



**Conseil d'administration  
du Programme des Nations Unies  
pour le développement, du Fonds  
des Nations Unies pour la population  
et du Bureau des Nations Unies  
pour les services d'appui aux projets**

Distr. générale  
30 juin 2015  
Français  
Original : anglais

**Deuxième session ordinaire de 2015**

31 août-4 septembre 2015, New York

Point 11 de l'ordre du jour provisoire

**FNUAP – Programmes de pays et questions connexes**

**Fonds des Nations Unies pour la population**

**Descriptif de programme de pays pour le Swaziland**

|  |   |
|--|---|
| Montant indicatif de l'assistance proposée : | 7,5 millions de dollars, dont 3 millions à prélever sur le budget ordinaire et 4,5 millions à financer au moyen de formules de cofinancement ou d'autres types de ressources, y compris des ressources ordinaires |
| Durée du programme :                         | Cinq ans (2016-2020)  |
| Cycle :                                      | Sixième   |
| Catégorie selon la décision 2013/31 :        | Orange  |

**Montant indicatif de l'assistance proposée**

(En millions de dollars des États-Unis)

| <i>Domaines d'action du plan stratégique</i> |   | <i>Ressources ordinaires</i> | <i>Autres ressources</i> | <b>Total</b> |
|--|---|------------------------------|--------------------------|--------------|
| Réalisation 1                                | Santé en matière de sexualité et de procréation       | 1,7                          | 1,4                      | <b>3.1</b>   |
| Réalisation 2                                | Adolescents et jeunes                                 | 0,2                          | 1,6                      | <b>1.8</b>   |
| Réalisation 3                                | Égalité entre les sexes et autonomisation de la femme | 0,3                          | 0,6                      | <b>0.9</b>   |
| Réalisation 4                                | Dynamique des populations                             | 0,4                          | 0,9                      | <b>1.3</b>   |
| Coordination du programme et assistance      |   | 0,4                          | –                        | <b>0.4</b>   |
| <b>Total</b>                                 |   | <b>3,0</b>                   | <b>4,5</b>               | <b>7,5</b>   |



## I. Analyse de la situation

1. Selon les estimations, le Swaziland comptait en 2014 1 106 189 habitants, dont 77 % vivent dans les zones rurales et 23 % dans les agglomérations urbaines. Les femmes représentent 52,5 % de la population totale du pays qui est jeune, 40 % de celle-ci ayant moins de 15 ans. Le Swaziland est un pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure), avec un produit intérieur brut par habitant de 3 034 dollars des États-Unis, mais il n'est pas exempt d'inégalités (coefficient de Gini de 0,51) et sa position dans le classement des pays selon l'indice de développement humain s'érode, passant d'un IDH moyen à bas. Le taux de croissance économique est faible (2,8 %) et, avec un taux de chômage national de 28 %, le taux de pauvreté est élevé (63 %).

2. Le VIH et le sida constituent, de loin, les obstacles au développement les plus urgents, avec un taux élevé de prévalence du VIH (26 % de la population) qui touche les femmes de façon disproportionnée (31 %) par rapport aux hommes (20 %). Le taux de nouvelles infections est important; l'incidence du VIH est de 2,38 % dans la population âgée de 18 à 49 ans, mais elle atteint des niveaux encore plus hauts chez les jeunes âgés de 18 à 19 ans (3,84 %) et de 20 à 24 ans (4,17 %). Parmi les éléments moteurs à l'origine des nouveaux cas d'infection, on compte les barrières socioculturelles, les comportements sexuels à risque, tels que le l'utilisation limitée ou irrégulière de préservatifs; le faible nombre de personnes possédant des connaissances complètes en matière de VIH et de sexualité; l'accès limité à des services intégrés et adaptés aux jeunes en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'aux produits y étant liés, tels que les préservatifs; la faiblesse des programmes d'éducation sexuelle et d'enseignement des compétences pratiques à l'intention des adolescents; la faible coordination des programmes de prévention et d'intervention en matière de lutte contre le VIH.

