



## Conseil économique et social

Distr. limitée  
10 avril 2003

Original: français

**Pour suite à donner**

---

### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

**Session annuelle de 2003**

2-6 et 9 juin 2003

Point 6 de l'ordre du jour provisoire\*

### Projet de descriptif de programme de pays\*\*

#### Bénin

#### *Résumé*

La Directrice générale présente pour examen et commentaires le projet de descriptif de programme de pays relatif au Bénin. Le Conseil d'administration est invité à approuver le budget indicatif global pour la période 2004 à 2008, un prélèvement de 9 426 000 dollars sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 16 millions de dollars sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales.

\* E/ICEF/2003/10.

\*\* Conformément à la décision 2002/4 (E/ICEF/2002/8) du Conseil d'administration, le présent document sera révisé et affiché sur l'Extranet de l'UNICEF en octobre 2003, en même temps que le tableau récapitulatif des résultats. Il sera ensuite approuvé par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire de 2004.



## Données de base

(2001, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions) . . . . .	3,4
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes) . . . . .	158
Insuffisance pondérales (% , modérée et grave). . . . .	23
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1989-1996) . . . . .	500
Taux d'inscription ou de fréquentation scolaire dans l'enseignement primaire (% , net garçons/filles, 1999) . . . . .	83/57
Élèves terminant leur première année qui atteignent la cinquième année de scolarité (% , 1997) . . . . .	64
Accès à de l'eau plus salubre (% , 2002) . . . . .	63
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%) . . . . .	3,6
Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 14 ans) . . . . .	..
RNB par habitant (dollars des États-Unis) . . . . .	360
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DPT3) (%) . . . . .	76
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%) . . . . .	65

## Situation des enfants et des femmes

1. L'analyse de la situation est basée sur le Bilan commun de pays (BCP) et a été réalisée avec la participation des enfants en 2002. Bien que politiquement stable depuis 1990, le Bénin reste classé parmi les pays les moins avancés, classé 158e sur l'Indice de développement humain en 2002. Malgré une croissance économique d'environ 5 % par an, un tiers de la population (et des enfants de moins de 18 ans) continue de vivre en dessous du seuil de pauvreté global depuis 1994, surtout en milieu rural où le taux de la pauvreté est passé de 25 % à 33 % entre 1994-1995 et 1999-2000. Un tiers des enfants de moins de 5 ans souffre de malnutrition protéino-énergétique. Le fardeau de la dette atteint 976 millions dollars des États-Unis en 2000. Le service de la dette représente 13 % des exportations de biens et services.

2. L'analyse de vulnérabilité a montré que les populations du Nord-Bénin vivent dans des conditions socioéconomiques défavorables. Le pays présente des disparités importantes entre zones urbaine et rurale et entre couches sociales. En 2001, si en moyenne 61 % de la population totale ont accès à l'eau potable, et 32 % utilisent des moyens adéquats d'évacuation des excréta, seulement 52 % et 15 % en bénéficient en milieu rural. L'environnement naturel est fragile, dégradé et menacé.

3. Seulement un tiers de la population fréquente les services de santé. L'Initiative de Bamako a permis d'assurer la disponibilité en médicaments essentiels de tous les centres de santé publics. Les indicateurs de mortalité, bien qu'en baisse, restent élevés : 89 décès pour 1 000 naissances vivantes pour les moins d'un an, 160 naissances vivantes pour les moins de 5 ans pour la période 1997-2001. Les niveaux des soins prénatals et des accouchements assistés sont passés respectivement de 80 % et 64 % en 1996, à 87 % et 73 % en 2001, ce qui peut influencer favorablement le niveau de mortalité maternelle (498 pour 100 000

naissances vivantes en 1992-1995). En 2001, 64 % des femmes en âge de procréer et 82 % des enfants de moins de 5 ans étaient anémiés. Le paludisme reste au premier rang des consultations (35 %), avec des incidences élevées chez les enfants (46 % pour les enfants âgés de moins d'un an et 22 % chez les 1-5 ans). La prévalence du VIH/sida a été multipliée par 10 en 10 ans passant de 0,4 % en 1990 à 4,1 % en 2000, avec des variations régionales fortes (de 1,4 % à 13 %), dont 4 % par la transmission mère-enfant et 94 % par les rapports sexuels. Le taux d'accès à l'enseignement préscolaire reste faible : environ 3 % en 1997, autant de filles que de garçons. Il a peu évolué depuis. L'accès au primaire est presque universel en milieu urbain. En milieu rural, les disparités restent importantes : en 2002, le taux brut de scolarisation était de 86 % pour les garçons et de 64 % pour les filles.

