

17 juillet 2008

## **Fonds des Nations Unies pour l'enfance**

### **Programme de pays révisé**

#### **République du Bénin**

##### *Résumé*

Le projet de descriptif de programme de pays pour le Bénin a été présenté au Conseil d'administration pour examen et observations. Le Conseil d'administration a approuvé le budget indicatif global qui s'élève, pour la période 2009 à 2013, à 23,107,500 dollars à prélever sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et à 36,900,000 dollars à prélever sur d'autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales.

## Données de base<sup>a</sup>

(2006, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (de moins de 18 ans, en millions) . . . . .	4,4
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes) <sup>b</sup> . . . . .	148
Insuffisance pondérale (modérée et grave, en pourcentage) . . . . .	18
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1999-2006) <sup>c</sup> . . . . .	400
Taux de fréquentation de l'école primaire (garçons/filles, pourcentage net) . . . . .	68/60
Élèves du primaire atteignant la cinquième année de scolarité (en pourcentage, 2004) . .	52
Utilisation de sources d'eau potable de meilleure qualité (en pourcentage, 2004) <sup>d</sup> . . . . .	67
Utilisation d'installations d'assainissement adéquates (en pourcentage, 2004) <sup>d</sup> . . . . .	33
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (en pourcentage) . . . . .	1,2
Enfants qui travaillent (âgés de 5 à 14 ans, en pourcentage) <sup>e</sup> . . . . .	41
RNB par habitant (en dollars É.-U.) . . . . .	540
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses de vaccins combinés diphtérie/coqueluche/tétanos (en pourcentage) <sup>f</sup> . . . . .	93
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (en pourcentage) <sup>f</sup> . . . . .	89

<sup>a</sup> Des données supplémentaires concernant ce pays, sur les enfants et les femmes, sont disponibles sur le site <http://www.unicef.org>.

<sup>b</sup> Selon les derniers résultats pour la période (2001-2006), le taux est de 125 mortalités par 1 000 naissances vivantes (Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires 2006).

<sup>c</sup> Estimation OMS/UNICEF/FNUAP du taux de mortalité maternelle de 840 par 100 000 naissances vivantes pour l'année 2005, corrigée afin de tenir compte des erreurs de classification et de non-déclaration. Pour tout complément d'information, voir <http://www.childinfo.org/areas/maternalmortality/>.

<sup>d</sup> Données pour 2006 du Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires : eau 71 % et installations d'assainissement 32 %.

<sup>e</sup> Les données diffèrent de la définition conventionnelle.

<sup>f</sup> Données pour 2006 du Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires : vaccins combinés 67 % et rougeole 61 %.

## La situation des femmes et des enfants

1. Le Bénin peut atteindre les troisième, quatrième et septième (accès à l'eau potable) objectifs du Millénaire pour le développement si les tendances actuelles se maintiennent. Depuis 1991, les indicateurs sociaux pour le Bénin ont beaucoup progressé. Entre 2001 et 2006, le taux de mortalité des nouveau-nés est passé de 95 à 67 par 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 160 à 148 par 1 000 naissances vivantes. Toutefois, il existe toujours d'importantes disparités régionales et sociales (zones rurales/zones urbaines, ménages pauvres/ménages prospères, nord/reste du pays). La mortalité maternelle a chuté de 498 à 400 par 100 000 naissances vivantes au cours des 10 dernières années.

2. Le processus démocratique et les efforts déployés en vue d'une bonne gouvernance ont permis au Bénin d'accroître l'aide extérieure, particulièrement

dans les secteurs sociaux. Les crédits budgétaires pour les secteurs de la santé et de l'éducation ont augmenté, en moyenne, de 17 %, entre 2002 et 2006.

3. Les facteurs suivants pourraient compromettre la réalisation éventuelle des objectifs : une faible capacité d'absorption (37 %) due à la complexité des procédures administratives et financières que maîtrisent mal les fonctionnaires de l'État; la sous-représentation des enfants, qui forment plus de 50 % de la population, dans les politiques gouvernementales et le budget national, ainsi que dans les orientations stratégiques relatives à l'avenir du Bénin; le manque de personnel compétent, un fort taux de roulement du personnel, les mutations dans les administrations centrales et décentralisées, et les changements institutionnels périodiques qui nuisent à l'utilisation, dans la pratique, des connaissances et des compétences nouvellement acquises; la proportion de plus en plus forte de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, ce qui limite l'accès aux services sociaux de base pour le quintile le plus démuné. Le pourcentage de pauvres est passé de 28,5 % en 2002 à 37,4 % en 2006 et est encore plus élevé dans les zones rurales. Les causes sous-jacentes sont un taux de croissance démographique qui est égal au taux de croissance économique, une grande dépendance économique sur un secteur primaire peu diversifié, ainsi que la faible rentabilité de la culture du coton et la difficulté d'accès aux facteurs de production.

