal ou les broyeuses de maïs au Kenya, les femmes eurent besoin d'un accès au crédit et à la formation à la gestion et à la comptabilité. Cela posait un grand problème étant donné que, traditionnellement, c'étaient les hommes qui bénéficiaient d'abord de ces possibilités. Il arrive souvent que des entrepreneurs de sexe masculin acquièrent une meunerie et la gèrent commercialement, de telle sorte que les femmes défavorisées n'ont pas les moyens de payer les sommes demandées.^{57/}

En dépit de ces difficultés très réelles, le "mouvement" des techniques appropriées, conjugué à d'autres initiatives et innovations, se révéla incontestablement bénéfique pour les femmes africaines. Les progrès dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, l'expansion des services d'hygiène maternelle et infantile, les classes d'alphabétisation et les activités génératrices de revenus, ce sont là autant d'activités qui représentèrent un apport important en ce sens.

+ + + +

Les situations d'urgence: catastrophes naturelles et désastres dus à l'homme

Les catastrophes naturelles et les désastres provoqués par l'homme prélevaient un lourd tribut sur leurs victimes, en particulier les enfants, qui représentent le groupe le plus vulnérable dans ces situations. L'Afrique eut, pendant les années soixante-dix, plus que sa large part d'événements catastrophiques: sécheresses, inondations, conflits et guerres. N'eût été de l'assistance extérieure, un grand nombre de pays africains à l'économie précaire n'auraient pas été en mesure de faire face à ces situations d'urgence.

Nous avons déjà évoqué la grande sécheresse de 1973-1974, qui ravagea les pays du Sahel en Afrique de l'Ouest et du Centre. Une grave sécheresse affecta l'Ethiopie pendant la même période. En 1973, le Directeur général chercha à obtenir des ressources extra-budgétaires de l'ordre de 12 millions de dollars afin de remédier à ces situations tragiques. L'année suivante, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, aux prises avec des affrontements armés et un afflux de réfugiés, reçurent une assistance d'urgence. Une aide de même nature fut accordée en 1975-76 en faveur de personnes déplacées en Angola par la guerre de libération qui allait bientôt déboucher sur l'accession à l'indépendance de ce pays; reçurent également une assistance d'urgence des réfugiés qui rentraient au Cap-Vert à la fin de la lutte de libération contre le colonisateur portugais. Et, une fois de plus, la persistance de la sécheresse dans de grandes parties de l'Ethiopie rendit nécessaire la prestation de secours d'urgence.

En 1975, le Mozambique, qui venait d'accéder à l'indépendance, reçut une aide de l'UNICEF pour la remise en état de trois centres de formation de personnel sanitaire auxiliaire et la construction de deux centres similaires en dehors de Maputo, la capitale. Les fonds affectés à ce projet provenaient de la Réserve d'urgence du Directeur général.

Dans les situations d'urgence, les vivres représentent une large part des secours, et elles furent fournies principalement par le Programme alimentaire mondial (PAM) des Nations Unies ainsi que par des donateurs bilatéraux disposant d'importants stocks de vivres. Toutefois, l'UNICEF se vit fréquemment offrir des contributions sous forme de vivres pouvant être utilisées dans des situations d'urgence. Elles comprenaient des préparations enrichies qui servirent au traitement et à la prévention des formes les plus graves de malnutrition infantile. Le Fonds expédia avec célérité aux pays en détresse, à même ses propres ressources, des fournitures médicales, des articles de survie (par ex. des couvertures), de l'équipement et du matériel

destinés aux projets d'approvisionnement en eau. Il convient de faire remarquer que l'UNICEF déploya ces efforts en collaboration et en concertation avec de nombreux organismes internationaux, qu'ils soient intergouvernementaux, par exemple le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et l'OMS, ou des organisations caritatives internationales telles que le Comité international de la Croix-Rouge, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, OXFAM, CARE, et de nombreuses autres.

Dans sa coopération avec les anciennes colonies portugaises devenues indépendantes, l'UNICEF eut l'occasion d'appliquer les enseignements tirés de ses expériences du début des années soixante. Les secours d'urgence cédèrent rapidement la place à des programmes de reconstruction et de développement à long terme.

Le Conseil d'administration de l'UNICEF débattit les politiques et pratiques de l'organisation dans les situations d'urgence lors d'une session extraordinaire tenue au début de 1981. Pour l'essentiel, il rappela que, même si le Fonds devrait jouer un rôle important à l'avenir dans ces situations, les interventions de ce type ne devraient pas, entretemps, porter atteinte à l'efficacité de l'action qu'il avait engagée en faveur du développement à long terme.

L'une des préoccupations caractéristiques de l'UNICEF en matière d'assistance aux pays frappés par des situations d'urgence consistait à prévoir les besoins des enfants et des mères après la situation d'urgence, moment où la reconstruction et la remise en état des installations et les services destinés aux enfants revêtent un caractère crucial pour le processus de développement à long terme du pays concerné. L'UNICEF avait pour politique dans ces situations de fournir des secours tout en s'efforçant, dans la mesure du possible, de satisfaire les besoins à long terme. C'est ainsi qu'en coopération avec les gouvernements concernés, le Fonds prit des dispositions en vue du recyclage des personnels dans les domaines de la santé, de la nutrition et de l'éducation, et en vue de la reconstruction des installations afférentes à ces services. Ces installations sont fréquemment détruites ou négligées pendant les situations d'urgence.

+ + + +

Mères et enfants relevant de mouvements africains de libération

Par sa résolution 3118 en date de décembre 1973 et dans des résolutions subséquentes, l'Assemblée générale des Nations Unies pria instamment les organismes de l'ONU et les institutions spécialisées de fournir une assistance aux mouvements africains de libération, chacun dans le domaine qui relevait de sa compétence. Le Conseil d'administration de l'UNICEF donna suite à cet appel en débattant cette question à sa session de 1974 et en approuvant une allocation de 815 000 dollars.^{58/} En 1975, des engagements d'un montant approximatif de 2 millions de dollars étaient affectés, en coopération avec le PNUD, l'OMS, le HCR et l'Organisation de l'unité africaine (OUA), à l'assistance aux enfants et mères relevant des mouvements de libération africains.. Il s'agissait, à cette époque, de mouvements qui cherchaient à

obtenir l'indépendance du Portugal en Angola, au Cap-Vert, en Guinée-Bissau, au Mozambique et à Sao-Tomé-et-Principe. Le nombre de réfugiés angolais vivant au Congo, au Zaïre et en Zambie s'élevait à environ un million. Une assistance fut accordée dans les domaines de l'hygiène et de la nutrition infantiles, de l'éducation et de la formation. L'Angola accéda à l'indépendance en novembre 1975 et, par la suite, l'assistance de l'UNICEF eut pour objectif de l'aider à renforcer les services en faveur des enfants et des mères.

Lors qu'un accord d'accession à l'indépendance du Cap-Vert en juillet 1975 fut conclu, un gouvernement de transition fut mis en place. L'aide de l'UNICEF fut affectée au renforcement des services sanitaires, nutritionnels et éducatifs. Des dispositions similaires furent prises dans le cas de Sao-Tomé-et-Principe, qui obtint également son indépendance en 1975.

On vint en aide aux réfugiés de la Guinée-Bissau, qui vivaient au Sénégal, par l'intermédiaire d'une contribution à des fins spéciales d'un montant de 200 000 dollars. La colonie la plus importante de réfugiés mozambicains se trouvait en Tanzanie, où ils s'étaient rendus pour échapper à la guerre qui sévissait dans leur pays entre les combattants du Front de libération du Mozambique, connu sous le nom de FRELIMO, et la puissance coloniale portugaise. A la cessation des hostilités, en 1974, le besoin se présenta d'aider au retour et à la réinstallation des réfugiés au Mozambique. Le Directeur général de l'UNICEF débloqua 300 000 dollars à même son Fonds de réserve pour les secours d'urgence afin de soutenir cette intervention humanitaire. Le pays accéda à l'indépendance en juin 1975 et, au cours du même mois, le Conseil d'administration approuva un engagement à même les ressources ordinaires pour la coopération au titre d'un programme par pays avec le Mozambique indépendant.

Les soins de santé primaires: la Déclaration d'Alma-Ata (1978)

Presque tous les pays africains participèrent à la Conférence sur les soins de santé primaires (SSP) tenue en 1978 à Alma-Ata, en Union soviétique, co-parrainée par l'OMS et l'UNICEF. Elle déboucha sur une Déclaration préconisant une approche nouvelle, et même révolutionnaire, en vue de l'élargissement des services sanitaires. Le slogan "La santé pour tous d'ici l'an 2000" fut l'expression de cette approche. Les participants préconisèrent, dans la Déclaration, la participation active de toutes les populations à la mise en place de services sanitaires de base; ils définirent un ensemble intégré d'activités préventives, curatives et promotionnelles devant être soutenues dans une démarche interdisciplinaire par les responsables de la santé ainsi que par d'autres organismes gouvernementaux et non gouvernementaux^{59/}.

