

***République du Bénin***

---

Ministère d'Etat chargé de la Coordination de l'action gouvernementale,  
du Plan, du Développement et de la Promotion de l'emploi

**LE SUIVI DU SOMMET MONDIAL  
POUR LES ENFANTS**

***Rapport national du Bénin***

# LE SUIVI DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

## *Rapport national du Bénin*

### Table des matières

	Pages
Résumé exécutif	(ii)
A - Introduction et données générales	1
B - Processus institué pour l'examen de fin de la décennie	1
C - Mesures aux niveaux national et international	2
<i>C1 – Actions complémentaires aux opérations de suivi sur le plan national</i>	2
<i>C2- Création d'un environnement international propice à l'application du plan d'action</i>	3
D - Mesures spécifiques prises en vue d'assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant	3
<i>Da - La Convention relative aux droits de l'enfant</i>	3
<i>Db - La santé des enfants</i>	5
<i>Dc - Alimentation et nutrition</i>	9
<i>Dd - Rôle des femmes ; santé maternelle et planification familiale</i>	13
<i>De - Rôle de la famille</i>	14
<i>Df - Education de base et alphabétisation</i>	15
<i>Dg - Enfants dans des conditions particulièrement difficiles</i>	17
<i>Dh - Protection des enfants en cas de conflit armé</i>	20
<i>Di - Les enfants et l'environnement</i>	20
<i>Dj - Lutte contre la pauvreté et relance de la croissance économique</i>	21
E - Enseignements tirés	23
F- Mesures à prendre pour l'avenir	24
Annexe statistique	

## Résumé exécutif

Le présent rapport présente les modalités de suivi du Sommet mondial pour les enfants, notamment les mesures spécifiques prises en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant. Il a été élaboré sous l'égide du ministère d'Etat chargé du Plan avec l'appui de l'UNICEF.

Le Bénin a élaboré son Plan national d'action en faveur de l'enfant et de la femme en 1993, suivi par un comité interministériel ; les objectifs intermédiaires ont été évalués en 1996 ensemble avec l'Enquête démographique et de santé, les résultats de cette enquête devenant des données de base pour les actions. Les actions entreprises en faveur des enfants ont bénéficié de l'appui de la communauté internationale, bien que le montant total de l'aide publique au développement soit en baisse depuis 1996.

### *Droits de l'enfant*

Ratifiée en août 1990, les principes de la Convention relative aux droits de l'enfant ont été largement diffusés et utilisés dans les programmes et projets. La Constitution protège les droits et des mesures ont été prises pour modifier la législation, parfois désuète et discriminatoire ; toutefois, un projet de Code des personnes et de la famille reste en attente d'approbation à l'Assemblée nationale et l'application de la législation existante est à renforcer. Soumis au Comité des droits de l'enfant en 1996, le rapport initial du Bénin a fait l'objet d'observations fin 1999, qui pourraient constituer la base d'un programme d'action pour l'avenir. Avec la ratification de la Convention N° 182 de l'OIT sur les pires formes de travail, il faudrait prévoir celle des protocoles optionnels sur les enfants soldats et sur la pornographie ainsi que le protocole en voie de finalisation sur le trafic des enfants.

### *La santé des enfants*

Les taux de mortalité infantile et juvénile sont en baisse grâce à l'application de l'Initiative de Bamako qui a revitalisé les services de santé périphériques, maintenant la vaccination est à un niveau élevé grâce à son intégration aux soins maternels et infantiles. Face à la persistance de la morbidité des enfants, le taux des consultations curatives triple mais plafonne à partir 1995-96, l'accès étant limité par la couverture sanitaire, les ressources des familles et l'accueil ; à part la vaccination, la prévention et la promotion sont peu développées.

La séropositivité reste faible (4%). Le Sida est assez bien connu, grâce surtout à la communication interpersonnelle, les témoignages de membres de l'association des Personnes vivant avec le VIH contribuant à briser le tabou culturel à propos du Sida et à promouvoir un changement d'attitude. Pour réduire la transmission mère-enfant, qui constitue 4% des cas, une approche pilote est actuellement mise en œuvre dans la plupart des maternités à Cotonou avec un traitement en fin de la grossesse et après l'accouchement des mères séropositives nécessiteuses, afin de limiter la transmission mère-enfant. Un renforcement important de l'information est nécessaire, dont l'intégration de la question dans les programmes scolaires.

L'accès à l'eau potable a été considérablement augmenté (66% en 1999) avec la prise en charge communautaire de l'exploitation et la maintenance en milieu rural. L'accès à l'évacuation hygiénique des excréta augmente également (20% en 1999), réduisant effectivement les diarrhées grâce à la formation de maçons et leur marketing. Le ver de Guinée est en cours d'éradication, le nombre de cas étant réduit grâce aux points d'eau installés et des actions de proximité soutenues.

### *Alimentation et nutrition*

La couverture théorique des besoins alimentaires est assurée de manière croissante au cours de la décennie. Liée à la pauvreté, la malnutrition ne diminue pas (le quart des enfants est touché par la malnutrition chronique), malgré le suivi de la croissance de la moitié d'entre eux. Par contre, des progrès importants ont été faits dans la connaissance et la prévention des carences en micronutriments (vitamine A, iode, fer).

### *Santé maternelle et planification familiale*

L'espérance de vie des femmes augmente, et la mortalité néonatale diminue, suite à l'augmentation de la couverture des consultations prénatales et les accouchements assistés dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Le taux de fécondité diminue mais la planification familiale moderne reste peu utilisée (3,4% des femmes) tandis que l'évolution de la mortalité maternelle (498/100 000 naissances vivantes) n'est pas connue.

### *Rôle des femmes*

Il y a une augmentation de l'accès des femmes à l'alphabétisation et d'autres activités éducatives, à la santé et au crédit. Le statut social s'améliore avec l'augmentation du pouvoir économique, mais l'accès des femmes à des postes de responsabilité reste limité. Toutefois, la création d'un ministère chargé de la Femme, la création de centres de conseils juridiques dans les principales villes et la formation de femmes juristes « à pieds nus » sont des éléments de progrès.

### *Rôle de la famille*

Les enfants développent leurs capacités dans un milieu familial étendu et bien que l'ensemble des interventions publiques mette l'accent sur l'importance de la famille, peu d'actions concrètes sont réalisées pour l'appuyer réellement. Par ailleurs, l'épanouissement de l'enfant n'est pas toujours assuré dans sa propre famille et, en cas de placement hors de la famille (plus de 300 000 âgés de 5 à 14 ans), l'enfant est très souvent maltraité.

### *Education de base et alphabétisation*

Expérimentée depuis 1993, la réforme de l'éducation primaire est appliquée année par année dans l'ensemble des écoles depuis 1999. Le taux de scolarisation augmente, surtout pour les filles avec leur exonération des contributions scolaires en milieu rural à partir de 1993, mais les redoublements et les abandons restent élevés. Les contributions ont été globalement réduites en 2000 grâce à une subvention à partir des premiers fonds de la remise de la dette. Par ailleurs, des communautés prennent des initiatives et des expériences d'éducation non-formelle et alternatives sont menées.

L'alphabétisation augmente, plus vite pour les femmes que pour les hommes mais ne touche que 1% du groupe cible.

### *Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles*

C'est surtout dans le domaine du trafic externe et interne des enfants (placement) que des progrès ont été réalisés avec la sensibilisation et l'organisation des parents, un meilleur contrôle des frontières, un début de coopération internationale et la récupération des enfants dans les centres d'accueil en attendant de retrouver leur famille. Ce sont surtout plus de 130 organisations privées à caractère social qui prennent en charge les enfants dont des orphelins (200, à cause du Sida en 1997) et des enfants handicapés. La fédération des artisans tente de décourager l'apprentissage des enfants trop jeunes. L'infanticide, qui persiste dans le Nord, est combattu activement par quelques ONG.

### *Protection des enfants en cas de conflit armé*

Malgré l'absence de conflit armé au Bénin, près de 200 000 réfugiés sont arrivés en février 1993, donnant lieu à des actions d'envergure, bien qu'un pourcentage importante fut accueilli par des familles béninoises. En fin de décennie, il reste 2600 enfants réfugiés.

### *Les enfants et l'environnement*

Plusieurs structures ont été créées dans le domaine : ministère chargé de l'Environnement, l'Agence béninoise pour l'environnement (1995), le Centre béninois pour le développement durable (1997). Une loi-cadre sur l'environnement a été approuvée en 1999 ; le réseau des ONG actives dans le domaine de l'environnement a été créé en 2000.

Bien que les services de vulgarisation conseillent des mesures de protection de l'environnement naturel, les menaces viennent des activités de survie économique comme l'agriculture extensive et l'utilisation des insecticides et des engrais chimiques. On note également des pollutions urbaines à partir des ordures non ramassées et le nombre important de motos mal entretenues.

### *Lutte contre la pauvreté et relance de la croissance économique*

Une stratégie de lutte contre la pauvreté est appliquée depuis 1994 qui a permis une meilleure connaissance de la question. Des structures nouvelles ont été créées, notamment : l'Agence d'exécution des travaux urbains et l'Agence de gestion de la DSD qui assurent la maîtrise d'ouvrage délégué pour des infrastructures et équipements sociaux ; le fonds social (AGeFIB) qui finance les micro-projets communautaires et appuie le système financier décentralisé ; plusieurs structures d'appui technique et financier et de formation des PME et micro-entreprises et deux fonds de promotion de l'emploi. Les projets de développement rural appuient les micro-projets de développement local, les activités génératrices de revenus et les micro-entreprises ainsi que des activités d'épargne-crédit. Mais la pauvreté monétaire augmente vers la fin de la décennie, même si la pauvreté humaine diminue.

Les négociations sont en cours avec la Banque mondiale et le FMI pour alléger la dette : 5 milliards de FCFA était déjà disponibles à ce titre en 2000.

***Enseignements tirés et mesures à prendre***

Différents domaines d'activité sont visés : la révision de la législation et son application ; les politiques et stratégies et leur application pratique à travers des actions réalistes de proximité, exécutées avec les collectivités locales, les intéressés et des organisations de la société civile ; la communication en vue de susciter des changements de comportement.

**(A) - Introduction et données générales***La délégation béninoise au Sommet mondial*

Conduite par le ministère des Affaires étrangères et de la Coopération, la délégation du Bénin au Sommet comportait le ministre de la Santé publique et 4 autres membres. La préparation du dossier technique avait été pilotée conjointement par le ministère des Affaires étrangères et de la Coopération et le ministère de la Santé publique.

*Mesures de suivi du Sommet mondial*

La préparation du Plan national d'action (PNA) avaient commencé en fin 1990, avant la réunion de l'OUA à Dakar en 1992 qui a fixé les objectifs intermédiaires pour les pays africains. Coordinné par le ministère chargé du Plan, le PNA a été finalisé en 1993 et articulé avec le programme des Dimensions sociales de développement (DSD) du Programme d'ajustement structurel (PAS). Un plaidoyer en faveur du PNA a été mené auprès de la société civile, des agences des Nations Unies, l'Assemblée nationale et des principaux ministres à la suite de son adoption par le Conseil des ministres et le lancement officiel en juin 1994 lors de la Journée de l'enfant africain. Tenue quelques jours plus tard, la Table ronde du programme DSD avec les bailleurs a inclus les enfants parmi les groupes vulnérables et le PNA a été officiellement reconnu comme programme constitutif.

*Mécanismes de suivi du PNA*

Présidé par la Cellule technique (CT) de la DSD au ministère chargé du Plan, le Comité interministériel de coordination et de suivi (CICS) du PNA a été et intégré à la sous-commission Volet Social de la Commission nationale de suivi et d'application du PAS ; des comités départementaux ont été formés sur le même modèle.

*L'examen à la mi-décennie*

Une intense activité de mobilisation au sein du ministère chargé de la Santé a eu lieu courant 1995. Intégré à l'Enquête démographique et de santé (EDS), l'évaluation a été supervisée par un comité de suivi technique, présidé par la CT/DSD. La plupart des processus et activités prévus dans le PNA ont pu être pris en compte dans la revue à mi-parcours du programme Bénin-UNICEF 1994-1998 réalisée en septembre 1996. Les principaux constats de l'évaluation sont les niveaux élevés des maladies courantes des enfants et de la mortalité infantile et juvénile, malgré des indicateurs assez satisfaisants de suivi prénatal, d'assistance à l'accouchement et de vaccination des enfants.

*Les rapports sur la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)*

Préparé en collaboration avec 8 ministères (Plan ; Justice, Législation et Droits de l'Homme ; Education ; Santé ; Protection sociale et de la Famille ; Jeunesse ; Travail ; Intérieur), le rapport initial sur la CDE a été soumis au Comité des droits de l'enfant à Genève en 1996. Le rapport a été présenté en mai 1999 et les observations finales du Comité adoptées en juin 1999. Le rapport a été traduit, publié au Bénin et diffusé auprès des organisations intéressées.

Le comité a félicité l'Etat béninois pour son action de diffusion de la CDE, de scolarisation des filles, contre l'exploitation des enfants placés et sa volonté à réformer la législation. Le Comité a aussi souligné sa préoccupation avec plusieurs autres points, notamment : la collecte et l'analyse de l'information sur l'enfant ; l'accès des enfants aux structures qui veillent au respect des droits de l'Homme ; l'augmentation des ressources publiques pour les secteurs sociaux (notamment l'éducation et la santé des enfants et des adolescents) et pour avancer le respect des droits économiques, sociaux et culturels des enfants ; l'âge précoce de mariage des adolescentes ; l'infanticide ; l'accès de tous les parents aux procédures d'enregistrement des naissances ; les châtiments corporels ; le renforcement des capacités des parents à assumer leurs responsabilités ; les actions en faveur des enfants handicapés et des enfants privés du milieu familial et pour prévenir et combattre les mauvais traitements ; la santé des enfants et des adolescents ; l'élimination des mutilations sexuelles féminines ; l'application pratique de la Convention N° 182 de l'OIT concernant les pires formes de travail ; l'exploitation sexuelle des enfants ; la réforme du système de justice pour les mineurs. Les plus importants éléments concernent la révision de la législation et son application dans toutes les décisions judiciaires et administratives et dans tous les projets, programmes et services ayant une incidence sur les enfants.

**(B) - Processus instauré pour l'examen de fin de la décennie**

L'examen de fin de décennie a été organisé par la Cellule technique des Dimensions sociales de développement (CT/DSD) du ministère d'Etat chargé du Plan. Une quarantaine de cadres des services publics et des ONG nationales ont donné les premières appréciations des progrès réalisés dans les différents domaines au cours d'un atelier de travail. Présidé par le CT/DSD, un comité ad hoc de suivi a regroupé les principaux ministères intéressés (Santé publique, Education nationale, Protection sociale et la Famille) et le réseau des ONG pour la Santé. Avec l'appui de l'UNICEF, le recueil et analyse des données et la rédaction du rapport provisoire ont été confiés à une ONG internationale africaine basée au Bénin, spécialiste dans les questions de l'enfance et co-auteur en 1998 de l'analyse de situation de l'enfant et de la femme au Bénin.

En préparation à ces travaux, un atelier a été tenu en mars 2000 pour présenter de nouveau l'analyse des résultats de l'évaluation des objectifs intermédiaires et les éléments principaux de l'analyse de situation de l'enfant de 1998. Le rapport se base aussi sur les résultats des travaux préparatoires à la réunion régionale de novembre 1999 à Abidjan sur la Vision de l'enfant au 21<sup>e</sup> siècle, dont deux études sur les opinions en milieu populaire, un atelier de deux jours avec des enfants et des jeunes et un atelier de trois jours avec des personnes ressources. Toutefois, le rapport est surtout basé sur les résultats de l'atelier préparatoire, des entretiens avec les acteurs institutionnels, la consultation d'une série importante d'études existantes et une enquête parmi les jeunes dans la banlieue de Cotonou.

#### *Conclusions et diffusion des résultats*

Les différentes étapes de rédaction ont fait l'objet de commentaires par les membres du comité de suivi et un atelier de restitution a été tenu en novembre pour commenter la rédaction provisoire. Le rapport sera imprimé et diffusé en forme de plaquette avec les fonds qui seront disponibles en 2001. Il est aussi prévu de compléter l'annexe statistique par une série de graphiques et diffuser également une brochure.