4. Cette situation de pauvreté, de faible accès aux services sociaux de base et d'absence d'un cadre juridique adéquat constitue un terrain favorable pour l'exploitation des enfants. Le nombre d'enfants travailleurs est estimé à 400 000 dont beaucoup sont *vidomègon* (travail domestique, surtout des petites filles) et/ou victimes de trafic : on estime que 50 000 enfants (6-16 ans) travaillent à l'étranger, dont une majorité de garçons des régions les plus pauvres. Seize pour cent des femmes béninoises sont excisées (jusqu'à 45 % au Nord). Les efforts faits ces dernières années sous l'auspice du Gouvernement ont permis d'améliorer la protection des enfants. Le Code de la famille a été enfin adopté en 2002 et une loi interdit les mutilations génitales en 2003. On peut dire que la situation de l'enfant, et surtout de la fille et de la femme, s'est améliorée mais de façon lente, ce qui fragilise la consolidation de la jeune démocratie béninoise.

## **Principaux résultats obtenus et enseignements tirés de la coopération précédente (1999-2003)**

### **Principaux résultats obtenus**

5. La revue à mi-parcours du programme en 2001 a montré que la plupart des objectifs fixés pour le programme étaient en passe d'être atteints. Le programme Appui au développement sanitaire a contribué à réduire, entre 1996 et 2001, les taux de mortalité infanto-juvénile (de 167 à 160 pour 1 000 naissances vivantes) et infantile (de 94 à 89 pour 1 000 naissances vivantes) à travers la formation et l'équipement en matériel médico-technique de trois zones sanitaires, d'une population de 600 000 personnes (10 % de la population du pays). Il a contribué au maintien d'une couverture vaccinale élevée, comparée à la moyenne de la sous-région (vaccin antirougeole 81 %, DPT3 84 % en 2001). Le plaidoyer de l'UNICEF a permis au Bénin d'atteindre et de maintenir son indépendance, de financer les vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) de routine, de couvrir les consommables, et de prendre en charge, en 2002, deux nouveaux antigènes (fièvre jaune et hépatite B). L'amélioration des conditions d'hygiène et d'accès à l'eau potable a permis de réduire de plus d'un tiers l'incidence de la diarrhée, de 26 % en 1996 à 16 % en 2001 (enfants de moins de 3 ans, selon l'Enquête démographique et sanitaire, 1996-2001). L'UNICEF a contribué à réduire le nombre de cas de dracunculose de 99,9 % depuis 1990. Le programme a appuyé depuis 1999 la réalisation d'environ 100 forages équipés de pompes au bénéfice d'environ 36 000 personnes.

6. Le programme Appui au développement social a contribué à augmenter le taux brut de scolarisation, passé de 77 % en 1998-1999 à 94 % en 2001-2002, particulièrement celui des filles qui dépasse désormais les 78 %, surtout à Sinendé, où l'écart filles-garçons (près de 20 points d'écart en 1998) s'est progressivement réduit pour disparaître en 2001. Le projet Protection a permis une plus grande sensibilisation sur les problèmes liés notamment au trafic des enfants, objet de débats publics et de l'attention actuelle des autorités. Il a suscité une plus grande implication des communautés à la lutte contre le trafic en appuyant la création de 500 comités locaux de lutte dans les zones à risque. Le programme Appui au développement communautaire a permis de modifier progressivement les comportements des populations de plus de 60 villages en faveur du respect des droits de l'enfant grâce à l'alphabétisation et la formation de 3 200 personnes en matière de planification locale et à l'appui à l'installation d'unités génératrices de revenus au bénéfice des enfants.