La plupart des pays africains souscrivirent à la Déclaration et au concept de soins de santé primaires. Etant donné que la situation de la santé et de la structure des services sanitaires variait considérablement d'un pays africain à l'autre, il appartenait à chacun d'eux d'établir son propre programme en vue de la réalisation des objectifs afférents aux soins de santé primaires. L'UNICEF était disposé à les aider dans ce processus, toujours en pleine coopération avec l'OMS. Plusieurs pays procédèrent à une évaluation

approfondie de leurs services sanitaires, et les rapports qui en résultèrent firent l'objet de larges débats, souvent à l'échelle nationale, comme ce fut le cas au Ghana, au Sénégal, en Tanzanie et en Zambie. Il apparut à l'évidence, dans tous les cas, que le processus de réorientation et de restructuration des services sanitaires serait difficile et demanderait du temps. En effet, en dépit de l'accomplissement de progrès considérables depuis le début des années soixante, les services sanitaires en Afrique, dans presque tous les cas, privilégiaient toujours fortement les populations urbaines, et la priorité était accordée aux services curatifs et à des établissements coûteux, par exemple aux hôpitaux.

Le recrutement et la formation d'un nouveau type de travailleurs sanitaires auxiliaires, qu'on appela agents villageois ou communautaires de santé, ou encore surveillants de la santé, constituèrent une des premières mesures de concrétisation du concept de SSP. En principe, les collectivités elles-mêmes choisiraient ces agents en consultation avec les services sanitaires; le Ministère de la santé assurerait ensuite leur formation pendant une période variant entre quelques semaines et plusieurs mois, puis ils seraient déployés dans leur collectivité d'origine. L'accent était mis, dans la formation, sur les aspects préventifs, par exemple la surveillance des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, le suivi de l'état nutritionnel des enfants et des femmes enceintes, la prestation des premiers soins et d'une éducation sanitaire, la distribution de médicaments courants, par exemple des comprimés contre le paludisme et des sels de réhydratation orale, ainsi que le renvoi de certains cas à l'établissement de santé le plus proche.

La mise en place d'un minimum de services sanitaires de base à l'échelle du village était une préoccupation déjà ancienne de l'UNICEF, qui avait préconisé cette approche pendant des années et avait agi en ce sens. Ce qui était nouveau, c'était la détermination d'étendre la couverture autant que possible, particulièrement en faveur des zones rurales défavorisées. Outre un plaidoyer incessant, le rôle décisif de l'UNICEF quant à cet aspect des SSP a consisté à soutenir les activités de formation nécessaires et à livrer certaines fournitures particulièrement importantes, singulièrement les médicaments essentiels et, souvent, les bicyclettes qu'utilisaient les agents villageois et les motocyclettes dont avaient besoin leurs supérieurs qui avaient à se déplacer depuis le centre sanitaire rural ou le dispensaire le plus proche.

Ce mouvement s'accompagna d'un accroissement de l'intérêt envers l'amélioration des qualifications des accoucheuses traditionnelles, car on considérait que ces femmes faisaient partie intégrante du processus de mise en place du système de SSP. On observa également une sensibilisation croissante à l'importance de l'apport que devaient fournir les chefs religieux et les guérisseurs traditionnels auprès desquels beaucoup d'Africains, qu'ils soient de la ville ou de la campagne, cherchaient à obtenir une assistance en cas de maladie physique ou mentale. Idéalement, le village bénéficierait de la présence d'un agent villageois de santé (dont la majorité étaient des hommes) et d'une accoucheuse traditionnelle. En revanche, la réorientation des services sanitaires gouvernementaux dans le sens des SSP posa davantage de problèmes. Il fallait que les mentalités et les habitudes à la fois

des gestionnaires, des praticiens et des populations urbaines changent radicalement pour que le concept de SSP se matérialise. Les dépenses de santé, tant celles des gouvernements que des particuliers, durent également se modifier en profondeur, dans de nombreux cas, pour s'adapter aux nouvelles orientations.^{60/}

Vers la fin de la décennie, les diverses études et évaluations effectuées par les gouvernements, l'OMS et l'UNICEF indiquèrent que certains progrès avaient été accomplis sur le plan des concepts relatifs à la prestation de services sanitaires, mais que les pays avaient encore beaucoup à faire. Les SSP, faisant partie du concept plus accepté de "services de base", n'étaient plus contestés, et la plupart des pays africains recherchaient les moyens de réaliser l'objectif de "la santé pour tous d'ici à l'an 2000", bien qu'il paraisse trop ambitieux. On fit d'importants efforts d'amélioration des programmes de vaccination au titre du Programme élargi de vaccination (PEV) lancé par l'OMS en 1974; on observa un accroissement notable sur le plan de l'approvisionnement en eau potable des zones et populations défavorisées, et une recrudescence de l'intérêt pour l'assainissement. Sur le plan de la gestion, certains pays africains procédèrent à une réforme de leurs structures administratives dans le sens de la décentralisation des services sanitaires et d'une amélioration de la coordination. On s'intéressa davantage aux lacunes sur le plan logistique, c.a.d. à l'amélioration des moyens de transport afin de permettre une meilleure surveillance et un acheminement plus efficace des médicaments et des vaccins, du combustible et des fournitures vers les zones rurales éloignées. Dans toutes ces entreprises, l'UNICEF, de même que ses partenaires au sein de la communauté internationale, particulièrement l'OMS, la Banque mondiale, et les organismes bilatéraux d'assistance, restèrent disposés à prêter leur concours sous forme de soutien technique, de fournitures et de financement. En réalité, on peut affirmer qu'à la fin de la décennie, la plus large part de l'assistance extérieure versée au titre du développement social de l'Afrique était affectée aux SSP en particulier et, de façon générale, aux services de base.

+ + + +

L'Année de l'enfance (1979)

Le 21 décembre 1976, l'Assemblée générale des Nations Unies adopta une résolution par laquelle elle désignait l'année 1979 Année internationale de l'enfance pour marquer le vingtième anniversaire de la Déclaration des droits de l'enfant. L'idée d'une telle "année" avait déjà, en réalité, été acceptée beaucoup plus tôt et elle avait été réclamée avec insistance par des organisations non gouvernementales, sous la direction de Canon Joseph Moerman, qui était alors Secrétaire général du Bureau international catholique de l'enfance à Genève, à qui on attribue la paternité de cette initiative. Dans un premier temps, cette idée se heurta à de vives résistances dans divers milieux et pour diverses raisons. Aux Nations Unies elles-mêmes, on éprouvait une certaine "lassitude" après une succession d'"années" consacrées aux réfugiés, à la population, à la femme et à l'environnement.^{61/} Fait étonnant, des résistances se manifestèrent également au sein de l'UNICEF.

Si l'ONU proclamait une année de l'enfance, le plus lourd du fardeau, sans même parler des dépenses, retomberait sur l'UNICEF. On craignait en outre que ce type d'activités ne détourne l'organisation de son mandat concret et ne l'amène à organiser des défilés, des galas, etc... semblables à ceux qui avaient marqué des "années" similaires dans le passé.^{62/} Néanmoins, faisant preuve d'une grande persévérance et d'une forte détermination, les ONG qui préconisaient cette initiative convainquirent tous les sceptiques qu'elles visaient une action concrète, particulièrement à l'échelle nationale, plutôt que de simples déclarations. Contrairement à ce qui avait été le cas pour les autres "années", celle de l'enfance n'aurait pas pour point culminant une conférence internationale parce que cela coûtait trop cher et comportait des risques de controverses et de politisation.

La décision finit par être prise et l'UNICEF accepta le rôle d'"organisme directeur" des Nations Unies pour l'Année internationale de l'enfance. Elle constitua un secrétariat à cette fin en 1977, lorsque les préparatifs démarrèrent véritablement.

Dans pratiquement chaque pays du continent africain, on créa une Commission nationale de haut niveau pour l'Année internationale de l'enfance. Ces commissions se composaient fréquemment de représentants de divers ministères, d'experts, d'organisations non gouvernementales et de représentants des mass médias. Leur principale fonction consistait à susciter un intérêt et une action à l'échelle nationale à propos de toutes les questions touchant le bien-être des enfants et des mères. On effectua des enquêtes et des études sur la situation des enfants, sur les services mis à leur disposition et sur leur statut juridique. Les mass médias, particulièrement la radio et les journaux, donnèrent un grand écho aux résultats de ces études. On entreprit des campagnes de souscription, qui furent couronnées de succès, afin de financer le coût des commissions, y compris les frais de fonctionnement de leurs modestes secrétariats. Les gouvernements leur accordèrent également un soutien financier. L'UNICEF fournit un modeste soutien financier aux Commissions nationales, le plus souvent au titre de projets précis qu'elles mettaient en oeuvre. Stimulées par la visite que fit dans onze pays africains Estefania Aldaba-Lim, Représentant spécial pour l'Année internationale de l'enfance, certaines commissions allèrent au-delà de la recherche et des activités de plaidoyer et soutinrent des projets fondés sur la collectivité, de l'approvisionnement en eau dans des villages au subventionnement d'organisations oeuvrant pour la protection de l'enfance, y compris d'organisations qui dispensaient des services aux enfants handicapés.

