



République du Bénin

**Ministère de la Justice, chargé des relations avec les institutions
MJ-CRI**

UN MONDE DIGNE DES ENFANTS

**REVUE A MI-PARCOURS
SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS
(Activités 2003-2006)**

RAPPORT NATIONAL DU BENIN

TABLE DE MATIERES

	Résumé	ii
	Sigles	iii
1	Introduction	1
2	Actions majeures entreprises vers la réalisation des cibles du MDE ...	1
3	Tendances des ressources pour les enfants	6
4	Elaboration et utilisation des instruments pour suivre les cibles MDE/OMD	8
5	Amélioration des partenariats, alliances pour les enfants et participation	10
6	Réalisation du Plan d'Action MDE et les cibles des OMD y relatives	11
	6.1 <i>Promouvoir une existence meilleure et plus saine</i>	11
	6.2 <i>Pour une éducation de qualité</i>	14
	6.3 <i>Protection contre la maltraitance, l'exploitation et les abus</i>	16
	6.4 <i>Lutter contre le VIH/Sida</i>	18
7	Les leçons apprises	20
	ANNEXES	25
	<i>Annexe 1. Données statistiques sur les indicateurs communs MDE/OMD</i>	
	<i>Annexe 2. Données statistiques sur les indicateurs spécifiques au MDE</i>	
	<i>Annexe 3. Références bibliographiques</i>	

UN MONDE DIGNE DES ENFANTS

RESUME

L'élaboration du rapport national a connu la participation de plus de 70 personnes-ressources (d'institutions étatiques, partenaires au développement, société civile et jeunes) ayant contribué par des interviews, de la remise ou de l'identification de documents utiles ou de la participation à la validation et à la finalisation du projet de rapport.

Les actions majeures entreprises vers la réalisation des cibles du MDE sont surtout celles prévues et mises en œuvre dans le cadre du Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP 2003-2005), qui sera suivi par le DSRP-II sur la période 2007-2011. Plusieurs documents de planification ont été approuvés et ont connu un début de mise en œuvre dont : la Politique du secteur de la santé (2002-2006), le Plan décennal pour le développement du secteur de l'éducation (2006-2015) et le Cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA/IST (2006-2010). Plusieurs lois pertinentes pour le MDE ont été promulguées, dont le Code des personnes et de la famille et celles portant sur la répression de la traite des enfants et sur l'interdiction des MGF.

Les ressources financières mobilisées pour les enfants sont en augmentation assez nette et émanent du budget national, des contributions extérieures et de fonds de remise de la dette ainsi que des fonds mobilisés par des ONG, les communes et les communautés. Le principal problème identifié est la faible capacité d'absorption des fonds par les services et la faiblesse des ressources des communes et des communautés. Toutefois, le ralentissement de l'économie nationale observée depuis 2002 limite les disponibilités budgétaires et les ressources des communautés.

Le suivi des cibles MDE/OMD a été nettement amélioré durant la période. Il est fait surtout à travers le mécanisme de suivi du DSRP et les rapports sur les OMD réalisés respectivement par le Secrétariat permanent de la Commission nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté (CNDLP), l'Observatoire du changement social (OCS) et la société civile. Les enquêtes régulières comportent le recensement général de la population et de l'habitation (2002) et l'Enquête démographique et de santé (EDS) dont la version 2006 se déroule parallèlement à l'Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICOV), actuellement en cours. D'autres sources d'information sont l'enquête QUIBB, BenInfo, l'Observatoire de la famille et le rapport du gouvernement au comité des NATIONS UNIES sur la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi que des rapports alternatifs de la société civile.

L'amélioration des partenariats comporte l'augmentation des ressources extérieures, l'amélioration de la coordination avec la mise en place de nouvelles structures de l'Etat (CNDLP, CNLS...) et leurs démembrements aux niveaux des départements et communes, le développement du partenariat de l'Etat avec la société civile et de nouveaux réseaux des organisations de la société civile ainsi qu'avec les partenaires techniques et financiers.

La **réalisation des OMD spécifiques aux 4 domaines prioritaires du Plan d'action MDE** semble être en bonne voie pour la réduction de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans, l'approvisionnement en eau potable et éventuellement la scolarisation mais ne paraît guère possible pour les autres cibles. Toutefois, beaucoup d'activités menées depuis début 2003 et la politique plus marquée, notamment la gratuité d'accès à l'école maternelle et primaire et la prévision de gratuité pour les soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, ainsi que le ciblage plus spécifique des OMD dans le DSRP-II indiquent que la volonté existe d'aller vers le bien-être des enfants et que des possibilités existent pour qu'il y ait une évolution plus favorable.

Dans le domaine de **la santé**, il s'agit surtout des efforts pour mettre en place de nouvelles stratégies pour réduire la mortalité néonatale et infanto-juvénile, le maintien du niveau élevé de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins, l'approbation de documents de politique et stratégies et l'iodation universelle du sel. Pour **l'éducation**, on observe une amélioration des taux de scolarisation, notamment pour des filles et l'adoption de documents de planification importants comme le Plan national d'éducation pour tous et la Lettre de Politique éducative (2005), qui ont précédé le Plan décennal pour l'éducation. Pour **la protection**, il faut mentionner les accords régionaux, les comités locaux de lutte contre la traite des enfants et l'étude d'envergure à ce sujet, le renforcement du cadre législatif, la promulgation de la loi sanctionnant la traite des enfants, la finalisation du projet de code de l'enfant et la création de 2 nouveaux centres de sauvegarde de l'enfance ainsi que les efforts pour promouvoir l'enregistrement des naissances. La **lutte contre le VIH/SIDA** comporte les principes de la prise en charge pédiatrique des enfants infectés et des orphelins et enfants vulnérables ainsi que la PTME, déjà en cours de généralisation dans les services de santé maternelle et infantile.

Sigles

ABAEF	Association béninoise d'assistance à l'enfant et à la famille
ACAT	Action des chrétiens pour l'abolition de la torture
ACPE	Action communautaire pour la protection de l'enfant
ADMAB	Association pour le développement de la mutualité sociale agricole au Bénin
AEJT	Association des enfants et jeunes travailleurs
AFJB	Association des femmes juristes du Bénin
ARV	Anti rétro-viraux
ASSEF	Association d'entraide des femmes
BAD	Banque africaine de développement
BCG	Vaccin anti tuberculeux
BIT-IPEC	Bureau International du Travail- Programme international pour l'abolition du travail des enfants
BIT-STEP	Bureau international du Travail-Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
BM	Banque Mondiale
BN	Budget national
CADEMU	Centre de développement des mutuelles
CARDER	Centre d'action régional pour le développement rural
CBDIBA	Centre béninois pour le développement des initiatives de base
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CEDEAO	Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté économique des Etats d'Afrique centrale
CEP	Certificat d'études primaires
CIDR	Centre International pour le Développement et la Recherche
CLOSE	Comité de liaison des organisations sociales de défense des droits de l'enfant
CM2	Cours moyen deuxième année
CNDLP	Commission nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté
CNS	Conseil National de la Statistique
CPN	Consultation prénatale
CPS	Centre de promotion sociale
CPS	Centre de promotion sociale
CREDESA	Centre régional pour le développement de la santé
CREPA	Centre régional pour l'eau potable et l'assainissement à faible coût
CRS	Catholic Relief Services
CRS	Catholic Relief Services
DANA	Direction de l'alimentation et la nutrition appliquée
DANIDA	Agence danoise de coopération internationale / Danish International Development Agency
DE	Direction de l'Environnement
DGH	Direction générale de l'hydraulique
DHAB	Direction de l'Hygiène et de l'Assainissement de base
DEI	Défense des enfants International
DPJJEJ	Direction de la Protection Judiciaire de l'Enfance et de la Jeunesse
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
DTCP3	Diphtérie – Tétanos – Coqueluche + Polio, 3 ^{ème} dose
EDS	Enquête démographique et de santé
EPT	Education pour tous
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
GIRE	Gestion intégrée des ressources en eau
GRAPAD	Groupe de recherche et d'action pour l'agriculture et le développement
GROPERE	Groupe pour la promotion et l'exploitation des ressources de l'environnement
GTZ	Deutsche Gessellschaft fur Technische Zusammenarbeit
IEC-CC	Information, éducation et communication pour un changement de comportement

IMF	Institution de micro finance
INSAE	Institut national de la statistique et de l'analyse économique
IPH	Indice de pauvreté humaine
IST	Infections sexuellement transmissibles
LDH	Ligue des droits de l'Homme
MAEP	Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche
MD	Mission de décentralisation
MDE	Monde digne des enfants
MDCULRF- LCEC	Ministère délégué chargé de l'Urbanisme, du Logement, de la Réforme foncière et de la Lutte contre l'érosion côtière
MECCAG-PDPE	Ministère d'Etat chargé de la Coordination de l'action gouvernementale, de la Prospective, du Développement et de la Promotion de l'Emploi
MDE	Monde digne des enfants
MEHU	Ministère de l'Environnement, de l'Habitat et de l'Urbanisme
MEN	Ministère d'éducation nationale
MEPS	Ministère des enseignements primaire et secondaire
MFFE	Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
MFPSS	Ministère de la Famille, de la Protection sociale et de la Solidarité
MGF	Mutilations génitales féminines
MJ-CRI	Ministère de la Justice chargé des Relations avec les Institutions
MJLDH	Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'homme
MMEH	Ministère des Mines, de l'Energie et de l'Hydraulique
MS	Ministère de la Santé
MSP	Ministère de la Santé Publique
NLTPS	National Long Term Perspective Studies / Etudes Nationales de Perspectives à Long Terme
NU	Nations Unies (SNU : Système des Nations Unies)
OCS	Observatoire du Changement Social
ODIP	Organisation pour la défense des intérêts des prisonniers
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OMCT	Organisation mondiale contre la torture
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PAMR	Projet d'appui au Monde Rural (Borgou)
PARMEC	Projet d'appui à la réglementation sur les mutuelles d'épargne et de crédit
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PEC	Prise en charge
PEE	Paquet Educatif Essentiel
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit intérieur brut
PNDC	Programme national de développement communautaire
PNDC	Programme national de développement conduit par les communautés
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
PNLS	Programme national de lutte contre le SIDA
PRODECOM	Programme d'appui au démarrage des communes
PROMUSA	Programme d'appui aux mutuelles en Afrique
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant (du VIH)
PTTE	Pays pauvres très endettés
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
QUIBB	Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être
RAVEC	Recensement administratif à vocation d'état-civil
RESPED	Réseau des structures de protection des enfants en difficulté
RGPH3	Troisième recensement général de la population et de l'habitation (2002)

SCN	Standing Committee on Nutrition
SMN	Soins maternels et néonataux
SNIGS	Système national d'information et de gestion sanitaire
SNV	Organisation néerlandaise de développement
SP/	Secrétariat permanent
SRP	Stratégie de Réduction de la Pauvreté
SUO	Sœurs unies à l'œuvre
TBS	Tableau de bord social
TMI	Taux de mortalité infantile
TMM	Taux de mortalité maternelle
TMM5	Taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans)
UCD	Unité communautaire de développement
UE	Union Européenne
UNAIDS	Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/ Syndrome d'immunodéficience acquise

1. Introduction

Le présent rapport a été élaboré sous la responsabilité de la Direction de la Protection judiciaire de l'Enfance et de la Jeunesse du ministère de la Justice, chargé des relations avec les institutions (DPJEJ/MJCRI). Pour appuyer la préparation du rapport, l'UNICEF a mis à la disposition du ministère un consultant averti dans les questions de l'enfant et de l'évolution de sa situation au Bénin¹ et fourni un appui logistique. Une première série de réunions avec la DPJEJ et la concertation avec l'UNICEF a permis la mise au point de la démarche suivie.

Une discussion avec le Parlement des enfants a été organisée sur le thème du Monde digne des enfants (MDE) et de l'implication des enfants à l'élaboration du rapport national à mi-parcours ainsi qu'à l'atteinte des objectifs fixés.

Une réunion de lancement a regroupé 35 participants des services d'Etat et organisations de la société civile. Un bref rappel des progrès de la décennie pour l'enfance (1990-2000), les 4 priorités-clés du MDE et les interactions entre le MDE et les Objectifs du millénaire pour le développement (ODM) ont été présentées, ainsi que les modalités de l'élaboration du rapport. Le constat a été fait du faible niveau d'information sur le MDE et l'engagement du gouvernement. Lors de l'organisation de la réunion, des contacts ont été pris avec plus de 40 autres organisations et personnes-ressources concernées par l'éducation, la santé, la protection des enfants et la lutte contre le VIH/SIDA pour exposer la procédure d'élaboration du rapport.

Le recueil de données a été fait auprès des services et organisations intervenant dans les domaines de l'éducation, la santé, la nutrition, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la protection de l'enfance et le VIH/SIDA avec un guide d'entretien basé sur un résumé du plan d'action global du MDE. Plusieurs documents, dont des statistiques reprises dans la base de données nationale Beninfo, ont été recueillis.

Pendant la période de recueil de données, **une rencontre a réuni des apprentis, des enfants travailleurs et des élèves** (25 enfants dont 9 filles) y compris des membres du Parlement des enfants. Après un rappel des objectifs du MDE, ils ont discuté de leur implication dans l'amélioration de la situation de tous les jeunes béninois. La projection d'un film sur la traite d'enfants au Bénin a fait l'objet de débats. En groupes de travail, ils ont exprimé leurs opinions sur ce qui a été fait au Bénin, leur vécu et leurs préoccupations par rapport aux priorités du MDE ainsi que leurs idées sur les modalités d'intervention pour améliorer la situation. Ils ont aussi souhaité être davantage informés sur ces questions qui les concernent et sur la possibilité d'avoir accès au matériel de sensibilisation pour leur permettre, au sein des réseaux dont ils sont membres, de sensibiliser d'autres jeunes et de réfléchir sur les actions qu'ils pourraient mettre en œuvre pour contribuer à ce que le Bénin atteigne les objectifs du MDE.

L'analyse des données et la rédaction du rapport provisoire ont été réalisées par l'équipe du consultant en conformité avec le format recommandé ainsi que l'élaboration des tableaux montrant l'évolution des données statistiques par rapport aux objectifs du MDE et des OMD. Un **atelier de validation** a eu lieu le 8 décembre 2006. **La révision du rapport** a permis l'intégration des propositions et les nouvelles informations par le consultant. Un mini **atelier de finalisation** du rapport national a regroupé des représentants de différents ministères et de réseaux d'ONG (CLOSE, ABAEF/DEI).

2.- Actions majeures entreprises vers la réalisation des cibles du MDE/ODM

Le Plan d'action global du MDE vise la réalisation des OMD en 2015, correspondant à chacun des 4 domaines prioritaires (cf. tableau ci-après). En plus de l'atteinte des OMD, le Plan d'action global précise 16 objectifs et 99 mesures à appliquer.

¹ Appui à la préparation du rapport de fin de la décennie (2000) et au rapport UNICEF à la Commission des NU sur les droits de l'enfant.

Tableau 1 : OMD pertinents pour chaque domaine privilégié du MDE

Monde digne des enfants		Objectifs du millénaire pour le développement
Promotion de modes de vie saine	7 objectifs 25 mesures	OMD 1 (Cible 1) : Eliminer l'extrême pauvreté
		OMD 1 (Cible 2) : Eliminer la faim
		OMD 4 (Cible 5) : Réduire la mortalité des enfants
		OMD 5 (Cible 6) : Améliorer la santé maternelle
		OMD 6 (Cible 8) : Combattre le paludisme et d'autres maladies
Promotion d'une éducation de qualité	6 objectifs 19 mesures	OMD 2 (Cible 3) : Assurer l'éducation primaire pour tous
		OMD 3 (Cible 4) : Promouvoir l'égalité de genre et le renforcement des capacités des femmes
		OMD 1 (Cible 1) : Eliminer l'extrême pauvreté et la faim
Protection des enfants contre les abus, l'exploitation et la violence	47 mesures	Déclaration du Millénaire (DM) et à d'autres engagements en rapport avec les droits de l'enfant
Lutte contre le VIH/SIDA	3 objectifs 8 mesures	OMD 6 (Cible 7) : Combattre le VIH/SIDA
		OMD 1 (Cible 2) : Eliminer la faim
		OMD 7 (Cible 10) : Accès à l'eau potable et à l'assainissement

Source : MDE et enquête

Les politiques de développement qui intègrent les OMD reposent sur une vision de développement à long terme, appelée *Scénario Alafia* (MECCAG-PDPE – PNUD, 2000). Elaboré à la suite d'un processus participatif dans le cadre des études nationales de perspectives à long terme (NLTPS), avant la Déclaration du Millénaire, ce document tient compte néanmoins des thèmes principaux visés par les OMD.

