



ANALYSE DE LA SITUATION
DES ENFANTS
AU BÉNIN



unicef 
pour chaque enfant

A large blue circle is centered on the page, containing the title text in white. A small blue rectangular bar is visible in the top right corner of the page.

Analyse de la situation des enfants au Bénin

UNICEF BENIN 2017

Le Bénin, en ratifiant la Convention relative aux Droits de l'Enfant et la Convention pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et en œuvrant pour l'atteinte des Objectifs de Développement Durable, s'est engagé à faire de la réalisation des droits des enfants et des femmes un de ses principaux défis pour le développement.

Ainsi, pour permettre à tous les acteurs de prendre en tout temps des décisions fondées sur une connaissance exacte des réalités et privations vécues par les enfants, le Gouvernement et l'UNICEF ont procédé à l'actualisation de l'analyse approfondie de l'état de réalisation des droits des enfants. La dernière étude était conduite en 2012.

Cet exercice mené de façon participative et selon une approche basée sur l'équité et les droits humains met en lumière les progrès réalisés, les disparités, les goulots d'étranglement et les défis à relever pour assurer une meilleure réalisation des droits des enfants du Bénin. Il donne en outre un panorama de l'état actuel de la situation des enfants qui guidera la formulation des politiques et stratégies, le plaidoyer, la recherche et l'évaluation aussi bien du Gouvernement que de ses partenaires.

L'étude révèle que des progrès importants ont été accomplis en matière d'accès à l'éducation primaire et de l'équité genre, d'accessibilité aux soins de santé et de protection des enfants, notamment l'enregistrement de naissance. Elle montre également que de nombreux défis restent à relever, notamment les taux élevés de la mortalité des enfants de moins d'un mois, de la mortalité des moins de cinq ans, le retard de croissance, la faible qualité de l'éducation et les pratiques socio-culturelles néfastes. D'importantes disparités perdurent entre les enfants nés dans les ménages les plus défavorisés et ceux issus des milieux plus aisés dans l'accès aux services sociaux de base. Ainsi, combattre ces inégalités en investissant notamment dans les enfants les plus vulnérables permettra non seulement de rompre les cycles intergénérationnels des disparités et des injustices mais aussi contribuera au développement durable du pays.

Par conséquent, tous les acteurs engagés dans la promotion des droits des enfants sont invités à s'en servir non seulement pour s'imprégner de la situation réelle des enfants et des femmes du Bénin, mais aussi pour œuvrer au relèvement de ces défis.

Le Gouvernement du Bénin félicite et remercie, pour leur implication dans l'élaboration et la validation du présent rapport, les membres du Comité de pilotage, toutes les institutions principalement l'UNICEF, les cadres techniques de l'administration publique en général et du MPD en particulier. Nous tenons à remercier spécialement les représentants de la société civile, des adolescent(e)s, des jeunes, des enfants et des femmes qui ont bien voulu témoigner et faire part de la richesse de leurs expériences.



Abdoulaye Bio Tchané

Ministre d'Etat Chargé du Plan et du
Développement



Dr Claude Kamenga

Représentant Résident de l'UNICEF

RESUME

L'Analyse de la situation des enfants réalisée (SitAn 2017) a pour objectif de fournir un diagnostic récent de la situation des droits des enfants du Bénin afin de mettre en exergue les progrès accomplis depuis la dernière édition publiée en 2012. Elle permet ainsi d'identifier les privations majeures des enfants ainsi que leurs causes et les barrières qui empêchent leur élimination.

Cette analyse holistique met l'accent sur le respect du principe d'équité. Elle pourra servir de base à l'amélioration des politiques et stratégies socioéconomiques au niveau macro, sectoriel ou communal, notamment pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et ceux du Programme d'Action du Gouvernement (PAG) « Bénin révélé ».

CONTEXTE NATIONAL

Situé en Afrique occidentale, le Bénin est l'un des plus petits pays d'Afrique (114.763 km²). Entre 1960, année de son indépendance, et 1989 le pays a connu une période de turbulences qui a culminé en 1990. La crise s'est soldée par une réforme politique et administrative, l'adoption d'un régime démocratique et le choix du libéralisme économique.

La population du Bénin, estimée à un peu plus de 10 millions d'habitant.e.s (RGPH-4 2013), a connu une augmentation accélérée au cours de la dernière décennie 2002-2013 (3,5%). Le taux de croissance de la population se situe dans la moyenne haute (3,5%) des pays de la région de l'Afrique de l'Ouest. L'Indice Synthétique de Fécondité nous indique qu'en 2014, les femmes avaient en moyenne 5,7 enfants au cours de leur vie (MICS 2014). La structure par âges de la population témoigne d'une population à dominante jeune avec les moins de 18 ans (les enfants) qui représentent 54%. La proportion des adolescent.e.s, groupes d'âges 10-14 ans et 15-19 ans, est en progression constante depuis 1992. Cette jeunesse de la population pourrait représenter une opportunité de développement si le pays réussissait à prendre avantage du dividende démographique et s'il utilisait ce capital humain comme levier pour un développement humain durable.

Bien que le taux d'urbanisation soit en croissance rapide (3,67% par an), la majorité de la population du Bénin est rurale. La population urbaine qui atteignait 44,2% en 2015 devrait passer à 60% en 2030. La croissance urbaine est essentiellement alimentée par la migration d'adolescent.e.s et de jeunes adultes venant du monde rural et des pays voisins vers les métropoles de la côte à la recherche d'opportunités sociales et revenus qu'ils ne trouvent pas dans leurs communautés d'origine. Cette migration massive crée une énorme pression sur les services en eau, assainissement, emplois, logement, éducation ou santé qui sont déjà largement insuffisants pour satisfaire les besoins des habitant.e.s actuels du Bénin.

Sur le plan économique, le Bénin a connu une croissance économique annuelle d'environ 4% sur les cinq dernières années. Ceci classe le pays parmi ceux qui ont eu une économie en rapide croissance en Afrique de l'Ouest. Les estimations établies par les organisations multilatérales prédisent un même rythme de croissance pour la période à venir. Ces bonnes performances et la poursuite d'une

longue période de stabilité politique ont permis au pays d'obtenir des améliorations notables dans les secteurs sociaux mais relativement peu d'impact sur la réduction de la pauvreté et l'amélioration de l'équité. Force est de constater que la pauvreté et les inégalités se sont accentuées entre 2011 et 2015 avec notamment une dégradation de l'indice de Gini. Selon leur niveau de pauvreté monétaire, les départements sont classés ainsi: plus faible (Ouémé et Littoral) ; légèrement en dessous de la moyenne nationale mais avec tendance à la hausse (Borgou, Plateau, Alibori); légèrement au dessus de la moyenne nationale (Atlantique, Atacora, Donga et Zou); plus élevé (Mono, Couffo et Collines). Le Bénin reste parmi les pays les moins avancés du monde. En 2016 il était classé au 160^{ème} rang des 186 pays selon l'Indice de Développement Humain.

L'ÉTAT DES DROITS DE L'ENFANT

Par rapport au constat établi en 2012, la situation des enfants a connu des améliorations dans les domaines de la survie, du développement et de la protection.

SURVIE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Les données fournies par les études et enquêtes (MICS 2014, EMICOV 2015, etc.) les plus récentes montrent que des cohortes de plus en plus nombreuses d'enfants survivent comme l'illustre la baisse du taux de mortalité des enfants. L'enquête MICS conduite en 2014 a révélé que les taux de mortalité des enfants de moins d'un an et des moins de cinq ans avaient respectivement diminué à 67 et 115 pour 1,000 naissances vivantes traduisant les efforts faits par l'Etat et ses partenaires pour lever les principales barrières qui limitaient l'offre de services et entravaient la demande de soins de base. Des investissements conséquents ont permis d'étendre le nombre des formations sanitaires (1,422 en 2015), ce qui en retour a permis d'améliorer le taux de couverture sanitaire à 91,6% en 2015 (88% en 2010), un des meilleurs en Afrique de l'Ouest.

Les services de soins spécialement dédiés aux adolescent.e.s sont quasi-inexistants car les prestations ne sont généralement disponibles que dans les services de santé généraux. Les enquêtes SARA montrent que l'offre pour jeunes et adolescent.e.s s'est améliorée: en 2015 plus de 90% des services de santé offraient des prestations pour jeunes et adolescent.e.s contre 73% en 2013. Cependant, le contenu et la qualité de cette offre variaient d'une formation sanitaire à une autre. En matière d'accès à l'eau potable, la couverture atteint désormais 85% en milieu urbain et 72% en milieu rural.

L'extension des services de soins a été supportée par une révision des stratégies sanitaires. L'Etat, dans le cadre du Partenariat International pour la Santé et Initiatives associées (IHP+), a concentré ses efforts sur la fourniture d'un paquet d'interventions à haut impact destiné aux enfants et aux femmes, en assurant la gratuité pour les soins les plus fréquents et en donnant la priorité aux approches basées sur l'équité. Ces mesures ont été accompagnées par des appuis aux équipes de districts en vue de motiver ces derniers à obtenir plus de résultats. Un vaste plan de recrutement et de formation des personnels

a permis d'augmenter les ratios personnels soignant.e.s/habitant.e.s. Il est à noter qu'en 2016, on comptait 1,6 médecins, 5 infirmiers et 5,8 sages-femmes pour 10,000 habitant.e.s. Un meilleur approvisionnement en intrants de base a permis d'améliorer la disponibilité des produits et médicaments essentiels: l'indice de la capacité opérationnelle a progressé de 59% en 2013 à 65% en 2015 avec une très bonne progression pour les services destinés à la Santé Maternelle Néonatale et Infantile.

Le ministère de la santé a aussi introduit de nouvelles méthodes de gestion axée sur les résultats comme la rémunération des districts aux résultats (Financement basé sur les Résultats) et le nouveau système de gestion des médicaments. Ces mesures ont facilité les accès géographique et financier aux populations les plus démunies et se sont également traduites par une plus grande utilisation des services.

Près de 78% des formations sanitaires du Bénin sont en mesure d'offrir des soins maternels, néonataux et infantiles de base et 98% d'entre elles offrent de manière constante les services de vaccination, de prévention et la prise en charge des maladies les plus fréquentes. Actuellement, plus de 87% des naissances ont lieu dans une formation sanitaire. Plus de 87% des femmes accouchées et 80% des nouveau-nés bénéficient d'examen postnataux. Les cas de poliomyélite et de tétanos néonatal ont pratiquement disparu et ceux de rougeole et de paludisme ont été significativement réduits.

Malgré ces progrès remarquables, la situation sanitaire des enfants demeure toutefois préoccupante. Bien que le système de santé soit parfaitement adapté aux profils démographique et épidémiologique du pays, le Bénin demeure dans le groupe des pays de l'Afrique de l'Ouest où la mortalité infantile et néonatale a le plus lentement baissé. Les taux de couverture vaccinale ne progressent pratiquement plus avec un taux de couverture vaccinale de la rougeole qui ne dépasse pas 64%.

Le statut nutritionnel des enfants s'est dégradé avec 12,5% des nourrissons qui avaient en 2014 un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance, 18% d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale globale et 5% d'insuffisance pondérale sévère. Plus d'un tiers des enfants âgés de moins de cinq ans (34%) présentait un retard de croissance¹, un taux supérieur à celui rapporté pour la région Afrique de l'Ouest² (30%) mais qui restait inférieur à celui constaté en 2006 (43%). La mortalité néonatale quant à elle stagne depuis dix ans avec un taux moyen de 38 pour 1000 naissances vivantes.

Les causes expliquant cette situation associent la faible gouvernance du secteur reflétée par: (i) une répartition inadéquate des ressources financières et humaines qui crée ou aggrave les inégalités entre régions, (ii) la faiblesse des mécanismes de ciblage des problèmes chroniques (stagnation des taux de mortalité néonatale), (iii) le maintien des pratiques au niveau des formations décourageant les utilisateurs (mauvais accueil, participation financière indirects aux actes pourtant gratuits) ainsi que (iv) la persistance de pratiques familiales peu favorables aux enfants. Le taux de fréquentation des services publics ne dépasse pas 50,4%.

¹ Le retard de croissance est la manifestation de la malnutrition chronique

² En 2016 la moyenne pour l'Afrique est de 30 pour cent selon le rapport «Éliminer la malnutrition d'ici 2030», IFPRI

EDUCATION DE L'ENFANT

Dans le domaine de l'éducation, le Bénin enregistre, actuellement les plus forts taux de scolarisation de son histoire. L'évaluation menée pour mesurer le degré d'efficacité du Plan décennal de développement du secteur de l'éducation a conclu que les stratégies mises en œuvre par l'Etat avaient contribué à élever les taux bruts d'admission du primaire et à réduire les inégalités filles/garçons en matière de fréquentation scolaire. En 2015, le pays comptait environ 2.768.522 enfants âgés de 3 à 17 ans scolarisés avec une progression rapide des effectifs qui restent toutefois modestes dans le cycle préscolaire: 14,3% des enfants âgés de 3 à 5 ans fréquentent un centre préscolaire public ou privé. En 2015, le taux brut de scolarisation dans l'enseignement primaire était estimé à 116,2% (113% en 2012) avec une équité presque atteinte entre filles et garçons mais avec un écart qui se creuse à partir de la 6ème entre filles (62%) et garçons (70%). Dans le deuxième cycle du secondaire, le taux d'accès des filles à la seconde se situait à 39% et celui des garçons à 51%. Les statistiques éducatives illustrent donc un décrochage des filles adolescentes au niveau du secondaire.

Ces résultats sont le fruit des efforts financiers et logistiques déployés par l'Etat dans le cadre du Plan Décennal de Développement du Secteur de l'Education fortement supporté par les partenaires techniques et financiers, notamment le Partenariat Mondial pour l'Education. Ces investissements principalement concentrés sur le cycle primaire ont permis d'augmenter le nombre d'écoles de 7,878 en 2010 à 10,754 écoles en 2015, de procéder à un recrutement massif d'enseignant.e.s qualifié.e.s (le ratio des enseignant.e.s qualifié.e.s atteint désormais 80% alors qu'il ne dépassait pas 50% en 2010) et une plus grande disponibilité des manuels scolaires (le ratio manuels par élève atteint 1,24). Ces investissements ont été accompagnés de mesures comme l'interdiction du redoublement, l'instauration de la gratuité des frais d'inscription (pour tous les enfants dans le cycle primaire et pour les filles dans le secondaire) et des facilités d'installation du secteur privé. Entre 2011 et 2015, la proportion des effectifs inscrits dans le privé a augmenté de 15% à 22%. Tout cela a permis d'améliorer les conditions d'apprentissage des enfants. Le ratio élève/maitre tend de plus en plus à se rapprocher des normes officielles. Il est actuellement de 52,4 élèves par maitre dans le cycle primaire.

Les progrès réalisés dans l'accès et l'achèvement au cycle primaire ont cependant occulté les problèmes de la qualité des apprentissages et de l'équité en termes d'accès et de maintien à l'école. En 2014, l'évaluation conduite par le PASEC a montré que les élèves béninois performaient moins bien dans les matières fondamentales que leurs homologues de huit des neuf pays évalués en Afrique francophone notamment en milieu rural où les scores atteints par les élèves étaient très faibles par rapport au milieu urbain. A ce défi de la qualité de l'éducation s'ajoute celui de la forte population d'enfants qui sont hors de l'école. Le rapport publié par l'INSAE en 2015 indique qu'un enfant sur trois (36,2%) ne fréquentait aucune école avec un effectif très élevé constitué par les enfants d'âge préscolaire (1.043.093), mais aussi d'enfants pour qui l'école est normalement obligatoire. Le problème est particulièrement critique pour les enfants ayant des besoins éducatifs spécifiques (enfants vivant avec un handicap, enfants travailleurs, etc.).

La situation actuelle du secteur éducatif peut être expliquée par différentes causes. En premier, on trouve les faiblesses récurrentes de la gouvernance du secteur et d'insuffisance de budget. En effet, la gestion du secteur reste caractérisée par une centralisation du mécanisme d'allocation des ressources financières et humaines, un système d'information avec peu de visibilité sur la situation des enfants avec des besoins spécifiques et une réticence des personnels éducatifs chargés d'appliquer les mesures édictées par le niveau central. Ces mesures concernent notamment l'interdiction des redoublements, l'implication des associations de parents et des enfants dans la gestion des écoles, l'accentuation de la lutte contre les phénomènes d'abandons scolaires, l'absentéisme des enseignants et la prévention et le signalement des violences faites aux enfants.

A cela s'ajoute le manque de conditions sanitaires qui empêche les filles de gérer leurs périodes de menstruation dans l'intimité et la dignité ou également un accès limité à une alimentation que les parents ne peuvent assurer. Il est aussi crucial de souligner la persistance des normes sociales qui favorisent le travail et le mariage des enfants et freinent l'éducation des filles dans le secondaire. Selon certains experts, en raison de la façon dont elle est gérée, l'école béninoise continue d'être une «fabrique d'inégalités de genre».

PROTECTION DE L'ENFANT

Dans le domaine de la protection des enfants, quelques évidences montrent que le Bénin a enregistré des résultats significatifs dans plusieurs domaines comme celui de l'enregistrement des naissances où les progrès ont été significatifs. Le taux des enfants enregistrés à l'état civil a progressé de 50% en 2010 à 85% en 2014 avec une importante réduction des disparités qui existaient entre les milieux rural et urbain (le taux y atteint respectivement 82% et 88%) et entre les départements. Cependant, les défis demeurent en ce qui concerne le retrait effectif des certificats de naissance avec 75% des enfants qui en possèdent.

Des progrès importants ont aussi été réalisés dans l'abandon des mutilations génitales féminines. L'enquête MICS indique que moins de 1% des filles de 0 à 14 ans avaient subi une forme quelconque de mutilations génitales féminines en 2014.

Le phénomène du mariage des enfants avant l'âge de 15 ans chez les filles serait également en régression au niveau national. La plus récente enquête sur le sujet indique un taux de 16% de femmes âgées de 15-19 ans mariées ou en union. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en union pour la première fois avant l'âge exact de 18 ans, le taux a régressé de 32% à 26% même si le phénomène persiste entre 2011 et 2014. Trois sur dix (32%) des femmes âgées de 20 à 49 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans. D'importantes disparités régionales et selon le milieu de résidence existent. Ainsi, les femmes vivant dans les départements du Borgou et de l'Alibori, en milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et vivant dans les ménages très pauvres sont davantage touchées.

Les progrès enregistrés sont principalement le fruit des efforts déployés par l'Etat et ses partenaires y compris la

société civile. L'environnement légal de la protection de l'enfant s'est amélioré en général. Dans le domaine de la Justice, le Code de procédure pénale a été révisé pour refléter davantage les problèmes des enfants. Un nouveau Code de l'Enfant et une Politique Nationale de Protection de l'Enfant ont été élaborés et adoptés en 2015. Les stratégies opérationnelles dans les domaines de l'enregistrement des naissances et de la justice pour mineurs ont également été renforcées et l'évaluation complémentaire du système de l'état civil au Bénin est en cours. Le Bénin dispose maintenant d'un Plan d'action de la Politique Nationale de la Protection des enfants, d'un Programme Nationale de Développement du Secteur de la Justice (PNDSJ), incluant des mesures pour les mineurs. Un cadre de partenariat plus adéquat reconnaît l'importance des organisations de la société civile comme prestataires majeurs dans la fourniture de services de protection. Malgré tous ces efforts, la situation générale des enfants ayant besoin de protection demeure très préoccupante. Le phénomène des enfants vivant séparés des parents demeure important malgré une tendance à la baisse du nombre d'orphelins et enfants rendus vulnérables par le SIDA. On estime à 33% les enfants âgés de 0-17 ans qui vivent séparés de leurs deux parents biologiques (31,2% en 2006) et à 10% ceux qui ne vivent avec aucun des deux parents biologiques alors que ces derniers sont encore en vie.

La prévalence des violences et abus faits aux enfants serait en progression continue. En 2014, plus de 91% des enfants de 11-14 ans ont affirmé avoir subi une forme de violence (89% en 2009). Une fille sur dix a de très fortes chances d'être l'objet d'une violence sexuelle ou d'attouchements. Ces cas de violences et d'abus ne sont presque jamais signalés aux agents de protection.

Le phénomène du travail des enfants serait également en nette aggravation par rapport à 2008 avec plus d'un enfant sur deux (52,5%) impliqué dans le travail des enfants et près de quatre sur dix d'entre eux (40%) travaillent dans des conditions dangereuses. Les départements les plus touchés par ce phénomène sont le Couffo (82%), le Plateau (68%), l'Alibori (62%) et le Borgou (60%). En dehors des travaux domestiques familiaux traditionnels (travaux ménagers, petits travaux agricoles...), les enfants sont employés comme domestiques à domicile, pour faire du petit commerce ou sont sous-traités pour de gros travaux (agriculture, exploitation des mines) au Bénin ou dans les pays voisins. Le phénomène de la prostitution des filles âgées de 12 à 17 ans semble répandu et toléré en milieu urbain. Les données disponibles sur la traite des enfants estiment leur population à 40.317 filles et garçons âgés de 6 à 17 ans. Ces enfants et adolescent.e.s qui proviennent des différents départements du Bénin mais également des pays voisins sont le plus souvent recrutés par des réseaux organisés pour le travail domestique, la mendicité, la prostitution, le travail dans les mines et dans l'agriculture. L'ampleur exacte du problème et la situation des enfants de la rue ne sont pas bien connues car occultées par le phénomène plus visible des enfants mendiants. La mendicité occuperait 54% de la population des enfants de la rue.

La situation des enfants faisant face à la justice serait critique malgré une nette amélioration de la législation les concernant. La plupart des délits et crimes commis contre des enfants ne sont pas dénoncés et le sort réservé aux enfants en conflit avec la loi n'est pas enviable car les

trois quarts d'entre eux sont incarcérés pour des délits mineurs pendant de longues périodes alors qu'ils devraient bénéficier d'alternatives à la détention. Les enfants vivant avec un handicap, au nombre estimé à 41,500, sont fréquemment victimes d'exclusion sociale et scolaire car les communautés les considèrent comme des enfants sorciers.

L'ampleur de ces problèmes est expliquée par l'indigence du système de protection dont les services sont rares et les prestations de faible qualité. Les étapes d'identification, orientation, signalement des cas, de soutien psychologique et matériel, de réintégration sociale et familiale sont assurées par les agents des 85 centres de promotion sociale disséminés sur le territoire national et par un réseau d'ONG. Leur nombre est largement insuffisant et les personnels qui y travaillent manquent souvent de connaissances, de moyens et de motivation. L'accueil des enfants en situation de danger est assuré dans un réseau constitué de 97 établissements comprenant des orphelinats, des Centres d'Accueil et de Protection d'Enfants ou des familles d'accueil. Cependant, en réalité, le nombre exact de ce type de services et la qualité des prestations prodiguées aux enfants semble méconnu. La prévention se limite essentiellement aux actions menées par les CPS sous forme d'assistance financière ou matérielle et aux campagnes de sensibilisation de masse. Plusieurs évaluations ont révélé que l'assistance fournie par les CPS bénéficie rarement aux enfants qui en ont vraiment besoin et que les activités de sensibilisation sont épisodiques et très dépendantes des partenaires techniques et financiers.

VULNÉRABILITÉ DES ENFANTS AU BÉNIN ET SES DÉTERMINANTS STRUCTURELS

Pauvreté et vulnérabilité

Les analyses effectuées montrent que malgré les progrès réalisés, les enfants restent énormément affectés par de nombreuses privations de leurs droits essentiels (la survie, le développement, l'éducation, la protection, etc.). Ces privations n'affectent pas de la même façon tous les enfants. L'étude sur la pauvreté et les privations des enfants au Bénin (MODA 2016) a mis en exergue le fait que la pauvreté et la privation sont des phénomènes distincts qui témoignent de différents aspects de l'absence de bien-être et qui ne se chevauchent pas systématiquement. Ainsi, le nombre d'enfants victimes de privations est beaucoup plus important que celui des enfants pauvres. Selon l'approche par les privations, plus de six enfants sur dix (64,5%) cumulent au moins 3 privations dans les domaines des services de base comme l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement, la nutrition, la protection des enfants, etc. En revanche, 43,4% des enfants vivent dans des ménages qui souffrent de la pauvreté monétaire.

L'analyse des privations des droits essentiels des enfants met en évidence l'existence des disparités entre départements. Les enfants vivant dans les départements de l'Alibori (88,5%), de la Donga (75,1%) et du Borgou (75,1%) sont les plus vulnérables.

Le degré et l'intensité des privations des enfants dans les domaines clefs de leur bien-être sont déterminés par le niveau de pauvreté monétaire, le milieu de vie (urbain/rural et département), le genre, le niveau d'éducation du chef de

ménage et notamment celui de la mère.

Dans le domaine de la survie, la lenteur des progrès est expliquée par le niveau élevé de la charge de la mortalité et de la morbidité chez les populations défavorisées, notamment celles qui habitent en milieu rural et dans les départements où le taux de pauvreté est élevé. Les taux de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile sont systématiquement plus élevés chez les enfants vivant en milieu rural (40, 33, 72 et 68 et 128 pour 1000 naissances vivantes) que chez ceux du milieu urbain (35, 24, 59, 42 et 99 pour 1000 naissances vivantes). Ils sont aussi plus élevés dans les ménages du quintile le plus pauvre (deux fois plus élevés que dans les ménages du quintile le plus riche) et dans les départements classés comme très pauvres comme le Zou (84 pour mille naissances), les Collines (82 pour mille naissances) et le Couffo (73 pour mille naissances). La malnutrition suit à peu près le même schéma. L'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans est deux fois plus élevée dans les ménages pauvres (26%) que dans les ménages riches (10%).

Dans le domaine de l'éducation, la privation de l'école est expliquée tant par le facteur pauvreté monétaire et par la pression qu'exerce la croissance démographique rapide sur les infrastructures disponibles. La privation en éducation est beaucoup plus fréquente chez les enfants qui vivent dans les départements pauvres comme l'Alibori (le taux d'accès y atteint 77% et l'achèvement 42%) et le Couffo (le taux d'accès y atteint 89% et l'achèvement 58%).

Dans le domaine de la protection, l'enquête MICS 2014 montre que le phénomène des enfants travailleurs est plus fréquent en milieu rural (61%), dans les ménages très pauvres (68,1%) et chez ceux qui habitent dans les départements du Couffo (82%), du Plateau (68%), de l'Alibori (62%) et du Borgou (60%). Les filles vivant dans l'Alibori et le Zou sont plus à risque d'être mariées avant leur majorité. Pour l'Alibori, plus de la moitié des filles sont mariées avant d'avoir atteint l'âge de 18 ans.

Les progrès importants enregistrés dans l'accès à l'éducation des filles et concernant le mariage des enfants ne doivent pas occulter l'existence d'inégalités de genre. Ainsi, bien qu'au niveau du primaire, les inégalités d'accès entre filles et garçons soient faibles (indice de parité par sexe de 0,98), la proportion de filles hors de l'école (qui ne fréquentent ni l'enseignement primaire ni le préscolaire) est plus élevée que celle des garçons (27,1% contre 22,8%). L'écart entre les sexes se creuse au niveau du secondaire au détriment des filles, surtout en milieu rural et dans les départements du Nord. Parmi les enfants d'âge scolaire secondaire ou supérieur, 44,8% des filles sont non scolarisées contre 31,2% des garçons. Cette situation est expliquée par la persistance des normes sociales qui favorisent le travail et le mariage des enfants.

Gouvernance et efficacité des politiques publiques

La qualité de la gouvernance constitue un facteur déterminant de l'efficacité des politiques publiques et de la lutte contre la pauvreté, les inégalités et la vulnérabilité de la population. De bons résultats nécessitent l'utilisation adéquate d'outils comme la planification stratégique, des mécanismes d'allocation des ressources efficaces, un système acceptable de reddition des comptes et un

partenariat stratégique. La revue du système de gestion des finances publiques et de la responsabilité financière de l'Etat conduite en 2014 par la Banque Mondiale montre que les efforts consentis dans les secteurs de la santé et de l'éducation avaient permis au Bénin d'obtenir de bons résultats nationaux mais avaient en même temps renforcé les inégalités territoriales. En effet, la distribution des ressources financières n'a pas tenu compte des besoins des départements ainsi que des niveaux différenciés des systèmes éducatif et sanitaire. A cela s'ajoute la répartition inadéquate des ressources humaines.

Par exemple, dans le secteur de la santé, le ratio soignant.e.s pour 1000 habitant.e.s est 10 fois plus élevé dans le département aisé du Littoral que dans les départements pauvres de l'Alibori, du Couffo, du Plateau, de la Donga et des Collines. Cette situation témoigne d'un certain laisser faire des décideurs chargés de la gestion des ressources humaines qui n'ont pas la pression d'un mécanisme de reddition des comptes effectif.

Dans le secteur de l'éducation, la faiblesse de la gouvernance se traduit par une allocation déséquilibrée des ressources. Les données du ministère de l'éducation de 2015 indiquent que 63,4% des écoles manquaient d'enseignant.e.s alors que 36% disposaient de plus d'enseignant.e.s que nécessitaient les effectifs des élèves présents. En résultat, 25% des écoles du Bénin n'étaient pas en mesure d'offrir les 6 niveaux requis de l'enseignement primaire. Le ratio enfant par maître dans les départements considérés comme pauvres dépasse largement la moyenne nationale : il atteint 61,9 dans le département de la Donga, 94,8 dans l'Alibori et 67,1 dans les Collines.

Le secteur de la protection, quant à lui, souffre de l'insuffisance des ressources financières et humaines mais également des faiblesses de gouvernance (absence de mécanisme de coordination, de planification, insuffisance de ressources financières et utilisation aléatoire de celles qui sont disponibles).

Environnement socioculturel

Les déficiences dans les connaissances, les attitudes et les pratiques, enracinées dans les traditions culturelles et les relations inégales entre les sexes, constituent également un socle commun de barrières qui détermine le niveau et l'intensité des privations de l'enfant. Au Bénin, les institutions traditionnelles, les leaders d'opinion communautaires et les agents sociaux jouent des rôles clés dans le choix par les parents et les enfants des comportements, des attitudes et des pratiques. Parfois, ce rôle est bénéfique. C'est le cas pour l'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de 6 mois, l'introduction des aliments de compléments, l'utilisation des moustiquaires imprégnées, la vaccination, la détection des signes de dangers des maladies les plus fréquentes de l'enfant. Par exemple, les campagnes de sensibilisation répétées pour faire apprendre aux mères les signes de danger des pneumonies, diarrhées et fièvres commencent à avoir des résultats à grandes échelles qui ont joué un rôle dans la réduction des taux de morbidité et mortalité au niveau national.

Dans le domaine de l'éducation, plusieurs études montrent que de plus en plus de parents sont favorables à l'éducation moderne et progressivement favorables à l'éducation des

filles comme en témoignent les progressions constatées dans les taux brut de scolarisation et le niveau atteint en termes de parité filles-garçons. MICS 2014 montre que de nombreux enfants âgés de 36 à 59 mois bénéficiaient à domicile d'activités d'éveil et de préparation à l'école car les campagnes de sensibilisation ont insisté sur l'avantage de ces pratiques. Cependant, les pratiques familiales restent fortement déterminées par le niveau d'instruction du chef de ménage. Environ 58% des enfants âgés de 36 à 59 mois bénéficient d'activités d'éveil et de préparation à l'école quand le chef de ménage est instruit contre 22% quand le niveau d'instruction du chef de ménage est faible.

Dans le domaine de la protection, les pratiques familiales et les normes sociales jouent un rôle déterminant car la plupart des problèmes sont les résultats directs de comportements incompatibles avec les besoins des enfants. Dans ce domaine, les comportements varient d'une problématique à l'autre. L'enquête MICS montre qu'un des éléments explicatifs de la voie vers l'abandon des mutilations génitales féminines est le fait que plus de 80% des femmes étaient maintenant convaincues que la pratique devrait totalement cesser. Cette évolution positive n'a cependant pas concerné toutes les pratiques culturelles et traditionnelles nuisibles aux enfants. Ainsi, la tradition justifie encore la pratique large des violences, du mariage des enfants/forcé, de la privation des loisirs, de l'exploitation dans les travaux dangereux. De même, les traditions par la division sexiste du travail et des rôles dans la société jouent un rôle important en empêchant la scolarisation des filles quand elles deviennent physiologiquement plus matures. Enfin, le statut de subordination de l'enfant dans la société au regard des réalités culturelles ne permet pas à ce dernier de revendiquer la réalisation de ses droits auprès de ses parents ou de sa communauté.

Les défis d'opérationnalisation du socle de protection sociale

Le niveau des privations dépend aussi des performances des systèmes de protection sociale existants. Depuis plusieurs années déjà, le Bénin déploie des efforts pour mettre en place une politique efficace de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. L'enjeu majeur était de reformer les mécanismes de protection sociale existants constitués par les groupes endogènes de solidarité (tontines, transferts privés...) et les mécanismes dits modernes (assurance maladie, mutuelles de santé, fonds de solidarité...) pour les remplacer par des systèmes plus performants. De fait, les systèmes de protection sociale actuels sont caractérisés par la fragmentation des programmes et interventions, une efficacité limitée et une faible couverture face aux besoins énormes des populations vulnérables. La protection sociale contributive demeure très limitée et accessible à une infime minorité estimée à 6,4% de la population économiquement active qui ont adhéré aux deux régimes de sécurité sociale (FNRB et CNSS). Dans l'ensemble, seulement 8,4% de la population est couverte actuellement par l'assurance maladie : 5,6% par le Fonds National des Retraités du Bénin, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée.

En 2014 le pays a adopté une « Politique Holistique de la Protection Sociale (PHPS) » avec l'objectif de mettre en place un cadre institutionnel englobant toutes les dimensions de la protection sociale et impliquant tous les

ministères. Bien que les outils d'opérationnalisation de la PHPS (plan d'action budgétisé, cadre de suivi-évaluation) aient été finalisés, le décret qui doit fixer les arrangements institutionnels n'a pas été adopté. Compte tenu des résultats faibles de la mise en œuvre de la Politique Holistique de la Protection Sociale (PHPS), le nouveau gouvernement arrivé au pouvoir en avril 2016 a adopté une nouvelle stratégie intégrée et plus inclusive d'extension de la protection sociale. Cette stratégie est mise en œuvre à travers un projet dénommé « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) » qui consiste à offrir un paquet de services comprenant l'assurance maladie, la formation, l'accès au crédit et l'assurance retraite. L'ARCH est destinée en priorité aux plus démunis du secteur informel (agriculteurs/trices, commerçant.e.s, transporteurs, artisans et artistes).

Vulnérabilité aux changements climatiques

Le niveau et l'importance des privations des enfants sont aussi déterminés par le niveau de préparation et réponse aux chocs et crises, y compris ceux pouvant être induits par le changement climatique. Le Bénin fait partie des pays les plus vulnérables, il risque d'être confronté en même temps aux effets du changement climatique, aux catastrophes naturelles et à la montée du niveau de la mer. Les scénarios montrent que les changements auront des répercussions importantes dans les secteurs de l'eau, de la sécurité alimentaire et de la santé. Le risque le plus probable est celui du stress hydrique qui impactera directement l'agriculture, la santé, l'énergie et les écosystèmes. Il se traduira par une baisse des rendements agricoles et une insécurité alimentaire. Dans le domaine de la santé ces changements pourront aussi modifier le profil épidémiologique avec le recul des maladies à vecteurs (paludisme...) dans les départements devenus plus arides et une augmentation de la prévalence de ces mêmes maladies dans les régions devenues plus humides. L'augmentation de la température risque de favoriser la charge en microbes et en bactéries des nappes aquifères et des réservoirs superficiels et ainsi d'augmenter la prévalence des maladies diarrhéiques et des dysenteries qui, à leur tour, influenceront la prévalence de la malnutrition chez les enfants. Ces changements risquent d'avoir des impacts importants et durables sur le fonctionnement des services sociaux. Malgré la probabilité de ces scénarios, les secteurs comme la santé, l'éducation et la nutrition ne semblent pas suffisamment équipés en termes d'adaptation et de résilience.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de l'analyse, les recommandations principales suivantes ont été formulées pour faire face aux défis identifiés :

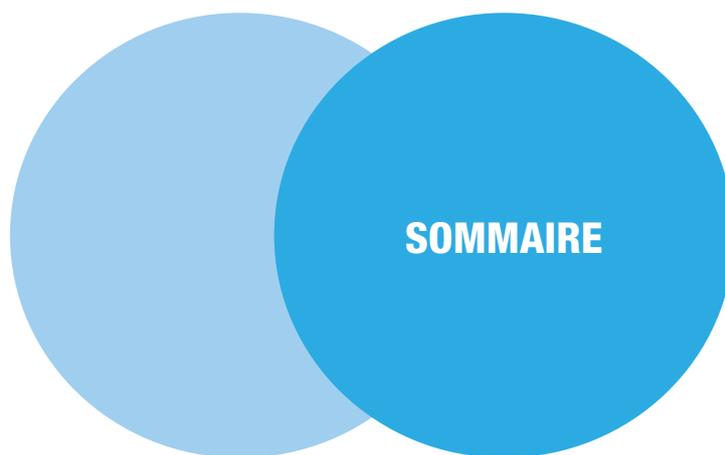
1. Accélérer l'opérationnalisation du socle de protection sociale et l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH/PAG). Ceci permettrait de renforcer la résilience des ménages vulnérables et de leurs enfants. Tout en tenant compte des conditions macro-économiques et fiscales actuelles le pays doit, à court terme, s'assurer que les ressources nécessaires à l'extension du projet actuel de protection sociale augmentent. A cet effet les autorités devraient
- explorer la possibilité de réallouer les budgets des programmes peu performants vers la protection sociale, rendre plus efficace la gestion des dépenses sociales publiques actuelles et rechercher des financements auprès de sources extérieures.
2. Orienter les dépenses publiques vers les zones géographiques défavorisées où vivent les populations les plus vulnérables. Le ciblage des départements où vivent les enfants les plus affectés par de multiples privations contribuerait à la réduction des inégalités spatiales et la concrétisation du principe d'équité.
3. Augmenter les allocations des ressources publiques en faveur des secteurs sociaux, notamment les affaires sociales, afin d'améliorer l'offre et la qualité des services. Toutefois, pour être efficace et préserver la viabilité des finances publiques, il s'agira aussi d'améliorer l'exécution des budgets par les secteurs sociaux. Ceci est déterminant pour la mise en œuvre et l'extension des stratégies sectorielles de santé, d'éducation et de protection de l'enfant relatives à l'offre de services sociaux de qualité. Compte tenu de la marge de manœuvre assez réduite du pays en matière de nouvelles recettes, l'Etat devrait envisager de mettre en place de nouvelles sources de financement pour les secteurs sociaux.
4. Renforcer les mécanismes d'aide à la décision par une amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des données désagrégées par sexe, aires géographiques et statuts économiques des ménages provenant des différentes sources (services publics et privés, niveaux décentralisés et centraux, données de routine et enquêtes).
5. Renforcer la gouvernance à travers le développement de la culture de redevabilité dans la mise en œuvre des politiques et stratégies aux niveaux national, sectoriel et local avec un renforcement de la coordination générale des secteurs et une redynamisation des mécanismes de suivi de la performance des acteurs.
6. Le renforcement de l'approche communautaire pour les interventions relatives à la survie et à la nutrition. Les interventions mettront l'accent sur les stratégies de communication pour les changements de comportement qui devront être très ciblées sur les comportements encore dommageables à la santé de l'enfant et mis en évidence par les dernières enquêtes et études. Cela permettra de prévenir les maladies de l'enfant, de renforcer les capacités de résilience des communautés et de réduire la charge qui pèse sur les formations sanitaires de base. Moins chargées celles-ci pourront mettre l'accent sur la qualité des prestations.
7. Le renforcement de la lutte contre la malnutrition en mettant l'accent sur la prévention dans le cadre des impacts attendus du changement climatiques sur le Bénin. Un effort particulier devra être fait pour un renforcement des capacités en nutrition pendant les formations initiales et continue

des agents de santé. Une prise en compte accrue des problèmes environnementaux dans les programmes sectoriels pourrait contribuer à augmenter les capacités de résilience des populations face aux changements climatiques.