L'ensemble des activités entreprises fut d'une remarquable diversité: en Guinée, on effectua une étude nationale sur la situation des enfants; le Malawi entreprit d'éradiquer la poliomyélite; on s'intéressa aux problèmes des enfants nomades au Sénégal et en Somalie; on leva des fonds en Angola en faveur des enfants réfugiés; la République-Unie de Tanzanie tint un grand symposium national sur l'éducation du jeune enfant; l'Ouganda fit des efforts pour venir en aide aux enfants de la rue; on établit un grand programme de vaccination au Libéria, et on insista aux Seychelles sur l'attention à accorder aux enfants handicapés. Le Togo promulgua un Code de la famille.

Pour marquer l'Année internationale de l'enfance, le Gouvernement du Kenya organisa en mars 1979, avec le soutien de l'UNICEF, un grand colloque à l'intention des pays d'Afrique de l'Est sur le thème des services de base.

Les rapports des Commissions nationales pour l'Année internationale de l'enfance démontrèrent que l'Année avait eu des retombées positives. En Afrique, tant les gouvernements que la société dans son ensemble prirent davantage conscience des besoins des enfants, de leur place dans le développement national et des conséquences qui en découlaient. Bien que cette "manifestation" ait eu pour toile de fond une récession économique mondiale, qui toucha durement l'Afrique et qui entraînait d'importantes compressions budgétaires, on put observer un plus grand intérêt des gouvernements à l'égard des questions relatives aux enfants et une certaine expansion des services. Certaines commissions nationales continuèrent leurs travaux après 1979, les réorientant pour devenir des défenseurs permanents, à l'échelle nationale, du bien-être des enfants.^{63/}

La Namibie et le Zimbabwe

Les mouvements de libération luttant pour l'indépendance de la Namibie (Sud-Ouest africain), la South West Africa People's Organization (SWAPO), et du Zimbabwe, à savoir la ZANU et la ZAPU^{64/}, devinrent plus actifs au cours de la deuxième partie de la décennie. A cause des affrontements armés, un grand nombre de ressortissants de ces pays cherchèrent refuge dans les pays voisins. La majorité d'entre eux se rendirent en Tanzanie et en Zambie, et d'autres trouvèrent asile au Botswana, au Lesotho, au Swaziland, au Zaïre et dans d'autres pays. Ces migrations imposèrent un lourd fardeau aux pays d'accueil, qui avaient déjà fort à faire pour répondre aux besoins de leurs propres ressortissants.

L'UNICEF participa aux efforts de la communauté internationale en vue de venir en aide aux pays hébergeant les réfugiés des mouvements de libération, en particulier afin de répondre aux besoins fondamentaux des enfants et des femmes. Vers la fin de 1974, le Fonds alloua à la Tanzanie un montant d'environ 500 000 dollars (100 000 à même les ressources ordinaires et 400 000 provenant de ressources supplémentaires). On utilisa ces crédits pour livrer des tentes et des fournitures médicales et pour accorder des bourses de formation. La Zambie reçut une assistance similaire pour qu'elle puisse s'occuper des réfugiés en provenance de l'Angola, de la Namibie et du Zimbabwe.

Il convient de noter que la plus grande partie des ressources financières dont l'UNICEF avait besoin pour dispenser cette assistance lui furent généreusement versées sous forme de contributions spéciales par des gouvernements, en particulier par l'Australie, la République fédérale d'Allemagne, la Norvège et la Suède, ainsi que par plusieurs Comités nationaux pour l'UNICEF.

La naissance du Zimbabwe

En 1980, sept années de lutte au Zimbabwe arrivèrent à leur terme et un accord d'accession à l'indépendance et de formation d'un gouvernement représentant la majorité de la population fut conclu. Le nouvel Etat du Zimbabwe vit le jour en avril 1980. L'une des premières tâches incombant au nouveau bureau de pays de l'UNICEF au Zimbabwe consistait à aider, en coopération avec le HCR et d'autres organismes, au retour dans leur pays de milliers de réfugiés zimbabwéens vivant en Zambie, au Mozambique et dans les autres pays voisins. Cette tâche humanitaire pressante fut accomplie avec célérité et avec une grande efficacité. Dès la fin de 1980 et le début de 1981, la coopération de l'UNICEF avec cette nouvelle nation soutint des programmes accélérés de formation d'enseignants et de transformation des anciens personnels sanitaires des combattants de la guérilla en agents chargés des services sanitaires de base.

+ + + +

IV. EPILOGUE

Mesurés à l'étalon de la réduction des taux de mortalité juvéno-infantile, les progrès accomplis par l'Afrique en l'espace de 35 ans étaient sans précédent dans son histoire. Le taux de mortalité infantile (TMI) de l'ensemble des pays en développement chuta de plus de 50 pour cent, passant de 188 pour mille naissances vivantes en 1950 à 92 en 1982. Mais en Afrique, même si le TMI fut ramené de 197 à 118 pendant la même période, un fait troublant demeure, à savoir que le nombre absolu de décès de nourrissons et de jeunes enfants a augmenté. ^{65/}

Pour l'Afrique, la première moitié de la décennie des années quatre-vingt a été marquée par une succession de crises. Divers observateurs de la scène africaine ont avancé des explications de ces phénomènes: pressions sur l'environnement et surpopulation, sécheresse, problème de l'endettement et récession économique, baisse des cours à l'exportation des denrées de base, déclin de la production alimentaire, faiblesse de la gestion, insuffisance de l'attention accordée au travail et au besoin des femmes, ou encore manque de compétences et de techniques. ^{66/}

Aux yeux de nombreux observateurs, cependant, ces facteurs sont étroitement liés les uns aux autres et ils ont, dans des dosages variables, contribué à l'émergence de crises successives. L'UNICEF partageait cette façon de voir et il considéra que ces crises n'avaient pas été provoquées par un seul facteur, mais ne sont qu'une manifestation d'une crise à long terme qui trouve ses racines dans la pauvreté et le sous-développement.

Le défi auquel étaient confrontés les responsables des politiques, au sein tant des gouvernements que des organismes d'assistance au développement tels que l'UNICEF, consistait à formuler des mesures qui permettraient d'endiguer la vague de détérioration qui menaçait la vie et la croissance des enfants des nations, dans un contexte de revers économiques et d'une pénurie de ressources. C'est sur cette toile de fond que l'UNICEF, sous l'impulsion de son nouveau Directeur général, M. James P. Grant, accéléra sa recherche de solutions et la formulation de nouvelles stratégies afin d'aider les pays qui traversaient cette situation de crise.

La malnutrition et la maladie étaient responsables de la mort de près de quatre millions d'enfants africains chaque année, même sans sécheresse ou famine. Telle était la situation que M. Grant et son prédécesseur, Henry R. Labouissé, qualifièrent d'"urgence silencieuse", par opposition aux "urgences criantes" caractéristiques d'une grave sécheresse ou d'autres catastrophes. Il fallait que la réaction internationale porte sur les deux pour que des solutions durables puissent être mises en oeuvre. Naturellement, la priorité, dans ces deux types d'urgences, consiste à sauver la vie et à protéger la croissance normale des enfants car il est crucial de les protéger pendant leurs premières années, non seulement pour alléger leurs souffrances mais également pour préserver le "capital humain" dont dépend l'avenir de l'Afrique.

Un prestigieux dirigeant africain a mis cette question en relief en écrivant que "le sauvetage de centaines de milliers de jeunes enfants,

condamnés à périr de malnutrition ou de maladie, s'impose comme un impératif immédiat, à condition qu'il soit une étape pour d'autres actions et un élément d'une approche globale qui, seule, à la longue, permettra aux enfants d'Afrique de survivre et, au-delà, de vivre le développement".^{67/}

Il existait de plus en plus de signes indiquant qu'il était possible de réduire de façon marquée les taux élevés de mortalité infantile dans les pays à faible revenu sans qu'il faille nécessairement attendre une relance de leur économie. Ces signes ont fait naître l'espoir qu'en dépit de la récession, on pourrait sauver la vie des enfants par l'intermédiaire d'interventions peu coûteuses. L'UNICEF avait traditionnellement retenu les critères du PNB et du nombre d'enfants pour déterminer l'importance de ses allocations à un pays donné mais, en 1983, on demanda au Conseil d'administration d'approuver un troisième critère, celui du taux de mortalité infantile (TMI) d'un pays, pour établir le niveau de financement accordé par l'organisation.