7. Le programme Suivi et évaluation a permis le renforcement du partenariat entre les agences des Nations Unies, le Gouvernement et l'ensemble des partenaires au développement pour la collecte, la diffusion des données et un meilleur suivi des programmes et priorités nationales grâce à l'adaptation du logiciel UNICEF, ChildInfo, et l'établissement d'une base de données socioéconomiques nationale appelée BenInfo.

### **Enseignements tirés**

8. Environ 11 500 femmes séropositives accouchent chaque année. Un tiers de leurs enfants sont infectés (un quart des nouvelles infections), ce qui a justifié la priorité donnée à la prévention de la transmission mère-enfant dans le programme Bénin-UNICEF. Après une phase pilote dans 33 maternités de Cotonou, l'évaluation 2002 a montré la possibilité d'étendre progressivement le projet à l'échelle nationale, en redynamisant le processus à partir des sites sélectifs de Cotonou, et établissant des critères de qualité et de fonctionnalité précis.

9. L'évaluation a montré que les bons résultats ont été atteints à Sinendé grâce au fait que les innovations couvrent toutes les écoles de la zone, et que tous les parents et communautés ont été sensibilisés – par des femmes – sur la question du respect des droits de la petite fille. Le passage à l'échelle des innovations introduites par l'approche communautaire du projet Éducation s'avère difficile à traduire dans la politique nationale. Le plaidoyer au niveau ministériel doit être renforcé, notamment dans le plan national « Éducation pour tous » et le Plan d'investissement sectoriel aux côtés des partenaires clefs (la Banque mondiale, la Coopération française, et l'Agency for International Development des États-Unis (USAID)).

10. Depuis la revue à mi-parcours, la participation des enfants a été effective à toutes les étapes de programmation (dont plus de 2 000 dans l'analyse de la situation). Cette participation a permis aux jeunes d'exprimer leurs opinions, mais aussi aux partenaires adultes de bénéficier de l'expression de problèmes clefs dans un langage simple. Cette participation sera institutionnalisée à travers l'appui à la constitution d'un Parlement des enfants et leur implication systématique dans le suivi du nouveau programme.

11. Les revues à mi-parcours et annuelles ont constaté que le fait que le développement communautaire soit un programme en soi, distinct des programmes de santé et d'éducation, n'a pas contribué à renforcer la synergie des interventions,

faute de coordination effective au plan local. La couverture géographique atteinte par le programme reste décevante (à peine plus de 60 villages) et est loin d'atteindre l'objectif envisagé de 300 villages au début du programme. Du fait de la mise en place effective de la décentralisation, il conviendra de renforcer de manière stratégique les compétences au niveau communal pour s'assurer que les interventions sectorielles cibleront les mêmes enfants vulnérables. La stratégie du développement communautaire sera donc incorporée dans les trois nouveaux programmes.

## Programme de travail (2004-2008)

### Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Programmes</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<b>Total</b>
Survie	2 350	8 000	<b>10 350</b>
Éducation	2 350	5 000	<b>7 350</b>
Protection	1 776	3 000	<b>4 776</b>
Suivi et évaluation	850	–	<b>850</b>
Coûts transversaux	2 100	–	<b>2 100</b>
<b>Total</b>	<b>9 426</b>	<b>16 000</b>	<b>25 426</b>

### Processus d'élaboration

12. L'UNICEF a assuré la coordination du processus du BCP et de l'élaboration d'une base de données commune au système des Nations Unies – BenInfo. L'UNICEF a appuyé la préparation du document de stratégie par le Gouvernement sur la réduction de la pauvreté (DSRP). De par leur contenu et la synchronisation des processus, le BCP et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) font partie intégrante de la formulation du Programme Bénin-UNICEF. En 2002, ces documents ont été complétés par l'analyse de la situation faite par les enfants, une analyse des disparités en fonction du niveau de richesse des ménages et une analyse des indicateurs de vulnérabilité. Enfin, une analyse environnementale faite début 2003 a montré que les activités envisagées par le programme n'auront pas d'impact défavorable sur l'environnement.