8. Renforcer l'éducation préscolaire à travers plusieurs axes. Le secteur éducatif devrait poursuivre la promotion des approches communautaires et en même temps soutenir le développement de cette approche dans les sous-secteurs public et privé avec création systématique de classes maternelles dans les écoles primaires. Ceci suppose la révision de la Loi d'orientation fixant la tranche d'âge préscolaire, la mise en place d'un plan de recrutement/recyclage des enseignant.e.s qualifié.e.s; le développement d'un curriculum spécifique au préscolaire et d'une trousse à outils d'accompagnement, et l'élaboration d'un plan de communication pour un véritable changement de comportements des parents et communautés vis à vis de l'éducation préscolaire.
9. Renforcer les stratégies et programmes de lutte contre l'exclusion et l'abandon scolaire dans le formel et le non formel. Dans le formel, le secteur devrait concentrer ses efforts sur la mise en application des mesures législatives et administratives existantes ainsi que sur la dissémination des bonnes pratiques. La mise en place d'un mécanisme de contrôle de la mise en application des mesures de gratuité et de non-redoublement permettrait de s'assurer d'une plus grande participation des directeurs/trices, enseignant.e.s et parents. Le secteur devrait également accélérer le nombre d'écoles amies des enfants incluant un accès facile des enfants à l'eau potable, aux latrines séparées filles-garçons, à une alimentation adéquate et à une protection contre les violences. Dans le non formel, il faudra multiplier les alternatives éducatives facilitant l'intégration-réintégration dans le système éducatif formel des enfants actuellement hors de l'école. Le secteur devrait notamment s'appuyer sur les modèles positifs existants au Bénin ou dans les pays ayant un profil culturel et socio-économique proche. Le choix des modèles qui seront portés à l'échelle devront privilégier ceux qui permettent aux enfants handicapés, enfants talibés, enfants bouviers, enfants travailleurs, enfants de la rue, enfants des couvents et enfants des ménages pauvres, de revenir à l'école et d'y acquérir les compétences de base ainsi que celles qui les prépareront au marché de l'emploi.
10. Accélérer l'opérationnalisation du mécanisme de coordination de la Politique Nationale de Protection de l'Enfant avec une implication plus cohérente et plus régulière du Ministère du Travail, de la fonction Publique et des Affaires Sociales. Ceci permettra de redynamiser les partenariats existants entre les entités impliquées (services étatiques, partenaires techniques et financiers, organisations de la société civile) et aboutir à une plus grande mobilisation de ressources pour le secteur ainsi qu'à des

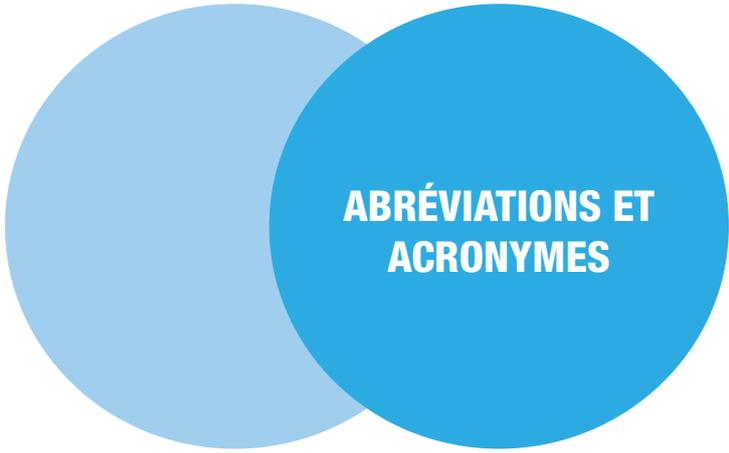
augmentations quantitative et qualitative de l'offre de services. Une plus grande implication des secteurs sociaux de la santé et de l'éducation dans les mesures de prévention (signalement des cas et système d'alerte) et de prise en charge, permettrait de disposer d'une masse critique de services nécessaires à la réduction de plusieurs phénomènes sensibles (violences sexuelles, travail des enfants, prise en charge et intégration des enfants handicapés...). Le partenariat avec le secteur de l'éducation devrait amener les institutions éducatives à jouer un rôle plus actif dans la mise en œuvre d'approches centrées sur l'enfant capables de renforcer la protection, l'autonomie et la capacité d'auto protection des enfants.

11. Elaborer une stratégie cohérente de prévention et protection de l'enfant associant un plan de communication fondé sur une connaissance objective des facteurs à l'origine des comportements dommageables aux enfants, une restructuration du mécanisme d'alerte (y compris à travers la mise en place et opérationnalisation d'une ligne d'assistance aux enfants "Child Help Line"), une participation plus effective des communautés et des jeunes/enfants et une révision des mécanismes actuels de l'aide sociale. Ces mesures devraient permettre de lever quelques-uns des goulots qui actuellement favorisent la faible application des textes (y compris ceux qui sanctionnent la fuite des responsabilités par les parents, communautés, et agents de protection...) et bloquent la demande de services. Il faudra mettre l'accent sur la mise à disposition des services de protection de l'enfant en misant sur la qualité des prestations. A terme ces mesures devraient réduire la pression sur les services formels de protection ce qui permettra dans le moyen terme de diversifier les dispositifs de prestations et leur qualité.



Sommaire	15
Abréviations et Acronymes	17
Liste des tableaux	19
Liste des figures	19
Liste des graphes	19
Liste des encadrés	20
Liste des cartes	21
INTRODUCTION	23
CHAPITRE 1 : CONTEXTE NATIONAL	25
1.1 Milieu naturel	25
1.2 Contexte politique et administratif	25
1.3 Population et Démographie	26
1.4 Environnement socioculturel de l'enfant	27
1.5 Contexte juridique des droits de l'enfant	28
1.6 Organisations et structures impliquées dans la protection des droits des enfants	29
CHAPITRE 2 : VULNÉRABILITÉ DES ENFANTS DU BÉNIN ET SES DÉTERMINANTS STRUCTURELS	33
2.1 Privations et vulnérabilité des enfants	33
2.2 Facteurs structurels de la vulnérabilité des enfants	34
2.2.1 Pauvreté monétaire	34
2.2.2 Croissance économique et financement des services sociaux	36
2.2.3 Défis de l'opérationnalisation du socle de protection sociale	37
2.2.4 Gouvernance au niveau national et local et participation des communautés	38
2.2.5 Genre et vulnérabilités	38
2.2.6 Vulnérabilité et adaptation aux changements climatiques	39
2.3 Recommandations	40
CHAPITRE 3 : SURVIE DE L'ENFANT	41
3.1 Des progrès dans la lutte contre la mortalité, les maladies et les problèmes nutritionnels	41
3.1.1 L'amélioration trop lente des indicateurs de mortalité des enfants et des adolescent.e.s	41
3.1.2 Les maladies et problèmes nutritionnels	42
3.2 Causes et déterminants de l'état de santé des enfants et adolescent.e.s	45
3.2.1 Une offre de soins aux enfants en amélioration	45
3.2.2 L'accès des enfants aux services de soins, nutrition et eau et assainissement	53
3.2.3 Financement du secteur de la santé	55
3.2.4 Gouvernance du système de santé...des résultats mitigés	55
3.2.5 Pratiques familiales essentielles et normes sociales	58

3.2.6 Les partenariats	60
3.3 Recommandations	61
CHAPITRE 4 : EDUCATION DES ENFANTS	63
4.1 Des progrès mitigés en éducation	63
4.2 Principales causes et déterminants	66
4.2.1 Une offre éducative en amélioration	66
4.2.2 Des barrières persistantes à l'accès des enfants aux services éducatifs	70
4.2.3 Un financement du secteur de l'éducation conséquent mais mal réparti	71
4.2.4 Gouvernance du système éducatif... un goulot d'étranglement	73
4.2.5 Les pratiques et les normes sociales	78
4.2.6 Les partenariats	79
4.3 Recommandations	80
CHAPITRE 5 : PROTECTION DES ENFANTS	83
5.1 Une multitude de problèmes de protection des enfants	83
5.2 Causes et déterminants des problèmes de protection	88
5.2.1 Des services de protection insuffisants en nombre et en qualité	89
5.2.2 Finances du secteur de la protection des enfants	94
5.2.3 Une gouvernance du système de protection fragmentée	94
5.2.4 Le rôle des normes sociales	97
5.2.5 Genre et problèmes de protection	98
5.2.6 Les partenariats	98
5.3 Recommandations	99
CONCLUSION	101
EQUIPES DE PILOTAGE DE LA SITAN	103
BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE	105
ANNEXES	107
Annexe 1 : Arbre à problèmes de la section Politiques sociale	107
Annexe 2 : Arbre à problèmes de la section survie	108
Annexe 3 : Arbres à problèmes de la section éducation	109
Annexe 4 : Arbre à problèmes de la section protection	110



ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AMBC	Assurance Maladie à Base Communautaire
ARV	Anti Rétro Viraux
BCP	Bilan Commun de Pays ou CCA-Common Country Analysis en anglais
CAPE	Centres d'Accueil et de Protection d'Enfants
CDE	Convention relative aux Droits de l'Enfant
CI	Cours d'Initiation
CPN	Consultation Périnatale
CNRST	Conseil National de la Recherche Scientifique et Technique
CONFEMEN	Conférence des ministres de l'Éducation des Etats et gouvernements de la Francophonie
CP	Conseiller Pédagogique
CPPD	Comité de Pilotage du Plan Décennal
CS	Centre de Santé
CSP	Centre de Soins Primaires
DBS	Dry Blood Spot
EDS	Enquête Démographie et Santé
EMICOV	Enquête Modulaire Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages
ENI	École Normale des Instituteurs
ETARB	Équipe Technique d'Appui à la Réforme Budgétaire
ETFP	Enseignement Technique et Formation Professionnelle
ETME	Elimination de la Transmission Mère- Enfant du VIH
FAP	Femme en Age de Procréer
FARIPH	Fonds d'Appui à la Réadaptation et à l'Intégration des Personnes Handicapées
FNRB	Fonds National des Retraites du Bénin
FTI	Fast Track Initiative
FS	Formation Sanitaire
IDH	Indice de Développement Humain
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JMP	Joint Monitoring Programme (OMS-UNICEF)
JpM	Justice pour Mineurs (JpM)
MEMP	Ministère de l'Education Maternelle et Primaire
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
MS	Ministère de la Santé

OCS	Observatoire du Changement Social
ODD	Objectifs pour le Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PAISEH	Programme d'Appui à l'Intégration Scolaire des Enfants Handicapés
PASEB	Programme d'Appui au Secteur de l'Education au Bénin
PASEC	Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN
PCIGA	Prise en Charge Intégrée de la Grossesse et de l'Accouchement
PDC	Plan de Développement Communal
PDDSE	Plan Décennal de Développement du Secteur de l'Education
PEE	Paquet Educatif Essentiel
PIB	Produit Intérieur Brut
PNDIS	Plan National de Développement Sanitaire
PTA	Programme de Travail Annuel
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REM	Rapport Elèves-Maître
RGPH	Recensement Général de la Population et des Habitants
RESEN	Rapport d'État du Système Educatif National
SARA	Services Availability and Readiness Assessment
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SIDA	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
SIGE	Système d'Information pour la Gestion de l'Education
SMNI	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
SNIGS	Service de la Gestion du Système d'Information
STP	Secrétariat Technique Permanent
SONUB	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base
TAP	Taux d'Achèvement du Primaire
TBA	Taux Brut d'Admission
TBS	Taux Brut de Scolarisation
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Conventions et Traités incluant des dispositions sur les droits des enfants ratifiés	28
Tableau 2	Indices de privation multidimensionnelle, enfants de 0 à 17 ans	34
Tableau 3	Taux de privation par caractéristiques du ménage, enfants de 0 à 17 ans	34
Tableau 4	Pauvreté monétaire des enfants et privation multidimensionnelle, enfants de 0 à 17 ans	36
Tableau 5	Nombre de formations sanitaires et couverture sanitaire en 2016	47
Tableau 6	Principaux ratios du personnel soignant par corps et département en 2016	50
Tableau 7	Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) des centres de santé par zone sanitaire en 2016	50
Tableau 8	Disponibilité des services et des intrants essentiels dans les formations sanitaires	51
Tableau 9	Accessibilité aux services de soins	53
Tableau 10	Evolution des taux de redoublement primaire	64
Tableau 11	Evolution des taux d'abandon	64
Tableau 12	Situation des écoles par rapport aux classes offertes, 2014-15	67
Tableau 13	Evolution des dépenses d'éducation, 2010-15	72
Tableau 14	Distribution des dépenses publiques courantes par sous-secteur éducation, 2010-15	72
Tableau 15	Dépenses publiques d'éducation exécutées par postes de dépenses, 2010-15	73

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pyramide sanitaire	45
Figure 2	Dispositif de pilotage DPSSE	77

LISTE DES GRAPHES

Graphique 1	Nombre d'enfants par femme	26
Graphique 2	Pyramide des âges	26
Graphique 3	Part relative des groupes d'âge à la pauvreté des enfants	35
Graphique 4	Incidence de la pauvreté monétaire des enfants par groupe d'âge et par milieu de résidence	35
Graphique 5	Evolution des quotients de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans pour mille naissances vivantes	42
Graphique 6	Mortalité infanto-juvénile par quintile de pauvreté	42
Graphique 7	Episodes maladies chez les enfants de moins de 5 ans	43
Graphique 8	Motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans	43
Graphique 9	Prévalence de la malnutrition 2008-2014	44
Graphique 10	Prévalence de la malnutrition selon le milieu de résidence	44
Graphique 11	Disponibilité de prestation de soins de base	48
Graphique 12	Couverture vaccinale DTC3 1999-2015	51
Graphique 13	Prévention et prise en charge du paludisme	52
Graphique 14	Evolution des taux bruts de scolarisation	63
Graphique 15	Population scolarisable exclue des services éducatifs	65
Graphique 16	Niveaux d'achèvement par cycle scolaire 2011 et 2014-2015	66
Graphique 17	Ratio Enfant par Maitre/écoles maternelles publiques	68
Graphique 18	Ratio Enfant par Maitre du cycle primaire par département	69
Graphique 19	Ratios manuels de mathématiques par élève	69
Graphique 20	Taux d'accès au primaire milieu Urbain/Rural	70
Graphique 21	Taux d'accès par niveau socio-économique des ménages	70
Graphique 22	Ecart entre effectifs souhaitables et actuels	77
Graphique 23	Enregistrement des naissances par département	84

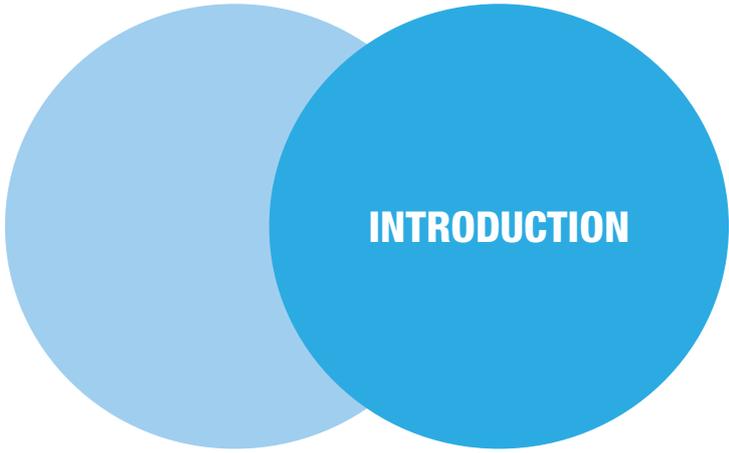
Graphique 24	Discipline des enfants par sexe, milieu et âges	84
Graphique 25	Mariage des filles	87

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1	Extrait d'un entretien individuel avec le chef de la cellule de suivi-évaluation du ministère en charge de l'agriculture, Cotonou	39
Encadré 2	Offre de services	49
Encadré 3	Vaccination	52
Encadré 4	Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi, Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, Commune de Sème-Kpodji	53
Encadré 5	Extrait d'un entretien individuel avec un quadragénaire, père d'enfant de moins de 17 ans, Municipalité de Parakou	53
Encadré 6	Extrait d'un entretien individuel avec une mère âgée de 32 ans, Koudo, Commune de Lokossa	54
Encadré 7	Gouvernance du système de santé	59
Encadré 8	Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi du Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, commune de Sème-Kpodji	59
Encadré 9	Extrait de FGD avec les mères d'enfants de moins de 17 ans, Houêdo/Commune d'Abomey-Calavi	59
Encadré 10	Extrait d'un entretien avec un chargé de programme au sein de la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin, Municipalité de Cotonou	60
Encadré 11	Extrait d'entretien un garçon de 16 ans, Albarika, Municipalité de Parakou	71
Encadré 12	Extrait d'un entretien avec une fille de 14 ans, commune de Ouaké	71
Encadré 13	Extrait de FGD avec les pères, Commune de Natitingou	79
Encadré 14	Extrait de FGD avec les enfants talibé, Municipalité de Parakou	79
Encadré 15	Extrait d'un entretien avec père de 47 ans, commune de Ouaké	79
Encadré 16	Les « enfants bouviers »	85
Encadré 17	Extrait du FGD avec des enfants talibé, Commune de Parakou	86
Encadré 18	Extrait d'entretien individuel avec une fille de 15 ans, revenue de l'exploitation économique au Nigeria, Village d'Allohoun-Houkanme /commune de Za-Kpota	88
Encadré 19	Extrait d'un entretien individuel avec un responsable d'organisation de jeunes, 32 Anavié, Municipalité de Porto-Novo	89
Encadré 20	Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi du Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, commune de Sème-Kpodj	90
Encadré 21	Extrait d'un entretien avec une fille de 13 ans, Albarika, Municipalité de Parakou	91
Encadré 22	Extrait d'un entretien individuel avec un cadre du ministère en charge de la justice, Municipalité de Cotonou	92
Encadré 23	Extrait d'un entretien avec un chargé de programme au sein de la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin, Municipalité de Cotonou	93
Encadré 24	El Hadj H.O, chef de ménage rencontré à Malanville	94
Encadré 25	Extrait de FGD avec les pères, Commune de Natitingou	97

LISTE DES CARTES

Carte 1	Carte du Bénin	25
Carte 2	Pauvreté monétaire des enfants (à gauche) et privation multidimensionnelle (à droite), par département, enfants de 0 à 17 ans	37



INTRODUCTION

La production de l'analyse de la situation des enfants et des femmes est une fonction essentielle du mandat confié par la communauté internationale à l'UNICEF et ses partenaires directs. Au niveau international, ce type de document appuie fortement les efforts déployés pour un développement équitable et durable alors qu'au niveau d'un pays cette production s'inscrit davantage dans les efforts déployés conjointement par le système des Nations Unies et les autorités nationales pour renforcer les capacités locales à mobiliser les énergies et les moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs nationaux et de ceux inscrits dans les grandes initiatives comme l'Agenda 2030 des Objectifs de Développement Durable (ODD).

Au niveau national la valeur ajoutée d'un document ciblé sur les enfants permet non seulement de révéler les problèmes spécifiques à cette population particulièrement vulnérable mais aussi d'ouvrir la voie au dialogue et à la recherche de solutions adaptées en faveur des politiques axées sur les enfants. Le contenu d'une analyse de situation des enfants, toujours informé par des évidences provenant de sources fiables et facilement vérifiables, est utilisé par le gouvernement et ses partenaires nationaux et internationaux lors des exercices de développement des programmes de coopération. Cette production intervient généralement aux moments clés des débats politiques nationaux. Pour être efficace, l'appropriation de cet outil doit être totale. Ceci requiert la participation d'un large panel de parties prenantes aux différents stades de cette préparation depuis l'identification des problèmes jusqu'à la formulation des recommandations prioritaires. La participation de la communauté des Partenaires Techniques et Financiers améliore la qualité de l'analyse de la situation et contribue à l'harmonisation des stratégies de réforme des politiques.

Le but de l'actualisation de la situation des enfants entreprise en 2017 par les autorités du Bénin et l'UNICEF Bénin entre dans cette démarche. L'exercice vise à permettre au Gouvernement, à ses partenaires et à la société civile de disposer d'un diagnostic récent de la situation des enfants du Bénin qui permet de faire le point sur les progrès accomplis depuis la dernière analyse de situation publiée en 2012. Il permet aussi d'identifier les privations nouvelles et celles qui perdurent ainsi que leurs causes et les barrières qui empêchent leur élimination. Cette actualisation met l'accent sur le respect du principe d'équité. Elle pourra servir de base à l'amélioration des

politiques et stratégies socioéconomiques au niveau macro, sectoriel ou communal, notamment pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD) et ceux du Programme d'Action du Gouvernement (PAG) « Bénin révélé ». Enfin, elle pourra être utilisée comme un support pour mobiliser toutes les parties prenantes autour du concept « un monde et un Bénin digne des enfants ». Elle alimentera également le Bilan Commun de Pays (BCP) qui est la contribution des Nations Unies à l'analyse des problématiques majeures de développement, la préparation des rapports nationaux de mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) et de la Convention pour l'Élimination de toute Discrimination à l'Égard des femmes (CEDEF) qui doivent être soumis aux comités des droits de l'enfant.

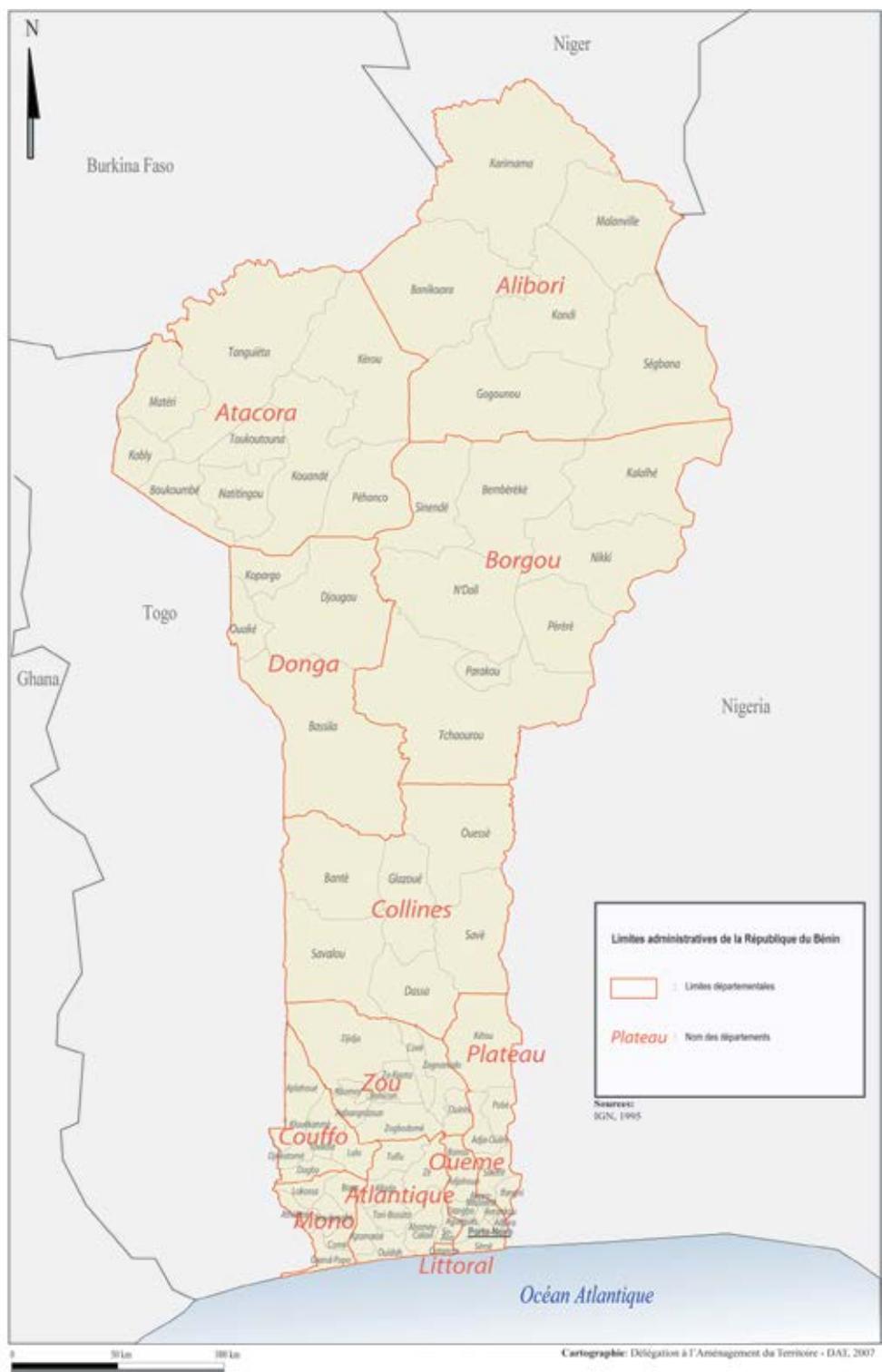
Le présent rapport est le fruit d'un travail collectif de techniciens appartenant à différents ministères, à l'UNICEF, et à différentes organisations de la société civile ainsi que des représentants d'enfants et des communautés. Le processus a été supervisé par un comité de pilotage présidé par le représentant du ministère du Plan. Le travail a été effectué par des groupes sectoriels mixtes. Pour assurer un travail de qualité, les techniciens d'UNICEF ont bénéficié de formations préliminaires incluant des rappels sur le contenu et l'utilisation des outils de programmation tels que l'approche basée sur les droits humains, l'approche Genre et la Gestion Axée sur les Résultats. Le rapport provisoire examiné lors d'un atelier national tenu les 28,29 et 30 juin 2017 à Porto Novo a été finalisé par un consultant sur la base des derniers commentaires des groupes sectoriels. La validation finale a été faite lors d'un atelier national tenu à Cotonou le 8 septembre 2017. Les données proviennent de l'analyse de situation élaborée en 2012 et des plus récentes études, enquêtes et recherches reconnues comme étant des évidences fiables, officielles et vérifiables. Le rapport a notamment bénéficié des mises à jour des données grâce à la réalisation de l'enquête par grappe à Indicateurs Multiples MICS (2014), de l'Enquête Modulaire Intégrée des Conditions de Vie des ménages (EMICOV 2015) et du dernier Recensement de la Population, ainsi que des informations extraites de revues des programmes sociaux et de l'analyse qualitative conduite parallèlement à la rédaction de ce rapport.

Le travail d'actualisation a été confronté à plusieurs contraintes habituellement rencontrées durant la

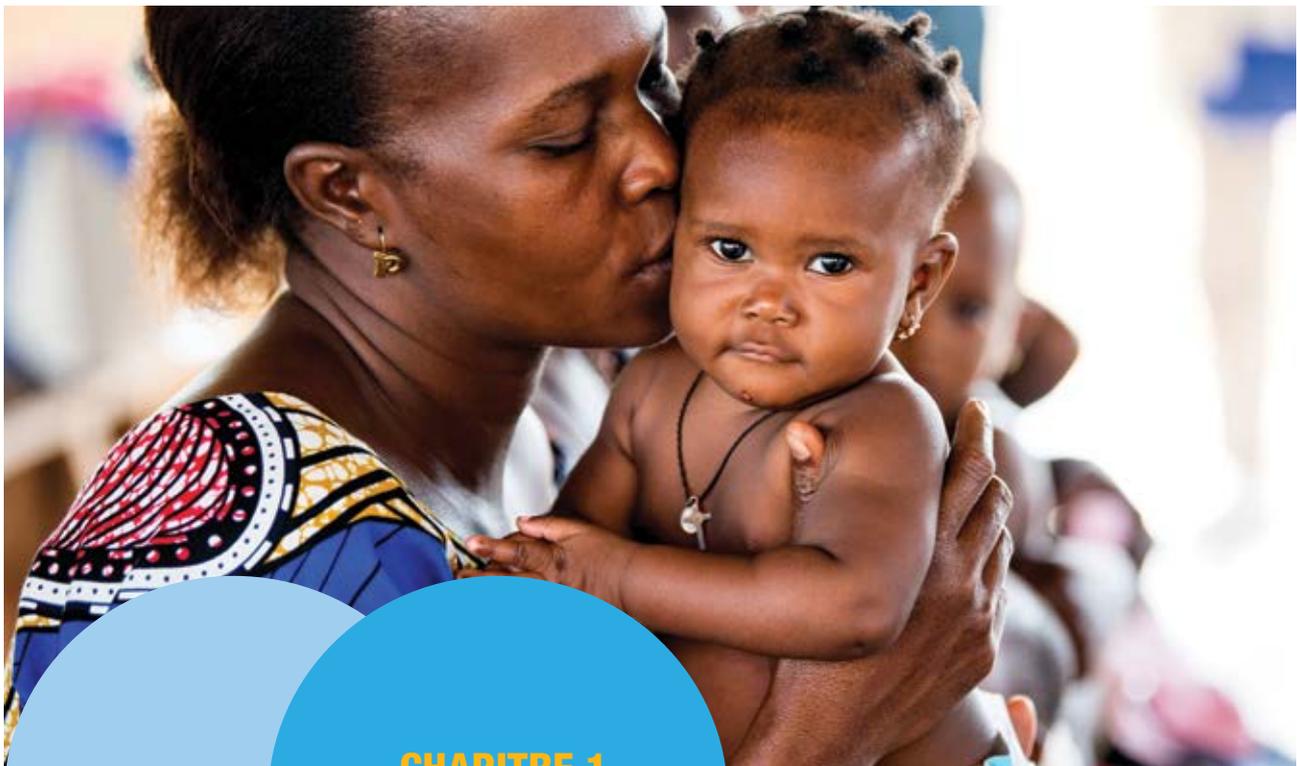
préparation des analyses de situation notamment aux problèmes de la disponibilité des données dans le secteur de la protection et de données désagrégées pour certains domaines.

La version actualisée de 2017 met l'accent sur les changements qui ont affecté les différentes composantes du système de promotion et protection de l'enfant, notamment l'environnement dans lequel l'enfant

évolue, les structures, les fonctions et les capacités des composantes formelles et non formelles de ce système en insistant sur les éléments fondamentaux que sont les lois, les politiques, les normes et les règlements, les mécanismes d'imputabilité, la coordination-collaboration, l'offre et la demande de services, la communication pour le changement de comportement.



Carte 1 : Carte du Bénin



CHAPITRE 1 CONTEXTE NATIONAL

L'analyse du contexte vise à donner un bref aperçu des principales caractéristiques géographiques, démographiques et socioculturelles du Bénin car celles-ci constituent des déterminants importants de la situation des enfants et des femmes. Selon le Rapport sur le Développement Humain publié en 2015 par le PNUD, le Bénin est classé 170^{ème}¹ sur 188 pays, avec un Indice de Développement Humain égal à 0,485.

1.1 Milieu naturel

Situé en Afrique occidentale, le Bénin est l'un des plus petits pays d'Afrique (114.763 km²). Sa géographie dessine une longue bande perpendiculaire au golfe de Guinée. Sa côte Sud s'étend sur 124 kilomètres de large, alors que du Nord au Sud il s'étire sur 672 kilomètres. Le pays comprend cinq régions naturelles (région côtière, zone de plateaux, plateau de savane arborée, chaîne de petites montagnes de l'Atacora au Nord-Ouest, et plaine fertile du Niger au Nord-Est). Il possède un climat chaud et humide marqué par d'importantes variations climatiques. Dans le nord l'humidité est moindre et les températures élevées, au centre le climat est de type tropical semi-humide avec une pluviométrie annuelle variant entre 1,000 et 1,300 mm, alors que dans le sud règne un climat tropical marqué par

deux saisons pluvieuses et une pluviométrie abondante qui est malheureusement un facteur d'enclavement pour 52% des villages lors de la saison des pluies.

1.2 Contexte politique et administratif

Indépendant depuis le 1er août 1960, le Dahomey a pris le nom de République Populaire du Bénin le 30 novembre 1975 puis celui de République du Bénin en février 1990. Entre 1960 et 1990 le pays a traversé une période de turbulences politiques qui ont culminé en 1990 à la suite de l'effondrement du secteur bancaire et de la chute des recettes étatiques. Cette crise s'est soldée par une réforme politique et administrative, l'adoption d'un régime démocratique et le choix du libéralisme économique comme option de développement.

Depuis 1990, le Bénin dispose d'une Constitution qui prévoit un régime présidentiel et des institutions garantes de l'état de Droit. Le Bénin fait partie des pays membres du Conseil de l'Entente, de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), de l'Union Economique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA), de la Communauté des Etats Sahélo-Sahariens (CENSAD) et de l'Union Africaine (UA).

¹ Rapport sur le Développement Humain, PNUD, 2015

Sur le plan géo-administratif le Bénin est découpé en 12 départements² (l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le Plateau et le Zou) eux-mêmes subdivisés en 77 communes. La commune, dotée de la personnalité morale, de l'autonomie financière, est gérée par un conseil communal/municipal sous le leadership d'un maire. Les 77 communes sont subdivisées en 546 arrondissements et 5,300 villages et quartiers de ville avec le village comme la plus petite unité administrative dans un arrondissement rural au même titre que le quartier de ville en milieu urbain. Chacune de ces entités est dotée de son propre conseil d'élus et fonctionne selon les principes de la politique de décentralisation de l'administration et de la prise en charge du développement par la population elle-même (cf. section 1.6).

1.3 Population et Démographie

En 2017, la population du Bénin est estimée à 10,008,749³ habitant.e.s. Elle est constituée de plus de 42 groupes ethniques qui pratiquent l'animisme (35%), la chrétienté (35,4%) et l'islam (20%). Ces groupes utilisent le français comme langue officielle et plus de 52 langues vernaculaires locales pour leurs échanges sociaux et économiques. Cette population se caractérise par sa très riche diversité ethno-culturelle⁴, sa jeunesse, sa croissance démographique rapide, son inégale répartition sur le territoire national, la prédominance de la composante féminine (les femmes constituent 51,2% de la population totale) et l'importance de sa composante rurale (55,4%). Les départements les plus peuplés du Bénin sont respectivement l'Atlantique (14% de la population totale), Borgou (12%) et l'Ouémé (11%). Les départements les moins peuplés sont ceux du Mono (5%) et de la Donga (5,4%).

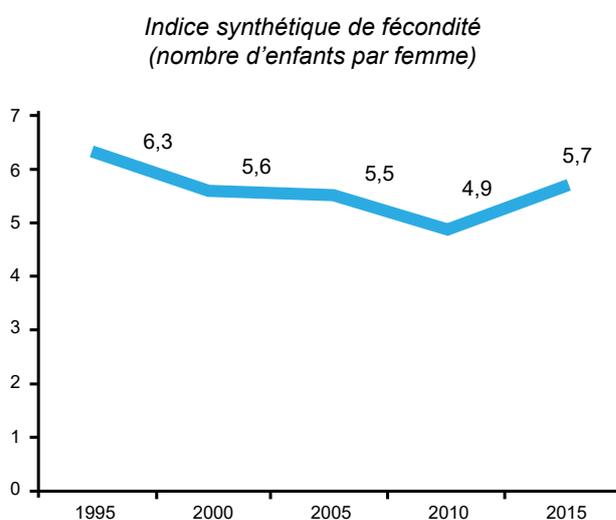
Les différentes régions du pays sont, jusqu'à un certain degré, assez homogènes sur le plan ethnologique. Le Sud et le Centre-Sud constituent l'aire culturelle et ethnique des Adjatado avec une prépondérance des groupes ethniques Fon (39% de la population) et Adja (15%) et leurs apparentés (Mahi, Sahoué, Ouatchi, Gun, Aizo). Le Sud est occupé par les Yoruba (12%) et les ethnies voisines (Nago, Chabé, Idatcha, Mokolés). Le Nord regroupe les Bariba (9%), leurs affiliés (Boo, Boko) et les Bantous. On trouve au Bénin également des Déni, des Yoa-Lopka, des Otamari, des Peuls et quelques autres groupes ethniques moins riches en effectifs. Ces groupes sont inégalement répartis au sein des groupes majoritaires dans les départements.

Depuis 2002 la morphologie de la population s'est progressivement modifiée avec une baisse des effectifs des groupes d'âges 0-9 et plus de 60 ans et une augmentation de ceux âgés de 10 à 44 ans. En 2016 les moins de 25 ans étaient estimés à 65% de la population totale, les moins de 18 ans à environ 52%, les moins de 15 ans à 42% et les moins d'un an à 4%⁵. La population des femmes en âge de procréer (15-49 ans) était, quant à elle, estimée à environ 48% de la population féminine totale. Cette population est en croissance démographique rapide (le taux d'accroissement est passé de 3,25% en 2009 à

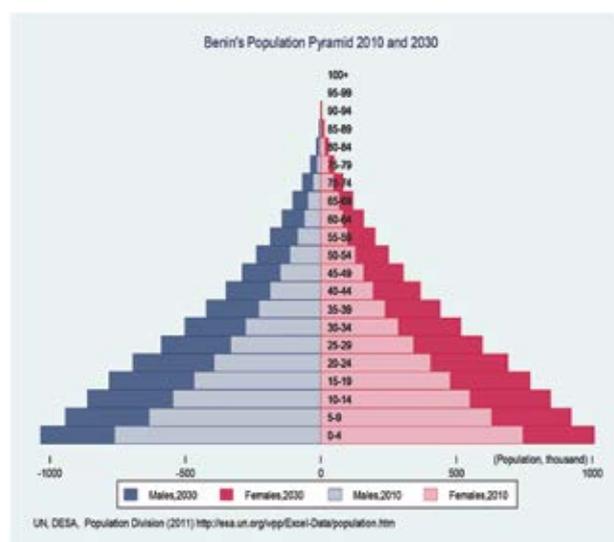
2,77% en 2015⁶) en raison de la réduction progressive des taux de mortalité, de l'importance des femmes en âge de procréer, des pratiques de nuptialité et fécondité précoces ainsi que de la stagnation de la demande contraceptive.

Les Enquêtes Démographiques et Santé et MICS qui se sont succédées montrent que le niveau de mortalité des enfants⁷ de moins de cinq ans est en baisse régulière depuis 1992 avec une nette accélération de cette réduction entre 2002 et 2013 pour les trois composantes de la mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans (cf. paragraphe 3.1) à l'exception de la mortalité néonatale. L'Indice Synthétique de Fécondité nous indique qu'en 2014 les femmes avaient, en moyenne, 5,7 enfants au cours de leur vie (cf. graphe 1). En résultat le pays qui n'a pas encore entamé sa transition démographique va continuer à voir sa population augmenter et se rajeunir comme le montre la pyramide

Graphique 1 : Nombre d'enfants par femme



Graphique 2 : Pyramide des âges



² Loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin

³ Estimations à partir du quatrième recensement de la population et de l'habitat (RHPH3)

⁴ Pluralisme socio-ethnique et démocratie, le cas du Bénin

⁵ Enquête Démographique et de Santé 2012

⁶ Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2013

⁷ Le quotient de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 167,1 pour mille en 1992 à 149,5 pour mille en 2002 et 106,3 pour mille en 2013.

des âges présentée sur le graphe 2. Cette jeunesse de la population pourrait représenter une opportunité de développement si le pays réussissait à prendre avantage du dividende démographique et s'il utilisait ce capital humain comme levier pour un développement humain durable. Les enfants béninois qui sont âgés de 10 ans aujourd'hui représenteront la population active de 2025 et ceux qui naitront en 2017 constitueront les travailleurs et travailleuses de 2036. Investir maintenant dans la sauvegarde des enfants âgés de moins de 18 ans est donc une garantie pour un développement harmonieux du pays d'autant que le pays connaît une période de stabilité politique et sociale.

Cette population se caractérise, également, par son inégale répartition sur le territoire national et sa rapide urbanisation. Les huit (08) départements du Sud-Centre couvrent 28% du territoire mais abritent les 2/3 de la population totale alors que les quatre (04) départements du Nord (Alibori, Borgou, Atacora et Donga) occupent 72% de la superficie mais n'abritent que 33% de cette population. Bien que le taux d'urbanisation soit en croissance rapide (3,67% par an) la majorité de la population du Bénin est rurale. Cependant la population urbaine qui atteignait 44,2% en 2015 devrait passer à 60% en 2030. Cette croissance urbaine est essentiellement alimentée par la migration d'adolescent.e.s et de jeunes adultes venant du monde rural et des pays voisins vers les métropoles de la côte à la recherche d'opportunités sociales et de revenus qu'ils ne trouvent pas dans leurs communautés d'origine. Cette migration massive crée une énorme pression sur les services en eau, égouts, emplois, logement, éducation ou santé qui sont déjà largement insuffisants pour satisfaire les besoins des habitant.e.s actuels du Bénin.

1.4 Environnement socioculturel de l'enfant

Le Bénin est le siège de civilisations anciennes bâties autour de royaumes centrés sur des Cités–Etats. Les trois principaux royaumes furent celui d'Allada, fondé au 16^è siècle, celui d'Abomey en 1625, et celui de Porto-Novo, alors appelé Adjachè, puis Hogbonou. Ces entités politiques bien structurées étaient pourvues de centres urbains fonctionnels et avaient développé dès le XVII^è siècle un commerce basé sur les palmiers à huile après l'abolition du commerce négrier en 1807. Cette économie a favorisé l'installation, le long de la côte de comptoirs commerciaux contrôlés successivement par les Anglais, les Danois, les Portugais et les Français.

Aujourd'hui, la vie sociale de la majorité des béninois est régie par un étroit mélange de pratiques et coutumes traditionnelles héritées de ce riche passé et de règles sociales «modernes». Dans tous les groupes ethniques actuels l'arrivée d'un enfant est pour les parents et la famille élargie un «don» et une «assurance» pour la vieillesse. Par la suite, le développement et la socialisation de l'enfant sont, dans la majorité des cas, étroitement encadrés par un ensemble de normes sociales communes très hiérarchisées avec un parcours de la naissance au stade d'adulte fait d'étapes successives. Une première étape de socialisation, conduite par la mère, permet à l'enfant d'acquérir les comportements relatifs à son corps et à son entourage immédiat et une deuxième étape est menée par la communauté, avec la participation des autres enfants, à travers des rituels qui ont pour objectif de transférer à

l'enfant les valeurs sociétales et les règles de conduite de la communauté. Ces rituels varient d'un groupe ethnique à un autre.

Par exemple chez les Fon, les rites d'accueil et d'intégration du Sunkunkun et du Vidéton dans la première partie de la vie du nourrisson sont censés lui garantir l'épanouissement durant sa vie d'adulte. Le rituel de l'Agbassa permet, quant à lui, de désigner au nouveau-né un ancêtre protecteur (Joto), de clôturer la période d'accueil et d'officialiser l'intégration de l'enfant dans la communauté. Le contexte culturel et traditionnel béninois foisonne de ce type de rituels : Ahofo à la naissance des jumeaux, Afitinca chez les Yoruba-Nago, Dendi, Bariba, Kutamaku pour les jeux traditionnels, Vodoun Dan Houzékouzé et Vodoun Hounmadoudjènou chez les Adja-ado pour la protection des enfants.

A un âge plus avancé, la socialisation de l'enfant fait appel à d'autres rituels initiatiques. Ceux-ci diffèrent selon l'âge, le sexe, le rang social et le groupe ethnique. S'ils peuvent prendre différentes formes (bois sacrés, circoncision...) tous ces rituels accordent une place particulière à la socialisation par le travail. Cette dernière est souvent perçue comme une préparation de l'enfant aux valeurs de l'effort, de solidarité et de redevabilité envers sa communauté. Qu'il s'agisse de «Glè zonzon», Glèzizon» ou Nuzizon» chez les Mahi et quelque soit sa forme (Donkpè» chez les Fon, Mahi, Gun, association Nuzizon, groupes mixtes appelés «asso», Adjoru ou Djoko) le travail est considéré comme une simple initiation et est généralement conçu de façon à ne porter aucune atteinte aux capacités physiques et morales de l'enfant. Dans de nombreuses communautés cette initiation se fait par les travaux domestiques pour les filles et par les travaux champêtres pour les garçons. Ces rituels sont parfois considérés comme des composantes intrinsèques de l'éducation de l'enfant et on attend aussi de cette pratique qu'elle contribue à perpétuer les valeurs sociétales qui constituent le ciment de la cohésion sociale de la communauté.