Vers la fin de 1982, de nouvelles armes dans la guerre qui allait être déclarée contre les décès évitables de nourrissons et de jeunes enfants furent déployées et on en fit la promotion sous forme d'un nouveau concept de santé infantile qui fut désigné sous le sigle utilisé en anglais, GOBI*. La nouvelle stratégie, conçue comme fer de lance de l'accélération des soins de santé primaires et du développement intégral des services de base, reposait sur quatre interventions faisant appel, pour la réalisation de l'objectif fixé, à des méthodes simples qui avaient néanmoins valeur de percées révolutionnaires.

Les nouvelles mesures adoptées et préconisées par l'UNICEF visent forcément les problèmes les plus courants qui se posent aux enfants des collectivités défavorisées. Elles comprennent la lutte contre la déshydratation causée par les maladies diarrhéiques qui, en 1984, ont entraîné la mort de plus d'un million d'enfants en Afrique. L'UNICEF et l'OMS encouragent l'utilisation d'une méthode peu coûteuse, la thérapie par réhydratation orale, afin de prévenir un grand nombre de ces décès.

Tenant compte de l'amélioration des vaccins et des possibilités qu'offre la mobilisation sociale, l'UNICEF met un accent particulier sur la vaccination de tous les enfants contre les maladies infantiles infectieuses les plus répandues - le tétanos, la rougeole, la poliomyélite, la coqueluche, la diphtérie et la tuberculose.

*C'est-à-dire surveillance de la croissance, réhydratation orale, allaitement maternel et immunisation. On ajoute parfois les suppléments nutritionnels, l'espacement des naissances et l'éducation des femmes, d'où l'utilisation du sigle anglais GOBI-FFF.

Figurent parmi les autres méthodes présentant un bon rapport coût/efficacité la surveillance de la croissance des nourrissons et des jeunes enfants, et la promotion de l'allaitement maternel et de bonnes pratiques de sevrage. La première suppose le pesage mensuel des enfants et l'inscription des données sur une fiche de croissance, ce qui permet donc à la mère de déceler les signes d'une perte de croissance de l'enfant bien avant que la malnutrition ne commence et d'y remédier. Il est important, et efficace, d'informer les mères des avantages de l'allaitement au sein et de la façon de procéder au sevrage du nourrisson.

Ces techniques de protection infantile, assorties de suppléments nutritionnels, de la protection contre les carences en vitamine A et en iode, de l'éducation des femmes et de l'espacement des naissances, ainsi que d'autres mesures s'inscrivant dans le cadre général des services de base en faveur des enfants et des soins de santé primaires, sont devenues partie intégrante d'une stratégie mondiale dans la campagne visant l'amélioration des chances de survie, de la santé et du développement de l'enfance.

En 1983, on donna à cet ensemble de mesures le nom de Révolution pour la survie et le développement de l'enfant (RSDE). Les quatre techniques décrites ci-dessus restent au coeur de l'ensemble, mais d'autres y furent intégrées pour tenir compte d'autres problèmes prioritaires dans certains pays, par exemple le paludisme, la lutte contre les affections respiratoires aiguës, la réduction de la mortalité péri-natale et les parasitoses, et la lutte contre la carence en vitamine A. Plusieurs pays décidèrent de concentrer leurs efforts, dans un premier temps, sur ces objectifs limités, qui pouvaient être atteints plus facilement. Ces interventions jetteraient les bases d'un système plus complet de services de base, y compris les soins de santé primaires.

L'Assemblée mondiale de la santé a adopté en 1977 l'objectif de la vaccination de tous les enfants d'ici à 1990, mais les progrès ont été lents et, en particulier à cause de la crise économique, l'objectif ne semblait pas réalisable dans un délai aussi court. En 1985, l'UNICEF décida de faire de l'immunisation une mesure prioritaire jusqu'à la fin de la décennie. Cette année-là, le Secrétaire général des Nations Unies, M. Javier Pérez de Cuéllar, écrivit aux Chefs d'Etat, leur demandant de soutenir personnellement l'objectif de la vaccination de tous les enfants du monde avant 1990. Peu de temps après, les ministres africains de la santé, réunis à Lusaka en septembre, décidèrent de proclamer l'année 1986 Année de la vaccination en Afrique.

La "révolution" préconisée par l'UNICEF est axée avant tout sur la survie de l'enfant, mais cela ne signifie aucunement que les aspects relatifs au développement du jeune enfant vont être laissés de côté ou négligés. L'Année internationale de l'enfance a mis en relief les besoins de développement psycho-social de l'enfant et le rôle important, à cet égard, de l'éducation et de la stimulation du jeune enfant. Elle a également mis à l'ordre du jour la protection des enfants du monde contre l'exploitation et les mauvais traitements.

En Afrique, on a accordé une plus grande attention au rôle des femmes, non seulement pour assurer la survie de leurs enfants, mais également sous l'angle de leur possibilité de promouvoir le changement et le développement au sein de leur collectivité. L'UNICEF continue de soutenir des programmes innovateurs dans ces deux domaines.

Tout en menant cette action, l'UNICEF avait la conviction que les progrès des connaissances et techniques scientifiques n'étaient pas, en eux-mêmes, suffisants. Il fallait que se produise une "percée sociale" de même dimension et d'un coût modique sur le plan des moyens de mettre ces progrès à la disposition des populations. Avec l'expansion, dans de nombreuses nations du continent africain, de la capacité d'informer et de mobiliser la population, par l'intermédiaire à la fois des mass médias et de la mobilisation d'autres forces organisées, il est maintenant possible, plus que jamais, de mettre ces connaissances et ces techniques à la disposition de la majorité des parents.

Dès le milieu de la décennie, l'UNICEF ne se contentait pas de plaider en faveur de la mise en oeuvre de ces stratégies, mais s'employait à les intégrer à ses ressources sur le plan de l'organisation et de la communication, à ses programmes en faveur des femmes et des enfants, et à ses programmes d'éducation primaire, d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Il ne fait pas de doute que la région africaine restera, jusqu'à l'horizon de la fin du siècle, hautement prioritaire pour l'UNICEF, car sa situation demeurera caractérisée par les plus hauts taux de mortalité infantile du monde, par la persistance de l'insécurité alimentaire et, en conséquence, de la malnutrition, et par des tendances à l'appauvrissement des femmes, en particulier dans les zones rurales.^{68/}

L'UNICEF a déjà pris des mesures énergiques en prévision de ces besoins. De 1980 à 1985, ses dépenses en Afrique ont doublé; pendant la seule année 1985, l'Afrique a absorbé 38 pour cent de l'ensemble des dépenses au titre des programmes de l'organisation. Le Fonds a sensiblement augmenté le nombre de fonctionnaires de rang d'administrateur et le nombre de bureaux de pays en Afrique au Sud du Sahara.^{69/}

Dans l'avenir immédiat, l'attention restera dirigée vers l'aggravation de la crise économique que traversent la plupart des pays africains, comme en témoignent la baisse marquée de leur PNB per capita, et vers la compression sensible des services sociaux en faveur des enfants et des mères.^{70/}

Le Fonds s'intéressera également aux effets de l'apartheid, de la déstabilisation et de la guerre sur les enfants d'Afrique australe, en particulier ceux de l'Angola et du Mozambique, où ces facteurs provoquent une formidable augmentation du nombre de décès de nourrissons et de jeunes enfants. Il apparaît à l'évidence qu'il ne faut pas attendre la fin de la guerre et de la déstabilisation pour entreprendre des opérations de reconstruction qui nécessiteront un important soutien externe. Comme l'a démontré la situation d'urgence due à la sécheresse de 1984-1985, on ne peut se permettre d'attendre que les dégâts aient été faits, car les retards ne peuvent que semer la dévastation parmi les jeunes enfants très vulnérables.

A court terme et face aux situations d'urgence, l'UNICEF continuera, dans le cadre général des activités du Bureau des opérations d'urgence des Nations Unies en Afrique (BOUA), de jouer un grand rôle de soutien des efforts nationaux afin de répondre aux besoins d'ordre sanitaire des populations affectées, en coopération étroite avec l'OMS, un rôle de soutien des activités qui se poursuivent en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et un rôle sur le plan de la fourniture de suppléments nutritionnels aux groupes vulnérables.