### **(C) – Mesures prises au niveau national et international**

#### **(C1) Actions complémentaires aux opérations de suivi sur le plan national**

##### *Prioritisation des programmes en faveur du bien-être des enfants et de la réalisation du PNA*

Approuvé par le Conseil des ministres en 1994, l'ensemble du PNA avait été considéré comme une priorité par les autorités, bien que les volets de la santé reproductive, la santé des enfants et l'éducation primaire aient eu une attention particulière. Le PNA s'articule avec la lutte contre la pauvreté, priorité majeure du gouvernement depuis 1992 qui a pris la forme d'une stratégie élaborée dans le cadre de la DSD. Cette stratégie est en cours de remplacement par la stratégie de réduction de la pauvreté en cours d'élaboration dans le cadre de l'initiative renforcée des institutions de Bretton Woods en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE).

##### *Mobilisation sociale, moyens d'information et de communication*

Les moyens d'information les plus utilisés les communications interpersonnelles à travers les services concernés par l'enfant : services de santé, écoles primaires, centres sociaux et ONG et la radio, renforcé à partir de 1997 à la suite de la libéralisation des ondes qui a permis la création de plusieurs radios communautaires. Les différents projets et programmes contribuant au PNA ont utilisé des supports classiques (tricots, casquettes, calendriers, dépliants, bics, etc.). La mobilisation sociale a été réalisée surtout par le programme élargi de vaccination, grâce aux relais communautaires, des comités de gestion et d'autres structures locales, y compris les organisations traditionnelles.

##### *Données de base et publication des indicateurs sociaux relatifs au bien-être des enfants*

Les données de base comportent le recensement de 1992 et les projections de population publiées en 1994, révisées en 2000 pour tenir compte de nouvelles estimations, plus faibles, du taux brute de natalité. Désagrégées par sexe, par milieu (urbain/rural), par département administratif et par niveau d'éducation de la mère, les données de l'Enquête démographique et de santé (EDS) et du rapport sur l'évaluation des objectifs intermédiaires, servent comme références de base ; les projections démographiques ont été révisées ainsi que les références aux taux de mortalité infantile, de mortalité de moins de 5 ans et de mortalité maternelle, remplaçant les données calculées à partir du recensement de 1992. Plusieurs analyses complémentaires ont été menées à partir des tableaux de base de l'EDS sur : les rapports de comportement en matière de santé avec le niveau d'éducation des femmes ; les corrélations entre les maladies de l'enfant et les caractéristiques de la mère ; la fertilité et la contraception ainsi que des estimations sur le nombre et les caractéristiques des enfants ne vivant pas dans leur propre famille.

Depuis 1996, l'Institut national des statistiques et de l'analyse économique publie un Tableau de bord social contenant des données de base de différents secteurs d'activité, dont des sections importantes sur la santé et l'éducation. Les Rapports nationaux sur le développement humain durable du PNUD depuis 1996 (pauvreté, femmes et le développement, emploi, gouvernance) comportent des données importantes pour l'analyse des progrès au cours de la décennie. En 1998, l'UNICEF a appuyé le ministère chargé du Plan pour réaliser l'analyse de situation de l'enfant et de la femme en préparation au programme de coopération Bénin-UNICEF 1999-2003.

##### *Plans d'urgence*

Un programme d'urgence comportant la construction et la réhabilitation d'écoles et de centres de santé a été mis en œuvre au début de la décennie dans le cadre du programme d'ajustement structurel. Les actions du gouvernement lors de l'arrivée de 195 000 réfugiés en 1993 ont dû être menées comme une opération d'urgence. Des inondations répétées depuis quelques années dans la basse vallée du fleuve Mono ont demandé des interventions d'urgence en 1995 et ont donné lieu, par la suite, à une étude des mesures à prendre dans l'ensemble des vallées inondables.

*Recherche-développement*

Un projet de recherche-développement sur la scolarisation des filles visait la prise en charge des questions de l'éducation par les communautés et avait mobilisé les acteurs par des « médiateurs ». En même temps qu'une augmentation de la scolarisation des filles ainsi que leur performance scolaire, il y avait de nombreuses initiatives, dont des activités d'éducation non-formelle pour des filles déscolarisées. Ce projet a abouti à la création d'un programme d'appui à l'éducation de base, intégré aux activités du ministère chargé de l'Education. Un deuxième domaine de recherche-développement est l'approche communautaire et intégrée à la santé, menée dans le sud du pays par le CREDESA, un des instituts qui avait expérimenté au début des années '80 les éléments de l'Initiative de Bamako et qui avait appuyé sa mise en œuvre au Bénin et en Guinée notamment.

**(C2) - Création d'un environnement international propice à l'application du Plan d'action**

La réalisation du PNA n'a été possible que grâce à la collaboration des partenaires au développement internationaux (BM, FNUAP, OMS, PAM, PNUD, UNICEF), bilatéraux (Coopérations allemande, belge, chinoise, danoise, EU, néerlandaise, française, japonaise, suisse, UE, ...) et associatifs (ONG étrangères), chaque organisme étant spécialisé dans 2 ou 3 domaines. Les tables rondes des bailleurs au cours de la décennie (Développement économique, dimensions sociales de développement, transports, santé, secteur privé, développement rural) ont permis une concertation entre le gouvernement et les partenaires sur la base de stratégies nationales.

**(D) - Mesures spécifiques prises en vue d'assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant  
(Da) La Convention relative aux droits de l'enfant***Ratification de la convention*

La CDE est entrée en vigueur au Bénin le 2 septembre 1990, après sa signature le 25 avril 1990 et sa ratification le 3 août par le Haut conseil de la République, structure de la période transitoire créée par la Conférence des forces vives de la nation en février 1990. D'autres instruments internationaux ont été ratifiés : la Convention relative à l'esclavage (1962), la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement du mariage (1965), le Pacte international sur les droits civils et politiques (1992), la Convention contre la torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1992), la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (1992), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1996), la Convention 138 de l'OIT sur l'âge minimum d'admission à l'emploi ; la Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnelles et sur leur destruction (1999).

Le rapport initial a été rédigé par le Comité de suivi du Plan national d'action en faveur de l'enfant et de la femme en octobre 1996 ; il a été présenté au Comité des droits de l'enfant à Genève en mai 1999 par la délégation du Bénin ; les observations finales du Comité ont été faites en juin 1999, imprimées et diffusées très rapidement au Bénin.

*Application de la CDE*

Plusieurs structures veillent à l'application de la CDE, dont la direction de la Protection judiciaire de l'enfance et la jeunesse au sein du ministère chargé des Droits de l'Homme ; le ministère chargé de la Protection sociale créé en 1996, avec une direction de la Famille et de l'Enfance ; une Brigade de protection des mineurs au sein du ministère chargé de l'Intérieur. D'autres structures ont un statut interministériel et comportent parfois des représentants de la société civile : Commission béninoise des droits de l'Homme (1989) ; Comité de coordination et de suivi du Plan national d'action en faveur de l'enfant et de la femme (1994) ; Comité de suivi et d'application des instruments internationaux en matière des droits de l'Homme (1996). La Commission nationale des droits de l'enfant a été créée par décret présidentiel de nov. 1999, regroupant les représentants des ministères concernés ainsi que des ONG confessionnelles et la Fédération nationale des associations des parents d'élèves ; cette commission a déjà élaboré un plan d'action et un projet de budget et est en train de procéder à l'instauration des Commissions départementales.

Plusieurs associations et ONG internationales de protection des droits sont implantées au Bénin et mènent des activités relatives aux droits de l'enfant ; plusieurs ONG nationales mènent aussi des activités de promotion et de défense des droits de l'enfant, implantées ou créées pour la plupart pendant ou après la période transitoire.

La Constitution de décembre 1990 garantit les droits de l'Homme et les libertés fondamentales, les traités internationaux (dont la CDE) ayant une autorité supérieure à des lois nationales. Une étude comparative de 1990 conclut à une conformité entre la CDE et l'application dans la législation de certains principes généraux (non-discrimination, prise en compte de l'intérêt supérieur de l'enfant). Mais elle note une divergence importante entre la CDE et le « Coutumier du Dahomey » de 1931, législation sur des biens et des personnes qui s'applique à la quasi-totalité de la population (et en droit, à tout enfant né d'union non déclarée selon le Code civile de 1958) mais qui est contradictoire au droit positif et la CDE. Le Comité des

droits de l'enfant à Genève partage cette appréciation et considère également qu'une partie de la législation, des décisions administratives et des politiques et programmes concernant les enfants ne tiennent pas pleinement compte des principes généraux de la CDE.

Certains progrès ont été réalisés pour modifier la législation, avec l'approbation d'un nouveau Code de travail de 1998 et plusieurs propositions de textes, dont : l'avant projet du Code pénal ; un avant projet de loi relatif aux mutilations génitales féminines ; un projet de loi relatif à la répression du viol ; trois projets de loi initiés en 1997 par le ministère chargé de la Santé, relatifs à l'abrogation de la loi de 1920 qui réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle, la répression de la provocation à l'avortement et l'interruption thérapeutique de la grossesse ; projet de loi sur le placement des enfants à l'intérieur et à l'extérieur ;

Pièce maîtresse de ce travail de révision, un projet de Code des personnes et de la famille a été approuvé par le gouvernement et transmis à l'Assemblée nationale en septembre 1995 où il se heurte à une résistance importante, surtout (mais pas uniquement) de beaucoup d'hommes. Par ailleurs, certains aspects semblent très difficiles à respecter par les populations pauvres et éloignées des centres urbains, par exemple le certificat médical requis avant le mariage ou l'obligation de déclaration de la naissance dans un centre d'Etat civil. La volonté politique du gouvernement s'est manifestée en 2000 par la soumission à l'Assemblée nationale d'une loi sur le Code des personnes et de la famille, ainsi que l'élaboration (en cours) d'un plan d'action pour l'élimination des mutilations génitales féminines. Par ailleurs, le gouvernement a élaboré et approuvé une Politique nationale de la femme.

#### *Diffusion de la CDE*

Un progrès certain a été réalisé dans la diffusion de la CDE grâce aux actions d'information et de sensibilisation réalisées par différents ministères, le monde associatif et des ONG (causeries, communications interpersonnelles, production de supports visuels, concours de dessins d'enfants), et la formation de travailleurs sociaux, d'élus locaux, d'enseignants, de journalistes, le personnel juridique (officiers de la police judiciaire, juristes). La CDE a été largement diffusée en langues nationales, notamment depuis 1992 à l'occasion des Journées de l'enfant africain et, depuis sa création en 1995, la Journée de l'enfant béninois. Des éléments du rapport initial du Bénin ont été diffusés par radio et TV et lors des séminaires et conférences. D'après une enquête partielle, le niveau de connaissance des droits par les adolescents (garçons plus que filles) et des adultes (femmes plus qu'hommes) montre que des efforts importants restent à faire. La diffusion de l'information sur les droits de l'enfant a été facilitée par la libéralisation de l'espace audiovisuel sous l'égide de la Haute autorité de l'audiovisuel et de la communication (HAAC) en 1997, dont le résultat était une explosion des médias privés avec 2 chaînes de TV (1 publique, 1 privée) et 20 autorisations de stations de radio non-commerciales, notamment des radios communautaires écoutées surtout en milieu rural.

#### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Des décalages importants existent entre la CDE et les réalités sociales, certaines pratiques coutumières étant en contradiction directe avec les droits de l'enfant. Les retards dans l'approbation d'un nouveau Code des personnes et de la famille prolongent une situation peu acceptable pour les enfants, des réticences existant à plusieurs niveaux. Il est difficile de trouver un consensus social sur de nouvelles règles de jeu pour la vie familiale qui respectent les principes de la CDE et qui seront applicables dans la pratique. Déjà, une partie de la législation existante n'est pas toujours appliquée : c'est le cas, par exemple de la répression du trafic des enfants et de l'infanticide.

La diffusion de la CDE est à renforcer, surtout en milieu rural compte tenu de l'éparpillement des efforts et l'analphabétisme qui nécessite des animateurs qui parlent une des langues nationales et qui connaissent bien la Convention ; il manque aussi des supports simples pour ce travail. Même quand la CDE sera bien connue, les changements d'attitude et de comportements restent difficiles à susciter, nécessitant un travail dans le temps, une des difficultés étant le peu d'éveil de la population aux droits de l'Homme, qu'elle ne connaît pas toujours.

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Les observations du Comité des droits de l'enfant de Genève constituent des éléments majeurs d'un programme d'action. La première mesure consiste donc à donner une réalité au plan intégré visant la réforme et la modernisation du système judiciaire, qui sera une bonne occasion de plaider pour l'adoption de lois protégeant mieux les enfants. Sans attendre ce cadre général, il faudrait assurer l'approbation des différentes propositions de modification de la législation pour les rendre conformes à la CDE et poursuivre la révision de l'ensemble de la législation dans le même sens, en incluant les droits de l'enfant parmi les tâches des structures de suivi des droits de l'Homme.

L'application pratique des principes de la CDE et de la législation relative aux droits de l'enfant nécessite la poursuite de la formation de plusieurs catégories d'acteurs : le personnel dans les institutions judiciaires et la police, l'immigrés/émigration et les ministères les plus concernés, les journalistes - surtout les radios communautaires, les enseignants, le personnel des services sociaux et de santé ainsi que l'ensemble du personnel intervenant directement auprès des populations à travers des programmes et projets de l'Etat et des ONG. Ceci suppose l'élaboration de supports appropriés, notamment une version

simplifiée et illustrée de la CDE adaptée à la situation socioculturelle. Il faudrait aussi des actions pour renforcer les centres sociaux et pour appuyer la mise en place d'interventions par les nouvelles collectivités locales à partir de 2001, ce qui suppose la mise en réseau des acteurs du développement au niveau local, l'appui aux organisations à la base et des relais communautaires, dont des juristes à pieds nus. Pour certains aspects de la Convention, comme le trafic des enfants, la mise en réseau sera nécessaire avec les pays limitrophes et de la sous-région.

Avec la ratification de la Convention N° 182 de l'OIT sur les pires formes de travail, il faudrait prévoir celle des protocoles optionnels sur les enfants soldats et sur la pornographie ; le Bénin pourrait aussi montrer l'exemple en étant un des premiers pays à ratifier le prochain protocole optionnel (en voie de finalisation) sur le trafic des enfants.

#### (Db1) - Mesure spécifique : La santé des enfants

##### *Lutter contre les maladies infantiles (médicaments à bas prix, renforçant les soins de santé primaires)*

La baisse de la mortalité juvénile constatée à partir de 1987-91 s'est poursuivie au cours de la décennie accompagnée du début d'une baisse de la mortalité infantile, grâce à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako dans tous les centres de santé publics dès 1994, avec l'intégration de la vaccination.

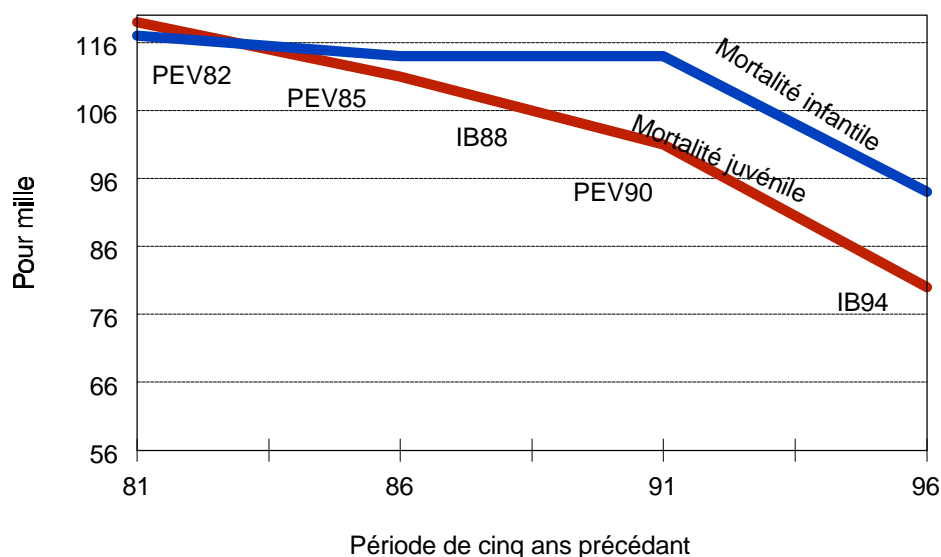
##### *Renforcement du système de santé*

La plupart des centres de santé publics sont devenus opérationnels grâce à l'Initiative, appliquée dans l'ensemble des centres périphériques publics dès 1994, la couverture sanitaire ayant été encore améliorée avec l'augmentation d'un tiers du nombre de centres publics et la multiplication par 5 du nombre de centres privés (779 en 1998). Malgré le gel du recrutement imposé par le programme d'ajustement structurel en 1986, le personnel a augmenté sur la même période (médecins et infirmiers : + 28% ; sages-femmes : + 29%). Constitués en réseau national, les comités de gestion gèrent la vente des médicaments génériques mais tendent à délaisser les stratégies locales de santé et sont mal connus des populations. Cependant, les recettes augmentent et dépassent 2 milliards FCA en 1998. La concertation remplace la domination des agences de coopération et aboutit à de nouvelles politiques et stratégies (1997-2001) avec la mise en place des zones sanitaires (11 sur 34 zones en cours d'opérationnalisation) et de nouveaux programmes de lutte contre les maladies de l'enfant. Les dépenses de santé par habitant doublent (1177 F/hab. en 1998), et le financement communautaire apporte 13% des ressources du secteur.