Malgré tous les bénéfices qu'ils apportent aux enfants et communautés, ces pratiques et rituels considèrent l'enfant comme un être «inachevé» et qui ne peut donc pas bénéficier de tous les droits : «l'enfant appartient à la communauté qui lui doit protection mais qui décide en retour de son développement et de sa socialisation». En résultat l'enfant a rarement l'occasion d'exprimer son opinion et doit, constamment, faire preuve de soumission aux aînés. Ceci explique en partie pourquoi les filles et les garçons âgés de plus de 7-8 ans sont considérés comme une main d'œuvre gratuite pour les travaux agricoles et domestiques. L'enquête MICS⁸ de 2014 notait que 52,5% des enfants étaient impliqués dans une forme de travail.

En résumé, certaines pratiques culturelles et traditionnelles n'étant plus adaptées aux contextes actuels des enfants (urbanisation, éducation moderne) constituent des causes structurelles de la privation de droits des enfants. Ainsi, la tradition justifie plusieurs pratiques néfastes aux enfants (violences, mariage précoce/forcé, privation des loisirs, exploitation dans les travaux dangereux, etc.) et plus particulièrement aux filles. De même, les traditions par la division sexiste du travail et des rôles dans la société jouent un rôle important en empêchant la scolarisation des filles quand elles deviennent physiologiquement plus matures. Enfin, le statut de subordination de l'enfant dans

⁸ MICS, INSAE-UNICEF, 2014

la société au regard des réalités culturelles ne permet pas à ce dernier de revendiquer la réalisation de ses droits auprès de ses parents ou de sa communauté.

1.5 Contexte juridique des droits de l'enfant

Les enfants du Bénin bénéficient d'un environnement juridique relativement favorable bâti sur le solide socle qu'est la Constitution. Celle-ci stipule «*les droits fondamentaux de l'Homme, les libertés publiques, la dignité de la personne humaine et la justice sont garantis, protégés et promus comme la condition nécessaire au développement véritable et harmonieux de chaque Béninois*». La constitution affirme également que «*le pays est attaché aux principes de la démocratie et des Droits de l'Homme, tels que définis dans la Charte des Nations Unies de 1945 et la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*»...et que... «*Leurs dispositions*

font partie intégrante de la Constitution et du droit béninois et ont une valeur supérieure à la loi interne». Ces chartes et déclaration contiennent des articles spécifiques aux droits des enfants.

Dans la constitution les articles qui précisent les droits des citoyens, et donc ceux des enfants, sont l'article 15 sur les droits à la vie, la liberté, la sécurité, l'intégrité de la personne; l'article 18 sur les droits à la protection contre la torture, les sévices et traitements cruels et dégradants; l'article 23 sur les droits à la liberté de pensée, de conscience, de religion, de culte, d'opinion et d'expression; l'article 25 sur les droits à la liberté de circulation, de réunions, et de manifestation et l'article 26 sur l'égalité entre citoyens sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion, d'opinion politique ou de position sociale. Ce socle a été renforcé par les adhésions, ratifications et adoption de différents traités et conventions portant sur les droits de l'homme (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Conventions et Traités incluant des dispositions sur les droits des enfants ratifiés

Traités	Date de signature	Ratification
Convention internationale pour l'élimination de toutes formes de discrimination raciale (1965)	02 février 1967	20 novembre 1981
Pacte international relatifs aux droits économiques, sociaux et culturels		
Convention contre toutes formes de torture et autres traitement ou punition		12 mars 1982
Protocole optionnel de la convention contre la torture	24 février 2008	20 septembre 2008
Convention internationale concernant les droits civils et politiques		12 mars 1980
Second protocole optionnel a la convention sur les droits civils et politiques et visant l'abolition de la peine de mort		05 juillet 2012
Convention sur la protection des personnes contre la disparition forcée	19 mars 2010	
Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (1979)	11 novembre 1981	12 mars 1982
Convention internationale sur la protection des droits des travailleurs migrant et des membres de leurs familles (1990)	15 septembre 2005	
Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels		12 mars 1982
Convention relative aux Droits des Enfants (1989)	25 avril 1990	03 août 1990
Protocole optionnel à la convention relative aux droits des enfants et leur implication dans les conflits armés	22 février 2001	31 janvier 2008
Protocole optionnel à la CDE relative à la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants	22 février 2001	31 janvier 2005
Convention 138 sur l'âge minimum d'accès à l'emploi		6 novembre 2001
Convention 182 sur les pires formes de travail des enfants		6 novembre 2001
Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant	27 février 1992	17 avril 1997
Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale		2001
Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels		1992
Pacte international relatif aux droits civils et politiques		1992
Convention relative aux droits de personnes handicapées	Février 2008	Décembre 2011
Convention de l'UNESCO concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement	Acceptation 1963	
Accords et Instruments relatifs à la traite des enfants		
Accord de coopération contre la traite des enfants Bénin - Nigeria		Juin 2005
Accord de coopération contre la traite des enfants passé entre le Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria, Niger, Mali, Nigeria, Togo		27 juillet 2005
Protocole de Palerme contre le trafic illicite de migrants additionnel à la Convention des Nations Unies sur la criminalité transnationale organisée	13 décembre 2000	30 août 2004
Convention de la Haye sur la Coopération et la protection des enfants en matière d'adoption internationale	Adoptée en mai 1993	Non ratifiée

Cette solide base a été progressivement renforcée par un ambitieux dispositif juridique comprenant divers textes législatifs et réglementaires et plusieurs mesures administratives qui couvrent de nombreux domaines et toutes les périodes de vie des enfants. Ce dispositif qui sera détaillé dans les chapitres sectoriels 3 à 5 s'articule autour de principes fondamentaux comme la prise en compte holistique des droits des enfants, la lutte contre les disparités, la complémentarité entre les acteurs, la détection et assistance des enfants vulnérables, la prévention et sur certains principes spécifiques (concentration des interventions sur l'enfant et responsabilité primordiale de l'Etat).

L'outil principal de ce dispositif est la loi n° 2002-07 du 24 août 2004 portant Code des personnes et de la famille qui est venue remplacer l'utilisation simultanée du droit civil hérité de la colonisation et du droit coutumier qui était source de nombreuses violations des droits humains, notamment dommageables aux enfants et plus particulièrement aux filles et aux femmes. Ce code réitère la prédominance du droit moderne sur le droit coutumier, définit de manière précise l'âge de l'enfant («personne de moins de 18 ans»), organise les domaines vitaux de son développement (état civil, mariage, filiation, adoption, succession) et clarifie des questions récurrentes relatives aux droits de la famille (avec notamment l'abolition de la polygamie), aux obligations des parents et tiers et aux situations qui nécessitent dérogation. Ce texte et les mesures administratives qui les soutiennent servent de guides pour l'action administrative et de code de conduite pour l'ensemble des décideurs/ses et professionnels.

L'application des textes n'est cependant pas totalement effective comme le soulignent les rapports des comités et rapporteurs spéciaux sur les Droits de l'Enfant⁹ ou ceux de certaines organisations internationales qui constatent la persistance de pratiques dommageables à l'enfant en raison de la non application pleine et effective des lois et notamment du Code de l'enfant.

1.6 Organisations et structures impliquées dans la protection des droits des enfants

L'organisation et la mise en œuvre des politiques destinées à l'enfance sont considérées comme des missions d'intérêt général et d'ordre public partagées entre les différents niveaux de l'organisation étatique, les institutions paraétatiques, les organisations de la société civile et les communautés. En 2017, on compte au Bénin environ 160 structures nationales et internationales impliquées dans la protection de l'enfance. Le pays ne dispose pas cependant d'une entité supranationale chargée d'assurer la coordination des interventions que ces structures déploient en faveur des enfants. Dans cette organisation la responsabilité première revient à l'Etat qui est considéré, selon la Constitution nationale, comme étant le principal obligataire vis à vis des droits des enfants.

L'organisation étatique béninoise se présente comme une pyramide au sommet de laquelle on trouve la Présidence de la République et dans les étages inférieurs le gouvernement qui dirige l'administration centrale et les démembrements périphériques (départements, communes). A côté de



cette pyramide on trouve une assemblée nationale et de nombreuses institutions régaliennes telles que la Cour Constitutionnelle, la Cour Suprême, le Conseil Économique et Social, la Haute Cour de Justice et la Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication.

Le Président de la République, élu pour 5 ans renouvelables une seule fois, est le garant de l'intégrité territoriale et du respect de la Constitution et des traités et accords internationaux. Chef du gouvernement, le président dirige le Conseil des ministres qui a pour attributions de délibérer sur les questions de politique générale et les projets de lois, ordonnances et décrets. Le Président nomme les membres du Gouvernement, fixe leurs attributions et met fin à leurs fonctions. Le Président et son Gouvernement s'appuient sur la majorité parlementaire qui les soutient à l'Assemblée nationale.

L'administration centrale, constituée de l'ensemble des ministères, a pour mission de mettre en œuvre les politiques décidées par le gouvernement. Le gouvernement du président élu en 2016 a profondément changé la structure de cette administration centrale. Il a opté pour un nombre restreint de départements ministériels et a imposé à ceux-ci une structure organisationnelle standardisée. Les ministères les plus impliqués dans le domaine de l'enfance sont le Ministère du Travail, de la Fonction Publique et des Affaires Sociales, le Ministère de la Santé, le Ministère des Enseignements Maternel et Primaire, le Ministère des Enseignements Secondaire, Techniques et de la Formation Professionnelle, le Ministère de la Justice et de la Législation, le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité Publique et le Ministère du Plan et du Développement. Des ministères comme le Ministère des Affaires Étrangères et de la Coopération, le Ministère de l'Économie et des Finances, le Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale, le Ministère de l'Énergie, de l'eau et des mines jouent également des rôles importants dans la protection des droits des enfants mais à un moindre degré.

L'organigramme de chacun de ces ministères épouse une structure standardisée ayant la forme d'une pyramide classique hiérarchisée avec des organes centraux commandant des administrations déconcentrées qui, elles, exécutent les décisions gouvernementales. Les organes centraux regroupent des directions techniques, des directions d'appui et d'administration, un secrétariat général coordonnateur, un cabinet, des conseillers et une inspection générale. La nature des missions attribuées aux directions et services centraux est de type universel et comprend généralement la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de la politique

⁹ Observations finales concernant le rapport du Bénin valant troisième à cinquième rapports périodiques, Comité des droits de l'enfant, Nations Unies, 2016

sectorielle ainsi que l'analyse des conventions et traités internationaux. Cela comprend aussi l'élaboration des projets de textes législatifs et réglementaires, la collecte-analyse-publication des statistiques et la coordination technique des structures gouvernementales et non-gouvernementales intervenant dans le secteur relevant de sa tutelle. Cette administration centrale bénéficie de l'appui technique et de conseil d'organismes qui existent sous forme de commissions, comités, agences sous tutelle. Les Directions Départementales, administrations déconcentrées, ont pour mission de représenter les directions du ministère avec lesquelles elles entretiennent des relations fonctionnelles. Elles travaillent en même temps sous la tutelle hiérarchique du secrétaire général du ministère et du Préfet de département.

Le dispositif du niveau central est complété par différentes institutions nationales garantes de l'Etat de droit.

Le Parlement du Bénin vote et amende la loi et assure le contrôle de l'action du gouvernement à travers différents mécanismes: questions écrites et orales directes des députés aux membres du gouvernement, commissions d'enquêtes, approbation des budgets, évaluations des politiques, motion de censure, etc.

La Cour Constitutionnelle est la plus haute juridiction du pays. Elle juge de la constitutionnalité et de la conformité des lois. Elle est garante des droits fondamentaux et des libertés et sert d'organe régulateur du fonctionnement des institutions publiques (assemblée nationale, haute autorité de l'audiovisuel et conseil économique et social) et de l'activité des pouvoirs publics.

La Cour Suprême¹⁰ est la plus haute juridiction du pays en matière administrative, judiciaire et comptes de l'Etat. Elle comprend les cours d'appel, les tribunaux de première instance (28) et les tribunaux de conciliation. Elle se compose d'un parquet et des chambres administrative, judiciaire et des comptes. Ses décisions ne sont susceptibles d'aucun recours et s'imposent au pouvoir Exécutif, au Pouvoir législatif ainsi qu'à toutes les juridictions.

Le Conseil Économique et Social donne son avis sur les projets de loi, d'ordonnance ou de décret à caractère économique et social qui lui sont soumis. Il peut être consulté par le Président de la République sur tout problème à caractère économique, social, culturel, scientifique et technique. Il peut de sa propre initiative et sous forme de recommandation attirer l'attention de l'Assemblée Nationale et du Gouvernement sur les réformes qui lui paraissent conformes ou contraires à l'intérêt général.

La Haute Cour de Justice est compétente pour juger le Président de la République et les membres du Gouvernement pour les faits qualifiés d'infractions commises durant l'exercice de leurs fonctions. La Haute Cour de Justice est composée de membres de la Cour Constitutionnelle, de six députés élus par l'Assemblée Nationale et du Président de la Cour Suprême. Cette juridiction est censée garantir la moralisation de la vie publique.

La Haute Autorité de l'Audiovisuel et de la Communication a pour mission de garantir la liberté et la protection de tous les moyens de communication de masse dans le respect de la loi. Elle veille au respect de la déontologie en matière

d'information et à l'accès équitable des partis politiques, des associations et des citoyens aux moyens officiels d'information et de communication. Elle veille également au respect de la déontologie en matière d'information et d'accès équitable des partis politiques, des associations, et des citoyens aux moyens officiels d'information et de communication.

Le Médiateur de la République joue un rôle d'organe intercesseur gracieux entre l'administration et les usagers de la fonction publique quand aucune juridiction ne se révèle compétente. Autorité indépendante, il contribue à l'amélioration de l'Etat de droit et de la gouvernance administrative. Le médiateur peut suggérer au Chef de l'Etat des propositions visant l'efficacité du fonctionnement des services publics. Le recours au Médiateur est gratuit. La demande est formulée par écrit et adressée au Médiateur. Le médiateur de la République est compétent en matière d'enfance à l'image des ombudsperson des autres pays.

Malgré la volonté des différents gouvernements qui se sont succédés depuis l'indépendance à mettre en place des organisations capables de lutter efficacement contre la pauvreté, les inégalités, l'exclusion sociale et la vulnérabilité des enfants; l'organisation de l'action en faveur des enfants souffre de l'émiettement des responsabilités entre de nombreux départements ministériels et de l'absence d'un mécanisme efficace de coordination. Une analyse comparée des organigrammes montre que la même attribution ou une attribution très proche peut être confiée à plusieurs ministères différents ou à plusieurs organes appartenant au même ministère. Ces faiblesses sont accentuées par l'insuffisance des ressources matérielles et humaines.

Au niveau local, l'administration centrale est relayée par une administration locale composée de 12 départements et de 77 communes. La politique nationale de décentralisation, devenue effective en 2003 avec l'installation des communes et des conseils communaux, a pour but de renforcer l'exercice de la démocratie et la lutte contre la pauvreté par un rapprochement de l'administration des citoyens et un contrôle citoyen du développement. La politique de décentralisation est considérée comme le gage d'un partage plus équitable des richesses. Pour atteindre ce but l'Etat a mis en place des espaces publics (les communes) où les citoyens peuvent participer avec les différents acteurs locaux à la gestion de la « chose publique » dans une optique de protection des droits de tous et de Développement local durable.

Pour assurer la concrétisation de la politique de décentralisation l'Etat a :

- Elaboré un corpus légal comprenant sept (07) lois, une trentaine de décrets d'application ainsi que de nombreuses mesures réglementaires spécifiques aux politiques et stratégies sectorielles (agriculture, santé, éducation...).
- Mis en place un dispositif institutionnel comprenant une entité régulatrice au niveau central (depuis 2016 le ministère de la décentralisation et de la gouvernance locale est l'organe de tutelle), de nombreuses structures centrales (Délégation à l'Aménagement du Territoire-DAT, Maison des Collectivités Locales-MCL, Observatoire de la Gouvernance Locale et de la Décentralisation-OGO, Centre de Formation de l'Administration

¹⁰ Loi n°2004-07 portant composition, organisation, fonctionnement et attributions de la cour suprême

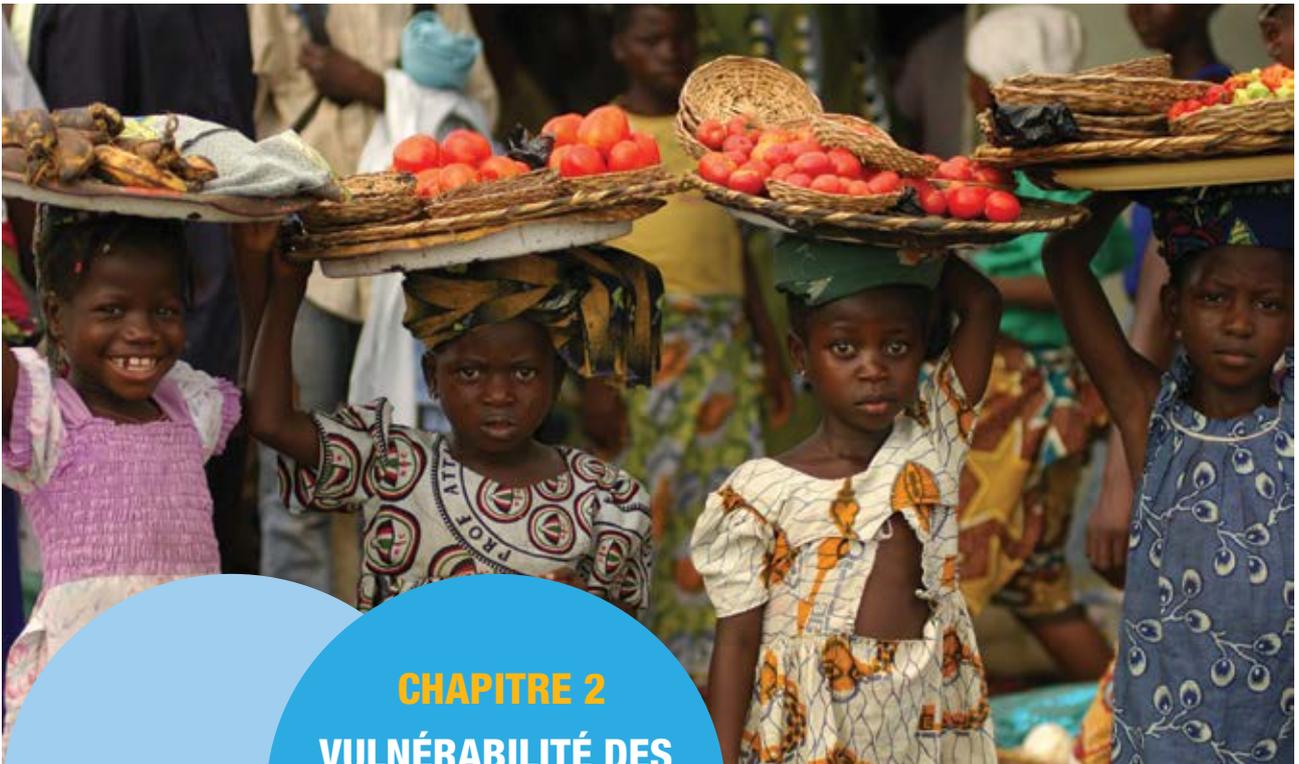


Locale-CeFAL, Commission Nationale des Finances Locales-CONAFIL, Commission Nationale de la Coopération Décentralisée-CNCD, Commission Nationale des Affaires Domaniales-CNAD) ainsi que des entités départementales (Conseils Départementaux de Concertation et de Coordination-CDCC), Conférences Administratives Départementales-CAD), Services Déconcentrés de l'Etat-SDE, Préfectures) et des entités au niveau communal (Conseils communaux avec une administration communale).

- Elaboré un document de Politique Nationale de Décentralisation/Déconcentration (PONADEC) pour assurer la visibilité du processus de décentralisation.
- Créé un Fonds d'Appui au Développement des Communes (FADeC) pour canaliser les financements.
- Facilité l'installation de plusieurs réseaux associatifs des communes (Association Nationale des Communes du Bénin, l'Association des Communes de l'Atacora et du Donga, Association pour la Promotion de l'intercommunalité dans le département de l'Alibori...).
- Doté les communes de capacités en matière de gestion.

- Mis en place des équipements (construction des bureaux de mairie et d'arrondissement) et des outils de gestion (plans de développement communal pour le pilotage du développement local). Il a aussi doté les communes d'un minimum de cadres administratifs qualifiés.

Ces efforts et investissements ont permis la réalisation par les communes de nombreuses infrastructures (salles de classe, marchés, centres de santé d'arrondissement, équipements collectifs...) mais n'ont pas permis de réels progrès dans la lutte contre les vulnérabilités et les disparités qui affectent la population. Cette situation serait la conséquence de la faible gouvernance exercée par les conseils communaux qui souffrent de manque de vision, ne respectent pas les principes de reddition des comptes et ont excessivement politisé la gestion communale. Ceci est aggravé par le manque de ressources propres aux communes et par la faiblesse des transferts financiers de l'Etat central. La modicité de ces transferts ne permet en effet aux communes ni de réaliser des quantités critiques d'infrastructures (écoles, supports ciblés aux vulnérables...) ni de mettre en place des environnements capables de générer des opportunités économiques pour les populations locales et notamment les jeunes. Cette situation de pénurie chronique fait passer au second plan la lutte contre les vulnérabilités et démotive les citoyens à participer à la gestion de la vie publique.



CHAPITRE 2

VULNÉRABILITÉ DES ENFANTS DU BÉNIN ET SES DÉTERMINANTS STRUCTURELS

La vulnérabilité est généralement définie comme l'incapacité, plus ou moins grande, d'un individu, d'un ménage ou d'une population à continuer à jouir des droits essentiels quand survient un choc. Par extension on considère que l'enfant est toujours vulnérable parce qu'il ne dispose pas de capacités à faire face aux divers chocs et risques auxquels il est continuellement exposé. Pour cette analyse de situation le niveau de vulnérabilité est estimé selon le degré de probabilité que l'enfant soit privé de ses droits essentiels à l'alimentation, l'eau potable, l'assainissement, les soins de santé de base, le logement, l'éducation et l'accès à l'information. Cette partie du rapport se concentrera sur les privations multidimensionnelles des enfants.

2.1 Privations et vulnérabilité des enfants

L'étude¹¹ sur la pauvreté et les privations des enfants, réalisée en 2016 par le Ministère du Plan et du Développement en utilisant la méthode MODA¹², a mis en évidence l'ampleur des privations dans les domaines de la santé, de la nutrition, de l'assainissement, de l'eau potable, du logement et de l'éducation. Le rapport de cette étude a révélé qu'en 2015, la très grande majorité des enfants de 0 à 17 ans subissaient plusieurs privations à la fois avec près de 97,3% des enfants souffrant d'au moins une privation, 64,5% subissant au moins 3 privations à la fois et seulement 2,7% des enfants échappant aux privations (cf. tableau 2).

¹¹ Rapport sur la pauvreté et les privations de l'enfant au Bénin, MPD/UNICEF, octobre 2016

¹² MODA: Multiple Overlapping Deprivation Analysis. Cet outil a été développé par l'UNICEF pour générer des données de qualité sur la pauvreté et les disparités entre les enfants. La méthode s'appuie sur des études et des contributions telles que l'étude mondiale de l'UNICEF sur la pauvreté et les disparités des enfants dite approche Bristol, l'indice de pauvreté multidimensionnelle MPI développé par l'Oxford Poverty and Human Development Initiative OPHI

Tableau 2 : Indices de privation multidimensionnelle, enfants de 0 à 17 ans

Nombre de privations	Taux de privation (H) %	Intensité moyenne de privation des enfants privés (A) en %	Intensité moyenne de privation des enfants privés (A) en%
1-6 dimensions	97,3	53,8	3,1
2-6 dimensions	86,2	58,5	3,4
3-6 dimensions	64,5	66,3	3,9
4-6 dimensions	38,1	76,2	4,5
5-6 dimensions	15,4	87,8	5,2
6 dimensions	3,4	100,0	6,0

Source : Rapport Analyse de la pauvreté et des privations des Enfants, MODA 2016

Cette étude a également mis en évidence l'existence des disparités entre départements (88,5% des enfants du département de l'Alibori, 77,9 % des enfants de la Donga et 75,1% des enfants du Borgou étaient considérés comme très vulnérables), entre milieux (93,2% ceux des enfants du milieu rural étaient très vulnérables contre 77,1% des enfants du milieu urbain) et entre catégories socio-économiques des ménages ainsi que des différences de

privation liés aux niveaux d'éducation du chef de ménage et de celui la mère en particulier (cf. tableau 3). Le statut économique du ménage dans lequel l'enfant grandit joue un rôle déterminant dans la réduction du taux de privation des enfants. Il en va de même pour le niveau d'instruction de la mère surtout lorsque celle-ci atteint le secondaire.

Tableau 3 : Taux de privation par caractéristiques du ménage, enfants de 0 à 17 ans

		Nombre de privations vécues à la fois						
		0	1	2	3	4	5	6
	National	2,7	11,1	21,7	26,4	22,8	12,0	3,4
Quintile de bien-être économique	Q5 (Plus riche)	11,3	33,1	33,5	16,5	4,4	1,1	0,1
	Q4	2,1	12,0	29,1	30,1	18,7	6,9	1,1
	Q3	0,6	5,9	21,0	31,3	25,9	12,7	2,6
	Q2	0,2	3,6	15,1	28,3	30,4	16,8	5,5
	Q1 (Plus pauvre)	0,1	2,3	10,3	24,4	33,4	21,9	7,7
Niveau d'éducation du chef de ménage	Secondaire2 ou +	14,4	32,3	28,0	17,0	6,1	1,9	0,3
	Secondaire1	5,4	20,6	28,3	25,9	15,0	4,3	0,6
	Primaire	2,0	12,2	26,2	28,0	21,3	8,7	1,6
	Aucun	0,7	5,3	17,2	27,2	27,7	16,6	5,3
Niveau d'éducation de la mère	Secondaire ou supérieur	13,1	27,1	28,8	20,7	8,5	1,6	0,2
	Pré-primaire ou primaire	1,7	9,9	21,6	27,0	23,7	12,5	3,6

L'étude a aussi montré que le type et le niveau de privation variaient en fonction de l'âge de l'enfant. Les enfants de 0 à 23 mois étaient plus exposés à la privation alimentaire : 86,3% des enfants âgés de 6 à 23 mois avaient une alimentation inadéquate et près de 59% de ceux âgés de moins de 6 mois étaient privés de l'allaitement exclusif. Entre 24 et 59 mois 42% des enfants souffraient de retard de croissance, de faible poids pour leur âge ou de malnutrition aiguë. Les enfants âgés de 5-10 ans souffraient, quant à eux, de privation en santé (43,4%), ceux de 11-14 ans d'éducation et ceux de 15-17 ans d'information.

2.2 Facteurs structurels de la vulnérabilité des enfants

Compte tenu de l'immaturation et de la dépendance de l'enfant, les conditions de vie de sa famille, son sexe, son environnement socio-économique, culturel, législatif,

institutionnel et politique et son degré d'exposition aux risques liés au climat et aux désastres naturels jouent un rôle déterminant dans le niveau de vulnérabilité.

2.2.1 Pauvreté monétaire

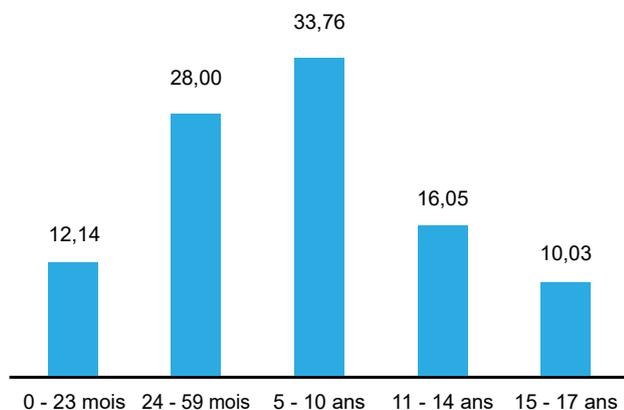
La pauvreté est un facteur structurel de la vulnérabilité de l'enfant. Lorsque la pauvreté affecte un enfant, elle réduit significativement ses capacités de survie, de développement et d'épanouissement. Chez l'enfant, la pauvreté se singularise de celle des adultes en ce sens qu'elle peut occasionner des séquelles irréversibles que l'on dénomme comme étant des « occasions perdues » qui ne peuvent être rattrapées plus tard, et ce, quelque soient les efforts déployés (UNICEF 2008).

Au Bénin, l'enquête ménage sur les conditions de vie (EMICOV 2015) a révélé une progression importante de

la pauvreté avec une proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté qui a augmenté de 36,1% en 2011 à 40,1% en 2015. Sur cette base on estimait que plus de 2 millions d'enfants âgés de 0 à 17 ans (43,3%) vivaient dans des ménages pauvres (41,3% en 2011).

Cette pauvreté affectait les enfants sans discrimination d'âge. En 2015, plus de 44% des enfants de moins de 10 ans, 45% de ceux âgés de moins de deux ans, 45% de ceux âgés de 24 à 59 mois et 45% de cent de ceux âgés de 5 à 10 ans vivaient dans des ménages pauvres. Dans la population des enfants pauvres les adolescent.e.s âgé.e.s de 15 à 17 ans constituaient le groupe le moins affecté (environ 38%) alors que celui des enfants de moins de 10 ans (près de 74%) était le plus affecté (cf. graphe 3).

Graphique 3 : Part relative des groupes d'âge à la pauvreté des enfants



Source : EMICOV, 2015

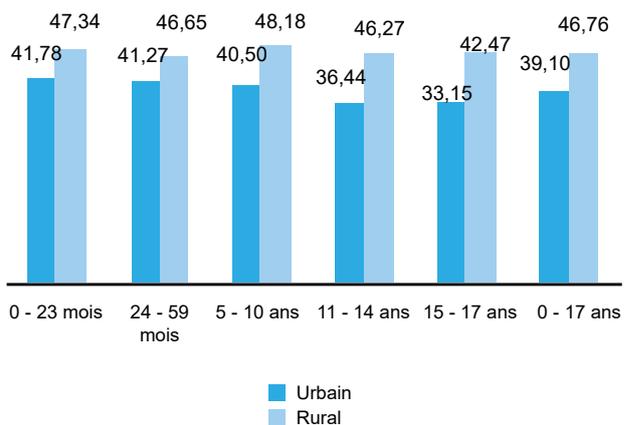
La répartition des enfants monétairement pauvres sur le territoire national était inégale. Les enfants pauvres étaient plus nombreux dans les zones rurales que dans les zones urbaines (39% contre 47%) et ce quelle que soit la tranche d'âge considérée (cf. graphe 4). Ils étaient aussi proportionnellement plus nombreux dans les départements du Mono (51,92%), du Couffo (51,81%) et des Collines (51,48%). Le taux le plus bas a été observé dans le département du Littoral (27,7%).

L'EMICOV a aussi mis en évidence l'aggravation de la profondeur de la pauvreté (P1) qui est passée de 0,098 en 2011 à 0,18 en 2015 ainsi que l'accentuation des inégalités parmi les pauvres qui sont passées de 0,039 en 2011 à 0,12 en 2015 »¹³.

La pauvreté monétaire entraîne de nombreuses privations: elle prive l'enfant du droit à la vie, à l'éducation, à l'accès aux soins de santé, à l'eau potable, à l'alimentation, au logement, à la sécurité et à la protection, à l'information, etc. De plus, lorsqu'un enfant fait face à la pauvreté, il est plus vulnérable à l'exploitation, à la violence, à la maltraitance, et à toutes sortes de discriminations et d'inégalités.

¹³ Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE), EMICOV 2015

Graphique 4 : Incidence de la pauvreté monétaire des enfants par groupe d'âge et par milieu de résidence



Source : EMICOV, 2015

Toutefois, pauvreté et privation sont des phénomènes distincts (cf. tableau 4) qui mettent en évidence différents aspects de l'absence de bien-être et qui ne se chevauchent pas systématiquement. Au Bénin, le nombre d'enfants victimes de privations est beaucoup plus important que celui des enfants pauvres. Le taux national de privation des enfants s'établit à 64,5% alors que le taux de pauvreté monétaire atteint 43,4% (cf. tableau 4).



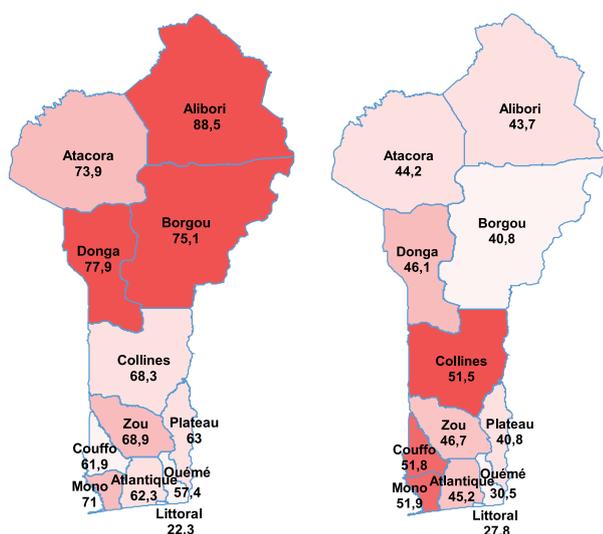
Tableau 4 : Pauvreté monétaire des enfants et privation multidimensionnelle, enfants de 0 à 17 ans

	Pauvreté monétaire	Privation (k = 3)
Bénin	43,44	64,5
Milieu de résidence		
Urbain	39,10	50,3
Rural	46,76	75,4

Source : EMICOV, 2015

Une autre caractéristique de la situation de vulnérabilité est l'existence de fortes disparités régionales (cf. carte 2) avec un écart entre la privation multidimensionnelle et la pauvreté monétaire. Cet écart peut varier du simple au double entre départements, à l'exception du département du Littoral où le taux de privations est inférieur au taux de pauvreté monétaire. Ces écarts observés pourraient s'expliquer par la différence conceptuelle qui existe entre ces deux éléments.

Carte 2 : Pauvreté monétaire des enfants (à gauche) et privation multidimensionnelle (à droite), par département, enfants de 0 à 17 ans



Source : Rapport MODA, 2016

La différence entre le niveau d'accès réel aux biens et services et le fait de disposer des moyens de subsistance est particulièrement importante dans les départements de l'Alibori, de Borgou, de la Donga, de l'Atacora et de l'Ouémé¹⁴. Cette situation semble indiquer que l'accès aux biens et services de base est davantage limité par la disponibilité de l'offre ou sa faible qualité que par d'autres facteurs comme le niveau des ressources financières existantes dans un ménage. Par exemple, le département du Littoral est celui où l'offre en services sociaux est parmi les meilleures et où le taux de privation est inférieur au taux de pauvreté monétaire. Toutefois, ces différences pourraient

¹⁴ MODA 2016. L'approche de calcul du seuil de pauvreté pourrait contribuer à atténuer la comparabilité inter-régionale du niveau de pauvreté. Pour des raisons de production des indicateurs au niveau communal, le seuil est calculé à l'échelle des strates, constituée par les milieux de résidence de chaque commune. Il présente ainsi l'avantage d'utiliser les biens représentatifs des habitudes alimentaires dans chaque région pour la composante alimentaire. Pour la comparabilité inter-régionale, l'estimation d'un seuil unique de pauvreté par rapport à une région de référence comme le littoral est plus recommandée. Toutefois, l'adoption d'une telle approche ne garantit pas l'établissement d'une corrélation ferme entre les deux types de pauvreté du fait que les deux types de pauvreté sont conceptuellement différents.

aussi résulter d'une faible demande de services en raison d'autres causes. Tout cela témoigne de l'importance d'agir simultanément au niveau de la demande et de l'offre des services sociaux de base.

Aux disparités importantes qui peuvent exister entre les régions s'ajoutent les disparités qui existent entre les communes appartenant à la même région avec parfois des communes caractérisées par une pauvreté extrême. Dans les communes de Karimama, So-Ava et Nikki la moitié de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

La hausse du niveau de pauvreté monétaire s'expliquerait par ailleurs par l'absence d'une véritable stratégie de croissance inclusive aggravée par une répartition géographique inéquitable des ressources notamment dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Selon le rapport de la revue du système de gestion des finances publiques et de la responsabilité financière de l'Etat (PEMFAR) les efforts et les investissements consentis dans les secteurs de la santé et de l'éducation avaient permis au Bénin d'obtenir de bons résultats nationaux comparativement aux pays voisins mais n'avaient pas permis de lutter efficacement contre la pauvreté et avaient au contraire renforcé les inégalités au sein de la population bényinoise en raison de la distribution déséquilibrée des ressources aux départements et aux différents niveaux des systèmes éducatif et sanitaire: «les dépenses de santé par habitant vivant sous le seuil de pauvreté ont été en moyenne 25 fois plus élevées au Littoral que dans le département du pays le moins pourvu»¹⁵.

2.2.2 Croissance économique et financement des services sociaux

La réduction de la pauvreté monétaire, des inégalités et vulnérabilités est dépendante de l'efficacité de la capacité du pays à relever plusieurs défis en même temps : réduire les obstacles à une croissance inclusive et à la réduction de la pauvreté et durable, assurer une meilleure redistribution des fruits de la croissance et accroître la résilience des populations à faire face aux chocs économiques et humanitaires.

Les réformes engagées durant ces dernières années à la faveur du Programme des Investissements Structurants pour la période 2014-2018 ont eu des impacts positifs sur la modernisation du secteur agricole, le désenclavement des régions reculées, la maîtrise de l'inflation, la consommation des ménages et l'augmentation des investissements publics. Ces impacts ont permis au pays de préserver une stabilité macroéconomique¹⁶ et d'assurer

¹⁵ PERFORM

¹⁶ Pour un stimulus réussi de l'investissement au Bénin, Une analyse macro-budgétaire, K. Barhoumi, Qiang Cui, C. Dieterich, N.End, M.Ghilardi, A.Raabe, et S.Sola, FMI, 2016

une reprise de la croissance économique. Cependant ces embellies n'ont pas été suffisantes pour réduire les vulnérabilités car la croissance économique observée durant la dernière décennie n'a pas dépassé 3,7%, un taux largement inférieur aux 7% par an jugés nécessaires pour un développement humain durable et pour atteindre les Objectifs du Millénaire. Les explications se trouvent dans la forte dépendance de l'économie du secteur agricole (il procure un tiers du PIB et deux tiers des emplois), de la forte dépendance du commerce du Nigéria (ce pays absorbe 80% des importations du Bénin), de la trop lente amélioration du climat des affaires¹⁷ ainsi que dans la faiblesse du mécanisme d'allocation des ressources¹⁸. La pauvreté a progressé et les inégalités et privations qui existaient entre les régions ont persisté ou se sont aggravées.

En résultat, le Bénin demeure chroniquement classé parmi les pays à faible revenu, à faible développement humain et à faible niveau de résilience aux chocs exogènes¹⁹. Pour remédier à cette situation et sortir la population de la pauvreté, le Gouvernement du Président élu en 2016 a élaboré un nouveau Plan d'Action du Gouvernement (PAG du programme national intitulé «Bénin révélé»)²⁰ pour la période 2016-2021 comprenant d'ambitieux programmes qui ciblent la promotion des secteurs créateurs de richesse et d'emplois. Cette stratégie comporte 45 projets phares, 95 projets sectoriels et 19 réformes institutionnelles dont la plupart devraient bénéficier aux enfants et aux femmes. Le lancement est trop récent pour tenter d'analyser sa mise en œuvre.

2.2.3 Défis de l'opérationnalisation du socle de protection sociale

Depuis plusieurs années déjà, les autorités du Bénin déploient de nombreux efforts pour mettre en place une politique efficace de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Ces efforts ont consisté à reformer les mécanismes de protection sociale existants pour les remplacer par des systèmes plus performants en se basant sur les résultats des différentes enquêtes sur les conditions de vie des ménages (EMICOV, MODA, MICS) qui ont mis en évidence la progression de la pauvreté et des inégalités. En même temps plusieurs évaluations d'impact²¹ ont montré la valeur ajoutée des interventions de protection sociale pour réduire la pauvreté, renforcer les capacités des familles à prendre soin des enfants et à devenir plus résilientes aux chocs et crises de toutes natures. Ces évidences ont créé un environnement plus propice pour débattre de la protection sociale et de la place à lui accorder dans la politique nationale de développement.

Ces analyses ont notamment permis de jauger l'actuel système de protection sociale du Bénin comme étant globalement inefficace. Le diagnostic fait a montré que ni les mécanismes de protection sociale traditionnelle (groupes endogènes de solidarité et d'entre-aide,

tontines, transferts privés...) ni les mécanismes dits modernes (assurance maladie, mutuelles de santé, fonds de solidarité...) n'arrivaient à procurer une protection adéquate aux populations vulnérables alors que le contexte dans lequel vivaient ces populations était marqué par des transformations sociales profondes et de grande ampleur (urbanisation, éclatement de la solidarité familiale, insécurité alimentaire), une modernisation des cadres de vie (accès à l'eau potable et la scolarisation rapide...) et une répétition des chocs exogènes (changements climatiques, augmentation des prix des denrées de base...). Ce diagnostic a également montré que la protection sociale contributive développée par l'Etat demeurait très limitée en termes de taille des populations protégées et n'était accessible qu'à quelques groupes de privilégiés (fonctionnaires...). Les effectifs des économiquement actifs qui ont adhéré aux deux régimes de sécurité sociale existants (FNRB et CNSS) ne dépassait pas 6,4% de la population active ce qui permettait à 8,4% de la population totale de bénéficier d'une couverture assurance maladie (5,6% par le FNRB, 1,9% par les mutuelles de santé et 0,9% par l'assurance privée). Les prestations couvertes par ces systèmes portent essentiellement sur la couverture médicale et très peu sur l'accès aux autres services sociaux comme la nutrition, l'éducation, la protection²².

