



Conseil économique
et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1994/P/L.9
22 mars 1994

ORIGINAL : FRANÇAIS/ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Deuxième session ordinaire de 1994
25-29 avril 1994

POUR SUITE À DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS*

Bénin

RÉSUMÉ

Le Directeur général recommande au Conseil d'administration d'approuver, au titre du programme du Bénin et pour la période 1994 à 1998, un prélèvement de 5 500 000 dollars sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 13 101 000 dollars sur les fonds supplémentaires, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales.

* Afin de respecter les délais impartis pour la production des documents du Conseil, le présent document a été établi avant que les résultats financiers définitifs de l'exercice ne soient disponibles. Les ajustements nécessaires, compte tenu des soldes non dépensés au titre de la coopération au programme à la fin de l'exercice 1993, seront indiqués dans l'état récapitulatif des engagements recommandés en 1994 pour les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources et par des fonds supplémentaires (E/ICEF/1994/P/L.3 et Add.1).

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Page</u>
LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES	1 - 10	3
COOPÉRATION AU PROGRAMME, 1990-1994	11 - 23	5
COOPÉRATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1994-1998	24 - 53	8

Tableaux

1. Données de base sur les enfants et les femmes	17
2. Dépenses de la période de coopération précédente, 1990-1994	19
3. Dépenses prévues, 1994-1998	20
4. Lien entre le budget-programme, les effectifs et les dépenses de personnel	21

LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Durant la période couverte par le dernier programme de pays, 1990-1994, le vent de la démocratisation a soufflé dans la région, en particulier sur le Bénin. La Conférence nationale, tenue en février 1990, a dissout le gouvernement en place après 17 ans de régime militaro-marxiste et installé un gouvernement de transition pour organiser des élections législatives et présidentielles en 1991. L'économie connaissait alors un déclin important, avec des effets pervers sur les groupes pauvres et vulnérables.
2. Après deux programmes successifs d'ajustement structurel et grâce aux facteurs socio-politiques favorables, l'agriculture et le commerce se sont développés, améliorant ainsi les exportations qui ont permis au produit intérieur brut (PIB) de passer de 2,9 % en 1989 à 0,9 % en 1991. L'encours de la dette publique représente plus de 50 % du PIB en 1992. Le service de la dette, qui représentait 75 % des exportations en 1989, a été réduit à 7 % en 1992, du fait des rééchelonnements et annulations de dette, dont le Bénin a bénéficié. Bien que l'environnement macro-économique se soit amélioré, des problèmes sociaux et économiques subsistent, entre autres l'augmentation du chômage du fait de la restructuration des secteurs public et semi-public : entre 1989 et 1992 on a enregistré 4 000 licenciés de la fonction publique et entre 1982 et 1992 le nombre de licenciés s'élève à plus de 15 000.
3. Le Bénin demeure l'un des pays les plus pauvres avec un produit national brut (PNB) per capita de 380 dollars; en termes de développement humain, il se situe au 162^e rang sur les 173 pays classés dans l'indicateur composite de développement humain du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). En 1992, la population est d'environ 4,9 millions et la croissance annuelle estimée à 3,2 %, y compris les migrations. Son taux d'urbanisation de 7,4 % pour la période 1969-1990 est l'un des plus élevés des pays en développement. Le Bénin apparaît très sensible aux perturbations socio-politiques de la sous-région; celles qui affectent en particulier le Nigéria et le Togo y ont des retentissements directs.
4. Néanmoins, le Bénin fut l'un des premiers pays à ratifier la Convention relative aux droits de l'enfant en août 1990. Peu après, il signa la Déclaration et le Plan d'action du Sommet mondial pour les enfants. Les efforts déployés par le pays dans le cadre de l'Initiative de Bamako ont permis le ralliement de tous à la campagne d'immunisation universelle. En 1992, le pays a adhéré davantage aux objectifs du Sommet mondial et aux objectifs intermédiaires retenus par le Consensus de Dakar qui a conclu la Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains. Le Gouvernement s'est engagé également à élaborer son propre programme d'action national pour l'enfant.
5. Dans le secteur de la santé, bien que plus de 85 % des communes aient accès aux centres de santé dans un rayon de 6 kilomètres, 88 enfants sur 1 000 meurent avant l'âge d'un an. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) et la diarrhée représentent les principales causes de mortalité infantile et infanto-juvénile (75 %). La mortalité maternelle est due principalement aux hémorragies et aux infections, les données varient entre 160 et 800 pour 100 000 naissances vivantes. Les résultats du recensement qui seront publiés

/...

cette année fourniront des données plus précises et plus fiables. Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) n'est pas encore répandu dans le pays, mais en augmentation nette, passant de 247 cas en 1991 à 465 en 1992. La prévalence au Bénin est de 10 malades de sida pour 100 000 habitants (dont 218 nouveaux cas pour la seule année 1992).

6. Dans le domaine de la nutrition, 40 % des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent de malnutrition modérée et 6 % de malnutrition sévère. Le problème n'est pas lié directement à la disponibilité alimentaire, mais plutôt à la mauvaise gestion des ressources domestiques et aux mauvaises habitudes nutritionnelles (principalement des tabous alimentaires). On estime que 40 % des femmes en âge de procréer sont anémiées. Seulement 8 % des enfants bénéficient d'un suivi nutritionnel. L'allaitement maternel apparaît très répandu, quoique l'allaitement exclusif demeure difficile à promouvoir, en raison d'autres pratiques traditionnelles. Dans le nord se rencontrent des carences en iode (prévalence globale 19 %) et des carences en vitamine A (taux de 8 % chez les enfants dans le département de l'Atacora).

7. Dans le secteur de l'eau, on dénombre 4 100 points d'eau en zone rurale, soit une couverture nationale de 51 %. De fortes disparités régionales (de 19 % à 82 % selon les départements) existent. D'après les sources gouvernementales, seulement 5 % de la population rurale contre 28 % de la population dans les zones urbaines ont accès aux moyens d'assainissement. On estime à 11 % le taux global d'accès aux moyens d'assainissement (les données des Nations Unies diffèrent de celles citées dans le texte car le Gouvernement n'a pas encore informé les Nations Unies des nouveaux changements). Les maladies hydriques demeurent fréquentes. Chaque année, on compte environ 50 000 cas de la dracunculose (ver de Guinée), soit une prévalence de 830 pour 100 000 naissances vivantes; 36 % des villages dans le pays sont endémiques, ceux-ci constituant les zones prioritaires pour les interventions d'approvisionnement en eau potable.