A long terme, l'objectif primordial sera d'accélérer la réduction de la mortalité juvéno-infantile, de contribuer à l'amélioration de la situation, du bien-être et de la condition des mères et des femmes défavorisées, de préserver et, partout où cela sera possible, d'améliorer la situation et le bien-être des enfants par le soutien d'une large gamme d'activités de développement de l'enfant. L'UNICEF poursuivra ces objectifs par l'intermédiaire de son engagement de longue date à l'égard de la "programmation par pays", qui suppose la réalisation et l'amélioration constante d'analyses de la situation des pays dans chacun des pays aidés par l'UNICEF et la formulation, avec le concours intégral des ministères concernés, d'un programme coordonné d'action comportant des priorités clairement définies et un calendrier d'exécution.

+ + + +

I. Renvois

- 1/ Entrevue inédite avec M. Charles Egger, réalisée le 11 octobre 1983 par le Projet Histoire de l'UNICEF, New York.
- 2/ UNICEF Staff News, No 207, 21 février 1986.
- 3/ Les perspectives d'avenir de la population mondiale: estimations et projections établies en 1982 (publication des Nations Unies, 1986).
- 4/ Ibid.
- 5/ "Rapport du Directeur général sur l'état des travaux" (E/ICEF/356), 1958.
- 6/ Compte rendu analytique du Conseil d'administration, 3-11 mars 1958.
- 7/ Extrait d'une déclaration de M. Charles Egger devant le Conseil d'administration, 2 mars 1959 (E/ICEF/59A/CRP/1).
- 8/ "The nutrition status of children and mothers in Africa", document inédit du Dr. Les Tepley (consultant auprès de l'UNICEF), New York, 1985.
- 9/ Ibid.
- 10/ Ibid.
- 11/ Elizabeth Orr, "The use of protein-rich foods for relief of malnutrition in developing countries" (Tropical Products Institute, Londres, 1972).
- 12/ "Deuxième rapport sur la situation sociale du monde" (E/CN.5/324/Add.1, Parties I et II), 1957.
- 13/ UNICEF Staff News, No 252, 18 août 1960.
- 14/ Deuxième réunion consacrée au bien-être social et le développement communautaire, Commission économique pour l'Afrique (Léopoldville, Congo, 4-9 février 1963).
- 15/ "UNICEF in East Africa 1953-1982", document inédit préparé par Tony Meager pour le Projet Histoire de l'UNICEF, New York, février 1983.
- 16/ Ibid.
- 17/ L'UNICEF et l'éducation, Série Histoire de l'UNICEF, Monographie 7, juin 1986.
- 18/ Ibid.
- 19/ Programme régional pour l'élimination de l'analphabétisme en Afrique (UNESCO, Bureau régional pour l'éducation en Afrique, Dakar, 1984).
- 20/ Ibid.
- 21/ Entrevue inédite avec Isaac Gomez, réalisée le 24 juillet 1985 par le Projet Histoire de l'UNICEF, New York.
- 22/ Ibid.
- 23/ Entrevue inédite avec Aida Gindy, réalisée le 25 août 1983 par le Projet Histoire de l'UNICEF, New York.
- 24/ The Children and the Nations, par Maggie Black (Macmillan, Sydney, Australie, 1986), Chapitre 8: "The Whole Child".
- 25/ L'enfance et la jeunesse dans la planification du développement: Rapport d'une table ronde tenue en avril 1964 à Bellagio, en Italie (UNICEF, New York, 1965).
- 26/ On trouvera le texte intégral du rapport sur la réunion extraordinaire dans le document de l'UNICEF portant la cote E/ICEF/549 (1966).

Renvois (suite)

- 27/ Le chiffre et les pourcentages indiqués comprennent les pays arabes du Maghreb, l'Egypte, le Soudan et la Libye.
- 28/ Op. cit.
- 29/ Op. cit.
- 30/ "UNICEF in East Africa 1953-1982", document inédit préparé par Tony Meager pour le Projet Histoire de l'UNICEF, New York, février 1983.
- 31/ La section sur le Biafra se fonde sur les sources suivantes:
a) The Children and the Nations, par Maggie Black;
b) Note de service inédite de Dan Jacobs à Henry Labouisse, New York, juillet 1983.
c) "Notes on a field visit to war-affected areas by Mr. Labouisse accompanied by Mr. Larsen", notes inédites de Poul Larsen (Lagos, janvier 1970).
- 32/ "Enfance et adolescence: Objectifs et priorités pour la deuxième Décennie du développement -- projet de rapport" (E/ICEF/CRP/72-8), 1972.
- 33/ "Rapport du Conseil d'administration, 13-24 mai 1974" (E/ICEF/633)
- 34/ "Main Trends in UNICEF policy: 1947-1980" (HIST.45/Rev.1), préparé par M. Charles Egger pour le Projet Histoire de l'UNICEF, New York, janvier 1986.
- 35/ "Water and Sanitation in UNICEF, 1946-1985", document inédit préparé par Martin Beyer pour le Projet Histoire de l'UNICEF, New York, 1986.
- 36/ Ibid.
- 37/ Ibid.
- 38/ Charles Egger, op. cit.
- 39/ E/ICEF/L.1342.
- 40/ "Rapport du Directeur général sur l'état des travaux" (E/ICEF/642), 1976.
- 41/ Ibid.
- 42/ Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Mali, Mauritanie, Niger, Tchad et Togo.
- 43/ L'enfance, la jeunesse, les femmes et les plans de développement: la Conférence de Lomé (UNICEF, Abidjan, 1972).
- 44/ L'UNICEF et l'éducation, Série Histoire de l'UNICEF, Monographie 7, 1985.
- 45/ "L'éducation périscolaire au service du développement rural" (E/ICEF/L.1284), 1973.
- 46/ Ibid.
- 47/ Charles Egger, op.cit.
- 48/ "Le jeune enfant: perspectives d'action dans les pays en voie de développement" (E/ICEF/L.1303), 1974.
- 49/ Les perspectives d'avenir de la population mondiale: estimations et projections établies en 1982 (publication des Nations Unies, 1986).
- 50/ Entrevue inédite avec Revy Tuluhungwa, réalisée le 27 juin 1985 par le Projet Histoire de l'UNICEF, New York.
- 51/ Ibid.
- 52/ "Communications for social development - report on an international training programme in Nairobi, Kenya, February-April 1978" (UNICEF Nairobi, 1978).
- 53/ Ibid.

Renvois (suite)

- 54/ "Technologies villageoises en Afrique de l'Ouest et du Centre" (UNICEF et ENDA, Dakar, 1978).
- 55/ "Technology: 'Appropriate' for what and for whom?", par John Balcomb, UNICEF News, No 117 (1983).
- 56/ Ibid.
- 57/ "The thud of a thousand hoes", par Lindsey Hilsum, UNICEF News, No 117, (1983).
- 58/ "Rapport du Conseil d'administration, 13-24 mai 1984" (E/ICEF/633).
- 59/ Les soins de santé primaires. Rapport conjoint de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Genève, 1978).
- 60/ Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000 (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1979).
- 61 The Children and the Nations, par Maggie Black. Extrait du chapitre intitulé "The Year of the Child" (UNICEF, 1986).
- 62/ Ibid.
- 63/ Pour plus de détails sur l'Année internationale de l'enfance à l'échelle internationale, voir "International Year of the Child - A Narrative Report" (brochure de l'UNICEF, 1981).
- 64/ La Zimbabwe African National Union et la Zimbabwe African People's Union, respectivement.
- 65/ "Plan à moyen terme pour la période 1985-1989" (E/ICEF/1986/3), 1986.
- 66/ A portée de main: un avenir pour les enfants d'Afrique. UNICEF, New York, 1985.
- 67/ Ibid., extrait de l'Avant-propos de Cheikh Hamidou Kane, Ministre du Plan et de la Coopération du Sénégal.
- 68/ "Activités élargies du FISE en Afrique" (E/ICEF/1986/L.5), 1986.
- 69/ Ibid.
- 70/ "UNICEF and the emergency in Africa" (UNICEF, New York, mars 1986).

II. Tableaux statistiques

Tableau 1: Dépenses de l'UNICEF pour l'Afrique au Sud du Sahara
depuis sa création jusqu'en 1985 a/
par principales catégories de programmes

(en milliers de \$US)

	<u>1947-59</u>	<u>1960-69</u>	<u>1970-79</u>	<u>1980-85</u>	<u>TOTAL</u> <u>1947-85</u>
Santé infantile	8 704	21 317	83 739	116 224	229 984
Eau et assainissement	b	b	22 551	93 597	116 148
Nutrition infantile	629	8 743	15 041	16 559	40 972
Services sociaux	b	3 700	7 781	16 294	27 775
Education scolaire	--	7 814	37 061	31 714	76 589
Education périscolaire	--	--	12 716	24 211	36 927
Secours d'urgence	299	2 940	7 100	59 368	69 707
Frais généraux	--	--	6 521	36 083	42 604
Assistance totale au titre des programmes	<u>9 632</u>	<u>44 514</u>	<u>192 510</u>	<u>394 050</u>	<u>640 706</u>

(en pourcentage)

Santé infantile	90	48	43	30	36
Eau et assainissement	b	b	12	24	18
Nutrition infantile	7	20	8	4	6
Services sociaux	b	8	4	4	4
Education scolaire	--	17	19	8	12
Education périscolaire	--	--	7	6	6
Secours d'urgence	3	7	4	15	11
Frais généraux	--	--	3	9	7
Assistance totale au titre des programmes	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TOTAL en % des dépenses au titre des programmes dans toutes les régions	4%	15%	21%	27%	22%

a/ Ne comprend pas les dépenses à même les fonds interrégionaux.

b/ Compris dans les services sanitaires.