##### *Vaccination*

Intégrée aux soins maternels et infantiles dès 1987 et récompensée par l'attribution du Prix Alfred Quenum, l'augmentation très rapide des taux de vaccination en 1998-90 (le VAR passe de 30% à 72%) a été consolidée pendant la décennie (VAR : 79% ; DTCo3 : 77% en 1999) ; aujourd'hui, le Bénin assume 99% du coût d'acquisition des vaccins. De nouvelles stratégies sont nécessaires pour atteindre les 15% à 20% de la population cible encore non vaccinés bien que le polio fut à 116% lors des dernières journées nationales de vaccination, grâce à la collaboration active des communautés, et la distribution simultanée de suppléments de vitamine A était à 120%.

Figure 8 : Evolution de la mortalité infantile et juvénile durant les vingt dernières années



*Maladies des enfants*

La morbidité des enfants est très forte : les maladies courantes soignées triplent entre 1990 et 1998, grâce à l'Initiative de Bamako ; les consultations curatives triplent également, mais plafonnent à 100% pour les enfants de moins d'un an (en moyenne une visite par an) et à 48% pour les enfants de 1-4 ans. Les faibles ressources financières des familles et la qualité des services (dont l'accueil) limitent l'accès. La prévention est négligée : moins du quart des enfants de moins de 3 ans fréquentent les consultations d'enfants sains et seulement 5% des enfants dorment sous moustiquaire imprégnée ; la moitié des mères n'augmentent pas les liquides pour l'enfant en cas de diarrhée et seulement 5% allaitent exclusivement leurs enfants à 3 mois révolus. Le déparasitage systématique, la PF et l'éducation sanitaire sont faiblement développés et (sauf la stratégie avancée de vaccination), il n'y a pas d'activités à base communautaire. Par contre, 80 ONG affiliées à un réseau de santé mènent de telles activités, mais sans concertation avec les centres de santé. Trois expériences de création de mutuelles de santé sont en cours depuis 1997, celles en milieu rural ayant le plus de succès avec la prise en charge des risques d'hospitalisation.

*Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Après des apports de l'Initiative de Bamako, plusieurs leçons s'imposent en fin de la deuxième :

- les maladies courantes persistent, liées à l'hygiène, les conditions de l'environnement, et le niveau d'éducation des parents tandis que la malnutrition crée un terrain fragile ; la faible qualité des soins nécessite une supervision formatrice pour dépasser les réticences du personnel et un changement d'approches ;
- de grandes disparités d'accès persistent (Atacora, Mono) et les faibles revenus limitent l'accès aux soins ;
- la pathologie néonatale (40% des décès au cours de la première année), l'espacement des naissances et le Sida deviennent des problèmes prioritaires ;
- objet d'un conflit latent entre le ministère de la Santé publique et le réseau des comités de gestion, le recouvrement des coûts nécessite la négociation d'une approche nouvelle pour réduire les coûts, introduire des mécanismes de solidarité, et mobiliser les fonds pour des stratégies au niveau communautaire.

Le tiers des familles achète les médicaments dans la rue car les populations tendent à se soigner elles-mêmes. Cette coupure culturelle entre les populations et le personnel de santé nécessite un travail participatif pour rechercher ensemble des solutions, ce qui demande des compétences nouvelles et un travail avec les animateurs endogènes. Chaque centre ayant ses propres statistiques, les comités de gestion et le personnel devraient les analyser pour décider d'une stratégie locale. Au niveau de l'Etat, deux autres enseignements sont à tirer :

- les lenteurs dans l'élaboration des textes, en particulier d'application de la loi sur l'exercice privé de la médecine, ont comme résultat la création de centres de santé privés sans respect des normes et sans contrôle ;
- la mise en place de nouvelles collectivités locales nécessite une clarification des missions de l'Etat

*Mesures à prendre pour l'avenir*

Des mesures s'imposent à quatre niveaux :

- Le renforcement des zones sanitaires afin d'assurer une approche intégrée à la santé (nutrition, eau potable, assainissement ...) et la mise en place des soins obstétricaux d'urgence accessibles de manière équitable ;
- Le développement d'une offre de soins périphériques de qualité avec la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant qui met l'accent sur les soins préventifs et promotionnels ainsi que des actions de santé communautaires, ce qui demande une réorientation de la stratégie d'intervention des centres et des tâches du personnel ;
- L'articulation avec les nouvelles collectivités locales à travers un dialogue avec les structures concernées ;
- Une approche de santé communautaire pour appuyer les initiatives, créer et gérer des systèmes de solidarité pour faire face aux risques et prendre en charge des indigents permanents ou passagers.

**(Db2) - Mesure spécifique : La santé des enfants (Sida)***Donner priorité à la prévention et au traitement du Sida*

Le nombre estimé de cas de Sida (5000 à 6000 par an) et de la séroprévalence (4,1% en 1999) reste faible, cette dernière étant plus forte en milieu rural depuis 1997, surtout dans l'Ouémé (5,7%) et le Zou (7,9%), lieux de forte immigration, de grands marchés vivriers et d'importants échanges transfrontaliers informels. La contamination est surtout par les rapports hétérosexuels (89% des cas) et la transmission mère-enfant (4% des cas). Des pratiques culturelles déterminent l'importance des relations hors-union, l'activité sexuelle étant plus importante dans le Sud. L'utilisation du condom reste faible parmi les femmes en rupture d'union mais nettement plus élevée parmi les hommes (11% et 34%), plus forte chez les célibataires (17% des femmes et 53% des hommes célibataires), surtout en milieu urbain et parmi les jeunes ayant un bon niveau d'éducation formelle.

*Prévention (information et éducation)*

Créé en 1985 au sein du ministère chargé de la Santé, le programme national de lutte contre le Sida réalise la surveillance épidémiologique à partir de 10 sites sentinelles et publie les estimations de séroprévalence, de cas de Sida, de décès d'enfants dus au Sida et d'orphelins de parents morts du Sida. Le programme coordonne les actions officielles menées par rapport au Sida, fait la promotion du plaidoyer en direction des décideurs politico-administratifs, leaders d'opinion, chefs coutumiers, législateurs, etc. ainsi que les activités d'information, d'éducation et de prévention qui sont réalisées par de nombreux acteurs, notamment au sein de la société civile.

Le Sida et les moyens de prévention sont mieux connus grâce aux interventions de quelques centres de santé privés, des centres sociaux, plusieurs ONG (membres d'un réseau) et des radios depuis une dizaine d'années, auprès des populations, des adolescent(e)s, des travailleurs du secteur de transport et des travailleurs de sexe. C'est la communication interpersonnelle qui reste le moyen le plus efficace de diffusion. Les témoignages de membres de l'association des Personnes vivant avec le VIH ont contribué à briser le tabou culturel à propos du Sida et à promouvoir un changement d'attitude. Une ONG internationale commercialise des condoms à faible coût (14 000 points de vente) mais l'utilisation est actuellement officiellement condamnée par l'église catholique.

#### *Traitement du SIDA ; prise en charge « orphelins du SIDA »*

Les décès cumulés dus au Sida ont atteint 36 500 en 1999, dont 2 200 décès d'enfants. La séroprévalence est élevée parmi les consultants MST (9,65% dans les sites sentinelles en 1999) mais parfois mal identifiée. Les personnes infectées étaient souvent rejetées par leur milieu jusqu'à une période très récente et la prise en charge du Sida thérapeutique n'est pas assurée. Toutefois, pour réduire la transmission mère-enfant, une approche pilote est actuellement mise en œuvre dans la plupart des maternités à Cotonou avec un traitement en fin de la grossesse et après l'accouchement des mères séropositives nécessiteuses, afin de limiter la transmission mère-enfant. Il n'y a pas de prise en charge systématique des enfants orphelins du Sida, cette question relevant des familles et des communautés d'origine ; quelques associations privées de bienfaisance ont cependant commencé à s'en occuper.

#### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

L'enseignement principal est que le Sida est autant, sinon plus une question sociale qu'un problème de santé, ce qui implique des actions sociales par des personnes compétentes dans ce domaine. Des actions concertées d'envergure sont nécessaires pour accroître la connaissance du Sida en milieu populaire. Mais même en connaissant le Sida et des moyens pour l'éviter, les changements de comportements n'interviennent pas automatiquement. Assez bien connu et bien distribué, le condom n'est pas bien utilisé, à cause des réticences culturelles : des femmes qui ont peur que l'on les prenne pour des prostituées, des hommes ne veulent pas s'en servir..

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Une meilleure connaissance des groupes socio-économiques à risque est nécessaire : l'étude lancée par le ministère des Transports sur les travailleurs du secteur est un exemple de ciblage plus précis. La priorité des actions d'information est à donner aux enfants et adolescents à l'école, les Maisons des jeunes et d'autres lieux de rencontre, à la formation des personnes qui encadrent les enfants et les adolescents, d'où l'intérêt d'actions auprès des groupes déjà existants (tontines, chorales, groupes culturels, équipes sportives, etc.), des fora villageois et de quartier et tout autre lieu de rassemblement. Une approche plus volontariste de l'Education nationale est nécessaire pour renforcer l'initiative de l'Institut national de formation et de recherche en éducation et de la direction de l'Hygiène et introduire officiellement le sujet dans le programme scolaire. Il faudrait mieux cibler les catégories socio-économiques à risque : travailleurs de sexe ; travailleurs du secteur transport ; militaires et gendarmes ; femmes rurales, surtout celles n'ayant pas fréquenté l'école. Pour éviter des blocages, il est nécessaire d'instaurer un dialogue avec les structures religieuses.

Les centres de santé devraient être plus actifs dans la lutte contre le Sida, notamment en améliorant l'accueil des adolescents et jeunes. Le développement des activités pour réduire la transmission mère-enfant est urgent ainsi que le développement de la prise en charge sociale et l'appui psychologique aux niveaux communautaire et familial. L'intervention des membres de l'association des Personnes vivant avec le VIH pourrait promouvoir l'introduction des anti-rétroviraux pour les malades et les modalités de prise en charge des frais (création d'un fonds de soutien). Par ailleurs, il faudrait renforcer considérablement le dépistage, la prise en charge des MST, notamment chez les adolescents.

### **(Db3) - Mesure spécifique : La santé des enfants (accès à l'eau potable)**

#### *Degré d'accès à l'eau potable et la corvée d'eau pour les filles/femmes*

Des progrès considérables ont été réalisés avec une augmentation de l'accès à l'eau potable de 46,5% à presque 60% en milieu rural et 71% à 75% en milieu urbain entre 1996 et 1999 ; au cours de la décennie, la corvée d'eau a été allégée pour quelques 850 000 filles et femmes. La gestion des points d'eau ruraux a été transférée à des comités villageois, avec la formation d'artisans réparateurs, réduisant les pannes de pompes de 30% en 1990 à 7% en 1998. De nombreux centres de santé et écoles

primaires ont été équipés avec une source d'eau potable avec la participation des populations. Un réseau d'eau potable a été construit ou renforcé dans 36 villes, le coût unique à la consommation évitant un prix excessif dans les villes secondaires. Dès le début de la décennie, l'accès financier en milieu urbain a été facilité par les branchements sociaux à coût réduit ; en milieu rural, on explore les possibilités de créer un fonds d'appui pour subventionner la contribution des communautés pauvres.

#### *Technologies utilisées*

En milieu rural, les techniques sont les puits à grand diamètre avec un treuil ou des forages équipés d'une pompe à motricité humaine, solution inévitable dans les terrains sur socle granitique (cas des ¾ du territoire). Le nombre de modèles de pompe a été réduit et des achats groupés réalisés afin de réduire le prix d'achat et faciliter l'entretien. Dans quelques grands centres ruraux, la réalisation d'un « mini-réseau » a réduit le coût d'exploitation.

#### *Sensibilisation sur l'approvisionnement en eau potable*

Des progrès importants ont été accomplis pour renforcer les capacités des communautés rurales à s'organiser et à gérer les installations et, dans quelques cas, à assumer les fonctions de maîtrise d'ouvrage délégué pour les travaux.

Des actions d'éducation sanitaire visent à réduire les risques de pollution de l'eau lors du transport, du stockage et de la consommation. Toutefois, l'impact sur la réduction des maladies hydriques n'a pas été encore abordé.

#### *Action nationale/coopération internationale*

L'ensemble des réalisations a été rendu possible grâce à la négociation d'accords de financement importants avec des agences de coopération et des banques de développement internationales (28 milliards FCFA entre 1995 et 1998, équivalent de 1 200 F/hab/an). La stratégie de réponse à la demande en milieu rural, appliquée à partir de 1994 est accompagnée du désengagement de l'Etat des réalisations et la sous-traitance au secteur privé national ; chaque projet réalisé comportait un volet assainissement, l'intermédiation sociale étant réalisée par des ONG formées au travail participatif. Des préparatifs administratifs et financiers ont été entamés pour la privatisation de la société nationale chargée de la distribution d'eau en milieu urbain.

#### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

La pérennité des points d'eau est devenue une préoccupation majeure ; l'intermédiation sociale et la participation financière des populations sont des facteurs de leur appropriation. Généralement accepté en milieu rural, le paiement de l'eau couvre les frais d'entretien, mais exclut les familles pauvres. Les habitants des zones périurbaines sont aussi exclus. De toute façon, on réalise que l'accès à l'eau potable seul n'améliore pas la santé et que le transfert des compétences pour l'approvisionnement en eau potable aux collectivités locales va créer une situation nouvelle.

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Une nouvelle politique est nécessaire avec le transfert des responsabilités aux 80 nouvelles collectivités locales, en tenant compte de l'exclusion à cause de la pauvreté et des capacités en gestion acquises, mais aussi la nécessité de les renforcer encore. Une meilleure connaissance de l'impact de l'eau potable sur la santé et des changements de comportement en matière d'utilisation de l'eau potable et de protection de sa qualité est nécessaire. Le maintien d'un niveau élevé d'investissement est nécessaire avec le dégagement d'une épargne de l'exploitation.

### **(Db4) - Mesure spécifique : La santé des enfants : Accès à l'hygiène publique**

#### *Degré d'accès à l'assainissement*

Le tiers des ménages ont une latrine couverte contre 20% en 1996 ; un modèle à simple fosse ventilée est construit par plus de 900 maçons, formés depuis 1995 ; les centres de santé et écoles primaires sont équipés avec des latrines à double fosse ventilée. Les logements de standing traitent des eaux usées (couverture urbaine : 3% en 1996). Au point zéro en 1990, la pré-collecte des ordures ménagères est réalisé en ville par des groupes de jeunes.

#### *Sensibilisation sur l'assainissement*

La sensibilisation a été réalisée surtout par des projets d'eau et d'assainissement à partir de 1994, avec la formation aux méthodes participatives, l'harmonisation des différents supports pédagogiques et l'introduction de l'hygiène dans les programmes scolaires. La prise de conscience avance: en campagne, la demande de latrines s'accroît et en ville, les familles paient progressivement la pré-collecte des ordures ; les décideurs prennent aussi conscience.

#### *Politiques et structures d'assainissement*

La politique nationale a été approuvée en 1995, les décrets d'application du Code d'hygiène public en 1998 et la loi-cadre sur l'environnement en 1999. Les lois sur la décentralisation attribuent aux collectivités locales la collecte et traitement des déchets solides et liquides et la préservation des conditions d'hygiène. La direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de base a été créée en 1990 ainsi que la direction de l'Assainissement et des Voies urbaines et un service d'Education

environnementale ; le service IEC-Santé a été renforcé. Un corps de brigadiers sanitaires a été créé et formé, celui des les agents d'hygiène en 1998 et la police sanitaire à Cotonou en 1999.

#### ***Enseignements tirés de l'expérience de la décennie***

Le renforcement des interventions est le signe d'une volonté politique. L'information des populations est la plus efficace par la communication interpersonnelle mais ne suffit pas pour changer les comportements ; un des freins est le manque de compréhension des perceptions populaires et la circulation d'information erronée. Par contre, le marketing fait par les maçons a induit des changements de comportement chez les clients, approche à valoriser ainsi que l'appui aux communautés par des ONG et des échanges sous-régionaux, source d'innovations.