8. Dans le domaine de l'éducation, le système souffre d'inefficacité interne en raison de la mauvaise qualité de l'enseignement, du manque de matériel didactique et de l'absence de pertinence des programmes. Il faut aussi mentionner la faible efficacité externe du système éducatif. Un grand nombre de parents considèrent l'école comme un élément étranger à leur vie. L'école, qui devrait être nécessaire à la mobilité sociale, est perçue comme inutile car la plupart des diplômés se retrouvent au chômage. Dans l'enseignement primaire, sur 1 000 enfants inscrits en première année, seulement 312 terminent leur sixième année et 164 obtiennent le certificat d'études primaires. Les taux de scolarisation dans le primaire sont restés relativement les mêmes de 1985 (64 %) à 1992 (65 %). Il n'y a qu'une fille pour deux garçons à l'école. Les disparités entre départements sont importantes alors que l'alphabétisation des femmes est très peu développée : cinq femmes sur six ne savent ni lire ni écrire.

9. Jusqu'à présent, on manque de données quantitatives sur les enfants en situation difficile. Cependant, il est clair que leur nombre, en particulier celui des enfants de la rue, augmente en même temps que l'urbanisation et la pauvreté. L'exploitation des jeunes filles pour des travaux domestiques est répandue.

/...

10. Les femmes constituent 51 % de la population et 60 % des travailleurs agricoles. Les femmes dirigent 20 % des ménages et beaucoup d'entre elles travaillent à leur propre compte dans le secteur informel. Malgré le nombre important de femmes à des niveaux élevés de la société et des services gouvernementaux, malgré le fait que les femmes en général sont reconnues pour être le pilier de la famille et de l'économie, elles demeurent des mineures, n'ayant ni le droit d'hériter de la terre, ni celui d'assurer une autorité égale à celle de l'homme sur leurs enfants. Le statut de la femme dans la société demeure bas.

COOPÉRATION AU PROGRAMME, 1990-1994

11. Le dernier programme visait essentiellement l'intégration de toutes les interventions en matière des soins de santé primaires (SSP) (vaccination, nutrition, lutte contre les maladies diarrhéiques, éducation pour la santé, approvisionnement en eau) dans le cadre de l'Initiative de Bamako. D'autres composantes comportaient la promotion de la femme, le développement de la petite enfance et la mobilisation sociale. Cette intégration a été fortement facilitée, d'une part, par l'effort de coordination des interventions des partenaires sur le plan multisectoriel, par le Ministère du plan, et sur le plan sectoriel, par les différents départements ministériels, la réunion des partenaires au développement et le Bureau de coordination des projets à la Présidence de la République; et d'autre part, par le processus de tables rondes initié à Genève en 1992. Dans ce cadre, les six tables rondes sectorielles dont trois relevant du secteur social (santé, éducation, dimension sociale du développement), seront présentées avant la fin du premier trimestre 1994.

Santé et nutrition

12. La couverture vaccinale, grâce à la relance du programme élargi de vaccination (PEV), est passée de moins de 17 % en 1985 à 73 % en 1992 pour les enfants de moins d'un an. Pour les femmes enceintes, elle est passée de 60 % en 1985 à 83 % en 1992. En raison des performances du PEV au Bénin, le Ministère de la santé a obtenu le prix Alfred Comlan Quenum de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) lors de l'Assemblée mondiale de la santé tenue en mai 1993. Grâce à la mobilisation sociale, toutes les catégories sociales, les différents groupes religieux, la presse et les agents de santé ont travaillé à la réalisation des objectifs du PEV.

13. L'Initiative de Bamako a été mise en oeuvre dans 366 centres de santé, couvrant 90 % du pays. Les activités du PEV/SSP ont été menées dans 192 de ces centres, soit 58 % de la population (les données des Nations Unies diffèrent encore de celles citées dans le texte car le Gouvernement n'a pas encore informé les Nations Unies des nouveaux changements). Les taux de consultations prénatales sont passés de 30 % en 1989 à 75 % en 1993. Le taux des soins curatifs est d'environ 30 %, constitué par les usagers qui vivent aux alentours des centres de santé. Plus de 80 % des centres de santé recouvrent effectivement les coûts liés au fonctionnement local et à la vente des médicaments essentiels (taux moyen de recouvrement, 111 %). La disponibilité en médicaments est assurée par la centrale d'achat.

/...

14. Dans le domaine de la nutrition, des activités ont été entreprises dans le département du Zou où le taux de malnutrition est le plus élevé. L'UNICEF a financé la promotion de la culture et de la consommation du soja, à travers la Direction de l'alimentation et de la nutrition appliquée. La surveillance nutritionnelle est assurée par les centres de promotion sociale mais demeure insuffisamment intégrée aux activités des centres de santé.

Approvisionnement en eau et assainissement

15. Le programme actuel visait à augmenter la couverture en approvisionnement en eau dans le département du Zou, à promouvoir des latrines familiales, dans les écoles et dans les centres de santé et à poursuivre l'éradication de la dracunculose en intégrant l'éducation sanitaire dans ses activités. Jusqu'en 1991, la United States Agency for International Development (USAID) a collaboré à l'approvisionnement en eau dans la même zone. En septembre 1993, 150 000 personnes disposaient d'eau et 300 points d'eau avaient été réalisés dans les zones d'endémicité de la dracunculose et équipés avec des pompes manuelles India Mark II. Dès juin 1991, le taux de malades atteints de la dracunculose avait été réduit de 70 % dans le nord du Zou par rapport au taux de 1988. Environ 300 comités de développement socio-sanitaire, composés de membres de la communauté, ont été créés pour prendre en charge l'éducation sanitaire et la collecte des données. Un système autonome de maintenance des pompes a été mis en place avec la formation de 15 artisans villageois et trois magasins privés de vente de pièces détachées ont été installés, permettant ainsi à 90 % des pompes gérées par ces comités d'être fonctionnelles.