Tableau 2: Dépenses au titre des programmes
par secteur en Afrique, 1976-1985

(en milliers de \$US)

Secteur	<u>Région orientale et australe</u>	<u>Région de l'Ouest et du Centre</u>	<u>Total</u>
Santé	74 438	64 847	139 285
Approvisionnement en eau et assainissement	56 825	45 381	102 206
Education scolaire	26 402	19 677	46 079
Education périscolaire	18 482	12 234	30 716
Nutrition	14 939	6 325	21 264
Services communau- taires et familiaux	<u>8 937</u>	<u>10 579</u>	<u>19 516</u>
 TOTAUX	<u>200 023</u>	<u>159 043</u>	<u>359 066</u>

Tableau 3: Nombre d'établissements, de centres et d'installations en Afrique au Sud du Sahara qui ont reçu de l'équipement et des fournitures de l'UNICEF

	<u>Jusqu'en 1959</u>	<u>1960-69</u>	<u>1970-79</u>	<u>TOTAL jusqu'en</u>	
				<u>1980-85</u>	<u>1985</u>
<u>Santé infantile a/</u>					
Hôpitaux de district et de renvoi	136	112	1 431	1 190	2 869
Etablissements et centres sanitaires urbains	39	496	1 041	1 728	3 304
Centres sanitaires ruraux	247	1 043	5 535	10 653	17 478
Sous-centres, centres villageois d'HMI	399	2 357	13 120	20 665	36 541
<u>TOTAL santé infantile</u>	<u>821</u>	<u>4 008</u>	<u>21 127</u>	<u>34 236</u>	<u>60 192</u>
<u>Approvisionnement en eau b/</u>					
Puits ouverts/creusés et pompes manuelles	--	--	4 221	21 134	25 355
Pompes mécaniques	--	--	306	312	618
Canalisations et systèmes réticulés	--	--	186	575	761
Autres c/	--	--	1 168	10 849	12 017
<u>TOTAL approvisionnement en eau</u>	<u>--</u>	<u>--</u>	<u>5 881</u>	<u>32 870</u>	<u>38 751</u>
<u>Nutrition infantile d/</u>					
Centres de démonstration e/	--	2 485	7 754	14 466	24 705
Centres de soutien f/	--	1 365	352	344	2 061
Centres de formation	--	72	1 644	6 772	8 488
<u>TOTAL nutrition infantile</u>	<u>--</u>	<u>3 922</u>	<u>9 750</u>	<u>21 582</u>	<u>35 254</u>
<u>Protection de la famille et de l'enfant</u>					
Centres de protection de l'enfant	--	595	11 607	4 800	17 002
Etablissements pour les femmes g/	--	2 437	8 091	68 072	78 600
Centres pour adolescents et jeunes	--	1 223	3 544	48 256	53 023
Etablissements de formation	--	274	704	1 190	2 168
<u>TOTAL protection de la famille et de l'enfant</u>	<u>--</u>	<u>4 529</u>	<u>23 946</u>	<u>122 318</u>	<u>150 793</u>
<u>Education scolaire</u>					
Ecoles	--	7 205	32 920	40 615	80 740
Etablissements de formation des enseignants	--	361	964	916	2 241
Autres établissements	--	311	1 282	1 080	2 673
<u>TOTAL éducation scolaire</u>	<u>--</u>	<u>7 877</u>	<u>35 166</u>	<u>42 611</u>	<u>85 654</u>
<u>Formation pré-professionnelle</u>		3	2 190	1 178	3 371
<u>TOTAL</u>	<u>821</u>	<u>20 339</u>	<u>98 060</u>	<u>254 795</u>	<u>374 015</u>

-
- a/ Ne comprend pas les établissements qui ont reçu du matériel de "remplacement" et d'autres fournitures ad hoc.
 - b/ Les données relatives à l'approvisionnement en eau sont disponibles à partir de 1973 seulement; toutefois, les données relatives à d'"autres" installations ne sont disponibles qu'à partir de 1978.
 - c/ Y compris la protection des sources, la collecte de l'eau de pluie, les usines d'épuration des eaux, etc.
 - d/ Ne comprend pas le lait et la conservation des aliments.
 - e/ Comprend les jardins et cantines scolaires, les centres nutritionnels, les centres/clubs de démonstration de la nutrition, les jardins communautaires.
 - f/ Y compris les unités de production de semences, les centres piscicoles, les centres d'élevage de volaille, etc.
 - g/ Comprend les centres communautaires, coopératives, etc.

**Tableau 4: Nombre de personnels nationaux bénéficiaires
de bourses de formation de l'UNICEF
en Afrique au Sud du Sahara**

	<u>Jusqu'en</u> <u>1969</u>	<u>1970-</u> <u>1979</u>	<u>1980-</u> <u>1983</u>	<u>Total</u> <u>Jusqu'en</u> <u>1983</u>
<u>Santé</u>				
Médecins	1 091	578	300	1 969
Infirmières et sages-femmes (y compris les auxiliaires)	5 849	31 783	7 767	45 399
Accoucheuses traditionnelles	395	8 834	3 137	12 366
Autres personnels de santé et d'assainissement	<u>8 898</u>	<u>41 713</u>	<u>38 014</u>	<u>88 625</u>
TOTAL personnel sanitaire	<u>16 233</u>	<u>82 908</u>	<u>49 218</u>	<u>148 359</u>
<u>Nutrition</u>				
Bénévoles villageois	75 221	37 637	9 476	122 334
Personnel technique et administratif	<u>156</u>	<u>5 595</u>	<u>4 835</u>	<u>10 586</u>
TOTAL personnel de nutrition	75 377	43 232	14 311	132 920
<u>Protection de la famille et de l'enfant</u>				
Education et formation des femmes	1 928	29 704	23 844	55 476
Autres personnels de protection	<u>27 626</u>	<u>48 876</u>	<u>44 015</u>	<u>120 517</u>
TOTAL Personnel de protection de la famille et de l'enfant	29 554	78 580	67 859	175 993
<u>Education</u>				
Enseignants	32 389	169 790	55 106	257 285
Autres personnels d'éducation	<u>124</u>	<u>24 101</u>	<u>16 375</u>	<u>40 600</u>
TOTAL personnels d'éducation	32 513	193 891	71 481	297 885
<u>Formation pré-professionnelle</u>	494	3 728	1 451	5 673
<u>Autres</u>				
Personnel de planification	45	394	2 293	2 732
Statisticiens	--	574	1 246	1 820
Personnel de transport	<u>18</u>	<u>58</u>	<u>233</u>	<u>309</u>
TOTAL autres personnels	63	1 026	3 772	4 861
TOTAL	154 234	403 365	208 092	765 691

Tableau 5: Dépenses de l'UNICEF pour l'Afrique au Sud du Sahara
par pays du début de l'assistance à
la fin de 1985

	1947-49	1960-69	1970-79	1980-85	TOTAL 1947-85
	(en milliers de \$US)				
Angola	--	--	8 166	17 953	26 119
Bénin <u>b/</u>	--	537	2 866	6 122	9 525
Botswana	46	97	1 535	1 491	3 169
Burkina Faso	23	1 178	5 534	12 196	18 931
Burundi	--	312	4 188	7 711	12 211
Cameroun	77	734	1 917	3 348	6 076
Cap-Vert	--	--	1 326	1 429	2 755
République centrafricaine <u>a/</u>	38	625	3 851	5 297	9 811
Tchad <u>a/</u>	36	718	3 305	10 177	14 236
Comores	--	13	1 105	915	2 033
Congo <u>a/</u>	14	746	1 120	691	2 571
Djibouti	--	--	104	4 147	4 251
Guinée équatoriale	--	--	88	968	1 056
Ethiopie	629	3 247	23 517	72 946	100 339
Gabon <u>a/</u>	15	428	336	22	801
Gambie	49	246	806	1 174	2 275
Ghana	392	1 484	3 929	7 800	13 605
Guinée <u>b/</u>	57	959	3 502	5 326	9 844
Guinée-Bissau	--	--	2 310	3 614	5 924
Côte d'Ivoire <u>b/</u>	--	1 844	2 553	2 971	7 268
Kenya <u>c/</u>	553	4 242	5 112	6 609	16 516
Lesotho	21	644	1 570	1 860	4 095
Libéria	422	415	2 540	3 501	6 878
Madagascar	--	1 205	2 799	6 132	10 136
Malawi	54	462	3 312	5 812	9 640
Mali <u>b/</u>	--	1 601	4 835	11 115	17 551
Mauritanie <u>b/</u>	--	1 058	1 748	4 172	6 978
Maurice	36	235	1 888	1 214	3 373
Mozambique	--	--	6 091	12 930	19 021
Niger <u>b/</u>	4	991	3 951	9 242	14 188
Nigéria	1 438	6 902	20 213	25 809	54 362
Rwanda	--	496	5 529	7 978	14 003
Sao-Tomé- et-Principe	--	--	486	367	853
Sénégal <u>b/</u>	66	1 374	3 175	6 537	11 152
Seychelles	--	51	140	454	645
Sierra Leone	136	636	1 325	2 635	4 732
Somalie	607	1 179	6 525	21 889	30 200