3. Le Swaziland traverse une transition démographique en raison d'une baisse du taux de fécondité, passant de 6,4 enfants par femme en 1986 à 3,3 enfants par femme en 2014. La population en âge de travailler (de 15 à 64 ans) a augmenté, passant de 46 % en 1976 à 56 % en 2007, et elle devrait atteindre 62 % d'ici à 2022. S'il est vrai que le pays a réalisé des progrès considérables dans son investissement auprès des jeunes, la mauvaise qualité et l'inégalité de ces efforts empêchent de tirer parti du dividende démographique. Tandis que 93 % des enfants sont scolarisés dans l'enseignement primaire gratuit, seulement 55 % d'entre eux prennent ensuite le chemin de l'école secondaire, principalement en raison de la pauvreté et du taux de natalité élevé parmi les adolescentes (87 naissances vivantes pour 1 000 femmes). Le taux de chômage des jeunes (de 15 à 24 ans) atteint 64 %, principalement à cause de l'inefficacité des investissements, aggravée par le manque de disponibilité et d'utilisation de données ventilées par sexe, de la faiblesse des politiques d'investissement inclusives et d'une faible participation des jeunes aux processus de développement, compromettant de ce fait la pleine exploitation de leur potentiel.

4. Le taux de mortalité maternelle reste élevé, bien qu'il soit passé de 589 à 320 naissances vivantes pour 100 000 entre 2006 et 2013, et que 88,2 % des accouchements soient assistés par du personnel qualifié. Il est à noter que 26 % des décès maternels se produisent chez les jeunes âgées de 15 à 24 ans. La cause antécédente de ce type de décès est, principalement, l'accès limité à des services de maternité de haute qualité, notamment les services de soins obstétricaux d'urgence. D'autres facteurs expliquant ces décès sont la faiblesse de l'application des normes;

des facteurs socioculturels, dont l'inégalité entre les sexes et les moyens limités dont disposent les femmes pour revendiquer leurs droits; et enfin le manque de données exhaustives et mises à jour permettant une programmation adéquate dans ce domaine. Le VIH contribue indirectement à près de 46 % des cas de mortalité maternelle. Le nombre de grossesses non désirées (bien qu'en baisse, passant de 37 % en 2007 à 7,5 % en 2010) ainsi que le taux élevé des soins après avortement font apparaître la nécessité d'intensifier les programmes de planification familiale afin de réduire le risque de mortalité maternelle.

5. Bien qu'en déclin, le taux de natalité chez les adolescentes demeure élevé, passant entre 2007 et aujourd'hui de 111 à 87 naissances pour 1000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans. Ces grossesses chez les adolescentes sont imputables à une activité sexuelle précoce et non protégée qui augmente rapidement : si 3 % des adolescentes de 15 ans sont sexuellement actives, cette proportion atteint 50 % pour celles âgées de 17 ans. Bien que, dans l'ensemble de la population, le taux de prévalence de la contraception soit élevé (66 %) et que le taux des besoins de planification de la famille non couverts ait baissé (passant de 24 % en 2007 à 15 % en 2014), l'utilisation de moyens de contraception par les adolescentes non mariées est faible (15,5 %), l'usage du préservatif atteignant quant à lui 9 %. Les besoins de planification familiale non couverts sont élevés chez les adolescents (28,6 %) et davantage encore chez les jeunes femmes parmi les plus pauvres, peu instruites et vivant dans un milieu rural (40 %). Les femmes vivant avec le VIH sont les personnes dont les besoins de planification familiale sont les moins couverts (63 %). Bien que 75 % des établissements sanitaires fournissent des services de santé destinés aux adolescents, seuls 26 % d'entre eux fournissent des services de planification familiale intégrés et adaptés aux jeunes. Le taux élevé de grossesses précoces s'explique également par le faible nombre d'adolescentes possédant des connaissances complètes en matière de VIH et de sexualité (49 %), des facteurs socioculturels incluant les relations sexuelles intergénérationnelles et la violence sexuelle, ainsi que des systèmes de protection législatifs et traditionnels impuissants.

6. La violence sexiste demeure un défi qui touche de manière disproportionnée les femmes et les filles : une personne de sexe féminin sur trois a connu une forme ou l'autre de sévices sexuels avant ses 18 ans, et 48 % des femmes rapportent avoir subi une forme de violence sexuelle au cours de leur vie. Les principales causes de cette situation sont la méconnaissance qu'ont les femmes de leurs droits, la faible coordination des programmes de prévention et d'intervention en matière de lutte contre la violence sexiste, le manque de données portant sur les déterminants socioculturels, une intégration limitée de la violence fondée sur le sexe dans les normes et directives à l'intention des services de soins du VIH et de santé sexuelle et procréative, et une réalisation insuffisante des politiques de lutte contre l'inégalité entre les sexes.