16. Des pépinières scolaires et jardins communautaires ont été aménagés pour contribuer à la promotion de l'environnement et d'une bonne nutrition, les revenus générés par cette activité contribuant à l'achat de matériels éducatifs. Dans le domaine de l'assainissement, 122 latrines collectives, 63 scolaires et 32 familiales ont été construites dans le département du Zou. Dans le projet d'éradication de la dracunculose, une structure nationale de coordination a été mise en place. Des coordonnateurs aux niveaux sous-préfectoral et communal et des volontaires villageois ont été formés pour assurer la surveillance épidémiologique. Actuellement 12 % des villages endémiques sont visités chaque mois par ces volontaires, supervisés par les volontaires du Corps de la paix (États-Unis d'Amérique).

Éducation

17. Le programme d'éducation a développé l'éducation pour la santé dans les écoles, les centres sociaux, les centres de santé, les groupements de femmes et les clubs de lecture. Ses activités ont principalement servi de soutien aux objectifs de santé, de nutrition et d'assainissement. La prise en charge du jeune enfant s'est effectuée à travers la mise en place de garderies rurales qui n'ont pas été viables. Cet échec mériterait une analyse plus approfondie afin de pouvoir en tirer des enseignements utiles pour la préparation de nouvelles actions.

18. Cependant, les résultats, en termes de nombre d'agents formés et de matériels produits, ont été significatifs : 546 agents issus de 257 structures formés, 900 enfants de maternelles et 7 000 élèves du primaire bénéficiaires.

/...

Outre les travailleurs sociaux et les professionnels de la santé, des mères ont été choisies et formées aux techniques d'animation de réunions sur les thèmes de "Savoir pour sauver". Environ 3 000 néo-alphabètes ont profité des livrets d'éducation sanitaire produits en sept langues nationales et 15 000 femmes ont bénéficié de ce programme. Cependant, ces données quantitatives ne permettent pas d'apprécier les effets des actions menées en terme d'amélioration de comportement.

Femmes et développement

19. Le programme promotion féminine a fourni une assistance à des groupements féminins, mais l'insuffisance du suivi et de la supervision rend difficile la mesure des résultats. Ces groupements constituent de plus en plus une force dans leur milieu. Grâce à un plaidoyer opiniâtre, la structure de coordination des activités des femmes a finalement vu le jour.

Évaluation et leçons retenues

20. Beaucoup d'études et d'évaluations ont été entreprises et ont aidé à orienter les stratégies pour le prochain programme de pays. Entre autres, on peut citer l'évaluation de la collaboration interagences dans le secteur de l'eau, l'étude préliminaire sur les enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles, celle sur la situation des filles, la revue annuelle du PEV avec tous les partenaires et l'étude sur la motivation du personnel de santé. En ce qui concerne l'Initiative de Bamako, le constat est que le Bénin dispose d'importants atouts pour l'atteinte des objectifs intermédiaires. Au-delà de l'engagement politique à tous les niveaux et de l'adoption d'un processus d'élaboration de plans départementaux, il existe une grande disponibilité des services, une bonne organisation et une forte participation communautaire. Le climat favorable pour divers donateurs et l'implication croissante du secteur privé et des organisations non gouvernementales (ONG) dans tous les secteurs constituent des atouts potentiels non négligeables. L'Initiative de Bamako, par sa bonne couverture du pays (85 %), par l'offre du paquet minimum de services, la disponibilité de médicaments essentiels, la grande accessibilité géographique et la participation communautaire effective, la capacité des centres de santé à prendre en charge les coûts locaux de fonctionnement, y compris les médicaments essentiels et la stratégie avancée, offre un cadre extrêmement favorable pour la majorité des objectifs intermédiaires tant dans les domaines préventifs (vaccination, soins prénataux), que curatif (IRA, paludisme, diarrhée). Cependant, l'Initiative de Bamako ne permet pas à ce jour de couvrir les coûts des vaccins, les moyens de transport et la chaîne de froid. Même si de nombreux centres emploient du personnel contractuel local, il faudra éviter d'imputer les salaires du personnel aux communautés. La thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) est un important défi à relever. Elle exige d'importants efforts d'information, de mobilisation auprès des familles pour les solutions domestiques, et du personnel de santé pour plus de conviction et d'engagements, efforts auxquels le programme accordera une priorité absolue.

21. La campagne pour le PEV, principale activité dans la première moitié du programme, a abouti à une augmentation extraordinaire de la couverture. Mais la sévère crise socio-économique de 1988-1990, qui a coïncidé avec l'accélération

/...

du PEV, a entraîné une diminution de la capacité du Gouvernement à pourvoir aux coûts récurrents et par suite un transfert de la charge du programme sur les différents donateurs, et spécialement l'UNICEF. La contribution du Gouvernement aux coûts récurrents est bien évidemment un prérequis pour la pérennisation, mais la stabilisation de l'économie dans un pays comme le Bénin prend du temps. Durant cette période, l'UNICEF devra adopter une position souple pour les coûts récurrents et élaborer avec le Gouvernement un plan de retrait progressif. Les recommandations de la revue à mi-parcours ont mené à une réorientation du programme de nutrition dans la perspective des objectifs des années 90 et une ouverture du programme éducation à des secteurs autres que celui de l'éducation pour la santé. Pour éviter une marginalisation de la promotion féminine, la dimension femmes est désormais intégrée dans tous les programmes, avec des activités spécifiques dans le secteur de l'éducation.

22. Le nouveau programme sera donc centré sur la consolidation des acquis et le renforcement des liaisons à tous les niveaux du système de santé. En corollaire sera pris en compte le besoin de renforcer les capacités nationales, non seulement dans le domaine technique, mais aussi dans la gestion et la supervision à tous les échelons. Ceci implique aussi la nécessité de former les membres des différents comités villageois pour une participation plus éclairée à la définition des besoins et à la résolution de leurs problèmes.

23. Vu la faiblesse des bases de données, et par voie de conséquence la disparité des données disponibles et le caractère novateur des prestations de services, il est nécessaire de garder une grande souplesse dans la détermination des taux à atteindre dans un pays qui vit une transition difficile. Une programmation basée sur une revue périodique des objectifs avec le Gouvernement s'avère nécessaire. Il importe également de faciliter une évaluation plus holistique des progrès et contraintes dans le programme de pays afin d'accélérer la réalisation quantitative des objectifs, l'amélioration qualitative des systèmes et la promotion des changements de comportement.

COOPÉRATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1994-1998

Masse commune des ressources : 5 500 000 dollars
Fonds supplémentaires : 13 101 000 dollars

Coopération recommandée au programme^a

(En milliers de dollars des États-Unis)

	Masse commune des ressources	Fonds supplémentaires ^b	Total
Santé	1 750	6 715	8 465
Eau et assainissement	750	5 433	6 183
Éducation	1 000	953	1 953
Planification, évaluation et suivi	800	—	800
Mobilisation sociale	125	—	125
Appui au programme	1 075	—	1 075
Total	5 500	13 101	18 601

^a La ventilation des dépenses annuelles estimées figure au tableau 3.

^b À ce chiffre viennent s'ajouter des projets à financer à l'aide de fonds supplémentaires déjà disponibles, comme indiqué au tableau 3.

/...

Processus de préparation du programme de pays

24. La préparation du nouveau programme de coopération 1994-1998 a impliqué une étroite collaboration avec le Gouvernement et tous les partenaires au développement; le processus a débuté avec la revue à mi-parcours en juillet 1992. Le Ministère du plan a coordonné la totalité du processus qui a engagé tous les partenaires sectoriels aux différents niveaux, permettant ainsi une complémentarité des différents interventions. Le système des Nations Unies a été associé, notamment le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS, ainsi que la coopération bilatérale (française, américaine, canadienne, suisse, allemande, danoise) et multilatérale [Banque mondiale et Banque africaine de développement (BAD)] ainsi que les ONG locales et internationales. L'analyse de la situation de l'enfant béninois a été revue en même temps que l'élaboration du programme d'action national était finalisée. L'une et l'autre ont servi de cadre de travail pour la programmation et la détermination des objectifs et des stratégies pour le prochain programme.

Objectifs de programme

25. Dans le contexte plus large du cadre juridico-social et philosophique élaboré par la Convention relative aux droits de l'enfant et dans le contexte des dimensions sociales du programme de développement, en collaboration avec les autres partenaires, l'UNICEF assistera le Gouvernement du Bénin dans la réalisation des objectifs définis dans le programme d'action national qui découlent de ceux fixés par le Sommet mondial pour les enfants et adaptés au contexte béninois. Les efforts seront intensifiés pour l'atteinte des objectifs intermédiaires en 1995 afin d'aider le Gouvernement à honorer son engagement aux objectifs préconisés par le Consensus de Dakar.

26. Le programme d'action national sera intégré dans la dimension sociale du développement comme composante prenant en compte la situation des femmes et des enfants. Cette intégration facilitera sa prise en compte et celle des objectifs intermédiaires dans les programmes nationaux de développement. Le programme de coopération entre le Gouvernement et l'UNICEF sera partie intégrante du programme d'action national qui engage la participation de tous les partenaires au développement du pays. À travers une série d'interventions appropriées, le but du programme de coopération 1994-1998 est de concourir à l'amélioration sensible et mesurable de la qualité de vie des populations, l'ensemble enfant, jeune fille et femme constituant une cible prioritaire.

27. Les objectifs intermédiaires pour 1995 sont les suivants : a) augmenter la couverture vaccinale du vaccin triple (vaccin antidiphtérique, antitétanique et anticoquelucheux) de 73 à 80 %; b) augmenter la couverture vaccinale de la rougeole de 70 à 90 %; c) éliminer le tétanos néo-natal; d) arrêter la transmission du poliovirus en élevant la couverture vaccinale pour le polio de 3 à 90 %; e) augmenter les taux d'utilisation de la TRO de 45 à 80 %; f) promouvoir l'allaitement maternel exclusif et étendre l'initiative "hôpitaux amis des bébés" à 100 % des hôpitaux; g) éliminer les carences en vitamine A; h) donner l'accès à tous au sel iodé; et i) éradiquer la dracunculose.

/...

Les objectifs partiels pour 1995 sont d'une part d'accroître la couverture en eau potable de 51 à 60 % et en assainissement de 11 à 35 % et d'autre part d'augmenter le taux de scolarisation des filles de 44 à 50 %.

28. Les objectifs de l'an 2000 sont les suivants : a) réduire la mortalité infantile de 89 à 60 pour 1 000 naissances vivantes en 1990 et réduire la mortalité infanto-juvénile de 149 à 100 pour 1 000 naissances vivantes; b) réduire la mortalité maternelle de 800 à 400 pour 100 000 naissances vivantes; c) éradiquer la poliomyélite; d) réduire la malnutrition de 40 à 20 %; e) augmenter le taux de scolarisation dans le primaire de 65 à 78 % avec une attention spéciale aux jeunes filles, soit une augmentation du taux de scolarisation des filles de 44 à 60 %; f) réduire l'analphabétisme de 77 à 50 %; et g) augmenter l'accès à l'eau potable de 51 à 70 %.

29. Le programme de pays vise à aider le Bénin à bien se positionner dans l'atteinte de ces objectifs dès l'an 1998. Le programme vise également à développer les capacités nationales en matière de planification, suivi et évaluation de ces objectifs. À travers le plaidoyer et la mobilisation sociale, le programme tend à créer, favoriser et appuyer à tous les niveaux la volonté politique nationale d'atteindre ces fins. Cependant, par sa contribution limitée, il jouera un rôle de catalyseur pour mobiliser et collaborer avec tous les partenaires intervenant dans les secteurs concernés en vue d'atteindre les objectifs fixés.

Stratégies du programme

30. Tout en appuyant les prestations de service, le programme de pays sera centré sur les principales stratégies suivantes : a) renforcement des capacités nationales; b) participation communautaire; c) planification, suivi et évaluation; et d) mobilisation des ressources.

31. L'UNICEF renforcera les capacités nationales, y compris celles des communautés, pour assurer la pérennité des actions. L'UNICEF appuiera la cellule dimension sociale du développement au sein du Ministère du plan et de la restructuration économique pour planifier, suivre et évaluer les progrès pour l'atteinte des objectifs du programme d'action national et soutiendra les efforts d'élaboration des plans d'action décentralisés au niveau provincial. L'UNICEF soutiendra également les efforts nationaux pour la mobilisation des ressources internes et externes. Le programme fournira un appui technique aux ONG à la base aussi bien qu'à des structures nationales, comme le Centre régional pour le développement et la santé, l'Institut national de formation et de recherche en éducation, le Centre béninois pour la recherche scientifique et technique, qui peuvent jouer un rôle de support pour certains programmes et projets. En vue d'encourager l'entreprise privée, celle-ci deviendra un partenaire important dans la réalisation des forages au sein du programme concernant l'approvisionnement en eau.