Sur le moyen terme, deux documents s'en inspirent directement :

- Le Programme d'action du gouvernement sur la période 2001-2006 (BENIN, s.d.) ;
- Le Document de stratégie de réduction de la pauvreté 2003-2005 (DSRP-I) a été élaboré à partir de rapports sectoriels des ministères et des concertations départementales et approuvé par les Conseils d'administration de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international en mars 2003 (CNDLP, 2002). Le DSRP-I présente des objectifs opérationnels induits par le *Scénario Alafia* et vise les OMD ciblés par le MDE (cf. tableau ci dessus) ainsi que l'amélioration des conditions globales socio-économiques qui vont créer un environnement favorable, à savoir : la gouvernance et les équilibres macro-économiques.

Un deuxième document (DSRP-II) en cours de finalisation couvre la période 2007-2009. Lors d'un forum tenu avec l'ensemble des partenaires impliqués dans l'élaboration du document, la nécessité de cibler très clairement les OMD a été soulignée.

L'appropriation des OMD par le gouvernement avant 2004 a visé la mise en place du cadre institutionnel de suivi de la stratégie de réduction de la pauvreté (SRP), à savoir le Secrétariat permanent de la Commission nationale pour le développement et la lutte contre la pauvreté (SP/CNDLP) et l'Observatoire de changement social (OCS). Il existe également une vision commune et une concertation croissante entre les partenaires au développement, le gouvernement, le secteur privé et la société civile, dans le but d'éradiquer l'extrême pauvreté, de promouvoir le développement et de favoriser l'instauration de la bonne gouvernance.

Sans rappeler explicitement le MDE, la SRP cible clairement 3 des 4 domaines prioritaires (modes de vie sains, éducation de qualité, lutte contre le VIH/SIDA) et donne des indications sur la protection des enfants. L'application du DSRP-I à travers la mise en œuvre des politiques, stratégies et programmes nationaux sectoriels a permis la réalisation des nombreuses actions en 2003-2006 qui sont préconisées dans le Plan d'action MDE.

- Dans le cadre d'*une vie meilleure et plus saine*, le DSRP-I avait prévu le renforcement des actions de santé, portant essentiellement sur :
 - Le renforcement de la couverture sanitaire et la décentralisation de la pyramide sanitaire, avec la création d'hôpitaux de zone ;
 - La mobilisation des finances et l'amélioration de la gestion des ressources ;
 - La prévention et la lutte contre les maladies prioritaires, l'amélioration de la qualité des soins pour réduire la mortalité infanto-juvénile;
 - La promotion de la santé familiale, la santé de la reproduction, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), le suivi de la nutrition des enfants ;
 - L'amélioration de l'accès à l'eau potable et de l'assainissement du milieu.

Le DSRP-I recommande aussi une stratégie nutritionnelle s'appuyant, entre autres, sur le suivi nutritionnel, l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages, la promotion de l'allaitement maternel (sans préciser allaitement maternel *exclusif*) et la prévention de carences en micronutriments. Le Programme alimentaire et nutritionnel, mis en œuvre par le MFFE en partenariat avec le CRS avait abordé ces questions par une approche à base communautaire à partir des CPS, parallèlement à un programme mené par le MAEP/DANA à travers les CARDER. L'appui technique et financier du CRS ayant pris fin en 2006, le MFFE recherche un appui financier auprès d'autres partenaires pour un nouveau programme.

Les orientations générales de la SRP s'appuient sur la politique du secteur de la santé 2002-2006 (MSP, 2002), la stratégie d'approvisionnement en eau potable en milieu rural (DGH, 2005), le Plan directeur d'approvisionnement en eau potable en milieu urbain (SBEE, 2002), la politique d'assainissement (DHAB, 1995) et le Programme national d'hygiène et d'assainissement de base (DHAB, 2003). Différents programmes de santé visent notamment l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins et des services de santé en s'appuyant sur les actions à base communautaire, notamment pour la lutte contre le paludisme. La prise en charge des populations pauvres et indigentes était prévue par l'attribution d'une partie des fonds de la remise de la dette.

De nouveaux documents de politique et stratégies nationales ont été approuvés, notamment :

- Le document de Politique nationale de lutte contre le paludisme (2004) et son cadre de mise en œuvre avec un plan stratégique de lutte (2006-2010) et un plan national de suivi-évaluation dans le cadre de l'initiative « Faire reculer le paludisme » ;
- Le document de Stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale (2006-2015) ;
- Le Plan national de communication intégré qui vise des changements de comportement ;
- Le Plan de viabilité financière du PEV (2005-2013) adopté en janvier 2005 mettant un accent sur les besoins du pays en matière de vaccination et les stratégies pour mobiliser les ressources ;

Plus récemment, plusieurs initiatives ont été prises pour promouvoir des mutuelles d'assurance-santé, aussi bien de la part des structures de l'Etat (ministère du Travail et de la fonction publique), des partenaires extérieurs (BIT-STEP/UNICEF, Coopération suisse, UE, UNFPA, USAID...) et la société civile, (dont ADMAB, ASSEF, Bethesda, Borne Fonden, CADEMU, CBDIBA, CIDR, Fondation Louvain pour le développement, PROMUSA).

Par ailleurs, la volonté politique a été exprimée en décembre 2006 de rendre bientôt gratuits les soins de santé pour les enfants de 0-4 ans et les femmes enceintes.

Quant au cadre législatif, une nouvelle loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction a été promulguée en 2003.

- Sans pour autant mettre l'accent sur le maintien à l'école, le DSRP-I préconisait *une éducation de qualité* et visait 6 objectifs qualitatifs fondamentaux :

- L'égalité des chances pour tous ;
- Le renforcement de la qualité de l'enseignement ;
- La réhabilitation de l'appareil institutionnel ;
- La formation à l'auto-emploi ;
- La régulation des flux à tous les niveaux ;
- La maîtrise des coûts.

Sans pour autant mettre l'accès sur la question, la SRP prévoyait aussi le développement des aptitudes techniques et professionnelles dans l'éducation non formelle, notamment par une stratégie basée sur le système d'apprentissage dual en cours de généralisation à travers des centres de métiers, prévus dans le programme de Réforme de l'enseignement technique et de la formation professionnelle de 1999. Cette stratégie a été confirmée par la loi portant Orientation de l'éducation nationale au Bénin en 2003.

Afin de contribuer à la réalisation des OMD dans le domaine de l'éducation, d'importantes mesures ont été prises en matière de politiques et de la planification au cours des dernières années :

- Une partie des fonds PPTTE a été utilisée comme subvention aux écoles afin d'améliorer l'accès à l'éducation primaire ;
 - Le dialogue gouvernement-partenaires a conduit à l'approbation en 2005 du Paquet éducatif essentiel pour accélérer l'éducation des filles (PEE) ;
 - Après l'engagement pris par le gouvernement en souscrivant au Cadre d'action du Forum de Dakar (2000), le principe de l'éducation pour tous a été inclus dans la Loi d'orientation de l'éducation nationale (novembre 2003), le Plan national d'éducation pour tous (EPT-2003), la Lettre sur la politique éducationnelle (février 2005) et le Plan décennal de développement du secteur de l'éducation (2006-2015), intégrant le PEE qui vise l'atteinte de l'éducation primaire universelle en 2015 est finalisé et en cours d'approbation² ;
 - La réouverture de 3 Ecoles normales d'instituteurs et le projet d'ouvrir 3 autres avec une priorité donnée à la formation d'enseignants communautaires et d'autres enseignants non qualifiés ;
 - La planification des opportunités d'éducation accélérée et alternative pour des enfants ayant dépassé l'âge d'aller à l'école primaire ou qui avaient abandonné l'école ;
 - Un programme national de promotion de la scolarisation des filles ;
 - La généralisation des nouveaux programmes d'enseignement primaire ;
 - La suppression des contributions scolaires pour l'enseignement maternel et primaire depuis octobre 2006 ;
 - L'étude d'un système de centres communautaires d'éducation préscolaire.
- Les questions de la **protection de l'enfant** sont abordées de manière plus rapide dans la DSRP-I, qui préconise une amélioration des conditions d'existence des familles et la promotion de la stabilité sociale, retenant au titre de la protection sociale, la création et le renforcement des comités locaux de lutte contre la traite des enfants ainsi que l'élaboration d'un document de politique et de stratégies de protection sociale.

Ce document a été approuvé et couvre la période 2004-2013 (MFPSS, s.d.) et fait suite à l'approbation de la Politique nationale de promotion de la femme (MFPSS, 2001) et le Plan d'action multisectoriel pour la mise en œuvre de cette politique (MSPSS, 2002). Par ailleurs, le gouvernement a préparé le rapport national sur la mise en œuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) pour la Commission des Nations Unies et procède actuellement à la mise en œuvre des recommandations de la Commission par les ministères concernés. Le

² Ce plan permettra au Bénin de bénéficier de l'Initiative Fast Track de la Banque Mondiale.

gouvernement a aussi présenté son deuxième rapport périodique à la Commission des Nations Unies sur les droits de l'enfant en septembre 2006 (MJLDH, 2002).

Sur le plan de la nouvelle législation, la loi n° 2006-04 du 30 janvier 2006 définit les conditions de déplacement des mineurs et réprime la traite d'enfants tandis que la loi sur le harcèlement sexuel du 5 septembre 2006, qui renforce le cadre légal d'un arrêté antérieur sanctionnant les violences et les abus sexuels en milieu scolaire. Ces lois sont en cours de dissémination.

D'autres lois votées par l'Assemblée nationale ont été promulguées concernant :

- la répression de la pratique des mutilations génitales féminines (Loi n°2003-03 du 3 mars 2003) ;
- le Code des personnes et de la famille (Loi n° 2002-07 du 24 août 2004)³ ;
- la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA (Loi n° 2005-31).

Validé en octobre 2006, le projet de Code de l'enfant est à l'étude au MJ-CRI pour vérification de sa conformité avec la Convention relative aux droits de l'enfant. Le document de Politique et stratégies nationales pour la protection de l'enfance est en cours d'élaboration ainsi qu'un plan d'action spécifique contre la traite des enfants à des fins d'exploitation. Par ailleurs, le Code pénal et le Code de procédure pénale sont en cours de révision.

Sur le plan des conventions et traités internationaux et interafricains, le Bénin a :

- publié la CDE au Journal officiel en septembre 2006, qui devient ainsi une partie intégrale de la législation nationale ;
 - ratifié les 2 protocoles optionnels de la CDE ainsi que la Convention supplémentaire des Nations Unies contre le crime transnational organisé et ses 3 protocoles additionnels ;
 - signé un accord bilatéral avec le Nigeria⁴ en juin 2005 pour lutter contre la traite des femmes et des enfants et mis en place un Comité conjoint et un Plan d'action en 2006 ;
 - signé un accord multilatéral avec 8 autres pays (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Togo) le 27 juillet 2005 et un accord sous-régional le 7 juillet 2006 avec l'ensemble des 26 pays de la CEDEAO et la CEEAC pour lutter contre la traite des enfants.
- Le DSRP-I met un accent sur **la lutte contre le VIH/SIDA/IST** comme élément des actions de santé, indiquant l'importance d'une approche multisectorielle pour réaliser les actions de prévention, de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA (dont l'accompagnement psychosocial) et le suivi de la situation, tels que prévus dans le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2000-2005 (PNLS-ONUSIDA, 2000).

Les principales actions prévues par ce cadre portaient sur :

- La subvention de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA ;
- Le fonctionnement effectif de laboratoires publics de dépistage rapide ;
- L'appui aux services de transfusion sanguine pour assurer la sécurité transfusionnelle ;
- La surveillance épidémiologique ;
- Les actions d'IEC-CC avec l'appui aux relais communautaires ;
- L'équipement et le fonctionnement des structures du Programme national de lutte contre le SIDA (PNLS).

Une loi sur la prise en charge des PVVIH a été promulguée et une politique approuvée, qui précise les normes et procédures (PNLS, 2004). Par la suite, le cadre stratégique a été révisé pour intégrer de nouvelles stratégies au cours de la période 2006-2010, notamment en ce qui concerne :

³ Entre autres, le Code fixe l'âge minimum pour faire du commerce à 18 ans (§ 539).

⁴ Accord de coopération pour prévenir, réprimer et sanctionner la traite, en particulier des femmes et des enfants.

- La prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ;
- La prise en charge pédiatrique ;
- La prévention parmi les jeunes ;
- La prise en charge psychosociale des orphelins et enfants vulnérables.

Une Politique et des stratégies de prise en charge des OEV ont été élaborées.

La création d'un *environnement favorable à l'atteinte des OMD* a consisté, entre autres, à privilégier :

- L'approche communautaire du développement local, base du Programme national de développement conduit par les communautés (PNDC), mise en œuvre depuis 2005⁵ ;
- La décentralisation (MD, 2003), avec le transfert de compétences aux 77 communes créées début 2003 et appuyée par plusieurs programmes et projets⁶ ;
- La régularisation des institutions de microfinance (IMF) par rapport à la loi PARMEC, l'élaboration d'une stratégie nationale pour la microfinance, visant surtout un appui aux activités économiques du secteur informel et la création, en avril 2006, d'un ministère délégué chargé de la Microfinance. Ces démarches pourraient être bénéfiques pour les activités économiques des femmes, qui privilégient l'utilisation des gains pour le bénéfice des enfants et sont les principaux emprunteurs aux institutions de microfinance⁷ ;
- La réforme budgétaire, comportant la mise en place de budgets-programmes, système basé sur les résultats.

3.- Tendances des ressources pour les enfants

Les ressources générales allouées chaque année dans la loi des finances aux ministères chargés des secteurs de la santé, de l'éducation, de la protection sociale et de l'approvisionnement en eau ont augmenté avec le temps et constituent un peu plus du quart du budget national en 2006. Sur la période 2002-2006, le budget du ministère de la Santé a évolué plus vite (8,5% par an) que celui du ministère de l'Enseignement primaire et secondaire (+ 2,3% par an) tandis que ceux des ministères chargés de la Justice et de la Famille, la Femme et l'Enfant ont connu un léger accroissement. Dans l'ensemble, bien que la part de ces ministères dans le budget national soit en légère diminution sur la période 2002-2006, le montant des sommes votées a augmenté de 5,42% par an., un taux un peu plus rapide que la croissance démographique (3,25%).

L'ensemble des ressources du MEPS sont consacrées à l'enfant mais ce n'est pas le cas des autres ministères où la répartition des ressources est difficile à faire afin de connaître le montant des ressources allouées spécifiquement à des activités relatives au MDE.

⁵ L'approche communautaire a été promue depuis la fin des années '80 par des organisations de la société civile, adoptée plus tard par le gouvernement dans la Politique de développement communautaire et ensuite dans le Programme national de développement communautaire (PNDC) de 1998 avec la tentative de promotion des unités communautaires de développement (UCD), dans le Projet d'appui au monde rural du Borgou (PAMR) et dans l'approche du Fonds social jusqu'en 2004.

⁶ Les communes sont responsables de la construction et la maintenance des écoles maternelles et primaires, des centres de santé au niveau des villages/quartiers et arrondissements, des centres de promotion sociale et de la jeunesse, des marchés et des abattoirs. Ils ont également la charge de la fourniture et la distribution de l'eau potable, de l'hygiène et de l'assainissement du milieu ainsi que les activités de jeunesse et l'aide sociale aux indigents (Loi 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes).

⁷ Environ 1 300 IMF desservant 684 000 clients en 2005, ayant collecté 37,86 milliards FCFA d'épargne et octroyé 84 milliards FCFA de prêts à plus de 170 000 emprunteurs. On estime à 1 milliard FCFA l'épargne dans les tontines et 9 milliards FCFA chez les banquiers ambulants estimés à plus de 400 (HELMS et al., 2005 ; DOVI, 2006).