7. Au cours des cinq dernières années, le nombre insuffisant de données démographiques ventilées et à jour a empêché le suivi et l'évaluation des programmes de développement ou l'appui d'activités de sensibilisation, ce qui s'est traduit par une faible mise en œuvre des politiques et des programmes. Bien que collectées régulièrement, les données sectorielles sont incomplètes et leur qualité, médiocre. Le caractère limité de la capacité d'analyse approfondie et la faiblesse des stratégies de diffusion sont autant de pierres d'achoppement qui conduisent à une maigre utilisation des données disponibles. Le prochain recensement est prévu

en 2017; le Bureau central de statistique présente des lacunes quant à la disponibilité et l'utilisation de technologies modernes de travail cartographique et dans la collecte, le traitement, l'analyse et la diffusion des données. La mise en œuvre de la politique démographique nationale a été freinée par la faiblesse des capacités institutionnelles : les effectifs sont insuffisants et les systèmes de suivi de la mise en œuvre des politiques sont sous-développés.

8. Ces dernières années, le Swaziland a connu des aléas météorologiques et climatiques cycliques tels que la sécheresse, des inondations et des tempêtes. S'il est vrai qu'une structure institutionnelle nationale de coordination des interventions en cas de catastrophe existe, ses capacités restent faibles dans plusieurs domaines : la collecte des données pertinentes dans les meilleurs délais, la coordination d'une réaction multisectorielle, et la généralisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment dans les stratégies de prévention du VIH et de la violence sexuelle.

## **II. Coopération passée et enseignements tirés de l'expérience**

9. En matière de santé sexuelle et procréative, le programme a contribué, grâce à des activités de sensibilisation et à l'offre d'une assistance technique, aux réalisations suivantes : a) l'élaboration d'une politique nationale de prévention du VIH, d'une politique et d'un plan stratégique intégré quant à la santé en matière de sexualité et de procréation, et d'un plan stratégique pour le secteur de la santé. S'il est vrai que l'État s'est engagé par la suite à intégrer la gestion du VIH dans tous les services de santé maternelle et infantile, la prise en charge de la planification de la famille dans tous les points d'accès aux services de santé stagne; b) la transformation de cinq établissements sanitaires modèles en centres d'excellence dont le personnel est entraîné et équipé afin d'intégrer les traitements liés aux VIH dans les services de santé en matière de sexualité et de procréation; c) l'achat et l'entretien de trois unités sanitaires mobiles permettant d'atteindre 6561 jeunes et de leur fournir, ainsi qu'à des adolescents, des services intégrés dans des sites sélectionnés. En outre, dans la région de Shiselweni, une campagne promouvant les changements sociaux et comportementaux a pu atteindre 9840 jeunes; d) la prévention des ruptures de stocks de produits de santé en matière de procréation dans les établissements de la région de Shiselweni, passant de 100 % à 20 % entre 2012 et 2014, rendue possible par le renforcement des capacités du Ministère de la santé en matière de prévision, d'approvisionnement et de contrôle des produits au niveau national grâce au système d'information sur la gestion logistique; e) l'achat de produits de soins de santé en matière de procréation, permettant que 168 067 couples se protègent durant quelques années, mais aussi d'éviter 369 décès maternels, 88 860 grossesses indésirées et 15 106 avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; f) la réalisation de huit des dix étapes de la programmation intégrée pour la promotion du préservatif. Cependant, d'importantes lacunes demeurent dans l'offre équitable d'informations et de services intégrés en matière de planification de la famille, en particulier auprès des adolescentes; le budget national consacré à l'approvisionnement en produits de santé procréative est insuffisant et la gestion de la chaîne d'approvisionnement de ces produits laisse à désirer dans plusieurs régions.