13. Le processus de programmation stratégique a été coordonné par le Ministère chargé de la prospection et du développement, en collaboration avec le Ministère des affaires étrangères. Les ministères partenaires, les agences des Nations Unies, des enfants, les bailleurs bilatéraux, les organisations non gouvernementales (ONG) partenaires, les comités locaux d'« enfants démocrates » et le bureau régional de l'UNICEF ont également participé pour définir les objectifs et les résultats attendus du futur programme, en fonction des cinq priorités du plan stratégique à moyen terme (PSMT) de l'UNICEF, formuler les grandes lignes stratégiques et identifier la structure la mieux adaptée. Le document de stratégie a été adopté lors de la réunion de stratégie de février 2003, présidée par le Ministre d'État.

## Objectifs, principaux résultats attendus et stratégies

14. Le but général du programme Bénin-UNICEF est de créer un environnement digne des enfants en contribuant à la réduction de 10 % du nombre d'enfants vivant en dessous du seuil de pauvreté d'ici à 2008. Cela s'inscrit dans l'objectif national du DSRP de réduire de 50 % d'ici à 2015 la population vivant en dessous du seuil de pauvreté global. Le programme Bénin-UNICEF contribuera à atteindre les autres effets recherchés par le PNUAD d'accroître l'utilisation des services sociaux essentiels et les objectifs nationaux de « réduire les taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle; d'améliorer tous les indicateurs de santé; de promouvoir l'accès à l'éducation ».

15. Quant aux cinq priorités du PSMT, les principaux résultats suivants sont attendus d'ici à 2008 :

a) *Éducation des filles* : taux brut de scolarisation des filles augmenté de 20 % dans les communes d'intervention et appui pour le porter à 95 % au plan national; gratuité effective de l'éducation des filles au niveau national; taux de promotion augmenté d'au moins 10 % dans lesdites communes et appui pour le porter à 80 % au plan national;

b) *Développement intégré du jeune enfant* : existence d'une politique nationale et d'un plan d'action intégré en faveur du jeune enfant; dans au moins 30 communes, réduction de 25 % des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile; enregistrement de 80 % des naissances à l'état civil et couverture de 80 % en espaces enfance équipés dans les communes d'intervention;

c) *PEV* : la poliomyélite sera éradiquée, la rougeole contrôlée et le tétanos néonatal éliminé; couverture vaccinale infantile pour tout antigène dans les communes du programme portée à 80 %;

d) *Lutte contre le sida* : réduction de 20 % de la proportion des nouveau-nés séropositifs dans au moins 30 communes; diminution d'au moins 25 % de la prévalence du VIH/sida chez les jeunes et les femmes enceintes; prise en charge psychosociale de 40 % des orphelins et enfants victimes du VIH/sida;

e) *Protection des enfants* : existence d'un plan national d'action et d'un code de protection des enfants; réduction de 20 % des mutilations génitales féminines et du trafic; réintégration d'au moins 80 % des enfants victimes de trafic dans leurs familles et communautés.

16. La mise en oeuvre des interventions pour atteindre ces résultats se fera à partir de trois programmes autour des besoins du même enfant : a) survie; b) éducation; et c) protection. La coordination et le suivi des activités intersectorielles liées à la petite enfance et au VIH/sida relèveront de la responsabilité de la coordination des programmes. La stratégie de développement communautaire pour le renforcement des capacités locales appuiera la planification intégrée systématique des programmes/projets au niveau local. Les compétences locales seront renforcées pour mieux coordonner les programmes autour des besoins de l'enfant vulnérable dans l'intérêt communautaire. Il s'agira aussi de développer des interventions stratégiques, par exemple des outils de microplanification qui pourront être utilisés par les trois programmes. La communication pour le développement soutiendra chacune des composantes programmatiques à travers un nouveau plan intégré de communication. Elle appuiera les efforts de renforcement de capacité et

d'habilitation des populations locales à travers la communication pour le changement des comportements, la sensibilisation des familles, des communautés et des décideurs pour participer effectivement au développement local dans le respect des droits des enfants et des femmes. Pour faire face à d'éventuelles crises de tout type, un plan de préparation et de réponse à l'urgence sera élaboré et périodiquement mis à jour.