Tableau 2 : Allocations du Budget national aux ministères chargés des services sociaux (en milliards F CFA)⁸

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Budget national	475,41	485,95	547,70	621,59*	614,737*	716,218
MS	38,328** (8,1%)	39,43 ** (8,11%)	45,67** (8,34%)	46,855 ** (7,54%)	53,117 (8,64%)	57,666 (13,90%)
MEPS ⁹	77,59 (16,32%)	81,99 (16,87%)	71,18 (13%)	79,597*** (12,81%)	82,141***# (13,36%)	93,886 (22,63%)
MFFE	2,26 (0,48%)	2,88 (0,59%)	3,94 (0,72%)	4,28 (0,69%)	4,93*** (0,80%)	4,396*** (0,61%)
MJ-CRI	1,57 (0,33%)	3,20 (0,66%)	4,19 (0,77%)	5,15 (0,83%)		
MMEH					19,87 ## (3,23%)	29,058## (4,06%)

Entre juillet 2000, date de l'admissibilité du Bénin au bénéfice de l'initiative PPTE, et décembre 2004, le montant global des allègements obtenus s'élève à 70,562 milliards de FCFA dont 65,656 milliards en 2001-2004, soit une moyenne de 16,4 milliards FCFA par an. A cela, il convient de noter l'obtention de nouveaux dons d'un montant total de 10,35 milliards FCFA sur la même période, soit un total de 75,9 milliards FCFA en 4 ans.

Bien que toutes les dotations en ressources dans le cadre de la réduction de la pauvreté ne sont pas engagées, les engagements annuels les plus élevés sont observés au niveau des secteurs de la santé et de l'éducation avec un total de 82% des fonds (63 milliards F CFA). Cet engagement varie entre 61% (en 2001) et 98% (en 2003).

Tableau 3 : Affectation des ressources PPTE et de nouveaux dons (en milliers de FCFA)

Ministères	2001		2002		2003		2004	
	Dotation	%	Dotation	%	Dotation	%	Dotation	%
MMEH	1 916 129	10	1 735 000	8	1 317 153	7	1 751 739	10
MSP	8 657 349	48	8 625 762	40	9 429 289	48	5 784 436	35
MEN	3 494 600	19	9 294 000	44	8 356 794	42	9 070 835	54
TOTAL	18 166 078		21 281 762		19 724 236		16 729 010	

Source : SIGFIP/MFE, 2005

Même si le budget national voté à l'Assemblée nationale augmente chaque année, la capacité d'absorption demeure faible, en particulier en 2005 pour la santé et autres secteurs sociaux. Parallèlement, les ressources de la Nation n'augmentent pas aussi vite que souhaité, à la suite d'un net ralentissement des activités économiques depuis 2001.

Tableau 4 : Taux de croissance du PIB

2001	2002	2003	2004	2005	2006 (est)
6,2%	4,4%	3,9%	2,7%	2,9%	4,5%

Source : INSAE (Tableau de bord 2000-2003) ; OCS (Profil social)

⁸ Budget approuvé chaque année dans la loi des finances. Sources: Annuaire de statistiques sanitaires MS; Rapport BM (2002) ; DANIDA (2004) ; *Budget National http://www.izf.net/izf/ee/pro/index_frameset.asp?url=http://www.izf.net/IZF/EE/pro/benin/3041.asp (loi des Finances 2006); **Annuaire de statistiques sanitaires MS 2005 ; 2006 et 2007. ***Budget MEPS/MFFE (Budget général de l'Etat gestion 2006-Présentation des dépenses sections 41 et 42). ; # 87 139 avec le collectif budgétaire ; ## DPP.

⁹ Dont 8,99% en 2006 et 8,62% des prévisions 2007 pour l'enseignement primaire.

4.- Elaboration et utilisation des instruments pour suivre les cibles MDE/OMD

La situation avant le début du plan d'action du MDE

Plusieurs documents précisent la situation de l'enfant ou contiennent des données relatives à la situation avant 2003, notamment :

- Rapport d'un atelier de réflexion sur la vision de l'enfant béninois au-delà de l'an 2000 (BENIN-UNICEF, 1999) ;
- Rapport national du Bénin sur la revue de fin de la décennie pour le suivi des objectifs du Sommet Mondial pour les enfants (MECCAG-PDPE, 2000) ;
- Enquête démographique et de santé (EDS) de 2001 (INSAE-ORC MACRO, 2002) ;
- Note sur la pauvreté au Bénin (Banque mondiale, 2003) ;
- Troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH3) de 2002 (INSAE, 2003) ;
- 2^{ème} rapport périodique du Bénin sur la mise en œuvre de la CDE sur la période 1998-2002 (MJLDH/DDH).

Le suivi des OMD

L'instrument principal de suivi des progrès vers les cibles MDE/OMD est double et comporte les rapports portant spécifiquement sur les OMD et le mécanisme de suivi du DSRP-I.

Le premier rapport sur les OMD, de 2003, a été réalisé sous l'égide du Conseil national de la statistique (CNS) avec l'appui du Système des Nations Unies (SNU). Ensuite, 2 rapports ont été élaborés par l'Observatoire de changement social (OCS)¹⁰. Il s'agit du :

- Rapport sur les OMD (2000 + 5), qui comporte des données nationales jusqu'en 2004 dans plusieurs domaines. Ce rapport fait le point des réalisations du Bénin en faveur de l'atteinte des OMD et, à chacun des objectifs, fait ressortir les principaux défis que le pays doit relever.
- Rapport départemental 2006, contenant des données 2002-2004 sur les 8 OMD pour chacune des 6 anciens départements et pour l'ensemble du pays. L'analyse fait ressortir les possibilités d'atteinte de chaque OMD dans chaque département.

Ce suivi s'appuie sur les statistiques de routine, les enquêtes sur la pauvreté de 1994-95 et 1999-2000 ainsi que le QUIBB, l'EDS de 2001 et le RGPH3 de 2002.

Le suivi des OMD est également fait par la société civile : un premier rapport alternatif a été validé en septembre 2005 (Social Watch-Bénin, 2005). Ce rapport contient des données sur la période allant jusqu'à la date de publication et met l'accent sur les aspects qualitatifs et les processus en cours.

Le suivi du DSRP-I est réalisé sur 2 plans : d'une part par rapport à l'exécution financière dans le cadre de la réforme des dépenses publiques, avec l'appui de la Banque Mondiale à travers le Crédit d'ajustement pour la réforme des dépenses publiques (PERAC), d'autre part par rapport à l'efficacité des actions et leur impact. Ce deuxième aspect du suivi est fait par le SP/ CNDLP, qui a été créé en même temps que l'OCS et rattaché également au MDEF.

Les indicateurs de la plupart des cibles des OMD 1 à 7 sont intégrés dans le mécanisme de suivi du DSRP-I. L'OCS a publié un rapport en faisant la comparaison des données entre 2003 et 2004 (OCS, 2005). Des rapports d'avancement, basés sur des rapports départementaux, sont validés et publiés chaque année. Ces rapports donnent des informations sur plusieurs aspects

¹⁰ Organisme prévu dans le DSRP et créé conjointement par les ministères chargés du Plan (MCPPD) et de l'Economie (MFE) en 2004, aujourd'hui intégré au ministère du Développement, de l'Economie et des Finances, et chargé du suivi des OMD et du DSRP.

essentiels du MDE, mais abordent peu le 3^{ème} domaine clé de protection de l'enfant¹¹. Les travaux de préparation du DSRP-II du groupe thématique 1 (Secteurs sociaux, infrastructures et équipements de base) apportent également des informations utiles.

Les enquêtes régulières comportent le RGPH3, l'EDS et les enquêtes sur la pauvreté.

Un tome spécifique du RGPH3 est consacré aux personnes vulnérables : enfants, femmes, personnes vivant avec un handicap et personnes âgées. Les données générales départementales apportent des précisions importantes sur la scolarisation, le niveau d'instruction et l'emploi ou l'inactivité des enfants de 6 ans et plus et les jeunes ainsi que l'accès à l'eau potable, l'accès à des toilettes et les conditions de logement. Un tome sur les ménages et les conditions de logement présente deux cartes de la répartition spatiale de la pauvreté non monétaire et de l'indice de pauvreté humaine (IPH). Une brochure des *Indicateurs socio-démographiques* fait ressortir tous les indicateurs collectés par le RGPH3 relatifs à la Déclaration du Millénaire et des OMD. Un travail ultérieur de l'INSAE présente une carte de la pauvreté non monétaire par arrondissement.

Une étude conjointe INSAE-UNICEF a permis la comparaison des ménages classés par quintiles de pauvreté en ce qui concerne plusieurs indicateurs sociaux (TMI, TMM5, TMM, taux de fécondité, accès à des services de santé (notamment pour les CPN et les accouchements assistés) ainsi que l'accès à l'éducation (VODOUNOU et al., 2003). D'autres études sont en cours, à savoir : l'Enquête nationale modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages (EMICOV) et le 3^{ème} EDS, qui fait suite à celles de 1996 et 2001 et devrait donner accès aux premiers résultats début 2007.

Une enquête QUIBB (Questionnaire des indicateurs de base du bien-être) a été réalisée avec l'appui de la Banque Mondiale en 2002 qui a permis l'établissement de cartes de la répartition de la pauvreté.

Un Tableau de bord social (TBS) présente les données de base sur la situation socio-économique pour 2000-2003. Elaborée par l'INSAE avec l'appui de l'OCS, la nouvelle structure interne du TBS met en exergue des indicateurs retenus dans le cadre de suivi du DSRP-I et des OMD (INSAE, 2005).

Parallèlement, le **Profil social** couvrant la période 2000-2004 a été publié par l'Observatoire du changement social (OCS, 2006), avec des informations sur les actions visant la réduction de la pauvreté, notamment l'initiative PPTE et l'affectation budgétaire des ressources financières mobilisés par la remise de la dette ainsi que la contribution de l'initiative PPTE à l'évolution des indicateurs sociaux (éducation, santé, eau potable, pistes rurales).

Deux rapports « alternatifs » de la société civile aux Commissions des Nations Unies, présentent son point de vue sur la situation des enfants par rapport à la CDE (CLOSE, 2006) et celle par rapport au système judiciaire (OMCT., 2005).

Les activités d'une base nationale de données socio-économiques (dont des données sur le suivi des OMD et des objectifs du DSRP-I), intitulée **BENINFO (version Devinfo)** sont gérées par l'INSAE avec l'appui du système des Nations Unies depuis 2002. Trois autres observatoires ont été créés : **l'Observatoire de la famille, de la femme et de l'enfant** au sein du MFFE en 2005, avec l'appui de l'UNFPA et de l'UNICEF; **l'Observatoire urbain national** au MDCULRF-LCEC ; **l'Observatoire pour la protection des enfants contre la traite et l'exploitation du travail** avec un statut mixte public-privé, sur l'initiative de l'Association béninoise d'assistance à l'enfant et à la famille (ABAEF) avec l'appui du BIT-

¹¹ Le suivi de la mise en œuvre de la SRP sur la période 2003-2005 a donné lieu à des rapports d'avancement : en février 2005 pour 2003, septembre 2005 pour 2004 et septembre 2006 pour 2005. Le SP/CNDLP prépare les réunions de validation de ces rapports par département sous la présidence des préfets et informe l'assemblée plénière du CNDLP de la situation ainsi que le comité ministériel qui approuve les rapports au nom du gouvernement. Les comités départementaux de suivi (CDS) sont installés début 2004 mais leur fonctionnalité reste à assurer.

IPEC. Un mécanisme de suivi communautaire de la traite des enfants est en cours de mise en place par le MFFE avec l'appui de l'UNICEF et de l'USAID.

Une Commission nationale des droits de l'enfant et ses démembrements départementaux a été mise en place depuis 2002.

5 Amélioration des partenariats, alliances pour les enfants et participation

Plusieurs types de partenariat et d'alliances ont été développés depuis 2002 :

- *Les partenariats public-public entre structures d'Etat et des partenaires techniques et financiers extérieurs* concernent presque tous les domaines. On note, en particulier l'importance des remises de la dette, à la suite de négociations partenaires par partenaire avec 9 bailleurs bilatéraux et 6 organisations internationales¹². Il y a aussi des interventions très ciblées (PAM-UNICEF pour la prise en charge alimentaire des enfants en conflit avec la loi...) et l'apport de fonds nettement plus importante de certains partenaires multilatéraux et bilatéraux dans les domaines particuliers, entre autres dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable (DANIDA, GTZ, Belgique, Pays Bas, Union Européenne, UNICEF, BM...), l'éducation (UNICEF, Pays Bas, ...) ou la protection de l'enfant (UNICEF, UE, DANIDA dans le Zou...) et les droits de l'Homme (DANIDA). De nouveaux partenariats se développent également dans différents domaines du secteur santé, notamment le PEV, la lutte contre le paludisme ou la santé maternelle, avec des réunions régulières de coordination.
- *Entre structures d'Etat*, on constate la création de plusieurs organismes interministériels intervenant dans les domaines relatifs aux OMD (appui du PNUD notamment) et du MDE : le CNDLP et ses démembrements, le renforcement de la CNLS et du PNLS, la Commission Nationale d'endettement, la Commission nationale des droits de l'enfant et ses démembrements départementaux.
- *Entre l'Etat et les organisations de la société civile* et progressivement, *entre les communes et les organisations de la société civile*. Une innovation institutionnelle est la création par arrêté début 2006 d'une Cellule nationale de suivi et de coordination pour la protection de l'enfant, intervenant dans la lutte contre la traite d'enfants ; l'Observatoire pour la protection des enfants contre la traite et l'exploitation du travail ; l'Institut national et le Fonds national d'appui à l'alphabétisation et l'éducation des adultes ; le Partenariat de l'eau pour la gestion intégrée des ressources en eau (GIRE) ; le Comité de pilotage de la représentation nationale du Centre régional pour l'eau potable et l'assainissement à faible coût (CREPA) au Bénin.
- *Entre organisations de la société civile* pour mener un travail dans plusieurs communes (le programme PROCHILD de CARE avec 22 ONG nationales dans 9 communes ; Social Watch avec un point focal au Bénin animé par l'ONG Sœurs unies à l'œuvre et regroupant 17 ONG et réseaux ; le Comité de liaison des organisations sociales de défense des droits de l'enfant [CLOSE] avec une trentaine d'ONG membres ; le Réseau des structures de protection des enfants en situation difficile [RESPESD] avec 20 structures adhérentes ; la Plateforme des acteurs de la société civile au Bénin [PASCIB]).
- Les partenariats mixtes *entre structures de l'Etat, sociétés privées, société civile et partenaires techniques et financiers* ont vu le jour, notamment pour (i) mettre en œuvre la PTME dans les maternités et (ii) lutter contre la traite des enfants¹³.
- Les *partenariats avec et entre communes, communautés et la société civile* pour renforcer les capacités et réaliser des actions de développement local, dont des

¹² Canada, Chine, France, Italie, Japon, Norvège, Pays Bas, RFA, Royaume uni ; AID, BEI, BOAD, FAD, FIDA, FMI.

¹³ BIT, UNICEF, Coopération suisse et française, ONG étrangères et nationales, FENAB, gouvernement, communes.

partenariats : communes-Etat-bailleurs (PRODECOM...); communes-société civile (SNV...); communes-communautés-Etat-bailleurs (CNDCC); communautés-société civile (CBDIBA, Aide et action, AFJB et de nombreuses autres ONG).

En ce qui concerne *la participation des enfants*, elle se manifeste entre autres à travers des activités menées avec les enfants membres des organisations de jeunes travailleurs (AEJT, par exemple), les groupes d'enfants suivis par les ONG et des services de l'Etat et les sessions de la deuxième législature du parlement des enfants. Des initiatives ont été prises par l'Association des députés amis des enfants pour institutionnaliser le parlement.

6 Réalisation du Plan d'Action MDE et les cibles des OMD y relatives

La réalisation des OMD spécifiques aux quatre domaines prioritaires du Plan d'action du MDE semble être en bonne voie par rapport aux données de 1990 pour la réduction de l'insuffisance pondérale, l'accès à l'eau potable et éventuellement pour l'accès universel à l'éducation primaire¹⁴ (cf. Annexe : Tableau 1). Cette appréciation est confirmée par l'OCS (2006) sur la base des données par département ainsi que par les estimations faites par divers partenaires (cf. Annexe : Tableau 2). Toutefois, les données de l'insuffisance pondérale sur la période 1996-2001 ne confirment pas la tendance favorable observée auparavant et la malnutrition chronique (taille/âge) est en augmentation sur cette période ; quant à une éducation primaire complète pour tous les enfants, elle risque d'être compromise par les disparités régionales, les écarts filles-garçons et le faible niveau d'achèvement à l'école primaire, surtout pour les filles (37%). Si les OMD correspondant à un des domaines prioritaires du MDE ne sont pas atteints, la réalisation du MDE dans ce domaine sera compromise (cf. Tableau 1, § 2).