10. Concernant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, le programme a promu avec succès un certain nombre d'interventions : a) en collaboration avec

l'État et les responsables politiques, elles ont permis d'augmenter la prise de conscience de la violence sexiste, ce qui a conduit à la création d'un comité interministériel national de haut niveau devant encore être approuvé par le Conseil des ministres, et d'un projet de stratégie nationale de prévention et de lutte contre la violence sexiste; b) en collaboration avec deux organisations de la société civile, elles ont permis d'améliorer la lutte contre la violence sexiste, ce qui a entraîné une augmentation du nombre des services de soutien psychologique et d'orientation pour les victimes d'actes de violence (passant de 49 en 2010 à 3992 en 2014); c) en collaboration avec le Département des questions de genre et des questions familiales, elles ont permis de renforcer ses capacités grâce au recrutement d'un conseiller technique résidant, ce qui s'est traduit par un taux d'exécution de 70 % des interventions du plan relatif aux politiques d'égalité des sexes; d) un réseau MenEngage destiné aux hommes et aux garçons a été créé et a pour but de remédier à la faible participation des hommes aux interventions de prévention de la violence sexiste, même si le renforcement de l'engagement des hommes à l'échelle nationale est nécessaire pour lutter contre ce type de violence; e) dans une région, un réseau fonctionnel d'aiguillage des victimes de violences sexistes a été mis sur pied; il repose sur la coopération entre les services de police et de soins de santé et doit être étendu à l'ensemble du pays.

11. Dans le domaine de la population et du développement, le programme a obtenu les résultats suivants : a) les compétences du personnel de l'Office central de statistiques ont été renforcées pour assurer le succès de l'exécution de l'enquête intercensitaire sur la population et le logement, des évaluations des vulnérabilités et des rapports de projection démographique; b) le renforcement des capacités du service national de la population a été possible grâce à la mise au point d'outils d'intégration effective des variables démographiques dans les plans nationaux de développement et d'études sectorielles. En dépit de ces réalisations, l'évaluation du programme a souligné le besoin d'un renforcement des capacités dans la production, l'analyse en profondeur, la diffusion et l'utilisation des données, ainsi que d'une intégration plus poussée des questions démographiques dans la planification du développement.

12. Les enseignements tirés sont notamment les suivants : a) l'intégration du VIH dans la santé en matière de sexualité et de procréation a contribué au renforcement de l'accès aux services et de leur couverture. Une conception identique sous-tendra l'intégration des programmes de planification de la famille dans tous les points de prestation de services ayant trait à la santé maternelle et au VIH; b) l'intensification des partenariats avec les établissements universitaires offre la possibilité d'améliorer la diffusion et l'utilisation des données; c) afin de mettre à profit le dividende démographique, l'accent devrait être mis sur les adolescentes, le groupe de population qui est le plus vulnérable et le plus mal desservi, en accordant la priorité à leurs besoins en matière de développement et à leur santé et leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

### **III. Programme proposé**

13. Le sixième programme de pays, qui couvre la période 2016-2020, est le fruit d'efforts conjoints de l'État, des parties prenantes et du FNUAP. Il est conforme à la stratégie nationale de développement 2022 et au-delà; au plan stratégique du

FNUAP pour la période 2014-2017 et au Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement pour 2016-2020.

## **A. Réalisation 1 : Santé en matière de sexualité et de procréation**

14. *Produit 1 : Les institutions nationales et infranationales ont les moyens de fournir des services de planification de la famille de haute qualité, intégrés et équitables.* Les stratégies proposées incluent : a) un plaidoyer en faveur d'une augmentation de l'allocation des ressources nationales afin d'assurer la sécurité de l'approvisionnement des produits de santé procréative, ainsi que des services de planification de la famille de grande qualité visant particulièrement les groupes vulnérables que sont les adolescents et les jeunes; b) un soutien accordé à la mise en œuvre nationale de politiques, de directives, de protocoles et de stratégies de planification familiale intégrée incluant la double protection; c) un renforcement de la capacité des prestataires de soins de santé à fournir un service de grande qualité, adapté au jeune et offrant la gamme complète des différents choix en matière de planification de la famille, ainsi qu'un approvisionnement continu en produits liés à la procréation au niveau des établissements sanitaires; d) le renforcement des capacités de la société civile et des jeunes à promouvoir des services équitables, adaptés à la jeunesse et intégrant la prévention du VIH et la planification de la famille, en particulier dans les zones rurales et auprès des groupes les plus vulnérables.