En dépit de leur efficacité prouvée dans la lutte contre les vulnérabilités et pauvreté des populations les plus démunies, les mesures de protection sociale non-contributive (transferts sociaux) demeurent au Bénin rares et limitées dans leurs couvertures. Actuellement, il existe seulement deux catégories de programmes et mesures de transferts sociaux visant à promouvoir l'accès des populations les plus vulnérables aux services sociaux de base. La première catégorie est constituée par l'assistance assurée à travers les Centres de Protection Sociales (CPS) du ministère chargé des affaires sociales et qui est fournie aux familles vulnérables sous forme de microcrédits, transferts monétaires, nourritures, matériels financés sur des fonds fournis par le Fonds FDSSN. Cependant, les prestations fournies par les CPS ne sont ni suffisantes en quantité ni véritablement ciblées sur les enfants qui en ont besoin. La seconde catégorie est constituée par le programme de transferts sociaux qui existe sous la forme de projet pilote de transferts monétaires mis en œuvre par le Ministère en charge de la Décentralisation et le Ministère en charge des Affaires Sociales et dont l'objectif est d'appuyer les interventions visant la décentralisation et le développement local quand celles-ci sont conduites avec la participation des communautés. Ce programme ne vise pas de façon explicite à améliorer l'accès des populations aux services sociaux de base et il est pour le moment d'une envergure très réduite (cent vingt-cinq communautés de douze communes pilotes). Une évaluation d'impact de ce programme a été lancée par la Banque et les résultats seront importants pour apprécier l'efficacité des transferts sociaux dans la lutte contre la vulnérabilité des ménages béninois très pauvres.

¹⁷ *Doing Business, Bénin, World Bank, 2017*

¹⁸ *Rapports relatif à l'allocation des ressources dans le secteur de la santé (MS et PRPSS 2014) et rapport « Suivi de l'opérationnalisation des stratégies sectorielles : dynamique interne d'allocation des ressources financières dans les ministères sectoriels (MPD et ACMERP_GIZ) », rapport Bénin-NU « Evaluation des OMD »*

¹⁹ *Perspectives économiques régionales, Afrique Subsaharienne, FMI, 2016*

²⁰ *Bénin révélé, Gouvernement du Bénin, 2016*

²¹ *The Transfer Project, UNICEF, FAO, University of North Carolina*

²² *Etat des lieux de la Protection Sociale au Bénin, UNICEF, 2011*

C'est dans ce contexte que le pays a adopté en 2014 une « Politique Holistique de la Protection Sociale (PHPS) » avec l'objectif de doter le pays d'un cadre institutionnel englobant toutes les dimensions de la protection sociale et impliquant tous les ministères. Les outils d'opérationnalisation de la PHPS (plan d'action budgétisé, cadre de suivi-évaluation) ont été finalisés mais pas le décret qui doit fixer les arrangements institutionnels. Compte tenu des résultats relativement mitigés de la Politique Holistique de la Protection Sociale (PHPS), le nouveau gouvernement a complété celle-ci en avril 2016 par une stratégie d'extension de la protection sociale et un projet dénommé « Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH) ». Ce dernier a pour but d'offrir un paquet de quatre services comprenant l'assurance maladie, la formation, l'accès au crédit et l'assurance retraite. Ces services sont destinés en priorité aux plus démunis du secteur informel (agriculteurs, commerçants, transporteurs, artisans et artistes).

2.2.4 Gouvernance au niveau national et local et participation des communautés

La qualité de la gouvernance constitue un des éléments fondamentaux de l'efficacité des politiques publiques et de la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité de la population. Malgré la volonté affichée par les gouvernements qui se sont succédés d'améliorer la gestion des affaires publiques aux niveaux national et local, celle-ci reste faible, caractérisée par le manque généralisé de transparence des mécanismes d'allocation et d'utilisation des finances publiques et une médiocre reddition des comptes. Cette situation a un impact direct sur les enfants car elle contribue à réduire leur accès et utilisation des services sociaux de base. En 2016 le rapport d'évaluation du système National d'Intégrité²³ a révélé que la qualité de la gouvernance au Bénin était préoccupante avec une détérioration de la situation qui menaçait dangereusement la cohésion nationale. Fragilisées par une mauvaise utilisation et contrôle des ressources et une aggravation de la corruption banalisée et tolérée, les fondations politiques, économiques et culturelles, peinent à supporter le fonctionnement des institutions nationales entraînant de facto un écart croissant entre un cadre légal jugé adéquat et sa réelle application. Dans un contexte caractérisé par une très faible participation citoyenne (surtout au niveau des communes) le parlement et les organes étatiques (police, gendarmerie, procureurs) hésitent à assurer leurs obligations de contrôle et le système judiciaire son obligation de sanction alors que les droits des populations les plus vulnérables à une vie décente ne sont pas respectés.

2.2.5 Genre et vulnérabilités

Partant du principe que le pays ne peut relever les défis du XXI^e siècle sans une participation pleine et entière des femmes et des hommes, des filles et des garçons, sur un pied d'égalité, le Bénin a intégré l'égalité entre les hommes et les femmes dans la Constitution et a adhéré à la plupart des conventions, pactes et cadres d'action

²³ Rapport d'évaluation du Système National d'Intégrité commandité par le Gouvernement à travers à le ministère de l'Economie et des Finances en juillet 2016 et piloté par Transparency International, l'ONG ALCRER et Social Watch Bénin avec l'appui financier de l'Union Européenne (UE).

aux internationaux et régionaux visant la promotion de l'égalité de genre. Dès le début des années 2000 le pays a développé un arsenal juridique et institutionnel à cet effet et a complété en 2009 cet arsenal par une Politique Nationale de promotion du Genre déclinée en plans d'action sectoriels.

Malgré tous ces efforts, les progrès pour les filles et les femmes demeurent très lents comme le montre le rapport publié en 2016 par l'INSAE²⁴ : l'Indice de la Condition de la Femme (ICF)²⁵ n'a progressé que de 0,596 en 2011 à 0,607 en 2015 car de trop nombreux facteurs maintiennent les filles et les femmes parmi les groupes les plus vulnérables du Bénin, augmentent leurs expositions aux discriminations et entraînent le déni de leurs droits.

Les femmes sont particulièrement sous représentées dans les instances qui décident de leur sort. Au cours de la dernière décennie, le taux moyen de représentation des femmes au gouvernement n'a été que de 23% et 8,63% à l'Assemblée Nationale. Les femmes ont aussi une très faible présence dans les instances décisionnelles des différents niveaux de la structure étatique. En 2013, le taux de femmes dans les cabinets ministériels et aux postes de direction n'était que respectivement de 24%, et de 26,4% (PNUD). Cette faible représentativité les empêche de se faire entendre et d'influencer de manière décisive les décisions mécanismes qui déterminent leur existence et bien être.

Au niveau des ménages, les statistiques montrent qu'un nombre important de familles dépend uniquement du travail des femmes. En effet plus de 23,9% des ménages ruraux et 25,3% des ménages urbains sont dirigés uniquement par des femmes. Si comparativement aux ménages dirigés par les hommes les ménages dirigés par les femmes ont des revenus équivalents (la pauvreté monétaire touche 40% des ménages dirigés par les hommes et 39,7% de ceux dirigés par les femmes) ils sont, cependant beaucoup plus vulnérables : dans ces ménages l'incidence des privations atteint 36,3% (28% dans les ménages dirigés par les hommes). Cette vulnérabilité est d'autant plus accentuée que les ménages habitent en milieu rural et que les femmes ont un niveau d'instruction bas²⁶. La prévalence de l'insécurité alimentaire est plus élevée chez les ménages dirigés par les femmes (21,6%) comparés à ceux dirigés par les hommes (19,8%) et nettement plus défavorable en milieu rural (23,7% des ménages sont en insécurité alimentaire) qu'en milieu urbain (16,4%).

Cette situation de déni chronique des droits des filles et des femmes les empêche d'accéder de manière équitable à l'emploi, à la propriété et aux crédits (44,6% des actifs du secteur agricole seraient des femmes²⁷ mais ces dernières rencontrent beaucoup plus de difficultés pour accéder aux terres, intrants et crédits), à la protection contre les violences et le mariage précoce, à l'éducation et aux soins de santé.

²⁴ INSAE, 2016, *Indice de Développement et des Inégalités entre les sexes au Bénin, 2015*.

²⁵ L'ICF est une composante de l'Indice de Développement et des Inégalités entre les Sexes en Afrique (IDISA).

²⁶ INSAE, 2017, *EMICOV 2015, rapport préliminaire*.

²⁷ *Profil Genre du Bénin, Union Européenne, 2017*

2.2.6 Vulnérabilité et adaptation aux changements climatiques

Comme la plupart des pays de l'Afrique de l'Ouest, le Bénin est fortement exposé aux risques induits par le changement climatique. Selon le GIEC²⁸, le pays fait même partie des pays les plus vulnérables. Le climat du Bénin qui est traditionnellement de type tropical, chaud et humide avec des nuances saisonnières et géographiques connaît depuis les années cinquante de nombreux changements caractérisés notamment par une baisse régulière du nombre de jours de pluie (entre 11 et 28% par an avec le phénomène plus marqué au Nord qu'au Sud) et une augmentation des températures. Sur la base de ces données le pays a élaboré différents scénarios dans le cadre de l'évaluation concertée de la vulnérabilité des populations réalisée dans le cadre du projet d'élaboration du Programme d'Action National. Ces scénarios prédisent une hausse progressive et généralisée des températures (entre 0,9 dans le Sud-ouest et 1,1°C dans le Nord-ouest), une stabilisation de la pluviométrie annuelle au Sud, une augmentation de cette dernière dans le Nord (3,3 et 3,8%) et une concentration des pluies dans le temps avec une diminution des précipitations de mars à mai. Ces modifications climatiques se traduiraient par un accroissement de la durée de la saison sèche. Les scénarios élaborés pour le Bénin à l'horizon 2050 projettent ainsi trois importants changements (variabilité climatique, catastrophes et montée du niveau de la mer) et une augmentation des risques dans les secteurs de l'eau, de la sécurité alimentaire et de la santé.

Le risque climatique le plus probable est le déficit hydrique. La concentration des pluies dans le temps et l'augmentation de l'évapotranspiration secondaire à la hausse des températures vont réduire la disponibilité de l'eau et exposer les populations à la diminution des recharges des nappes souterraines et des retenues d'eau dans le bassin de l'Ouémé ainsi qu'à des épisodes d'inondation ou de crues dans la basse vallée de l'Ouémé. Ce stress hydrique impactera directement l'agriculture, la santé, l'énergie et les écosystèmes. Le scénario prévoit notamment une baisse des rendements agricoles (entre 5 et 20%) mais qui ne sera pas uniforme dans tous les départements. Dans certains départements cet impact sera positif car les changements conviendront à certaines cultures telles celles de l'igname et du manioc. Ces changements augmenteront considérablement le risque d'insécurité alimentaire pour tout le pays comme cela est déjà le cas dans certains départements. Les inondations sévères (déjà enregistrées dans les départements du Mono, de l'Ouémé, du Zou, du Littoral, de l'Atlantique et de l'Alibori) risquent, quant à elles, d'entraîner de pertes massives de cultures vivrières et d'accélérer le déplacement des populations à cause du manque d'aliments pour les humains et le bétail. Dans le domaine de l'élevage il risque d'y avoir des perturbations importantes dans la production de lait et de viande avec une perte de bétails si la hausse de température, associée aux variations d'humidité, entraîne plus de maladies chez le bétail.

Dans le domaine de la santé ces changements pourront changer énormément le profil épidémiologique du pays avec un recul des maladies à vecteurs (paludisme, trypanosomiasis, fièvres) dans les départements devenus plus arides et une augmentation de la prévalence de

ces mêmes maladies dans les régions devenues plus humides. L'augmentation de la température risque de favoriser la charge en microbes et en bactéries des nappes aquifères et des réservoirs superficiels et ainsi augmenter la prévalence de maladies comme le choléra, les maladies diarrhéiques ou les dysenteries qui, à leur tour, influenceront la prévalence de la malnutrition chez les enfants. Les impacts sur les autres secteurs pourront également jouer un rôle sur la santé des populations.

Les changements du climat pourront aussi augmenter la vulnérabilité des populations vivant dans les zones côtières. La montée du niveau de la mer risque de résulter par la perte d'une portion importante du territoire (le domaine côtier représente 10,6% de la surface du pays et accueille plus de 4 millions d'individus) et jeter dans la précarité les populations qui tirent leur alimentation et leurs revenus de la mer. En ce qui concerne la pêche on s'attend à ce qu'il y ait une modification des aires de répartition des espèces halieutiques retrouvées le long des côtes béninoises accompagnée d'une baisse des prises et une raréfaction des denrées halieutiques au plan national.

Ces changements climatiques et leurs conséquences directes risquent d'avoir également des impacts importants et durables sous forme de dysfonctionnement des services sociaux (remise en question des stratégies de développement laborieusement mises en place ces dernières années, fermetures temporaires ou définitives des centres de santé, d'écoles ou d'entreprises dans les zones d'inondation ou de sécheresse), de crises humanitaires (accélération de la migration, de la traite des êtres humains, du travail des enfants...) et d'éclatement de la cohésion sociale avec une déstructuration des communautés vulnérables (populations vivant de l'agriculture, de la pêche, de l'élevage).

En préparation à ces risques, l'Etat a mis en place plusieurs mesures de prévention et d'atténuation. Contenues dans la «Vision de développement à l'horizon 2025» ces mesures ont commencé à être mises en œuvre sous forme de projets. Le projet de renforcement des ressources humaines vise à développer les capacités nationales pour un développement vert, faible en émissions et résilient aux changements climatiques. Un projet régional appuie l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de développement sobre en carbone et résilient aux changements climatiques. Un programme spécial vise à préparer le Bénin à l'opérationnalisation du Fonds Vert pour le Climat. Le projet «Dix Millions d'Ames, dix Millions d'Arbres» s'appuie sur le reboisement intensif. Le programme intégré d'adaptation pour la lutte contre les effets néfastes des changements climatiques s'appuie sur la production agricole et la sécurité alimentaire au Bénin

Encadré 1 : Extrait d'un entretien individuel avec le chef de la cellule de suivi-évaluation du ministère en charge de l'agriculture, Cotonou

« Les périodes de soudure correspondent à des moments où l'insécurité alimentaire sévit. Ces moments sont qualifiés de Zone rouge parce que les aliments deviennent rares. Du coup, les enfants mangent à peine. Ils ne font pas trois repas par jour. »

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

²⁸ GIEC: Groupe Intergouvernemental d'Experts sur l'Evolution du Climat



(PANA1). Le projet « Renforcement de l'Information sur le climat et système d'alerte précoce en Afrique pour un développement résilient au climat et adaptation aux changements climatiques » dénommé SAP-Bénin est un projet régional. La stratégie nationale de lutte contre la pollution atmosphérique en milieu urbain cible l'amélioration des conditions de vie. Le projet de mise en œuvre de l'initiative LoCAL (Local Climate Adaptive Living facility) devrait contribuer à combler le déficit de financement de l'adaptation aux changements climatiques au niveau des collectivités locales tout en développant leurs capacités institutionnelles et techniques pour faire face aux risques et défis climatiques dans le processus de développement local.

Malgré ces initiatives, les prévisions à court terme pour la population ne sont pas très optimistes notamment en matière d'agriculture et de sécurité alimentaire parce que les secteurs critiques (santé, éducation, protection...) ne se sont pas bien préparés et que les communautés n'ont pas été équipées des capacités d'adaptation suffisantes (perception de l'importance du risque, connaissances sur les périodes de semis, accès au crédit...). La plupart des projets sont supportés par l'aide extérieure ce qui en constitue leur principale contrainte.

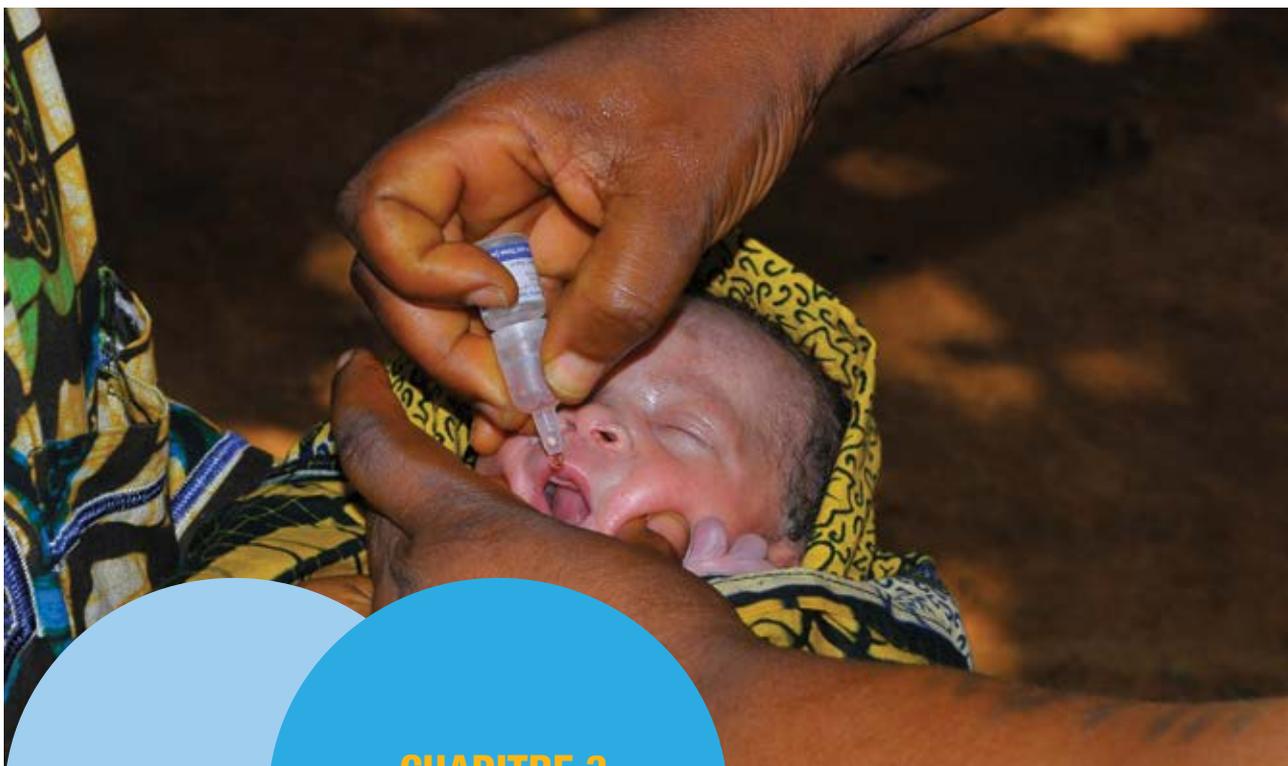
2.3 Recommandations

Compte tenu de la situation de vulnérabilité d'une grande population d'enfants et après analyse de ses causes, plusieurs recommandations peuvent être faites. Il s'agit de :

1. Accélérer l'opérationnalisation du socle de protection sociale et l'Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH/PAG). Ceci permettrait de renforcer la résilience des ménages et des enfants. Tout en tenant compte des conditions macro-économiques et fiscales

actuelles le pays doit, à court terme, s'assurer que les ressources nécessaires à l'extension du projet actuel de protection sociale augmentent. A cet effet les autorités devraient explorer la possibilité de réallouer les budgets des programmes peu performants vers la protection sociale, rendre plus efficace la gestion des dépenses sociales publiques actuelles et rechercher des financements auprès de sources extérieures.

2. Améliorer le ciblage des programmes et de leurs moyens sur les ménages et les zones les plus défavorisées. Une plus grande allocation des moyens actuels aux départements où vivent les enfants les plus affectés de privation permettrait de concrétiser le concept d'équité recherché dans la mise en œuvre des politiques et programmes de l'Etat.
3. Augmenter les budgets des secteurs sociaux tout en améliorant en même temps le mécanisme de leur allocation. Compte tenu de la marge de manoeuvre assez réduite du pays en matière de nouvelles recettes, l'Etat devrait envisager de mettre en place de nouvelles sources de financement pour des secteurs de la santé, l'éducation, la nutrition et les services d'eau et d'assainissement de base.
4. Renforcer les mécanismes d'aide à la décision par une amélioration de la disponibilité des données désagrégées par sexe, aires géographiques et statuts économiques des ménages.
5. Renforcer la gouvernance à travers le développement de la culture de redevabilité dans la mise en œuvre des politiques et stratégies au niveau national, sectoriel et local.



CHAPITRE 3 SURVIE DE L'ENFANT

L'article 23 de la Convention Internationale Relative aux Droits de l'Enfant énonce que «l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible» en accord avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et à l'observation générale n°14 faite à ce pacte qui précise que «le droit à la santé comprend à la fois des libertés et des droits». Ces droits comprennent: «le droit à un système de protection de la santé, le droit à la prévention et au traitement des maladies, le droit à un environnement naturel et professionnel salubre et le droit d'accéder aux formations, biens et services de santé».

Pour s'assurer qu'un enfant jouit d'une bonne santé et que sa survie ne soit pas en danger, cette observation définit quatre conditions auxquelles doivent répondre ces biens et services: disponibilité des soins, acceptabilité des soins sur les plans de l'éthique médicale, prise en compte des besoins des différents sexes et âges et qualité d'un point de vue scientifique et médical.

3.1 Des progrès dans la lutte contre la mortalité, les maladies et les problèmes nutritionnels

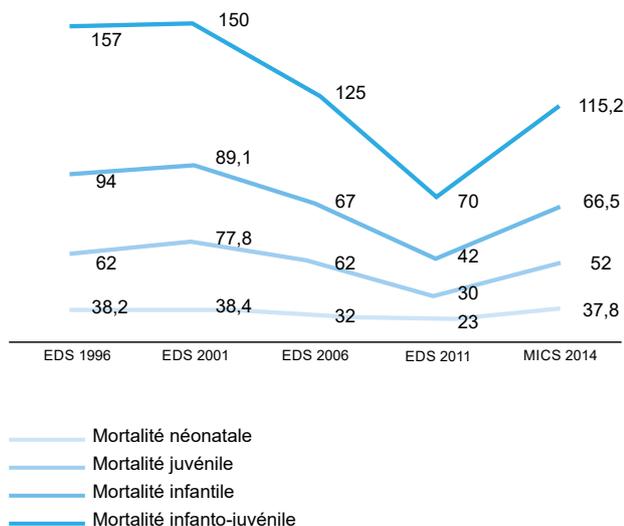
Quand les conditions énumérées plus haut ne sont pas réunies, il peut y avoir absence ou faible réalisation du droit de la santé de l'enfant. Ceci se manifeste alors

par des taux de mortalité plus élevés, des maladies plus fréquentes et des taux de malnutrition plus élevés. Ces trois phénomènes sont généralement liés, la malnutrition et la morbidité pouvant constituer des facteurs explicatifs de la mortalité, la malnutrition étant un terrain favorable pour les maladies infectieuses, tout comme certaines maladies peuvent conduire à une malnutrition. Ces phénomènes et leurs interrelations varient en fonction de l'âge de l'enfant, ce chapitre abordera l'analyse pour les différents groupes d'âges en mettant en évidence les différences et les similitudes. Ces analyses sont principalement basées sur les données collectées par l'enquête MICS de 2014 qui seront comparées aux données des enquêtes de démographie et santé antérieures. On estime que la situation des indicateurs n'a pas significativement évolué depuis cette date.

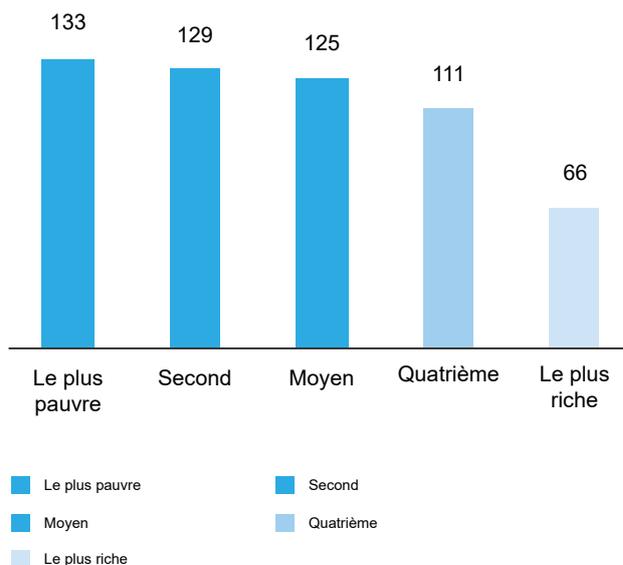
3.1.1 L'amélioration trop lente des indicateurs de mortalité des enfants et des adolescent.e.s

Au Bénin, quelle que soit la méthode d'évaluation utilisée pour analyser la mortalité des enfants de moins de cinq ans, on observe que celle-ci a régulièrement baissé durant les quinze dernières années (cf. figure 5). En 2014, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était estimé à 115 pour mille naissances vivantes (125 en 2011) et celui

Graphique 5 : Evolution des quotients de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans pour mille naissances vivantes



Graphique 6 : Mortalité infanto-juvénile par quintile de pauvreté



Source : MICS V 2014

des enfants de moins d'un an à 67 pour mille naissances vivantes. Ces baisses n'ont, cependant, pas équitablement bénéficié à tous les enfants du Bénin et notamment ceux de 0 jours à un mois pour qui le taux de mortalité stagne depuis une décennie.

Un enfant court plus de risque de décéder si c'est un garçon. En 2014, le taux de mortalité néo-natale des garçons atteignait 43 pour mille naissances vivantes (32 pour mille naissances vivantes chez les filles), le taux de mortalité post néonatale 33 pour mille (25 pour mille chez les filles), le taux de mortalité infantile 76 pour mille naissances (57 pour mille naissances chez les filles) et le taux de mortalité infanto-juvénile 129 pour mille (101 pour mille chez les filles).

Le risque de décès est, aussi, plus élevé si l'enfant vit en milieu rural et dans certaines régions du pays. En 2014 en milieu rural les taux de mortalité néonatale, post-néonatale, infantile, juvénile et infanto-juvénile étaient estimés respectivement à 40, 33, 72 et 60 et 128 pour 1000 naissances vivantes contre 35, 24, 59, 42 et 99 en milieu urbain. Les départements où les enfants âgés de moins d'un an couraient les plus grands risques de décès étaient ceux du Plateau où la mortalité infantile atteignait 95 pour mille, du Zou (84 pour mille naissances), des Collines (82 pour mille naissances), du Couffo (73 pour mille naissances) et de la Donga (71 pour mille naissances).

Les jeunes enfants décédaient, aussi, plus souvent quand les mères étaient très jeunes ou âgées de plus de 35 ans et quand l'intervalle entre deux grossesses était rapproché. En 2014, le taux de mortalité néonatale atteignait 129 pour mille naissances vivantes quand cet intervalle était inférieur à 2 ans et tombait à moins de 53 pour mille naissances s'il était supérieur à 4 ans.

La condition socio-économique de la famille jouait, également, un rôle important dans le risque de décès de l'enfant. Un enfant qui appartenait à un ménage du quintile le plus pauvre avait deux fois moins de chances d'atteindre

l'âge de cinq ans que celui appartenant à un ménage du quintile le plus riche (cf. graphique 6). Il n'y avait pratiquement pas de différences entre les trois premiers quintiles de pauvreté (les plus pauvres, les pauvres et la classe moyenne) alors que la différence était significative avec les enfants appartenant aux ménages riches et très significative avec les enfants des ménages les plus riches. Cette situation pose la question de l'équité dans l'accès et l'utilisation des services de santé et de la persistance de l'écart entre les plus pauvres et les plus riches qui ne s'est pas réduit depuis plus de vingt ans en dépit de la baisse générale du taux de mortalité.

Le risque de décès des enfants de moins de cinq ans est également influencé par le niveau d'instruction de la mère. Plus la mère est instruite et plus son enfant a des chances de survivre. Les enfants dont la mère a atteint le premier cycle du secondaire, ont 1,5 fois plus de chances de survivre que ceux dont la mère n'a aucune instruction (79% contre 126%).

Selon les données de l'enquête MICS 2014 les taux globaux de mortalité chez les jeunes de 15-19 ans étaient estimés respectivement à 1,99 pour 1,000 habitant.e.s pour les adolescentes et de 2,48 pour les adolescents.

3.1.2 Les maladies et problèmes nutritionnels

3.1.2.1 Enfants de moins de 5 ans

La mortalité chez les nouveau-nés (mortalité néonatale) demeure élevée depuis une quinzaine d'années (38,2% en 1996 et 38% en 2014²⁹) (cf. graphe 5). Selon l'enquête MICS V 2014³⁰ les trois quarts des décès de nouveau-nés survenaient au cours de la première semaine de vie à cause des infections (48% des cas), de faibles poids à la naissance (31,7% des cas), d'asphyxie (15,6% des cas) et des complications dues à la prématurité, aux

²⁹ MICS V, INSAE-UNICEF, 2014

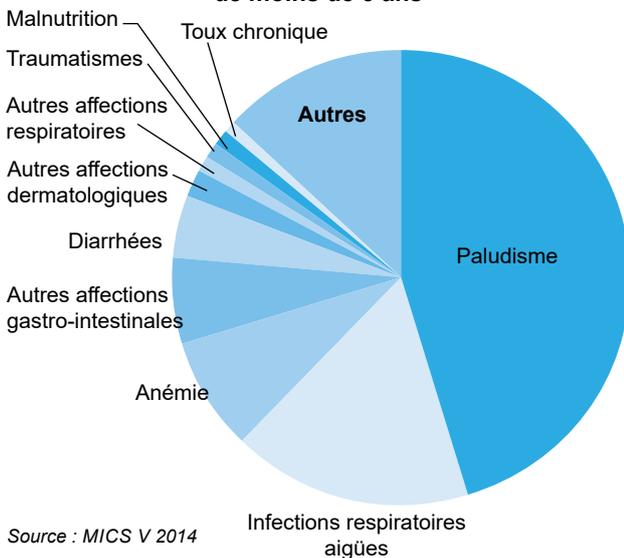
³⁰ MICS V, INSAE-UNICEF, 2014



malformations congénitales et aux mauvaises conditions d'accouchements.

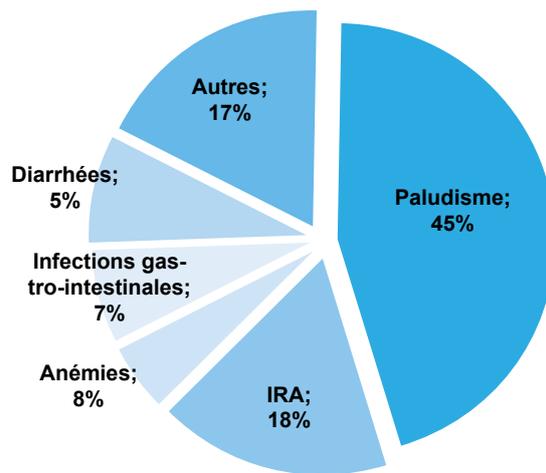
Les risques les plus fréquents pour la santé des enfants âgés de 1 mois à 5 ans sont les maladies transmissibles et les problèmes nutritionnels. L'enquête MICS 2014 a montré qu'il y avait autant de garçons que de filles qui avaient présenté une fièvre étiquetée comme un paludisme présumé (22,9%), une diarrhée (10,1%) ou des signes d'infection respiratoire aiguë (2,6%, IRA) (cf. graphique 7). La fréquence et l'importance relative de ces pathologies sont confirmées par les statistiques des formations sanitaires qui indiquent que les motifs de consultation des enfants de moins de cinq ans sont, par ordre décroissant, le paludisme (45,1%), les infections respiratoires aiguës (18,2%), les anémies (8,2%), les affections gastro-intestinales (6,5%) et la diarrhée (4,8%) (cf. graphique 8).

Graphique 7 : Episodes de maladies chez les enfants de moins de 5 ans



Source : MICS V 2014

Graphique 8 : Motifs de consultation chez les enfants de moins de 5 ans



Source : ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES, 2014

Les enfants sont aussi, affectés par le VIH/SIDA. Les estimations de 2015 partagées sur le site ONUSIDA indiquent un effectif d'environ 4,800 enfants âgés de 0 à 14 ans vivant avec le VIH.

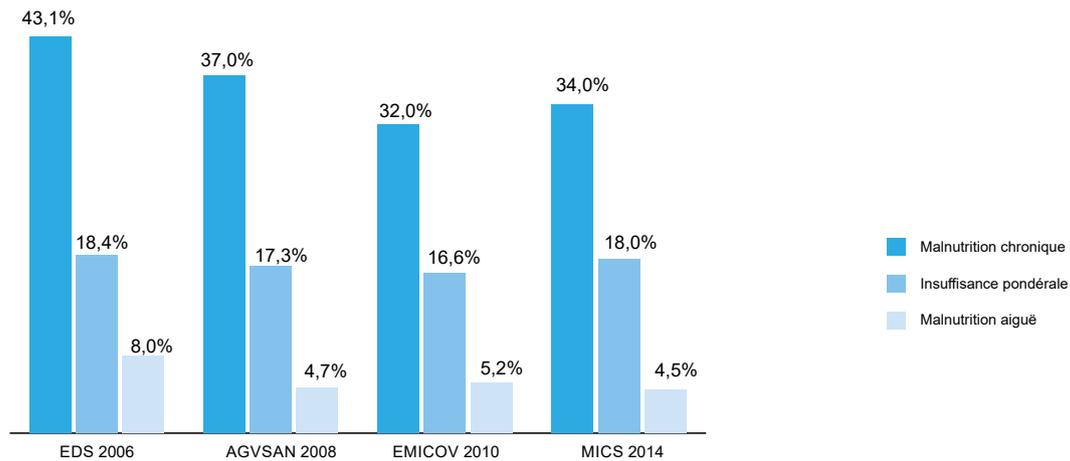
La fréquence de ces maladies chez l'enfant est étroitement corrélée aux facteurs âge et milieu de vie. Les diarrhées sont plus fréquentes chez les enfants âgés de 12 à 23 mois alors que les pneumonies et les fièvres affectent plus les enfants âgés de 24 à 35 mois. Les enfants du département du Plateau et de la Donga sont ceux qui sont le plus affectés par ces maladies. Dans ces départements les indicateurs de la fièvre (34,1%), de la diarrhée (12,7%) et des IRA (3,6%) montrent des taux largement supérieurs aux moyennes nationales.

Les épisodes de paludisme, diarrhées et infections respiratoires aiguës peuvent conduire à une malnutrition ou peuvent être eux-mêmes favorisés par un état nutritionnel déficient de l'enfant³¹. Au Bénin la moitié des décès d'enfants de moins de cinq ans est attribuée à la malnutrition. Ceux-ci surviennent pour la plupart du temps durant ce que l'on appelle la «fenêtre d'opportunité des 1000 premiers jours». L'évolution des données observées durant la dernière décennie montre que la situation s'est améliorée en matière de malnutrition chronique et de malnutrition aiguë en milieu rural et urbain (cf. graphique 9) mais pas en matière de faible poids à la naissance et d'insuffisance pondérale.

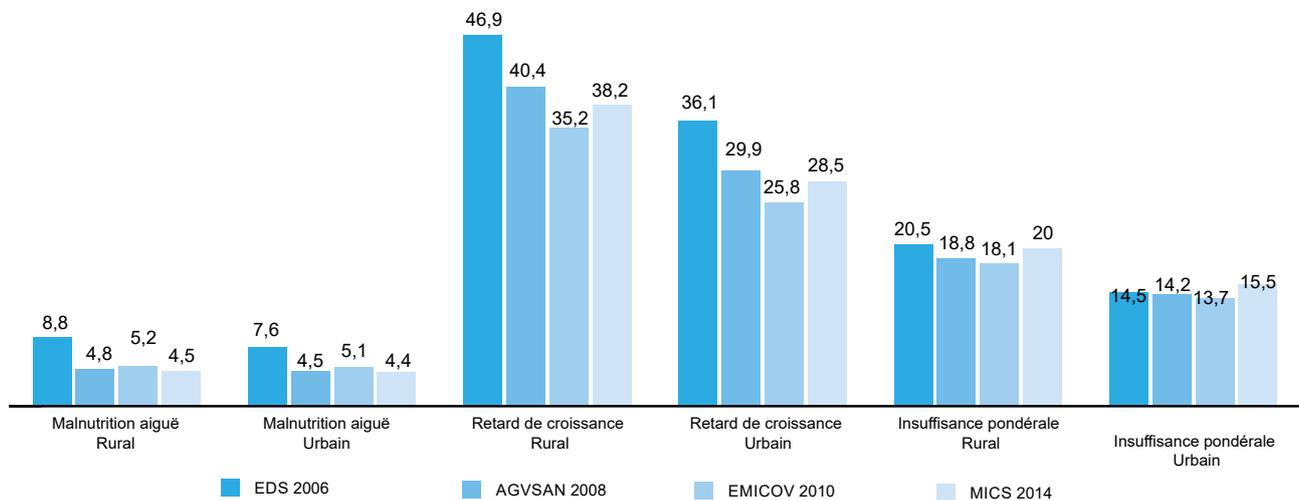
Le poids à la naissance reflète l'état nutritionnel de la mère avant et pendant la grossesse. Il renseigne aussi sur les chances de survie, de croissance, de développement durant les 1,000 premiers jours de l'enfant. L'enquête MICS 2014 indique qu'au Bénin le faible poids à la naissance demeure une réelle préoccupation: en 2014, plus de 12,5% des nourrissons pesaient moins de 2500gr à la naissance. Le taux le plus faible était observé dans le département du Zou (10%) et le plus élevé dans les départements du Borgou et de l'Atlantique (14%). Cet indicateur n'est influencé ni par le lieu d'habitation de l'enfant, ni par le niveau d'instruction de la mère. Il n'a pas changé depuis 2006 où il se situait à 13% selon l'EDS 2006.

³¹ Plan de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition développé suite à l'adoption de la Stratégie régionale Africaine pour la nutrition 2015-2025

Graphique 9 : Prévalence de la malnutrition 2008-2014



Graphique 10 : Prévalence de la malnutrition selon le milieu de résidence



La situation des autres types de malnutrition a évolué depuis 2006 (cf. graphes 9 et 10).

En 2014, le Bénin comptait plus de 18% d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'insuffisance pondérale globale, dont 5% étaient des cas d'insuffisance pondérale sévère. Les garçons étaient légèrement plus affectés (19%) que les filles (17%), les enfants du milieu rural (20%) plus que ceux du milieu urbain (16%), les enfants appartenant aux groupes d'âges 18-23 mois et 24-35 mois (21%) plus que les autres groupes d'âge. Les enfants dont les mères avaient un faible niveau d'instruction étaient également plus affectés (20%) que ceux dont les mères avaient atteint le niveau secondaire 2 (8%). Les enfants appartenant aux ménages très pauvres étaient beaucoup plus affectés (26%) que les enfants des ménages riches (10% pour le quintile le plus riche). L'insuffisance pondérale est plus fréquente dans les départements de l'Alibori (30%), de l'Atacora (24%) et du Borgou (23%).

Le retard de croissance (manifestation visible de la malnutrition chronique) joue un rôle négatif dans la construction des capacités d'apprentissage à l'école et la résistance aux maladies. Comparativement à 2006 la situation se serait améliorée. L'enquête MICS 2014

note que plus d'un tiers des enfants âgés de moins de cinq ans (34%) présentait un retard de croissance³², un taux supérieur à celui rapporté pour la région Afrique de l'Ouest³³ (30%) mais qui restait inférieur à celui constaté en 2006 (43%). Le phénomène affectait plus les enfants âgés de 24 à 35 mois (42%), les enfants du milieu rural (38% contre 29% en milieu urbain), les garçons (36% contre 32% chez les filles), les enfants dont les mères n'avaient pas d'instruction (39% contre 10% chez celles qui ont atteint le niveau secondaire 2) ainsi que les enfants des départements du Borgou (41%) et de l'Alibori (40%).

La situation de la Malnutrition Aigüe³⁴ qui se manifeste par un poids insuffisant par rapport à la taille serait en nette amélioration (cf. graphique 9). L'enquête MICS 2014 indique qu'environ 5% des enfants âgés de moins de 5 ans étaient affectés par la malnutrition aigüe globale (MAG) et 1% sous sa forme sévère (malnutrition aigüe sévère, MAS) qui pouvaient être dues soit à une alimentation insuffisante soit à des maladies soit aux deux à la fois. Ces enfants

³² Le retard de croissance est la manifestation de la malnutrition chronique

³³ En 2016 la moyenne pour l'Afrique est de 30 pour cent selon le rapport «Éliminer la malnutrition d'ici 2030», IFPRI

³⁴ La malnutrition aigüe est aussi appelée émaciation ou maigre

ont 9 fois plus de risques de décéder que des enfants qui ne sont pas malnutris. Cette forme de malnutrition varie en fonction des phénomènes cycliques et catastrophes naturels (épidémies, famines, sécheresse, inondations) qui peuvent entraîner des pics de malnutrition aiguë. En 2014, elle affectait plus les garçons (5% contre 4% pour les filles), les enfants de 6 à 11 mois et ceux appartenant aux ménages pauvres (7% chez les plus pauvres contre 4% dans les autres catégories de ménages).

L'anémie affecte plus de 5 enfants de 6 à 59 mois sur 10 (58%) avec des taux allant de 63% à 72% chez les plus jeunes enfants âgés de 9 à 23 mois.

Le surpoids concerne de plus en plus d'enfants. Au Bénin on compte environ 2% d'enfants en surpoids, les plus nombreux se trouvant dans le département du Plateau (3%).