Malgré ses réserves sur l'atteinte possible des OMD, il faut noter les nombreuses activités pertinentes qui ont été réalisées entre 2003 et 2006, que l'on pourrait apprécier à partir du nombre important d'indicateurs inclus dans le plan d'action du MDE. La volonté politique est plus marquée (gratuité de l'école maternelle et primaire, ciblage plus spécifique des OMD dans le DSRP-II...) et les décisions prises sur le plan des nouvelles politiques, stratégies et programmes de grande envergure indique constitue une évolution positive et une volonté réelle de bâtir un MDE. La préoccupation de la situation de l'enfant se manifeste également dans le second rapport périodique du Bénin présenté au Comité des Nations Unies sur les droits de l'enfant et le rapport alternatif élaboré par la société civile.

6.1. Promouvoir une existence meilleure et plus saine

Les indicateurs de *mortalité infantile et infanto juvénile*, bien qu'en baisse, restent élevés : 89‰ des enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes, 160‰ d'enfants de moins de cinq ans en 2001 (EDS). De surcroît, le TMM5 est plus élevé en milieu rural (+ 13 points) et encore plus élevé (+ 26 points) pour les enfants des 20% des ménages les plus pauvres (VODOUNOU et al., 2003). Pour atteindre l'OMD 4 en 2015, il faudrait une réduction moyenne de 5,92 % par an (actuellement 0,86% en moyenne par an entre 1996 et 2001¹⁵).

Un des trois problèmes majeurs est le fort niveau de *mortalité néonatale* qui stagne à 38‰ depuis plus de 10 ans et représente près de 40% des décès d'enfants de 0 à 11 mois, dont les ¾ surviennent pendant la première semaine de vie. Ce taux est intimement lié à la santé maternelle (situation nutritionnelle de la femme enceinte, accès aux CPN de qualité, accouchements assistés de qualité, urgences obstétricales et soins postnataux, utilisation de

¹⁴ Les taux de malnutrition chronique

¹⁵ Source : Evolution des taux entre 1996 et 2001.(EDS).

contraceptifs¹⁶...). Actuellement, 9 femmes sur 10 utilisent la CPN et 7 sur 10 accouchent en maternité (MS, 2006), mais elles consultent tardivement tandis que l'accès est nettement plus faible pour des femmes originaires de ménages pauvres (VODOUNOU et al., 2003)¹⁷.

Le ratio de **mortalité maternelle** stagne à près de 500 pour 100.000 naissances vivantes depuis plus de 10 ans (EDS 2001- RGPH3 2002)¹⁸. Le déficit en personnel qualifié, les retards dans l'évacuation des cas d'urgence obstétricale vers les centres de référence, et le coût des interventions sont les principales causes.

La prise en compte par le gouvernement et la communauté internationale des interventions salvatrices néonatales et infantiles publiées par la revue scientifique « The Lancet » apporte quelques réajustements aux stratégies mises en œuvre en faveur de la survie de l'enfant. Le gouvernement a démontré sa volonté d'adhérer à la déclaration de Syrte signée par les chefs d'Etat africains en juillet 2006 et est en train de bâtir un partenariat autour d'une stratégie pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Cette stratégie est basée sur l'application d'un paquet minimum d'interventions coût-efficaces¹⁹, dont la mise en œuvre effective, en cours de généralisation, permettrait d'avoir des espoirs sur l'atteinte de l'OMD 4.

Un deuxième problème majeur est **la fréquence du paludisme**, des infections respiratoires aiguës et des diarrhées, causes de 60% des consultations d'enfants. Le paludisme (41% des consultations) demeure un problème majeur de santé publique avec un taux d'incidence de 113 pour mille dans la population en général et de 397 pour mille chez les enfants de moins d'un an, étant la cause principale de décès des enfants de moins de 5 ans (23% du taux de mortalité des moins de cinq ans en Afrique)²⁰. Toutefois, le nombre d'épisodes de paludisme est au moins 10 fois le nombre de cas déclarés (LANGLEY et al., 2006), car plus de 60% de la population ne fréquentent pas les services de santé pour les soins curatifs²¹.

Compte tenu de l'importance de cette maladie, le Bénin a adhéré à l'initiative **Faire Reculer le Paludisme**, et a déployé des efforts considérables avec la création d'une direction spéciale appelée Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) au ministère de la Santé. L'accent est mis sur les activités de prévention, notamment sur la distribution et l'utilisation de moustiquaires imprégnées pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans²². Une initiative de distribution aux femmes enceintes venant en consultation prénatale d'un kit CPN (comprenant une moustiquaire imprégnée, du fer, de l'acide folique et un déparasitant) est en cours de généralisation dans tous les centres de santé publics ainsi que le traitement préventif intermittent de la femme enceinte contre le paludisme. La stratégie pour la survie de la femme, du nouveau né et de l'enfant a une grande composante y relative. Une recherche opérationnelle sur le traitement préventif intermittent des nourrissons contre le paludisme est en cours dans 2 zones sanitaires du pays. Un téléthon national annuel est lancé pour collecter des fonds pour l'achat de moustiquaires pour le PNL. Plusieurs partenaires appuient le gouvernement dans cet effort (UNICEF, USAID...). Le Booster programme financé par la Banque Mondiale

¹⁶ Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste faible (7%) mais est en augmentation assez rapide, surtout en milieu urbain, dans le Sud et dans le Borgou grâce aux actions des centres de santé publics et l' Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF).

¹⁷ 64,6% pour les CPN ; 44,6% pour les accouchements assistés.

¹⁸ Les Nations Unies l'estiment à 850 pour 100 000 naissances vivantes, tenant compte de taille de l'échantillon et l'identification des causes réelles de décès de la femme.

¹⁹ PEV +, PCIME + et SMN + (soins maternels et néonataux).

²⁰ Le paludisme est une cause importante de l'absentéisme à l'école et provoque des complications neurologiques qui empêche l'enfant de bien travailler à l'école. Chez la femme enceinte, le paludisme aggrave l'anémie et constitue une des causes du faible poids de l'enfant à la naissance.

²¹ 37% en 2005 avec les principaux centres privés (MS/DPP, août 2006). Une étude dans la Zone sanitaire de Tanguiéta-Materi-Cobly, dans le Nord-Ouest, où le taux de fréquentation en 2004 était de 50%, identifie les causes de la non fréquentation comme étant : l'indisponibilité de personnel qualifié et l'inexistence de certains services en périphérie, le mauvais accueil des malades, des ruptures de stock de médicaments (parfois artificielles), la précarité socio-économique de la population, l'inaccessibilité géographique et certaines pratiques religieuses (KPATCHAVI, 2006).

²² La baisse du prix des moustiquaires imprégnées augmente fortement la demande et 41% des enfants de moins de 5 ans dorment sous moustiquaire imprégnée (Enquête nationale PLNP, 2006) par rapport à 5% en 2001. La promotion des moustiquaires appuyées par des activités communautaires porte ses fruits puisque 8 mères sur 10 savent désormais que le paludisme se transmet par les piqûres de moustique.

prévoit également de fournir des moustiquaires imprégnées à tous les enfants de moins de 5 ans du Bénin en 2007 et le Bénin vient d'être intégré à l'initiative présidentielle des Etats-Unis pour la lutte contre le paludisme.

Le traitement curatif du paludisme simple est prévu par la prise en charge avec « Artémether-Luméfántrine » à la place de la chloroquine comme médicament antipaludique²³.

La situation nutritionnelle, particulièrement préoccupante, est un troisième problème majeur: en 2001, on estime que 46% des décès des enfants de moins de 5 ans ont pour soubassement la malnutrition. L'anémie chez les femmes et les enfants a une prévalence très élevée²⁴ et contribue fortement aux décès de ces derniers. Le retard de croissance des enfants âgés de 0 à 36 mois, indicateur de la malnutrition chronique, a augmenté très légèrement de 25% en 1996 à 27% en 2001 (EDS). Pour les enfants de 6 à 59 mois, elle atteint 38,6% des enfants sur le plan national en 2001 mais 49,5% dans la zone sanitaire du Nord Ouest du pays en 2005. Le taux de malnutrition des enfants des 20% des ménages les plus pauvres était 2,4 fois plus élevé que celui des enfants des ménages plus riches (VODOUNOU et al., 2003). Il n'existe pas de protocole national pour la prise en charge de la malnutrition, ce qui signifie que les enfants ne sont pas correctement dépistés et identifiés comme étant malnutris et qu'ils ne reçoivent que trop peu un traitement adéquat. Il n'existe pas une coordination et une collaboration adéquate entre les différents acteurs. Malgré quelques défauts (pas d'utilisation de la courbe de croissance et distribution des vivres aux enfants non malnutris), le programme alimentaire et nutritionnel à base communautaire avait apporté une partie des réponses et le MFFE cherche un nouveau partenaire financier. Par ailleurs, un nouveau programme de sécurité alimentaire par l'intensification agricole (PSAIA) est en cours de montage, grâce au financement de la BAD et le gouvernement.

Par ailleurs, le Bénin s'est engagé avec plusieurs autres pays en octobre 2004 à réaliser l'iodation universelle du sel.

Au niveau international, le « Standing Committee on Nutrition » (SCN) a attiré l'attention des pays en 2005 sur le rôle critique de la nutrition pour l'atteinte des OMD, notamment l'OMD 1 [Eliminer l'extrême pauvreté et la faim] ; OMD 2 [Assurer l'éducation primaire pour tous] : 4 [Réduire la mortalité des enfants], OMD 5 [Améliorer la santé maternelle].

Pour **la vaccination**, la couverture de tous les antigènes a été maintenue au-dessus de 80% depuis 2000 (sauf une chute passagère du VAR en 2005) et atteint 94% pour le DTC3 et 111% pour le BCG. Cela avait permis en 2001, que 59% des enfants 12-23 mois soient complètement vaccinés contre ces maladies contre 56% en 1996. Cette moyenne est parmi les plus élevées en Afrique sub-saharienne. Depuis 2005, la couverture vaccinale de routine s'est étendue à 9 antigènes avec l'introduction du Pentavalent pour alléger les contraintes de la mère (moins de déplacements, etc..) et l'introduction d'un vaccin anti-amaril. L'adhésion du Bénin à l'Initiative d'indépendance vaccinale a permis au pays, depuis 2001, d'assurer la disponibilité des vaccins traditionnels (VAT, VAR, BCG, DTC, Polio) avec les consommables pour le PEV de routine jusqu'en 2005 avec les ressources propres. A partir de 2005, avec l'introduction du nouveau vaccin Pentavalent donné par le GAVI dans le cadre de la sécurité des injections, le Bénin n'achète plus le DTC, le HepB et le VAA+SAB (seringues autobloquantes). A partir de 2008, le Bénin assurera le financement relais du pentavalent de même que les SBA. A noter également le maintien du niveau élevé de prise de vitamine A par des enfants, bien qu'il y a eu une baisse de 94% des enfants en décembre 2005 à 76% en mai 2006).

En matière d'**approvisionnement en eau potable**, les progrès sont importants, surtout en milieu rural grâce aux financements extérieurs, la contribution des différents acteurs et la

²³ Un médicament anti-paludéen à base de la phytopharmacopée traditionnelle sera bientôt fabriquée et conditionnée aux laboratoires du CHD de l'Ouémé /Plateau.

²⁴ 82% (enfants <5 ans) et 64% (femmes 15-49 ans) et 73% (femmes enceintes).

déconcentration/décentralisation prévues dans la révision de la stratégie nationale. Les taux d'équipement annuels ont été doublés pour atteindre 1 000 équivalent-points d'eau²⁵ depuis 2004 avec la perspective de 1 500 équivalent-points/an, par rapport aux 1 350 équivalents d'assainissement de base (2004 points d'eau/an nécessaires pour atteindre l'OMD 7 relatif à l'accès des populations à l'eau potable mais aussi pour l'éradication du ver de Guinée²⁶.

Dans le domaine de l'*assainissement de base*, la situation s'est améliorée avec environ 32% de couverture en toilettes et latrines améliorées, mais reste encore très nettement insuffisante. Le Programme national d'hygiène et d'assainissement de base (2004-2008) a besoin d'être soutenu pour améliorer cette situation, ainsi que les composantes des projets d'eau qui visent l'assainissement, notamment par des actions d'envergure de communication pour un changement de comportement. L'accent sera mis sur le lavage des mains qui réduira de beaucoup les infections d'origine fécale. De gros efforts sont attendus à ce niveau du gouvernement et des partenaires pour la mise en œuvre de ce programme qui devra déboucher sur un relèvement substantiel des indicateurs de ce sous-secteur.

6.2. Pour une éducation de qualité

Les progrès de la scolarisation se sont poursuivis en 2002-2003, mais les taux bruts et nets sont en baisse en 2003-2004 et 2004-2005, à la suite des mouvements de grève des enseignants.

Tableau 5 : Evolution des Taux Bruts et Nets de Scolarisation de 2003 à 2005

Année scolaire	Taux Brut de Scolarisation (TBS)					Taux Net de Scolarisation (TNS)				
	Garçons	Filles	Total	Ecart	Indice parité	Garçons	Filles	Total	Ecart	Indice parité
2002-03	114,30%	82,30%	98,30%	32	0,72	96,69%	70,51%	83,60%	26,18	0,73
2003-04	108,00%	84,26%	96,38%	23,74	0,78	89,83%	70,89%	80,56%	18,94	0,79
2004-05	105,22%	84,09%	94,84%	21,13	0,80	84,95%	68,87%	77,05%	16,08	0,81

Source : Statistiques scolaires

L'écart entre scolarisation de garçons et de filles persiste en 2005, ainsi que les disparités régionales avec 43 communes (sur 77) ayant un taux brut de scolarisation des filles en dessous de la moyenne nationale. Cependant, l'écart filles-garçons s'est réduit à la suite de programmes spécifiques menés dans ce sens, passant de 32 points en 2002-2003 à 21 points en 2004-2005 pour les taux bruts de scolarisation. Le taux brut de scolarisation des filles a dépassé celui des garçons dans une commune depuis 2001-2002, grâce en partie au leadership local et à l'implication effective des communautés ; le dépassement a été atteint dans 1 autre commune depuis 2003-2004 et 3 autres en 2004-2005, bien qu'une légère baisse du taux de scolarisation des garçons a été constatée.

Bien que le taux brut d'admission en CI²⁷ se soit amélioré, passant de 94% en 2001-2002 à 100% en 2004-2005, on estime que seulement la moitié des enfants qui commencent l'école primaire terminent effectivement les 6 classes (62% pour des garçons et 37% pour des filles en 2003-2004), à cause de la persistance de niveaux élevés de redoublement (16,95% en 2004-2005 avec un écart de près d'un point en faveur des garçons) et d'abandon (13,28% pour les garçons et 14,8% pour les filles).. Le résultat est que plus d'une fille sur trois, âgée de 6 à 11 ans se trouve en dehors de l'école et près de un garçon sur quatre.

Outre les grèves, le faible rendement est toujours lié aux insuffisances du système éducatif déjà identifiées en 1990 lors des Etats généraux de l'éducation : insuffisance des infrastructures et du nombre d'enseignants (ratio élèves/enseignant de 53,2 en 2003-2004), de la proportion

²⁵ Un équivalent-point d'eau = 1 forage équipé de pompe ; 1 borne fontaine à deux robinets, 1 puits à grand diamètre = 2 équivalent-points d'eau.

²⁶ Dont la certification est prévue en 2008.

²⁷ Première année de l'école primaire.

d'enseignants non qualifiés (environ 50%), de la faiblesse de l'encadrement pédagogique, des contre-performances dans la distribution des manuels scolaires, la pauvreté des parents qui limite notamment l'accès aux cahiers d'activités et aux fournitures scolaires. Le réseau des écoles primaires au Bénin est relativement étendu mais dans des endroits les plus reculés, on trouve encore des communautés dont les enfants n'ont pas accès à l'école ou qui sont dans des écoles peu équipées.