4. Un certain nombre d'interventions programmatiques ont contribué à la réduction du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans : la mise en œuvre de politiques et de stratégies visant à améliorer la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, de même que les mesures prises contre la malaria; une augmentation de 230 % de la distribution de vitamine A entre 2001 et 2006; une augmentation du déparasitage chez les enfants; le nombre croissant d'enfants de moins de 5 ans qui utilisent une moustiquaire traitée aux insecticides (7 % en 2001 contre 20 % en 2006); une augmentation, en 2007, de la distribution gratuite, aux enfants de moins de 5 ans, de moustiquaires traitées aux insecticides. Des approches novatrices adoptées dans le cadre de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant ont également contribué aux résultats obtenus, notamment l'introduction du zinc dans la thérapeutique de réhydratation orale, le traitement pédiatrique du sida, les soins à domicile des affections aiguës des voies respiratoires et le traitement préventif intermittent de la malaria pour les femmes enceintes.

5. Le degré d'autonomie en matière de vaccins et un taux comparativement élevé de vaccinations dans la région sont demeurés stables depuis 2000. Le nombre de cas de rougeole a baissé et est passé de 2 314 cas en 2002 à 393 en 2006, et la poliomyélite est pratiquement éradiquée. Toutefois, le taux de vaccination courante a chuté dû au manque de cours de perfectionnement, à la supervision irrégulière des employés et à la vétusté du matériel.

6. Le pourcentage de femmes allaitant exclusivement leur enfant est passé de 38 % en 2001 à 43 % en 2006; les progrès ont ralenti à cause des pratiques d'alimentation et du manque d'éducation nutritionnelle.

7. Les principales causes de mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans sont les infections néonatales (75 % d'entre elles se produisent pendant la première semaine de vie), la malaria, la pneumonie et les maladies diarrhéiques. La malnutrition est la cause fondamentale de 36 % de tous les cas de mortalité d'enfants. Au cours des cinq dernières années, le taux de malnutrition chronique est passé de 31 % à 38 % [normes du Centre national de statistiques sanitaires

(NCHS)]. Dans le nord du pays, 10 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë. Selon les seuils critiques reconnus, la situation est grave. L'insuffisance pondérale des nouveau-nés se maintient à 23 % depuis 2001 (normes du NCHS), soit un taux beaucoup plus élevé que la cible de 17 % visée par le premier objectif du Millénaire pour le développement.

8. Le manque d'accès à des services obstétricaux de qualité et à un personnel compétent, ainsi que l'impuissance des femmes à prendre des décisions au sein du ménage font en sorte qu'il est peu probable que le cinquième objectif du Millénaire pour le développement, soit un taux de mortalité maternelle de 125 pour 100 000 naissances vivantes, puisse être atteint.

9. Il sera possible de réaliser les deuxième et troisième objectifs du Millénaire pour le développement si des efforts continuent d'être déployés pour améliorer le taux de scolarisation, de rétention scolaire et d'achèvement des études. La fréquentation des écoles maternelles, situées pour la plupart dans les zones urbaines, a augmenté peu à peu (il était de 2,7 % en 2005 et de 3,7 % en 2006). L'écart net entre le taux de scolarisation net des garçons et des filles à l'école primaire a chuté de 6 % même si, depuis 2002-2003, le taux global est demeuré stable à environ 80 %. Seulement un enfant sur deux termine ses études primaires (54 % en 2004-2005). Ce taux est attribuable à l'inefficacité du système, à la pénurie de matériel d'enseignement, aux nombreuses grèves des enseignants, ainsi qu'aux coûts d'opportunité qu'entraînent l'éducation des filles, les contraintes socioculturelles et l'analphabétisme des parents. L'abolition de tous les frais de scolarité depuis 2006 et la mise en œuvre du Plan décennal pour le secteur de l'éducation (2006-2015), qui ont permis au Bénin d'avoir accès à l'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous, devraient permettre de relever ces défis.

10. Depuis 1990, le pourcentage de ménages ayant accès à une eau plus salubre n'a cessé d'augmenter et aujourd'hui, il atteint 71 % (il est de 63 % en zones rurales et de 82 % en zones urbaines), ce qui devrait permettre au Bénin de réaliser le septième objectif du Millénaire pour le développement, soit un taux de 75 %, et contribuer à l'atteinte des deuxième et quatrième objectifs. En outre, la dracunculose a pratiquement disparu. Toutefois, à cause de la pauvreté monétaire et des habitudes traditionnelles, 62 % des ménages (81 % dans les zones rurales et 33 % dans les zones urbaines) n'ont pas accès à des installations d'assainissement adéquates, et l'objectif du Millénaire pour le développement, qui est de 31 %, ne sera probablement pas atteint. Quelque 72 % des mères (ce taux atteint 99 % dans l'une des régions) ne se lavent pas suffisamment les mains, phénomène qui est lié aux conditions de vie et au niveau d'études.

11. Le taux de prévalence du VIH chez les personnes de 15 à 49 ans, qui atteint 1,2 %, cache l'écart très important entre les sexes (1,5 % chez les femmes et 0,8 % chez les hommes) qui est lié au manque de pouvoir de décision des femmes. Chaque année, environ 33 000 enfants seraient touchés par le VIH/sida ou deviendraient orphelins à cause de la maladie et, chaque année, des mères porteuses du VIH donnent naissance à quelque 6 000 enfants, dont 30 % risquent d'être infectés (données pour 2008 obtenues du programme national de lutte contre le sida).