### **Liens avec les priorités nationales, le PNUAD et les priorités internationales**

17. Les partenaires du programme de coopération Bénin-UNICEF ont identifié les principaux domaines d'intervention du futur programme venant en appui direct aux buts et objectifs nationaux fixés par le Gouvernement (Prospective 2025, Programme d'action du Gouvernement 2001-2006, DSRP 2003-2005). Le programme de coopération se situe dans le cadre de collaboration plus général du PNUAD dont les trois domaines de coopération identifiés sont : a) la lutte contre la pauvreté; b) l'accès aux services sociaux essentiels; et c) la lutte contre le VIH/sida et le paludisme; mais aussi en collaboration avec tous les partenaires au développement.

18. Ce cadre permet à l'UNICEF d'être sélectif et de s'appuyer sur ses avantages comparatifs pour cibler ses interventions au profit des plus vulnérables tout en contribuant à l'atteinte des priorités internationales – dont les buts d'Un monde digne des enfants et les Objectifs du Millénaire pour le développement – auxquelles le Bénin adhère. Par exemple, le programme éducation contribuera aux priorités gouvernementales d'étendre l'enseignement de base et la scolarisation des filles, d'améliorer la qualité de l'enseignement et de développer le capital humain, en commençant par le jeune enfant. Ces efforts rentrent dans le cadre du PNUAD (accès aux services sociaux) et aideront le Bénin à progresser vers le but d'Un monde digne des enfants d'offrir une éducation de qualité et des Objectifs du millénaire d'assurer le droit à l'éducation primaire universelle et d'encourager l'égalité des sexes.

### **Éléments du programme**

19. Le programme **Survie** poursuivra ses interventions à l'échelle nationale dans le domaine du PEV et de supplément en vitamine A. La stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant s'étendra progressivement sur 30 communes couvrant un tiers de la population du Bénin (2,2 millions).

20. Spécifiquement, en faveur du *développement intégré du jeune enfant*, dans au moins 30 communes, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile seront réduits de 25 %. Le programme contribuera à augmenter à 80 % le taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié et à réduire de 20 % la proportion de nouveau-nés séropositifs. Dans le domaine du PEV, sur l'ensemble du territoire béninois, la poliomyélite sera éradiquée, la rougeole contrôlée et le tétanos néonatal éliminé. Dans le domaine de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), 60 % des cas de paludisme simple et de diarrhée des enfants de 0-5 ans seront correctement pris en charge au niveau communautaire. Au moins 60 % des enfants dormiront régulièrement sous moustiquaire imprégnée; la morbidité due aux

infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de 0-5 ans sera réduite de 25 %. Le pourcentage d'enfants âgés de 6-9 mois qui reçoivent une alimentation complémentaire adéquate sera porté de 66 % à 80 % (et 80 % des enfants jusqu'à l'âge de 2 ans); la consommation de sel iodé dans tous les ménages passera de 72 % à 90 %. L'avitaminose A chez les enfants sera réduite de 25 %; la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes entre 15 et 49 ans passera de 64 % à 50 %, celle des enfants de 0-5 ans, de 82 % à 57 %. En faveur *des jeunes et adolescents*, le programme luttera contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et la prévalence du VIH/sida chez les 10-24 ans et les femmes enceintes sera réduite d'au moins 25 % dans les 30 communes. Au moins 50 % des centres de santé de ces communes seront déclarés « amis des jeunes ». Dans le domaine de la santé génésique, le taux de grossesses précoces chez les adolescentes sera réduit de 20 %, la mortalité néonatale de 25 % et la morbidité imputable au paludisme chez la femme enceinte de 30 %. Un accès permanent à l'eau potable sera assuré à 150 000 personnes; l'éradication de la dracunculose sera certifiée en 2008.