Changements majeurs dans les politiques du Gouvernement

Le Plan EPT a défini des stratégies pour l'éducation des enfants les plus difficiles à atteindre grâce à l'éducation alternative. La Lettre de politique éducative et le Plan décennal qui en découle ont retenu la mise en œuvre du Paquet éducatif essentiel pour la scolarisation des filles (PEE) comme une des principales stratégies pour atteindre la parité garçons-filles comme élément essentiel de l'enseignement primaire universel à l'horizon 2015. La stratégie d'éducation préscolaire (3-5 ans), c'est-à-dire la prise en charge par les communautés avec un appui à de telles initiatives, est prévue dans le Plan décennal. Une stratégie nationale d'intervention est en cours d'élaboration sur la base des initiatives prises actuellement avec les communautés²⁸.

En outre, le gouvernement a adopté un arrêté inter-ministériel sanctionnant les violences et les abus sexuels en milieu scolaire (2003) qui a été suivi par la loi sur le harcèlement sexuel (2006).

Ayant supprimé les frais de scolarisation des filles en zones rurales en 1993 et pour tous les enfants en 2000, le gouvernement a pris en charge les salaires des enseignants communautaires depuis l'année scolaire 2004-2005²⁹. Même si quelques nouveaux enseignants sont recrutés et payés par les communautés, la charge pour les parents est allégée et encourage l'inscription et le maintien des enfants à l'école, surtout les filles, souvent sacrifiées lors des arbitrages budgétaires des parents. En octobre 2006, un pas de plus a été franchi avec la décision du gouvernement de supprimer toutes les contributions exigées des parents d'élèves pour les écoles maternelles et primaires.

Par ailleurs, dans le cadre de la politique nationale de décentralisation, 76 des 77 communes se sont dotées d'un Plan de développement économique et social dans lequel, de façon générale, l'éducation est une des priorités, les communes étant responsables de la construction et l'entretien des écoles maternelles et secondaires.

En ce qui concerne les enfants ayant dépassé l'âge de la scolarisation ou ayant abandonné l'école, une expérience d'éducation non-formelle des jeunes apprentis est en cours depuis 2001 dans 6 villes, menée par le MFFE avec des ONG.

Sur le plan institutionnel, de nouvelles directions techniques ont été créées par le gouvernement pour accompagner les efforts visant à atteindre les OMD 2 et 3 :

- la Direction de la promotion de la scolarisation (2004) dont un des principaux services est le Service de promotion de scolarisation des filles ; d'autres services mènent des actions visant à améliorer la qualité de l'éducation offerte et à favoriser l'apprentissage des apprenants, notamment par le sport et la santé scolaire, y compris l'éducation à la lutte contre le VIH/SIDA ;
- la Direction de l'enseignement maternel (2004), montrant la prise de conscience de l'importance de ce niveau d'éducation pour le développement intégré de l'enfant ;
- la Direction de l'inspection pédagogique (2005), pour répondre à la faiblesse de l'encadrement pédagogique ;

²⁸ Des espaces enfance ont été créés, par exemple, dans les interventions d'Aide et Action et ensuite, dans le programme Educom du MEPS, réalisé avec l'appui d'UNICEF.

²⁹ Payés auparavant grâce aux contributions des parents, leur rémunération était le plus souvent inférieure au SMIG (entre 12 000 FCFA et 20 000 FCFA par mois).

- o la Direction de la décentralisation de l'éducation et de la coopération (2006) dont la création révèle la résolution du MEPS de s'inscrire dans la démarche de la décentralisation, visant à responsabiliser les collectivités locales et les communautés.

6.3. Protection contre la maltraitance, l'exploitation et les abus

La question de *l'exploitation économique et de la traite* des enfants est une préoccupation majeure de la société civile, des autorités et des partenaires. La situation de pauvreté endémique, le faible taux d'alphabétisation de certaines couches sociales, un faible taux de scolarisation et une qualité de l'enseignement non encore satisfaisants ainsi que l'insécurité alimentaire dans certains cas de même que le manque d'opportunités économiques pour les jeunes constituent un terrain favorable pour la persistance du phénomène.

480 000 enfants de 6 à 14 ans étaient considérés comme «occupés»³⁰ en 2002, soit plus du quart de la classe d'âge(27,5%), dont un nombre important était des jeunes filles *Vidomégon*³¹. En 2006, sur une population d'enfants de 10 à 17 ans (environ 1 500 000), la tranche en dehors de l'école est estimée à 700 000, soit 45% de cette population (OBURA, 2006). Environ 50.000 autres sont des enfants travailleurs à l'étranger (OUENSAVI et KIELLAND, 2000).

Toutefois, le manque de données dans ces domaines ne permet pas de bien analyser le problème. De même, l'évolution du nombre d'enfants victimes de la traite n'est pas connue, ni les mécanismes de recrutement ; les trajectoires et les modalités de déplacement sont aussi mal connus, surtout la traite externe ainsi que le profil des enfants, les secteurs d'activités, les demandeurs de main-d'œuvre infantile et les conditions de travail de cette main-d'œuvre ne sont pas maîtrisés. Toutes ces informations contribueront à l'analyse des causes et des facteurs favorisant le développement de la traite ainsi que leurs conséquences sur les enfants. Des études menées par Terre des hommes (TdH) et le BIT (OIT-IPEC, 2001) ont permis d'avoir des informations sur certaines zones de départ et de destination, mais ne permettent pas d'appréhender le phénomène à l'échelle nationale³². Afin de mieux maîtriser la dynamique et le mécanisme de la traite au Bénin, le MFFE a entrepris, avec l'appui de l'UNICEF, une étude nationale du phénomène.

Malgré ce manque d'information, des progrès importants ont été enregistrés dans ces domaines au cours des dernières années. La situation de la traite des enfants est devenue plus visible en 2003, lors du rapatriement de plus de 260 enfants béninois exploités dans les carrières d'Abeokuta au Nigeria et leur réinsertion. La prise de conscience des différents acteurs est devenue plus nette, et la nécessité de renforcer les interventions du terrain et devenu plus claire. 1 450 comités locaux de lutte contre la traite des enfants ont été créés et la formation de 40% d'entre eux assurée en planification des actions. Un réseau de 9 centres de protection, d'écoute et de conseils, mis en place dans 6 villes par le gouvernement et les ONG, avec l'appui de UNICEF³³, a permis l'accueil de plus de 3 000 enfants et la réinsertion de plus de 2 500 d'entre eux. Dans le département du Zou, lieu principal du départ des enfants, un projet d'Action communautaire pour la protection des enfants (ACPE) impliquant les élus des communes et d'autres acteurs locaux, a été lancé en octobre 2006 par deux ONG (World Learning et GRAPAD), grâce au financement du Département d'Etat des Etats Unis.

La nécessité de faire circuler l'information et de mettre en œuvre des réponses concertées, d'harmoniser les procédures, d'améliorer la coordination et de créer des synergies a été

³⁰ Personne occupée: ayant travaillé au moins une semaine de façon continue ou non au cours des 3 derniers mois précédant le recensement.

³¹ Pratique traditionnelle d'une famille peu aisée de confier son enfant (*vidomégon*), à une famille plus aisée vivant en général en ville, afin de lui donner de meilleures chances dans la vie. Pratique courante en milieu populaire, il incluait habituellement une formation au commerce ou la fréquentation scolaire, en échange du travail de l'enfant. Cette tradition a été pervertie et la pratique est devenue une exploitation du travail de l'enfant et parfois un commerce d'enfant.

³² Le BIT-IPEC-LUTRENA a également réalisé une étude sur les trajectoires de ces enfants. Et une autre étude menée par le BIT-IPEC-LUTRENA sur la traite des enfants à des fins d'exploitation de leur travail au Bénin, est également en cours de finalisation.

³³ Le RESPESD regroupe plusieurs ONG qui animent un centre d'écoute.

fortement ressentie, et une Cellule nationale de suivi et de coordination pour la protection de l'enfant a été créée avec 4 comités techniques (Traite et Exploitation, Justice juvénile, Violences faites sur les enfants, Orphelins et enfants vulnérables) sous l'égide du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE)³⁴. Des accords ont été signés avec les pays voisins pour coordonner la lutte contre ce phénomène.

Considéré, il y a peu de temps, un des pays de la région les plus affectés par la traite des enfants, le Bénin est passé, grâce aux efforts du gouvernement et de ses partenaires du tiers 3 au tiers 2³⁵ dans le classement des Etats-Unis d'Amérique sur la question de traite des enfants entre 2005 et 2006 (DEPT D'ETAT DES EU, 2006).

La situation au niveau de *la justice juvénile* reste préoccupante. Sur 8 juridictions, seules 2 disposent de juges pour mineurs nommés. On estime à 400-500, le nombre d'enfants passant par le système carcéral chaque année et la durée de la détention préventive des mineurs ne respecte pas toujours les normes prévues tandis que le suivi judiciaire est insuffisant³⁶. Les parents pour la plupart démunis, ne peuvent assumer leurs tâches. Les officiers de police judiciaire et le personnel s'occupant desdits enfants, ne disposent pas toujours des connaissances nécessaires pour traiter avec les mineurs dans le cadre du système judiciaire.

L'Etat béninois ne dispose pas de moyens financiers, matériels et institutionnels suffisants pour des activités de prévention, ni pour la protection ou pour la prise en charge effective des enfants en conflit avec la loi. De surcroît, sur près de 850 millions FCFA alloués par le budget national 2006 à l'assistance pénitentiaire (sans distinction entre adultes et enfants en conflit avec la loi), seulement 15,5% sont exécutés³⁷.

L'UNICEF, le PAM, et les ONG «Fraternité des prisons», «Prisonniers sans frontières», apportent des appuis financiers, techniques et matériels dans ce domaine. La prise en charge psychosociale ne constitue pas encore un domaine d'action prioritaire, les enfants n'en bénéficiant pas dans la majorité des cas.

Des efforts significatifs ont été réalisés par le Bénin en 2006 pour se conformer aux engagements internationaux pris. Désormais, les enfants sont rarement gardés à vue plus de 72 heures, grâce aux actions des procureurs.

Afin d'améliorer le système de la justice juvénile et de l'adapter aux normes internationales, le gouvernement élabore un plan d'action pour l'identification et la mise en place de mesures alternatives à l'incarcération des enfants en conflit avec la loi. En plus du centre de sauvegarde de l'enfance à Cotonou, deux nouveaux centres ont commencé à fonctionner à Parakou et Aplahoué faisant en sorte qu'un centre existe dans le ressort de chacune des 3 Cours d'appel. Ces mesures devront permettre de réhabiliter ces enfants, renforcer leur réintégration dans la communauté et prévenir la récidive. L'Ordonnance de juillet 1969 relative au jugement des infractions commises par des mineurs a été amendée et intégrée dans le code de l'enfant

Les *violences faites aux enfants* persistent ; maltraitance domestique et scolaire, mutilations génitales féminines (MGF), infanticide, violences sexuelles, etc. : on estime que 95 % des enfants placés (*vidomégon* : essentiellement des filles) sont maltraités. Comme partout ailleurs,

³⁴ La Cellule fait suite à l'Atelier national de coordination pour la lutte contre le traite d'enfants à Porto-Novo en novembre 2002 qui a réuni 4 ministères (MFFE, MAEIA, MISD, MJLDH), 6 organisations de la société civile, le projet de renforcement de la Brigade des mineurs et 3 partenaires les plus impliquées (UNICEF, UE, DANIDA).

³⁵ Tiers 3 : pays n'ayant fait aucun progrès en matière de lutte contre la traite et l'exploitation économique des enfants. Tiers 2 : pays ayant mené quelques actions en matière de lutte contre la traite des enfants.

³⁶ Toutes les prisons sont surpeuplées (1810 places pour 4336 prisonniers). 7 des 8 prisons ont des quartiers pour les mineurs. A Parakou, où il n'existe pas de quartier des mineurs, certains enfants sont envoyés dans des centres religieux sous la supervision d'un personnel spécialisé. A Cotonou, les mineurs peuvent facilement se retrouver avec des prisonniers adultes. Lors d'une visite en juin 2006, il y avait 55 jeunes âgés de 12 à 18 ans en détention préventive. La période de détention est longue et peut aller jusqu'à 4 ans. Les conditions de vie sont précaires : manque d'espace (20 lits dans 20m² et une cour de 20mx30m), des conditions d'hygiène déplorable (1 douche, 1 latrine, un peu de savon), pas de soins de santé. Un assistant social visite la prison une fois par semaine. Après le rapport alternatif sur les droits de l'Homme OMCT, 2005), le forum des ONG pour la réforme du système pénitentiaire (Amnesty International, Dimension sociale, ACAT, LDH, ODIP) a appelé publiquement en novembre 2006 pour un désengorgement des prisons et l'amélioration des conditions de détention.

³⁷ Source MJ-CRI.

il est extrêmement difficile de parler des violences sexuelles au sein de la famille, notamment quand l'acte a un caractère incestueux. Pourtant, maints témoignages montrent que des enfants, pour la majorité des jeunes filles, sont victimes de violences sexuelles commises dans le cadre familial. La prise de conscience de ces problèmes s'est accrue dans les communautés où l'on observe un plus grand nombre de dénonciations de ces actes de violence et de maltraitance.

Selon les statistiques des centres d'écoute, semblables aux données de l'EDS-II, le pourcentage de femmes qui subissent ou qui ont subi une MGF avoisine 17% dont les ¾ ont été victimes avant l'âge de 10 ans. Toutefois, ce phénomène est en régression (12% chez les femmes 15-19 ans en 2001). La loi de 2003 portant répression de la pratique des MGF a pu être votée grâce au plaidoyer des ONG, du MFFE, du ministère de la Santé, de l'UNICEF, de l'UNFPA et du Groupe des Parlementaires béninois en faveur de l'Enfant. 500 vulgarisateurs ont été formés pour assurer la diffusion de la loi qui prohibe la pratique de l'excision et de toutes autres pratiques analogues et protège donc l'enfant contre les pratiques traditionnelles néfastes

La politique du gouvernement dans ce domaine, comme dans d'autres, est de favoriser de plus en plus la prévention et la protection des femmes et des enfants, comme en témoigne le vote de plusieurs lois (cf. § 2)

La situation de *l'enregistrement des naissances* n'est pas encore satisfaisante. L'objectif est d'atteindre rapidement un taux de 80% d'enregistrement des naissances, par rapport aux 69,7% en 2001 pour les enfants de moins de cinq ans. Quelques actions, dont celles de l'UNICEF, PLAN-Bénin et plusieurs autres ONG, parfois avec la collaboration active des communes, ont néanmoins permis à faire bénéficier plus de 15 000 enfants de jugements supplétifs et d'actes de naissance visant à permettre de se présenter à l'examen de fin d'études primaires et surtout pour protéger leur statut légal. Par ailleurs, la phase 2 du Recensement administratif à vocation d'état civil (RAVEC), qui prend en compte toute personne de 15 ans et plus et donc les enfants âgés de 15 à 17 révolus, a commencé fin septembre 2006 avec l'ouverture des audiences foraines, qui seront suivies de la délivrance gratuite d'un certificat de naissance. Il est envisagé qu'une phase ultérieure de l'opération prévoie la délivrance de certificats de naissance pour des enfants de moins de 15 ans.

En dehors de la Cellule nationale de suivi et de coordination pour la protection de l'enfant avec ses 4 comités techniques, *le cadre institutionnel* a été renforcé par l'initiative d'étendre le réseaux de cliniques juridiques qui conseillent les populations sans moyens, travaillant en liaison avec des « parajuristes »³⁸.

6.4. Lutter contre le VIH/SIDA

Les rapports sexuels non protégés constituent le principal mode de transmission du VIH/SIDA au Bénin. La prévalence du VIH/SIDA est de 2% en 2005, mais avec de fortes disparités régionales. Le Cadre Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA (2001-2005) a été mis en oeuvre avec l'appui des partenaires et sous la coordination du CNLS. Un nouveau cadre stratégique, élaboré pour 2006-2010, plaide pour un CNLS plus fort afin qu'il puisse jouer efficacement son rôle de leadership. Le nouveau document du Cadre National (2006-2010) inclut la PTME, la prise en charge pédiatrique, la prévention des jeunes et les OEV (éléments de la Campagne mentionnée plus bas).