Tableau 5 (suite)

Ste-Hélène	6	8	1	--	15
Swaziland	--	282	1 078	1 464	2 824
Tanzanie <u>c/</u>	458	2 208	16 776	37 070	56 512
Togo	41	671	1 906	1 546	4 164
Ouganda <u>c/</u>	250	1 780	3 224	30 353	35 607
Zaïre	--	2 046	5 949	10 691	18 686
Zambie	25	484	2 212	2 545	5 266
Zimbabwe	18	--	--	7 976	7 994
Congo belge, Rwanda et Burundi	194	--	--	--	194
Afrique-Equatoriale française	454	(38)	--	--	416
Afrique-Occidentale française	3 383	20	--	--	3 403
Afrique de l'Est	51	--	--	--	51
Sécheresse dans la zone soudano- sahélienne	--	--	12 753	191	12 944
Assistance régionale	<u>39</u>	<u>2 396</u>	<u>5 315</u>	<u>7 760</u>	<u>15 510</u>
TOTAL	9 632	44 514	192 510	394 050	640 706

a/ L'Afrique-Equatoriale française était composée d'Etats qui sont devenus indépendants en 1960: Congo, Gabon, République centrafricaine, Tchad.

b/ L'Afrique-Occidentale française comprenait des Etats qui ont accédé à l'indépendance en 1958 ou en 1960: Bénin (ancien Dahomey), Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal.

c/ L'Afrique de l'Est était composée d'Etats qui sont devenus indépendants: Kenya (1963), Ouganda (1962) et Tanzanie (1961).

III. Index

Abidjan	1, 34, 42, 63
Accoucheuses traditionnelles	14, 15, 69
Addis-Abéba	34, 38, 40, 42
Affrontements armés	66, 72
Aflatoxine	22
Agence suédoise de développement international	18
Agents de développement communautaire	25, 61
Agents de santé communautaires	62, 69
Agents polyvalents	25
Agents villageois de santé	69
Aldaba-Lim, Estefania	71
Alerte rapide, système d'	54
Alger	45
Alimentation infantile	19, 20, 21, 23
Alimentation scolaire	17
Allaitement maternel	62, 75, 76
Allemagne, République fédérale d'	27, 72
Alma-Ata, Déclaration d'	68
Alphabétisation	3, 25, 34, 58, 59, 62, 64, 66
American Friends Service Committee	61
Amérique latine	1, 6, 7, 11, 18, 19, 20, 60
Angola	2, 54, 66, 68, 71, 72, 77
Animation rurale	23, 25, 29
Année internationale de la femme	63
Année internationale de l'enfance	70, 71, 72
Anophèle	9, 10
Antibiotiques	16
Apartheid	77
Approche par pays	44, 53, 57, 78
Approvisionnement en eau	25, 30, 43, 44, 50, 51, 52, 53, 55, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 77, 78
Arachide, farine d'	21, 22
Arlac	21, 22
Arusha	12, 62
Asie	1, 6, 7, 11, 18, 19, 20, 60, 61

Assainissement	6, 14, 25, 31, 44, 50, 52, 53, 61, 64, 66, 69, 70, 77, 78
Assistance médicale africaine (AMA)	15, 30
Assistance sociale	32, 33, 38, 39
Audio-visuel	16, 36
Australie	72
Autochtone	23, 25, 35
Bacic, Sasha	46, 48
Bamako	8
Bangkok	7
Banque africaine de développement	57
Banque mondiale	36, 61, 70
Barch, Karl	1
Basutoland	33
BCG	50
Bechuanaland	10
Belgique	1, 4, 26
Bellagio	37
Berlin	1
Besoins des enfants	19, 34, 37, 39, 40, 60, 67, 72
Biafra	45, 46, 47, 48
Bicyclettes	16
Botswana	42, 58, 72
Brazzaville	1, 32, 42
Bridgewater, Edward	46
Brigade hydraulique	51
Broyage des céréales	65
Bruxelles	1
Bureau international catholique de l'enfance	70
Bureau régional pour l'Afrique de l'Est	42, 62, 65
Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre	42, 63, 42, 63
Bureau régional pour le Ghana et le Nigéria	42
Burundi	26, 44, 52, 66
CARE	67
Calabar	47
Cameroun	9, 26, 49, 61
Campagnes de masse	4, 6, 70, 11, 29
Cap-Vert	66, 68
CEA, Commission économique pour l'Afrique	32, 38, 40, 49
Chicago, Université de	63
Chimiothérapie	11
CILSS	54
Clubs de femmes	59

CMDS	9
Colonial Development Welfare Fund	27
Comité interministériel de la nutrition	18
Comité international de la Croix-Rouge (CICR)	46, 67
Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique	32, 38, 40, 49
Communications pour l'appui aux projets (PSC)	61
Congo	18, 26, 28, 32, 35, 58, 68
Coordination	19, 28, 33, 39, 41, 70
Coqueluche	75
Côte d'Ivoire	39, 42, 56, 61
Cow and Gate, Société	20
Crèche	23, 59, 60
Croix-Rouge nigériane	48
Dahomey	9, 26, 38
Dakar	1, 18, 26, 33, 42, 49,
Dakar, Université de	14,
Dapsone	16
DDT	6, 9, 10
Décennie du développement (Deuxième - des Nations Unies)	43, 49, 57
Déclaration des droits de l'enfant	37, 70
Deuxième Guerre Mondiale	1, 19, 26
Développement communautaire	13, 19, 22, 23, 24, 25, 29, 40, 44, 45, 61
Développement économique	27, 31, 38, 39, 40, 49
Diphthérie	6, 75
Dodoma	12
Douala	49
Droits de l'enfant, Déclaration des	37, 70
Economie domestique	19, 34
Education	5, 12, 13, 19, 23, 24, 25, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 42, 43, 44, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 67, 68, 71, 75, 76, 77
Education nutritionnelle	17, 19, 30, 36, 50
Education périscolaire	44, 57, 58, 59, 64
Education sanitaire	13, 36, 53, 61, 63, 69
Education, réforme de l'	34, 35
Egger, Charles	1, 46, 79, 80
Emplacement et services	61
Enfants d'âge pré-scolaire	13, 17, 19, 20, 23, 55, 59, 60, 74, 75, 76, 77
Enfants des villes	35, 57, 60, 61
Enfants handicapés	71
Enfants nomades	71
Entrepôts domestique	64
Enugu	46
Espagne	1
Etats-Unis	11, 27, 47, 48
Etats-Unis, Comité interministériel sur la nutrition des	18

Ethiopie	1, 11, 18, 21, 36, 38, 42, 44, 50, 51, 52, 54, 58, 66
Ethiopien, Institut - de la nutrition	18
Evaluation	32, 33, 42, 62
FAO	1, 2, 3, 10, 16, 18, 19, 21, 28, 32, 54
<u>Falciparum</u>	9
Fédération centrafricaine	17
Fédération luthérienne mondiale	48
Fédération rhodésienne	26
Fer, comprimés de	14, 16, 42,
Fernando Po	46, 47
FIPP	41
FNUAP	44, 63
Fonds d'assistance et de coopération avec les pays d'outre-mer	27
Fonds de réserve pour les secours d'urgence du Directeur général	68
Formation des enseignants	34, 36
Formation professionnelle	34, 59
FRELIMO	68
France	1, 4, 26, 35
Gabon	32, 38
Gambie	18, 51
Gendron, Louis	47
Genève	46, 70
Ghana	2, 12, 18, 23, 26, 29, 42, 69
GOBI	75
Gowon, Général	45, 47
Grandes opérations de développement	56
Grant, James P.	74
Groupe consultatif sur les protéines	18
Guérisseurs traditionnels	69
Guinée	46, 71
Guinée-Bissau	68
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	67
Haute-Volta	9, 26, 30, 35, 38, 51, 54
Heyward, E.J.R.	38, 46, 47
Ibadan	33, 53
Ibadan, Université de	15, 18
Ibo	45
ICED	58
IDEP	49
IEDES	49
IFFP	63
Immunisation	75, 76
Indépendance	2, 5, 26, 27, 31, 34, 35, 37, 66, 68, 72, 73
Indivisibilité de l'enfant	37