21. Dans le cadre du PEV, la stratégie avancée et la recherche active seront renforcées; un plan de communication sera mis en oeuvre, tenant compte des facteurs de résistance, et mobilisera les ressources communautaires. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH sera progressivement étendue à 30 communes. Pour renforcer la PCIME, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, des kits d'imprégnation, des sels de réhydratation orale seront promus, ainsi que l'allaitement maternel exclusif, l'hygiène (accent sur le lavage des mains), la prévention et la prise en charge correcte du paludisme, de la diarrhée et des IRA au niveau communautaire. Le programme renforcera la supervision périodique des services sanitaires. Des stratégies d'intégration pour assurer, par exemple, la distribution simultanée de vitamine A et de moustiquaires imprégnées lors des séances de vaccination et des consultations prénatales (avec complément en fer) seront mises en oeuvre. Pour améliorer la santé génésique, les soins néonataux et obstétricaux, le programme soutiendra la maternité à moindre risque, la chimio-prophylaxie antipalustre pendant la grossesse (traitement présomptif intermittent) ainsi que l'introduction progressive des mutuelles de santé selon une approche participative. Dans la lutte contre les IST et le VIH/sida, l'implication des jeunes sera renforcée et des actions menées pour leur faciliter l'accès aux services de santé génésique. Dans le domaine de la nutrition, le programme appuiera la promotion de l'allaitement maternel exclusif et une alimentation complémentaire adéquate, l'apport bisannuel de supplément en vitamine A chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, couplée avec le déparasitage. Un plaidoyer sera conduit pour l'iodation universelle du sel, la promotion des aliments riches en micronutriments et des recherches pour la fortification de ce type d'aliments. Dans le domaine de l'eau, l'hygiène et l'assainissement, le programme appuiera l'installation d'ouvrages adéquats et l'adoption de comportements favorables à l'hygiène dans les espaces enfance, les écoles, les familles et les communautés. Un plaidoyer sera engagé avec les divers secteurs de développement pour l'éradication de la dracunculose. La surveillance des cas et la collaboration interpays seront encouragées pour maîtriser les cas transfrontaliers. Le financement disponible provient des contributions des Gouvernements de la Belgique, du Canada et de la France ainsi que de l'USAID, du Fonds Kiwanis, de la Fondation des Nations Unies et de Columbia University (États-Unis).

22. Le programme **Éducation** envisage d'intervenir dans au moins 18 communes couvrant environ 1,5 million d'habitants, essentiellement au Nord-Bénin. Un bon départ dans la vie de l'enfant sera assuré notamment à travers la création et l'équipement d'espaces enfance dans 14 communes d'intervention. En matière d'accès, l'UNICEF favorisera la gratuité de l'éducation pour les filles et l'augmentation du taux national brut de scolarisation des filles à 95 % (par une augmentation de 20 % dans les communes d'intervention). En matière de qualité, l'UNICEF contribuera à porter le taux national moyen de promotion des filles à 80 % par une augmentation de 10 % de ce taux dans les communes d'intervention. Le programme poursuivra son appui pour une définition nationale de l'éducation pour tous intégrant l'éducation non formelle. Au moins 25 000 jeunes non scolarisés seront inscrits dans les centres de formation non formelle pour lutter contre le travail précoce.