On estime que, sur plus de 13 000 personnes infectées ayant besoin d'un traitement par les ARV, moins de 40% (dont 150 enfants) sont sous traitement ARV et qu'en l'absence de

³⁸ L'origine de ce programme est le constat que des soi-disant « amis des avocats » escroquent des femmes lors qu'elles essayaient de résoudre leurs problèmes judiciaires. Pour faire de l'information de proximité sur les droits et devoirs du citoyen, surtout auprès des femmes, 128 parajuristes, animateurs bénévoles du niveau de 4^{ème}, ont été formés en 8 promotions. Ce programme est mis en oeuvre par le CBDIDA et financé actuellement par DANIDA et comporte également 6 cliniques juridiques dans des villes secondaires (Allada, Bohicon, Dogbo, Natitingou, Parakou, Savé). Trois autres cliniques fonctionnent à Abomey-Calavi, Lokossa et Porto-Novo sous l'égide de l'AFJB.

traitement approprié, 2 400 enfants nés des 7 200 femmes séropositives accouchant chaque année, seront infectés (soit 1/3 des enfants nés de mère séropositive). Environ 34 000 enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père ou de mère du fait du VIH/SIDA.

En décembre 2005, les Ministères de la Santé et des Affaires Etrangères, le CNLS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont lancé la campagne "Unissons-nous pour les Enfants contre le VIH/SIDA", focalisée sur 4 domaines :

Prévention de la transmission mère-enfant (PTME), démarrée en 2000 avec 33 maternités et couvrant maintenant 185 maternités (39% des maternités publiques et privées). La PTME est déjà intégrée dans les services de santé maternelle où 9 femmes sur 10 acceptent le dépistage volontaire. En Juillet 2006, il y a eu un consensus national pour l'alimentation de l'enfant né de la mère séropositive ; des formations sont en cours et bien que sujet à amélioration, constituent une démarche encourageante. Un « Guide national de prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH » a également été suivi de formation ; il reste à imprimer et distribuer ce manuel ainsi qu'un petit livret aux PVVIH.

Prise en charge pédiatrique : actuellement au Bénin, environ 150 enfants séropositifs bénéficient du traitement par les ARV dans deux centres de Cotonou (CNHU et Hôpital d'Instruction des Armées) et dans les CHD de Porto Novo, Abomey et Parakou. Le diagnostic précoce et les formules pédiatriques d'ARV font partie de la stratégie, mais ne sont pas encore une réalité. Des efforts sont faits pour étendre l'accès des enfants au traitement pédiatrique en coopération avec l'UNICEF.

Protection et appui aux enfants affectés par le VIH/SIDA (OEV) : environ 10% des 342 000 orphelins et enfants vulnérables de moins de 18 ans (8,4% de la classe d'âge) sont affectés par le VIH/SIDA. Le programme OEV a été mis dans l'agenda national depuis 2004. Un accord a été signé entre les principaux partenaires, résultant en une analyse de la situation en 2005 et l'élaboration d'un Plan d'Action 2006-2010 pour offrir protection, soins et appui aux OEV, validé en juillet 2006. Un début d'appui a été fait à 1 450 OEV selon un paquet de services minimum élaboré en 2006. En outre, des solutions communautaires pour la prise en charge des orphelins sont encouragées par le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant.

Prévention de l'infection chez les adolescents et jeunes : la loi n° 2003-04 du 3 Mars 2003 relative à la Santé Sexuelle et de la Reproduction donne le droit à l'information et aux soins en matière de santé reproductive aux jeunes et aux enfants sans requérir le consentement parental et sans discrimination basée sur le sexe, l'âge ou la capacité de payer, de même que le droit à l'accès à une assistance spéciale pour les personnes ayant une IST ou le VIH/SIDA. Elle a été suivie par un document de politique fixant les standards et procédures pour les soins et le traitement des PVVIH.

La loi n° 2005-31, portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA, promulguée en avril 2006, donne droit à la prévention, au dépistage et au traitement et protège contre la discrimination dans ce domaine, y compris contre les femmes et les enfants.

La stratégie de certains programmes est, dans les zones sanitaires où ils interviennent, de transformer les centres de santé en centres « amis de jeunes » avec la présence d'un pair éducateur jeune faisant l'interface entre les centres de santé et la communauté (jeunes)³⁹. Elle vise également de renforcer les capacités de quelques jeunes comme pairs éducateurs pour animer des clubs Ados pour Ados dans les écoles et des Centres des Jeunes et des Loisirs. Les compétences de vie courante sur la prévention du VIH/SIDA sont intégrées dans les stratégies de sensibilisation des jeunes mises en œuvre par les centres de santé et dans le curriculum de l'école primaire, mais l'effectivité de la mise en œuvre n'est pas encore très perceptible.

³⁹ Promotion des discussions entre jeunes sur les questions touchant à la sexualité, accès aux soins sur les IST à bas prix et dépistage gratuit et volontaire.

Des efforts restent à faire pour le traitement gratuit pour tous les PVVIH, bien que de 3 sites de prise en charge, les services de santé sont passés à 48 sites en 2006 avec la gratuité des dépistages⁴⁰. Il faudrait aussi l'extension et le renforcement de la PTME⁴¹ et des centres d'accouchement faisant de la prévention/soins et traitement aux enfants et aux femmes, les conseils sur la nutrition et alimentation du nourrisson et du jeune enfant. La mise en oeuvre du Cadre stratégique national et le renforcement du CNLS, ainsi que la vulgarisation de la nouvelle législation vise une amélioration de la coordination entre les composantes de l'action et le passage à l'échelle pour atteindre la couverture nationale des activités dans le domaine de la PTME, l'accès aux ARV (y compris les formules pédiatriques), la protection des OEV et la prévention, surtout chez les jeunes. Ces démarches visent également l'établissement d'une liaison étroite entre les soins aux orphelins et l'assistance au réseau national des associations de PVVIH ainsi que le soutien technique et financier au réseau des associations de jeunes au niveau national et institutionnel.

7. Les leçons apprises

Plusieurs leçons ont été apprises depuis 2002 par rapport à l'accélération du progrès vers la réalisation du MDE et des OMD qui sont pertinentes pour la prise des initiatives et la planification des actions futures.

Les premières leçons sont d'ordre général.

- Des décisions majeures prises, la réorientation des stratégies et la mise en oeuvre de beaucoup d'actions s'inscrivent parfaitement dans le cadre de la création d'un MDE. Toutefois, l'engagement du gouvernement lors de l'AG des NU en 2002 n'est guère connu en tant que tel au Bénin, même dans les services des ministères concernés. En conséquence, on peut craindre une certaine faiblesse dans la mobilisation des ressources, un manque d'orientation et la perte de synergies potentielles entre différentes catégories d'acteurs. Il y aura lieu d'informer toute les acteurs concernés et de susciter des fora et sessions de planification stratégique communes pour avancer vers l'atteinte des OMD et les objectifs spécifiques du MDE. Le processus de rédaction du rapport actuel est un premier pas très positif dans une telle démarche.
- Malgré le fait que les taux moyen d'accès ou de couverture des services sociaux augmentent, les couches de la population pauvres et démunies sont toujours désavantagées. Un ciblage plus précis de ces couches sociales s'impose à la suite d'une analyse plus poussée des causes des problèmes rencontrés. Ce ciblage est aussi pertinent pour l'élaboration du DSRP-II.
- La communication en général et, en particulier, la communication pour un changement de comportement s'avère essentielle afin de faire partager les objectifs et les idéaux d'un MDE avec les populations et les instances concernées. Les médias pourraient jouer un rôle important dans cette communication, surtout les radios locales avec lesquelles il faudrait négocier des contrats pour promouvoir des reportages sur les thèmes du MDE. Cette communication, correctement élaborée et mise en oeuvre pourrait utilement s'appuyer sur les jeunes pairs éducateurs et les relais communautaires.
- L'élaboration, l'approbation et la promulgation des lois est une démarche vitale pour l'amélioration de la situation de l'enfant et la création du MDE. Mais l'existence des lois n'est pas suffisante pour susciter des changements de comportement. En premier lieu, les nouvelles lois méritent d'être mieux connues du public, de même que les lois plus

⁴⁰ 100 000 personnes testées en 2006 contre 35 000 en 2003 ; 700 personnes traitées par trimestre en 2005 par rapport à 300 au cours des années précédentes.

⁴¹ Bien que la PTME est intégrée progressivement dans les services de santé maternelle et infantile et concerne 185 maternités, il reste encore 61% des maternités à couvrir.

anciennes⁴² et de connaître une meilleure application, de manière plus concertée entre les différents acteurs à tous les niveaux et une réelle implication des communautés pour le respect de la loi. Une démarche positive du MFFE dans ce domaine est la fusion en un seul plan des propositions séparées de diffusion des trois lois sur la répression des MGF, la santé sexuelle et la reproduction et le code de personnes et de la famille.

Il en est de même pour de nombreux documents de politique et des stratégies qui ne sont pas toujours appliqués sur le plan opérationnel. Il est nécessaire de réfléchir sur un circuit d'information permettant leur accès aux agents de développement, à la société civile et aux populations.

- La faible consommation des ressources financières disponibles, qu'il s'agisse de financement extérieur de projets ou du budget national. Le résultat est un faible niveau de réalisation des activités qui empêche l'atteinte des objectifs. Il y a lieu d'améliorer la capacité d'absorption des financements des projets, programmes et services (réduction de la lourdeur administrative ; création de partenariats avec des ONG ou autres institutions faibles pour gérer des programmes...).
- La nécessité au niveau national de renforcer plus concrètement et de façon plus efficace la coordination de l'action de tous les bailleurs et acteurs, afin d'arriver à une utilisation optimale des ressources disponibles ; le développement du partenariat, la concertation et une meilleure coordination des interventions entre structures d'Etat, la société civile, et les collectivités locales amènent à de meilleurs résultats.
- Le développement du partenariat et une meilleure coordination des interventions, confortés par la volonté et l'engagement, tant du gouvernement que des partenaires, à la mise en œuvre progressive de la Déclaration de Paris, amènent à de meilleurs résultats et un meilleur suivi des progrès (appui aux programmes prioritaires du gouvernement ; appui budgétaire).
- Les actions ayant connu un succès notable en matière de promotion des changements de comportement (parité des filles-garçons dans les écoles primaires d'une commune ; extension de la PTME et son intégration dans les services courants de santé maternelle et infantile) ont été souvent portées par des responsables particulièrement motivés et dynamiques, ayant le respect des personnes concernées et qui ont assumé le leadership nécessaire. Par ailleurs, une réelle participation et implication des communautés dans la conception, la mise en œuvre, le suivi des interventions pour une appropriation correcte, s'avèrent indispensables.

D'autres leçons sont plus spécifiques à différents domaines

Leçons apprises : Domaine prioritaire 1 - Une vie plus saine

- Les interventions de ces dernières années qui ciblent la survie du nouveau né⁴³ peuvent avoir un impact rapide dans la réduction de la mortalité néonatale et donc de la mortalité infantile. En cours de généralisation, elles sont d'une importance majeure et doivent être poursuivies et soutenues systématiquement tandis que les populations doivent être informées de leur raison d'être et de leur impact.
- D'autres interventions ayant eu un impact important sur la réduction de la mortalité infanto-juvénile ont été l'utilisation de moustiquaires imprégnées et la supplémentation des enfants en vitamine A. Elles sont à poursuivre et à intensifier et à faire

⁴² Par exemple, l'âge minimum de 14 ans pour le travail et l'apprentissage.

⁴³ Santé maternelle et néonatale (conditions d'accouchement et qualité de l'assistance, urgences obstétricales, PEV +, PCIME +

accompagner de la promotion de l'allaitement maternel précoce et exclusif pour les rendre encore plus performants.

- La vaccination continue de porter des fruits. Toutefois, les réticences culturelles et mêmes politico-religieuses peuvent créer de graves problèmes⁴⁴ ;
- Le niveau élevé de la malnutrition (et son caractère chronique) et l'absence d'un programme national qui cible la malnutrition à partir d'un protocole pour dépister, référer et traiter, en portant une attention particulière à des zones à risques est un handicap majeur pour les actions de santé préventive et curative qui visent la réduction de la mortalité et de la morbidité des enfants.

Leçons apprises : Domaine prioritaire 2 - Une éducation de qualité

- La décision d'appuyer les initiatives communautaires pour l'éducation préscolaire pourrait utilement s'inspirer des nombreuses expériences intéressantes sur le terrain, menées par les services de l'Etat et des ONG avec l'appui des partenaires. Il sera ensuite nécessaire d'élaborer des stratégies d'appui aux initiatives.
- La demande suscitée par les campagnes de sensibilisation sur la scolarisation des enfants démontre que l'offre éducative (salles de classes, enseignants) est insuffisante. Cette situation demande la recherche de synergie entre les différents intervenants.
- La pauvreté des zones rurales, surtout dans le Nord, est un handicap à l'accès à l'école et au maintien des enfants à l'école, surtout des filles. La gratuité décidée par le gouvernement, la prise en charge de certains coûts par les communes et les différents partenaires encouragent les parents à scolariser tous leurs enfants. Par des échanges entre les différentes organisations intervenant avec le ministère et la société civile, on peut trouver des modalités simples pour renforcer la promotion du maintien à l'école, par exemple : la réduction des charges de travail des femmes (un point d'eau pour 250 habitants), l'organisation – avec l'appui des institutions de microfinance – d'un système de crédit à la production et des activités de production et de service, le soutien à des associations de mères d'élèves, ou la prise en charge d'une partie des coûts de maintien de l'enfant à l'école (octroi de cahiers d'activités et de fournitures), le système fille pour fille ;
- Le maintien des enfants à l'école, notamment les filles, devient un problème majeur en étroit lien avec la capacité de l'enfant à suivre l'enseignement (d'où l'intérêt des cantines scolaires) et la motivation des parents de maintenir l'enfant à l'école mais le maintien est surtout structurellement lié à la qualité de l'enseignement et donc de la qualification des enseignants. La leçon principale est la priorité qu'il faudrait donner à l'amélioration de la qualité de la formation du personnel en poste, dont la moitié sont des enseignants recrutés par les communautés sans aucune formation et souvent avec un très faible niveau de qualification. En deuxième lieu, il faudrait cibler un niveau de recrutement plus élevé et une formation initiale adéquate. Enfin, il faudrait rechercher l'équité genre dans le recrutement.
- La faible progression récente des indicateurs d'éducation et le faible rendement de l'école sont liés au nombre élevé d'enseignants non qualifiés, à la faiblesse de l'encadrement pédagogique et aux grèves des enseignants. Il faut agir ensemble sur les trois facteurs pour améliorer l'accès et le maintien à l'école et l'achèvement du cycle d'études. Une synergie des interventions entre les différents partenaires s'impose, à travers la mise en œuvre conjointe du Plan décennal ;
- L'augmentation des taux de scolarisation et de maintien à l'école, renforcé avec la décision récente que l'école primaire est gratuite, fera en sorte qu'un nombre important

⁴⁴ Bien que le refus de la vaccination de quelques groupes religieux au Bénin ait été dépassé, il reste encore des réticences (la vaccination provoque la fièvre, etc...). Par contre, le refus de vaccination contre la polio dans certains Etats du Nord Nigeria par des autorités religieuses a eu comme effet de provoquer des cas d'infection par le virus sauvage dans tous les Etats voisins, y compris le Bénin, interrompant une période de plusieurs années sans cas vérifié.

et croissant d'enfants va terminer les études primaires et créer une demande très forte d'éducation secondaire. Mais beaucoup de ces enfants ne seront pas motivés pour continuer au secondaire ou seront sans moyens pour le faire. En prévision de cette situation, un effort très important est nécessaire pour rendre l'école secondaire plus accessible et parallèlement, de promouvoir la formation technique et professionnelle (éducation non-formelle, apprentissage dual, centres de métiers...) et des modalités d'insertion dans le monde du travail. Compte tenu de l'âge légal du travail (14 ans) et l'amélioration souhaitée du rendement scolaire, il faudrait dès maintenant penser à de mesures à prendre pour l'éducation des enfants de 12-14 ans.