15. *Produit 2 : Les institutions nationales et infranationales ont les moyens d'appliquer des programmes intégrés de prévention du VIH et de santé en matière de sexualité et de procréation qui excluent les préjugés et la discrimination, y compris dans le contexte d'opérations humanitaires.* Ce produit sera atteint par ces différents moyens : a) le soutien du développement de gammes de services essentiels, de protocoles, de directives et d'assurance qualité permettant de fournir des services intégrés de prévention du VIH et de santé en matière de sexualité et de procréation, ciblant les jeunes, plus particulièrement les plus pauvres, ainsi que les jeunes femmes et adolescentes peu instruites et vivant dans des milieux ruraux; b) le renforcement de la capacité des prestataires de soins de santé à fournir des services exempts de toute discrimination et adaptés aux jeunes; c) la tenue d'activités de sensibilisation fondées sur les faits qui ciblent les responsables politiques et les prestataires de soins de santé afin de promouvoir la fourniture de services de haute qualité quant à la santé en matière de sexualité et de procréation et l'amélioration de la santé maternelle; d) l'appui à la mise en œuvre de l'ensemble des dix étapes de la programmation intégrée pour la promotion du préservatif; e) la fourniture d'une assistance technique en vue d'intégrer le VIH et la santé en matière de sexualité et de procréation dans les plans de préparation en prévision d'urgences.

## **B. Réalisation 2 : Adolescents et jeunes**

16. *Produit 1 : Accroissement des moyens dont l'État et la société civile disposent pour concevoir et mettre en œuvre, dans les écoles et en dehors, des programmes complets d'éducation sexuelle qui promeuvent les droits fondamentaux et l'égalité des sexes.* Parmi les stratégies possibles, on peut citer les suivantes : a) promouvoir (et surveiller) la mise en œuvre de politiques liées à la santé en matière de sexualité et de procréation, à l'éducation et à la prévention du VIH qui protègent les droits

des adolescentes; b) renforcer les capacités de l'État et de la société civile, ce qui permettra d'élargir la couverture des programmes extrascolaires complets d'éducation sexuelle grâce à la participation et à la mobilisation de la communauté; c) mettre en place des forums en vue d'une participation des jeunes aux processus d'élaboration; d) concevoir et mettre en œuvre des programmes de développement de l'esprit d'initiative visant les adolescentes et plus particulièrement celles vivant dans des zones rurales, en collaboration avec les partenaires de développement et la société civile; e) appuyer l'élaboration d'un programme d'éducation sexuelle complet devant être intégré dans la formation des enseignants et futurs enseignants.

### **C. Réalisation 3 : Égalité des sexes et autonomisation des femmes**

17. *Produit 1 : Les institutions nationales et infranationales ont les moyens de prévenir la violence sexiste, notamment dans le contexte d'opérations humanitaires.* Parmi les stratégies possibles, on peut citer les suivantes : a) préconiser la transposition à l'échelle nationale des réseaux fonctionnels d'aiguillage des victimes de violence sexiste entre les services de police et de soins de santé, et leur apporter un soutien technique; b) renforcer les capacités du Département des questions de genre et des questions familiales et de certaines organisations de la société civile afin qu'ils élaborent et coordonnent des programmes visant à la participation des garçons et des hommes; c) plaider en faveur de l'adoption de la loi sur les délits sexuels et la violence familiale, ainsi que de l'approbation et de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention de la violence sexiste; d) fournir une assistance technique aux organismes gouvernementaux et aux groupes de travail interinstitutionnels en vue d'intégrer la violence sexiste dans les plans de préparation et d'intervention humanitaires.

### **D. Réalisation 4 : Dynamique des populations**

18. *Produit 1 : Les pouvoirs publics et la société civile, dont les établissements universitaires, ont les moyens nécessaires aux activités de recherche, à la production de données ventilées de qualité et d'actualité sur des questions de population et de développement, ainsi qu'à leur utilisation à de fins de programmation et d'élaboration de politiques, y compris dans le contexte d'opérations humanitaires.* Les interventions suivantes sont possibles : a) fournir une assistance technique au Bureau central de la statistique portant sur l'utilisation des technologies modernes et des méthodes novatrices en matière de collecte, de traitement, d'analyse et de diffusion des données, dans le cadre des préparatifs du recensement de la population et du logement 2017; b) produire des éléments de preuve au moyen d'enquêtes et de recherches portant sur les déterminants juridiques et socioculturels contribuant à la protection ou à la violation des droits des jeunes et des adolescents en matière de santé sexuelle et procréative, de VIH et de violence sexiste; c) renforcer les capacités des directeurs et des responsables de la planification de programmes à analyser en profondeur les données provenant des services et des enquêtes réalisées auprès de la population; d) appuyer l'élaboration d'un plaidoyer en faveur d'un dividende démographique, suivi par la promotion fondée sur l'analyse des faits d'investissements plus importants en faveur des jeunes; e) mettre en place et faire connaître différents forums de partage de l'information afin d'encourager l'utilisation des données, en ciblant la société

civile, les différents pouvoirs publics, le Parlement, les milieux universitaires et les jeunes; f) appuyer la révision de la politique démographique dans le but de promouvoir l'intégration des variables démographiques dans les plans de développement.