3.1.2.2 Enfants de 5 à 19 ans

La santé de la population des enfants âgés de 5 à 19 ans (40% de la population totale³⁵) n'est pas bien connue. Selon un ancien recensement général de la population, ces enfants seraient trois fois moins sujets aux maladies et aux décès que les enfants de moins de cinq ans.

Les statistiques 2016 du ministère de la santé indiquent que 30% du total des décès enregistrés au niveau des formations sanitaires étaient des décès d'enfants âgés de 5 à 14 ans. Les causes de ces décès étaient des traumatismes (9,2%), des affections ostéo-articulaires (6,5%), des affections urogénitales (5,2%), le paludisme grave (5%), des affections bucco-dentaires (5%), des diarrhées (4.1%) ou une hypertension artérielle (2,7%). Dans cette tranche d'âge, le paludisme simple (confirmé ou non) représentait 44% des cas de maladies enregistrés, le paludisme grave 3,9% (l'incidence du paludisme dans cette tranche d'âge est de 12,6%) les affections respiratoires représentent 11,3% des cas. Ces enfants étaient également sujets aux affections métaboliques (obésité chez 33% et le diabète chez 25% des cas reçus) et aux infections sexuellement transmissibles (3%).

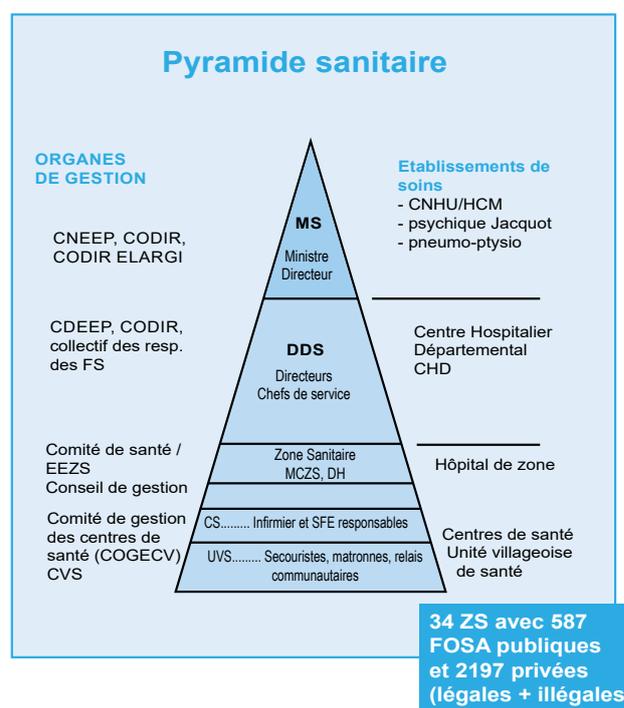
La prévalence du VIH dans la population générale est relativement faible au Bénin et serait de plus en déclin. Elle se situerait aux alentours de 1,2%. Les estimations pour 2015 partagées par ONUSIDA indiquent un taux de prévalence de 1,1% chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, ce qui représente une population d'environ 64,000 (entre 51,000 et 85,000) personnes âgées de 15 ans et plus vivant avec le VIH. Plus de 38,000 d'entre eux seraient des femmes. Dans la population âgée de 10 à 19 ans le nombre des enfants et adolescent.e.s vivant avec le VIH est estimé à 3,500 dont 1,900 filles. Ces chiffres sont proches de ceux fournis par l'EDS de 2012 qui avait trouvé que, tous sexes confondus, le taux de prévalence national s'établissait à 1,2% chez les personnes âgées de 15-49 ans avec un taux plus élevé chez les femmes (1,4%) que chez les hommes (1,0%). Dans cette population le groupe des jeunes âgés de 15 à 19 ans serait moins affecté que les groupes plus âgés avec les hommes plus affectés que les femmes (0,6% contre 0,1%). La prévalence chez les jeunes adolescent.e.s scolarisé.e.s de 15 à 24 ans atteignait 0,2% avec une prédominance masculine (0,3% contre 0,2% féminine) contre 0,4% chez les jeunes travailleurs du même âge.

³⁵ Principaux Indicateurs Sociodémographiques et Economiques, RGPH-4, 2013, Benin

3.2 Causes et déterminants de l'état de santé des enfants et adolescent.e.s

Les décès, maladies et problèmes nutritionnels décrits dans les paragraphes précédents sont encore fréquents au Bénin en raison des déficits dans l'offre de services, la qualité des prestations disponibles, le manque d'accès aux services de santé de base et l'utilisation de pratiques appropriées à domicile. Ce contexte est exacerbé par la faible gouvernance du système de santé, l'insécurité alimentaire récurrente et des pratiques culturelles inadéquates durant la grossesse, la naissance et les soins prodigués aux nourrissons.

Figure 1 : Pyramide sanitaire



3.2.1 Une offre de soins aux enfants en amélioration

Une offre de soins est considérée comme performante quand la structure du système de santé est adéquate, quand les services de santé pour les enfants sont disponibles et quand ces services ont la capacité de vacciner les enfants par 3 doses de DTCP, lutter efficacement contre le paludisme et prendre en charge correctement les grossesses et les nouveau-nés durant la grossesse, l'accouchement et durant la période post-natale précoce.

3.2.1.1 Le système de santé du Bénin et son architecture

Un système de santé est défini comme l'ensemble des organisations, institutions et ressources qui sont consacrées à la production d'actions de santé et font atteindre le meilleur niveau possible de bonne santé³⁶

³⁶ Définition OMS

à tous les individus. Selon l'OMS un tel système doit reposer sur six piliers: services; prestations de services; ressources humaines; système d'informations sanitaires; produits médicaux; vaccins et technologies; financement; leadership et gouvernance. Les pays Africains dans la Déclaration de Ouagadougou de 2008 sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique ont rajouté à ces piliers les technologies; la participation communautaire; le partenariat pour le développement de la santé; et la recherche.

Les autorités du Bénin ont mis en application ces recommandations et ont construit un système capable de répondre aux besoins en soins de santé de base de tous tels que définis pour les soins de santé primaires. Les différents gouvernements ont maintenu la pyramide sanitaire à trois niveaux basés sur le principe que les services d'un niveau de l'offre de soins complètent ceux fournis par le niveau qui est hiérarchiquement inférieur.

Le niveau périphérique comprend 34 zones sanitaires³⁷ où se concentre l'essentiel de la demande de soins et de l'offre de services de base. Couvrant de 100,000 à 200,000 habitant.e.s une zone sanitaire est constituée de Centres de Santé d'Arrondissement, de Centres de Santé de Commune, d'un hôpital de référence et de formations sanitaires privées. Chacune de ces entités dispose de son propre organe de gestion et toutes les unités de la zone sanitaire sont supervisées par une équipe d'encadrement coordonnée par un médecin-coordonnateur.

Au niveau intermédiaire, on trouve les 12 Directions Départementales de la Santé et les six (06) Centres Hospitaliers Départementaux qui constituent les structures administratives et de soins de référence pour les zones et les hôpitaux de zones. Ces deux entités sont dirigées par le Directeur Départemental de la Santé aidé par un Conseil de Direction. Chaque équipe de zone et départementale a pour mandat d'exécuter les programmes et plans sanitaires nationaux en les adaptant aux spécificités locales, d'en contrôler la mise en œuvre et de fournir l'appui technique aux équipes du niveau inférieur.

Les Directions Départementales de la Santé constituent une des pièces essentielles du système de santé parce qu'elles sont chargées de fournir l'assistance technique aux communes et équipes locales de zones pour l'élaboration et la gestion des plans d'action sectoriels locaux ainsi que d'assurer la supervision et le contrôle des structures locales de santé. Chaque direction départementale de la santé comprend un service spécialement dédié à la santé de la mère et de l'enfant.

Le niveau central ou national est constitué du Ministère de la Santé (MS) et des institutions qui lui sont rattachées (Centres Nationaux, Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels...). Le Ministère de la santé est chargé de la conception, mise en œuvre et suivi de la politique de l'Etat en matière de santé publique. Son organisation générale suit le schéma organisationnel recommandé par le gouvernement et les organisations internationales de référence. La plupart des organes et services sont concernés par les problèmes de santé de l'enfance mais la responsabilité principale est attribuée à la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) et ses subdivisions. Ces dernières disposent de la responsabilité en matière de conception,

³⁷ En suivant la nomenclature OMS une zone sanitaire correspond à un district sanitaire.

diffusion et suivi de la mise en oeuvre de la politique, des normes et protocoles en matière de santé des enfants, des adolescent.e.s, jeunes et mères. Ces attributions couvrent également les domaines de la planification familiale, de la lutte contre les mutilations génitales féminines et de la nutrition. Cette direction travaille de concert avec plusieurs programmes d'envergure nationale (Programme National de Lutte contre le Paludisme-PNLP, Programme Santé de Lutte contre le SIDA-PSLS), et plusieurs agences sanitaires (Agence Nationale de Vaccination-ANV, Agence Nationale de Transfusion Sanguine-ANTS). Le ministère bénéficie du conseil technique de l'Agence Nationale de la Vaccination et des Soins de Santé Primaires, de l'Agence Nationale de la Gestion de la Gratuité de la Césarienne, de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, du groupe des facilitateurs de l'initiative «Faire Reculer le Paludisme», du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé ainsi que de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille.

Cette organisation du système de santé répond aux normes recommandées par les organisations internationales pour les pays ayant des profils épidémiologique et économique proches de ceux du Bénin. Quand les intrants sont disponibles la répartition des responsabilités et tâches entre les différents niveaux est un facteur d'efficacité du système car elle rend les interventions sanitaires financièrement supportables pour l'Etat et les communautés. La priorité donnée à la mise en place des centres de santé comme service de premier contact est adaptée à l'épidémiologie du pays et aux attentes des populations éloignées des centres urbains (plus de 50% de la population est rurale). La palette de soins de proximité qui y est offerte est assez large pour répondre à la plupart des demandes et besoins de soins des enfants et des femmes enceintes. L'implication croissante des acteurs privés, notamment ceux qui appartiennent aux organisations caritatives ou de la société civile, est une valeur ajoutée au système de santé public car elle a un effet direct sur l'amélioration de la disponibilité des services de premiers contacts. Toutefois cette implication du secteur privé n'est pas encore suffisante pour endiguer efficacement le phénomène des guérisseurs et vendeurs ambulants de médicaments qui sont parfois les seuls prestataires accessibles aux populations les plus pauvres et notamment celles qui habitent en milieu rural.

3.2.1.2 Les infrastructures et les services de soins

Depuis l'adhésion du pays à l'Initiative de Bamako, les autorités ont progressivement étendu les services de soins à l'ensemble du territoire national. Elles ont aussi profité des grands mouvements auxquels le pays a adhéré (Objectifs du Millénaire pour le Développement, mouvement mondial en faveur de la couverture santé universelle³⁸, Objectif de Développement Durable) pour les renforcer et « faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût

³⁸ Selon l'OMS «la couverture (sanitaire) universelle consiste à veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin et à ce que ces services soit de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne des difficultés financières pour les usagers».



abordable » (Objectif 3 des Objectifs de Développement Durable).

Une couverture sanitaire en constante amélioration qui nécessite cependant d'être réajustée

L'Etat a assuré ses obligations en adaptant progressivement la nature des prestations aux besoins des enfants, en établissant une hiérarchisation par paliers de soins et en concentrant les prestations sur des «soins à haut impact

(Paquet d'Interventions à Haut Impact, PIHI)». Ces choix stratégiques ont permis d'augmenter le nombre des formations sanitaires publiques de base (728 en 2010 et 1,422 en 2015) ce qui à son tour a permis au taux de couverture sanitaire de progresser de 88% en 2010 à 91,6%³⁹ en 2015 (cf. tableau 5). Ce taux est considéré comme un des meilleurs en Afrique de l'Ouest.

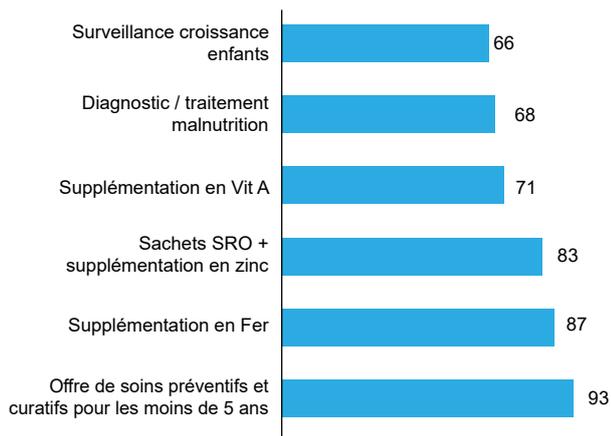
Tableau 5 : Nombre de formations sanitaires et couverture sanitaire en 2016

Département/ Zone sanitaire	Arrondissement	Centre de Santé (Disp+Mat)	Dispensaire seul	Maternité seule	Arrond couvert en CS	Taux de couverture sanitaire (%)	Population
Alibori	41	47	18	3	40	97,6	961 772
Atacora	47	66	12	0	41	87,2	856 221
Atlantique	74	71	10	6	65	87,8	1 550 241
Borgou	43	73	16	7	43	100,0	1 346 260
Collines	60	54	3	13	53	89,8	795 480
Couffo	50	49	5	9	48	96,0	826 358
Donga	26	46	3	5	26	100,0	602 178
Littoral	13	15	1	2	11	84,6	752 833
Mono	35	38	2	29	35	100,0	551 302
Oueme	52	94	2	1	51	98,1	1 220 038
Plateau	29	62	0	0	29	100,0	690 035
Zou	76	60	1	15	58	77,3	944 162
Bénin	546	675	73	90	500	91,6	11 096 879

Source : annuaire des statistiques 2016

³⁹ Annuaire statistiques sanitaire 2013, Ministère de la Santé, Bénin.

Graphique 11 : Disponibilité de prestations de soins de base



Source : Enquête SARA 2015

Actuellement ces infrastructures constituent un système de soins relativement cohérent qui offre une gamme très variée de prestations en adéquation avec le profil épidémiologique des maladies des enfants. Les premiers soins sont fournis aux niveaux familial et communautaire par les relais communautaires sous forme d'un Paquet de soins de base appelé PIHI-C comprenant la planification familiale, les soins postnataux, la prévention et le traitement du paludisme, l'assainissement de base, la vaccination, la nutrition, la PCIME, etc.

Au niveau des centres de santé, un Paquet de Soins à Haut Impact plus large et plus sophistiqué (PIHI+) permet de fournir des prestations curatives, préventives, promotionnelles et de réadaptation sous forme de consultations curatives et préventives pour les maladies fréquentes de l'enfant. Les prestations incluent également la vaccination, le dépistage et la prise en charge des enfants malnutris, les consultations prénatales, les accouchements simples, les soins pour les pathologies chroniques fréquentes, l'éducation pour la santé et l'évacuation des malades vers l'hôpital de zone. Cet hôpital prend alors les relais et offre des prestations médico-chirurgicales, des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONUB), des examens de laboratoire, de radiologie ainsi que l'hospitalisation. Les Centres Hospitaliers Départementaux, situés au deuxième niveau de la pyramide sanitaire constituent un autre maillon de la chaîne de soins car ils disposent d'un plateau technique adapté à une prise en charge plus sophistiquée des malades référés par les hôpitaux de zone. Au sommet on trouve le Centre National Hospitalier Universitaire (CNHU) qui représente la structure de référence nationale et qui n'offre que des prestations très spécialisées.

Cette organisation et le renforcement de la couverture sanitaire ont permis d'améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de services de soins destinée aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes. En 2015, selon l'enquête SARA⁴⁰, près de 78% des formations sanitaires offraient des services de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (SMNI) avec un niveau très élevé pour les soins préventifs et curatifs (98%), le diagnostic/

traitement de la malnutrition (68%), la supplémentation en vitamine A (95% contre 55% en 2006), la supplémentation en fer (disponibles⁴¹ dans 83% des services), la surveillance de la croissance (66%), la distribution de sachets de SRO+supplémentation (83%), l'accouchement (87% contre 70% en 2013), la vaccination (78% contre 72% en 2013), la planification familiale (83% contre 72% en 2013) et le conseil et dépistage du VIH/SIDA et la PTME, (respectivement 72%, 46% en 2015 contre 51%, 47% en 2013) (cf. graphique 11).

Cette amélioration de la couverture ne s'est cependant pas traduite par une offre de soins plus équitable car le système n'a pas drastiquement réduit les disparités qui existaient entre les départements et à l'intérieur des départements entre les zones sanitaires. En 2013, le taux de couverture sanitaire atteignait 100% dans les départements de la Donga, de l'Atacora, du Borgou, du Mono et du Plateau mais ne dépassait toujours pas 85% dans celui de Zou. A l'intérieur de ce département le taux de couverture sanitaire était supérieur à 93% dans la zone sanitaire d'Abomey - Agbangnizoun - Houéyogbé mais n'atteignait que 72,2% dans la zone de Cové - Ouinhi - Zagnanadi et 82,8% dans celle de Bohicon- Za Kpota - Zogbodomé.

Les lacunes du secteur public auraient pu être comblées par le secteur privé si ce dernier avait une couverture suffisante, ce qui n'est pas encore le cas. Les structures privées appartiennent soit au secteur privé libéral soit aux organisations humanitaires. Elles comprennent des cliniques, des cabinets médicaux généralistes ou spécialisés, des cabinets dentaires, des centres de diagnostic (laboratoires et radiologie) ainsi que des cabinets de soins paramédicaux et des cliniques d'accouchement simple tenus par des infirmiers et sages-femmes. Les formations sanitaires de type humanitaire sont soit de type confessionnel soit de type humanitaire et généralement gérées par des Organisations Non Gouvernementales. Ces dernières travaillent souvent en appui au secteur public et ne fournissent pratiquement que les soins de base. Le secteur pharmaceutique privé, quant à lui, se compose de trois producteurs locaux de médicaments et consommables, cinq grossistes répartiteurs, 154 officines et 252 dépôts. Faute de coordination au sein du secteur privé et avec le secteur public, ce secteur privé remplit tant bien que mal ses obligations. Les formations sanitaires relevant des ONG et du monde confessionnel travaillent généralement en coordination avec le secteur public et supportent ainsi une partie de la charge de travail. Elles s'installent généralement dans des zones négociées avec les autorités et se lient à ces dernières par des protocoles d'accord (les prestations sont du même type et de même coût que celles offertes par le secteur public). Il n'en va pas de même avec le secteur privé libéral qui fonctionne de manière très indépendante et ne se met pas dans une stratégie de complémentarité avec les secteurs public et confessionnel.

Infrastructures et services pour jeunes et adolescent.e.s

Les services de soins spécialement dédiés aux adolescent.e.s sont quasi-inexistants car les prestations ne sont généralement disponibles que dans les services de santé généraux. Les enquêtes SARA montrent que l'offre

⁴⁰ Services Availability and Readiness Assessment (Disponibilité et Capacité Opérationnelle des Services de Santé) Ministère Santé, 2015

⁴¹La disponibilité des services mesure la présence des infrastructures et personnels sanitaires et l'utilisation des services.



pour jeunes et adolescent.e.s s'est améliorée (en 2015 plus de 90% des services de santé offraient des prestations pour jeunes et adolescent.e.s contre 73% en 2013) mais que le contenu et la qualité de cette offre variaient d'une formation sanitaire à une autre. En 2015, seulement 4% des formations sanitaires étaient capables d'offrir les six prestations utilisées comme éléments traceurs SARA. Environ 60% des formations sanitaires offraient des services de contraception par pilules, 58% délivraient des préservatifs masculins, 33% assuraient le conseil et dépistage du VIH, 25% fournissaient un traitement antirétroviral et 22% disposaient de pilules contraceptives d'urgence. Seulement 40% des formations sanitaires disposaient d'une réelle capacité opérationnelle (26% en 2013) définie comme la disponibilité concomitante de personnels formés, de moyens de diagnostic du VIH et des préservatifs masculins. L'offre la meilleure était disponible dans les départements du Couffo (100%), de la Donga, du Littoral et du Zou (99%) et la moins bonne dans le département de l'Alibori (24%). Ces prestations étaient davantage disponibles dans les formations sanitaires publiques (64% des hôpitaux de zone et de département et 58% des centres de santé de premier contact) que dans le secteur privé (36%). En matière de conseil et dépistage du VIH l'offre de services était relativement bonne dans le département des Collines (77%) et du Zou (65%) mais faible dans celui du Plateau (9%) et du Couffo (9%). Dans seulement cinq des douze départements les services de soins étaient capables d'offrir un traitement antirétroviral.

3.2.1.3 Une répartition des ressources humaines qui peut être améliorée

L'Etat a consenti ces dernières années à d'énormes sacrifices pour renforcer le volet ressources humaines. En 2016, le Bénin disposait pour 10,000 habitant.e.s de 1,6 médecins (1,25⁴² en 2010), 5 infirmiers (4,06 en 2010) et 5,8 sages-femmes (1,52 en 2010). Ces améliorations n'ont, cependant, pas été suffisantes pour permettre aux formations sanitaires d'offrir des prestations de soins maternels et infantiles en quantité et qualité suffisantes. Un rapport du ministère de la santé⁴³ a relevé qu'en 2014 l'offre

en personnels qualifiés en santé maternelle et infantile ne couvrait qu'environ 33% des besoins et que des efforts devaient être faits pour recruter 1,867 sages-femmes, 1,832 infirmiers diplômés, 533 médecins, 162 pédiatres et 127 gynécologiques-obstétriciens pour atteindre les normes OMS.

Cette insuffisance quantitative est de plus exacerbée par une répartition inéquitable des personnels disponibles et une politique de formation inadéquate. Dans quelques départements (Atlantique et Littoral) la densité des personnels dépasse largement la moyenne nationale alors que dans d'autres (Couffo, Plateau et Collines) elle se situe à des niveaux très bas (Cf. tableau 6) en raison de la préférence des personnels à travailler en milieu urbain et d'un certain laisser faire des personnels chargés de la gestion des ressources humaines. Le milieu urbain mobilise 48% des effectifs médicaux et 60% des médecins spécialistes. Pour contourner cette contrainte, l'Etat a recruté 1,443 infirmiers brevetés et 5,462 aides-soignant.e.s mais ces personnels ne sont pas toujours considérés comme des soignant.e.s suffisamment qualifié.e.s pour les soins à prodiguer aux enfants malades.

Encadré 2 : Offre de services

Malgré un grand bond quantitatif (la population couverte par un centre de santé est passée de 14,274 en 2010 à 7,254 en 2015), l'offre de services de soins doit encore relever plusieurs défis pour pouvoir assurer une prise en charge correcte des enfants malades, notamment les enfants âgés de 0 à 1 mois. Malgré une amélioration significative, l'offre de services pour les soins obstétricaux et nataux d'urgence de base (SONUB) ne dépassait pas 63% (67% en 2013). Le fonctionnement du système de référencement et de contre référencement, nécessite, lui aussi, de sérieuses améliorations car les évacuations sanitaires restent rares en raison de l'insuffisance des équipements et des coûts élevés que doivent supporter les communautés.

⁴² Annuaire des statistiques sanitaires, Ministère de la santé, 2014.

⁴³ «Les ressources humaines en santé maternelle, Néonatale et infantile au Bénin de 2014 à 2024 - Planification stratégique», 2014

Tableau 6 : Principaux ratios du personnel soignant par corps et par département en 2016

Département	Population	Médecins		Infirmiers		Sages-femmes		Ratio (Méd+ Inf+ SFE) pour 10000 Habts
		Nb	Méd pour 10000 Hab	Nb	Inf pour 10000 Hab	Nb	SFE pour 10000 Habts	
Alibori	961 772	24	0,2	266	2,8	35	0,4	3,4
Atacora	856 221	52	0,6	302	3,5	52	0,6	4,7
Atlantique	1 550 241	290	1,9	742	4,8	268	1,7	8,4
Borgou	1 346 260	112	0,8	786	5,8	136	1,0	7,7
Collines	795 480	28	0,4	312	3,9	44	0,6	4,8
Couffo	826 358	23	0,3	164	2,0	41	0,5	2,8
Donga	602 178	23	0,4	172	2,9	36	0,6	3,8
Littoral*	752 833	770	10,2	1114	14,8	350	4,6	29,7
Mono	551 302	42	0,8	207	3,8	61	1,1	5,6
Ouémé	1 220 038	151	1,2	562	4,6	254	2,1	7,9
Plateau	690 035	24	0,3	174	2,5	48	0,7	3,6
Zou	944 162	43	0,5	315	3,3	82	0,9	4,7
Bénin	11 096 879	1582	1,4	5116	4,6	1407	1,3	7,3

Source : DHIS2, 2016, * y compris CNHU

Tableau 7 : Rayon Moyen d'Action Théorique (RMAT) des centres de santé par zone sanitaire en 2016

Département	Nombre	
	CS	RMAT
Alibori	98	9,2
Atacora	81	9,1
Atlantique	87	3,4
Borgou	191	6,6
Couffo	68	3,2
Donga	54	8,1
Littoral	18	1,2
Mono	69	2,7
Oueme	94	2,1
Plateau	62	4,1
Collines	75	7,7
Zou	82	4,5
Bénin	979	6,1

Source : Annuaire des statistiques 2016

Cette situation de pénurie en ressources humaines qualifiées est également exacerbée par un pilotage inapproprié de la politique de formation continue. L'enquête SARA 2015 a révélé que seulement 23% des agents de santé avaient été formés à la prise en charge intégrée de l'enfant malade.

A moins d'efforts particuliers de la part de l'Etat et de ses partenaires, cette pénurie de ressources humaines qualifiées risque de s'aggraver durant les prochaines années. Malgré une pression démographique croissante, le scénario le plus optimiste en matière de ressources humaines prévoit que la part des personnels qualifiés ne pourra progresser qu'à 44% en 2024 car au manque de budget national s'ajoute la contrainte financière imposée par les états membres de l'UEMOA qui prévoit que dans le Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT) un pays

ne peut consacrer plus de 35% de ses ressources aux ressources humaines travaillant dans le secteur de la santé maternelle et infantile.

3.2.1.4 Des produits médicaux, vaccins, équipements et technologies plus disponibles mais toujours insuffisants

La disponibilité des équipements, médicaments et vaccins essentiels est l'un des déterminants clés de la capacité opérationnelle⁴⁴ de l'offre de services. L'enquête SARA 2015 a révélé que l'indice de la capacité opérationnelle

⁴⁴ La capacité apprécie la capacité des établissements de soins à fournir des services de base. Elle s'apprécie par la disponibilité et le fonctionnement de certains éléments requis pour une bonne prestation des services. Elle s'exprime en indice qui est une moyenne des scores des aménagements, confort, équipements essentiels, capacité de diagnostic et traitement.

avait progressé de 59% en 2013 à 65% en 2015, avec de bonnes progressions constatées en matière de services de soins préventifs et curatifs destinés aux enfants, ce qui montre les efforts déployés par l'Etat pour améliorer l'offre en services de Santé Maternelle Néonatale et Infantile (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Disponibilité des services et des intrants essentiels dans les formations sanitaires

	SARA 2013	SARA 2015
Services d'accouchements	70 %	90 %
Services de vaccination	72 %	78 %
Centre de planification familiale	72 %	83 %
Médicaments pour le paludisme	-	82 %
Anti Rétroviraux /Nivérapine (ARV)	14 %	53 %
Produits nécessaires au diagnostic du VIH	75 %	92 %
Produits nécessaires au diagnostic paludisme	75 %	80 %
Services de soins prénataux et de soins de l'enfant	34 %	64 %
SONUB	67 %	63 %
PTME/Anti Rétroviraux /femmes (ARV)	18 %	59 %

Source : Enquête SARA 2013 et 2015

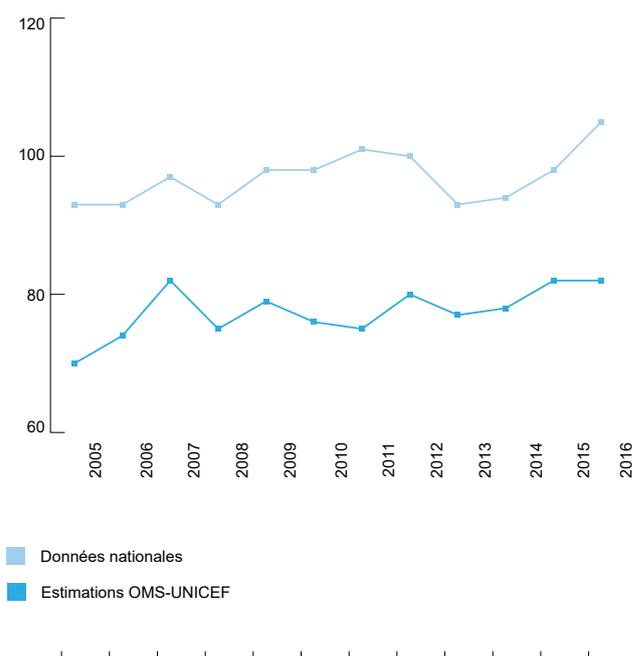
L'amélioration de la disponibilité des intrants (médicaments essentiels, produits pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et produits nécessaires au diagnostic du VIH et du paludisme) s'est accompagnée par celles des prestations en accouchement, vaccination, planification familiale, soins curatifs et préventifs des enfants. Cette amélioration de la disponibilité en intrants a été le fruit des efforts conjugués en termes financiers et logistiques. Le ministère de la santé a notamment procédé à la restructuration de la Centrale d'achat des médicaments, à la création de dépôts répartiteurs pour la distribution des Médicaments Essentiels Génériques et à l'informatisation de la gestion des médicaments (MEG-Médistock). Cependant et malgré ces efforts on estime que la disponibilité des médicaments essentiels et la capacité de diagnostic sont encore faibles car le rythme des améliorations est encore lent. Les enquêtes SARA ont révélé que la disponibilité des médicaments n'avait progressé que de 40% en 2013 à 41% en 2015 et la capacité diagnostic de 32% en 2013 à 51% en 2015. Aucune des formations sanitaires évaluées ne présentait tous les éléments traceurs requis pour être déclarée 100% performante (Cf. tableau 8).

3.2.1.5 Efficacité des services de soins aux enfants

Associées les disponibilités des infrastructures, des ressources humaines et des intrants (médicaments...) déterminent en grande partie l'efficacité des services. Celle-ci peut être mesurée selon plusieurs méthodes mais celle qui est prônée par le Global Immunisation Vaccine Strategy (GIVS)⁴⁵ et qui est le plus en rapport avec la santé des enfants estime qu'un système efficace pour les enfants est celui qui garantit un taux élevé d'enfants ayant reçus les trois doses du vaccin DTC et a assuré une prévention et une prise en charge correcte des cas de paludisme, des diarrhées et des infections respiratoires aiguës.

⁴⁵ La GIVS cible l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le contrôle de la rougeole et de la fièvre jaune

Graphique 12 : Couverture vaccinale DTC3 2005-2016



Depuis plusieurs années les performances des services de vaccination se maintiennent à des niveaux corrects grâce aux efforts déployés par le ministère de la santé et ses partenaires pour renforcer le système de routine et intensifier les campagnes de masse. Selon l'enquête MICS 2014, près de 35% des enfants âgés de 24 à 35 mois et 42% des enfants de 12 à 23 mois avaient été complètement vaccinés avant l'âge d'un an. Près de 62% des enfants âgés de 12-23 mois avaient reçu leur troisième dose du vaccin contre la poliomyélite et 71% leur troisième dose de Pentavalent avant leur premier anniversaire. Près de neuf enfants sur dix avaient été vaccinés contre la tuberculose et 64% contre la rougeole. Ces niveaux de vaccination ont fait reculer la poliomyélite (le dernier cas de poliomyélite date

du 19 avril 2009), la rougeole (significativement réduite) et le tétanos (il est déclaré éliminé⁴⁶ du pays).

Si la vaccination des enfants s'est améliorée elle reste toutefois caractérisée par un essoufflement des performances du programme. Ceci expliquerait en partie la persistance de disparités entre milieux rural et urbain, entre départements et entre catégories socio-économiques. En 2014, environ 48% des enfants âgés de 12 à 23 mois vivant en milieu rural étaient complètement vaccinés contre près de 53% en milieu urbain. Dans les départements, la proportion d'enfants ayant reçu tous les vaccins recommandés variait de 66% dans les Collines à 32% dans le Plateau. Le taux de couverture était de 47% quand la mère n'était pas instruite et 69% quand celle-ci avait un niveau secondaire 2 ou plus. Dans les ménages les plus pauvres, le taux de couverture des enfants complètement vaccinés ne dépassait pas 40% contre 66% dans les ménages les plus riches.

Encadré 3 : Vaccination

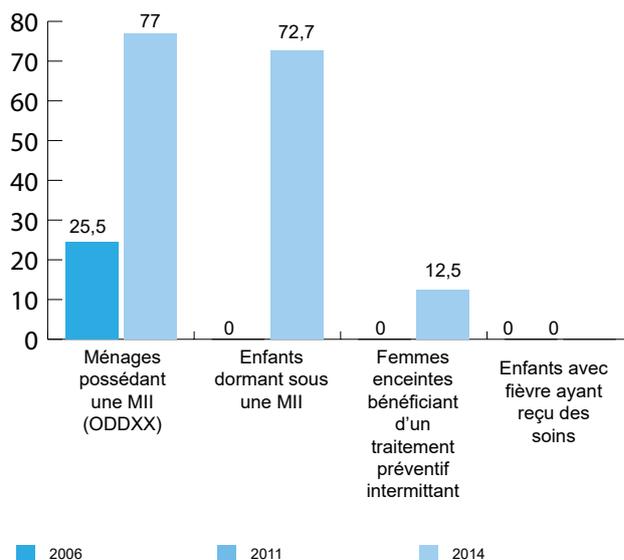
La disponibilité des vaccins et des matériels associés (seringues, cartes de vaccination...) est considérée comme un indicateur critique de l'efficacité du système de vaccination. L'enquête SARA de 2015 a montré que le pays devait améliorer le système de vaccination. Le vaccin contre la poliomyélite n'était disponible que dans 81% des formations sanitaires, le vaccin Antiamaril dans 80% des formations sanitaires, le vaccin Pentavalent et le Rouvax dans 79% des formations sanitaires, le vaccin contre les pneumonies (PCV13) et le BCG dans 77% des formations sanitaires. En même temps 13% des formations sanitaires avaient connu une ou plusieurs ruptures en vaccins DTP-HépB-Hib. Le nombre de ces ruptures variait d'un département à un autre avec le plus grand nombre de ruptures notifiées par les préfectures de Zou (34%) et Atacora (27%) et du Littoral (15%).

Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, les performances des services de soins varient d'un domaine à un autre. Les services de santé sont efficaces en matière de distribution des moustiquaires et de sensibilisation des communautés. L'enquête MICS 2014 a montré que 75% des ménages béninois possédaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII), ce qui permettait à 73% des enfants de moins de 5 ans et 47% de femmes enceintes de dormir protégées. L'enquête a cependant révélé qu'en matière de prestations de soins pour le paludisme les services n'étaient pas toujours disponibles. L'enquête de 2014 a montré que les parents étaient davantage à rechercher l'assistance d'une formation sanitaire quand les enfants étaient malades qu'en 2011 (dans 44% de cas de fièvre chez les enfants âgés de 0 à 59 mois contre 38,6% en 2011⁴⁷) ; mais que seulement 26% des cas ont été traités par un antipaludéen. Le volet prévention chez la femme semble aussi marquer le pas après s'être rapidement amélioré : la proportion des femmes qui avaient bénéficié du traitement préventif intermittent contre le paludisme durant leur dernière grossesse s'est réduite de 23% en 2011 à 13% en 2014.

⁴⁶ Le Bénin est certifié exempté de tétanos maternel et néonatal depuis 2010

⁴⁷ EDS-MICS IV 2011

Graphique 13 : Prévention et prise en charge du paludisme



Source: MICS 2014

En matière de prise en charge des maladies diarrhéiques les services de soins ont des difficultés à maintenir le niveau des prestations atteint les années antérieures: la proportion des cas de diarrhées chez l'enfant est passée de 6,3% en 2011 à 10%⁴⁸ en 2014, celle des parents qui recherchaient une assistance auprès d'un établissement de santé ou un prestataire de santé quand l'enfant a de la diarrhée a baissé de 37% en 2011 à 28% en 2014 et celle des enfants malades recevant une thérapie de réhydratation orale a reculé de 54% en 2011 à 42,5% en 2014.

Dans le domaine de la prise en charge des Infection Respiratoires Aiguës (IRA), les performances des services de soins varient également d'un domaine à un autre traduisant une certaine difficulté des équipes sanitaires à maintenir les acquis par les programmes et projets. En 2014, 24% des mères/ gardiennes reconnaissaient au moins un des deux signes d'alerte de la pneumonie, et alors que 50% des mères connaissaient les deux signes d'alerte de la pneumonie, elles n'étaient que 23%⁴⁹ à rechercher des conseils et des traitements pour les enfants suspectés graves contre 31% en 2011⁵⁰.

Globalement, l'efficacité des services de soins dédiés aux enfants s'est améliorée grâce aux investissements réalisés pour augmenter l'offre de services. Elle n'a cependant pas encore atteint le niveau souhaité car les parents rencontrent encore beaucoup de difficultés à obtenir les services que nécessitent les enfants. Interrogées sur les problèmes qu'elles rencontrent dans les formations sanitaires les mères utilisatrices des services de soins citent l'état déficient des centres de santé (46%), la faible qualification des personnels (19% pour le personnel qualifié), la mauvaise qualité de l'accueil (11%) et les mauvais équipements (8%). En 2014, le taux de fréquentation des services publics n'a pas dépassé 50,4%. De nombreux parents sont encore obligés de recourir au

⁴⁸ EDS-MICS IV 2011

⁴⁹ MICS V, INSAE-UNICEF, 2014

⁵⁰ EDS-MICS IV 2011

Encadré 4 : Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi, Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, Commune de Sème-Kpodji

«Ici quand tu tombes malade et tu vas à l'infirmerie ; après t'avoir examiné on te dit de repartir et de revenir après, sans rien te donner comme calmants. C'est la difficulté que moi j'éprouve en matière de santé».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

secteur privé libéral, à la médecine traditionnelle ou tout simplement de ne recourir à aucun soin. Cette désaffection des services s'explique par les contraintes citées plus haut mais aussi par des problèmes d'accessibilité géographique et financière présentés ci-dessous.

3.2.2 L'accès des enfants aux services de soins, nutrition et eau et assainissement

L'accessibilité, définie comme la capacité matérielle à accéder aux services sociaux, intègre plusieurs dimensions. L'accessibilité géographique traduit la possibilité physique de recourir aux prestataires des services quand on en a besoin. Elle est conditionnée par la proximité ou l'éloignement du lieu de la prestation. L'accessibilité financière, elle, mesure la capacité des personnes à payer les coûts directs des soins ainsi que les coûts indirects occasionnés pour l'obtention de ces soins. Ces deux déterminants n'étant pas suffisants pour qualifier l'accès on y ajoute traditionnellement l'accès aux infrastructures d'eau et d'assainissement de base et le genre car ceux-ci conditionnent également fortement les pratiques essentielles à la santé des enfants. Le Bénin a ciblé la réduction de ces barrières en améliorant la couverture sanitaire par de nouvelles implantations, en renforçant les stratégies qui rapprochent les services de soins des utilisateurs (stratégies sanitaires fixes, mobiles, campagnes de vaccination de masse) et en introduisant de nouvelles formules de financements de soins (gratuité des soins pour les enfants et les femmes enceintes, mutuelles santé, micro-assurance, RAMU⁵¹).

3.2.2.1 L'accès géographique aux services de soins

Selon les données du Ministère de la Santé⁵², l'accès géographique de la population aux formations sanitaires est adéquat. En moyenne toutes les formations sanitaires ne sont pas éloignées de leurs populations cibles de plus de 6,6 km. En 2009 plus de 66% de la population habitaient dans un rayon supérieur à 5 km⁵³). L'accès est estimé comme étant particulièrement bon pour les services de soins de base destinés aux enfants et aux femmes (Cf. Tableau 9). Cette facilité d'accès a permis au système de santé d'enregistrer de bonnes performances dans les domaines des naissances en milieu sanitaire (87%⁵⁴ des

⁵¹ Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

⁵² Budget programme 2016-2018 secteur santé propositions budgétaires, Ministère de la Santé

⁵³ Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018

⁵⁴ MICS V, INSAE-UNICEF, 2014

naissances ont eu lieu dans une formation sanitaire), des accouchements assistés de personnels qualifiés (77,2% de ces accouchements), et de suivi post natal des femmes et des enfants. Plus de 87% des femmes accouchées ainsi que 80% des nouveau-nés ont bénéficié d'examen de santé post-nataux.

Tableau 9 : Accessibilité aux services de soins

Interventions	Accessibilité en 2013	Accessibilité en 2015
Vaccination	92	100
CPN+	73	81
PTME	68	68
PF	66	68
Accouchements assistés	70	77
Prise en Charge de la Malnutrition Aigue Sévère	58	58

Source : annuaire statistiques sanitaires 2013 et 2015

Malgré ces bonnes performances, les services pour certains soins restent éloignés de la population surtout s'il s'agit de soins sophistiqués. Seulement 50% de la population dispose d'un accès à un hôpital de référence quand elle en a besoin et 13% de la population vivent à plus de 30 km du premier hôpital de référence. Cette situation est très pénalisante pour les populations rurales et pauvres quand il s'agit de soins d'urgence.

3.2.2.2 La barrière financière

La barrière financière constitue un autre handicap important à l'accès aux services de soins. En 2012, les paiements directs des soins assurés par les béninois et béninoises avaient atteint 92% des dépenses de santé alors que la moyenne pour l'Afrique s'établissait à 61,6% selon l'OMS. Pour lever cette barrière qui constituait un grand frein à l'utilisation des services de soins de base l'Etat a mis en place une panoplie de mesures financières parmi lesquelles on trouve des mesures de gratuité collective ciblées sur les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (consultations prénatales, césariennes, accouchements), des mesures de gratuité sectorielle ciblées sur des pathologies (les plus connues sont la gratuité des prestations du Programme Elargi de Vaccination, du Programme de lutte contre le paludisme, de la PTME et des Anti Retro Viraux, du Programme de Lutte contre la Tuberculose) et plus récemment des mesures

Encadré 5 : Extrait d'un entretien individuel avec un quadragénaire, père d'enfant de moins de 17 ans, Municipalité de Parakou

«La fois dernière ma fille était malade et hospitalisée, Je n'avais pas du tout de l'argent. C'est par l'intermédiaire de la sage-femme et d'un ami que ma fille a été totalement prise en charge à crédit avec la condition de régulariser plus tard.»