32. En même temps que sur la décentralisation des structures, l'accent sera mis sur la participation communautaire. Le contrôle des ressources par la population, au niveau périphérique, permettra d'accroître le pouvoir des communautés, avec le soutien des ONG, des groupes locaux et des autres partenaires. L'implication des parents et de la communauté est un des éléments

/...

clefs dans le programme éducation pour augmenter la scolarisation des filles. Dans le domaine de la santé, l'objectif est de renforcer la participation communautaire en allant bien au-delà du recouvrement des coûts. Dans le secteur de l'eau et de l'assainissement, les membres de la communauté seront responsabilisés pour tous les aspects relatifs au choix des infrastructures, à la maintenance et à la proposition des activités environnementales. La principale cible, au sein de la communauté, est l'accroissement quantitatif et qualitatif de la participation des femmes. Les formes d'organisation existantes - groupements féminins, comités de gestion, comités de développement socio-sanitaire, associations de parents d'élèves - seront aidées pour favoriser leur intégration en une force unique pour le développement communautaire.

33. Les objectifs de ce développement sont de :

a) Plaidoyer à l'intention des décideurs, dirigeants d'opinion et du grand public pour s'assurer de leur engagement dans les programmes pour les enfants et les femmes;

b) Soutenir les programmes sectoriels pour jouer un rôle catalytique dans l'atteinte des objectifs intermédiaires durant les deux premières années d'exécution du programme, et favoriser un changement de comportement.

34. En effet, l'Initiative de Bamako a permis d'obtenir de grandes performances (approvisionnement en médicaments essentiels, y compris les sels de réhydratation administrés par voie orale (SRO), formation du personnel, couverture sanitaires à 85 % au niveau communal, participation communautaire effective, prise en charge des coûts locaux de fonctionnement et des médicaments essentiels), mais elle ne peut pas tout résoudre. Les activités de mobilisation sociale mettront l'accent :

a) Pour la TRO, sur la promotion de solutions domestiques et la prise en charge correcte des cas par les SRO dans les formations sanitaires ou auprès des prestataires formés;

b) Pour l'éradication de la dracunculose, sur la bonne connaissance de la chaîne de transmission de la maladie et l'utilisation des tamis-filtres, surtout dans les zones de moins de 500 habitants, dépourvues d'eau potable, qui ne peuvent bénéficier de forages trop coûteux;

c) Pour la lutte contre les carences en iode, sur le plaidoyer auprès des décideurs pour l'adoption d'une législation pour l'importation de sel iodé; des importateurs et des producteurs locaux pour l'iodation de toute la production; des populations pour une bonne connaissance des troubles dus à la carence en iode, l'acceptation et la consommation effective de sel iodé.

35. Un programme séparé de planification, suivi et évaluation a été préparé. Il représente une stratégie importante pour la faisabilité et la pérennité de toutes les interventions orientées vers les objectifs du programme d'action national et pour la mise en oeuvre d'actions correctives dans le cadre des objectifs du programme.

/...

36. Une autre stratégie importante implique la mobilisation des ressources, des bénéficiaires, des partenaires au développement tant nationaux qu'internationaux, afin de s'assurer que priorité est donnée aux programmes en faveur des enfants dans l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières. L'utilisation des médias de masse comme des canaux traditionnels est une partie importante de cette mobilisation.

Couverture

37. Le programme aura une couverture nationale pour la plupart de ses activités; cependant, des approches par zones seront utilisées dans des secteurs spécifiques d'interventions. La population cible en santé et nutrition est nationale. La population cible du PEV inclut tous les enfants âgés de moins d'un an et les femmes en âge de procréer. Certaines activités en nutrition seront circonscrites à des zones géographiques pour le contrôle de la malnutrition protéino-énergétique et les carences en vitamine A. Les interventions en éducation couvriront une population de 250 000 habitants dans les trois départements qui ont les plus faibles taux de scolarisation des filles, mais elles auront une valeur démonstrative et pourront être rapidement répliquées; les actions en faveur des enfants en situation difficile seront circonscrites à quatre des plus grandes villes du Bénin. Pour l'eau et l'assainissement, les interventions bénéficieront à 200 000 personnes, particulièrement dans les zones endémiques de la dracunculose, dans le Zou, l'Atacora, le Borgou et le Mono. Les activités de mobilisation sociale qui épauleront tous les autres projets ne seront pas limitées géographiquement. Quant au programme de planification, suivi et évaluation, il se situe essentiellement au niveau central, mais il soutiendra nombre d'actions aux niveaux provincial et périphérique.

Santé et nutrition

38. Tous les objectifs de ce programme doivent contribuer à l'atteinte des objectifs suivants : a) réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies du PEV, en particulier l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néo-natal et la réduction de la mortalité causées par la rougeole de 95 % et de la morbidité de 90 % par rapport aux taux de 1990; b) réduire de 20 à 10 % les taux de mortalité infantile (TMI) due aux diarrhées et réduire de moitié celle due aux IRA et au paludisme; c) réduire le taux de mortalité maternelle (TMM) de 800 à 400 pour 100 000 naissances vivantes; d) réduire la malnutrition sévère de 6 % à moins de 2 %; e) réduire la malnutrition protéino-énergétique de 40 à 20 % pour les enfants âgés de moins de 5 ans; et f) éliminer les carences en iode et en vitamine A dans les zones endémiques du Borgou et de l'Atacora.

39. Le programme comporte trois projets : a) appui au développement du système de santé; b) santé maternelle/reproduction/survie de l'enfant; et c) nutrition. En prenant l'Initiative de Bamako comme base de toutes les interventions, ses principales stratégies sont : a) le renforcement des capacités de gestion et de supervision au premier niveau de référence et des capacités au niveau communautaire pour le suivi des indicateurs de santé; b) la mobilisation sociale principalement pour le PEV, la santé maternelle et infantile, le sida, l'Initiative de Bamako et les activités de nutrition; c) l'utilisation du

/...

financement communautaire pour des activités féminines génératrices de revenus; et d) la surveillance épidémiologique décentralisée. En nutrition, les stratégies concernent le plaidoyer et la mobilisation sociale pour l'accès de tous au sel iodé, l'utilisation des centres de santé et des écoles dans le cadre des activités d'éducation pour la santé et la distribution des produits riches en vitamine A, et l'intégration de la surveillance épidémiologique dans les activités des centres de santé.