12. Le Comité des droits de l'enfant a recommandé un certain nombre d'améliorations aux cadres législatifs et institutionnels. Il a recommandé les mesures suivantes : le renforcement des capacités des parties prenantes à promouvoir les droits des enfants, la nomination d'un commissaire national

indépendant des droits de l'enfant, le renforcement des services de protection de l'enfance et l'augmentation du nombre d'enregistrements des naissances (31 % des naissances ne sont pas enregistrées).

13. Selon une récente étude du Ministère de la Famille et de l'Enfant (2008), le Bénin connaît un important trafic d'enfants. Il est un pays de départ, de destination et de transit pour ce trafic. Ces enfants proviennent de 62 des 77 communes du pays. Environ 2 % des enfants âgés de 6 à 14 ans (en grande majorité des enfants qui ont abandonné leurs études ou qui n'ont jamais fréquenté l'école) sont victimes du trafic d'enfants; 86 % des victimes sont des filles de familles pauvres ou nombreuses. Les principales causes du trafic d'enfants sont la pauvreté, l'absence de débouchés économiques locaux, une déformation des pratiques traditionnelles en matière de « tutelle » et le faible taux de scolarisation des filles.

14. Treize pour cent des femmes ont subi une mutilation génitale ou mutilation sexuelle pendant leur enfance. D'autres enfants ont besoin de protection, à savoir les enfants victimes de harcèlement sexuel, de mariages forcés ou précoces, les enfants des écoles coraniques et les victimes potentielles d'infanticide. La justice pour mineurs est également source de préoccupation à cause des lacunes du système judiciaire.

15. Malgré les inondations et les nombreuses épidémies de méningite et de choléra, le pays n'a pas les moyens de se préparer à affronter les catastrophes naturelles et les épidémies, rendant ainsi les groupes sociaux les plus défavorisés encore plus vulnérables.

## **Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération passée (2004-2008)**

### **Principaux résultats enregistrés**

16. L'accent mis sur les partenariats a eu un effet de catalyseur et a permis la mobilisation de fonds et l'élaboration de politiques sociales qui traitent de la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants, de l'éducation des filles, de la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH, du traitement pédiatrique du sida, de la justice pour les mineurs et de la lutte contre le trafic d'enfants, ainsi que des avancées dans l'adoption du Code de l'enfant. L'expertise de l'UNICEF et son rôle de rassembleur sont bien connus et constituent sa contribution précise à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement.

17. En octobre 2006, tous les frais de scolarité pour les écoles maternelles et primaires ont été abolis grâce à la défense des droits des enfants par l'UNICEF et d'autres partenaires. Leur intervention a également favorisé l'adoption du Plan décennal pour le secteur de l'éducation qui intègre le module d'enseignement des connaissances de base pour les filles et renforce le système d'enseignement en appuyant la mise en œuvre rapide des interventions menées avec succès dans ce domaine.

18. Un cadre institutionnel visant la coordination des mesures de protection a été mis en œuvre, de même qu'un système communautaire de prévention, la base de données CHILDPRO et un système de collecte des données. L'éradication du trafic d'enfants est une priorité nationale et, à cette fin, le Bénin a conclu des ententes avec le Nigéria, la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest et la

Communauté économique des États de l’Afrique centrale. Le décret de 1969 sur la justice pour les mineurs est maintenant conforme aux pactes internationaux.

19. Les « quatre P » de la campagne « Unis pour les enfants, unis contre le sida » ont été intégrés au cadre stratégique national pour combattre le VIH/sida. La stratégie nationale pour la prévention primaire chez les adolescents et les jeunes préconise l’éducation par les pairs et les clubs pour adolescents. La base nationale de données socioéconomiques – BenInfo – qui permet de suivre l’application du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, a été intégrée au système national d’information statistique.

### Enseignements à tirer

20. L’impact manifeste de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l’enfant sur la réduction du taux de mortalité des nouveau-nés et des enfants a entraîné l’adaptation des politiques et des stratégies nationales, renforcé la coordination nationale et réuni divers partenaires pour faciliter la mise en œuvre rapide d’interventions réussies, peu coûteuses et à fort impact. Les prévisions de dépenses préparées à l’aide du mécanisme de budgétisation des cours marginaux face aux goulets d’étranglement serviront également de base relativement à l’application, en pratique, de la déclaration du Gouvernement sur les soins de santé gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

21. Il est apparu, pendant le cycle précédent, que la composante du programme concernant la nutrition était incomplète, vu l’ampleur du problème. Des mesures ont été prises pour renforcer cette composante, suivant l’examen à mi-parcours, en vue de l’élaboration d’un projet de nutrition dans le cadre du programme pour la survie et le développement des enfants à venir, avec les ressources nécessaires.