#### **IV. Gestion, suivi et évaluation du programme**

19. Le Ministère de la planification économique et du développement assurera le contrôle direct des modalités d'application; l'exécution nationale sera le mode privilégié de mise en œuvre, conformément aux capacités des différents partenaires et des instructions permanentes de l'initiative « Unis dans l'action ». Le FNUAP multipliera les partenariats avec l'État, le secteur privé, la société civile, les milieux universitaires et les partenaires de développement afin de mettre en œuvre et de cofinancer le programme. Le bureau de pays utilisera le relevé des donateurs, une fois achevé, afin de coordonner l'élaboration d'une stratégie de communication et de mobilisation commune des ressources.

20. Le programme de pays sera mis en œuvre au moyen de plan de travail annuels communs, conformément aux instructions permanentes de l'initiative « Unis dans l'action ». Les progrès réalisés par le programme seront évalués chaque année, en adéquation avec la gestion axée sur les résultats du FNUAP, et en s'inspirant du cadre commun de contrôle et d'évaluation de l'Organisation des Nations Unies. Le FNUAP procédera à des évaluations des risques, mettra au point des plans de secours et adoptera des mesures d'atténuation. Dans l'éventualité d'une situation d'urgence humanitaire, des activités seront reprogrammées pour appuyer des opérations d'intervention en cas d'urgence, en consultation avec des partenaires nationaux.

21. Avec l'appui technique du bureau régional, le bureau de pays a procédé à une évaluation des besoins en matière de ressources humaines, en adéquation avec le classement du pays, et va mettre en œuvre le plan d'action correspondant. Grâce à la coopération Sud-Sud, le bureau de pays sollicitera une assistance technique auprès d'autres bureaux de pays, du bureau régional et d'autres organisations des Nations Unies.



## Cadre de resultats et de ressources pour le swaziland (2016-2020)

**Priorité nationale** : Augmentation de l'espérance de vie, de 49 ans en 2006 à 60 ans d'ici à 2022, éradication du VIH à l'échelle nationale et réduction de la mortalité infantile et maternelle

**Réalisations du PNUAD** : D'ici à 2020, la résilience des communautés et des institutions nationales et la gestion des ressources naturelles se sont améliorées; l'accès des enfants et des adolescents à un enseignement inclusif de qualité et leur maintien dans le système scolaire ont augmenté; l'accès des familles et des communautés à des services intégrés de qualité en matière de santé et de nutrition et leur utilisation de ces services ont augmenté; les comportements sexuels à risque ont perdu en fréquence auprès des jeunes, et le recours de la population aux services de prise en charge du VIH a gagné du terrain; l'accès à des services publics prioritaires et la qualité de leur prestation ont été renforcés et la participation des citoyens et des organisations de la société civile à tous les niveaux de la prise de décisions a augmenté