23. Le programme mettra en oeuvre, à plus grande échelle, des stratégies ayant déjà fait leurs preuves au Bénin pour accélérer l'éducation des filles et prévenir les formes d'exploitation telles que le travail des enfants. Le lien école-communauté sera renforcé : des conférences-débats sur l'éducation pour tous et sur l'approche de l'égalité entre les sexes seront organisées dans les communes d'intervention; les parents et futurs parents seront sensibilisés à la qualité des activités éducatives en faveur des filles et à l'éveil du jeune enfant. Le développement des espaces enfance sera assuré; les initiatives communautaires en faveur du jeune enfant recevront un appui et les parents bénéficieront de modules éducatifs sur les soins à apporter aux enfants de 0 à 3 ans. Un plaidoyer sera conduit pour intégrer les innovations du programme actuel dans la politique éducative nationale (système « fille pour fille », fiches de suivi scolaire, expériences communautaires préscolaires), et pour une vision commune de l'éducation pour tous; le soutien aux élèves ainsi que les capacités professionnelles des enseignants feront l'objet d'actions de formation intenses (notamment à distance); la politique nationale de recrutement en partenariat avec les communautés et la promotion des enseignantes en milieu rural seront appuyées. Des critères seront établis pour la mise en place d'écoles « amies des enfants » et surtout des filles, dont l'amélioration de l'environnement scolaire (eau, hygiène, comportements, etc.). La lutte contre le VIH/sida à l'école se traduira par une information accrue et la formation des élèves et enseignants, l'éducation parentale et un appui logistique et matériel; la sensibilisation des jeunes (surtout des adolescentes) pour le développement des compétences pour la vie, leur implication dans les actions en leur faveur et la fréquentation des centres de santé sera assurée dans les écoles, les ateliers, les lieux d'apprentissage. Le programme appuiera la création de centres d'éducation non formelle pour les jeunes déscolarisés; les tuteurs des enfants dans les marchés et autres lieux de travail seront sensibilisés à l'organisation et la gestion du temps des filles pour améliorer leurs conditions de travail et de vie. Les villages des communes d'intervention seront sensibilisés sur les finalités de l'éducation et l'approche promouvant l'égalité entre les sexes. La promotion de l'interaction école-communauté sera assurée à travers des activités d'échanges culturels et artisanaux entre école et communauté et l'implication effective des communautés dans la vie et la gestion de l'école. Les financements disponibles proviennent du Gouvernement de la Norvège et d'autres ressources issues du Programme global d'accélération de l'éducation des filles.

24. D'ici à 2008, le programme **Protection** visera les principales formes de vulnérabilité et d'abus de droits des enfants. À l'échelle nationale, les activités de

sensibilisation et plaidoyer du programme se poursuivront. Les activités de lutte contre l'exploitation des enfants se concentreront dans les localités d'où viennent les enfants travailleurs et de la traite des enfants (essentiellement au Nord-Bénin). Un plan national de protection des enfants sera disponible dès 2006 et diffusé; le Bénin devra disposer d'un code de l'enfant. Dès fin 2004, un plan d'action en faveur des orphelins et enfants victimes du sida sera élaboré. Sa mise en oeuvre sera coordonnée par le Ministère chargé de la protection sociale. Quarante pour cent de ce groupe vulnérable bénéficieront d'une prise en charge psychosociale des centres de protection sociale. Vingt pour cent des ateliers du secteur artisanal de Cotonou, Parakou, Porto-Novo et Calavi devront avoir une conduite conforme au code du travail au Bénin. Quatre-vingt pour cent des naissances seront enregistrées à l'état civil. Le trafic d'enfants et les mutilations génitales féminines seront réduits de 20 % par rapport aux niveaux actuels. Au moins 80 % des enfants victimes de trafic et *vidomègons* recueillis par les ONG partenaires seront réintégréés dans leurs familles.

25. La stratégie principale de prévention contre le travail, le trafic et l'exploitation sexuelle des enfants reste l'éducation. Le programme travaillera étroitement avec le programme Éducation pour mieux sensibiliser et éduquer les populations et augmenter les taux de scolarisation et de rétention des enfants à l'école. Dans les communes d'intervention, aux côtés du programme Survie, le programme renforcera les capacités locales pour assurer l'accès aux services de prise en charge psychosociale des enfants orphelins et victimes du sida. Aux côtés du programme Éducation, le programme appuiera techniquement l'intégration dans les cursus scolaires et les formations alternatives des questions relatives au sida et à la drogue. Le programme encouragera les changements de comportements par l'éducation et la sensibilisation dans les écoles, les centres de formation alternatifs, les familles et les communautés. Les chefs traditionnels et les leaders religieux seront impliqués, surtout dans la lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes. La législation sur les mutilations génitales sera vulgarisée en langues locales. Les comités locaux de lutte contre le trafic des enfants existants seront redynamisés et d'autres créés dans les zones pourvoyeuses non encore couvertes. Au-delà du trafic, ces comités s'investiront dans la surveillance des formes principales de violation de droits d'enfants. Le programme appuiera le renforcement des capacités d'intervention et la déconcentration de la Brigade de protection des mineurs et des tribunaux sur le territoire national. Les familles et communautés seront sensibilisées à l'utilisation des canaux existants (services de santé, éducation, etc.) pour les déclarations de naissances. Le programme renforcera la capacité des partenaires pour prendre en charge les enfants victimes d'abus et assurer leur réintégration dans leurs familles et communautés d'origine. Les financements disponibles proviennent des Gouvernements de l'Allemagne, de la Belgique, de la France, de l'Italie et de la Suède.