Source : enquête qualitative SITAN, Juin 2017

d'assurance maladie intitulé «Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)». Le but de ces mesures était surtout d'alléger la charge financière pour les ménages pauvres. Si certaines mesures sont déjà effectives depuis plusieurs années (politiques de gratuité collective ou sectorielle) et étendues à toute la population il n'est pas évident qu'elles aient effectivement contribué de manière équitable aux enfants et femmes enceintes. L'enquête MICS 2014 a montré que les ménages les plus pauvres étaient systématiquement défavorisés: 40% des enfants étaient complètement vaccinés (66% dans les ménages les plus riches), 25% de ces ménages avaient au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MI) pour deux personnes (46% chez les ménages les plus riches) et 56% des femmes en âge de procréer étaient protégées contre le tétanos néonatal (77% des femmes des ménages les plus riches). Plusieurs motifs sont invoqués comme l'incapacité de couvrir les coûts induits par les transports pour accéder aux formations sanitaires ou satisfaire l'obligation qui leur est signifiée de participer aux coûts de fonctionnement du centre.

3.2.2.3 Accessibilité à l'eau potable et l'assainissement de base

La fréquence des maladies est aussi fortement déterminée par les pratiques familiales en matière d'évacuation des excréta, de lavage des mains et d'utilisation de l'eau de boisson, pratiques qui sont elles-mêmes conditionnées par les niveaux de disponibilité, d'accès et d'utilisation des installations d'eau potable et d'assainissement de base.

Selon le rapport du Joint Monitoring Programme (JMP) de l'année 2015, l'accès à l'eau potable s'est beaucoup amélioré. Le taux est passé de 56% en 1990 à 78% en 2015 au niveau national avec des progressions remarquables en milieu urbain (progression de 73% à 85%) et importantes en milieu rural (de 49% à 72%). Ceci a permis au pays de dépasser la cible des Objectifs du Millénaire pour le Développement fixée pour le milieu rural à 67.3%. Ces progressions auraient pu être meilleures si le plus gros programme financé par l'aide extérieure n'avait été gelé pour des problèmes de gouvernance du secteur. Ces améliorations ont été accompagnées par une plus grande utilisation de l'eau de bonne qualité. L'enquête MICS indique qu'en 2014 plus de 72% de la population utilisait une source améliorée d'eau de boisson (77% en milieu urbain et 68% en milieu rural). Ces moyennes cachent cependant d'importantes disparités entre départements, communes et villages. La même enquête a montré que le taux d'accès variait entre 50% dans le département de la Donga et 99.3% dans celui du Littoral.

Les progrès dans le domaine de l'assainissement ont été moins importants. Le rapport du JMP de 2015 indique que le taux d'accès à un assainissement adéquat a progressé de 7% en 1990 à 20% en 2015 sur le plan national. Ce qui représentait un accroissement de 0.52 point par an pour un pays où le taux de croissance de la population atteint 3.5%. Durant la même période la pratique de la défécation à l'air libre a régressé passant de 79 à 53% au niveau national et de 95% à 76% en milieu rural. Malgré ces progrès le déficit en utilisation des moyens d'assainissement adéquats reste important; selon le MICS 2014 environ 13% de la population utilisait des installations d'assainissement améliorées non partagées.

L'accès aux installations d'eau et d'assainissement est fortement corrélé aux critères milieu de résidence, niveau d'instruction des chefs de ménages et conditions socio-économiques. Les ménages les plus favorisés sont ceux qui habitent le département du Littoral. Environ 3% de la population y disposent en même temps d'un accès à une source d'eau de boisson et à des toilettes améliorées. Les populations les plus pénalisées habitent le département des Collines (3%). Cette enquête a, également, relevé que la proportion des ménages disposant d'un lieu dédié au lavage des mains ne dépassait pas 11% à l'échelle nationale.

Ces améliorations en termes de disponibilité et d'accès à l'eau potable et l'assainissement de base se sont traduites par une amélioration des pratiques familiales mais dans des proportions qui restent insuffisantes pour avoir des impacts importants sur la santé des enfants. Selon le MICS V 2014 seulement 28% des ménages enquêtés évacuaient de façon hygiénique les selles des enfants. Cette pratique variait énormément selon le lieu de résidence des familles. La bonne pratique atteint 47% en milieu urbain mais ne dépasse pas 13% en milieu rural. Elle est fréquemment pratiquée dans le département du Littoral (79%) mais très peu dans celui de l'Alibori (8%). En matière d'hygiène, la MICS 2014 indiquait que parmi les 11% des ménages disposant d'un lieu spécifiquement dédié au lavage des mains, seulement 8% d'entre eux avaient à la fois de l'eau et du savon (ou un autre produit de nettoyage) disponibles. Cette proportion variait de 27% dans le département du Littoral à 1% dans le département de l'Alibori. Elle était de 13% en milieu urbain et de 5% en milieu rural.

Encadré 6 : Extrait d'un entretien individuel avec une mère âgée de 32 ans, Koudo, Commune de Lokossa

«Moi, mes enfants vont déféquer dans la nature car nous ne disposons pas de toilettes dans notre maison. Les tout-petits le font par-terre et nous les ramassons pour les jeter dans la brousse. Quant à l'entretien des lieux, c'est moi-même qui m'occupe de la propreté des chambres pour permettre aux enfants de s'occuper de leurs exercices de classe».

Source : enquête qualitative SITAN, Juin 2017

3.2.2.4 Genre et accès aux soins

Le fait d'être une fille ou une femme est source d'inégalités sur le plan sanitaire. Les politiques et stratégies du secteur de la santé mettent d'abord l'accent sur l'accès universel aux services de santé et sur une meilleure qualité des soins destinés à la mère et à l'enfant. Si un lien de cohérence peut être établi entre les objectifs spécifiques sectoriels et l'objectif de la Politique Nationale de Promotion du Genre (PNPG), il est à noter que les politiques et stratégies ne stipulent pas de manière explicite que les filles devraient bénéficier d'un accès privilégié aux services de soins en raison de leur vulnérabilité et des conditions qui leurs sont spécifiques (forte exposition aux violences comme enfants

domestiques, exploitation sexuelle, grossesses précoces, anémie...). Leur accès aux soins reste aussi inégal en raison de la résistance des hommes et des communautés alors que bon nombre de ceux-ci sont informés des dangers des grossesses précoces caractérisées par des taux élevés de mortalité maternelle et de leurs impacts sur les enfants (malnutrition, mortalité excessive, orphelins...). L'étude de 2014 sur les budgets-programmes et politique de développement⁵⁵ indique qu'il n'est pas toujours évident de retrouver dans les budgets programmes de la santé la logique d'intervention de la PNPG à travers des résultats attendus et des indicateurs spécifiques. Cette étude note l'absence des indicateurs de performances capables de mesurer la contribution du secteur santé à la réalisation des objectifs fixés dans la Politique Nationale de la Promotion du Genre (PNPG) au Bénin.

3.2.3 Financement du secteur de la santé

En 2013, les dépenses totales consacrées au secteur de la santé avaient atteint 4% du Produit Intérieur Brut et représentaient 10,7% des dépenses totales du gouvernement⁵⁶, ce qui correspondait à une moyenne de 82 dollars US par habitant et par an, une augmentation nette par rapport aux années antérieures (66 USD en 2008) mais en légère régression par rapport à l'année précédente. Ces dépenses étaient assurées par l'Etat, les collectivités locales, les organismes de sécurité sociale, les programmes d'Assurance Maladie à Base Communautaire (AMBC), les employeurs, les partenaires au développement et les utilisateurs et utilisatrices.

L'Etat constitue le plus gros contributeur puisque qu'il assure en moyenne 54,2% des dépenses de santé (chiffres de 2013 selon l'observatoire OMS) ce qui représente environ 7% des dépenses publiques annuelles⁵⁷ un taux très inférieur par rapport à l'engagement pris par le pays à Abuja mais dans la moyenne de ceux observés dans les pays de l'Afrique sub-saharienne. En pourcentage du PIB, les dépenses santé de l'Etat ont progressivement augmenté passant de 1,92% en 2000 à 2,47% en 2013 avant, d'amorcer, à nouveau, une tendance à la baisse. Ce niveau de dépenses déjà largement insuffisant pour équiper et faire fonctionner les services de soins est, de plus, distribué sans tenir compte des besoins réels des régions et des niveaux de pauvreté de leurs populations⁵⁸. L'Enquête SARA⁵⁹ conduite en 2015 a noté que seulement 37% des formations sanitaires publiques du milieu rural disposaient des équipements essentiels contre 55% pour les formations sanitaires urbaines.

Cet apport insuffisant de l'Etat oblige les ménages à contribuer massivement aux dépenses de santé. Ils en financent 44%, bien plus que les 21% fournis par l'aide extérieure, les 4% des entreprises et les 3% des ONG et fondations. Les contributions des communes auxquelles a été transférée la charge de construire des infrastructures sanitaires et d'en assurer la maintenance dans le cadre de

la politique de décentralisation ne sont pas quantifiables car très minimes. Les contributions de la sécurité sociale et des nombreuses AMBC (il y aurait environ 200 programmes AMBC actifs sur les 2,000 programmes projetés) sont quant à elles marginales car elles n'assurent la protection que de 5% de la population malgré tous les espoirs placés dans le développement des mutuelles.

En matière de gestion des finances publiques, le processus utilisé est celui de l'administration publique basé sur les principes universels d'annualité, universalité, unité budgétaire et de la séparation des pouvoirs. Si la gestion actuelle applique bien ces principes celle-ci n'est pas performante. La revue du Système de Gestion des Finances Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat (2014) a révélé que les dépenses du niveau primaire du système de santé (niveau des communes et villages) avaient constamment diminué (de 52% en 2007 à 32% en 2013) alors que celles du niveau central augmentaient (de 33% à 48% durant la même période) limitant considérablement la capacité des services du niveau primaire à jouer le rôle de levier pour la réduction de la mortalité infantile-juvénile et maternelle. La revue a aussi noté que ces allocations se faisaient également au détriment des populations vulnérables car elles défavorisaient les populations et les régions qui en avaient le plus besoin. Les calculs faits lors de cette revue ont montré que durant la période 2007-2013, les dépenses de santé par habitant avaient été 25 fois plus élevées dans le département du Littoral que dans le département du pays le moins bien financièrement pourvu. Les explications trouvées attribuaient cette situation au fait que les budgets étaient préparés par des décideurs et décideuses centraux qui n'utilisaient pas les indicateurs produits par le Service de la Gestion du Système d'Information et n'impliquaient pas suffisamment leurs homologues du niveau périphérique. Pour lever ces barrières les autorités avaient entamé depuis 2013 l'adaptation des outils aux directives UEMOA. A terme, ce processus devrait permettre de mieux lier les allocations des ressources aux résultats attendus, de renforcer la transparence dans les allocations par une meilleure visibilité pour les entités de contrôle (Parlement et citoyens) et de déconcentrer l'ordonnancement des dépenses. Les changements n'ont pas été encore tous effectifs et n'ont pas encore eu tous les effets escomptés.

3.2.4 Gouvernance du système de santé...des résultats mitigés

Les droits à la survie et à la bonne santé des enfants et des mères sont garantis quand l'Etat de droit est assuré au moyen d'une gouvernance adéquate basée sur des procédures codifiées, un dispositif législatif adéquat et des mécanismes administratifs et gestionnaires performants. Ceci permet au système de santé d'assurer la disponibilité des services, leur fonctionnement adéquat et leur utilisation équitable.

3.2.4.1 Le cadre législatif

Pour faire fonctionner ce système l'Etat a mis en place un dispositif législatif relativement satisfaisant en adéquation avec les principaux traités et conventions internationaux ratifiés par le Parlement (cf. tableau1). Ce dispositif comprend de nombreux actes législatifs (lois)

⁵⁵ Etude sur les budgets-programmes et politique de développement, Ministère du Développement de l'Analyse économique et de la prospective, 2014

⁵⁶ L'Observatoire Globale de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

⁵⁷ Revue des Dépenses Publiques et Responsabilité financière de l'Etat, Ministère des finances, 2014

⁵⁸ Engagement d'Abuja recommandant que les pays accordent au secteur de la santé 15 pour cent du budget national d'ici 2025

⁵⁹ Services Availability and Readiness Assessment (Disponibilité et Capacité Opérationnelle des Services de Santé) Ministère

et réglementaires (arrêtés, décrets, décisions) dans des domaines variés tels que la survie, la santé, la nutrition, l'eau potable et l'hygiène.

Le Bénin a adhéré aux principales décisions et recommandations africaines régissant la santé :

- Déclaration de Dakar relative à l'épidémie du Sida en Afrique (1992).
- Déclaration de Tunis relative au Sida et l'enfant africain (1994).
- Appel d'Alger pour l'intensification de la lutte contre le Sida en Afrique adopté par la 2^{ème} session de la Commission du Travail et des Affaires Sociales de l'OUA (avril, 2000).
- Déclaration d'Abuja sur l'initiative « Faire reculer le paludisme en Afrique » (avril 2000).
- Engagement d'actions de Ouagadougou pour la mise en œuvre des décisions et recommandations des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) en vue du renforcement de la lutte contre le VIH/Sida en Afrique (mai 2000).
- Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique « NEPAD » (mai 2002).

Sur le plan national les actes et mesures les plus importants du dispositif législatif sont :

- La Constitution. Elle garantit le droit à la vie et le droit à un environnement à tous les individus.
- Le code du Travail. Il inclut des dispositions spécifiques en faveur des femmes salariées (congé de maternité et repos pour favoriser des pratiques optimales d'allaitement).
- Les lois de 1984 et 1985 et l'arrêté 2009 qui portent sur le contrôle des denrées alimentaires.
- Le décret de 1994 qui porte sur la lutte contre la pollution et l'amélioration de l'environnement.
- Le décret de 1997 qui régleme la commercialisation des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons.
- La loi de 1999 qui porte sur l'environnement.
- La loi de 2004 qui porte sur la prévention et la répression des mutilations génitales féminines.
- La loi 2006 qui porte sur la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction, la prise en charge et contrôle du VIH/SIDA et la lutte contre les questions de discrimination par rapport au VIH/SIDA.
- Le décret 2009/245 qui porte sur la création, l'organisation, les attributions et le fonctionnement du Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition.
- L'arrêté de 2009 qui porte sur la réglementation, production et commercialisation du sel iodé.
- Le décret de 2009 qui porte sur la création et la définition des attributions, de l'organisation et du fonctionnement du Conseil de l'Alimentation et de la Nutrition (CAN).

- Le décret 2011 qui porte sur la création d'une Commission Nationale de fortification des aliments en micronutriments.
- Les différents arrêtés qui consacrent les aspects sectoriels santé de la politique de décentralisation.
- Les arrêtés qui rendent gratuits les soins de la vaccination, du paludisme, et de la césarienne.
- Le code de l'Hygiène Publique.
- Le code de l'eau.

Ce dispositif paraît adapté aux besoins du système de santé et suffisant pour couvrir tous les aspects relatifs au développement du système de santé, sa mise en œuvre et son fonctionnement. Cependant et malgré la force qu'il peut conférer aux professionnels de santé, aux organisations de la société civile et aux communautés pour protéger les droits à la santé; ce dispositif n'est pas appliqué de manière efficace parce qu'il est peu connu, notamment par ceux qui sont censés l'appliquer et parce qu'il manque des mécanismes de contrôle notamment en termes de reddition des comptes des principaux obligataires.

3.2.4.2 Politiques et stratégies sanitaires

Le Bénin, pays pionnier dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et de l'Initiative de Bamako, figure, également, parmi les pays où les autorités sont les plus promptes à introduire les innovations recommandées pour améliorer la disponibilité et l'accès aux soins de santé de base.

La politique sectorielle de santé actuelle découle des principes de l'initiative IHP+. Elle repose sur le Plan National de Développement Sanitaire pour la période de 2009 à 2018 (PNDS). Celui-ci privilégie : a- la réduction de la mortalité maternelle et infantile et la prévention, la lutte contre les maladies et l'amélioration de la qualité des soins ; b- la valorisation des ressources humaines ; c- le renforcement du partenariat dans le secteur et promotion de l'éthique et de la déontologie médicale ; d- l'amélioration du mécanisme de financement du secteur; et e- le renforcement de la gestion du secteur. A côté de ces outils majeurs le pays dispose, également, d'un arsenal de politiques et stratégies qui sont soit de type supranational (Plan Bénin révélé qui a succédé à la Stratégie Nationale de Réduction de la Pauvreté) soit de type sous-sectoriel. Ces derniers couvrent différents domaines :

- La stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2006-2015 et la politique de Santé Familiale (SF). Celles-ci prévoient pour chaque volet, des services adaptés aux différentes cibles avec les niveaux de prestations suivant la pyramide sanitaire nationale.
- La stratégie Nationale Multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes au Bénin 2010-2020. Elle cible la santé du groupe vulnérable des jeunes.
- La Déclaration de politique nationale d'allaitement maternel. Elle vise la protection, l'encouragement et la promotion de l'allaitement adoptée en 1992 et revue en 2009.
- La stratégie nationale pour l'alimentation du

nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH.

- Le Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition.
- Le Programme d'Alimentation et de Nutrition axé sur les résultats (2009).
- La Déclaration de Politique de Population (DEPOLIPO) de 1996 vise l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations et la promotion d'une fécondité responsable.
- La Déclaration nationale tripartite concernant le VIH/SIDA/IST en milieu de travail.
- La Stratégie nationale de la PTME 2010-2015.
- Le Cadre Stratégique National de Lutte Contre les IST/VIH/SIDA.
- La stratégie Nationale d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement en milieu Rural et son Plan d'Action 2005-2015.
- La Politique Nationale de l'eau de 2008 et la stratégie d'hydraulique urbaine 2006-2015.
- La Politique Nationale d'assainissement et la stratégie nationale d'assainissement des eaux usées en milieu urbain.
- Le Programme National de Gestion de l'Environnement (PNGE).
- Le plan stratégique de développement des ressources humaines du secteur de la santé 2009-2018.
- Le Plan Directeur National de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées.
- La politique pharmaceutique nationale.
- Le plan intégré de communication pour la survie de la mère du nouveau-né et de l'enfant.
- Le plan stratégique national de communication pour la vaccination.

Qu'elles soient supranationales, sectorielles ou sous sectorielles, ces politiques et stratégies font l'objet de révisions régulières de la part des autorités qui ont pour souci de les maintenir en adéquation avec les changements qui s'opèrent dans le profil épidémiologique du pays ou dans les politiques nationales de lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Les initiatives adoptées et les révisions qui ont été effectuées ces dernières années par les autorités nationales ont été judicieuses car elles ont notamment permis d'accélérer la stratégie de réduction des inégalités dans le domaine de l'offre et de l'accès aux soins et dans la prévention des maladies les plus fréquentes de l'enfant. Les mesures les plus efficaces ont été la révision du calendrier vaccinal avec l'introduction de nouveaux vaccins (hépatite, pneumocoques...), l'intégration d'un volet supplémentation en vitamine A au programme de vaccination de routine, la stratégie de distribution à grande échelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'extension rapide à grande échelle des thérapies antirétrovirales, l'adoption des stratégies dites à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant, l'introduction des mesures de gratuité et de facilitation financière et l'introduction d'approches pilotes

destinées à améliorer la gestion des services (mécanismes de budgétisation et des dépenses de nouveaux outils comme la stratégie de rémunération aux résultats FBR/BM).

3.2.4.3 Organisation du secteur de la santé

Pour mettre en oeuvre ce cadre stratégique le Bénin a opté pour une architecture générale du système de santé béninois qui respecte les recommandations internationales faites aux pays basant leur politique sanitaire sur la Déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires. L'organisation des services correspond à celle d'un système orienté vers la satisfaction des besoins en santé de base en réponse au profil épidémiologique observé localement (prévalence des maladies transmissibles, malnutrition, faible qualité des soins...) et privilégiant les groupes vulnérables dont les enfants.

Les autorités ont progressivement adapté cette organisation et son fonctionnement pour intégrer les impératifs de la politique de la réforme territoriale (décentralisation et participation communautaire) et de la réforme économique et budgétaire (amélioration des performances à travers des allocations budgétaires basées sur les concepts d'équité et de gestion axée sur les résultats). Ces restructurations se sont traduites par la mise en place des 34 zones sanitaires et par des améliorations dans les mécanismes des processus de planification, budgétisation, suivi-évaluation et coordination intra et intersectorielle.

Si Globalement l'organisation du système est adéquate, le système doit encore relever de grands défis dans les domaines de la planification, du suivi, et de la gestion pour améliorer ses performances et mieux répondre aux attentes et besoins de la population.

3.2.4.4 Planification et suivi

Les capacités du système de santé en planification sont considérées comme relativement bonnes. Chaque année des gestionnaires installés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire élaborent des plans de travail annuels assortis d'indicateurs standardisés en se référant aux objectifs du Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Ils utilisent également les leçons apprises durant les revues semestrielles. Ces plans sont budgétisés et compilés dans un document national accompagné de son Cadre de Dépenses à Moyen Terme (CDMT). L'élaboration du plan national tient compte du COMPACT préparé avec les Partenaires Techniques et Financiers. Les décideurs utilisent aussi plusieurs outils comme ceux de la plateforme « Renforcement du Système de Santé (RSS) » développée pour augmenter les rendements du système. La pratique montre, cependant, que ce processus est en grande partie virtuel car les plans produits au niveau local ne tiennent pas compte du COMPACT, ne sont pas assortis de plans de suivi effectifs et n'intègrent pas des éléments essentiels comme les interventions de préparation et réponse aux urgences humanitaires. Conséquemment la mise en oeuvre des interventions se fait de manière très aléatoire à l'exception de celle des programmes nationaux qui suivent un processus parallèle pour la planification et la mise en oeuvre.

Le système de santé dispose d'un système d'informations sanitaires performant intitulé le «Service de la Gestion du Système d'Information Intégré». Ce système produit des rapports réguliers (monitoring semestriel, annuaire annuel des statistiques sanitaires...) contenant des informations pertinentes sur les performances des services et pouvant être utiles aux décideurs et décideuses à tous les niveaux du système de santé pour la planification, la gestion et l'allocation des ressources. En plus de ce mécanisme de routine, le pays conduit de manière régulière des évaluations pour jauger le fonctionnement du système. La majorité de ces évaluations cible les domaines prioritaires pour les enfants et les femmes en âge de procréer comme l'évaluation de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide-2011, l'évaluation de la décision de la gratuité des soins de santé primaires des enfants de 0 à 5 ans sur la pauvreté-2012, l'évaluation de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne au Bénin-2013, l'évaluation de la qualité de la consultation prénatale-2014, l'évaluation rapide de la planification familiale au Bénin-2012, l'évaluation de la disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé au Bénin en 2013 et 2015 (SARA), l'évaluation de la politique de gestion du système de santé-2014, l'évaluation du secteur privé de la santé au Bénin-2013, l'enquête de couverture vaccinale-2015, l'évaluation du plan sur l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cependant, les informations produites ne sont pas optimalement utilisées lors des exercices de planification et de distribution des ressources (cf. section gestion des finances publiques).

La coordination est l'un des éléments qui assure l'intégration et la complémentarité des interventions multi sectorielles que nécessite l'action sanitaire. L'Etat a prévu à cet effet différents mécanismes de coordination pour les différents niveaux de la pyramide sanitaire. Au niveau périphérique la coordination est normalement assurée par les comités villageois, les Comités de Gestion d'Arrondissement (COGEA) pour les CSA, les Comités de Gestion de la Circonscription Sanitaire de Commune (COGEC) pour les CSCOM et les Comités de Coordination de la zone sanitaire. Les premiers niveaux sont censés assurer la participation des communautés aux décisions en termes de fonctionnement des services de soins alors que le comité au niveau de la zone a pour mandat de réguler la carte sanitaire de la zone et de s'assurer que les fonctions planification, mise en œuvre, suivi et participation intersectorielle sont effectives. Au niveau intermédiaire qui correspond aux Directions Départementales de la Santé (DDS), la coordination est assurée par le Directeur Départemental de la Santé aidé par le Conseil de Direction (CODIR). Cette coordination est chargée du suivi des processus de planification et l'articulation avec les autres secteurs. Au niveau central ou national, le Ministère de la Santé (MS) coordonne le travail des institutions qui lui sont rattachées (Centres Nationaux, Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels ou CAME...) et s'assure de l'implication des départements dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. A ce mécanisme central traditionnel s'ajoutent les nombreuses instances de coordination créées dans différents domaines (partenariat public/privé, santé des jeunes et adolescents...). Dans la réalité, la coordination aux niveaux périphériques et intermédiaires se résume la plupart du temps à une fonction de simple partage d'informations comme le montre la quasi absence de plans annuels de zones et de départements et

l'absence d'implication de ces niveaux dans le mécanisme d'allocation des ressources budgétaires. Au niveau central, la coordination est un peu plus performante mais reste globalement très faible car les mécanismes en place sont plus utilisés pour de la concertation que pour de la coordination. Par exemple, le processus de réformes entamé en 2007 pour revitaliser le volet nutrition a permis la création d'un Secrétariat permanent du Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition censé combler les lacunes de coordination. Cependant, le manque de motivation des différents acteurs impliqués n'a permis, ni de mobiliser des ressources suffisantes, ni d'élaborer un plan d'utilisation coordonné pour le peu de ressources disponibles. De même, le manque de coordination entre les secteurs public et privé constitue une opportunité ratée car une bonne coordination aurait permis une meilleure répartition de l'offre de soins de base sur le territoire. Les structures privées restent concentrées dans les départements déjà nantis à l'exception de quelques hôpitaux religieux à but non lucratif bien intégrés dans le système sanitaire. Les initiatives développées pour la santé des jeunes et des adolescent.e.s sont faiblement coordonnées et n'ont pas pu induire les changements qualitatifs souhaités⁶⁰.

3.2.5 Pratiques familiales essentielles et normes sociales

Selon les données de la littérature internationale⁶¹ la réduction de la mortalité et des maladies chez l'enfant ne peut pas être obtenue si les familles ne fournissent pas aux enfants les soins opportuns au domicile, ne collaborent pas avec les agents de santé et ne bénéficient pas d'un soutien éclairé de leurs communautés. Les familles diminuent les risques sanitaires qui guettent les enfants en adoptant des comportements adéquats en termes de prévention et en réagissant opportunément quand les enfants sont malades. Dans une situation comme celle du Bénin, il est attendu que les membres de la famille sachent comment suivre une grossesse et puissent adopter des comportements favorables à la survie de la mère et du nouveau-né: comment allaiter les enfants, comment et quand offrir aux enfants les aliments de complément et les micronutriments appropriés, comment évacuer les excréta et les déchets, quand se laver les mains, comment et quand vacciner les enfants, comment utiliser une moustiquaire, quand avoir recours à un service de soins et comment administrer au domicile les traitements préconisés. Ces aspects ont été régulièrement couverts par les nombreux plans de communication pour le changement de comportements supportés par les différents acteurs du système de santé. Le pays dispose depuis 2015 d'un plan intégré de communication pour mieux adresser les 15 pratiques familiales favorables à la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et améliorer la demande des services. Les résultats obtenus en termes de changement de comportements réels varient d'un domaine à un autre.

Une bonne pratique de l'allaitement maternel et des compléments nutritionnels durant la fenêtre d'opportunité que constituent les 1,000 jours est déterminante pour la croissance et le développement du nourrisson et du jeune enfant. L'enquête MICS 2014 a montré que les comportements des mamans du Bénin se sont améliorés

⁶⁰http://www.expandnet.net/PDFs/Benin_Strategie_Nationale_SRAJ_2010-2020%5D.pdf

⁶¹ *Vers de meilleures pratiques familiales et communautaires, OMS et l'Unicef*

Encadré 7 : Gouvernance du système de santé

L'amélioration de la gouvernance du système de santé demeure un grand défi pour les autorités du Bénin, notamment dans le contexte actuel caractérisé par des processus de décentralisation et déconcentration inachevés. Les partenaires du Bénin estiment que globalement les pilotages et leadership au niveau central sont adéquats et que l'Etat a rempli ses obligations pour doter le secteur d'un cadre législatif complet, de politiques et stratégies sanitaires appropriées, d'un système de suivi et de coordination cohérent. Cependant, tout le monde s'accorde pour reconnaître que l'utilisation de ces dispositifs et mécanismes doit être renforcée à tous les niveaux notamment en matière de planification, suivi, gestion des ressources en luttant plus efficacement contre la politisation de l'administration publique et en rendant la politique de reddition de compte plus effective.

pour ces deux pratiques. La proportion des enfants allaités exclusivement au sein a progressé de 33% en 2011 selon l'EDS à 41% en 2014 et la pratique de l'introduction des aliments de complément après l'âge de six mois a augmenté de 58% en 2011 à 73% en 2014. Cependant, le niveau atteint par ces améliorations n'est pas encore suffisant pour protéger correctement les enfants de la malnutrition et des maladies. Un grand nombre de mères ne commence pas à allaiter suffisamment tôt (un enfant sur deux est mis au sein dans la première heure de sa vie) et/ou n'allait pas exclusivement le nourrisson pendant les 6 premiers mois (elles arrêtent l'allaitement trop tôt et/ou n'introduisent pas à temps l'alimentation de complément). Les causes de ces comportements sont le manque de connaissances des parents sur les bonnes pratiques, la persistance de croyances traditionnelles dommageables aux enfants (le jeune enfant ne doit pas manger d'œuf parce qu'il deviendra un voleur...) et les difficultés que rencontrent les familles à accéder aux aliments en quantité et qualité suffisantes. L'enquête AGVSA de 2013 indique que 45% des ménages font face à une insécurité alimentaire qui est sévère (11%) ou limite (34%) et que cette situation serait aussi liée à une consommation alimentaire inadéquate et chronique qui pourrait être combattue par une meilleure utilisation des produits locaux disponibles tout le temps.

Les pratiques en matière d'évacuation des excréta des enfants, du lavage des mains et d'utilisation de l'eau de boisson jouent également un rôle déterminant dans le statut sanitaire des enfants. Les données les plus récentes (AGVSA 2013) rapportent que seulement 10,2% des mères ou tutrices (gardiennes) d'enfants se lavaient les mains aux 5 moments critiques. Selon le MICS 2014, environ 86% des ménages ne disposaient pas d'un lieu spécifique où les membres de la famille pouvaient se laver les mains. Sur les 11% de ménages disposant d'un endroit où se laver les mains seulement 8% disposaient à la fois de l'eau et d'un produit de nettoyage. Le pourcentage de ménage possédant du savon est influencé par le niveau de vie des ménages. Le savon est disponible chez 5% des ménages les plus pauvres et chez 80% des ménages les plus riches. L'évacuation des excréta de l'enfant n'était hygiénique que dans 28% des cas et variait selon le milieu de résidence. L'évacuation était plus hygiénique

en milieu urbain (47% contre 13% en milieu rural) dans certains départements (79% des cas dans le département du Littoral et seulement 9 et 8% respectivement dans les Collines et l'Alibori). Cette pratique est très influencée par le niveau d'instruction de la mère (77% quand celle-ci atteint le secondaire 2 ou plus contre 18% chez celles qui ne sont pas instruites) et le niveau socio-économique des ménages (3% dans les ménages les plus pauvres et 77% dans les ménages les plus riches).

Encadré 8 : Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi du Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, commune de Sème-Kpodji

« Nous avons les deux types de toilettes: sanitaire et ordinaire. Et on utilise les deux, on a le choix. La majorité préfère les toilettes du dehors. Certains vont même dans la brousse qui se trouve dans la maison. La nuit nous avons peur d'aller dehors. Du coup on utilise les toilettes sanitaires mais dans la journée on préfère celles ordinaires ».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

Au Bénin, les données de la dernière revue externe du PEV conduite en 2014 montrent que le système de santé dispose d'une bonne capacité d'atteinte des cibles du programme de vaccination (94%) mais que tous les enfants ne sont pas vaccinés ou ont un statut vaccinal inconnu. Les données de la couverture vaccinale validées par cartes montrent que 60% seulement des enfants sont complètement vaccinés (77% si on ajoute la validation par l'histoire de la vaccination de l'enfant) et que moins de deux enfants sur cinq (37%) sont complètement et correctement vaccinés (selon les âges d'administration et les intervalles entre les doses définis officiellement). Les raisons de la non vaccination des enfants qui ont été identifiées au cours de la revue PEV montraient que dans 78% des cas d'enfants non vaccinés les raisons étaient dues aux comportements des parents. Ceux-ci étaient soit non motivés soit manquaient d'informations alors que globalement la vaccination est bien acceptée par la population. En fait les comportements des parents

Encadré 9 : Extrait de FGD avec les mères d'enfants de moins de 17 ans, Houêdo/Commune d'Abomey-Calavi

« Quand mes enfants sont malades je leur prépare de la tisane durant des jours et s'ils ne sont pas guéris, c'est à ce moment que je les amène à l'hôpital. Ça dépend aussi de la maladie. Je suppose que l'enfant souffre des maux de ventre, dans ce cas je vais acheter des médicaments au bord de la voie pour lui donner, ou si c'est le paludisme je vais en brousse pour chercher des feuilles que je prépare pour lui donner. Je donne cette tisane en fonction de l'âge de l'enfant. Si je constate qu'il vomit à chaque prise c'est à ce moment que je l'amène à l'hôpital ».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

varient selon plusieurs facteurs. Les parents habitant en milieu rural seraient moins enclins à vacciner les enfants (l'enquête MICS 2014 indique que 48% des enfants étaient complètement vaccinés en milieu rural contre 53% en milieu urbain). Les parents appartenant aux groupes les moins instruits et les plus pauvres ont plus ou moins la même attitude. Environ 47% des enfants de mères non instruites sont vaccinés contre 69% des enfants ayant une mère qui a atteint un niveau secondaire 2 ou plus. Près de 40% des enfants des ménages les plus pauvres sont vaccinés contre 66% dans le quintile le plus riche.

Les campagnes de sensibilisation répétées pour faire reculer le paludisme ont produit des changements de comportements positifs car elles ont pu faire reculer certaines croyances pourtant bien ancrées comme la croyance qui était très répandue au Bénin qui liait le mode de transmission du paludisme au soleil (d'où l'appellation locale du paludisme de « maladie du soleil »). Une communication bien ciblée a permis de progressivement remplacer l'appellation traditionnelle de la maladie par une nouvelle qui signifie « maladie des moustiques ». Ce changement a accéléré le recours aux moustiquaires. Aidées par une forte disponibilité sur le marché des moustiquaires, les familles les utilisent plus fréquemment (la proportion des utilisateurs de moustiquaires imprégnées d'insecticide a atteint 85% au niveau national⁶²) en accordant la priorité aux enfants de moins de 5 ans (selon la MICS 2014 environ 87% des enfants vivant dans des ménages ayant au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide ont dormi sous cette moustiquaire). Toutefois des efforts de changement de comportements doivent être soutenus car la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous moustiquaires diminue au fur et à mesure que l'enfant grandit (78% chez les moins de 12 mois contre 67% chez les enfants âgés de 4 ans).

Les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), le paludisme et la déshydratation induite par la diarrhée constituent des causes fréquentes de décès des enfants. Aussi, une reconnaissance des signes de danger et une réaction appropriée des parents sont déterminantes pour assurer la survie de l'enfant. L'enquête MICS 2014 a montré que les activités de communication destinées à renforcer les capacités des mères à mieux réagir méritaient d'être renforcées. En 2014, les signes de danger, les mieux connus par les mères en cas de fièvre grave étaient les vomissements (47%), l'incapacité à téter ou à boire (35%), les convulsions (24%), la fièvre avec éruption (20%), la léthargie ou l'inconscience (17%). Moins de la moitié des mères savaient qu'un vomissement (47%), une incapacité à téter ou à boire (35%), des convulsions (24%), ou une léthargie de l'enfant ou son inconscience (17%) était un signe qui devait les alerter et leur faire rechercher l'aide d'un personnel de santé en cas de fièvre grave. Ce comportement variait en fonction de la nature de la maladie de l'enfant et du lieu d'habitation de la famille. Dans le cas des infections respiratoires aiguës les mères savaient que la difficulté à respirer (65%), le vomissement (35%), l'incapacité à téter ou à boire (25%) constituaient des signes de danger mais seulement 24% d'entre elles connaissaient au moins un des deux signes d'alerte de la pneumonie. Les plus fortes proportions de mères bien informées se trouvaient dans les départements du Couffo (34%), de l'Ouémé (32%) et de l'Alibori (30%) et les plus faibles dans les départements de Zou (9%), de la Donga

⁶² MICS V, INSAE-UNICEF, 2014

(11%) et du Mono (15%). Il en est pratiquement de même pour les comportements vis-à-vis du paludisme ou la diarrhée malgré la forte prévalence de ces maladies ce qui supposait une bonne connaissance de leurs symptômes.

Les niveaux des autres pratiques concernant les enfants (accouchement, soins prénataux) et les adolescent.e.s (protection contre les IST et le VIH-SIDA) sont corrélés aux niveaux d'instruction des mères, aux conditions socio-économiques des ménages, au genre du chef de ménage et à la qualité et l'importance des campagnes de communication. Dans le domaine du VIH, la MICS 2014 a montré que seulement 18% des femmes et 32% des hommes avaient une connaissance approfondie du VIH. Chez les adolescentes et jeunes de 15 à 24 ans 3,5% avaient eu des rapports sexuels avec plus d'un partenaire et seulement 31% d'entre eux avaient utilisé des préservatifs. Dans le domaine des soins obstétricaux et périnataux les pratiques ont positivement changé. L'enquête MICS 2014 a noté que près de huit femmes sur dix (77%) avaient accouché avec l'aide d'un personnel qualifié, près de huit femmes sur dix (78,2%) avaient utilisé les services de soins pour des examens de santé post-natals et 78% des nouveau-nés avaient bénéficié d'un examen de santé après la naissance dans un établissement de santé ou à domicile. Ces changements positifs n'ont cependant pas eu lieu dans tous les domaines: seulement 58,7% des femmes ont effectué les 4 visites prénatales recommandées. Ce comportement est fortement corrélé au niveau d'instruction de la mère (51% chez les femmes non instruites à 87% chez celles ayant un niveau d'instruction supérieur) et à l'indice de bien-être économique du ménage (35% chez les ménages les plus pauvres et 83% dans les ménages riches).

Les enfants sont parfois conscients de la nécessité de recourir à des soins mais leur statut de personne de rang inférieur et le manque de moyens les rend tributaires des décisions prises par les adultes.

Encadré 10 : Extrait d'un entretien individuel avec un garçon de 16 ans en situation d'école, CEG –Lougba, commune de Bantè

«Quand je suis malade, je ne vais à l'hôpital de façon systématique en raison du manque de moyens de mes parents. J'essaie toujours d'abord l'automédication ou la tisane dans la perspective de me soulager».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

3.2.6 Les partenariats

La multiplicité des domaines à couvrir et des intervenant.e.s spécialisé.e.s associée à l'insuffisance des ressources nationales impose de facto le recours au partenariat comme stratégie prioritaire de développement du secteur de la santé, le partenariat étant défini comme l'association de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun.

Actuellement le Bénin a établi des partenariats stratégiques dans les principaux domaines qui concernent la santé de la mère et de l'enfant. Un partenariat stratégique basé sur l'initiative «Partenariat International pour la Santé et

Initiatives associées (International Health Partnership ou IHP+ a pour objectif l'amélioration la santé de la population dans le cadre de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD). Ce partenariat a permis d'élaborer un COMPACT national avec cinq partenaires clés (OMS, UNICEF, UNFPA, Banque Mondiale et Coopération Belge). Cet outil devait permettre d'aligner les apports de ces PTF avec le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2018. Ce partenariat rencontre quelques difficultés à se mettre en place en raison des retards pris par les mécanismes financiers nationaux à se reformer (principe d'alignement de la Déclaration de Paris) et à la difficulté que rencontrent les PTF à faire de la programmation conjointe.

Un deuxième partenariat bâti autour de la plateforme commune «Renforcement du Système de Santé» (RSS) avec l'OMS, la Banque Mondiale, le Fonds Mondial, GAVI et la Coopération Belgique vise à renforcer les capacités de leadership du gouvernement en vue d'une meilleure maîtrise des plans nationaux par les autorités centrales du Bénin. Ce partenariat supporte l'approche Financement Basé sur les Résultats (FBR) dans dix-neuf (19) zones sanitaires adoptée par le Ministre de la Santé dans le cadre du Programme de Renforcement de la Performance du Système Santé (PRPSS).

Un troisième type de partenariat cible le développement des cadres stratégiques sous sectoriels.

Organisations	Domaines d'intervention
Fonds Mondial	VIH, Tuberculose et Paludisme
ONUSIDA	Appui stratégique et appui ponctuel pour l'extension de services dans quelques villes prioritaires
UNICEF	Renforcement du système de santé, Développement de stratégies et outils de mise en œuvre et extension des services de santé de qualité en santé maternelle et infantile, nutrition, vaccination, VIH/eTME
OMS	Renforcement du système de santé, Stratégies en santé maternelle et infantile, nutrition, lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles et vaccination
UNFPA	Planification familiale, santé de la reproduction des jeunes, soins obstétricaux et néonataux d'urgence et appuis dans plusieurs zones sanitaires
USAID	Renforcement du système de santé, Appui aux interventions de santé maternelle et infantile, vaccination, santé communautaire, Paludisme, VIH
Banque Mondiale	Renforcement du système de santé, Financement basé sur les résultats
CTB	PIHI communautaire, Renforcement du système de santé, Santé maternelle et Infantile, Financement basé sur les résultats
GAVI	Vaccination
AFD	Santé maternelle et infantile

Le partenariat avec les organisations non gouvernementales concerne le renforcement de l'offre de services en santé, nutrition et eau-assainissement au niveau le plus périphérique.