| Réalisation du plan stratégique du FNUAP  | Produits   | Indicateurs, niveaux de référence et niveaux cibles   | Partenaires  | Montant indicatif des ressources   |
|---|--|---|--|--|
| <p><b>Réalisation 1 : Santé en matière de sexualité et de procréation</b></p> <p>Disponibilité et utilisation accrues des services de santé intégrés en matière de sexualité et de procréation, axés notamment sur la planification familiale, la santé maternelle et la lutte contre le VIH, qui tiennent compte de l'égalité entre les sexes et répondent aux normes relatives aux droits de l'homme en matière de qualité de soins et d'équité dans l'accès.</p> <p><i>Indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Besoins de moyens de contraception non couverts<br/><i>Niveau de référence : 15; Niveau cible : 10</i></li> <li>Pourcentage de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui déclarent utiliser un préservatif lors de leur premier rapport sexuel<br/><i>Niveau de référence : 49 (hommes) et 43 (femmes); Niveau cible : 70 (hommes) et 65 (femmes)</i></li> <li>Pourcentage des points de prestation de services qui n'ont pas été en rupture de stocks de contraceptifs au cours des six derniers mois.<br/><i>Niveau de référence : 76; Niveau cible : 95</i></li> </ul> | <p><i>Produit 1</i> : Les institutions nationales et infranationales ont les moyens de fournir des services de planification de la famille de haute qualité, intégrés et équitables</p> <p><i>Produit 2</i> : Les institutions nationales et infranationales ont la capacité de fournir des programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction, et de prévention du VIH exempts de préjugés et de discrimination, y compris dans le contexte d'opérations humanitaires</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de directives, de protocoles et de normes à l'intention des agents de santé concernant la fourniture de services de santé de qualité en matière de sexualité et de procréation, et la gestion de la violence sexiste et du VIH auprès des adolescents et des jeunes<br/><i>Niveau de référence : 2; Niveau cible : 6</i></li> <li>Pourcentage d'établissements de santé intégrant la planification de la famille dans tous les points d'entrée de services de santé maternelle et de lutte contre le VIH<br/><i>Niveau de référence : 9; Niveau cible : 50</i></li> <li>Pourcentage d'établissements de santé offrant des services intégrés de planification de la famille adaptés aux jeunes<br/><i>Niveau de référence : 59; Niveau cible : 80</i></li> <li>Le Swaziland assure la mise en œuvre des dix étapes de la programmation intégrée pour la promotion du préservatif<br/><i>Niveau de référence : Non (8/10); Niveau cible : Oui (10/10)</i></li> <li>Le programme d'intervention rapide du secteur de la santé englobe la santé en matière de sexualité et de procréation ainsi que la violence sexiste dans les plans de préparation aux situations d'urgence humanitaire</li> </ul> | Ministères de la santé, de la planification et du développement; AIDS Healthcare Foundation; Services internationaux de population; Association pour la vie familiale du Swaziland; Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation; Conseil national d'intervention en cas d'urgence dans le domaine du VIH/sida; Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida; UNICEF; Programme commun ONUSIDA; OMS; médias; et universités | 3,1 millions de dollars, dont 1,7 millions à prélever sur le budget ordinaire et 1,4 millions à financer au moyen d'autres types de ressources |

| Réalisation du plan stratégique du FNUAP   | Produits  | Indicateurs, niveaux de référence et niveaux cibles   | Partenaires   | Montant indicatif des ressources   |
|--|---|---|---|--|
| <p>• Taux de grossesses d'adolescentes<br/>Niveau de référence : 87 % Niveau cible : 70 %</p> <p><b>Réalisation 2 : Adolescents et jeunes</b></p> <p>Dans les politiques et programmes nationaux de développement, la priorité est davantage accordée aux adolescents, en particulier aux très jeunes adolescentes, notamment au moyen d'une mise à disposition de services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation</p> <p><i>Indicateurs :</i><br/>Pourcentage des jeunes âgés de 15 à 24 ans qui identifient correctement les différents moyens de prévenir la transmission du VIH et qui reconnaissent le caractère erroné des principales idées fausses véhiculées sur la transmission du VIH<br/>Niveau de référence : 50,8 (hommes) et 49,1 (femmes);<br/>Niveau cible : 70 (hommes et femmes)</p> <p><b>Réalisation 3 : Égalité des sexes et autonomisation des femmes</b></p> <p>La promotion de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles et des droits de la procréation, notamment pour les femmes, les adolescentes et les jeunes les plus vulnérables et marginalisées, est renforcée</p> <p><i>Indicateurs :</i><br/>Pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui pensent qu'un mari ou un partenaire a le droit de frapper ou de battre sa femme ou sa partenaire dans certaines circonstances<br/>Niveau de référence : 19,9; Niveau cible : 15</p> | <p><i>Produit 1 :</i> Accroissement des moyens dont l'État et la société civile disposent pour concevoir et mettre en œuvre, dans les écoles et en dehors, des programmes complets d'éducation sexuelle qui promeuvent les droits fondamentaux et l'égalité des sexes</p> <p><i>Produit 1 :</i> les institutions publiques nationales et infranationales ont les moyens nécessaires à la prévention de la violence sexiste, y compris dans le cadre d'opérations humanitaires</p> | <p>Niveau de référence : Non; Niveau cible : Oui</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Existence d'un programme complet d'éducation sexuelle dans le cadre de la formation des enseignants</li> <li>Niveau de référence : Non Niveau cible : Oui</li> <li>Nombre d'institutions gouvernementales et d'organisations de la société civile possédant les moyens nécessaires à la mise en œuvre de programmes complets d'éducation sexuelle pour les adolescents et les jeunes non scolarisés;</li> </ul> <p>Niveau de référence : 1; Niveau cible : 4</p> <p><i>Indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le Swaziland dispose d'un système d'aiguillage efficace pour les victimes de violence sexiste<br/>Niveau de référence : Non; Niveau cible : Oui</li> <li>Nombre d'organisations de la société civile ayant les moyens nécessaires à la conception et la mise en œuvre de programmes destinés à faire participer les hommes et les garçons à la lutte pour l'égalité des sexes (y compris contre la violence sexiste), pour la santé sexuelle et procréative et pour les droits en matière de procréation<br/>Niveau de référence : 0; Niveau cible : 5</li> </ul> | <p>Cabinet du Vice-Premier Ministre; Ministères de la santé, des sports, de la jeunesse et des affaires culturelles et de l'éducation; Conseil national d'intervention en cas d'urgence dans le domaine du VIH/sida; Conseil national de la jeunesse du Swaziland; UNICEF; UNESCO; médias</p> <p>Cabinet du Vice-Premier Ministre; Ministère de la santé; UNICEF; OMS; PNUD; Swaziland Action Group Against Abuse; police royale du Swaziland; médias; monde universitaire; Parlement</p> | <p>1,8 millions de dollars, dont 0,2 millions à prélever sur le budget ordinaire et 1,6 millions à financer au moyen d'autres types de ressources)</p> <p>0,9 millions de dollars, dont 0,3 millions à prélever sur le budget ordinaire et 0,6 millions à financer au moyen d'autres types de ressources</p> |