22. Pour être efficaces, les interventions visant à combattre le trafic d’enfants et la mutilation sexuelle féminine doivent s’inscrire dans une stratégie transnationale. Cet enseignement sera utile pour forger des liens avec les autorités locales, les chefferies traditionnelles, les organisations de terrain, les travailleurs communautaires bénévoles et les stations de radio locales qui ont amélioré la diffusion de l’information et mobilisé la population. Il faudra porter une attention particulière à la coordination des interventions communautaires pour tirer partie de leur capacité à entraîner une modification du comportement dans divers domaines (survie, éducation, protection).

## Programme de pays pour 2009-2013

### Tableau budgétaire récapitulatif

<i>Programme</i>	<i>En dollars É.-U.</i>		<b>Total</b>
	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	
Survie et développement des enfants	6 350 000	18 000 000	<b>24 350 000</b>
Éducation de base	4 750 000	13 000 000	<b>17 750 000</b>
Protection de l’enfance	4 500 000	5 000 000	<b>9 500 000</b>

<i>En dollars É.-U.</i>			
<i>Programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	<b>Total</b>
Politique sociale	4 000 000	900 000	<b>4 900 000</b>
Sensibilisation et partenariat	757 500		<b>757 500</b>
Dépenses intersectorielles	2 750 000		<b>2 750 000</b>
<b>Total</b>	<b>23 107 500</b>	<b>36 900 000</b>	<b>60 007 500</b>

### **Préparation**

23. La préparation du programme de pays a commencé à la fin de 2006 par l'examen à mi-parcours. L'examen a été suivi du bilan commun de pays et de l'élaboration du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Au moyen d'une approche fondée sur les droits fondamentaux, le bilan commun de pays a complété les analyses existantes. Pour chaque objectif du Millénaire pour le développement, il a cerné les droits de l'homme en cause, les détenteurs de droits et les responsables, et précisé la capacité des uns à revendiquer leurs droits et des autres à remplir leurs obligations. Grâce aux enseignements tirés de l'évaluation du PNUAD précédent, notamment la nécessité de mettre l'accent, dans les interventions futures, sur les priorités nationales et de tenir compte de l'avantage comparatif du système des Nations Unies, l'analyse a mené à la formulation de trois choix stratégiques. Traduits en objectifs du PNUAD, ces choix sont les principaux changements auxquels le système des Nations Unies veut contribuer. Le PNUAD ainsi que les résultats de l'examen à mi-parcours de 2006 et le plan stratégique à moyen terme pour 2006-2009 des Nations Unies, ont servi de cadres de référence pour le processus d'élaboration du descriptif de programme de pays, dirigé par un comité directeur présidé par le Département des politiques de développement du Ministère de la planification, du développement et de l'évaluation de l'action publique.

24. Un résumé du nouveau programme de pays a été proposé lors de l'examen annuel de 2007. Trois groupes de travail, auxquels ont participé des représentants du Gouvernement et du système des Nations Unies, d'organisations multilatérales et bilatérales, ainsi que de la société civile et d'organisations de jeunes et d'enfants, ont été créés. Chaque groupe a analysé la situation et élaboré un programme dans son secteur et les programmes ont été consolidés avec les partenaires responsables de leur mise en œuvre lors d'une séance de planification. La réunion sur la stratégie commune a permis de peaufiner les approches stratégiques élaborées en conformité avec celles des autres organismes des Nations Unies.

### **Objectifs, principaux résultats et stratégies**

25. Le programme permettra d'atteindre un certain nombre d'objectifs : porter le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 148 à 70 par 1 000 naissances vivantes; porter le taux de mortalité maternelle de 400 à 300 par 100 000 naissances vivantes; faire progresser l'enseignement primaire pour tous les enfants et un taux d'achèvement de 82 % (81 % pour les filles et 83 % pour les garçons); réduction de l'écart du taux de scolarisation entre les garçons et les filles de 11 points à 2 points;

renforcement du cadre juridique et institutionnel pour assurer la protection des enfants, avant 2013.

26. On connaît les résultats de plusieurs programmes importants : adoption de politiques en vue de la protection des enfants et du respect de leurs droits, y compris les mesures et les crédits budgétaires nécessaires à leur application; plan de développement sanitaire dans les 34 districts sanitaires (23 districts disposent des ressources pour offrir tous les services nécessaires à la survie des mères, des nouveau-nés et des enfants et 11 districts peuvent offrir un ensemble minimal de services essentiels); augmentation de 30 points du taux net d'achèvement des études primaires dans 18 conseils locaux et la mise en place d'un programme d'enseignement primaire accéléré à l'intention des enfants qui ont abandonné leurs études ou qui n'ont jamais fréquenté l'école qui serait appuyé par un programme d'enseignement; accès des femmes enceintes et des enfants infectés et touchés à tous les services de prévention et de soins du VIH/sida dans 18 districts sanitaires; amélioration des mécanismes et des mesures de protection sociale, ainsi que pour prévenir la violence, l'abus et l'exploitation des populations les plus vulnérables, particulièrement les enfants, les adolescents et les femmes.

27. Les partenariats pour l'élaboration de politiques et la mise en œuvre rapide d'interventions réussies seront renforcés. Les programmes de sensibilisation et les analyses budgétaires favoriseront la promotion d'une budgétisation en faveur des enfants. Le renforcement des capacités améliorera la qualité des données désagrégées qui permettent d'assurer le suivi, d'évaluer le rendement et de corriger la programmation, par une utilisation plus large du système DevInfo.