#### ***Mesures à prendre pour l'avenir***

L'information par les radios communautaires et la communication interpersonnelle est à renforcer afin de susciter des changements de comportement ; ceci suppose une meilleure compréhension des déterminants du comportement, la diffusion du matériel didactique approprié et le renforcement de la formation du personnel du sous-secteur. En même temps, il faudrait renforcer l'éducation primaire en matière d'hygiène du milieu.

L'assainissement doit recevoir nettement plus de ressources, notamment dans les projets et pour l'appui aux nouvelles collectivités locales ; les actions de santé communautaire sont à promouvoir ainsi qu'un programme Ville-Santé et la formation du personnel de santé.

### **(Db5) - Mesure spécifique : La santé des enfants (éradication du ver de Guinée)**

#### ***Éliminer les maladies transmises par l'eau (ver de Guinée)***

Le nombre de cas a diminué de 37 414 en 1990 dans 3762 localités à 492 en 1999 dans 89 localités. Les zones les plus infectées sont frontalières avec des pays voisins, surtout dans le du Zou (2/3 des cas). Le Programme de lutte contre la dracunculose a commencé en 1993 avec la surveillance épidémiologique, l'isolement et traitement des cas et les actions communautaires de prévention (distribution de 100 000 filtres, éducation des parties prenantes, mobilisation de 2500 agents communautaires, traitement des mares) et la réalisation de forages. Quand aux diarrhées, elles sont en baisse dans le cas où il y a une latrine couverte, soit 1/3 des ménages.

#### ***Enseignements tirés de l'expérience***

La réalisation des points d'eau, avant le versement complet de la contribution de la communauté a permis une réduction rapide des cas. Mais les échanges transfrontaliers sont un frein à l'éradication, les rapports informels établis avec le programme en cours au Togo doit être renforcé par un accord formel de coopération La formation et l'appui rapproché de relais communautaires et coordonnateurs de commune étaient des éléments fondamentaux de la réduction des cas. Le maintien de la motivation des relais bénévoles est important.

#### ***Mesures à prendre pour l'avenir***

La réalisation d'un point d'eau dans les quelques communautés non encore équipées est nécessaire ainsi que le renforcement des moyens de motivation des relais communautaires. Il faudrait dès maintenant préparer les modalités de surveillance qui seront à mettre en place pendant trois ans dès que le niveau de 0 cas sera atteint.

### **(Dc) - Mesure spécifique : Alimentation et nutrition**

#### ***Veiller à la sécurité alimentaire familiale***

Les besoins alimentaires sont couverts par les disponibilités théoriques croissantes au cours de la décennie, qui atteignent 2 754 kcal et 61,4 g de protéines en 1999. Le projet d'interventions locales pour la sécurité alimentaire, lancé en 1991, a permis une meilleure connaissance des relations entre malnutrition et pauvreté et l'identification de 14 sous-préfectures à risque en 1998. Les ONG intermédiaires ont réalisé l'appui à de micro-projets générateurs de revenus et de gestion/stockage communautaire des vivres, des aménagements agricoles, la formation, etc., accompagnés par des micro-crédits.

De nouvelles variétés de maïs hybride ont été vulgarisées et intégrées dans les systèmes agricoles paysans, ce qui a permis à trois sous-préfectures à risque de produire et commercialiser des excédents. L'Office national d'appui à la sécurité alimentaire fait la promotion des stocks de sécurité afin de peser sur les prix lors de la période de soudure, fournit des produits de conservation des récoltes et renforce le système d'information sur les marchés. Pour faciliter l'accès aux marchés, un programme d'action prioritaire de 5 000 km de pistes rurales a été mis en œuvre vers la fin de la décennie, l'entretien devant être assuré par les usagers.

### *Nutrition de la femme enceinte et allaitante*

Résultat d'une malnutrition chronique au cours de l'enfance ou l'adolescence, 8% des femmes avaient une taille de moins de 1,50m en 1996 ; 15% souffraient d'un déficit énergétique chronique. Chez les femmes enceintes, 62% sont anémiées dans les zones à risque du PILSA en 1998 ; les goitres sont endémiques chez les adultes. La situation nutritionnelle de la femme enceinte est suivie aux cours des consultations prénatales : chaque femme est traitée contre le paludisme (une des causes de l'anémie) et reçoit un supplément de fer ; un supplément de vitamine A est donné à des femmes en post-partum dans les centres de santé publics du Nord. Des conseils sur l'alimentation de la mère allaitante sont donnés lors des accouchements assistés.

### *Nutrition du jeune enfant en croissance*

Des progrès ont été réalisés dans la promotion de la nutrition de l'enfant. Un Code sur la vente et l'utilisation des substituts de lait a été élaboré en 1994 ; 6 centres avaient été homologués comme Hôpitaux amis des bébés à cette date et 26 autres jusqu'en 1998. Les parents sont sensibilisés sur l'allaitement exclusif et la supplémentation lors de l'accouchement et dans tous les lieux de suivi de la croissance de l'enfant (centres de santé, structures du ministère du Développement rural ONG et le programme alimentaire et nutritionnel de la Protection sociale) qui touchent environ la moitié des enfants de 0-23 mois. Malgré le suivi, la situation nutritionnelle ne s'améliore pas ; l'allaitement maternel est très prolongé mais seulement 14% des enfants de 0-3 mois en bénéficient de l'allaitement exclusif bien que la proportion atteigne entre 59% et 89% des enfants de cet âge dans 3 des 4 zones de convergence du programme de coopération gouvernement-UNICEF ; commencée très jeune, la supplémentation est de qualité inadéquate et contribue aux niveaux élevés de malnutrition protéino-énergétique constatés chez les enfants de moins de 3 ans : 29% avec un faible poids/âge, 14% émaciés et 25% avec un retard de croissance en 1996. En milieu rural, les enfants de ménages pauvres avaient un retard de croissance plus élevé que les enfants de ménages non-pauvres. La récupération nutritionnelle, qui devient alors essentielle, est assurée à domicile ou à titre ambulatoire sauf pour les cas graves qui sont référés à un des 16 centres spécialisés ou des hôpitaux publics ou privés.

La pauvreté étant un facteur majeur de la malnutrition, le programme alimentaire et nutritionnel étant modifié pour en tenir compte, avec la création d'une activité d'épargne-crédit depuis 1995 pour promouvoir des activités génératrices de revenus et, à partir de 1997, la responsabilisation des communautés pour la pesée et la distribution des vivres.

De grands progrès ont été accomplis dans la connaissance des carences en micronutriments. Les enquêtes de 1994 et 1995 auprès des enfants indiquent une prévalence importante de goitre dans l'Atacora, le Borgou et le Zou ; en 1999, entre 63% et 83% des enfants préscolaires (1-5 ans) avaient une carence en vitamine A dans 5 des 6 départements. Des progrès ont été réalisés également dans la lutte contre ces carences : la supplémentation en fer/acide folique se fait lors des visites prénatales ; depuis 2 ans, les capsules de vitamine A ont été incluses dans la liste des médicaments essentiels et la supplémentation systématique faite pour les femmes en post-partum et des enfants de 6 mois à 5 ans, notamment lors des journées nationales de vaccination (couverture 75% et 63% des enfants dans l'Atacora et le Borgou et de 27% et 50% des femmes en post-partum). Pour les TDCI, un arrêté interministériel de sep. 1994 interdit le sel non iodé et réglemente la production du sel au Bénin tandis qu'une campagne d'information a été menée avec la célébration d'une journée nationale contre les TDCI. La disponibilité du sel iodé est passée rapidement à 78% (rural/urbain : 76%/84%) en 1996, une augmentation très importante en 1999 dans l'Atacora (+ 37 points) et le Zou (+ 16 points) en 1999, le résultat étant déjà une baisse notable du goitre en milieu scolaire, bien que la prévalence reste plus élevée dans le Nord Atacora, le Sud Borgou et le Nord Zou et, à un moindre degré, l'Ouémé.

Peu d'informations chiffrées existent sur l'état nutritionnel des enfants âgés de 5 ans ou plus, bien que l'on sache que les taux élevés de redoublements et d'abandons de l'école primaire y sont liés. La création de cantines scolaires est une des stratégies mises en œuvre depuis 1994 en partenariat entre les associations de parents d'élèves et le PAM.

### *Adoption de politiques, arrangements institutionnels et priorités*

Un Comité national pour l'alimentation et la nutrition a été créé en 1994 et un sous-comité de concertation sur la sécurité alimentaire en 1998, tous deux présidés par le ministère du Développement rural avec le ministère de la Santé publique comme vice-président ; un Plan d'action national a été élaboré à la suite de la Conférence internationale sur la nutrition à Rome en 1996. Cependant, trois ministères partagent encore les responsabilités pour la production et la sécurité alimentaire, la distribution des vivres et le contrôle des prix et la nutrition sans qu'une politique et une orientation stratégique ont été décidées et mises en œuvre.

### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Le premier enseignement concerne la difficulté de changer des habitudes nutritionnelles uniquement à partir de l'information des mères, compte tenu de la pauvreté et la nécessité d'impliquer toute la famille. Les actions pour augmenter les capacités de production alimentaire ainsi que les micro-projets de génération de revenus ont néanmoins permis certaines avancées. En deuxième lieu, le problème de la malnutrition n'est pas une priorité des formateurs et planificateurs où le personnel de santé et les comités de gestion. Par ailleurs, lors de l'identification des problèmes avec les communautés, la malnutrition des enfants

est rarement identifiée. Enfin, l'absence d'une politique nationale clairement exprimée, avec des plans d'action réalistes et coordonnés semble également freiner les progrès dans le domaine de l'alimentation et nutrition.

### **Mesures à prendre pour l'avenir**

Il faudrait mettre en œuvre des mesures pratiques qui réduiront effectivement la malnutrition des enfants, des jeunes adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes. La promotion de changements de comportement est indispensable en matière de production vivrière, de transformation et de stockage, de distribution et de consommation au sein des familles, surtout des familles pauvres. Il s'agit d'un défi social majeur de modification des habitudes alimentaires, composante essentielle de la culture.

Plusieurs mesures opérationnelles sont à prendre. Une des plus évidentes est la mise en œuvre des actions pratiques du programme quinquennal de nutrition secteur santé 2000-2004 dans le cadre du projet « Santé population », en particulier l'intégration effective du protocole des actions nutritionnelles dans les soins maternels et infantiles et les actions systématiques contre les carences en micronutriments. Il faut assurer la mise en œuvre d'actions locales mettant l'accent sur l'augmentation des ressources de la mère et l'éducation du père. Ces actions locales devraient inclure également la dynamisation des actions en faveur des enfants d'âge scolaire (cantines, notamment) et des actions en faveur des adolescent(e)s.

Ces mesures opérationnelles devraient faire l'objet d'une concertation pratique entre les différents acteurs publics et privés (producteurs, transporteurs et commerçants, ONG) à différents niveaux, notamment les nouvelles collectivités locales, les départements et sur le plan national. Ces concertations, l'analyse et le partage des expériences qui devraient créer une base pour l'élaboration et la mise en œuvre effective d'une politique efficace d'alimentation et de nutrition.

## **(Dd1) - Mesure spécifique : santé maternelle et planification familiale**

### **Survie des femmes et santé de la reproduction**

L'espérance de vie des femmes était estimée à 58,2 ans en 1996, contre 56,1 ans en 1992. La plupart des progrès en santé de la reproduction sont le résultat de l'Initiative de Bamako (cf. section Db) qui intègre les consultations prénatales et l'accouchement assisté, occasions importantes d'éducation des mères. De nouvelles préoccupations se font jour aujourd'hui, notamment la mise en place de zones sanitaires, les soins obstétricaux d'urgence, l'équipement des maternités, la formation du personnel et le renforcement de la planification familiale.

Le taux des consultations prénatales dans les centres de santé publics a augmenté 1,2 fois (69% des femmes enceintes en 1995 (plus 12% des femmes enceintes en 1996 dans le secteur privé), pour plafonner depuis ; cependant, la moitié des premières visites n'est faite qu'au 5<sup>e</sup> mois de la grossesse ou plus. Les accouchements assistés par un personnel médical ont augmenté 1,45 fois (62% des accouchements en 1999, plus 10% dans les structures sanitaires privées). La qualité des soins a été améliorée par l'équipement, la réhabilitation ou la mise en service de nouvelles infrastructures et par le recyclage du personnel. Les mesures sont en cours pour assurer les soins obstétricaux d'urgence dans les hôpitaux de référence de 11 des 34 zones sanitaires prévues.

Des actions de santé à base communautaires sont menées par des ONG et des centres sociaux, ces derniers étant actifs dans un programme d'éducation nutritionnelle à base communautaire, qui touche environ 50 000 mères en fin de la décennie.

Avec le temps, les taux de fécondité diminuent pour les femmes de tous âges, ce qui réduit les risques de décès maternel, la plus grande réduction étant chez les femmes âgées de 15-19 ans (- 22% en 10 ans). Toutefois, le niveau élevé d'avortements clandestins constaté dans 3 départements est un facteur de risque important.

### **Mortalité maternelle**

La mortalité maternelle était estimée à 498 pour 100 000 naissances vivantes avec des pointes allant à plus de 1 200 dans certains endroits du Borgou. L'augmentation des CPN et surtout de l'assistance aux accouchements ainsi qu'une baisse du taux brut de natalité de 3,8 points en 10 ans laissent penser qu'il y avait peut-être une légère baisse du taux à la fin de la décennie. Cependant, l'accès physique et financier aux soins obstétricaux d'urgence reste très difficile.

### **Mortalité néonatale**

Des progrès importants ont été accomplis dans la réduction de la mortalité néonatale, qui passe de 51,4‰ à 38,2‰ entre 1987-91 et 1992-96. L'incidence est un peu plus élevée en milieu rural et 1/3 plus élevée dans le Mono. La conduite de la grossesse et les conditions de l'accouchement ont été améliorées grâce en partie au recyclage et à la supervision du personnel tandis que le nombre de naissances sans assistance qualifiée a été réduit de 127 000 à 104 000 en 1999.

Le nouveau né est à moindre risque lors d'un éventuel espacement des naissances et la vaccination antitétanique, bien que le bon niveau de ces derniers n'ait pas abouti à la réduction des cas de tétanos néonatal. L'incidence du faible poids à la

naissance, qui augmente légèrement de 12% en 1992-95 à 13% en 1996-97 et 14% en 1998, est un facteur à risque pour le nouveau-né et le signe d'une situation insatisfaisante de la mère, notamment son statut nutritionnel de jeune fille. Ce dernier aspect est préoccupant, compte tenu du niveau élevé de malnutrition chronique des enfants à 4 ans et des carences importantes en vitamine A chez des filles et, surtout à partir de la puberté, de l'anémie.

### ***Santé et bien-être des nourrissons***

Des progrès dans la capacité de la mère et d'autres gardes d'enfants à répondre aux besoins des nourrissons sont très nets pour les facteurs du niveau d'instruction, de l'éducation non-formelle et de la pauvreté non-monnaire mais pas pour le facteur de la pauvreté monétaire. Les campagnes d'information font la promotion de l'allaitement maternel et exclusif avec les 32 hôpitaux « Amis des bébés » alors que les conditions de l'environnement et les comportements en hygiène sont des facteurs négatifs.

### ***Information des couples sur la planification familiale (PF)***

Bien que 44% des naissances soient à haut risque, il y a eu une baisse tendancielle des naissances des adolescentes et une baisse de 18% de la fécondité des femmes de 35 ans et plus dans les 10 ans avant la décennie ; par contre, le pourcentage des naissances qui interviennent moins de 2 ans après la naissance précédente a augmenté (17% de toutes les naissances). L'indicateur synthétique de fécondité (ISF) reste élevé (6,2 en 1996) sauf dans l'Atlantique où le faible niveau indique un niveau très important d'avortements provoqués, apparemment utilisés comme méthode de contrôle des naissances.

Les services de santé maternelle fonctionnent dans tous les centres de santé publics, la PF dans ces centres et dans les centres de l'Association béninoise pour la promotion de la famille (ABPF) qui conseillent 55% de toutes les consultant. Les ONG du réseau pour la santé sensibilisent les populations sur les risques de la santé de la reproduction, les comportements à moindre risque et la PF, notamment pour les adolescents. Les 3/4 des femmes de 15-49 ans connaissaient une méthode moderne de contraception en 1996, seulement 3,4% des femmes utilisent les méthodes modernes en 1996 et 11% les méthodes traditionnelles. Les besoins non-satisfaits de contraception dépassent le 1/4 de toutes les femmes en union, sans compter les besoins de celles hors union, des adolescentes (dont le tiers a déjà commencé leur vie féconde), celles ayant eu un enfant moins de 24 mois après le précédent et des femmes ayant avorté.