| Réalisation du plan stratégique du FNUAP   | Produits  | Indicateurs, niveaux de référence et niveaux cibles   | Partenaires   | Montant indicatif des ressources  |
|--|---|---|---|---|
| <p><b>Réalisation 4 : Dynamique des populations</b></p> <p>Les politiques nationales et les programmes internationaux de développement sont améliorés grâce à l'intégration d'analyses factuelles sur la dynamique des populations et ses liens avec le développement durable, la santé en matière de sexualité et de procréation, les droits de la procréation, la lutte contre le VIH et l'égalité des sexes</p> <p><i>Indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Données de recensement rassemblées, traitées et analysées; résultats publiés et diffusés<br/><i>Niveau de référence : Non Niveau cible : Oui</i></li> <li>Nombre de plans de développement nationaux qui traitent de la dynamique des populations en intégrant les tendances et les projections démographiques dans le processus de détermination des objectifs de développement<br/><i>Niveau de référence : 2; Niveau cible : 6</i></li> </ul> | <p><i>Produit 1 :</i> Les pouvoirs publics et la société civile, dont les établissements universitaires, ont les moyens nécessaires aux activités de recherche, à la production de données ventilées de qualité et d'actualité sur des questions de population et de développement, ainsi qu'à leur utilisation à de fins de programmation et d'élaboration de politiques, y compris dans le contexte d'opérations humanitaires</p> | <p><i>Indicateurs :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de travaux de recherche portant sur les facteurs déterminants contribuant à la protection ou la violation des droits des jeunes et des adolescents dans les domaines de la santé en matière de sexualité et de la procréation, du VIH et la violence sexiste<br/><i>Niveau de référence : 6; Niveau cible : 10</i></li> <li>Nombre d'institutions publiques sélectionnées dotées de personnel qualifié et des technologies modernes permettant de recueillir, d'analyser et de diffuser des données socioéconomiques et démographiques<br/><i>Niveau de référence : 0 Niveau cible : 4</i></li> <li>Nombre de plateformes participatives fonctionnelles plaidant en faveur d'investissements accrus auprès des adolescents et des jeunes, dans le cadre des politiques et des programmes de santé et de développement<br/><i>Niveau de référence : 2; Niveau cible : 5</i></li> </ul> | <p>Ministère de la planification et du développement économique, de l'intérieur, de la santé, et de l'éducation; Parlement; Bureau central de statistique; service national de la population; UNICEF; PNUD; Université du Swaziland; médias</p> | <p>1,3 millions de dollars, dont 0,4 millions à prélever sur le budget ordinaire et 0,9 millions à financer au moyen d'autres types de ressources</p> <p>_____</p> <p>Total (coordination et aide aux programmes) : 0,4 millions à prélever sur le budget ordinaire</p> |