28. Les conseils locaux bénéficieront d'un appui technique dans la planification et la budgétisation d'interventions durables à l'intention des enfants, de manière à ce qu'ils puissent offrir des services aux détenteurs de droits. Cela est d'autant plus vrai pour les populations les plus vulnérables qui pourront participer davantage à la planification, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services. La réussite des expériences locales sera étayée par des documents afin de promouvoir les pratiques optimales.

29. Le programme visera les régions où les disparités sociales sont importantes. Le **programme pour la survie** vise les conseils locaux qui disposent de peu de ressources financières et où les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont les plus élevés et viendra compléter les interventions en cours. Le **programme d'éducation de base** visera les conseils où le taux de scolarisation des filles est faible. La prévention du trafic d'enfants se fera dans tout le pays. Les interventions relatives à d'autres formes de violence viseront les régions où les problèmes se font le plus sentir. Les conseils concernés seront également visés par des interventions communes de l'Organisation des Nations Unies au sein du PNUAD. Les **programmes de survie** et **d'éducation de base** appuieront les interventions dans 57 des 77 conseils, où vit 92 % de la population, y compris 4 millions d'enfants. Ils contribueront également à la prévention du VIH/sida chez les jeunes et offriront le traitement pédiatrique du sida dans l'ensemble du pays. Un des aspects essentiels de la stratégie est le renforcement de l'interaction entre les trois programmes sectoriels.

30. La parité des sexes, la prévention du VIH/sida et les soins dispensés aux femmes et aux enfants atteints ou touchés par cette maladie, ainsi que le renforcement des capacités en matière de planification des interventions en

prévision des catastrophes naturelles et des crises font partie intégrante des diverses composantes du programme.

31. Les messages encourageant un changement de comportement favoriseront les pratiques familiales essentielles, l'éducation et la protection des enfants et la responsabilisation des communautés.

### **Lien avec les priorités nationales et le PNUAD**

32. Les stratégies des programmes s'inscrivent dans le cadre des priorités nationales telles que définies dans les orientations stratégiques pour le développement du Bénin et dans la stratégie pour la réduction de la pauvreté et la croissance économique.

33. La composante relative au taux de survie entraînera une réduction du taux de mortalité des mères, des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans pour atteindre le taux visé par la Politique nationale de santé, le Plan national de développement de la santé (2007-2016) et le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/sida (2006-2010). La composante relative à l'éducation favorisera l'éducation primaire pour tous, l'éducation des filles, une amélioration de la qualité de l'enseignement et la mise en valeur du capital humain, conformément au Plan décennal de développement de l'éducation pour 2006-2015. La composante relative à la protection appuiera la mise en œuvre d'une politique nationale de protection de l'enfance et le plan d'action quinquennal pour 2008-2012.

34. Tous les résultats des programmes contribueront à la réalisation des trois objectifs stratégiques du PNUAD : un accès plus équitable à des services sociaux essentiels de qualité; un meilleur accès aux activités génératrices de revenus dans les régions rurales et une amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle; une meilleure application des pratiques de bonne gouvernance, y compris la gestion des crises, des épidémies et des catastrophes naturelles ainsi que la promotion de la participation de la communauté et des jeunes à toutes les étapes du processus de développement.

### **Lien avec les priorités internationales**

35. La formation de partenariats et l'élaboration d'une politique sociale seront mises en valeur, conformément au domaine d'intervention 5 du Plan stratégique à moyen terme pour 2006-2009. L'accent sera mis sur l'élaboration de mécanismes de protection sociale, une budgétisation en faveur des enfants et sur la nécessité de dégager les fonds disponibles pour les enfants. Concernant la lutte contre le VIH/sida, la mise en œuvre des quatre P favorisera la réalisation du Plan stratégique à moyen terme et du sixième objectif du Millénaire pour le développement. Compte tenu des priorités et stratégies régionales et internationales, les interventions qui visent la survie et le développement des enfants, notamment la prévention de la malaria et de la malnutrition, la promotion de l'éducation de base et la diminution des écarts entre les sexes, de même que la protection des enfants les plus vulnérables contribueront à la réalisation des huit objectifs du Millénaire pour le développement et à l'atteinte des résultats du Plan stratégique à moyen terme. Le programme d'enseignement favorisera l'éducation pour tous et l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles ainsi que la mise en œuvre des recommandations de la Conférence de Beijing et la réalisation des deuxième, troisième et sixième objectifs du Millénaire pour le développement. Toutes les

activités prévues contribueront à la création de *Un monde digne des enfants*. Le programme contribuera également à l'application pratique de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement par l'utilisation et le renforcement des mécanismes nationaux de planification, de gestion et de suivi.