40. Le projet d'appui au développement du système de santé cherche à résoudre les problèmes de la faible opérationnalisation du système de santé, de la commune à la sous-préfecture. Une supervision technique adéquate et un soutien administratif à l'échelon le plus bas des structures de santé développeront les capacités d'organisation et de gestion des agents de santé et des représentants de la communauté.

41. Le projet de la santé maternelle/reproduction/survie de l'enfant contribuera à réduire les TMM et TMI avec le soutien de la mobilisation sociale et d'interventions éducatives. Une telle approche inclut une composante information-éducation-communication (IEC) importante pour appuyer les services d'espacement des naissances et de planification familiale, l'élimination du tétanos néo-natal, l'éradication de la poliomyélite, une bonne gestion des cas de diarrhée, de paludisme et des IRA dans les centres de santé et dans les ménages. Une attention particulière sera portée au contrôle des maladies sexuellement transmissibles et du sida.

42. Le projet relatif à la nutrition prend une nouvelle orientation basée sur une approche multidisciplinaire avec une implication pratique des populations à travers un système d'information basé sur la communauté. Le projet aidera à la promotion de la surveillance et de la récupération nutritionnelles et à l'élimination des carences en micronutriments (vitamine A, fer, carence en iode).

Éducation

43. Les principaux objectifs sont de contribuer à : a) l'augmentation du taux de scolarisation à l'école primaire de 65 à 78 % avec un accent particulier sur celle des filles; b) la réduction de l'analphabétisme à 50 % et à la promotion des compétences pour la vie à travers des activités en faveur des jeunes filles et des femmes; c) la réalisation des objectifs de santé à travers les mêmes activités; et d) la promotion de meilleures chances d'intégration sociale des enfants en situation difficile grâce à un plaidoyer et à des activités de formation appropriées. La principale stratégie de l'UNICEF est la collaboration étroite avec l'USAID et la Banque mondiale qui fournissent d'importants moyens, environ 80 millions de dollars pour une période de cinq ans, à l'enseignement primaire.

44. Le premier projet relatif à l'éducation et la communauté utilisera essentiellement une approche participative où les communautés seront impliquées à toutes les phases des activités dont l'un des principaux objectifs est l'augmentation de la scolarisation des filles. L'expérience acquise à partir de ce projet servira de contribution novatrice à la réforme éducative, au renouvellement des programmes et à la formation des enseignants, dans la

/...

perspective de l'universalisation de l'enseignement primaire; ces acquis seront partagés dans le cadre de la Commission nationale pour la promotion de l'école et de l'éducation des filles. D'autres interventions incluront des approches non formelles pour la prise en charge éducative du jeune enfant et des apprentissages de seconde chance aux jeunes filles et femmes.

45. Le deuxième projet vise à sensibiliser les décideurs et le public sur le sort des enfants de la rue et celui des enfants travailleurs, en particulier des jeunes filles. Il s'agira d'appuyer l'élaboration de stratégies qui assureraient leur protection, leur éducation et leur intégration dans la société, principalement à travers un partenariat avec les ONG qui travaillent en faveur des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles.

Eau et assainissement

46. Les objectifs du programme sont d'étendre la couverture en eau potable de 51 à 70 % en 1998, de contribuer à l'éradication de la dracunculose en 1995, de réduire la mortalité due aux maladies diarrhéiques de 20 à 10 % et de promouvoir l'environnement. Les stratégies comprennent la participation communautaire, spécialement celle des femmes dans les comités de développement socio-sanitaire, l'appel au secteur privé, la collaboration intersectorielle, particulièrement avec la santé et l'éducation, et une coopération étroite avec les partenaires bilatéraux et multilatéraux, spécialement la Banque mondiale et le Danish International Development Agency (DANIDA) dans le secteur de l'eau.

47. Deux projets composent le programme : le premier consiste à approvisionner en eau et à développer l'assainissement en zones rurales et péri-urbaines. Il prévoit dans le Zou, le Borgou et l'Atacora l'approvisionnement en eau de 200 000 habitants dans les zones endémiques de la dracunculose et l'accès aux latrines pour 1 000 familles; 150 écoles ou centres de santé seront dotés d'eau et de latrines. Les activités environnementales seront poursuivies dans les écoles et communautés et la promotion du reboisement entreprise dans les villages.

48. Le projet relatif à l'éradication de la dracunculose est étroitement lié au projet eau, l'approvisionnement en étant ciblé vers les zones endémiques. Il vise à augmenter la couverture de la surveillance, en passant d'un taux de 12 à 100 % jusqu'à l'éradication. Il a pour but de s'assurer que 100 % des ménages dans les villages endémiques sans eau potable filtrent leur eau et vise à renforcer les capacités nationales pour le suivi de l'objectif d'éradication. Le projet est sous la tutelle du Ministère de la santé qui aura la responsabilité de la surveillance épidémiologique et de la certification de l'éradication. Les volontaires du Peace Corps (États-Unis) seront chargés de former et de superviser les agents villageois de santé pour l'éducation sanitaire et l'utilisation des filtres en tissu; l'ONG Global 2000 et le centre Carter (The Carter Center) (États-Unis) fourniront une assistance technique.

Planification, suivi et évaluation

49. Ce programme vise à appuyer le renforcement des capacités nationales en planification, suivi et évaluation des programmes pour les enfants et les femmes, l'amélioration des bases de données à tous les niveaux, y compris celui

/...

des communautés, la production et la diffusion des informations ainsi obtenues pour plaider la cause des enfants et des femmes. La stratégie implique le renforcement des capacités opérationnelles pour la recherche, l'analyse des données et la diffusion de l'information, en collaboration avec les autres partenaires; des méthodes peu coûteuses et participatives seront utilisées pour recueillir des données désagrégées par sexe et par région. Avec le PNUD, le projet mettra en place un appui institutionnel au Gouvernement en apportant un soutien matériel à la production et à la diffusion des informations. Ainsi, une meilleure identification des indicateurs de suivi relatifs au programme d'action national et au programme de pays sera possible.