26. Les **coûts transversaux** supporteront les coûts opérationnels de logistique et d'administration de l'ensemble du programme. Les coûts relatifs aux activités spécifiques du développement communautaire et de la communication pour le développement seront répartis entre les trois programmes.

## **Principaux partenariats**

27. Le partenariat solide établi par le programme de coopération 1999-2003 a pu apporter une contribution positive au PEV (l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Rotary International), à la PCIME (OMS, Gouvernement du Canada, AfriCare, Population Services International), à la mise en oeuvre des zones sanitaires, à la lutte contre le VIH/sida (le Programme des Nations Unies sur le VIH/sida), à l'éducation des filles, à la mise en place de la base de données nationale, BenInfo. Ce partenariat sera renforcé avec comme points d'entrée des sujets précis (par exemple, l'UNICEF coordonne déjà des groupes très actifs dans les domaines de la survie du jeune enfant, la lutte contre le trafic des enfants et l'éducation des filles). Cette collaboration mérite d'être systématisée pour tirer profit des avantages comparatifs de chacun et assurer une utilisation optimale des ressources. Ainsi, l'UNICEF et l'Union européenne se complètent dans la lutte contre le trafic des enfants. Il en est de même avec l'USAID dans le domaine de l'éducation des filles et de la survie du jeune enfant. Il faudra profiter des processus de coordination et suivi de la mise en oeuvre de PNUAD et du DSRP pour mettre en exergue les problèmes éventuels et les résoudre en renforçant les mécanismes de concertation entre le Gouvernement et les partenaires au développement.

28. Dans le cadre du plan de mobilisation des ressources, les liens seront renforcés avec les bailleurs qui se sont montrés actifs au cours des deux dernières années dans le financement du programme et des démarches engagées pour la recherche de nouveaux partenaires. La relation spéciale que l'UNICEF Bénin a développée avec les comités nationaux pour l'UNICEF sera alimentée à travers des échanges de matériel d'information et l'organisation de visites.

## **Suivi, évaluation et gestion du programme**

29. Le programme de coopération 2004-2008 verra la systématisation de la coordination au niveau local par le renforcement des capacités communales pour la planification et le suivi des interventions au profit de l'enfant vulnérable. La Direction de la coordination des ressources extérieures, du Ministère chargé de l'action gouvernementale, coordonnera les activités de planification annuelle de l'ensemble du programme au niveau national, et les réunions intersectorielles dans les communes d'intervention du programme organisées deux fois par an.

30. La base de données BenInfo servira d'outil de suivi des indicateurs du programme. Les volets dracunculose et stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant continueront d'être suivis par le système de surveillance épidémiologique amélioré en 2003; le volet vaccination, par le système de surveillance de routine du PEV et le volet poliomyélite, par le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë. L'évaluation finale du programme est prévue dans le cadre de l'évaluation du PNUAD de coopération en 2007 pour permettre de préparer les éléments pour le prochain programme 2009-2013. Des évaluations partielles seront prévues au niveau sectoriel au cours du cycle : évaluation de l'impact de la mise en oeuvre de la stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant en 2005; évaluation d'impact des principaux objectifs en matière de santé avec l'enquête démographique et sanitaire 2006. Un plan intégré de suivi et évaluation sera élaboré à cet effet.

31. Des modifications sont envisagées dans la structure du bureau en ce qui concerne les programmes Survie, Éducation, Protection, et pour la création d'un sous-bureau à Parakou, justifiée par la plus grande vulnérabilité des populations du Nord du Bénin qui réclame une meilleure coordination des interventions au niveau local.

---