### **Composantes du programme**

36. Le **programme pour la survie et le développement des enfants** compte cinq composantes interdépendantes qui visent une réduction du taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans en appuyant les interventions efficaces et la continuité des services de qualité pour les mères, les nouveau-nés et les enfants dans la communauté et les cliniques.

a) Le programme contribuera à l'élaboration de politiques et de stratégies en vue d'améliorer le système national de soins et sa gestion. Une meilleure coordination et le renforcement de la capacité des prestataires de services favoriseront une amélioration. Une approche sectorielle et la préparation d'un pacte avec les principaux partenaires élargiront les horizons et mobiliseront les ressources. Une amélioration des méthodes de collecte, d'analyse et de vérification des données, ainsi que des activités de surveillance, de planification et de recherche opérationnelle améliorera la gestion du système de soins.

b) Un suivi médical continu dans le cadre de la stratégie nationale pour une réduction de la mortalité maternelle et néonatale améliorera la qualité des soins cliniques et communautaires. Un minimum d'interventions à fort impact pour les mères, les nouveau-nés et les enfants seront assurées. Ces interventions amélioreront la qualité des soins obstétricaux essentiels (notamment la prévention de la transmission materno-fœtale), ainsi que les soins cliniques et communautaires pour les nouveau-nés. Les soins continus comprendront la prévention du VIH/sida chez les femmes enceintes, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, principalement dans 18 des 34 districts sanitaires.

c) Il y aura une amélioration de la qualité et du taux de vaccination de même que de la gestion communautaire des maladies infantiles grâce à l'importance accordée à la prévention et au traitement de la malaria, des affections aiguës des voies respiratoires et des maladies diarrhéiques et à la promotion des cinq pratiques familiales essentielles : l'allaitement exclusif, le lavage des mains, les moustiquaires traitées à l'insecticide, la thérapeutique de réhydratation orale, la reconnaissance des signes de danger et l'adoption de comportements sains.

d) En matière de nutrition, un appui sera donné afin d'assurer la gestion coordonnée des diverses sous-composantes qui relèvent de trois ministères différents. Un nombre minimal d'interventions dans le domaine nutritionnel, une diminution des carences en oligo-éléments et la promotion de l'allaitement exclusif et de meilleures pratiques d'alimentation des jeunes enfants seront encouragés. La gestion et la réduction de la malnutrition aiguë feront l'objet d'une attention particulière.

e) Les communautés marginalisées auront davantage accès à des installations d'assainissement de base et à une eau potable de meilleure qualité. Les communautés seront habilitées à gérer et à maintenir les points d'eau salubre qui auront été installés et les bassins versants qui sont à risque d'infestations qui causent la dracunculose. On fera la promotion des latrines familiales, et là où la très grande

pauvreté en limite l'accès, des dalles Sanplat seront fournies, celles-ci ayant été utilisées avec succès grâce à l'aide de l'Union européenne. Des latrines et des points d'approvisionnement en eau seront installés dans les écoles, les centres communautaires pour enfants et les installations sanitaires; un meilleur accès à l'eau potable encouragera le lavage des mains par les groupes vulnérables et les personnes utilisant ces installations. Les messages encourageant un changement de comportement viseront surtout une meilleure hygiène au foyer, particulièrement chez les femmes et les enfants.

37. Le **programme d'éducation de base** comporte quatre composantes.

a) La composante relative à la politique et à la stratégie en matière d'éducation aidera les conseils gouvernementaux et locaux à élaborer et à appliquer les politiques, stratégies et activités éducatives qui appuient la mise en œuvre de la politique sur la gratuité des écoles maternelles et primaires et le plan décennal de développement de l'éducation. Les activités de sensibilisation et l'appui technique permettront d'assurer que les politiques, les stratégies et les budgets nationaux en matière d'éducation favorisent l'égalité entre les sexes et la préparation à l'école et viennent en aide aux enfants marginalisés. La mise en œuvre des interventions efficaces sera accélérée grâce à une amélioration de la gestion, de la logistique et des mécanismes d'achat, en sus de la disponibilité de statistiques valables sur l'éducation et de la mise en commun d'expériences pédagogiques réussies.

b) La composante relative aux jeunes enfants vise à donner à chaque enfant un bon départ dans la vie en favorisant l'inscription d'au moins 20 % des enfants des zones d'intervention dans les écoles maternelles et les centres communautaires pour enfants. Le programme permettra également d'installer, d'équiper et de meubler les écoles maternelles et les centres communautaires pour enfants et de former les personnes qui en ont la charge. L'éducation des parents mettra l'accent sur l'importance de l'apprentissage précoce, de l'enregistrement des naissances et des pratiques familiales essentielles.

c) La composante relative à l'école primaire fera la promotion d'écoles adaptées aux besoins des enfants au moyen d'une amélioration de l'environnement physique et pédagogique, de programmes d'enseignement à jour et d'un appui en matière de formation préalable et en cours d'emploi pour les enseignants et leurs surveillants. Faire participer les enfants, les protéger contre la violence physique et sexuelle, soutenir les enfants marginalisés et vulnérables, et créer un système qui permettra une vérification de l'atteinte des objectifs d'apprentissage dans les écoles sont des éléments importants de cette composante. Le programme visera également une augmentation d'au moins 50 % du nombre de filles qui passent de l'école primaire à l'école secondaire grâce à un soutien matériel et financier aux filles de familles pauvres qui sont premières de classe.

d) La composante relative à l'éducation des adolescents appuiera la mise en œuvre d'une stratégie nationale d'éducation primaire accélérée de même que la création de centres et de salles de classe dans toutes les zones d'intervention à l'intention des enfants non scolarisés ou qui ont abandonné leurs études. Tous les adolescents qui fréquentent ces centres ou une école primaire ou secondaire dans une zone d'intervention pourront acquérir les compétences nécessaires à la vie courante, notamment sur la prévention du VIH/sida, la violence et les grossesses chez les adolescentes.