Mobilisation sociale

50. Le programme de mobilisation sociale vise à développer une volonté politique et des conditions juridiques, susceptibles de faciliter l'atteinte des objectifs du programme d'action national, à sensibiliser tous les niveaux de la société aux problèmes des enfants et des femmes, enfin à promouvoir les changements de comportement nécessaires. La stratégie est fondée sur la communication et l'information, le partenariat avec les associations de développement, les ONG et les structures institutionnelles, une attention particulière aux femmes en tant qu'agents de changement, l'utilisation des canaux de communication traditionnels et modernes et la collaboration avec les autres programmes. Deux projets ont été élaborés : a) plaider à l'intention des décideurs, dirigeants d'opinion et du grand public pour s'assurer de leur engagement dans les programmes pour les enfants et les femmes; b) soutien aux programmes sectoriels pour jouer un rôle catalytique dans l'atteinte des objectifs du programme d'action national.

Gestion du programme

51. Le Ministère du plan et de la restructuration économique, plus particulièrement la Direction de la coordination des aides extérieures, est chargée de coordonner le programme de pays; c'est elle aussi qui dirige la cellule du programme d'action national et la cellule dimension sociale du développement. Une revue annuelle permettra de suivre les progrès par rapport aux objectifs du programme d'action national en général, et aux objectifs intermédiaires en particulier. En 1996, une revue à mi-parcours redéfinira, si besoin est, les objectifs annuels en fonction des performances précédemment obtenues.

52. Au niveau du pays, le représentant est chargé de l'ensemble de la direction et de la gestion du bureau, de la coopération du programme de pays avec le Gouvernement du Bénin, du plaidoyer et des relations extérieures. Le représentant est appuyé par la section Opérations et la section Programme, qui comprend les unités santé et nutrition, eau et assainissement et éducation. L'année dernière, les activités de mobilisation sociale et d'information ont été renforcées par le recrutement d'un administrateur national. La composition du bureau de l'UNICEF, en termes de personnel, sera modifiée de façon à appuyer plus efficacement le renforcement des capacités nationales, en vue d'une pérennisation accrue des activités de coopération. C'est ainsi que le nombre

/...

d'administrateurs nationaux sera augmenté, passant de trois à huit, alors que le nombre d'administrateurs recrutés au niveau international sera réduit de 10 à sept.

53. En raison de l'importance de la planification, du suivi et de l'évaluation, dans le programme de pays, il est nécessaire de renforcer les capacités du bureau afin d'apporter un appui réel au Gouvernement en la matière. Le bureau se propose donc de demander dans le budget 1994-1995 un poste de fonctionnaire national et un poste de secrétaire pour conduire le programme planification, suivi et évaluation, appuyé par un administrateur adjoint en planification, suivi et évaluation actuellement responsable des opérations statistiques et du suivi du plan de travail du bureau. La nécessité de porter une attention spécifique aux différents objectifs et la mobilisation des ressources humaines et financières en vue d'atteindre les objectifs s'accompagnent d'un besoin équivalent en ressources humaines dans le bureau de pays.

/...

Tableau 1

Données de base sur les enfants et les femmes

Bénin (1992 et années antérieures)

Classification du pays par l'UNICEF

Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans :	147	(1992)	TMM5 : très élevé
Taux de mortalité infantile :	88	(1992)	TMI : élevé
PNB par habitant :	380 dollars	(1991)	PNB : faible
Population totale :	4,9 millions	(1992)	

INDICATEURS CLEFS (SURVIE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT)	1970	1980	1990	1992	
Naissances (milliers)	133	171	229	243	
Mortalité infantile (avant 1 an) (milliers)	20	18	20	21	
Mortalité postinfantile (avant 5 ans) (milliers)	33	30	34	36	
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	252	176	150	147	
Taux de mortalité infantile (avant 1 an) (pour 1 000 naissances vivantes)	148	104	89	88	
		Vers 1980	Données les plus récentes		
Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (rapport poids/âge, 1987)	Modérée et grave	..	..	..
Nourrissons de poids insuffisant à la naissance (pourcentage, 1973/1987)		10		8*	
Enfants terminant leurs études primaires (pourcentage des inscriptions en 1re année, 1980/1988)		15*		40	
		Vers 1980	Données les plus récentes		
INDICATEURS DE NUTRITION					
Allaitement maternel exclusif (moins de 4 mois) (pourcentage)		..		..
Alimentation complémentaire dans les délais voulus (6-9 mois) (pourcentage)		..		..
Allaitement maternel continu (20-23 mois) (pourcentage)		..		..
Fréquence des cas de dénutrition (pourcentage)		..		..
Fréquence des cas de rachitisme (pourcentage)		91		104	
Apport calorique quotidien par habitant (en pourcentage des besoins, 1979-1981/1990)		24		..	
Fréquence des cas de goitre (1983)		..		37/12	
Dépenses des ménages tous aliments/céréales (pourcentage du revenu total, 1980-1985)		..		..
		Vers 1980	Données les plus récentes		
INDICATEURS DE SANTÉ					
Taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie orale (pourcentage, 1991)		..		45	
Accès aux services de santé (pourcentage de la population, 1980/1985)	Total	10		18	
	Milieu urbain/milieu rural	.././. ..	
Accès à une eau salubre (pourcentage de la population, 1980/1988)	Total	18		51	
	Milieu urbain/milieu rural	26/15		66/46	
Accès à un assainissement adéquat (pourcentage de la population, 1980/1988)	Total	21		34	
	Milieu urbain/milieu rural	48/4		42/31	
Accouchements avec l'assistance d'un personnel qualifié (pourcentage, 1988)		..		45	
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1987)		..		160	
		1981	1985	1990	1992
Immunsation					
Enfants de 1 an (pourcentage) vaccinés contre :					
tuberculose	..	27	92	864	
diphtérie/					
coqueluche/tétanos	..	17	67	73	
poliomyélite	..	16	67	73	
rougeole	..	23	70	70	
Femmes enceintes (pourcentage) vaccinées contre le tétanos	83	83	

/...