- Les statistiques scolaires s'améliorent mais elles ne sont pas souvent utilisées comme outils de planification et d'évaluation des progrès accomplis, démarche nécessaire pour savoir si on est sur la bonne voie pour atteindre les objectifs. Cette question doit rester une des priorités des décideurs et des partenaires techniques et financiers.

Leçons apprises : Domaine prioritaire 3 - Protection

- La protection de l'enfant n'est qu'en filigrane dans le DSRP-I et la question de la vulnérabilité de l'enfant n'est pas abordée. Des efforts sont en cours qui visent à l'inscrire dans le DSRP-II.
- Le transfert de la compétence de la délivrance des jugements supplétifs aux tribunaux de première instance risque de rendre leur coût plus élevé, surtout pour les populations démunies et de compromettre ainsi l'admission à l'examen de fin de cycle d'études primaires (CEP) des enfants sans acte de naissance qui sont en dernière année (CM2). D'où la nécessité d'un plaidoyer renforcé pour l'organisation d'audiences foraines en vue de minimiser les coûts des jugements supplétifs ou l'institution de systèmes palliatifs tels que la formation d'agents auxiliaires de l'état civil, n'exerçant qu'au moment des naissances au niveau village ; ou l'enregistrement systématique des enfants s'inscrivant en première année (CI), l'ensemble des dossiers étant préparé avec le maître et transféré à l'état civil pour traitement ;
- Un plaidoyer est à faire pour un programme efficace d'enregistrement des naissances des enfants de 0 à 15 ans et un système qui permet l'enregistrement systématique des la naissance. Une fois la volonté politique clairement exprimée, ceci suppose un programme détaillé, des ressources suffisantes, une information des populations (Cf. RAVEC) et une mise en œuvre efficace avec un mécanisme de suivi ;
- L'implication accrue de la société civile et la synergie société civile – gouvernement – institutions internationales à l'instar de la lutte contre la traite des enfants est une démarche extrêmement positive qui bénéficie des synergies et fait avancer des droits de l'enfant et l'atteinte des objectifs du MDE ;
- Une amélioration du pilotage des interventions est possible en adoptant une démarche intersectorielle. Il faut envisager des comités communaux chargés de promouvoir l'éducation, la santé et la protection ainsi que les interactions entre les trois et à mobiliser les énergies et les initiatives au niveau des communes et des communautés et éventuellement une fusion des structures communautaires intervenant dans ces domaines ;
- Les MGF ne sont plus opérées au grand jour par peur de la répression, mais la pratique s'est déplacée vers les frontières, d'où la nécessité d'adopter une stratégie de coopération sous régionale.
- La collaboration Bénin-Nigéria pour lutter contre la traite transfrontalière des enfants est un modèle pour la sous région ;
- Dans toutes les interventions de protection, la question de la protection des enfants les plus vulnérables au VIH-SIDA, devra être prise en compte à travers une implication accrue des jeunes, ainsi qu'à travers un programme d'accès à des informations correctes, à des compétences et à des services appropriés.

Leçons apprises : Domaine prioritaire 4 - Lutte contre le VIH/SIDA

- Les initiatives locales et des groupes de jeunes s'organisent et plusieurs actions sont menées, sans suffisamment d'échanges d'idées et sans suffisamment d'appui, notamment sur le plan des méthodes de travail pour la communication de proximité et sans les supports de communication utiles à ce travail. Il sera nécessaire de mettre en place un activité d'appui, de facilitation et de médiation pour animer un forum d'échanges entre les différents projets et groupes de jeunes, assurer leur formation, fournir les supports de communication et faire un travail de documentation et capitalisation des expériences pour contribuer à la diffusion ;
- La planification et la réalisation de la communication s'avèrent importantes car elles favorisent l'adhésion de la communauté à la PTME ; l'implication des jeunes pairs éducateurs a pour résultat un plus grand nombre de jeunes qui se font dépister.

En conclusion, le rapport fait ressortir les efforts importants faits à différents niveaux de responsabilité depuis quelques années. Beaucoup d'activités ont été réalisées sur le terrain avec les populations et plusieurs initiatives ont été prises, dont certaines ont bénéficié d'un appui important. Tous ces efforts ont contribué directement aux progrès vers l'atteinte des OMD et plus précisément à la réalisation d'un Monde digne des enfants. En même temps, des efforts importants ont été consacrés à la formulation de politiques, de stratégies et de programmes d'envergure afin de réaliser des actions plus efficaces à grande échelle, répondant mieux aux problèmes réels rencontrés et analysés auparavant. Ces changements n'ont pas encore produit tout l'impact espéré auprès des populations, mais donnent l'espoir d'une amélioration plus rapide de la situation dans les quelques années à venir et la traduction de ces améliorations au niveau des indicateurs.

Mais cet espoir ne peut être comblé que grâce à la poursuite des efforts soutenus et renforcés pendant une période très longue, si on veut vraiment créer un monde digne des enfants.

ANNEXES

Annexe 1 : Données statistiques sur les indicateurs communs MDE/OMD

Tableau I: Progrès vers l'atteinte des OMD au Bénin 1990 – 2015

	1990	2000	2005	2015 (cible)	
OMD1: ÉLIMINER L'EXTREME PAUVRETE					
Cible 2 : D'ici à 2015, réduire de 50% les personnes souffrant de malnutrition					
Prévalence malnutrition chez les enfants <5 ans	28 (1996)	23 (2001)		17	(sur la bonne voie)
OMD 2: ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS					
Cible 3					
Taux brut de scolarisation dans le primaire	59,9 (1992)	79,99	94,84 (2005)	100	(sur la bonne voie)
Taux net de scolarisation dans le primaire	62,62 (1998)	51,3	77,05 (2005)	100	(sur la bonne voie)
OMD 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES					
Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard					
Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire	0,50 (1993)	0,67	0,80 (2005)	1	Le ratio devait être 1 depuis 2005
Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire public	0,38 (1993)	0,40 (1998)	-	1	(pas sur la bonne voie)
OMD 4 : REDUIRE LA MORTALITE INFANTO-JUVENILE DE 2/3					
Cible 5					
Taux de mortalité infanto-juvénile	167 (1996)	160 (2001)		56	(pas sur la bonne voie)
OMD 5 : REDUIRE LA MORTALITE MATERNELLE					
Cible 6					
Ratio de mortalité maternelle	498 (1996)	474 (2002)		390	(pas sur la bonne voie)
OMD 6 : COMBATTRE LE VIH, LE PALUDISME ET AUTRES MALADIES					
Cible 7					
Cible 8					
OMD 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE					
Cible 10: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ou à l'assainissement amélioré					
% ménages ayant accès à l'eau potable	56 (1996)	61 (2001)		75	(sur la bonne voie)
% ménages disposant de latrines	20,4 (1996)	32,1 (2001)		60	(pas sur la bonne voie)

Sources : EDS 1996, EDS 2001, statistiques courantes

Tableau 2 : Estimation par la Banque mondiale en 2003 de la possibilité d'atteindre les OMD

	1990	Cible 2015	BM : projections logarithmiques		
			Chiffre le plus récent	Projections 2015	Appréciation
OMD 1 : Extrême pauvreté	35,4%	17,7%	16,3	6,1	Oui
OMD 1 : Insuffisance pondérale	34,1%	17%	22,7%	13,5%	Oui
OMD 1 : Retard de croissance	21,4%	10,7%	26,0%	33,4%	Non
OMD 2 : Scolarisation	31%	100%	54,5%	74,4%	Non
OMD 4 : TMM5	195‰	90‰			
OMD 4 : Vaccination contre la rougeole	60,0%	100%	72,3% ⁴⁵	85,4%	Non
OMD 5 : Accouchements assistés	54,3%	100%	73,2%	91,8%	Non
OMD 5 : Prévalence de contraceptifs	0,8%	100%	11,8%	17,8%	Non
OMD 6 : Prévalence du paludisme	64,2%	0	46,4%	30,7%	Non
OMD 7 : Accès à l'eau potable	43,5%	71,7%	61,3%	78,3%	Oui

Source : BM (TOVO et al), 2003.

Tableau 3A : Potentialité d'atteindre les OMD en 2015 par département selon l'OCS

	OMD 1 : Eliminer l'extrême pauvreté	OMD 2 : Assurer une éducation primaire pour tous	OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et	OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	OMD 5 : Améliorer la santé maternelle	OMD 6 : Combattre le VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies	OMD 7 : Assurer un environnement durable	OMD 8 : Promouvoir un partenariat mondial pour le développement
Alibori	Non	Non	Non	Non	Non	Moy	Non	Non
Atacora	Moy ⁴⁶	Non	Non	Moy	Non	Non	Non	Non
Atlantique	Moy	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Moy	Moy
Borgou	Moy	Non	Non	Non	Moy	Moy	Non	Oui
Collines	Moy	Moy	Moy	Non	Moy	Moy	Non	Non
Couffo	Moy	Oui	Moy	Oui	Moy	Non	Non	Non
Donga	Non	Non	Non	Moy	Non	Moy	Non	Non
Littoral	Moy	Oui	Oui	Moy	Oui	Moy	Moy	Oui
Mono	Moy	Moy	Moy	Moy	Non	Moy	Non	Non
Ouémé	Moy	Moy	Moy	Moy	Oui	Moy	Moy	Moy
Plateau	Moy	Moy	Moy	Moy	Non	Moy	Moy	Moy
Zou	Moy	Moy	Moy	Non	Moy	Non	Non	Non

OUI = Probablement ; MOY = Potentiellement ; NON = In vraisemblablement

Source : OCS, 2005 ; 2006

⁴⁵ 85% en 2005⁴⁶ Une enquête nutritionnel menée dans l'Atacora montre que le cible 2 de l'OMD 1 n'est pas du tout sur la bonne voie.

OMD	CIBLE	SYNTHESE DU PROGRES DE L'OCS	OBSERVATIONS SUR LA BASE DE CE RAPPORT
OMD 1	Cible 1 : Réduire de 50% la proportion de la population béninoise vivant en dessous du seuil de pauvreté en faisant passer l'indice de pauvreté à 15% d'ici à 2015.	<i>Au total, un seul département (Littoral) sur 12 est apparu relativement moins pauvre et jouit d'une assez bonne nutrition ; ce qui laisse planer un doute quant aux chances du Bénin d'atteindre cet objectif tant au niveau national que départemental.</i>	<i>Le niveau global de pauvreté n'a guère bougé depuis 1999-2000. Même à Cotonou, d'importantes poches de pauvreté existent</i>
	Cible 2 : D'ici à 2015, réduire de 50% le nombre de personnes souffrant de malnutrition.		<i>En 2001, la malnutrition chronique était très élevé chez les enfants âgés de 12-35 mois (et même jusqu'à 59 mois) et était en nette augmentation par rapport à 1996</i>
OMD 2	Cible 3 : D'ici à 2015, assurer l'instruction primaire à tous les enfants en âge d'aller à l'école	<i>Les indicateurs de l'instruction primaire affichent une tendance dont le maintien peut conduire vraisemblablement à atteindre cet objectif, particulièrement si un accent était mis sur la scolarisation des filles.</i>	<i>Les disparités régionales et les écarts filles-garçons risque de rendre très difficile l'atteinte de cet objectif</i>
OMD 3	Cible 4 : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et, à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	<i>Le Bénin est encore loin de l'atteinte de cet objectif. Les tendances dégagées par le rapport fille-garçon exigent un effort supplémentaire sur la scolarisation des filles. En ce qui concerne le pourcentage des élus locaux et l'indicateur de participation des femmes à la prise de décision, la différence est encore plus flagrante.</i>	<i>Bien que les disparités filles-garçons se réduisent progressivement, il faudrait une égalité filles/garçons dans chaque localité pour que tous les enfants soient à l'école</i>
OMD 4	Cible 5 : Réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 90 pour mille en 2015	<i>Le Bénin reste loin de l'atteinte de cet objectif. Les tendances dégagées par les données disponibles sur la mortalité des enfants ne permettent pas d'être optimiste</i>	<i>Même en tenant compte des meilleures données du RGPH3 pour 2002 (145‰) que l'EDS de 2001 (160‰), le TMM5 n'a pas suffisamment évolué depuis 1996-2001. En faite, le taux de mortalité néonatal est resté stagnant à 38‰ et demande des actions bien ciblées</i>
OMD 5	Cible 6 : Réduire le taux de mortalité maternelle de 498 en 1996 à 390 pour cent mille naissances vivantes en 2015.	<i>De bonnes tendances se dégagent des soins prénatals et de la mortalité maternelle⁴⁷. Mais l'assistance de la mère à l'accouchement dans l'Atacora/Donga, le Borgou/Alibori, le Mono/Couffo fait douter de l'atteinte de cet objectif</i>	<i>Les données sur la mortalité maternelle sont celles des centres de santé qui n'enregistre qu'une petite partie des décès maternels (elles sont environ la moitié de celles de l'EDS (1996) et le tiers de l'estimation des Nations Unies</i>
OMD 6	Cible 7 : Réduire la prévalence des IST/VIH/SIDA.	<i>Globalement la stabilisation et l'inversion de la pandémie du SIDA posent encore des problèmes particulièrement dans le Mono et le Plateau. En ce qui concerne le taux de fréquentation des services de santé, son faible niveau n'augure pas de la maîtrise du paludisme et des autres grandes maladies</i>	<i>Le nombre de sites sentinelles ayant été augmenté en 2004, les données précédentes ne sont pas comparables</i>
	Cible 8 : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.		<i>L'utilisation de moustiquaires imprégnées peut avoir un effet positif très rapide ; le lavage des mains avant le repas et après avoir déféqué peut réduire les diarrhées</i>
OMD 7	Cible 10 : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable.	<i>Par rapport à l'habitat aux ressources environnementales, des efforts restent à fournir pour réduire significativement la proportion des logements à mur et à sols précaires et pour freiner la pollution atmosphérique. Si des mesures énergiques ne sont pas prises, il serait difficile d'espérer réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable.</i>	<i>L'accès à l'eau potable progresse rapidement en milieu rural et l'accès global est en bonne route. Par contre, l'accès à l'assainissement (toilettes, latrines) progresse très lentement</i>
	Cible 11 : Réussir, d'ici à 2015, à améliorer sensiblement la vie d'au moins 2/3 des béninois vivant dans des taudis.		<i>Les problèmes fonciers et l'absence d'une stratégie d'appui aux efforts des habitants pour améliorer leur logement sont des handicaps majeurs</i>

Source : Rapport départemental OMD (OCS, 2006)

Annexe 2 : Données statistiques sur les indicateurs spécifiques à un MDE

Tableau 4 : Indicateurs pertinents par rapport au Plan d'action global du Monde digne de enfants⁴⁸

Indicateurs	Niveau 2000	Niveau le plus récent atteint	Niveau attendu 2010
1. PROMOUVOIR UNE EXISTENCE MEILLEURE ET PLUS SAINÉ			
PCIME-SMI :			
Taux de mortalité maternelle / 100 000 naissances vivantes	1996 : 498/100 000 (Estimation NU : 850/ 100 000)		-1/3 = 332 / 100 000
Taux de mortalité néonatale	1996 : 38,2‰	2001 : 38,4‰	Une priorité
Taux de mortalité infanto-juvénile	1996 : 166,5‰	2001 : 160‰ (RGPH3 : 149,5‰)	- 1/3 = 105,8‰
Taux d'accouchements assistés	2000 : public 64,3% ; privé : 10%	2005 : 76%	Notamment pour des adolescentes
Taux de consultations prénatales	2000 : 86,7%	2005 : 91%	
Faible poids à la naissance	2000 : 13%	2005 : 12%	- 1/3 = 8,7%
Taux d'allaitement exclusif à 4-5 mois	1996 : 2,4%	2001 : 13,7%	100%
Alimentation supplémentaire solide des 6-9 mois	dnd	2001 : 65%	100%
VACCINATION			
Vaccination complète des enfants	1996 : 55,6%	2001 : 59%	≥ 90% pour les moins d'un an sur le plan national et ≥ 80% pour tous les enfants
Couverture en VAT2+ (femmes enceinte)	2000 : 73%	2005 : 40%	Éliminer le tétanos maternelle et néonatale par 2005
Cas de poliomyélite	2000 ^o : 1 cas	2006 : 0 cas	Éradication polio et de la dracunculose avant 2005
Introduction de nouveaux vaccins	2000 : 6 vaccins	2005 : 9 vaccins dont pentavalent	
Cas de dracunculose	2000 : 186 cas	2006 : 0 cas	
LUTTE CONTRE LES MALADIES :			
Mesures éprouvées de lutte contre les maladies et la malnutrition (IRA, diarrhées, tuberculose, parasitoses intestinales IST, VIH/sida, hépatites) à la portée de tous	Peu appliquées et 66,8% de la population de fréquentent pas	Mieux appliquées sauf malnutrition, mais 63% de la population de fréquentent pas	Application des mesures
Prévalence du paludisme chez les < 1 an / 1-4 ans	2000 : 459‰ / 218‰	2005 : 490‰ / 197‰	- 1/2 = 229‰ / 109‰
% enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires imprégnées	2000 : 5%	2006 : 41%	60% des enfants < 5 ans et femmes dorment sous moustiquaire imprégnée
NUTRITION :			
Taux de malnutrition des < 2 ans (Statut pondéral)	1996 : 26,9%	2001 : 21,0%	- 1/3 = 17,1%
Taux de malnutrition des < 5 ans (Statut pondéral)	2001 : 22,9%		- 1/3 = ~15,3%
Taux de malnutrition des < 5 ans (Taille/âge)	2001 : 30,7%		- 1/3 = 20,5%
% des ménages consommant du sel iodé	2001 : 71,7%		Éliminer les carences en iode en 2005

⁴⁸ Il s'agit d'une sélection d'indicateurs relatifs aux 16 objectifs et 99 mesures précisés dans le Plan d'Action global du Monde digne des enfants. Les mesures qualitatives ne sont pas retenus dans le tableau, faut d'indicateur précis.