38. Les quatre composantes du **programme de protection de l'enfance** visent la violation des droits des enfants liée au trafic, à l'exploitation et aux autres formes de violence, par des stratégies de prévention et la prestation de soins.

a) La composante relative au développement institutionnel et à l'élaboration de politiques favorisera une meilleure planification et coordination des interventions et la mise en œuvre de politiques et de stratégies relatives à la protection des enfants, appuiera le Code des enfants et les stratégies transnationales pour combattre les mutilations sexuelles féminines et le trafic des femmes. Elle favorisera la collecte de données, l'enregistrement des naissances et la création d'un poste de médiateur pour les enfants.

b) Les mesures de prévention et les soins complets pour 80 % des enfants qui auront été enregistrés permettront de réduire le nombre d'enfants exposés au trafic, exploités ou exclus. Les structures communautaires seront améliorées pour qu'elles puissent offrir des soins psychosociaux qui respectent les normes et procédures en vigueur aux orphelins et aux enfants vulnérables avec le concours des **programmes de survie et d'éducation**.

c) Il y aura une plus grande connaissance de l'étendue et des causes des autres types de violence faite aux enfants qui sera améliorée. Des alliances seront forgées pour ajuster les stratégies et les interventions et pour améliorer la capacité des responsables à réagir. Le programme favorisera également la qualité du dialogue entre les responsables, dans le but d'intensifier les interventions et d'appuyer l'élaboration d'un plan stratégique pour les orphelins et les enfants vulnérables pour 2010-2015.

d) La composante relative à la justice pour mineurs améliorera le processus applicable aux enfants qui ont des démêlés avec la justice, en faisant la promotion de mesures de substitution à la détention et à l'emprisonnement, par le renforcement de la capacité des responsables et la création de mécanismes de protection des témoins et des victimes.

39. Les deux composantes du **programme de politique sociale** appuieront les efforts nationaux déployés pour appliquer les pactes internationaux, promouvoir une budgétisation qui tient compte des besoins des enfants et pour assurer que les stratégies et politiques nationales tiennent compte des droits des enfants et des femmes.

a) Les responsables, notamment les parlementaires, les fonctionnaires et les membres des conseils ainsi que la société civile devront acquérir les compétences et les moyens qui leur permettront d'analyser et de suivre les politiques sociales, les crédits et décaissements budgétaires et de cerner les facteurs qui limitent la pleine jouissance, par les enfants, de leurs droits. Les structures nationales, y compris la société civile et les organisations de femmes auront accès aux conclusions des analyses de données, de la recherche et des évaluations qui éclaireront l'élaboration de politiques sociales et la prise de décisions. L'amélioration du système national de statistique en vue de l'amélioration de la planification et du suivi des politiques sociales facilitera la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement et l'harmonisation de l'aide. Les résultats de la recherche influenceront sur la politique sociale, notamment l'établissement de budgets favorables aux enfants par le Gouvernement et les donateurs et en vue de surveiller les indices de réduction de la pauvreté et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le

développement. Les mécanismes de protection sociale, qui atténueront la vulnérabilité des groupes défavorisés et marginalisés, seront examinés avec divers partenaires.

b) La capacité des comités responsables du suivi et de l'évaluation des programmes sectoriels sera renforcée. Des données mises à jour et ventilées seront disponibles dans le cadre de l'élaboration et du suivi des programmes. Le PNUAD fera également l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

40. Le programme sera fondé sur une meilleure connaissance des questions qui touchent les enfants, tant à l'échelle nationale que locale, et les activités se feront en étroite collaboration avec les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, l'Institut national de la statistique, l'Observatoire du changement social et les instituts de recherche.

41. Le **programme de sensibilisation et de partenariat** fera la promotion des principes de la Convention relative aux droits de l'enfant, les objectifs de *Un monde digne des enfants* et les objectifs du Millénaire pour le développement. Il mettra sur la participation des enfants et des autres détenteurs de droits par le renforcement des capacités. Les interventions qui ont eu les résultats escomptés seront mises en évidence pour encourager leur mise en œuvre par d'autres intervenants. Les activités de sensibilisation et l'appui aux politiques sociales viseront principalement les politiques et les programmes, de même que l'affectation des ressources destinées à la promotion des droits des enfants.

42. Les partenariats stratégiques avec des parlementaires, des organisations bilatérales et multilatérales, le secteur privé, les comités nationaux d'UNICEF, des groupes de femmes et d'enfants, ainsi que des ambassadeurs itinérants et les médias seront renforcés en vue de promouvoir les droits des enfants.