Organisations	Domaines d'intervention
Plan Bénin	Volet communautaire VIH, appui aux OEV et à la nutrition communautaire/ sécurité alimentaire dans 34 zones sanitaires
DEDRAS, SIAN'SON, BUPDOS, Advancing Partners & Communities et Advancing Newborn Child and Reproductive Health	Mise en oeuvre du paquet d'intervention à haut impact au niveau communautaire et santé de la reproduction dans un grand nombre de zones sanitaires
Hevetas, PAPHyR, PROTOS, CERID, ALDIPE, AERAMR, SNV, Autre Vie, DCAM, Sia Nson, DEDRAS, BCD Segbana BUPDOS BORNEFONDEN, DEDRAS, HUNGER PROJECT, GRAPAD, BCD, CEBEDES-XUDODO	ATPC, Extension des services d'hygiène et d'assainissement de base, comme l'assainissement total piloté par les communautés et le traitement de l'eau à domicile
ACDD ATPC	ATPC, Promotion de l'hygiène et le traitement de l'eau à domicile
Autre Vie, GRAIB, AFRIC'MUTUALIT, EGABF, GBEWA, le Groupement AFAP-GABF-CAEB CARE-International CRB (Croix Rouge Belgique)	Mise en œuvre de Filets sociaux/ Nutrition communautaire/ sécurité alimentaire et la promotion hygiène et pratiques alimentaires

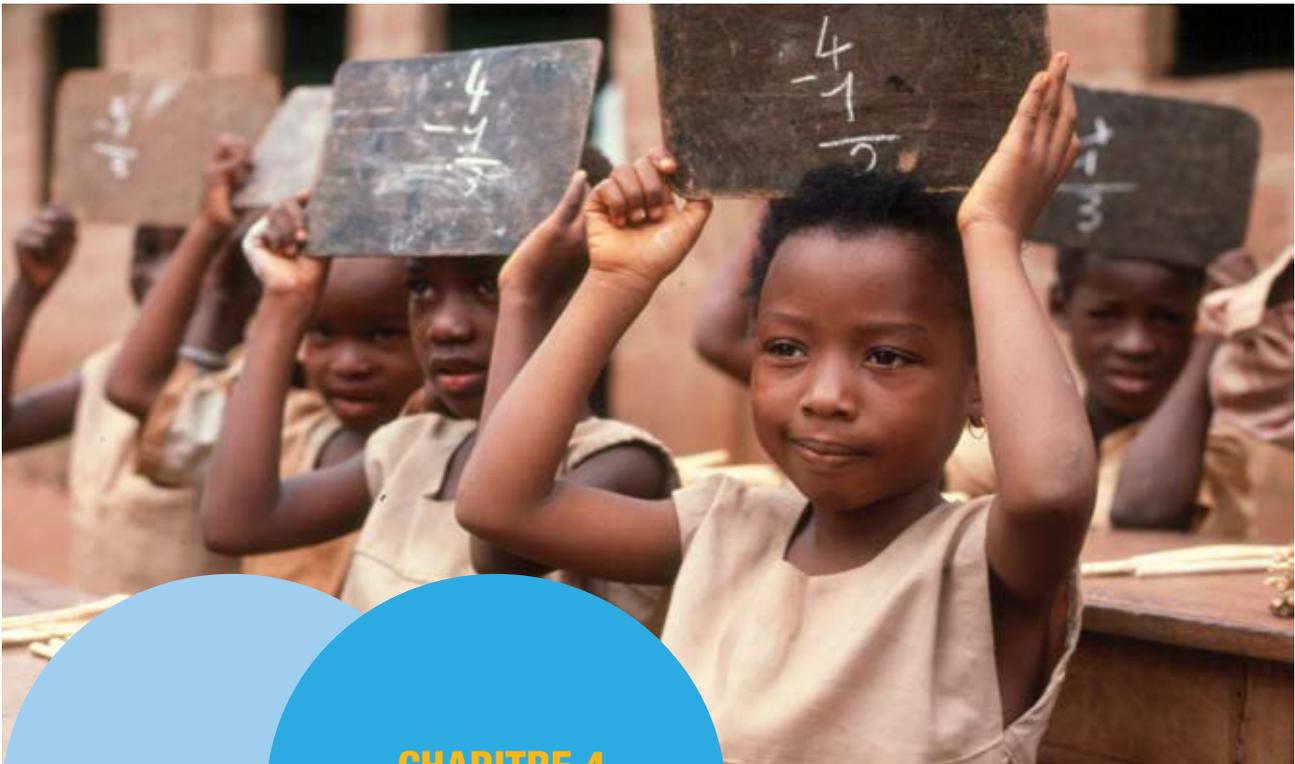
3.3 Recommandations

Les membres du gouvernement, de la société civile et des partenaires techniques et financiers ayant participé à cet exercice d'actualisation 2017 de l'analyse de la situation du secteur Survie de l'enfant au Bénin ont considéré que le Bénin avait accompli des progrès remarquables dans la réalisation du droit à la santé mais sans pouvoir garantir les mêmes chances à tous les enfants. Aussi sur la base des

évidences rapportées dans les sections précédentes, ils ont procédé à l'identification des problèmes prioritaires et à leur classement en utilisant comme critères de priorisation: l'ampleur des problèmes, leur criticité pour les enfants, les leçons tirées de la mise en oeuvre des programmes sectoriels précédents et les domaines où des contributions stratégiques permettraient au Bénin d'accélérer l'obtention de résultats pour les enfants.

Cet exercice les a amenés à identifier les priorités stratégiques suivantes : réduction de la mortalité néonatale et infanto-juvénile, prévention et réduction de la malnutrition chronique et lutte contre les pratiques inadéquates en matière d'hygiène et d'assainissement. Dans ce cadre, ils ont émis les recommandations suivantes visant à renforcer l'offre et l'accès aux services de base à travers :

1. La révision de la stratégie d'allocation des ressources budgétaires. Le gouvernement devra faire un effort pour mobiliser davantage de ressources au profit des départements et zones sanitaires et sous secteurs identifiés comme étant en retard notamment pour permettre d'accélérer l'extension de la stratégie «paquets d'interventions à haut impact de santé et nutrition de qualité» et rattraper le retard accumulé dans la lutte contre la mortalité néonatale. Le système de santé évoluera ainsi vers une meilleure santé équité dans l'accès aux soins de base et vers une accélération de la réduction de la mortalité infanto-juvénile.
2. Le renforcement de l'approche communautaire pour les interventions relatives à la survie et à la nutrition. Les interventions mettront l'accent sur les stratégies de communication pour les changements de comportement qui devront être très ciblées sur les comportements encore dommageables à la santé de l'enfant et mis en évidence par les dernières enquêtes et études. Cela permettra de prévenir les maladies de l'enfant, de renforcer les capacités de résilience des communautés et de réduire la charge qui pèse sur les formations sanitaires de base. Moins chargées celles-ci pourront mettre l'accent sur la qualité des prestations.
3. Le renforcement des services de santé destinés aux adolescent.e.s avec notamment un accent sur la santé sexuelle et reproductive afin de répondre aux attentes de cette catégorie vulnérable souvent oubliée dans les programmes sectoriels.
4. Le renforcement de la lutte contre la malnutrition en mettant l'accent sur la prévention dans le cadre des impacts attendus des changements climatiques au Bénin. Un effort particulier devra être fait pour un renforcement des capacités en nutrition pendant les formations initiales et continues des agents de santé.
5. L'extension de l'approvisionnement en eau potable aux populations les plus vulnérables ainsi que l'accélération de la stratégie de «Fin à la Défécation à l'Air Libre» (FDAL) dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base (SNPHAB) 2018–2030.
6. L'accélération de la mise en place des systèmes de protection sociale et particulièrement le RAMU-ARCH afin d'améliorer l'accessibilité des populations les plus vulnérables aux services de santé et d'améliorer l'efficacité des politiques de lutte contre la vulnérabilité.
7. Le renforcement de la plateforme «Renforcement du Système de Santé» (RSS) en privilégiant les mécanismes de coordination, l'utilisation du système national d'information, la gestion basée sur les résultats et la mise en œuvre du Compact aux niveaux central et décentralisé avec la participation des acteurs de la société civile. Ceci permettrait de renforcer la robustesse des plans d'action de tous les niveaux, de mobiliser davantage de ressources pour les secteurs prioritaires du niveau primaire et de guider de manière plus objective les décideurs/ses durant leurs exercices d'allocation des ressources.
8. Une amélioration des capacités des membres des conseils communaux pour leur permettre d'exercer leurs rôles de maîtres d'ouvrages de l'eau et de l'assainissement.
9. Une plus grande prise en compte des problèmes environnementaux dans les programmes sectoriels pour contribuer à augmenter les capacités de résilience des populations face aux changements climatiques.



CHAPITRE 4 EDUCATION DES ENFANTS

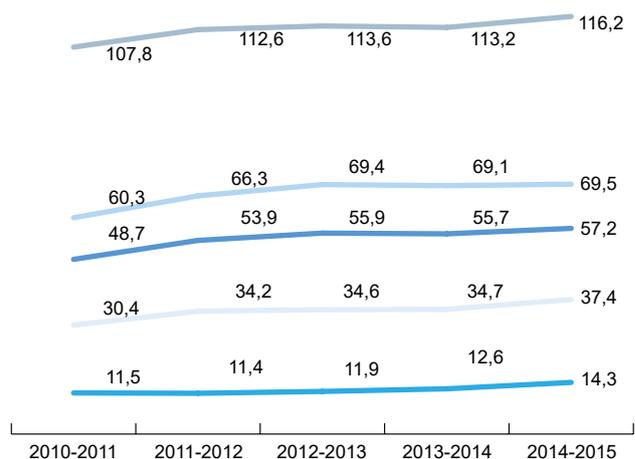
Le droit à l'éducation est un droit humain fondamental car il est indispensable à l'exercice de tous les autres droits. Il promeut la liberté individuelle et l'autonomisation et apporte des bénéfices importants en matière de développement tant sur le plan individuel que collectif. Ce droit est garanti par la Constitution du Bénin en ses articles 9, 12, 13 et 14 et par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qui, dans ses articles 28 et 29, stipule que «*l'enseignement primaire est obligatoire et gratuit pour tous*» et que «*les états parties ont un certain nombre d'obligations notamment pour organiser différentes formes d'enseignement [...], assurer que les environnements d'apprentissage soient favorables et sécurisés, lutter contre toutes les formes d'exclusion scolaire et assurer la pleine participation des enfants aux activités dont ils sont les bénéficiaires*».

Au Bénin la scolarisation est obligatoire au primaire (selon la constitution du 11 décembre 1990). Il est prévu de l'étendre jusqu'à la fin du premier cycle du secondaire.

4.1 Des progrès mitigés en éducation

Témoin des efforts déployés par l'Etat pour renforcer l'offre éducative, les effectifs des enfants fréquentant les écoles ont progressivement augmenté dans tous les cycles de l'enseignement formel et non formel (cf. graphe 14) à l'exception de la formation technique où la restructuration

Graphique 14 : Evolution des taux bruts de scolarisation



du 1^{er} cycle aurait gelé les recrutements⁶³. En 2015, on comptait 2.768.522 enfants âgés de 3 à 17 ans scolarisés sur une population de 4.338.795 d'enfants scolarisables.

La progression la plus rapide a bénéficié au cycle préscolaire, où les taux d'accès, bien qu'encore faibles (14,3% des enfants âgés de 3 à 5 ans), ont bénéficié d'une croissance de 39% entre 2011 et 2015. Les effectifs ont ainsi augmenté de 109,449 à 151,732 enfants⁶⁴. La majorité de ces enfants (75%) sont scolarisés dans les établissements publics et les centres communautaires.

Au primaire et au 1^{er} cycle du secondaire, les progressions ont été plus importantes en effectifs mais à un rythme plus lent. En 2015⁶⁵, le taux brut de scolarisation (TBS) dans le primaire avait atteint 116,2% avec une presque égale équité entre les filles et les garçons⁶⁶. Mais si l'on considère les enfants en âge d'aller au primaire, le taux net de fréquentation⁶⁷ était de 74,9% et 25,1% des enfants n'étaient pas scolarisés en 2014. Ces progrès n'ont cependant pas réduit les disparités entre les milieux urbain et rural et selon les départements. Ainsi, dans une commune urbaine telle que Cotonou, le TBS était de 114% alors qu'il n'était que de 60% dans la commune de Malanville qui est essentiellement rurale. Les départements les plus défavorisés étaient ceux de l'Alibori (77% pour l'accès et 42% pour l'achèvement) et du Couffo (le taux d'accès était de 89% et l'achèvement de 58%). La situation était nettement plus favorable dans les départements du Littoral, du Plateau et de l'Ouémé où les taux d'accès dépassaient 114% et l'achèvement 79%. De même, de fortes disparités existaient entre les enfants selon leur milieu socio-économique. En 2014, le taux d'accès ne dépassait pas 68% dans les ménages défavorisés (quintile le plus pauvre) et le taux d'achèvement 39% alors que ces taux atteignaient respectivement 124% et 79% dans les ménages les plus riches.

Les progrès quantitatifs n'ont pas été accompagnés d'une amélioration de la qualité des acquisitions scolaires. En 2014, l'évaluation conduite par le PASEC indiquait qu'en mathématiques et lecture les élèves béninois performaient moins bien que leurs homologues de huit des neuf autres pays évalués en Afrique francophone au début du primaire mais performaient mieux que leurs voisins en fin de ce cycle (le Bénin est quatrième sur dix au CM2). Ainsi en début de scolarité, 90,4% des élèves n'ont pas les compétences suffisantes en langue et 66,5% en mathématiques contre 48,3% en langue et 60,2% en mathématiques en fin de scolarité. Cette évaluation les classait en 3^{ème} position pour la lecture et en 4^{ème} position pour les mathématiques. Elle notait aussi que les élèves du milieu rural obtenaient des scores plus faibles que leurs homologues urbains. Ces constats ont été corroborés par les taux de réussite constatés au Certificat d'Etudes Primaires de la session 2015: les taux de réussite n'ont pas dépassé 32,5% en lecture, 43,8% en expression écrite et 36,7% en mathématiques à la différence de l'Education Scientifique

⁶³ Dans le dispositif actuel, le 1^{er} cycle de la formation technique cible les déscolarisés du collège ayant au moins le niveau de la classe de 5^{ème}. Dans le dispositif envisagé, il n'accueillera que les déscolarisés ayant le niveau de la classe de 3^{ème}

⁶⁴ Note d'analyse sectorielle élaborée par le ministère de l'éducation en 2017

⁶⁵ Idem

⁶⁶ L'indice de parité filles-garçons a atteint 0,93

⁶⁷ Pourcentage d'enfants en âge d'aller à l'école primaire fréquentant l'école primaire ou secondaire

et Technologique et l'Education Sociale où ces taux ont atteint respectivement 85% et 64%. Ces problèmes expliqueraient en partie la persistance de taux élevés de redoublements (cf. tableau 10). L'entrée en application de l'interdiction du redoublement a fait baisser ce taux (12,77% en 2015 contre 16,1% en 2011) mais n'aurait pas été suffisante pour décourager les enfants d'abandonner l'école (cf. tableau 11).

Tableau 10 : Evolution des taux de redoublement au primaire

Niveau d'études	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Global
En 2006/07	1,7	12,2	12,6	13,0	14,3	11,2	10,0
En 2010/11	5,1	17,7	19,2	19,9	20,3	19,6	16,1
En 2014/15	3,16	14,9	17,5	17,6	17,3	7,7	12,8

Source : *Annuaire statistiques MEMP*

Tableau 11 : Evolution des taux d'abandons au primaire

Niveau d'études	CI	CP	CE1	CE2	CM1	CM2	Global
En 2006/07	12,45	6,90	6,86	6,67	6,62	17,92	9,22
En 2014/15	21,14	7,85	9,96	11,46	15,72	11,24	13,22

Source : *Annuaire statistiques MEMP*

Aux premiers niveaux du primaire, la construction des acquis scolaires semble tributaire de l'utilisation d'une langue d'enseignement autre que celle que l'enfant comprend déjà. Dans ce cadre l'initiative «Ecole et langues nationales» en Afrique (ELAN-Afrique), en cours d'expérimentation au Bénin dans 30 écoles pilotes a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de l'enseignement primaire. Elle n'a pas encore été évaluée pour estimer l'impact de l'utilisation des langues nationales sur les performances scolaires.

La scolarisation des enfants dans le premier cycle du secondaire se caractérise par des taux bas comparativement à ceux du cycle primaire et par une régression progressive des taux d'accès et d'achèvement au fur et à mesure que les enfants progressent dans leur cursus scolaire. Les filles sont particulièrement affectées par ces phénomènes. En effet, l'enquête MICS indique que le taux net de fréquentation du secondaire était de 44% en 2014 avec 37,8% pour les filles et 49,4% pour les garçons. Selon la note sectorielle Education, le taux d'accès à la 6^{ème} ne dépasse pas 62%⁶⁸ chez les filles alors qu'il atteint 70% chez les garçons. Dans ce cycle, le niveau des acquisitions des élèves est bas comme le montrent les résultats de la session 2015 du BEPC. Le pourcentage moyen de réussite atteint était inférieur à 50% avec des niveaux extrêmement bas en mathématiques et sciences de la vie et de la terre où les scores ont été inférieurs à 10%.

Dans le deuxième cycle du secondaire, le taux d'accès à la 2^{nde} des filles fléchissait à 39% (51% chez les garçons) et plongeait à 18% pour l'accès en terminale (37% pour les garçons). Le taux d'accès à la 2^{nde} des filles fléchissait à 39% (51% chez les garçons) et plongeait à 18% pour l'accès en terminale (37% pour les garçons).

⁶⁸ Note sectorielle Education, février 2017

Conséquemment l'indice de parité pour le taux brut d'accès se réduisait à 0,77 en 2^{nde} et passait à 0,48 en terminale. Les performances des élèves de ce cycle variaient d'un niveau à un autre et d'une discipline à l'autre. En résultat, les succès aux examens évoluent en dents de scie, avec des taux de réussite moyens qui se situent entre 15% et 55% selon les catégories sélectionnées par les élèves. Le taux moyen des redoublants atteignait 31% en classe de 2^{nde} et 38% en classe de terminale.

Dans l'enseignement supérieur, les effectifs augmentent de manière accélérée. Le nombre d'étudiant.e.s pour 100,000 habitant.e.s est passé de 1,293 en 2011 à 1,432 en 2015⁶⁹ grâce à l'ouverture de nouveaux centres universitaires. Les filles représentaient environ 28% des effectifs inscrits à l'université. Cette inégalité est expliquée par les problèmes qu'elles rencontrent durant les cycles d'enseignement précédents.

Les efforts déployés par les acteurs du système éducatif ont permis d'accélérer la progression des principaux indicateurs quantitatifs mais n'ont pas été suffisants pour intégrer tous les enfants, notamment ceux qui nécessitaient des approches éducatives adaptées à leurs situations particulières et pour maintenir ceux qui étaient déjà à l'école. L'étude sur les enfants hors de l'école conduite par l'INSAE en 2015 indiquait que sur 4.338.795 enfants âgés de 3 à 17 ans scolarisables, environ 1.570.273 n'étaient pas à l'école (36,2%) (cf. Graphe 15).

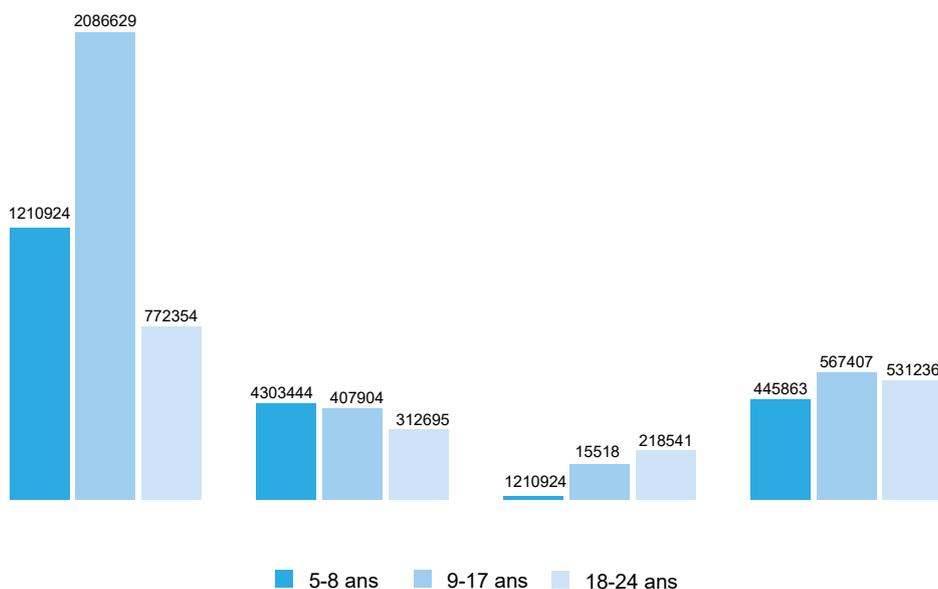
Cette population d'enfants exclus comprenait des enfants de tous les âges (cf. graphe 15) mais était composée majoritairement d'enfants âgés de 3 à 5 ans (1.043.093). Les filles y seraient représentées plus que les garçons ainsi que les enfants habitant dans certains départements. Les proportions des enfants d'âge scolaire exclus de l'école atteignaient 74,9% dans l'Alibori, 57,8% dans le Borgou, 56,9% dans l'Atacora, 50,4% dans la Donga, 46,2% au Plateau contre seulement 22,2% au Littoral, 27,8% dans l'Ouémé et 28,2% au Mono.

Les effectifs des enfants exclus de l'école incluaient 198.415 enfants (10,4%) qui avaient abandonné l'école pour diverses raisons. Beaucoup d'enfants accédaient à l'école, mais une proportion conséquente la quittait avant la fin du cycle primaire. En 2015, le taux brut d'accès avait atteint 141% au CI mais le taux des inscrits en CM2 ne dépassait pas 74%. Cette déperdition se prolonge dans le secondaire. Le taux brut d'accès au premier cycle du secondaire avait atteint 66% tandis que le taux d'achèvement n'avait pas dépassé 45% pour le premier cycle du secondaire et 28% pour celui du second cycle du secondaire. Ce phénomène de déperdition ne s'est pratiquement pas amélioré depuis 2011 (cf. graphe 16).

Au sein de la population des enfants hors de l'école on retrouve deux catégories particulièrement discriminées et exclues constituées d'enfants vivant avec un handicap et d'enfants travailleurs. Un enfant handicapé sur deux n'a jamais fréquenté une école. Les filles sont beaucoup plus affectées, notamment celles qui habitent dans les départements du Nord. Environ 45,5% des filles vivant avec un handicap n'ont jamais été scolarisées contre 38,0% pour les garçons. Certains handicaps seraient plus pénalisants: 66,5% des enfants porteurs d'un handicap auditif, 62,1% des enfants porteurs d'un handicap mental et 61,8% des enfants porteurs d'un handicap intellectuel n'ont jamais été scolarisés alors que chez les enfants vivant avec un handicap visuel ce taux était de 34,2%.

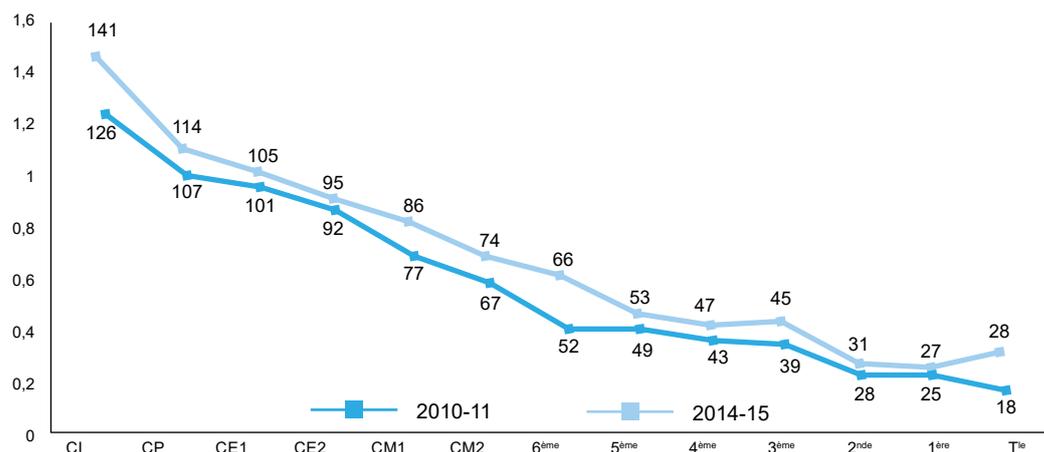
La population des enfants travailleurs qui totalise 439.555 personnes (40% sont des filles) constitue un groupe d'enfants victime d'exclusion scolaire. Les enfants bouviers (34.766) ne sont pratiquement jamais scolarisés. La plupart d'entre eux sont des garçons (82,3%) vivant dans les départements de l'Alibori, du Borgou, de l'Atacora et des Collines.

Graphique 15 : Population scolarisable exclue des services éducatifs



⁶⁹ Note sectorielle Education, février 2017

Graphique 16 : Niveaux d'achèvement par cycle



4.2 Principales causes et déterminants

Un système éducatif est considéré comme performant quand la structure du système est adéquate et qu'il met l'accent sur un tronc commun de fondamentaux: une politique éducative claire et adaptée aux besoins du pays; des infrastructures suffisantes; un environnement scolaire propice aux apprentissages, sécurisé, avec des enseignant.e.s en nombre, qualifié.e.s et motivé.e.s; un mécanisme d'évaluation des performances pouvant mesurer les progrès des élèves et des établissements; et un mécanisme de développement des compétences des enseignant.e.s et des chef.fe.s d'établissements. Tout cela doit être supporté par une bonne gouvernance du système.

L'amélioration des indicateurs analysés dans les paragraphes précédents témoigne des efforts déployés par le Bénin, son gouvernement, sa société civile et sa population pour mettre en place avec l'aide des partenaires techniques et financiers un tel système. Cependant, il est aussi objectif de reconnaître que les défis à relever étaient importants et parfois au-delà des capacités financières et humaines des acteurs nationaux en raison du nombre important de facteurs jouant des rôles critiques dans l'accès et le maintien des enfants à l'école.

4.2.1 Une offre éducative en amélioration

4.2.1.1 Le système éducatif

Le système éducatif du Bénin a changé plusieurs fois d'architecture en passant à l'indépendance d'un département unique coiffant l'Education, la Culture, la Jeunesse et les Sports à plusieurs départements ministériels. La restructuration la plus récente (avril 2016) définit six niveaux d'enseignement: alphabétisation, enseignement maternel, enseignement primaire, enseignement secondaire général, formation technique et professionnelle, enseignement supérieur. Ces niveaux dépendent de trois ministères différents qui sont le Ministère des Enseignements Maternel et Primaire (MEMP), le Ministère des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle (MESTFP) et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESRS).

Le modèle organisationnel de l'enseignement primaire et secondaire est basé sur les principes fixés par la loi sur la décentralisation. Bâti selon un modèle pyramidal, il comprend trois niveaux : a) le niveau périphérique est constitué de 85 Circonscriptions Scolaires (CS) ainsi que de conseils communaux et d'associations des parents d'élèves au niveau des écoles ; b) le niveau intermédiaire est lui constitué des Directions Départementales des Enseignements Maternel et Primaire (DDEMP) et des Directions Départementales des Enseignements Secondaire, Technique et de la Formation Professionnelle (DDESTFP); et c) le niveau central qui comprend les ministères et les institutions centrales.

Ce modèle organisationnel simple et bien structuré n'est pas totalement fonctionnel car le transfert de responsabilités de l'administration centrale vers les niveaux plus bas demeure embryonnaire et parce que les structures décentralisées et déconcentrées rencontrent des difficultés pour fonctionner en raison de plusieurs facteurs. Le système souffre d'une inadéquation entre les descriptions de postes et les profils professionnels de ceux qui les occupent. La majorité des cadres investis des pouvoirs de décision proviennent du corps enseignant et n'ont pas été formés à l'exercice administratif et gestionnaire. De plus, le ministère a tendance à utiliser les directions départementales et circonscriptions scolaires comme refuge pour le personnel de terrain ayant des problèmes de santé au lieu d'y affecter les personnels en pleine capacité d'exercer. Enfin, le niveau central continue de se substituer aux autorités locales pour la réalisation des tâches qui relèvent normalement des communes et des circonscriptions scolaires.

4.2.1.2 De grands progrès en matière d'infrastructures éducatives

Au Bénin, les établissements éducatifs se subdivisent en système éducatif formel et système éducatif non formel.

Infrastructures et établissements éducatifs formels

Le système formel comprend les établissements publics et privés. Les établissements du secteur public constituant l'essentiel de l'offre éducative bien que le secteur privé joue

un rôle de plus en plus croissant. En 2015 le secteur public a accueilli 32% des élèves inscrits dans le préscolaire (le quart en 2011), 22% des enfants inscrits dans le cycle primaire (15% en 2011) et 14% des élèves du secondaire (19% en 2011). La création des services éducatifs est régulée par l'arrêté 2009 N°185/MEMP/DC/DPP/SP du 30 juillet 2009 qui fixe la norme respectivement de 25 et 45 pour l'effectif des élèves dans une classe de la maternelle et du primaire.

L'encadrement des petits enfants dans des structures adéquates (préscolaire) jette les bases pour un apprentissage durable et de bonne qualité tout au long de la vie de l'individu. Au Bénin les écoles maternelles jouent ce rôle. En 2015 elles accueillait un total de 151,732 enfants⁷⁰ avec près du tiers d'entre eux scolarisés dans le secteur privé (un peu plus du quart en 2011). Ce sous secteur a fait l'objet de nombreuses initiatives (espaces enfance initiés par le Programme Education et Communautés de l'UNICEF, centres de la petite enfance de l'ONG Aide et Action, les Centres de Petite Enfance Communautaires de l'ONG Plan, centres préscolaires d'initiative villageoise de BorneFonden et clos d'enfants développés par l'ONG CAEB. Le fonctionnement et les performances de ce cycle sont cependant mal connus car il n'existe pas de répertoire détaillant le nombre exact des infrastructures existantes, leurs types et leurs résultats. En 2010 le nombre d'établissements préscolaires était estimé à 1,230 dont une bonne part était de type communautaire. Les efforts des acteurs publics, communautaires ou privés, quoique louables, restent insuffisants au vu des besoins non satisfaits exprimés par les parents.

Le sous secteur primaire a bénéficié des plus gros efforts de l'Etat notamment dans le cadre du Partenariat Mondial pour l'Education. Avec l'aide des partenaires techniques et financiers l'Etat a réhabilité, construit ou équipé d'un minimum de commodités un nombre important d'écoles et de classes primaires. Le nombre des établissements scolaires a connu une croissance rapide passant de 7,878 en 2010 à 10,754 écoles en 2015. Cependant, ce rythme rapide de construction et de réhabilitation n'a pas été suivi par celui des autres intrants (enseignant.e.s...). En 2015 2,602 écoles (25%) n'étaient pas en mesure d'offrir les 6 niveaux requis de l'enseignement primaire (les écoles sont dites à «cycles incomplets», Cf. tableau 12), ce qui facilite la déperdition scolaire.

Les établissements publics sont complétés par un secteur privé dynamique et en pleine expansion. Entre 2011 et 2015 la proportion des effectifs inscrits dans le privé est passée de 15% à 22%.

Ces établissements sont encore en nombre largement insuffisant car pour atteindre les objectifs de l'Education pour Tous, le Bénin devrait créer 42.120 nouvelles classes de maternelle et 11.317 classes au primaire pour accueillir l'ensemble de la population des enfants âgés de 3-5 ans (1.050.000 enfants) et celle des 6-11 ans (1.965.000 enfants en 2015).

Au niveau du cycle secondaire le rythme accéléré de création de nouveaux établissements enregistré durant la période 2006-2010 a été maintenu pour pouvoir accueillir les cohortes d'enfants provenant du cycle primaire. En 2015 le cycle secondaire accueillait 941,689 élèves répartis entre les deux cycles dans 1.697 établissements (557 en 2010). Dans le 1^{er} et le 2^{ème} cycle du secondaire général, la part du privé était estimée respectivement à 14% et 19% en 2015, en légère diminution par rapport aux valeurs respectives enregistrées en 2011.

En 2015, les établissements universitaires dépendant du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (Universités d'Abomey-Calavi, Porto-Novo, Parakou, Université Polytechnique d'Abomey) accueillait un total de 147,392 étudiants contre 113.529 en 2011.

Infrastructures et établissements éducatifs non formels

La part du secteur éducatif non formel dans le secteur éducatif national est très limitée car ce secteur n'est souvent impliqué que dans des activités communautaires dans le cycle préscolaire et dans quelques initiatives dites alternatives ou écoles de seconde chance. Le nombre des apprenants qui y sont inscrits est réduit (582 en 2012 et 4,490 en 2015).

Malgré les engagements politiques de l'Etat et les importants efforts d'investissements consentis par les différents acteurs impliqués dans la fourniture du service public d'alphabétisation, de larges franges de la population restent encore privés d'accès à l'alphabétisme. On estime

Tableau 12 : Situation des écoles par rapport aux classes offertes, 2014-15

Nombre de niveaux offerts	Nombre d'écoles	Proportion d'écoles	Nombre d'élèves	Proportion d'élèves
1 seul niveau	177	1,6%	9 472	0,4%
2 niveaux	287	2,7%	18 318	0,8%
3 niveaux	670	6,2%	61 636	2,8%
4 niveaux	718	6,7%	84 675	3,8%
5 niveaux	750	7,0%	113 683	5,1%
6 niveaux	8 152	75,8%	1 950 401	87,1%
TOTAL	10 754	100%	2 238 185	100%

Source : DPP MEMP et calcul des auteurs

⁷⁰ Chiffres provenant de la Note d'analyse sectorielle préparée par le ministère de l'éducation en 2017

le taux d'analphabétisme à environ 67,4% (MAPLN, 2008). L'offre d'éducation non formelle et alternative est dérisoire au Bénin face à une cible de plus en plus nombreuse et diversifiée (adolescent.e.s hors de l'école, enfants à besoins spécifiques, adultes etc.). Cela pose le problème d'équité du système éducatif que des actions et des réformes devront adresser.

Encadré 10 : Extrait d'un entretien avec un chargé de programme au sein de la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin, Municipalité de Cotonou

«Au Bénin, l'éducation n'est pas encore inclusive car les enfants handicapés continuent d'être discriminés en raison du handicap qu'ils portent et qui nécessite des aménagements spécifiques pour leur prise en charge. Il n'y a pratiquement pas d'écoles spécialisées et les rares qui existent, sont dans certaines grandes villes, donc très loin des localités rurales qui abritent la majorité des familles qui regorge en son sein des enfants handicapés. L'accessibilité géographique à ces lieux de savoirs devient un casse-tête dans la mesure où pour inscrire un enfant handicapé dans une école qui convient à sa situation de vulnérabilité, les parents seraient obligés de déménager vers les villes abritant ces écoles spécialisées. Or, ces familles sont en général pauvres et, de surcroît, elles vont être confrontées à la cherté de la vie dans les centres urbains. Du coup, les parents qui ont des enfants handicapés et qui veulent les scolariser, se découragent parce qu'ils n'auraient pas les moyens de faire face aux dépenses, surtout que l'handicap occasionne des dépenses supplémentaires par rapport aux autres enfants» .

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

4.2.1.3 Ressources humaines, équipements et manuels

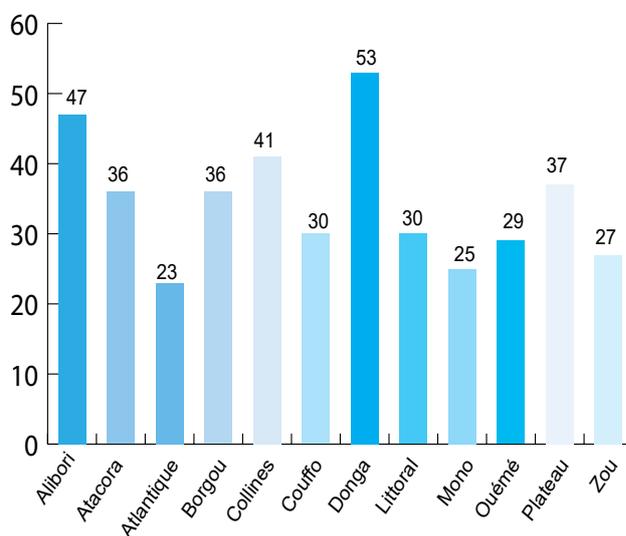
Un bon fonctionnement des services d'éducation est tributaire de la présence des enseignant.e.s, de superviseurs de la qualité de l'instruction donnée aux enfants (inspecteurs et conseillers pédagogiques) en effectifs suffisants, d'un minimum d'équipements et de manuels scolaires. En plus de ces intrants indispensables, un ensemble d'autres conditions rendent les écoles attrayantes en tout temps: aires de jeux et de loisirs, équipements en eau potable et assainissement, cantines scolaires et environnement sécurisé et protégé des maltraitements et violences.

Ecoles maternelles

Dans les écoles maternelles publiques du Bénin on trouve deux catégories de personnels d'encadrement: a) les animateurs/trices qui sont des enseignant.e.s recruté.e.s par l'Etat et formé.e.s en programmes d'éveil et stimulation; et b) les éducateurs/ trices qui sont des agents administratifs servant de personnel d'appui mais sans qualification pour l'enseignement maternel. En 2015, les écoles maternelles disposaient de 3,182 encadreurs dont 1% étaient des animateurs/trices et 99% des éducateurs/trices. Ceci permettait d'avoir un ratio national de 32 élèves

par enseignant.e, proche de la norme officielle. Cependant ce ratio moyen national masque d'importantes disparités entre les départements. Par exemple, le département de la Donga comptait deux fois plus d'élèves par maitre que les départements de l'Atlantique, du Mono ou du Zou (cf. graphique 17).

Graphique 17 : Ratio enfants par maitre/ écoles maternelles publiques



Source : Annuaire Statistique du MEMP, 2014-2015

Pour remédier au manque chronique d'enseignant.e.s qualifié.e.s, l'Etat a ouvert depuis 2008 une école de formation professionnelle spécialisée. Cependant les jeunes diplômés de cette école ne sont pas systématiquement recrutés pour épauler et/ou remplacer les agents non qualifiés du secteur public mais vont plutôt renforcer les capacités du secteur privé. En résultat, le contenu et la qualité des enseignements dans le secteur public ne sont pas ceux qui sont attendus. Cette contrainte des ressources humaines est aggravée par un environnement d'apprentissage précaire. La plupart des écoles maternelles publiques ne disposent pas de classes correctement aménagées, de points d'eau et quand ils existent les mobiliers, matériels didactiques et ludiques sont en quantités largement insuffisantes. La combinaison de toutes ces contraintes fait que la quasi-totalité des écoles maternelles fonctionnent comme de simples garderies où les enfants ne sont ni éveillés ni stimulés ou à la limite comme des écoles primaires où les enfants « apprennent » des contenus qui ne correspondent pas à leur âge et capacités.

La majorité des centres préscolaires communautaires, ont été, eux, équipés de mobiliers, manuels préscolaires, matériels ludiques, latrines, dispositifs de lavage des mains lors de leur ouverture. Cependant, le même effort n'a pas été fait pour les ressources humaines et jusqu'à l'heure actuelle la plupart des encadreurs n'ont pas les qualifications requises car la majorité d'entre eux n'a bénéficié que d'une formation de courte durée réalisée lors de leur recrutement. L'évaluation réalisée en 2014 par le MEMP avec l'appui de l'UNICEF sur les espaces enfance, montre que les centres préscolaires communautaires ont

un impact non négligeable dans l'accueil et l'encadrement des enfants d'âge préscolaire.

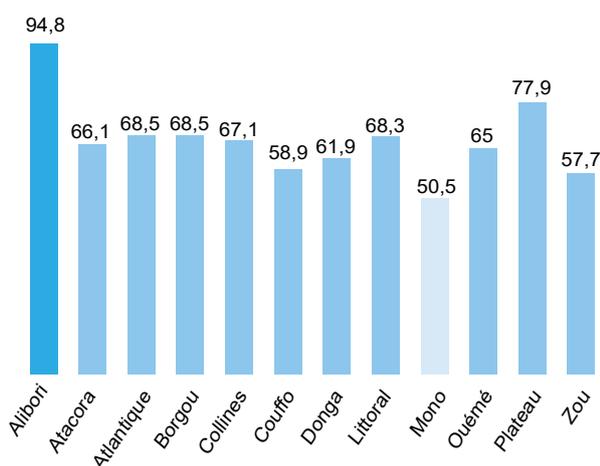
Les conditions dans les écoles maternelles privées seraient plus appropriées car la participation financière des parents assure la mise à disposition et le renouvellement des intrants.

Ecoles primaires

Selon la Constitution du 11 décembre 1990, l'enseignement primaire est obligatoire et l'Etat assure progressivement la gratuité de l'enseignement publique. Les études de l'enseignement primaire sont validées par le certificat d'études primaires (CEP). Quel que soit le niveau de scolarisation considéré et quel que soit le mode de calcul utilisé, la surpopulation des classes reste la première caractéristique des écoles primaires en milieu urbain (la norme officielle de référence y est de 50) et en milieu rural (la norme officielle de référence y est de 45).