Le premier facteur explicatif des besoins pour la PF est la parité de la mère : 23% de toutes les femmes déclarent ne plus vouloir d'enfant mais 43% des femmes ayant 4 enfants ou plus ne voulaient plus en avoir. Les obstacles majeurs à l'utilisation de la PF sont l'opposition de la femme elle-même à cause des réticences culturelles, dont la peur de devenir stérile - croyance assez répandue - ainsi que le manque de connaissance des méthodes. Les centres publics de santé n'informent pas les femmes seules et comme la discussion de ce sujet au sein du couple n'est pas fréquente, beaucoup de femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants sont privées car la moitié des hommes s'oppose à l'utilisation par leur femme. Les adolescents ne se sentent pas bien accueillis dans les services de PF dans les centres de santé.

### ***Enseignements tirés de l'expérience***

Bien que l'Initiative de Bamako ait revitalisé les services de santé périphériques, elle n'a pas donné lieu à une application plus large des SSP avec l'ensemble des 8 composantes, notamment dans la PF et la santé de la reproduction, ni à des actions en amont (soins obstétricaux d'urgence) et en aval (santé communautaire). On constate peu d'actions de prévention et de promotion et peu de préoccupations explicites pour des priorités telles que la santé des adolescent(e)s et les jeunes, les MST-SIDA, et prise en charge des populations extrêmement pauvres. Le système de monitoring se heurte à des réticences du personnel de santé pour mieux connaître les groupes cibles en termes sociologiques et réaliser des actions en dehors des centres.

La mortalité néonatale apparaît comme un problème spécifique, très peu maîtrisé auparavant ; la santé des nourrissons demande une amélioration des soins dans les centres, des actions à base communautaire et des interventions concertées (nutrition, hygiène, eau potable, etc.). Une augmentation du nombre et de la qualité de tout le personnel est nécessaire, en particulier dans l'Atacora et spécifiquement pour des sages-femmes.

Les naissances précoces et tardives, rapprochées et répétées sont à haut risque, mais la limitation et même l'espacement des naissances sont habituellement occultés tandis que l'accès à la PF est difficile pour les femmes malgré la demande réelle. Les autorités politiques semblent hésiter à s'engager en faveur d'une « fécondité responsable » et à renforcer l'information de la population sur les méthodes de planification familiale.

**Mesures à prendre pour l'avenir**

Pour mieux répondre aux besoins, il faudrait mettre en place des soins obstétricaux d'urgence et des actions de santé communautaire ; il faudrait des actions concertées : accès à l'eau potable ; accès à l'assainissement et changements de comportement en matière d'hygiène, augmentation du revenu des femmes, etc.

Les services de PF doivent être revitalisés et des actions ciblées sur les adolescents. Une campagne permanente d'information auprès des filles et adolescentes, des parents, des structures culturelles et religieuses à la base est à mettre en œuvre avec comme objectif de réduire les grossesses à risque (précoces, tardives, trop nombreuses ou trop rapprochées). Un dialogue est à instaurer avec les différentes autorités religieuses pour éviter des réticences.

**(Dd2) - Mesure spécifique : Rôle des femmes***Accès des femmes à «égalité avec les hommes : éducation, formation, crédit, vulgarisation*

Le pourcentage des femmes adultes lettrées a augmenté au cours de la décennie, passant de 17,2% en 1992 à 24,5% en 1996 et environ 29% en 1999. En 1993-97, le nombre de femmes qui suivaient les cours d'alphabétisation a doublé ; la proportion des femmes parmi les apprenants passe de 24% à 33% à la même époque. Quelques femmes sont apprentis dans des métiers « d'hommes » (menuiserie, soudure, mécanique, électricité) et les métiers de « femmes » (couturières, coiffeuses etc.) sont intégrés à des programmes d'appui aux artisans. La qualité de la formation non-formelle réalisée auprès de nombreux groupements de femmes est nettement améliorée.

Des progrès ont été réalisés dans l'accès des femmes au crédit : de nombreuses organisations interviennent dans ce secteur ; le réseau des Caisses locales de crédit agricole mutuel - responsable des ¾ de crédits du système financier décentralisé - a créé de « Tous petits crédits » pour les femmes vers 1997 et, en juillet 2000, le Crédit-épargne.

*Renforcement du statut et le rôle des femmes dans le développement*

Quelques progrès ont été accomplis dans le domaine législatif. La constitution du Bénin (1990) affirme l'égalité entre les sexes. Des démarches sont en cours pour modifier la législation qui ne reflète pas encore les principes des textes internationaux ratifiés par le Bénin, n'accordant pas une protection adéquate à la femme. Dans la promotion des femmes à des postes de responsabilité, les progrès sont plutôt lents : la proportion des femmes de la catégorie A parmi l'ensemble des femmes dans la fonction publique augmente peu et elles ne constituent que 12,5% des postes de haute fonction de l'Etat en 1998.

Plusieurs études ont été réalisées sur : ; la situation juridique et les droits de la femme (1990) ; la santé et la fécondité (1996) ; le vécu et la perception des femmes (1998) ; le temps de travail (1998) ; Genre et développement humain (1998) ; l'analyse de situation de la femme et de l'enfant (1998). Un début de désagrégation des statistiques a été introduit dans plusieurs domaines.

Des progrès ont été accomplis pour améliorer le statut social de la femme : la vulgarisation de la CEDEF et surtout la promotion des activités économiques. De nombreuses associations et ONG mettent l'accent sur les droits de la femme, les violences et les activités économiques. L'élection de femmes est encouragée aux comités de gestion des points d'eau ou des centres de santé et aux bureaux des associations de parents d'élèves. Des actions sont en cours auprès des exciseuses pour lutter contre les mutilations génitales des femmes.

Le progrès le plus important est la prise de conscience générale des questions relatives au statut de la femme, malgré la persistance de différences d'opinion à propos des modifications proposées à la législation. Dans la deuxième moitié de la décennie, il y a eu d'importantes démarches officielles avec la création d'un ministère chargé de la Femme et l'élaboration d'une politique nationale de promotion de la femme, validée en novembre 2000. Deux initiatives particulièrement pertinentes sont la création de centres de conseils juridiques dans les principales villes et la formation de femmes juristes « à pieds nus » qui travaillent en milieu rural avec des groupements de femmes.

**Enseignements tirés de l'expérience de la décennie**

L'amélioration du statut de la femme entraîne des changements culturels et sociaux profonds qui prennent du temps, à cause de la dominance de l'homme et la soumission de la femme. Un travail prolongé est nécessaire pour modifier la législation et mettre en œuvre la CEDEF et les engagements de Jomtien, Le Caire et Beijing. L'information, la promotion du débat public et le plaidoyer auprès des instances économiques, techniques et politiques par la société civile s'imposent plus que jamais. L'accès équitable des filles à l'éducation et autres services de base nécessite également des actions de longue durée ainsi que la prise en compte des aspects culturels et économique ; une augmentation de la scolarisation des filles se heurte non seulement à des réticences sur le plan culturel et au manque de moyens financiers, mais aussi à une question de coût d'opportunité pour les parents.

En deuxième lieu, il apparaît que l'amélioration de la situation économique de la femme constitue l'un des moteurs de l'amélioration de son statut social : la participation accrue des femmes aux dépenses monétaires au sein des ménages (notamment en période de crise économique) a eu tendance à créer de nouvelles relations entre les parents. Au début de la décennie, le discours sur la promotion de la femme avait quelque peu voilé les questions du faible accès des populations pauvres aux services de santé, d'éducation, de formation et de crédit ainsi que les relations de genre. Certains projets de promotion économique de la femme ne tiennent pas suffisamment compte de cette question et l'amélioration de la situation des hommes et des femmes.

### **Mesures à prendre pour l'avenir**

Les propositions de mesures à prendre comportent :

- la mise en œuvre de mesures pratiques relatives aux engagements internationaux pris, avec une campagne d'information et un large débat public ainsi que le plaidoyer auprès des forces sociales, économiques et politiques ; ceci implique la modification rapide du statut juridique par la révision de la législation et du statut économique et social, grâce à des activités génératrices de revenus, l'accès au crédit et l'appui aux micro-entreprises ;
- la poursuite de l'effort déjà réalisé pour désagréger systématiquement les données désagrégées ;
- l'engagement de plus de femmes pour encadrer les populations dans les domaines où la question de l'équité se pose : alphabétiseurs, formateurs, promotrices et gérantes de crédit, vulgarisatrices, institutrices ;

### **(De) - Mesures spécifiques : Rôle de la famille**

#### *Soins et protection de l'enfant : Apprentissage de la culture, des valeurs et des règles de la société*

Au Bénin, les enfants développent leurs capacités dans un milieu familial étendu qui assure, pour la plupart d'entre eux, un développement culturel et l'apprentissage des valeurs de la société. L'enfant est une richesse pour la famille élargie dont les membres apportent un soutien à l'enfant et aux parents. L'enfant tend à circuler très jeune entre des membres de sa famille, afin de les connaître et apprendre des valeurs familiales. L'apprentissage de la culture se fait également à travers les classes d'âge qui se transforment en milieu urbain en groupes de jeunes et adolescents qui se réunissent pour des loisirs et des jeux, forme d'apprentissage par les pairs. Un soutien à de telles formes d'organisation vient des activités menées auprès des adolescents par un nombre croissant de Centres de jeunes et de loisirs (35 fonctionnels en 2000), des associations de culture, de jeunes, de sports et de loisirs ainsi que des ONG, qui proposent des alternatives à une culture de masse commercialisée.

#### *Soutien aux parents, aux autres gardiens et à la communauté pour l'épanouissement de l'enfant dans le milieu familial*

L'ensemble des interventions publiques et privées privilégie la famille comme l'unité de base sociale de l'ensemble de leurs actions. Les programmes sociaux (santé, éducation, nutrition, ...) s'appuient sur la famille - surtout la femmes - et cherchent à renforcer leurs capacités. Malgré des progrès dans ce domaine, l'épanouissement de la personnalité de l'enfant n'est pas souvent garanti dans sa propre famille, les rapports parents-enfants étant plutôt autoritaires dans les cultures endogènes et le châtimement corporel faisant partie des normes sociales de l'éducation.

#### *Prévenir la séparation des enfants avec leurs familles*

Un garçon sur 10 et une fille sur 6 de moins de 15 étaient séparés de leur famille en 1996, soit un total de quelques 789 000 enfants (14% de la classe d'âge) dont 163 300 orphelins ; parmi eux, environ 345 000 avaient de 5 à 14 ans. Bien qu'une partie de ces enfants soient confiés à un autre membre de la famille, les autres étaient des enfants placés et une campagne d'information a été lancée auprès des populations dans la deuxième moitié de la décennie pour décourager le placement.

Quelques progrès ont été réalisés par rapport à l'adoption des enfants : les adoptions internationales ont été suspendues et la priorité donnée à l'adoption nationale, en conformité avec le Code civil de 1958. Le nombre d'organisations d'accueil des orphelins a beaucoup augmenté au cours de la décennie (59 structures qui accueillent plus de 11 000 orphelins en 2000) et des expériences ont été menées pour prendre en charge les enfants dans des familles d'accueil. Mais l'absence de surveillance des adoptions et la pratique généralisée de l'adoption non-officielle sont encore des sujets de préoccupation.

Des progrès ont été réalisés également pour la prise en charge des enfants errants, en fugue (souvent des enfants placés) et des enfants de/dans la rue, notamment par deux structures sociales privées qui travaillent en étroite collaboration avec les services sociaux et la Brigade de protection des mineurs.

#### **Enseignements tirés de l'expérience de la décennie**

La première leçon est celle des difficultés d'intervention dans des milieux populaires ayant des valeurs culturelles assez différentes de celles valorisées par la CDE. Ceci rend tout travail avec les parents et des familles d'accueil des enfants placés particulièrement difficile. En deuxième lieu, l'ensemble des interventions souffre de l'absence d'une approche globale mise au point par les acteurs du secteur, entérinée dans la forme d'une politique générale avec des stratégies de protection de l'enfant

et comportant une section spécifique sur l'appui aux familles. Enfin, la mobilisation des ressources nécessaires constitue un frein majeur au développement des activités.

### **Mesures à prendre pour l'avenir**

La poursuite des travaux d'élaboration d'une stratégie de protection sociale, commencés en 1999, est un domaine prioritaire. Toutefois, il sera utile de mener une réflexion sur le plan technique et politique à propos des modalités de financement de nouveaux programmes pour savoir si les sommes qui seront dégagées pour les actions sociales par la remise de la dette pourraient financer des interventions ou si un financement extérieur complémentaire est nécessaire.

## **(Df) - Mesure spécifique : Education de base et alphabétisation**

### *Education pour tous*

En matière d'éducation de base, des progrès très importants ont été réalisés au cours de la décennie aussi bien pour les enfants que pour l'alphabétisation et d'autres formes d'éducation des adultes. En ce qui concerne la petite enfance, le progrès accomplis dans les activités d'éveil sont moins évidents.

### *Accroissement des activités d'éveil pour la petite enfance*

Les dépenses publiques pour les écoles maternelles ont augmenté de 28% entre 1994 à 1996 et la capacité d'accueil a plus que doublé depuis 1989/90, le nombre d'enfants inscrits passant de 13 164 à 26 600 en 10 ans, sans que le taux de scolarisation dépasse 3%. L'offre privée, en forte croissance depuis 1993/94, n'est accessible qu'aux couches sociales relativement aisées. En milieu rural, l'offre formelle est quasi-inexistante, mais quelques activités d'éveil sont des établissements d'éveil de la petite enfance mis en place au niveau communautaire : dans l'Atlantique, les « Apatam enfance », créés dans la deuxième moitié de la décennie, permettent l'encadrement des petits enfants par des adolescentes déscolarisées formées à cette tâche, ce qui leur donne un emploi rémunéré et en même temps libère la grande sœur qui peut aller à l'école.

### *Accès universel à l'éducation de base*

Des progrès très importants ont été accomplis dans l'enseignement primaire, en premier lieu avec l'amélioration des connaissances grâce à des études, la mise à jour régulière des statistiques scolaires et l'analyse de l'évolution, l'identification des zones de faible scolarisation, le coût du système et le coût pour les parents, ainsi que la mise en exergue des écarts entre garçons et filles, familles pauvres et non-pauvres. Plusieurs études ont exploré également les aspects qualitatifs : qualité de l'offre, déterminants de la demande, motivations et comportements des ménages, rapports scolarisation/domiciliation avec les parents, l'influence de la culture attelée, la réticence des parents à la scolarisation des filles et les causes de leurs abandons scolaires, le travail des enfants scolarisés ou non, etc.

C'est surtout dans la scolarisation que des progrès très importants ont été réalisés, en qualité autant qu'en quantité, en particulier pour la scolarisation des filles. Avec la restitution des écoles confessionnelles aux congrégations et une augmentation du nombre d'écoles au cours de la décennie (+ 30 %), de classes (+ 46%) et d'enseignants (+ 34%), le nombre d'enfants inscrits a plus que doublé entre 1989/90 et 1998/99. De 1989/90 à 1997/98, le taux brut d'admission en première année est passé de 56,6% à 69,9% et le taux net de scolarisation de 38,3% à 62,2%.

Les principales actions pour promouvoir l'accès des filles à l'éducation de base sont l'augmentation générale des places scolaires, la sensibilisation de proximité des parents et une mesure très importante mise en oeuvre à la rentrée de 1993, à savoir l'exonération du paiement des contributions scolaires pour les parents de filles en milieu rural, mesure accompagnée d'une campagne intense de sensibilisation auprès des parents, campagne qui se poursuit à chaque rentrée. Cette mesure a eu un impact immédiat sur l'admission des filles en première année à la rentrée 1993/94. L'indice de parité (rapport entre taux bruts d'admission filles/ garçons) faisait un bond de 13 points pour atteindre 0,70 avant de passer par la suite à 0,72 en 1997/98, avec des variations de 0,64 (Atacora) à 0,80 (Atlantique), où la parité élevée est le résultat du très bon niveau de scolarisation des filles à Cotonou. Malgré cet impact positif en première année, l'écart persiste entre les taux nets de scolarisation : 49,7% pour les filles et 74,9% pour les garçons en 1997/98. Des inégalités existent aussi sur le plan social : l'écart dans les taux de scolarisation entre milieux rural et urbain était de plus de 40 points en 1994-95 ; l'écart entre les enfants de ménages pauvres et non-pauvres était de 11 points en milieu rural et 9 points en milieu urbain, où 56% des enfants n'étaient pas scolarisés pour des raisons économiques (la nécessité de travailler ou le coût trop élevé des études), proportion qui descend à 43% en 1999-2000.