Industrie laitière	19, 20, 50
Insecticides	10, 11, 16
Institut africain de développement économique et de planification (IDEP)	38, 49
Institut de Varsovie	49
Institut panafricain de développement (IPD)	49
Instruments économiques	40
Irrigation à petite échelle	64
Iwaskiewicz, Eduard	38
Jardins d'enfants	23, 59
Jellife, Derek	14
Jeune enfant	18, 59, 71, 76
K-Mix II	48
Kampala	1, 12, 14, 42
Kane, Cheik Hamidou	55
Karen, Centre de	64
Kenya	5, 9, 10, 11, 12, 14, 21, 23, 25, 33, 39, 50, 51, 58, 60, 61, 63, 65, 72
Kilimandjaro	9
King, Maurice	14
Kwashiorkor	2, 16, 18
Kyaruzi, Dr Vedast	46
La Haye, <u>The Institute of Social Studies de</u>	49
Labouisse, Henry R. (Harry)	46, 47, 48, 74,
Lagos	1, 42, 46, 47, 48, 49
Lait	16, 17, 18, 19, 20, 21
Lait, conservation du	19, 20, 21, 32, 33, 54
Land-Rovers	15
Larsen, Poul	48, 80
Latham, Michael C.	18
Latrines	14, 65
Lehner, Otto	1
Lèpre	2, 3, 4, 7, 8, 12, 16,
Lesotho	33, 42, 50, 60, 72
Liberia	9
Lindi	12
Lindt, Auguste	47, 48
Logiciel	62
Lomé, Conférence de	54, 55, 56
Londres	1
Londres, Université de	18, 33
Lusaka	42, 61, 76
Lutz, Gertrude	46

Madagascar, Republique malgache	26, 36, 38, 87
Makerere	14, 18
Maladies diarrhéiques	75
Maladies endémiques	4, 29
Maladies infectieuses	6
Malawi	17, 26, 42, 71, 87
Mali	8, 26, 35, 51, 54, 56, 80, 87, 88
Malnutrition	2, 16, 17, 18, 19, 20, 39, 46, 48, 54, 66, 74, 75, 76, 77, 79
Maputo	66
Marché commun	27
Maroc	2
Marseille	19
Marti, Roland	1, 11
Matériel	59, 12, 13, 16, 24, 25 34, 35, 36, 45, 51, 52 60, 62, 63, 64, 66, 85
Matrones	15, 23
Maurice	9, 44, 87
Mauritanie	51, 61
Meyer, Willie	46
Moe, Sherry	48
Moerman, Canon Joseph	70
Morley, David	12, 14
Morogoro	12
Mortalité infantile	2, 39, 44, 59, 74, 75, 77
Mouvement africain de libération	67
Mouvements de libération	67, 72
Mozambique	2, 60, 66, 68, 73, 77
Nairobi	58, 62, 65, 80
Nairobi, Université de	63
Namibie	72
Namibie - Sud-Ouest africain	72
Nations Unies, Assemblée générale des	37, 45, 53, 67, 70
Nations Unies, Bureau de l'assistance technique des	28
Nations Unies, Bureau de la statistique des	28, 49
Nations Unies, Bureau des affaires sociales	22, 24, 28
Niger	14, 26, 51
Nigéria	1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 39, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 54, 87
Nopol Tellus	49
Nord du Nigéria	36
Norvège	72
Nutrition	4, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 39, 48, 50, 53, 55, 59, 60, 62, 65, 67, 79, 82, 83, 84, 85
Nutrition appliquée	19, 32, 33, 54
Nutrition, recherches sur la	18

Nyerere, Président Julius	35
Ogaden	52
OIT, Organisation internationale du travail	2, 32
Ojukwu, Colonel	45, 95
OMS	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 18, 19, 28, 32, 44, 67 68, 70, 75, 78
ORANA	18
OUA- Organisation de l'unité africaine	34, 45, 67, 78
Ouagadougou	54
Ouganda	1, 5, 12, 14, 18, 25 38, 42, 50, 71
OXFAM	67
Palme, huile de	65
Paludisme	2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 16, 69, 76
Paramédical	5
Paris	1, 42
Paris, Université de	33, 49
Pate, Maurice	1, 7, 28, 38
Pédiatrie	14, 15, 18
Pénicilline	6, 7, 8, 12, 13, 16 76
Pérez de Cuéllar, Javier	2, 3, 4, 6, 7, 8 12, 13, 16, 29
Pian	17, 38, 40, 54, 55
Planification pour les enfants	40, 44, 53, 63
Planning familial	32, 45
Plans d'opérations	4, 11, 12, 13, 16, 17 44, 53, 64
PMI	3, 42, 44, 75, 77, 75
PNB	46, 48, 49
Poliomyélite	1, 68
Port Harcourt	24, 30, 74
Portugal, portugais	36
Production alimentaire	31, 44, 53, 57, 78
Production de manuels	66, 70
Programmation par pays	28
Programme alimentaire mondial	70
Programme des Nations Unies pour le développement	43, 44
Programme élargi de vaccination (PEV)	4, 11, 12, 13, 16, 17, 44, 53, 64
Projets notés	32
Protection maternelle et infantile (PMI)	23, 24, 25, 29
Protection sociale	38
Puériculture/économie domestique	42, 47, 48, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73
Rao, V.K.R.V.	54
Réfugiés	54
Réhabilitation	54
Réhabilitation nutritionnelle	54

Réhydratation orale, sels de	
Réhydratation orale, thérapie par	69, 75
Ressources humaines	1, 4, 39, 40
Rhodésie du Nord	12, 26
Rhodésie du Sud	9, 10, 26
Rift Valley	52
Rockefeller Foundation Centre	37
Rougeole	75
Royaume-Uni	1, 4
RSDE	76
Ruralisation	35
Rwanda	26, 44, 52, 66
Sage-femme, trousse de	15
Sages-femmes	11, 12
Sahel, sahélien	51, 54, 55, 66
Sao-Tomé-et-Principe	68
Séchage solaire	65
Sécheresse	50, 51, 52, 54, 55, 56, 74, 77
Ségou	56
Sénégal	5, 10, 14, 18, 22, 25 26, 32, 46, 51, 54, 58 61, 64, 65, 68, 71
Service général d'hygiène mobile et de prophylaxie	30
Services de base	44, 53, 70, 72, 75, 76
Seychelles	71
Sicault, George	2, 38
Sierra Leone	38
Sinclair, Adelaide	26
Sociétés missionnaires	5
Soins de santé primaires (SSP)	68, 69, 75, 76
Soins prénataux	11, 23
Soja, lait de	21
Sokoto	9, 10
Somalie	42, 50, 72
Somalie britannique	10
Sources, protection des	23
Stockage des aliments	64
Sud-africaine, Union	1
Suède	72
Sulfone	8
SWAPO	72
Swaziland	10, 42, 72

Tabora	12
Tanganyika	10, 12, 13, 14, 18
Tanzanie	30, 35, 39, 42, 44, 45 51, 52, 60, 63, 66, 68, 69, 71, 72
Taudis et bidonvilles	60
Taux de mortalité infantile (TMI)	59, 74, 75
Tchad	32, 51
Techniques appropriées	63
Tétanos	75
Thaïlande	7
Togo	55, 71
Tréponématoses	6
Tuberculose	3, 4, 6, 24, 50, 75
U Thant	46
UNESCO	34, 35, 36, 57, 58, 59, 63
Union française	35
Union sud-africaine	1
URSS	27
Urbanisation	3, 13, 61
Urgence, situations d'	18, 28, 46, 50, 66, 67, 77, 78
Urgences silencieuses	74
Vaccination contre la variole	6, 50
Vaccination de tous les enfants	75, 76
Vaccins	7, 16, 70, 75
Villagisation	30
Vitamine A, carence en	76
Vitamines	15, 16, 17, 47
<u>Vivax</u>	9
Volaille	23, 33
Vom	20
Williams, Dr Cicely	18
Wollo et Tigré	52
Yako	54
Yaoundé	9
Yougoslavie	27
ZANU	72
ZAPU	72
Zaïre	26, 52, 58, 68, 72
Zambie	12, 17, 26, 42, 61, 68, 69, 72, 73
Zanzibar	10
Zaria	21
Zimbabwe	17, 72, 73