% d'enfants 6-59 mois prenant de la vitamine A	2001 : 18,3%	Déc. 2005 : 94% ; mai 2006 : 76%	Éliminer l'avitaminose A en 2010
Prévalence de l'anémie chez les < 5 ans (modérée, sévère)	2001 : 60%		- 1/3 = 40% par 2010
Prévalence de l'anémie chez les F enceintes (modérée, sévère)	2001 : 48%		- 1/3 = 32% par 2010
EAU POTABLE ET ASSAINISSEMENT :			
% ménages sans accès à l'eau potable	2002 : 38,9%	2004 : 33,7%	- 1/3 = 29,4% (préparer l'accès universel)
% ménages sans accès à l'assainissement	2001 : 68,8%	2005 : 65,9%	- 1/3 = 45,4% (préparer l'accès universel)
% des ménages ayant le nécessaire pour laver les mains	2001 : 1,8%		100%
2. POUR UNE EDUCATION DE QUALITE			
Taux de scolarisation au préscolaire	1996-97 : 2,8%	2005-2005 : 3,3%	Renforcer les soins et l'éducation dispensés à la petite enfance
Taux brut de scolarisation au primaire (G / F)	2000 : 94,43% / 65,10%	2005 : 105,22% / 84,09%	Avoir accès à une éducation primaire, gratuite, obligatoire et de qualité et terminer ses études. Prévenir et limiter l'abandon scolaire
Taux net de scolarisation au primaire (G / F)	1998 : 74,88% / 49,10%	2005 : 84,95% / 68,87%	
Taux d'achèvement des études primaires (G/F)	1999-2000 : 54% / 27%	2004-2005 : 62% / 37%	Éliminer les disparités entre les filles et les garçons dans l'éducation.
Taux d'abandon au primaire (G/F)	2001-02 : 7,67% / 9,18%	2004-05 : 13,28% / 14,80%	
Taux de redoublement au primaire (G/F)	2001-02 : 20,43% / 21,75%	2004-05 : 16,65% / 17,36%	
ACCES :			
Nombre d'enfants travailleurs 6-14ans	2002 : 480 000		Enseignement ouvert à tous les enfants et adolescents ; éducation de base abordable pour toutes les familles.
Nombre d'enfants réfugiés togolais au Bénin ayant accès à l'éducation	2006 : 2200 élèves togolais scolarisés pour 2004-2005 dans 2 camps de réfugiés (dont plus de 60% sont passés en classe supérieure) et 1800 pour 2005-2006		Identifier les enfants qui sont exclus de la scolarisation (en particulier les filles et les enfants travailleurs, handicapés). Accessibilité de l'éducation de base pour des enfants ayant des besoins particuliers. Répondre aux besoins éducatifs particuliers des enfants dans les situations de crise
QUALITE :			
% d'enseignants qualifiés	1995-1996 : 83,3%	2004-2005 : 49,8%	Assurer la qualité des services éducatifs (compétence des enseignants, reconnaissance de l'éducation non scolaire et les approches alternatives). Améliorer la qualité de l'éducation.
3. PROTECTION CONTRE LA MALTRAITANCE, L'EXPLOITATION ET LES ABUS			
PROTECTION GENERALE:			
Taux d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans	2001 : 69,7% (77,7% en milieu urbain)		Systèmes d'enregistrement de tous les enfants à la naissance ou après.
Nombre de tribunaux pour mineurs	8 Tribunaux de première instance	2006 : 8 Tribunaux de première instance avec chambre d'enfants	Mettre en place de tribunaux pour mineurs fondés sur les principes de la justice réparatrice.
Nombre de juges pour enfants	2006 : 2		Au moins 8
Prévalence des mutilations génitales féminines.	2001 : 16,8%	2001 : 12,1% des 15-19 ans	Mettre fin aux pratiques traditionnelles ou

			coutumières qui violent les droits des enfants et des femmes, telles que les mariages précoces et forcés et les mutilations génitales féminines.
Nombre d'enfants réfugiés togolais non accompagnés (ENA) pris en charge et ayant bénéficié de réintégration familiale	2006 : 265 ENA identifiés: 100% pris en charge et 96% réunifiés. Personnel local d'encadrement a bénéficié de renforcement des capacités de prise en charge de ces enfants.		Fournir protection et assistance aux réfugiés et déplacés conformément au droit international.
LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DES ENFANTS :			Protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation économique et contre tout travail dangereux ou nuisible, éliminer rapidement les pires formes de travail des enfants,
% d'enfants effectuant des dangereux ou nuisibles	Cotonou, Parakou, Porto-Novo, 2000 : plus du ¼ des enfants exposés aux risques d'accidents sur la voie publique ; 2/3 des garçons exposés à des risques d'intoxication ou d'accidents dans le BTP, la peinture/soudure/tôlerie/chaudronnerie, la mécanique (automobile et industrielle) et la coiffure pour des filles		
% ménages pauvres	1999-2000 : 29%	2005 (est.) : 28%	Intégrer la lutte contre le travail des enfants dans la lutte contre la pauvreté
4. LUTTER CONTRE LE VIH/SIDA			
PREVENTION PRIMAIRE :			
% des cas du VIH/SIDA parmi les jeunes des deux sexes âgés de 15 à 19 ans	1985-2000 : 2% de tous les cas		Réduire la séroprévalence parmi les jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans
PTME-PEC PEDIATRIQUE:			
Nb. de dépistages volontaires	2002 : 20 071	2005 : 101 852	80 % des femmes enceintes aient accès à des services d'information, de conseils et de prévention du VIH/sida avec les services de traitement efficace pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
Prévalence du VIH/SIDA au sein de la population	2004 : 2,0%	2005 : 2,1%	
Nb. / % de maternités pratiquant la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant	2004 : 55 / ~ 12%	2006 : 185 / 39%	Assurer aux femmes séropositives et leurs enfants l'accès à des services (conseils confidentiels, dépistage volontaire, accès aux traitements dont les ARV
Nb. de traitements de PTMC	2002 : 100	2005 : 1 990	
Nombre d'enfants infectés/affectés par le VIH, ayant accès aux traitements dont les ARV.	Dnd	2006 : 150	Créer un environnement favorable aux orphelins et aux garçons et filles séropositifs et touchés par le VIH/sida (conseils et appui psychosocial; inscription dans les écoles, accès au logement, une bonne nutrition, aux services de santé et services sociaux).
Nombre d'OEV scolarisés ou en apprentissage	Dnd	2005 : 5 390	
Nombre d'OEV pris en charge	Dnd	1450	

Sources : Statistiques courantes (Santé, Scolaires) ; EDS 1996/2001 ; RGP3

Annexe 3 : Références bibliographiques

AFJB et al.,	<i>La violence étatique au Bénin. Un rapport alternatif présenté au Comité des droits de l'Homme</i> . Genève, 2004
BANQUE MONDIALE.,	<i>Le système éducatif béninois</i> . Washington : Banque mondiale, 2002
BENIN.,	<i>Programme d'action du gouvernement 2001-2006</i> . Cotonou : PR, s.d.
BENIN.,	<i>Loi n°2003-17 portant orientation de l'éducation nationale au Bénin. du 17 octobre 2003</i>
BENIN.,	<i>Code du travail de 1998</i> (Loi n° 98-004 du 27 Janvier 1998)
BENIN-UNICEF	<i>Rapport d'un atelier de réflexion sur la vision de l'enfant béninois au-delà de l'an 2000</i> . Cotonou : BENIN-UNICEF, 1999
CELLULE PLAN DIRECTEUR D'EAU.,	<i>Plan directeur AEP en milieu urbain au Bénin. Période 2003-2012</i> . Cotonou : MMEH-SBEE, janvier 2002
CLOSE.,	<i>2^{ème} rapport alternatif de la société civile à la mise en œuvre de la CDE au Bénin</i> . Cotonou : CLOSE, mars 2006
CNDLP.,	<i>Document de stratégie de réduction de la pauvreté 2003-2005</i> . Cotonou : CNDLP, déc. 2002
CONSEIL NATIONAL DE STATISTIQUE	<i>Premier rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement</i> . Cotonou : BENIN-PNUD, juillet 2003
DANIDA du	<i>Programme d'Appui au Secteur de l'Education au Bénin</i> . Cotonou : DANIDA, 2004
DH-SBEE.,	<i>Stratégie de développement du secteur de l'alimentation en eau de l'assainissement en zone rurale</i> . Cotonou : MEMH, janvier 1992
DEPT. D'ETAT DES EU.,	<i>Rapport sur la traite des enfants au Bénin</i> . Washington : Département d'Etat, 2006
DJOI Didier, ARIKAMA Mouhammadou, ZINZOU Jocelyne, SADO Nazaire, GOUNDETE Cosme et DIAKITE Dénise.,	<i>Document de politique nationale de microfinance</i> . Cotonou : Cellule de microfinance/MFE, mars 2003
DOVI IGNACE.,	« Ignace Dovi parle de la microfinance et rappelle à l'ordre certains débiteurs », <i>Le Matinal</i> , n° 24236, 30 août 2006
HELMS Brigit, DESHPANDE Reni, PICKENS Mark et SADO Nazaire Sado.,	<i>Bénin. Analyse de l'épargne au niveau national</i> . Washington : BM/ août 2005
CEGAP, août 2001INSAE.,	<i>Tableau de bord social 2000-2003. Profils socio-économiques et indicateurs de développement</i> . Cotonou : INSAE et OCS, 2005
INSAE/DED.,	<i>Troisième recensement de la population et de l'habitation RGPH3</i> . INSAE. Cotonou : INSAE, octobre 2003
INSAE-ORC MACRO	<i>Enquêtes démographiques et de santé au Bénin 2001 et 1996</i> . Cotonou et Calverton, INSAE-ORC Macro
KPATCHAVI Adolphe et al.,	<i>Etude sur la demande de santé de la population de la zone sanitaire de Tanguiéta-Matéri-Cobly</i> . Cotonou : AMCES-UNIDEA, 2006
[MARTIN Gibril, VODOUNOU et Cosme, BIAOU Alexandre et al],	<i>Tableau de bord social 2000 – 2003. Profils socio-économiques et indicateurs de développement</i> . Cotonou : OCS-INSAE, février 2005
MDES.,	<i>Document de stratégie nde réduction de la pauvreté deuxième génération (DRSP2). Rapport du groupe thématique n° 1 : Secteurs sociaux, infrastructures et équipement de base</i> . Cotonou : MDEF, août 2006
MECCAG-PDPE.,	<i>Le suivi du sommet mondial pour les enfants. Rapport national du Bénin</i> . Cotonou : MECCAG-PDPE, décembre 2000
MECCAG-PDPE – PNUD.,	<i>Bénin 2025 : Alafia (Stratégies de développement du Bénin à long terme)</i> . Cotonou : MECCAG-PDPE / PNUD, août 2000
MEHU.,	<i>Déclaration de politique nationale d'aménagement du territoire</i> . Cotonou : MEHU, novembre 2002
MEHU/DE-MSP/DHAB.,	<i>Politique nationale en matière d'assainissement</i> . Cotonou : DHAB/MSP-DE/MEHU, 1995,
MFPSS.,	<i>Politique nationale de promotion de la femme</i> . Cotonou : MFPSS, janvier 2001
MFPSS.,	<i>Plan d'action multisectoriel pour la mise en œuvre de la politique nationale de promotion de la femme</i> . Cotonou : MFPSS, 2002
MFPSS.,	<i>Politique et stratégies nationales de protection sociale (PSNPS) 2004-2013</i> . Cotonou : MFPSS, c. 2004
MD.,	<i>Recueil de lois sur la décentralisation</i> . Cotonou : Mission de décentralisation/MISAT, 2000
MJLDH/DDH.,	<i>3^{ème} rapport périodique du Bénin sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant (1998-2002)</i> . Cotonou : MJLDH, s.d.
MMEH/DGH.,	<i>Stratégie nationale de l'approvisionnement en eau potable en milieu rural du Bénin 2005-2015</i> . Cotonou : DGH/MMEH, octobre 2005
MS.,	<i>Annuaire des statistiques sanitaires 2005</i> . Cotonou : MS, août 2006
MSP.,	<i>Politique et stratégies de développement du secteur santé 2002-2006</i> . Cotonou : MSP, nov. 2002
MSP/DPP.,	<i>Annuaire des statistiques sanitaires année 2005</i> . Cotonou : MS, août 2006

MSP/DHAB.,	<i>Programme national d'hygiène et d'assainissement.</i> Cotonou : DHAB/MSP, 1995
MSP/DHAB.,	<i>Programme national d'hygiène et d'assainissement de base (PNHAB).</i> Cotonou DHAB/MSP, octobre 2003
OBURA Anna.,	<i>Etude de faisabilité d'une expérience d'éducation primaire accélérée.</i> Cotonou : UNICEF, 2006
OCS.,	<i>Suivi des indicateurs du DSRP Année 2004.</i> Cotonou : OCS, août 2005
OCS.,	<i>Rapport OMD 2005 + 5.</i> Cotonou : OCS, 2005
OCS.,	<i>Rapport sur le profil social national, édition 2005 : « L'Initiative PPTE et réduction de la pauvreté ».</i> Cotonou : OCS, janvier 2006
OCS, MCPD et SNU.,	<i>Premier rapport départemental sur les OMD.</i> Cotonou : OCS pour PCPD-SNU, octobre 2005
OIT-IPEC.,	<i>Combating Trafficking in Children for labour Exploitation in West and Central Africa : Synthesis Report Based on Studies of Bénin, Burkina Faso, Cameroon, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Mali, Nigeria and Togo.</i> Genève : OIT, 2001
OMCT.,	<i>Violences étatiques au Bénin. Rapport alternatif sur les droits de l'Homme.</i> Genève : OMCT, c 2005
OUENSAVI Roger et KIELLAND.,	<i>Le Phénomène des enfants travailleurs du Bénin. Ampleurs et déterminants.</i> Cotonou : CEO/Banque Mondiale, avril 2000
PNLS.,	<i>Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin.</i> Cotonou : MSP, décembre 2004
PNLS-ONUSIDA.,	Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA
SOCIAL WATCH-BENIN.,	<i>Premier rapport alternatif des organisations de la société civile.</i> Cotonou : Social Watch, septembre 2003
SP/CNDLP.,	<i>DSRP. Rapport d'avancement 2005.</i> Cotonou : CNDLP, septembre 2006
[TOVO et al].,	<i>Note sur la pauvreté au Bénin.</i> Cotonou : Ceda pour Banque mondiale, septembre 2003
[VODOUNOU Cosme, AHOVEY Elise, LANGLEY Philip, COSSI Andrée et FAGNINOU Gilles].,	<i>Pauvreté et disparités socio-économiques chez l'enfant et la femme au Bénin.</i> Cotonou : INSAE-UNICEF, août 2003