En plus de ces inégalités, l'objectif de faire terminer l'école primaire par 80% des enfants qui la commencent n'est pas encore atteint. Les abandons des filles étaient autrefois plus fréquents et plus précoces que ceux des garçons, la différence n'ayant été réduite que par la baisse de leur performance : le taux de survie à l'entrée en 5<sup>e</sup> année était de 72% pour les garçons et 63% pour les filles en 1989/90, mais tombe à 66% et 62% en 1996/97.

Le coût d'opportunité pour les parents et la préférence pour l'éducation des garçons sont des facteurs importants des écarts entre garçons et filles tandis que la rigidité des programmes et du calendrier scolaire, l'existence de stéréotypes négatifs dans les manuels et le mauvais comportement de certains enseignants, les coûts directs de la scolarisation constituent aussi un obstacle à la scolarisation des garçons. Jusqu'à la fin de l'année scolaire 1999-2000, les contributions scolaires des parents étaient les seuls fonds disponibles pour le fonctionnement quotidien de chaque école. Fixé en principe par le ministère chaque année avec des variations selon les départements et le milieu (urbain, rural), le montant moyen est passé de 694 FCFA à 848 FCFA par élève entre 1993 et 1996. En 1999-2000, les taux variaient entre 500 - 1000 FCFA dans les zones rurales du Nord, 1500 FCFA dans une ville du Zou-Nord et jusqu'à 5 000 ou 6 000 FCFA dans l'agglomération de Cotonou, le montant moyen ayant été estimé à 2 720 FCFA par enfant. Les autres frais supportés par les parents étaient estimés entre 3 860 à 5 140 FCFA pour l'uniforme et 5 240 à 8 290 FCFA pour les fournitures et matériel scolaires en 1999. En plus de l'écolage, l'Association des parents d'élèves (APE) fixait souvent un montant de contribution pour un projet de réparation, de réhabilitation, de construction ou d'équipement, mais aussi pour payer des enseignants vacataires.

Pour réduire les difficultés des parents dans ce domaine, sans réduire les ressources des écoles, une subvention a été accordée à toutes les écoles primaires en 2000/01 pour les frais de fonctionnement, permettant une réduction du montant de l'écolage tandis qu'une deuxième subvention était accordée aux écoles rurales pour compenser le manque à gagner dû à l'exonération de l'écolage des filles ; ces subventions ont été rendues possibles grâce à une allocation de 3,5 milliards FCFA aux programmes sociaux sur les 5 milliards FCFA de remise de la dette en 2000, dans le cadre de l'initiative d'allègement de la dette des pays pauvres très endettés (cf. ci-dessous : Dj).

De nombreuses autres actions ont été menées pour augmenter la scolarisation, en particulier celle des filles, notamment par le programme d'urgence de la Dimension sociale de développement (DSD), l'Agence de financement des initiatives de base (AGeFIB), la restructuration progressive des associations des parents d'élèves pour pouvoir intervenir dans l'amélioration de la démarche éducative et la cogestion de l'école, suivi d'un processus de fédération (FENAPEB), des interventions multiples importantes de plusieurs ONG pour la promotion de l'éducation formelle et non-formelle et la constitution de deux réseaux d'ONG pour l'éducation et pour l'alphabétisation (RONGAB) en 1999.

Ces activités ont contribué aux progrès vers l'école de qualité fondamentale (EQF). Un long processus de réforme a commencé avec les Etats généraux de l'éducation (1990) et la Table ronde de l'éducation avec les bailleurs (1996), avant la déclaration de politique en 1998. Les nouveaux programmes et les méthodes pédagogiques actives mis en œuvre à partir de 1993 ont eu des résultats très probants : les enfants redoublent moins et terminent le cycle plus jeunes, ils sont plus alertes et curieux et réussissent nettement mieux l'examen de fin d'études primaires. A partir de la rentrée 1999, la réforme a été généralisée à l'ensemble des écoles primaires publiques et privées, année par année, après la formation/recyclage des enseignants et la distribution de manuels (1 pour 2) et cahiers d'élèves (1 pour 3). Ceci devrait aider les filles en réduisant le redoublement et les abandons, leur permettant de terminer l'école primaire avant l'âge de mariage.

Sur le plan de l'organisation interne du ministère, après un audit institutionnel en gestion financière en fin 1999, la déconcentration de la gestion des ressources est mise en œuvre progressivement.

Il existe un nombre croissant de communautés qui prennent des initiatives, notamment par la construction de leur propre bâtiment(s) de classe, et le recrutement et la prise en charge d'un ou des répétiteur(s). Ceci est un signe de la prise de conscience croissante de l'importance de l'éducation, malgré l'arrêt du recrutement à la fonction publique depuis 1986 et un recrutement actuel très restreint. Les résultats de nombreuses expériences d'éducation non-formelle ne sont pas toujours connus et analysés non plus, bien qu'ils entrent également dans le cadre de la réforme.

Des actions de sensibilisation des familles d'accueil et la mise en place d'espaces éducatifs dans les grandes villes visent à fournir des opportunités éducatives pour des filles placées comme domestiques. Dans l'enseignement secondaire, plusieurs initiatives des organisations confessionnelles, des ONG et des associations de développement ont permis la création de pensions pour les filles originaires de milieu rural.

#### *Alphabétisation des adultes, en particulier les femmes*

Les activités d'alphabétisation formaient 7 137 personnes en 1990 et 26 550 en 1999, dont un tiers de femmes. Malgré une croissance de plus de 15% par an, le nombre annuel d'alphabétisés ne dépasse pas 1% de la classe d'âge des adultes de 15-49 ans. Le taux d'analphabétisme était estimé à 60% en 1999, contre 73% en 1992 dont 60% pour les hommes et 83% pour les femmes, le progrès accompli étant aussi le résultat de l'augmentation de la scolarisation. Ces résultats sont en dessous des projections du Plan national d'action, qui prévoyait la réduction du taux d'analphabétisme de 77% à 50%.

La politique d'alphabétisation, la conception des modalités d'intervention et des supports sont de la responsabilité du ministère de la Culture et de la Communication, bien que certaines des activités soient réalisées dans le cadre des interventions du ministère chargé du Développement rural et de plusieurs ONG, dont certaines se spécialisent dans la post-

alphabétisation. Depuis 1999, la direction de l'alphabétisation est aussi responsable de l'éducation des adultes ; elle élargit actuellement ses préoccupations ainsi que les méthodes d'alphabétisation proposées, mettant plus l'accent sur une approche de résolution des problèmes, rejoignant en cela l'approche des nouveaux programmes des écoles primaires. Une politique nationale de l'alphabétisation et de l'éducation des adultes a été élaborée et est en cours de validation.

*Acquisition de connaissances, de compétences et de valeurs par tous les moyens d'éducation, y compris des médias traditionnels et modernes*

L'explosion des médias privés à partir de 1997, surtout des radios communautaires, a été un atout pour toutes les campagnes d'information en matière d'éducation. Par ailleurs, plusieurs expériences ont été faites pour introduire l'expertise communautaire dans l'éducation formelle. En revanche, les débats se poursuivent pour savoir si les autorités responsables de l'éducation et des structures d'intervention pourraient travailler en partenariat avec des écoles coraniques et des couvents vodoun pour promouvoir l'acquisition de connaissances.

**Enseignements tirés de l'expérience de la décennie**

Le premier enseignement concerne le fait que l'éducation dépasse de loin l'école et implique l'ensemble de la société, nécessitant une vision plus large, dépassant la scolarisation pour inclure le domaine non-formel, l'éducation par les parents et la communauté. Pour pouvoir assumer cette vision, différentes formes de partenariat et de synergies sont nécessaires pour susciter des changements en matière d'éducation : entre public-privé, entre l'Etat et les ONG, entre les structures d'intervention et les communautés, entre l'Etat et les parents ; entre l'Etat, les parents et les enseignants. Dans tous les cas, l'information et la communication deviennent essentielles.

Il existe de grandes difficultés pour introduire et faire approprier des innovations éducatives au sein des structures de l'Education nationale, compte tenu des lourdeurs et de certaines réticences au changement. Il existe des conflits de valeurs entre la vie économique et sociale, l'éducation scolaire et l'éducation familiale ; un exemple est la contradiction culturelle entre le nouveau produit de l'école, après la réforme et l'enfant qui, dans un milieu familial devrait rester silencieux pour être poli.

**Mesures à prendre pour l'avenir**

Plusieurs mesures sont essentielles, dont l'augmentation des ressources de l'Etat pour l'éducation, y compris pour l'alphabétisation et des mesures d'accompagnement aux récentes subventions aux écoles primaires pour réduire les frais de scolarité, ce qui nécessite un plaidoyer auprès des décideurs politiques pour appliquer l'Initiative 20-20 (avec les fonds qui seront libérés par l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés). Une des utilisations prioritaires de tels fonds sera le recrutement des enseignants qualifiés ainsi que le renforcement des efforts pour augmenter la scolarisation des filles, réduire les redoublements et les abandons.

Une autre priorité sera la préparation d'une réforme du secondaire, afin de pouvoir accueillir correctement le nouveau type d'élève qui sortira en masse des écoles primaires pour poursuivre une scolarité.

Sur le plan technique, il faudrait mieux associer les parents, les communautés et les enseignants à la démarche de la réforme et renforcer la formation des enseignants. Les expériences éducatives et pédagogiques sont à capitaliser et à partager ; il faut aussi promouvoir les expériences d'éducation alternative (y compris l'éducation non-formelle) surtout en milieu rural, entre autres par un appui aux écoles communautaires autant que le contrôle des normes.

Une fois la politique nationale d'alphabétisation et d'éducation des adultes validée, il faudrait mobiliser les ressources nécessaires et les mettre en œuvre de manière conséquente à grande échelle, surtout en faveur des femmes, avec une approche basée sur la résolution des problèmes et un contenu intégrant les droits de l'enfant et de la femme ; la post-alphabétisation est à renforcer dans le cadre des projets d'appui aux communautés avec la rédaction et la publication d'ouvrages appropriés. Deux autres mesures concernent le niveau périphérique : d'une part l'amélioration du taux d'exécution du budget dans les structures déconcentrées en concertation avec les autres services déconcentrés pour promouvoir la concertation, d'autre part la clarification des responsabilités éducatives des futures collectivités locales. Enfin, un débat est nécessaire sur les modalités d'appui aux parents pour mieux stimuler le développement des petits enfants.

**(Dg) - Mesure spécifique : Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles**

*Différentes catégories d'enfants*

Le nombre d'enfants handicapés n'a pas été estimé avec précision, bien que l'on ait estimé à quelques 640 000 le total des handicapés. Les orphelins seraient aujourd'hui de 207 000 (6,6% de la classe d'âge des moins de 15 ans en 1996) dont quelques 91 000 ne vivent pas dans leur propre famille, même en cas de survie de la mère ou du père. En 1997, 200 enfants seraient devenus orphelins à cause du Sida. Au cours de la même année, la transmission mère-enfant a affecté 3 930 enfants.

D'autres enfants à risque dès leur naissance, dans les deux principales ethnies du Nord, sont ceux qui sont nés par le bassin, avec les dents ou certaines déformations physiques, considérées comme maléfiques et faisant l'objet de l'infanticide. Des organisations privées assurent la prise en charge de 11 375 orphelins et 2 190 enfants handicapés tandis que des programmes à base communautaire menés par des ONG ont assuré la prise en charge de plus de 4 800 enfants en 1995. Les enfants de la rue bénéficient des actions de 5 centres à Cotonou, Porto-Novo et Parakou. Une action est menée par les autorités, les églises et des ONG contre l'infanticide.

Phénomènes plutôt « invisibles » au début de la décennie, des progrès ont été accomplis dans la connaissance des enfants placés, permettant l'élaboration progressive de stratégies appropriées. Il s'agit notamment d'études sur le placement des enfants, les enfants travailleurs, les départs de l'enfant de sa famille pour travailler au Bénin et à l'étranger. La connaissance des phénomènes s'est aussi enrichie à travers plusieurs échanges entre les structures concernées. Par ailleurs, à la suite d'une conférence nationale en 1997 sur le trafic, 2 réunions sous-régionales ont eu lieu à Cotonou (1998) et Libreville (2000) à l'initiative du Bénin afin de promouvoir une stratégie et des interventions concertées. .

On a estimé que près de 250 000 enfants (dont 72% de filles) ne vivent pas avec leurs parents et n'étant pas scolarisés, sont très susceptibles d'être exploités, soit comme apprentis, soit comme employés de maison. Déviation de la tradition de confier un enfant à une famille pouvant lui assurer un avenir meilleur (*vidomégon* dans le Sud du Bénin), le marché de la main d'oeuvre domestique aboutit à de très nombreux enfants vivant dans des conditions très difficiles. Le placement à caractère religieux existe aussi dans des couvents et écoles coraniques, les élèves de ces derniers (*almasini* ou *talibé*) étaient estimés à 5 000 en 1999 dans l'Atacora et le Borgou. Quant au trafic transfrontalier, les principales destinations des enfants originaires du Bénin sont la Côte d'Ivoire, le Nigeria et le Gabon, tandis que des enfants venant du Togo et Ghana et allant vers le Niger transitent par le Nord du Bénin.

Une étude réalisée en 2 000 indique près de 100 000 enfants de 6-16 ans ont quitté leur famille en milieu rural spécifiquement pour travailler ailleurs ; le département du Zou est le plus gros réservoir avec 52.000 d'entre eux. Quasiment la moitié de ces enfants (49 200) sont partis pour travailler à l'étranger. Ils ne sont pas forcément issus de familles les plus pauvres, mais de celles où les rapports sociaux se sont le plus monétisés et dans lesquelles la solidarité interne s'est affaiblie. L'absence d'opportunités de formation à un travail rémunéré pour les adolescents dans la localité semble aussi être un facteur qui pousse au départ.

#### *Enfants travailleurs : conditions dures et dangereuses , compromission de l'éducation*

Le travail prive l'enfant de la possibilité de scolarisation : d'après l'enquête l'emploi du temps (1998), les enfants de 6-14 ans qui ne sont pas scolarisés travaillent en moyen 2 fois plus en milieu rural et 12 fois plus en milieu urbain que les enfants scolarisés ; scolarisés ou non, les filles travaillent en moyenne plus de temps que les garçons quand on tient compte des activités domestiques.

D'après les données anciennes (recensement de 1992), plus de la moitié des garçons et plus du tiers des filles de 10-14 ans seraient déjà économiquement actifs et occupés. Les domaines d'activité sont surtout l'agriculture suivie par le commerce, la restauration et l'hôtellerie, les autres services et l'industrie de manufacture pour les filles et, pour les garçons, le bâtiment et le transport. Ils travaillent souvent de 10-12 heures par jour pour les parents, les collatéraux ou des tiers comme aides domestiques (plus des 2/3) ou apprentis (entre 5% et 12%) et comme indépendants voire même quelques employeurs dans le secteur informel. Les enfants de/dans la rue sont également des enfants travailleurs : principalement des garçons (70%) , ils sont vendeurs, portefaix et pousseurs ou travaillent surtout dans les transports. La Fédération nationale des artisans, qui a reçu divers appuis pour mieux structurer et renforcer ces activités, avait entamé une campagne auprès de ces membres dès 1993-94 pour un meilleur respect des conditions des enfants en apprentissage.

Les conditions de travail sont difficiles, surtout à cause de la durée et, en particulier, le travail sur les chantiers de construction, dans le transport et les ateliers de soudure, dans l'agriculture (engrais ou pesticides chimiques, produits susceptibles de provoquer des réactions allergiques) et les travaux de micro-commerce ambulants. Le travail de sexe est également dangereux pour la santé ; les prostituées ont été souvent des filles placées comme domestiques. Les enfants sont fréquemment l'objet de sévices corporels et moraux ainsi que d'abus sexuels. Par ailleurs, sans pouvoir dire qu'ils connaissent des conditions particulièrement difficiles, la plupart des enfants risquent des châtiments corporels dans leur propre famille et, quand ils sont scolarisés, à l'école. En effet, il est habituellement considéré que la « correction » est la seule façon de « raisonner » un enfant récalcitrant.