43. **Les dépenses intersectorielles** couvriront les frais de fonctionnement qui ne sont pas directement liés aux activités de projet, les salaires et les voyages du personnel, la formation et l'achat de matériel de bureau ainsi que le perfectionnement du personnel.

### **Principaux partenariats**

44. Dans le cadre du renforcement et de la mise en œuvre du plan de développement du secteur de la santé, le **programme de survie** travaillera étroitement avec les organismes des Nations Unies et les partenaires de l'initiative Harmonisation pour la santé en Afrique et le Partenariat international pour la santé, plus particulièrement la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, la Banque africaine de développement, la Agency for International Development des États-Unis et les organismes donateurs belges, danois, français, allemands et suisses. L'Initiative présidentielle de lutte contre la malaria, le Fonds mondial et la Banque mondiale ont contribué de nombreuses ressources afin de combattre la malaria, à l'instar du Fonds mondial et de la Fondation Clinton pour combattre le VIH/sida, lesquelles ressources faciliteront la multiplication des interventions. Les partenariats, notamment avec le FNUAP et la Agency for International Development seront renforcés en vue d'améliorer les soins obstétricaux d'urgence. La Banque mondiale sera un partenaire stratégique important pour ce qui concerne les activités en matière de nutrition, de

même que l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et le Programme alimentaire mondial (PAM). Les activités en matière d'hygiène s'ajouteront à celles qui ont été mises en œuvre par l'organisme donateur hollandais.

**Les structures privées de santé, déjà partie intégrante du système de santé et officiellement liées aux zones sanitaires, seront aussi concernées, comme aussi le seront les structures d'assurance médicale privées, mais non commerciales.**

45. La promotion de l'éducation des filles, qui comprend la formation des enseignants, les repas scolaires, la santé scolaire et la prévention du VIH/sida, aura lieu dans le cadre de l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le PAM, l'OMS et le FNUAP, de même qu'avec les ONG internationales et nationales au niveau communautaire. La synergie entre le Plan de développement du secteur éducatif et l'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous de la Banque mondiale ainsi qu'avec le travail de divers organismes donateurs multilatéraux et bilatéraux, particulièrement les organismes du Danemark, des Pays-Bas et du Luxembourg, sera encouragée.

46. L'appui à la mise en œuvre de la politique et des stratégies nationales de protection de l'enfance et la prévention du trafic et de l'exploitation économique des enfants proviendra notamment de l'Union européenne, des organismes donateurs danois, hollandais et suisses, de l'Organisation internationale du Travail [particulièrement son projet sous-régional pour combattre le trafic d'enfants en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui s'inscrit dans le cadre du Programme international de lutte contre le travail des enfants (ILO/IPEC/LUTRENA)], FNUAP, PAM, de même que des ONG nationales et internationales, notamment Terre des Hommes, Swisscontact et l'Institut des Filles de Marie auxiliaire des salésiennes. Les interventions dans le domaine de la justice pour mineurs auront lieu en collaboration avec l'organisme donateur belge.

47. Le **programme de politique sociale et de sensibilisation** collaborera avec d'autres organismes des Nations Unies, en particulier le Programme des Nations Unies pour le développement, et les organismes donateurs bilatéraux, pour promouvoir la bonne gouvernance, l'audit social du budget (afin de renforcer la collecte de données) et le traitement des statistiques sur les mécanismes. L'intégration d'un point de vue qui tient compte de l'égalité entre les sexes dans les politiques et les priorités nationales se fera en collaboration avec le FNUAP.

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

48. Les principaux indicateurs d'impact (taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans; données ventilées sur le taux de scolarisation et d'achèvement de l'école primaire; malnutrition; meilleur accès à l'eau potable, à l'hygiène et aux services d'assainissement, protection des enfants; dépenses publiques en faveur des enfants, surtout les enfants vulnérables) seront mesurés par l'enquête démographique et sanitaire pour 2011 et les enquêtes par grappes à indicateurs multiples.

49. Un plan intégré déterminera les activités principales de suivi et d'évaluation pour le cycle de programmation mises en œuvre dans le cadre des plans de travail annuels. Il est essentiel, pour assurer le suivi des indicateurs et cerner les éléments qui doivent faire l'objet d'une analyse en profondeur, de renforcer la capacité des partenaires. La réalisation des résultats attendus sera mesurée avec le Gouvernement

et les partenaires dans le cadre d'examens annuels effectués conjointement avec l'Organisation des Nations Unies et au moyen de l'examen à mi-parcours pour 2011. Une étude initiale effectuée en 2008-2009 déterminera les indicateurs de résultats de la matrice des résultats du programme qui seront utilisés pour mesurer l'incidence du programme, avant l'élaboration du prochain programme de pays. Le système BenInfo sera renforcé pour assurer le suivi de la stratégie pour la réduction de la pauvreté et la croissance économique et des objectifs du Millénaire pour le développement, tant sur le plan national que local.

50. Un comité directeur présidé par le Département des politiques de développement assurera la supervision du programme de pays. Les divers ministères responsables de la santé, de l'enseignement préscolaire et primaire, de la protection de l'enfance, de la justice, de la communication et de la statistique assureront la coordination de la mise en œuvre du programme sectoriel.

---