Bénin

INDICATEURS D'ÉDUCATION		Vers 1980	Données les plus récentes			
Taux d'inscription, enseignement primaire (brut/net) (pourcentage, 1980/1988)	Total	64/..	65/52			
	Garçons	88/..	87/69			
Taux d'inscription, enseignement secondaire (brut/net) (pourcentage, 1980/1990)	Filles	40/..	44/36			
	Total	16/..	11/..			
Taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans et plus (pourcentage, 1970/1990)	Garçons	25/..	16/..			
	Filles	9/..	6/..			
Récepteurs de radio et téléviseurs (pour 1 000 habitants, 1980/1990)	Total	16	23			
	Hommes/femmes	23/8	32/16			
		66/1	90/5			
INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES		1970	1980	1990	1992	2000**
Population totale	(milliers)	2 693	3 459	4 622	4 918	6 269
Population de 0 à 15 ans	(milliers)	1 230	1 650	2 254	2 414	3 088
Population de 0 à 4 ans	(milliers)	489	650	904	968	1 175
Population urbaine (pourcentage du total)		18	32	38	40	46
Espérance de vie à la naissance (années)	Total	39	43	46	46	48
	Hommes	38	41	44	45	47
	Femmes	41	45	48	48	49
Indice synthétique de fécondité		7,0	7,1	7,1	7,1	6,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)		49	49	49	49	45
Taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants)		27	22	19	18	15
		Vers 1980	Données les plus récentes			
Taux d'utilisation de contraceptifs (pourcentage, 1982)		9	..			
Taux annuel d'accroissement de la population (pourcentage, 1965-1980/1980-1992)	Total	2,4	2,9			
	Zones urbaines	8,3	4,9			
INDICATEURS ÉCONOMIQUES		Vers 1980	Données les plus récentes			
Taux de croissance annuel du PNB par habitant (pourcentage, 1965-1980/1980-1991)		-0,3	-0,9			
Taux d'inflation (pourcentage, 1965-1980/1980-1991)		7	2			
Pourcentage de la population vivant dans des conditions de pauvreté absolue (1980)	Milieu urbain/ milieu rural	../65	../..			
Part du revenu total allant à la couche supérieure (20 %) et à la couche inférieure (40 %) de la population (pourcentage)		../..	../..			
Dépenses publiques (pourcentage, des dépenses totales, 1986)	Santé/éducation	6*/31*	17*			
	Défense	17*	5/4			
Dépenses des ménages consacrées à la santé et à l'éducation (pourcentage du revenu total, 1980 ou 1985)	Santé/éducation	../..	5/4			
Aide publique au développement (1980/1991)	En millions de dollars	91	270			
	É.-U.	9	15			
Service de la dette (en pourcentage des exportations de biens et services, 1980/1991)	En pourcentage du PNB	3	7			

* Estimations du bureau local de l'UNICEF.

** Projections de la Division de la population de l'ONU fondées sur l'évolution antérieure de ces indicateurs et sur la situation actuelle.

/...

Tableau 2

Dépenses de la période de coopération précédente (1990-1994)^a

Pays : Bénin
 Date d'approbation du dernier engagement par le Conseil : 1993
 Masse commune des ressources : 5 404 000 dollars

(En milliers de dollars des États-Unis)

Domaine d'activité	Fournitures et matériel (montant effectif)		Subventions à la formation (montant effectif)		Personnel des projets (montant effectif)		Autres montants en espèces (montant effectif)		Total					
	MC		FSD		MC		FSD		MC		FS		Total (MC et FS)	
	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu
Soins de santé primaires	2 428	581	172	281	720	273	1 164	82	4 484	2 451	1 227	13 135	5 711	15 596
Nutrition de la mère et de l'enfant	54		54				105		213	391		2 064	213	2 455
Approvisionnement en eau et assainissement	937	217	324	25	760	374	1 198	61	3 219	471	677	5 785	3 898	6 256
Éducation	37	25	237				154	31	428		56		484	
Développement de la femme	122	3	40				114	34	278	309	37	649	313	958
Développement du jeune enfant										447		1 668		2 115
Mobilisation sociale					365		138	11	180		11		191	213
Appui aux programmes	127						694	0	1 156	1 122			1 156	1 122
TOTAL GÉNÉRAL	3 705	826	899	316	1 845	647	3 537	219	9 956^b	5 404^c	2 008	23 301^d	11 984	28 705

MC = Masse commune des ressources
 FSD = Fonds supplémentaires disponibles
 FS = Fonds supplémentaires (disponibles et non disponibles)

^a Le montant effectif des dépenses correspond aux dépenses comptabilisées au 16 décembre 1993.

^b Ce montant comprend des dépenses imputées sur des fonds mondiaux et sur la masse commune des ressources au titre des programmes qui auraient dû être financés à l'aide de fonds supplémentaires.

^c Ce montant comprend un prélèvement supplémentaire de 949 000 dollars sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1993/P/L.26).

^d Dont 12 712 779 dollars au titre d'activités pour lesquelles les fonds nécessaires n'ont pas été réunis.

Tableau 3

Dépenses prévues pour la période 1994-1998

(En milliers de dollars des États-Unis)

Pays : Bénin Période : 1994-1998	Source de financement	1994	1995	1996	1997	1998	Total
Santé	MC	350	350	350	350	350	1 750
	FSD	1 475					1 475
	NFS	1 610	1 705	1 225	1 100	1 075	6 715
Approvisionnement en eau et assainissement	MC	150	150	150	150	150	750
	NFS	841	1 485	1 186	1 002	919	5 433
Éducation	MC	212	203	201	196	188	1 000
	FSD	130					130
	NFS	126	245	232	178	172	953
Mobilisation sociale et plaidoyer	MC	28	28	25	23	21	125
Planification et statistiques sociales	MC	150	175	165	155	155	800
Appui aux programmes	MC	210	194	209	226	236	1 075
TOTAL	MC	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	5 500
	FSD	1 605					1 605
	NFS	2 577	3 435	2 643	2 280	2 166	13 101
TOTAL GÉNÉRAL		5 282	4 535	3 743	3 380	3 266	20 206

MC = Masse commune des ressources
 FSD = Fonds supplémentaires disponibles
 NFS = Nouveaux fonds supplémentaires

/...