#### *Abus des drogues, tabac et alcool chez les jeunes*

Le Bénin n'échappe pas à l'offensive commerciale des producteurs de tabac, ciblée sur les jeunes ; l'alcool est également disponible à bon marché ; beaucoup d'enfants fument la cigarette et certains consomment de l'alcool. En outre, des drogues dures venant d'Asie transitent par le Nigeria et aussi par le Bénin ; la consommation de cannabis et d'amphétamines augmente, surtout en milieux scolaire et universitaire et chez les conducteurs de taxis-motos. ; on estime à 1000 personnes les

consommateurs d'héroïne tandis que la consommation de cocaïne augmente rapidement dans des milieux sociaux plus aisés posant déjà un problème de santé publique.

*Attention, protection et assistance particulières : politique nationale et coopération internationale*

Malgré la faiblesse du système de protection sociale, des progrès ont été réalisés au cours de la décennie dans le domaine des enfants en situation difficile : une politique nationale a été adoptée en juillet 1996 et des éléments d'une stratégie de protection sociale ont été esquissés en 1999. Sur le plan législatif, un nouveau Code du travail a été promulgué qui régit l'apprentissage mais qui maintient l'âge minimum de travail de l'enfant à 14 ans. Sur le plan institutionnel, des progrès ont été réalisés grâce à la création de la Brigade de protection des mineurs (BPM) en 1990, d'une direction de la Protection judiciaire de l'enfance et la jeunesse au sein du ministère chargé des questions de droits de l'Homme, d'un ministère chargé de la Protection sociale (1996).

Une campagne officielle a été menée contre le phénomène du vidomégon, devenant progressivement une campagne contre le phénomène de la maltraitance des enfants placés ; elle s'est élargie au thème du trafic d'enfants, avec de fortes contributions de la société civile, les autorités religieuses et des médias, avec l'organisation d'une marche des enfants travailleurs en 1998. Elle a permis un progrès important et un débat public sur ces thèmes, le ciblage des critiques sur l'exploitation du travail, la maltraitance et la discrimination dont font l'objet de nombreux enfants, une prise de conscience générale de l'ampleur inquiétante de deux phénomènes et des initiatives de la population dans différents domaines.

Sur le plan des actions concrètes, les progrès importants résultent de la collaboration entre la BPM, les autorités d'immigration et le nombre croissant des ONG intervenant dans ce domaine. Actuellement, 135 organisations recensées encadrent 128 000 enfants de différentes catégories. Dans le cadre du trafic interne et transfrontalier, les actions aboutissent à un début de la prévention du trafic avec l'information et la sensibilisation des parents dans certaines zones de départ, la formation du personnel et l'interception des enfants aux frontières, l'accueil des enfants dans des centres et des tentatives d'identification des parents et de réinsertion des enfants dans leur famille.

Des espaces éducatifs ont été créés à Cotonou et Porto Novo par les Centres sociaux où les enfants placés - avec l'accord de leurs patrons - peuvent trouver un temps pour apprendre. Une ligne téléphonique spéciale gratuite a été mise en place pour les enfants leur permettant de déposer plainte pour violation de leurs droits et d'exercer des recours. Elle mérite cependant d'être plus connue et plus accessible aux enfants.

*Attention, protection et assistance particulières de la part de leur famille et de la collectivité*

Les campagnes d'information ont fait progresser la réaction positive des populations : refus chez les parents du Mono de confier leurs enfants à autrui (intermédiaires et familles d'accueil) ; création de 112 comités locaux de vigilance et mise en place de personnes-relais par le ministère de la Protection sociale et de la Famille qui mobilisent les communautés, guettent et arrêtent des intermédiaires ; conducteurs de moto-taxis qui arrêtent des conducteurs découverts avec des enfants enlevés, etc.

*Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Le premier enseignement est la nécessité d'une bonne compréhension des phénomènes sociaux avant d'agir en fonction des droits de l'enfant, au risque de se tromper de cible et de créer une opposition à l'action menée. En deuxième lieu, c'est la découverte de l'ampleur du phénomène de trafic et de ses antécédents historiques dans le trafic des enfants esclaves. Enfin, c'est la dynamique de la collaboration public-privé et l'éparpillement des actions du secteur associatif.

*Mesures à prendre pour l'avenir*

La poursuite du travail pour élaborer une stratégie de protection sociale est nécessaire, qui renforce des dispositions de protection des enfants en situation difficile, en prenant soin de tenir compte des enfants talibés et des enfants susceptibles d'infanticide. L'accélération de la révision des textes législatifs et administratifs est également nécessaire, de même que l'application des textes existants, notamment en ce qui concerne la répression du trafic d'enfants intérieur et transfrontalier.

Le renforcement des différentes structures administratives et judiciaires chargées de la protection des enfants : ministères chargés de la Protection sociale, de la Justice ; de la Police et la Police judiciaire au niveau national et opérationnel ; le renforcement est également nécessaire des structures opérationnelles chargées de la protection sur le terrain : la BPM et toutes les actions menées en partenariat avec d'autres services de l'Etat, des ONG, cabinets d'études et instituts de recherche et des organismes internationaux. Ce travail de partenariat devrait renforcer les échanges d'expériences et la recherche collective de meilleures stratégies et pratiques pour fournir une protection à un maximum d'enfants avec les ressources disponibles. La poursuite des actions de concertation entre les pays de la sous-région est également essentielle par rapport au trafic transfrontalier.

Sur le plan local, il est nécessaire de renforcer la sensibilisation de proximité en utilisant des moyens de communication appropriés et la mobilisation des autorités religieuses. En plus de la sensibilisation, il faudrait appuyer les communautés à s'organiser pour prévenir les abus et former, équiper et accompagner les structures qu'elles mettent en place. Cet appui devrait

s'accompagner des programmes de développement économique local offrant une éducation adaptée aux enfants et des possibilités d'emploi aux adolescents. En même temps, il faudrait pouvoir élaborer, tester et mettre en oeuvre un programme d'éducation et de développement économique, directement en faveur des enfants ayant été sujets au trafic, qui ont été interceptés et qui tentent de se réinsérer ; ce même programme pourrait accorder des micro-crédits aux familles dans les zones pourvoyeuses.

Par rapport à la toxicomanie, une politique nationale de lutte contre l'usage de la drogue au Bénin (POLUDRO) est en cours de discussion ; elle comportera un volet de prévention contre l'usage de la drogue et de prise en charge des jeunes toxicomanes, les conditions de réinsertion socio-économique des jeunes, la mise en place d'une structure d'appui aux familles et la diffusion de l'information sur les risques liés à la production et l'usage de la drogue.

### **(Dh) - Mesure spécifique : Protection des enfants en cas de conflit armé**

La situation politique trouble dans les pays voisins a dégénéré en violence armée ponctuelle contre les populations à deux reprises, occasionnant un afflux de 195 000 réfugiés togolais, reconnus de jure par le Bénin dès leur entrée en 1993 et 1500 Ogoni du Nigeria en 1997. Actuellement, après de nombreux départs spontanés, un programme de rapatriement volontaire et quelques évacuations vers d'autres pays, il reste environ 3500 réfugiés en fin de décennie dont 2600 enfants togolais.

#### *Nourriture, soins médicaux et services de base pour les enfants et leurs familles*

Environ  $\frac{1}{3}$  des réfugiés togolais ont été accueillis par des familles béninoises, malgré le poids sur le budget des familles concernées. La collaboration HCR-gouvernement a permis de trouver des camps et des lieux d'accueil pour les autres, d'assurer l'approvisionnement en eau potable et assainissement de ces lieux et d'allouer des équipements domestiques et de vivres à tous les réfugiés. Les écoles publiques ont accueilli les enfants gratuitement, le gouvernement allouant des subsides aux écoles concernées pour compenser la perte des frais d'écolage.

#### *Protection spéciale*

Une vingtaine d'ONG humanitaires et de défense des droits ont travaillé étroitement avec le HCR pour assurer la prise en charge des réfugiés et leurs enfants. Un centre de santé a été créé pour les réfugiés à Cotonou, géré par la Croix Rouge béninoise ; les centres de santé publics dans les zones d'accueil ont été renforcés et ouverts gratuitement aux réfugiés pour les soins de santé primaires. Plusieurs citernes d'eau ont été construites et un camion-citerne loué pour approvisionner des camps ; les latrines améliorées ont été construites dans les centres de santé, des camps et autres lieux d'accueil et même dans les maisons de familles béninoises accueillant des réfugiés.

#### *Fondements d'un monde pacifique*

La mobilisation des ONG humanitaires et de défense des droits et leur collaboration avec le HCR et les autorités béninoises ont été renforcées par la création d'une structure de collaboration HCR-ONG (PARINAC), dont les membres ont plusieurs fois appelé les autorités béninoises à intégrer une éducation pour la paix dans les programmes scolaires. Par la suite, le Bénin a été le premier pays africain reconnu comme terre d'asile par le HCR.

#### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Les enseignements sont l'intérêt d'une structure légère de concertation permanente entre l'Etat, des ONG et des associations humanitaires et de défense des droits avec des possibilités d'intervention rapide en cas d'urgence. De même, l'élaboration d'un enseignement pour la paix et son intégration dans les programmes scolaires, l'alphabétisation et les programmes d'éducation des adultes avec la formation appropriée des enseignants et formateurs sont devenus évidents pour des parties prenantes. La tradition d'hospitalité des populations du Bénin et des autorités a largement contribué à diminuer les souffrances des réfugiés.

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Les mesures à prendre concernent la mise en place d'une structure d'intervention associant société civile et gouvernement ; l'intégration d'un enseignement pour la paix dans les programmes scolaires.

### **(Di) - Mesure spécifique : Les enfants et l'environnement**

#### *Protection et mise en œuvre de l'environnement naturel*

Sur le plan institutionnel, la poursuite de la participation du Bénin au Sommet mondial de Rio de Janeiro (1992) se traduit par le renforcement du ministère chargé de l'environnement (MEHU) et la création de l'Agence béninoise pour l'environnement (1995) et du Centre béninois pour le développement durable (1997). Le Plan d'action environnemental a été adopté en 1993 et l'Agenda 21 national par la suite, cadrant l'ensemble des actions envisagées dans ce domaine. Un Comité de gestion de la côte

a été créé et suit les questions de l'érosion, devenues un problème majeur. Le premier projet de gestion environnementale est en exécution depuis 1996 ainsi qu'un projet d'aménagement des zones humides ; un Programme national de gestion de l'environnement a été élaboré, associant protection de l'environnement et lutte contre la pauvreté. Un réseau des ONG actives dans le domaine de l'environnement a été créé en 2000.

Le Bénin avait participé à un programme régional de gestion intégrée des zones côtières, visant un meilleur contrôle de la pollution de la mer et de l'érosion côtière. Des mécanismes pour résoudre les sinistres des inondations ont été proposés en 1998 et un important programme d'aménagement des zones humides, situées dans le Sud du pays, a été mis en œuvre en 1999. La gestion communautaire de certaines zones forestières classées est en cours en 2000.

#### *Le cercle vicieux de la pauvreté et de la dégradation de l'environnement*

Les menaces sur l'environnement naturel viennent très souvent des activités du développement économique, comme l'agriculture extensive qui tend à réduire la végétation arbustive et susciter l'érosion et, pour le coton surtout, l'utilisation des insecticides et des engrais chimiques. Les services de vulgarisation conseillent des mesures de protection, de même que la Fédération des producteurs, créée au milieu de la décennie. De nombreuses expériences de production d'engrais organiques ont eu lieu, principalement par des ONG tandis qu'un réseau des ONG pour l'agriculture durable est actif depuis 1992. Un programme de réhabilitation de l'écosystème des mangroves est en cours ainsi qu'un programme important d'aménagement des terres humides depuis 3 ans.

#### *Prévenir la dégradation de l'environnement en inculquant le respect pour l'environnement*

La révision des programmes de l'enseignement primaire, réalisés au début de la décennie, intègre certaines préoccupations du Sommet de Rio tandis que des actions importantes d'information ont été menées en direction des adolescents sur le plan local par le Programme régional d'assistance technique à la communication et à l'information sur la protection de l'environnement. Le programme de Global Learning and Observations to Benefit the Environment (GLOBE) a été mené au Bénin au cours de la deuxième moitié de la décennie et un livret sur le regard des enfants sur la santé et l'environnement a été édité par le réseau des ONG béninoises de Santé. Un programme de gestion communautaire des forêts est en cours depuis le milieu de la décennie. En milieu urbain, des groupes font la pré-collecte des déchets solides (supra : section Db) tandis des actions contre la pollution ont été menées auprès des conducteurs de taxi-motos, des mécaniciens et les employés de stations d'essence pour promouvoir la lutte contre la pollution.

#### *Enseignements tirés de l'expérience de la décennie*

Les populations sont très sensibles à la dégradation de l'environnement tandis que les paysans ont une connaissance étendue de la nature. Cependant, les mesures de protection constituent souvent un surcoût, difficile à supporter par les populations pauvres.

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Il ne faudrait pas seulement sensibiliser les populations, mais leur apporter un appui pour réaliser des actions pratiques peu coûteuses, afin d'identifier les problèmes de l'environnement et de s'organiser pour trouver des solutions. Ceci nécessite une formation des cadres et animateurs en méthodes participatives, formation qui devrait commencer lors de leurs études de base. En plus, le renforcement de l'information en matière de l'environnement est nécessaire, surtout auprès des jeunes enfants et des adolescents, accompagnés par de petits projets pratiques au niveau du village et son terroir et du quartier.

### **(Dj) - Mesure spécifique : Lutte contre la pauvreté et relance de la croissance économique**

#### *La question de la pauvreté*

Après une paupérisation notable de la population en fin des années '80 et 1990, l'économie se redresse avec la stabilisation de la situation politique ; négatif en 1989, le taux de croissance du PIB aux prix constants est positif depuis 1990 et augmente de 3,4% en 1993 à 5,7% en 1997. Le PIB/hab. augmente lentement de 108 600 FCFA constants 1985 en 1992 à 113 900 FCFA en 1996 et 116 700 FCFA en 1998 tandis que l'IDH, qui augmente aussi lentement entre 1993 et 1996 (passant de 0,414 à 0,467), baisse en 1997-98 (0,448 et 0,429) avant de remonter de nouveau en 1999 à 0,435<sup>1</sup>. Ces variations s'accompagnent d'une amélioration nette de la santé, de l'éducation et des infrastructures atténuant nettement la pauvreté humaine (cf. supra),

<sup>1</sup> Calculs par des consultants du PNUD en 2000 selon la nouvelle formule d'après des statistiques nationales, sauf pour le PIB réel/hab. qui baisse soudainement 1 800 PPA en 1995 à 1 270 en 1997 et 867 en 1998 selon les calculs du RMDH ; on peut se demander si cette baisse du PIB réel/hab. PPA n'est pas liée à la montée importante de la valeur de la dollar sur les marchés spéculatifs internationaux (le taux d'échange moyen en 1998 est de 17% plus élevé en 1998 que 1996) plutôt qu'à la baisse réelle du pouvoir d'achat des populations malgré une un taux d'inflation élevé entre 1997 et 1998 (le calcul de l'IDH en 1999 sur la base exclusive des statistiques nationales donne des chiffres plus élevées de 0,474 en 1997 et 0,482 en 1998).

qui reste néanmoins élevée à 51% en 1997. La pauvreté monétaire reste relativement stable avec le tiers des ménages qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté, bien que la situation des familles très pauvres se soit détériorée.

Des progrès appréciables ont été accomplis en matière de la conceptualisation de la lutte contre la pauvreté, notamment dans le domaine de la stratégie. Lors des négociations menées au début de la décennie sur l'impact négatif du Programme d'ajustement structurel (PAS), la vision à court terme de la Dimension sociale de l'ajustement (DSA) a été remplacée par le programme Dimension sociale du développement (DSD) et une Association pour la dimension sociale du développement (ADSD) créé pour animer le dialogue social entre pouvoirs publics et société civile. La Table ronde avec les partenaires au développement (Genève, 1992) a souligné la nécessité d'un tel programme ; la Table ronde sectorielle de 1994 a entériné la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté avec 4 composantes : le renforcement des capacités nationales en matière de lutte contre la pauvreté ; une meilleure connaissance des conditions de vie des populations pauvres ; la promotion du développement à la base avec l'appui aux groupes cibles pour réaliser des petites et micro-entreprises ; la promotion de l'emploi en faveur des groupes cibles fragilisés par la crise économique et les effets du PAS.

La persistance d'une forte incidence de la pauvreté, et les inégalités économiques et sociales entre la minorité du secteur moderne et la majorité du secteur informel montrent que la stratégie appliquée jusqu'en 1999 ne suffisait pas pour réduire la pauvreté et une nouvelle stratégie s'imposait. La DSD venant à terme en 2000 avec la fin du PAS, des réflexions ont été engagées depuis octobre 1999 pour l'élaboration d'une nouvelle stratégie ; un document intérimaire de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) a été approuvé en 2000 et le processus d'élaboration du document définitif est en cours, avec la mise en place des structures nécessaires (cf. ci-dessous).

Les connaissances de la pauvreté et sa problématique ont été très nettement améliorées avec des enquêtes sur la perception de la pauvreté, des enquêtes du type budget-consommation en milieu rural et urbain au milieu et à la fin de la décennie, plusieurs autres études, notamment sur la pauvreté et la question foncière dans la partie la plus peuplée du Bénin et le fonctionnement des services sociaux, une étude générale sur le développement humain durable et la pauvreté ainsi que la publication régulière d'un Tableau de bord social et d'un Rapport social. D'autres actions comportent la modélisation macro-sociale, ainsi que la formation des cadres de développement et des journalistes. Un des résultats est une préoccupation croissante des cadres dans différents secteurs sociaux et économiques pour les questions de l'équité et la pauvreté, surtout depuis la conférence de Copenhague sur le développement social, et la prise en compte de ces questions dans l'élaboration de nouveaux programmes et projets, comme par exemple le lancement du Programme national de développement communautaire (PNDC) dans 100 localités à partir de 1999.

De nombreuses structures nouvelles ont été mise en place dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. Il s'agit notamment de : l'Agence d'exécution des travaux urbains (AGETUR, 1990) et l'Agence de gestion de la DSD (AGDSD, 1992) qui assurent la maîtrise d'ouvrage délégué pour la réalisation d'infrastructures et d'équipements sociaux grâce aux petites et moyennes entreprises (PME) et les travaux à haute intensité de main-d'oeuvre ; le fonds social (AGeFIB, 1996) qui finance les micro-projets communautaires et appuie le système financier décentralisé ; plusieurs structures d'appui technique et financier et de formation des PME et micro-entreprises et deux fonds de promotion de l'emploi, le Fonds de solidarité nationale pour l'emploi (FSNE, 1992) et le Fond de développement de la formation continue et de l'apprentissage (FDFCA, 1999). Les projets de développement rural appuient les micro-projets de développement local, les activités génératrices de revenus et les micro-entreprises ainsi que des activités d'épargne-crédit.

#### *Allègement de la dette ; affectation des bénéfiques aux programmes en faveur des enfants et des femmes*

L'encours de la dette du Bénin a augmenté de 3,4 fois en 9 ans pour dépasser la moitié du PIB en 1998 ; le service de la dette augmente de 4,7 fois pour atteindre près de 38 milliards de FCFA en 1999, contrainte qui pèse sur les possibilités de mobiliser des ressources financières pour le développement. Toutefois, les arriérés de paiements ont été réduits de 11,8 milliards en 1999, dépassant les prévisions et un plan d'action a été élaboré pour la maîtrise de la gestion des finances publiques. Un allègement de la dette bilatérale a été obtenu en 1993 et des rééchelonnements et une réduction de 67% en 1996. Le Bénin bénéficie de l'initiative renforcée des institutions de Bretton Woods en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), le montant total prévu de 322 milliards FCFA étant plus du double du budget annuel de l'Etat. Un allègement total de 5 milliards FCFA de la dette a été accordé en 2000, dont 2,5 milliards de FCFA sont consacrés à la compensation des pertes de recettes des écoles primaires et à la réduction générale des frais d'écolage ; à la prise en charge partielle du coût des soins pour des personnes sans ressources dans des centres de santé périphériques. En 2001, l'allègement attendu est de 13-14 milliards FCFA qui serviront à financer des dépenses de réduction de la pauvreté.

#### *Mobilisation du financement du développement ; consacrer un pourcentage plus élevé des ressources extérieures aux services sociaux essentiels*

Malgré l'image favorable du Bénin après les efforts de démocratisation depuis 1990 et la mobilisation des ressources extérieures, le montant de l'aide au développement est en baisse de 25% depuis le milieu de la décennie. La faiblesse de l'épargne intérieure explique l'importance de ces ressources extérieures. Par rapport à l'Initiative 20-20, des progrès sont à

constater : la proportion de l'aide extérieure consacrée aux services sociaux essentiels (SSE) passe de 10,4% en 1993 à 18,4% en 1996 ; bien que la part des dépenses publiques en faveur des SSE reste entre 9,3% et 9,5% en 1996 et 1997, les crédits alloués à la santé et l'éducation ont été augmentés de près de 13% dans le budget 2000.

En ce qui concerne l'amélioration du taux d'exécution des dépenses dans les secteurs sociaux, des progrès importants ont été accomplis en 2 ans : les dépenses du premier semestre passent de 5,6% en 1998 à 27,5% en 1999 et, en 2000, elles sont de 42,1% pour la santé et 48,1% pour l'éducation.

#### *Préservation des programmes en faveur des enfants et des femmes en période d'ajustement*

Bien que les programmes se soient poursuivis, il n'a pas été possible de maintenir le niveau des dépenses publiques en matière d'éducation et de santé au cours de la période d'ajustement : entre 1992 et 1997, les dépenses publiques de santé par habitant sont en baisse, étant réduites de 1 811 FCFA à 1 034 FCFA/hab. de même que celles d'éducation qui baissent de 3 837 FCFA à 3 415 FCFA/hab. au cours de la même période. Par ailleurs, les dépenses publiques pour des SSE dans ces deux domaines sont biaisées en faveur des populations non-pauvres en milieu urbain et pour la santé, en milieu rural également.

#### *Enseignements tirés de l'expérience*

L'acquisition d'une meilleure connaissance de la pauvreté était essentielle, mais les analyses basées essentiellement sur les dépenses des ménages ignoraient les aspects sociaux et anthropologiques ainsi que les mécanismes de la paupérisation. Compte tenu de leur importance, la mobilisation des esprits et les ressources autour des actions de lutte contre la pauvreté avaient tendance à passer au second plan. Les programmes courants dans chaque secteur étaient parfois considérés comme étant des actions de lutte contre la pauvreté, malgré l'existence d'inégalités sociales flagrantes. Les sessions de formation, la diffusion des résultats des études spécifiques sur la pauvreté et le travail des médias ont beaucoup amélioré cette situation car les responsables des secteurs de santé, d'éducation, d'hydraulique et d'assainissement cherchent actuellement à mieux connaître les rapports entre leur secteur et la pauvreté et commencent à créer des modalités spécifiques de lutte contre la pauvreté.

La réduction de la dette devient un enjeu important dans les actions de lutte contre la pauvreté et s'accompagne de débats sur l'utilisation des fonds générés au niveau des centres de santé et des écoles.

#### *Mesures à prendre pour l'avenir*

Les mesures à prendre sont de quatre ordres :

- élaborer un Document conséquent de stratégie de réduction de la pauvreté, mettant l'accent sur les actions structurelles ; ce document devrait tenir compte des mesures nécessaires pour remédier à la baisse des dépenses publiques et au manque d'équité dans leur utilisation et s'accompagner d'une réflexion approfondie sur les modalités d'assurer l'affectation efficiente des nouveaux fonds et sur la gestion transparente de leur utilisation.
- appuyer les nouvelles collectivités locales dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs propres stratégies et plans de lutte contre la pauvreté dans le cadre de leur plan de développement ;
- poursuivre les analyses de la pauvreté, avec les intéressés, en privilégiant des approches sociologiques, micro-économiques et d'anthropologie économique afin de mieux analyser les mécanismes de la paupérisation et de l'exclusion. Dans chaque secteur, il faut mieux connaître la situation de la pauvreté, analyser les mécanismes de la paupérisation et valoriser les initiatives locales de lutte contre la pauvreté afin de mettre au point des actions spécifiques ;
- créer un observatoire permanent de l'enfant.

### **(E) - Enseignements tirés**

La synthèse des enseignements tirés des différentes mesures prises au cours de la décennie met en exergue quatre points principaux.

- La nécessité d'une politique et des stratégies dans chaque domaine, fondées sur une bonne connaissance de la situation des enfants, élaborées conjointement avec les parties prenantes et largement diffusées auprès des populations. L'adoption d'une politique et des stratégies impose de nouvelles structures et de nouvelles méthodes d'intervention. En dehors de la mobilisation des ressources financières, les institutions et le personnel concernés doivent être appuyés afin d'adopter de nouvelles approches et de nouvelles pratiques
- L'efficacité de nombreuses actions menées en partenariat, avec les composantes de la société civile, notamment les ONG et les organisations à base communautaire, dans certains cas sur la base des initiatives prises par les communautés. Dans plusieurs cas, l'intermédiation mène les parties prenantes à collaborer ou du moins à se concerter. Cependant, ce partenariat est rendu parfois difficile d'une part par les faiblesses des structures de la société civile, d'autre part par la tendance des agences de coopération au développement et des structures de l'Etat à considérer les ONG comme de simples sous-traitants,

sans apport à faire dans la mise au point des stratégies et des modalités des plans d'action. L'expérience de tels partenariats enseigne également l'importance de la maîtrise, de part et d'autre, des approches, des méthodes et des pratiques de la participation, de la négociation et du travail en concertation, ainsi que l'intérêt des différents réseaux thématiques d'ONG opérationnelles créées au cours de la décennie.

- En matière de communication, les radios de proximité et les rapports interpersonnels sont les deux modalités d'information les plus performantes. Il faudrait aller bien au delà de l'information pour communiquer, pour identifier des problèmes et commencer à s'organiser pour les résoudre. Ceci dit, les changements de comportement souhaités (en santé, en utilisation de l'eau potable et de l'assainissement, protection de l'enfant, etc.) n'interviendront que si les actions sont fondées sur une bonne connaissance des pratiques et des perceptions des populations.
- Enfin, l'importance des changements de comportement pour assurer une meilleure protection et le développement de l'enfant. L'expérience fait apparaître également des décalages importants entre les discours sur les pratiques et les pratiques elles-mêmes, qui restent plutôt mal connues et souvent mal comprises par les structures d'intervention. Or, la compréhension de ces pratiques est nécessaire pour les interventions selon les méthodes participatives.

### **(F) - Mesures à prendre pour l'avenir**

Présentées par rapport aux mesures spécifiques prises en vue d'assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant, les mesures à prendre pour l'avenir peuvent être classées en huit grandes catégories.

- *Droits internationaux, législation, réglementation*

Il est extrêmement important d'accélérer la révision des textes législatifs et réglementaires nécessaires pour assurer leur conformité aux différentes conventions et protocoles internationaux. Il s'agit notamment de faire en sorte qu'une version définitive du Code des personnes et de la famille soit élaborée, approuvée et promulguée ; il s'agit également d'une meilleure application de la législation existante, en particulier par rapport au trafic des enfants et le travail des enfants. Il est également à souhaiter que le Bénin adhère à la Convention N° 182 de l'OIT sur les pires formes de travail et les deux protocoles optionnels sur les enfants soldats et la pornographie et celui sur le trafic des enfants en cours de finalisation. La mobilisation des ressources adéquates pour la Commission nationale des droits de l'enfant (CNDE) est essentielle, afin qu'elle puisse tenir compte des observations du Comité des droits de l'enfant sur le rapport initial du Bénin ; de même, un appui est nécessaire pour s'assurer que le rapport sur la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) est terminé et envoyé au comité chargé du suivi.

- *Les politiques et stratégies*

Dans chaque secteur et même dans certains sous-secteurs, il faudrait veiller à l'élaboration d'une politique et des stratégies adéquates tenant compte de la survie, la protection et le développement de l'enfant. Il s'agit de : la protection sociale et la protection de l'enfant ; la réforme du système judiciaire, en particulier en ce qui concerne les enfants ; la sécurité alimentaire et la nutrition ; l'alphabétisation et l'éducation des adultes ; la promotion de la famille dont l'appui aux parents et gardes des petits enfants ; la planification familiale et l'interruption volontaire de grossesse ; la pauvreté. Dans le domaine de l'éducation de base, où il existe une note de déclaration de politique du ministère, il s'agira de lui donner plus de consistance et de préciser les stratégies pour les quelques années à venir notamment en ce qui concerne les initiatives communautaires, les écoles coraniques, la professionnalisation, les écoles secondaires et la formation professionnelle, notamment par l'association de l'apprentissage à des activités d'enseignement formel.

- *La mise en œuvre des politiques et stratégies*

Un suivi est nécessaire pour assurer la mise en œuvre effective de chaque politique. Ceci nécessite l'existence d'outils de planification, de données désagrégées par sexe, par catégorie sociale et/ou la pauvreté et par milieu. La création d'un observatoire de l'enfant béninois est nécessaire avec une base de données quantitatives, des indicateurs et des données qualitatives, disponibles facilement pour tous les opérateurs.

L'ensemble de ces mesures demande la formation à l'élaboration des politiques et stratégies et surtout à leur mise en œuvre ainsi qu'aux méthodes et pratiques de la planification participative.

- *La mobilisation des ressources*

Un des obstacles souvent observés dans les structures est le manque de ressources humaines, matérielles et financières. Il faudrait donc des efforts importants pour y remédier par la poursuite de la révision des procédures et des pratiques des dépenses, avec la déconcentration de certaines responsabilités, afin d'assurer leur consommation effective ; par une augmentation des allocations budgétaires aux services sociaux essentiels et des autres domaines d'action en faveur de la

survie, la protection et le développement de l'enfant ;. Il faudrait négocier des ressources financières intérieures (dons privés, Loterie nationale, ...) et extérieures. Un plan d'allocation appropriée, connu des populations pour l'utilisation des fonds de l'allègement de la dette doit être établi, en accord avec les partenaires. Par ailleurs, l'augmentation du personnel qualifié est nécessaire, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation de base, la nutrition et la protection, ainsi que leur affectation rationnelle en fonction de leurs capacités, des problèmes à résoudre et des programmes à mener. Des modalités de motivation du personnel doivent aussi être prises en considération.

Dans plusieurs cas, en particulier dans le domaine de la santé et l'éducation de base, le recyclage du personnel est essentiel, notamment en ce qui concerne les approches communautaires et les méthodes et pratiques de travail participatif avec les parties prenantes et les communautés ; les programmes de formation initiaux sont également à réviser dans ce sens.

- *Le partenariat*

Impossible pour des raisons politiques avant 1990, la société civile s'est épanouie au cours de la décennie. Une partie importante des innovations et des programmes les plus efficaces a été réalisée grâce à différentes formes de partenariat entre des services publics et des composantes de la société civile. De telles actions en partenariat sont à promouvoir à l'avenir, avec des échanges d'expérience, la concertation, l'organisation de groupements et réseaux, la négociation de protocoles d'accord. Ceci suppose la mise en place de programmes pour renforcer les capacités institutionnelles et méthodologiques des deux partenaires, afin de faciliter la collaboration.

- *Les collectivités locales*

A partir de la mise en œuvre de la décentralisation, avec l'octroi de pouvoirs et de responsabilités aux collectivités locales, la question du transfert des responsabilités et des ressources doit être maîtrisée dans chaque domaine ; les modalités d'appui aux collectivités par les services centraux et déconcentrés sont à mettre en œuvre. C'est au niveau de la collectivité locale que doit être abordée la question de la concertation entre l'ensemble des secteurs de l'Etat et des autres parties prenantes dans la survie, la protection et le développement de l'enfant, dans les discussions

relatives au plan de développement dont chaque autorité locale doit se doter, aux budgets qui seront élaborés et approuvés par les conseils et sous l'impulsion du maire, ses adjoints et ses conseillers. Dans ce domaine, un effort important est à faire pour s'assurer que les 80 nouvelles collectivités locales deviennent acquises à la cause des enfants.

- *Les initiatives communautaires*

Le renforcement des capacités des organisations à base communautaire, la formation des médiateurs aux pratiques de la médiation et de l'appui, ainsi que la création de fonds de soutien ou d'appui pour des actions locales sont nécessaires ainsi que le renforcement des capacités des services publics à mettre en pratique des approches participatives.

- *Information, communication, conscientisation et changements de comportement*

Dans les domaines de l'information et de la communication, il faudrait :

- un renforcement des capacités institutionnelles et professionnelles, avec l'élaboration des supports de communication nécessaires ;
- promouvoir un journalisme d'investigation et une meilleure maîtrise de la communication de proximité ;
- assurer le renforcement des capacités en matière de méthodes et pratiques de travail avec les populations et les communautés, en prenant des mesures pour arriver à une meilleure connaissance des pratiques et des perceptions.