Dans les écoles primaires, trois types d'enseignant.e.s interviennent: a) les agents permanents de l'État, b) les agents contractuels de l'État, et c) les maîtres communautaires. En 2015 les agents permanents de l'État et les agents contractuels de l'État étaient au nombre de 26,771 et représentaient plus de 80% du total des enseignant.e.s du cycle primaire. Suite à la décision de l'Etat de doter les écoles de suffisamment de personnels enseignants qualifiés cette catégorie de personnels est en nette progression comparée à la situation qui prévalait en 2010 (50%). Le reste du corps enseignant (19,55% soit 6,507 enseignant.e.s) était constitué de maîtres communautaires. Ces effectifs permettaient d'assurer un ratio d'encadrement équivalent à 65 élèves pour 1 enseignant.e qualifié.e et à 52,4 quand toutes les catégories d'enseignants étaient confondues.

Graphique 18 : Ratio élèves par maitre qualifié écoles cycle primaire



Source : *Annuaire statistiques MEMP, 2014-2015*

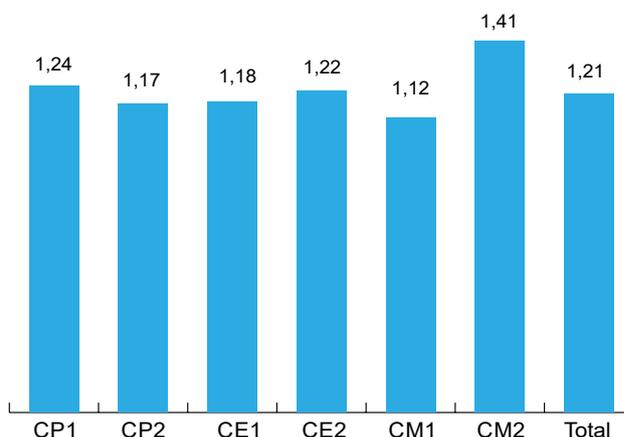
La surpopulation des classes s'explique aussi par la stratégie inadéquate de la répartition géographique des personnels comme le montrent les ratios élèves/maîtres constatés dans les départements et à l'intérieur des départements dans les communes (cf. graphique 18). Le ratio élèves par enseignant.e qualifié.e qui est seulement

de 50,5 dans le Mono atteint le chiffre de 94,8 dans l'Alibori. Selon le ministère de l'éducation en 2015 seulement 0,6% des écoles disposaient des effectifs standards en maître, 63,4% manquaient d'enseignant.e.s mais paradoxalement 36% des écoles primaires publiques (2848 sur 7,871⁷¹ accueillaient plus d'enseignant.e.s que nécessitaient les effectifs des élèves présents.

Certains personnels manquaient de compétences professionnelles. Une évaluation des capacités des sortants des écoles normales d'instituteurs a montré que certains enseignant.e.s dits « qualifié.e.s » ne maîtrisaient pas toutes les matières qu'ils allaient enseigner.

La disponibilité des manuels scolaires, notamment pour les matières fondamentales (mathématiques et français) est considérée comme une des garanties de la qualité des apprentissages. En 2015, les écoles primaires publiques du Bénin disposaient de plus de manuels que cela était nécessaire et ce à tous les niveaux du cycle (cf. graphique 19). Cependant, ces livres ne sont pas toujours mis à la disposition des enfants⁷² car ils sont stockés dans le bureau du directeur ou dans les magasins.

Graphique 19 : Ratio manuels de mathématiques par élève



Source : *Base de données statistique du MEMP, 2015.*

Etablissements scolaires du secondaire

L'enseignement secondaire général est accessible aux titulaires du CEP. Il comprend deux cycles. Le premier, d'une durée de quatre ans (classes de la sixième à la quatrième) est sanctionné par le brevet d'études du premier cycle (BEPC). Le second cycle a une durée de trois ans (classes de la seconde à la terminale) est, lui, sanctionné par le baccalauréat dans différentes options lettres, économie, mathématiques et biologie. L'enseignement secondaire technique est aussi organisé en deux cycles. Le premier d'une durée de trois à quatre ans accueille les élèves ayant étudié jusqu'en cinquième année de l'enseignement général. Le second cycle a une durée de trois à quatre ans selon la filière sélectionnée. La fin des études du premier cycle du secondaire technique est sanctionnée par l'un des diplômes techniques de fin de cycle (certificat d'aptitude professionnelle – CAP, brevet d'études agricoles ou diplôme d'infirmier breveté). Le second cycle est sanctionné par un

⁷¹ Note d'analyse Sectorielle, ME, 2017

⁷² Rapport de missions de suivi pédagogiques des inspecteurs

diplôme technique (diplôme d'études agricoles, diplôme d'infirmier d'Etat...) ou le baccalauréat professionnel de fin d'études. La durée de chaque cycle dans la filière sciences et techniques agricoles est de quatre ans.

Il y a peu d'informations sur les intrants nécessaires aux apprentissages à ces niveaux d'éducation. Cependant on rapporte que la progression rapide des effectifs d'élèves n'a pas permis de préparer les enseignant.e.s en nombre et en qualification suffisante pour ce niveau. Ainsi la faible qualification des enseignant.e.s est répandue au secondaire où 68% des temps d'enseignement sont assurés par des enseignant.e.s vacataires.

4.2.2 Des barrières persistantes à l'accès des enfants aux services éducatifs

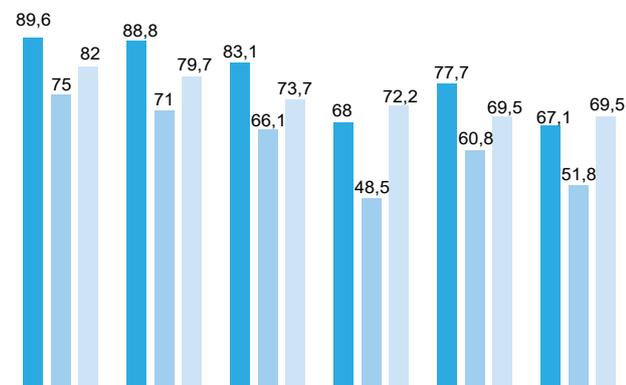
Aujourd'hui encore, l'éducation au Bénin est un droit inaccessible pour près de 1.600.000 enfants en âge d'être scolarisés. Parmi les facteurs qui expliquent cette situation on trouve l'éloignement géographique de l'école, les frais financiers sollicités des parents et les considérations socio-culturelles qui touchent au genre.

4.2.2.1 L'accès géographique

Les résultats de l'enquête MICS montrent qu'en 2014 seulement 52% des enfants en âge d'entrer à l'école primaire (à l'âge officiel de 6 ans), avaient effectivement accès au cours d'initiation (CI). Cette proportion d'enfants variait peu selon le sexe de l'enfant mais semblait plus corrélée à d'autres déterminants comme le milieu de résidence de l'enfant. La proportion des enfants inscrits au CI qui atteint 56% en milieu urbain chute à 49% en milieu rural.

Au niveau de l'enseignement primaire, les données officielles montrent que les taux d'accès sont systématiquement plus bas en milieu rural et toujours inférieurs à la moyenne nationale (cf. graphique 20), notamment en raison des distances que doivent quotidiennement parcourir les enfants. L'accès est encore plus difficile pour les enfants durant la saison des pluies ou quand ces écoles ne disposent pas d'un minimum de commodités de base en eau potable, hygiène et assainissement ou de conditions d'apprentissage (mobiliers, infrastructures, ...).

Graphique 20 : Taux d'accès au primaire, milieu Urbain/Rural

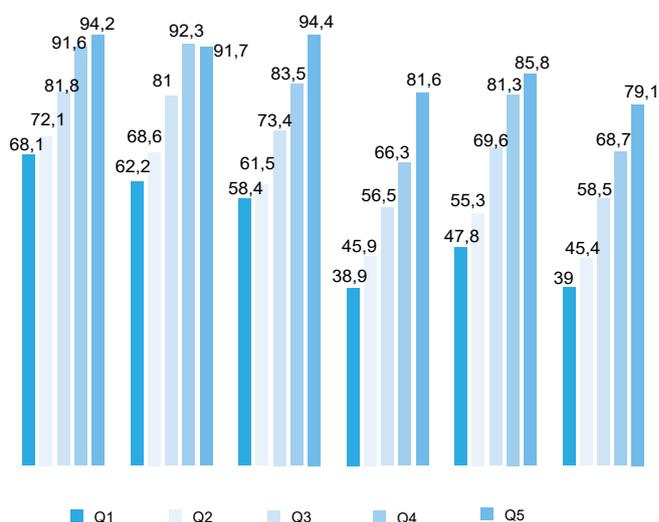


Source : EMICOV 2015

4.2.2.2 Barrière économique

Le coût des études peut constituer encore une autre barrière pour la scolarisation des enfants (accès et maintien) notamment pour ceux qui appartiennent aux catégories les plus démunies. L'enquête MICS 2014 a montré que parmi les enfants en âge d'entrer à l'école primaire seulement 35% des enfants appartenant aux ménages les plus pauvres accédaient au CI, contre 65% de ceux qui appartenaient aux ménages plus riches (Cf. graphique 21). Les calculs faits pour la note d'analyse sectorielle préparée en 2017 à partir de l'EMICOV 2015 ont montré des chiffres différents mais des tendances similaires. Au CI, le taux d'accès des enfants provenant des ménages pauvres serait de 30% inférieur à celui des enfants des ménages riches (68,1% contre 94,2%). Cette barrière financière perturbe tout le parcours scolaire de l'enfant. La différence entre enfants pauvres et riches s'élargit progressivement pour devenir deux fois plus importante en CM2 où le taux atteint 39% pour les enfants pauvres contre 79% pour les enfants riches.

Graphique 21 : Taux d'accès par niveau socio-économique des ménages



Source : EMICOV 2015

L'entrée en application de la mesure de gratuité des frais au niveau de l'enseignement primaire pour tous les enfants et dans le premier cycle du secondaire pour les filles (cf. section 3.1) n'aurait pas eu tous les effets souhaités sur ce goulot car les parents sont continuellement sollicités pour participer aux coûts récurrents de fonctionnement des écoles et assurer les coûts induits par les fournitures scolaires, les uniformes, la nourriture et parfois le transport. De nombreux parents, notamment parmi les plus pauvres, dans l'incapacité d'honorer les frais demandés par les écoles préfèrent simplement retenir leurs enfants chez eux.

4.2.2.3 Le travail des enfants

Le travail des enfants et les revenus qu'il produit pour les familles constituent, également une barrière fréquente à la scolarisation des enfants. Les enfants représentent une main d'œuvre précieuse et gratuite pour les corvées

domestiques mais peuvent également engendrer des ressources pour la famille s'ils sont engagés dans des activités génératrices de ressources comme le petit commerce, les travaux agricoles, la garde du bétail ou les ateliers de réparation. Le travail est aussi souvent considéré par les parents et la communauté comme une des composantes éducatives nécessaires au développement et à la socialisation de l'enfant (chapitre 5). L'application du calendrier scolaire ne laissant aucun espace pour de telles activités, certains parents accordent la priorité à cette forme d'éducation non formelle. Selon l'INSAE, plus de 664.000 enfants béninois sont économiquement occupés, plus particulièrement les enfants en milieu rural. Environ 42,3% des enfants y sont économiquement occupés contre 18,4% des enfants du milieu urbain. Les enfants les plus affectés appartiennent au groupe d'âge 14-17 ans (43,2%), suivi par ceux âgés de 12-13 ans (39,6%) et ceux de 5-11 ans (29,5%).

Encadré 11 : Extrait d'entretien un garçon de 16 ans, Albarika, Municipalité de Parakou

«Je ne suis jamais allé à l'école car mon père n'a pas les moyens. Il est un gardien. A un moment il m'a placé chez un de ses amis qui est vulcanisateur et c'est là que j'ai commencé l'apprentissage. Je suis resté chez lui pendant six (06) ans en tant qu'apprenti ».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

Encadré 12 : Extrait d'un entretien avec une fille de 14 ans, commune de Ouaké

«Je n'ai pas pu terminer le cours primaire. J'ai laissé tomber les bancs en classe de CM1, et c'est après ça que j'ai commencé l'apprentissage. Si je suis à la maison maintenant c'est parce que je n'ai pas les moyens pour payer les frais de diplôme».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

4.2.2.4 Barrière liée aux inégalités genre

Durant la dernière décennie, le Bénin a accompli des progrès considérables en matière de scolarisation des filles. Aujourd'hui les écoles primaires accueillent pratiquement autant de filles que de garçons. Cependant, de nombreux observateurs persistent à dire que malgré les progrès réalisés en matière de promotion du genre et de scolarisation des filles, l'école béninoise continue à être une «fabrique d'inégalités de genre». En premier lieu on peut citer le manque de ciblage des filles dans le mécanisme d'allocation des budgets au secteur de la santé. L'analyse effectuée dans le cadre du RESEN sur la part des ressources publiques de l'éducation dont bénéficient les différents groupes de population montre que les garçons profitent à plus de 62% de ces ressources. En second lieu on peut observer qu'à l'intérieur des écoles, filles et garçons ont un vécu et des parcours très différents car le milieu scolaire fonctionne selon les mêmes mécanismes sociaux de genre qui encadrent la vie sociale. Les préjugés traditionnels envers les filles et les femmes qui veulent les cantonner à un statut social inférieur facilitent les pratiques

comme les mariages précoces des filles et poussent les parents à moins soutenir les filles que les garçons. Ils incitent également les filles à fréquenter l'école de manière épisodique ou à l'abandonner. Le taux de scolarisation des filles dans le cycle 1 du secondaire est inférieur de 20 points à celui des garçons⁷³. Dans l'enseignement général, l'indice de parité qui atteint 0,79 au premier cycle chute à 0,48 au second cycle. D'autres facteurs exacerbent les discriminations envers les filles. Les écoles manquent d'approches propres aux filles en matière de transport, de protection contre les violences et les abus sexuels de la part des enseignants et de leurs pairs. Elles manquent aussi de conditions sanitaires adéquates qui permettraient aux filles de gérer leurs menstruations dans la dignité et l'intimité.

4.2.3 Un financement du secteur de l'éducation conséquent mais mal réparti

La loi 2003-17 rectifiée par la loi 2005-33 qui porte orientation de l'éducation prévoit en son article 11, «le financement de l'école publique est assuré par l'Etat et les collectivités locales. [...] Les entreprises publiques et privées, les partenaires au développement, les ONG et les parents peuvent y concourir». Actuellement le financement du secteur est assuré par trois sources différentes, à savoir le budget national, l'aide extérieure des partenaires techniques et financiers et les contributions des parents.

Le financement alloué par l'Etat au secteur de l'Education est à la hauteur des engagements politiques qu'il a pris en faveur de ce secteur. Durant la période 2010-2015, ces ressources ont régulièrement constitué entre 4,5 et 4,9% du PIB et entre 22 et 29% du budget national. En termes absolus ces ressources ont augmenté de 33,8% sur la période, passant de 168,7 à 225,6 milliards entre 2010 et 2015 (cf. tableau 11).



⁷³ Annuaire statistique du MESFTRIJ, 2014 – 2015.

Tableau 13 : Evolution des dépenses d'éducation, 2010-15 (Milliards de FCFA et pourcentage)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Dépenses d'éducation sur budget national	168,7	177,9	203,3	219,9	218,7	225,6
Dépenses courantes	157,2	171,0	192,0	206,1	207,4	212,8
Dépenses d'investissement	11,5	6,9	11,4	13,9	11,3	12,8
En % du PIB	4,9	4,8	4,9	4,9	4,6	4,5
En % des dépenses totales de l'Etat hors intérêts de la dette	28,7	29,3	29,1	28,7	29,2	22,0
Dépenses courantes en % du PIB	4,6	4,6	4,6	4,6	4,4	4,3
En % des dépenses publiques courantes hors service de la dette	32,3	34,2	33,7	32,6	32,7	26,3

Consacrant ses engagements à favoriser d'abord l'enseignement primaire, l'Etat lui a alloué la part la plus importante (48%) des dépenses budgétaires en éducation en 2015. Suivent dans l'ordre décroissant l'enseignement secondaire et technique et la formation professionnelle (30%), l'enseignement supérieur (21,6%) et l'alphabétisation (0,1%). Bien que le budget

de l'enseignement primaire n'ait pas baissé en termes absolus, sa part dans le secteur a reculé de 53% à 48% à partir de 2013 en raison des ressources croissantes accordées au 2nd cycle de l'enseignement technique et la formation professionnelle, et surtout à l'enseignement supérieur (cf. tableau 14).

Tableau 14 : Distribution des dépenses publiques courantes par sous-secteur, 2010-15 (Milliards de FCFA et %)

	2010		2015		Taux de variation
	Montant	Pourcentage	Montant	Pourcentage	
Alphabétisation	208	0,1 %	223	0,1 %	-21
MEMP	82 261	52,3 %	101 193	47,5 %	-9 %
Maternelle	3 735	2,4 %	6 229	2,9 %	+23 %
Primaire	77 203	49 %	92 731	43,5 %	-11 %
ENI/INFRE	1323	0,8 %	2 233	1,0 %	+25 %
MESTFP	48 216	30,6 %	65 424	30,8 %	+0 %
Secondaire général 1 ^{er} cycle	28 157	17,9 %	37 571	17,6 %	-1 %
Secondaire général 2 nd cycle	14 202	9,0 %	19 676	9,2 %	+2 %
Formation technique 1 ^{er} cycle	1 795	1,1 %	1 025	0,5 %	-58 %
Formation technique 2 nd cycle	3 788	2,4 %	6 085	2,9 %	+19 %
Formation Professionnelle	271	0,2 %	837	0,4 %	+128 %
CFPEEN			230	0,1 %	
MESRS	26 510	16,9 %	45 951	21,6 %	+28%

Source : tableaux 11 et 12 Ministère de l'Economie et des Finances/SGFIP, Ministères en charge de l'éducation et calcul de l'équipe d'élaboration de la Note d'Analyse Sectorielle de l'Education 2017

L'essentiel des ressources nationales (94%) est utilisé pour les dépenses courantes (cf. tableau 13) avec les salaires représentant le poste de dépenses le plus important (74% du total des allocations). Ce poste a augmenté progressivement depuis 2010 pour répondre

aux augmentations des effectifs et de salaires consentis au corps enseignant et au personnel administratif. Cette répartition des dépenses laisse peu de marge de manœuvre pour les investissements et oblige l'Etat à recourir aux autres sources de financement pour ce secteur.

Tableau 15 : Dépenses publiques d'éducation exécutées par postes de dépenses, 2010-15 (Milliards de FCFA et %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Courantes	157,2	171,0	192,0	206,1	207,4	212,8
Personnel	115,3	129,3	141,7	153,0	158,6	156,0
Biens et Services	9,9	9,8	11,9	11,5	8,1	10,7
Transferts aux établissements.	8,6	8,8	10,3	11,8	13,2	15,6
Sociales	13,5	15,1	17,0	17,3	16,3	18,9
Autres transferts courants	6,5	4,9	6,3	6,8	6,2	6,7
BESA	3,3	3,2	4,9	5,7	5,0	4,8
Investissement	11,5	6,9	11,4	13,9	11,3	12,8
Capital	11,1	3,4	7,2	8,7	5,4	8,1
Autres	0,3	3,5	4,2	5,2	5,9	4,8
Total	168,7	177,9	203,3	219,9	218,7	225,6
% Dépenses courantes	93 %	96 %	94 %	94 %	95 %	94 %
Personnel/Dépenses courantes	73 %	76 %	74 %	74 %	76 %	73 %
% Dépenses d'investissement	7 %	4 %	6 %	6 %	5 %	6 %

Source : Ministère de l'Economie et des Finances/SGFIP et calcul de l'équipe d'élaboration de la Note d'Analyse Sectorielle de l'Education 2017

En effet, les ressources budgétaires nationales sont complétées par une aide extérieure conséquente mais dont le montant exact n'est pas connu de façon précise en raison des différents modes de gestion du financement utilisés par les partenaires. Les chiffres officiels inscrits dans le budget des Ministères en charge de l'éducation indiquent pour 2015 un apport de 9,8 milliards de FCFA (5,1 milliards en 2010) ce qui correspond à environ 4,2% des dépenses totales d'éducation.

Outre l'Etat et l'aide extérieure, les parents constituent des contributeurs importants au secteur de l'éducation. L'évaluation conduite par le PASEC en 2014 a montré que cette contribution avait progressivement augmenté en passant de 38,6% des dépenses nationales en 2006 à 49,4% en 2010. Cette progression importante a profité essentiellement à l'enseignement primaire où la contribution des parents a augmenté de 24% à 45,9%. L'évaluation conclut que cette progression semble liée à l'augmentation des effectifs scolarisés dans le secteur privé qui attire de plus en plus les parents peu motivés par le secteur public. Il est probable que cela soit aussi dû à une augmentation progressive des frais scolaires sollicités par les écoles pour couvrir leurs frais de fonctionnement. Ceci mériterait d'être investigué dans une étude de l'effectivité de la mesure de gratuité mise en place dans le secteur public.

Malgré tout l'intérêt qu'accorde l'Etat au secteur de l'éducation, il ne peut remplir toutes les obligations que lui assignent la constitution et la loi de 2003. La note produite par le RESEN en 2013 indique que «comparés aux pays à développement similaire, les services éducatifs sont produits au Bénin à un coût relativement faible. A l'exception de l'enseignement primaire où les coûts sont 20% plus élevés que la moyenne régionale, tous les autres secteurs affichent des coûts unitaires bien inférieurs à la moyenne: moins 30% au 1er cycle du secondaire général et moins 20% au 2nd cycle du secondaire général et dans l'enseignement technique et professionnel».

Malgré les efforts financiers déployés et les surcoûts induits par une faible gouvernance, le secteur est toujours dépendant des contributions de parents et partenaires

techniques et financiers pour assurer le fonctionnement du secteur public. Pour les années à venir, l'Etat prévoit de maintenir le secteur comme une des top priorités nationales en augmentant les allocations budgétaires à l'enseignement maternel et primaire, l'enseignement technique et la formation professionnelle et l'enseignement supérieur. Il est également prévu de procéder à l'analyse des mesures de lutte contre les redoublements et l'abandon pour les restructurer et utiliser les dépenses indirectes qu'elles induisent pour d'autres catégories de dépenses. En effet, les effets conjugués des abandons et des redoublements conduisent à ce que le système finance 9,3 années scolaires au lieu des 6 ans pour pouvoir diplômer un élève dans le primaire.

4.2.4 Gouvernance du système éducatif...un goulot d'étranglement

Les droits à l'éducation des enfants sont garantis quand l'Etat de droit est assuré au moyen d'une gouvernance adéquate basée sur des procédures codifiées, un dispositif législatif adéquat et des mécanismes administratif et gestionnaire performants. Ceci permet au système éducatif d'assurer la disponibilité des services, leur fonctionnement adéquat et une utilisation équitable. Au Bénin, les performances atteintes par le système éducatif pour ces composantes sont variables.

La gestion du secteur éducatif est partagée entre trois ministères qui sont nommément le Ministère des Enseignements Maternel et Primaire (MEMP), le Ministère des Enseignements Secondaire et Technique et de la Formation Professionnelle (MESTFP), et le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche scientifique (MESRS).

Cette division des missions et obligations correspond plus ou moins à ce qui s'était fait dans ce secteur durant les vingt dernières années et dont on pointait régulièrement les faiblesses en termes de fragmentation des responsabilités et de perte d'efficacité. A la faveur de plusieurs projets soutenus par les partenaires techniques et financiers

des efforts importants ont été fournis pour corriger ces faiblesses, notamment celles qui limitaient les fonctions de pilotage et de planification. De nouvelles structures ont été créées et différentes mesures ont été prises pour renforcer les mécanismes existants.

4.2.4.1 Cadre législatif et réglementaire

Le Bénin dispose d'un cadre législatif assez complet en matière de droit à l'éducation. Le pays a ratifié la plupart des conventions et traités internationaux en la matière et a clairement identifié dans sa Constitution le droit de tout citoyen du Bénin à une éducation de qualité. L'article 12 de la Constitution précise que l'Etat et les collectivités publiques sont les garants de l'éducation des enfants et doivent mettre en place les conditions favorables à cet effet. L'article 13 indique le caractère obligatoire de l'éducation de base et rend l'enseignement primaire public progressivement gratuit. L'article 14 stipule, quant à lui, que les institutions et les communautés religieuses peuvent participer à l'éducation de la jeunesse si elles sont autorisées par l'Etat à la faire. Il stipule également que les écoles privées peuvent bénéficier des subventions de l'Etat.

La Loi n° 2003-17 du 11 novembre 2003 portant Orientation de l'Education Nationale en République du Benin rectifiée par la loi n°2005-33 du 06 octobre 2005 a traduit les dispositions de la Constitution en modalités opérationnelles. L'article 2 de cette loi précise que l'école est publique et laïque et que l'enseignement privé laïc ou confessionnel peut être autorisé. L'article 3 indique qu'une plus grande attention doit être accordée à l'éducation des jeunes filles, des personnes et enfants en situation difficile, des enfants des zones déshéritées et des groupes vulnérables. L'article 14 indique que l'enseignement est subdivisé en trois degrés: premier degré (enseignement maternel et enseignement primaire), second degré (enseignement secondaire général et enseignement secondaire technique et professionnel) et troisième degré (enseignement supérieur et recherche scientifique). L'enseignement primaire et le premier cycle de l'enseignement secondaire constituent ce que l'on appelle communément l'éducation de base. Cette loi précise également le contenu de chaque degré, les modalités d'évaluation des élèves, la sanction des études et calendrier scolaire, les droits et obligations des élèves et des étudiant.e.s ainsi que les responsabilités des parents et personnels de l'éducation.

La Constitution et la loi 2003-17 sont complétées par une série de décrets et de mesures législatives et réglementaires dont les principaux sont :

- Le décret N° 93-111 du 13 mai 1993, modifié par les décrets n° 94-89 du 11 avril 1994, n° 97-271 du 9 juin 1997 et 2016 portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère de l'éducation nationale en matière de conception, mise en œuvre et suivi de la politique générale de l'État en matière d'éducation, d'enseignement, de formation et de recherche.
- L'arrêté n° 0001/MEN/Cab/DC/DAPS du 22 janvier 1996 organisant les conditions et procédures administratives de création, extension et fonctionnement des établissements privés d'enseignement.

- Le traité de législation scolaire élaboré en 1977 par le Ministère de l'Enseignement Maternel et de Base.
- La circulaire n° 232/MEMB/DGM/DEMB du 10 mars 1981. Elle rappelle les dispositions de la Circulaire n° 100 du Ministère de l'Education interdisant les châtiments corporels datée du 15 mars 1962.
- La loi n° 91-006 du 25 février 1991 portant sur la Charte Culturelle du Bénin recommande de préparer et de mettre en œuvre les réformes nécessaires à l'introduction progressive et méthodique des langues nationales dans l'enseignement.
- L'arrêté interministériel n° 16/MEPS/METFP/CAB/DC/SG du 1er octobre 2003 portant sanction à infliger aux auteurs de violences sexuelles dans les écoles et établissements d'enseignement secondaire général, technique professionnel, publics et privés.
- La loi no 2006-19 du 17 juillet 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes.
- Mesures administratives instaurant la gratuité de l'enseignement public maternel et primaire.

Cependant, force est de constater que ce riche dispositif qui garantit à tous les enfants un accès équitable et libre de toute forme de discrimination à un apprentissage de qualité dans un environnement éducatif sécurisé, est peu ou faiblement appliqué dans le fonctionnement du secteur. Cette situation s'explique par la méconnaissance ou par l'absence de motivation des personnes chargées de les appliquer (décideurs/ses, enseignant.e.s, parents). Cette situation retentit négativement sur les conditions de l'enseignement/apprentissage et les performances des écoles et des élèves. Par exemple, les écoles imposent presque systématiquement aux parents de contribuer aux coûts de fonctionnement des écoles publiques ce qui contribue à exclure toute une population d'enfants pauvres. Ceci est contraire aux dispositions prévues dans la Constitution du Bénin.

4.2.4.2 Les politiques éducatives

Dès son indépendance, le Bénin a fait de l'éducation une des grandes priorités pour le développement du pays. Les textes fondamentaux (Constitution et Loi 2003) définissent plusieurs priorités pour le secteur. Celles-ci n'ont pratiquement pas changé avec le temps. Il s'agit de l'augmentation des chances d'accès à l'éducation pour tous; de la régulation des flux à tous les niveaux; de l'amélioration de l'équité entre les régions et entre les sexes; du renforcement de la qualité de l'enseignement à tous les niveaux; de la maîtrise des coûts; et de priorité stratégique à accorder à l'enseignement primaire car celui-ci garantit la qualité des acquisitions ultérieures. Ces priorités ont fait l'objet de plusieurs décisions dites de politiques éducatives.

L'Etat a constamment accordé la priorité au secteur de l'éducation dans tous les plans de développement qui se sont succédés depuis 20 ans. Ces plans contiennent des objectifs spécifiques à l'éducation. Ils ont été ou sont, la

plupart du temps, en cohérence avec les cadrages macro-économiques successifs. Le niveau des allocations au secteur et notamment à l'enseignement primaire est resté pratiquement tout le temps en rapport avec les objectifs fixés, le plus proche possible des besoins du secteur et des possibilités financières du pays.

Ces plans ont été systématiquement soutenus par des stratégies et des plans d'actions opérationnels adaptés au contexte national et en harmonie avec les initiatives internationales comme l'Education Pour Tous, l'Education des Filles, la Fast Track initiative transformée depuis en Partenariat Mondial pour l'Education.

La réforme introduite par la loi 2003 a segmenté le système en trois degrés et la décision de donner la priorité au primaire a pour but de renforcer progressivement la base du système avant de faire progresser les enfants vers le secondaire et le supérieur. Cette politique est cependant en voie d'être réformée pour intégrer les nouveaux défis auxquels est confronté le développement du pays et prendre plus en compte les résultats des études internationales.

L'Etat envisage de créer un préscolaire de deux ans (4-5 ans) et une éducation de base qui ira de la maternelle à la fin du premier cycle de l'enseignement secondaire.

Les mesures de gratuité des frais de scolarité dans les enseignements maternel et primaire, pour les filles des classes de 6ème à la 3ème de l'enseignement secondaire général et pour les étudiants non boursiers ont permis de concrétiser l'objectif de faciliter l'accès aux enfants les plus démunis et les plus discriminés.

Les mesures visant l'interdiction des redoublements ont permis d'enclencher un processus d'accélération des taux de scolarisation pour tendre vers les objectifs de l'Education Pour Tous.

La décision de reverser le statut des enseignant.e.s communautaires et contractuels locaux dans le corps des agents contractuels de l'Etat devrait permettre à ces personnels d'accéder aux programmes de formation et ainsi de contribuer plus efficacement aux objectifs d'amélioration de la qualité des prestations éducatives.

Ces mesures de politiques éducatives ont eu des impacts positifs certains comme cela a été décrit dans les sections précédentes mais elles n'ont pas encore produit tous les résultats attendus. L'amélioration de l'accès aux écoles, la qualité des enseignements et la réduction des disparités progressent mais à des rythmes encore trop lents car la mise en œuvre des politiques éducatives se heurte à différentes barrières comme la forte pression démographique et la faible gouvernance du secteur. Par exemple le coefficient d'efficacité interne⁷⁴ du système éducatif est estimé à seulement 0,66 dans le secondaire ce qui signifie que près de 34% des ressources investies dans ce cycle sont gaspillées en raison de la faible application des mesures prévues pour opérationnaliser les prescriptions de la constitution et de la loi de 2003 comme c'est le cas pour l'application effective des mesures de lutte contre les redoublements et les abandons.

⁷⁴ Le Coefficient d'efficacité interne est le rapport entre le nombre d'années d'études strictement nécessaires pour conduire les élèves de la première à la dernière année d'un cycle d'enseignement et le nombre d'« années-élèves » effectivement consommées

4.2.4.3 Les stratégies opérationnelles du secteur

Le système éducatif a été développé par l'Etat de façon à répondre aux besoins des enfants de tous les âges. Cette vision a été traduite à travers un modèle de planification par objectifs et l'élaboration de plans stratégiques. Le dernier plan dit «Plan Décennal de Développement du Secteur de l'Education» (PDDSE) qui couvrait la période 2006-2015 a guidé la mise en œuvre de la plupart des projets et programmes actuels. Ces derniers étaient soit directement alignés sur les résultats attendus du PDDSE, soit venaient en complémentarité à celui-ci au fur et à mesure que les revues recommandaient des ajustements que nécessitait une si longue période de couverture.

Les revues du PDDSE et des différents projets ont montré que globalement les résultats atteints avaient été positifs mais que le pays n'avait pas pu relever tous les défis ciblés. Plus spécifiquement, l'évaluation conduite en 2012 pour mesurer le degré d'efficacité du PDDSE concluait que les stratégies mises en œuvre avaient contribué à améliorer les taux brut d'admission du primaire, réduire les inégalités filles/garçons en matière de fréquentation scolaire mais n'avaient pu ni lever les barrières empêchant l'intégration des enfants à besoins spécifiques, ni récupérer les enfants hors de l'école, ni réduire de manière significative les disparités (milieu de vie, départements, niveau de revenu).

En réponse à ce constat, l'Etat a lancé depuis cette date plusieurs initiatives sous forme de projets, plans ou stratégies spécifiques.

- Les projets mis en œuvre dans l'éducation préscolaire ont permis de mettre au point des approches novatrices pour les écoles maternelles (espaces enfance avec l'UNICEF, Centres Préscolaires d'Initiative Villageoises avec BØRNEfonden) basées sur la participation des communautés. Les centres créés par ces projets accueillent actuellement le tiers des enfants scolarisés dans les écoles maternelles. Le modèle développé et les leçons tirées ont servi au ministère à développer un plan d'accélération qui est en voie d'être intégré dans le plan sectoriel Education post 2015.
- La canalisation de la majeure partie de l'aide extérieure vers la construction des infrastructures et leur dotation en équipements a permis d'augmenter de façon rapide l'offre. Ceci, à son tour, a permis d'améliorer rapidement les effectifs des élèves dans tous les sous-secteurs à l'exception de celui de l'enseignement technique et professionnel. En 2015 il y avait au moins une école primaire par village et 75% des écoles primaires proposaient aux enfants des cycles complets.
- Dans l'objectif de trouver des approches permettant de réduire rapidement les disparités existantes entre garçons et filles et entre départements, le ministère des enseignements maternel et primaire a fait le choix de cibler 25 communes jugées prioritaires en raison de la faiblesse de certains indicateurs. L'approche consistait à soutenir sur les plans matériel, pédagogique et nutritionnel, les élèves appartenant aux ménages pauvres et enrôlés dans l'enseignement de base, à travers des appuis en

fournitures et cantines scolaires. Les premières leçons tirées de ces projets ont mis en lumière les limites de ce type d'approches trop ciblées et ont convaincu les autorités que la réduction des disparités à long terme ne pouvait reposer que sur les approches holistiques concernant en même temps tous les niveaux d'enseignement et toutes les composantes du système éducatif.

- La stratégie combinant l'installation de latrines séparées pour les filles et les garçons, la mise en place de dispositifs de lave-mains et la formation des enseignant.e.s et apprenant.e.s aux pratiques hygiéniques de base a contribué à augmenter les taux d'inscription des garçons et particulièrement celui des filles et ainsi de mieux lutter contre le phénomène d'abandon. Les leçons tirées de ce projet ont dépendant mis en lumière la nécessité de restructurer l'approche actuelle afin de la rendre plus inclusive aux besoins des enfants vivant avec un handicap.
- La stratégie visant à impliquer davantage les enfants, à travers la création de gouvernements des enfants, a favorisé la participation des enfants dans la vie de l'école. Ceci s'est traduit par une amélioration des pratiques d'hygiène et une réduction des violences. Ce projet a également montré que la participation des enfants dans le recensement des enfants non scolarisés vivant aux alentours des écoles était une approche puissante et à faible coût pour lutter contre l'abandon et d'exclusion scolaire.
- L'introduction de cours accélérés dans les centres Barca⁷⁵, les Centres PCA et les autres initiatives d'éducation alternative ont permis de mettre au point un modèle efficace à faibles coûts capable de contribuer à réintégrer les enfants exclus dans les écoles.
- La mise en place des cantines scolaires a contribué à relever le taux de scolarisation des enfants. Cependant le projet a été suspendu pour plusieurs raisons dont le manque de financement national et les problèmes de gestion des intrants. Cependant compte tenu de ses multiples impacts positifs sur les plans éducatifs et nutritionnels l'Etat et le Programme Alimentaire Mondial ont décidé de conjointement financer un nouveau programme pour une durée de quatre ans à partir de la rentrée scolaire 2017.

Soucieux d'accélérer la scolarisation des enfants, l'Etat et particulièrement les ministères en charge de l'éducation multiplient et testent les stratégies opérationnelles à travers de nombreux projets souvent soutenus par l'aide extérieure. Cependant, au moment de la rédaction de ce rapport le secteur de l'éducation ne disposait pas encore de nouveau plan stratégique post 2015. Le Gouvernement a élaboré en 2016 une vision de développement pour le pays (Bénin Révélé) soutenue par un ambitieux Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021 (PAG).

Le volet Education qui fait partie de l'axe stratégique 5 du pilier 2 vise à accélérer les performances du secteur pour augmenter le taux brut de préscolarisation de 15%

actuellement à 32% en 2021, le taux d'achèvement de 73% à 100% et le taux de performances en français et mathématiques de 48% à 75%. Pour atteindre ces objectifs, l'Etat prévoit d'augmenter l'offre éducative dans le primaire par la construction de 6.000 nouvelles salles de classes, la réhabilitation de 1.500 anciennes salles de classes et le recrutement de 10.000 enseignant.e.s (une classe, un maître). Pour la réduction des disparités géographiques et du genre, le PAG prévoit d'améliorer l'efficacité interne du système éducatif à travers la réduction des taux de redoublement et d'abandon. Ces interventions seront soutenues par une augmentation du taux de couverture en cantines scolaires en milieu rural (de 29% à 51% d'ici 2021), des investissements dans la qualité de l'enseignement (formation initiale de 9.000 enseignant.e.s et formation continue des enseignant.e.s, 250 conseillers et 125 inspecteurs pédagogiques).

Dans le domaine de l'enseignement secondaire, le programme s'assigne comme objectif d'améliorer l'équité au niveau de l'accès. Il prévoit à cet effet de redynamiser le processus d'exonération des frais de scolarité des jeunes, d'améliorer les taux de rétention des filles et d'augmenter l'offre par la réhabilitation des 6 lycées des jeunes filles et la construction de 6 nouveaux. Pour améliorer la gestion du flux dans le secondaire le programme envisage la création de passerelles entre les divers sous-secteurs éducatifs, le renforcement de l'offre et de la qualité de l'enseignement technique. Il est prévu la formation et le recrutement de 15.000 nouveaux enseignant.e.s, le recyclage de 4.500 enseignant.e.s actuellement en poste, ainsi que la formation de 200 inspecteurs et 650 conseillers. Ces investissements seront soutenus par la construction et l'équipement d'établissements de formation technique et professionnelle et une meilleure articulation entre le système de formation et le marché de l'emploi. Ces projets prioritaires devraient être consolidés dans un nouveau document de stratégie opérationnelle à l'instar du PDDSE. Le Gouvernement a lancé le processus pour la préparation du plan sectoriel Education post 2015. Celui-ci devrait être prêt avant la fin de l'année 2017.

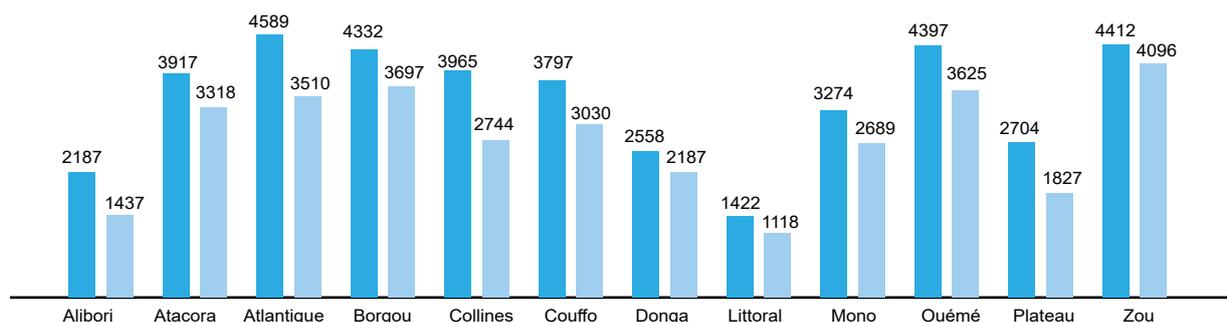
4.2.4.4 Pilotage, coordination et partenariat

Depuis 2016, les attributions des ministères ont été revues et leur nombre de ministères responsables réduit de quatre à trois départements. Malgré cet effort d'allègement, le système éducatif du Bénin est toujours autant confronté aux problèmes de gouvernance comme cela a été mis en évidence par l'évaluation à mi-parcours du PDDSE. La multiplicité des parties prenantes engendre des dysfonctionnements en raison des faiblesses conjuguées du leadership et du mécanisme de coordination que n'a pu combler la création d'une multitude de comités intersectoriels (Conseil National de l'Education, Comité de Pilotage du Secteur de l'Education, Comité de Coordination du Secteur de l'Education, Secrétariat Technique Permanent du PDDSE, et Comité de Suivi des Décaissements et des Marchés (cf. figure 3). Au quotidien ces instances ne se réunissent pas régulièrement et ne sont pas pourvues de membres dotés de réels pouvoirs de décision. Cette faible coordination favorise la duplication des projets, réduit les possibilités de synergie⁷⁶ et constitue un frein à la mobilisation des ressources. Ces difficultés de coordination

⁷⁵ Rapport d'évaluation du Programme de Cours Accélérés, 2015

⁷⁶ Actes du Deuxième Forum National sur le secteur de l'éducation : fondements, organisation, résultats et perspectives post-forum, mai 2015.

Graphique 22 : Ecarts entre effectifs souhaitables et actuels



Source : DPP MEMP et calcul des auteurs

entre les ministères rendent difficiles la gestion de certains problèmes qui se posent à la jonction de différents sous-secteurs tels la gestion des flux, l'établissement de passerelles et la mise en place d'un système efficace d'orientation scolaire et universitaire.

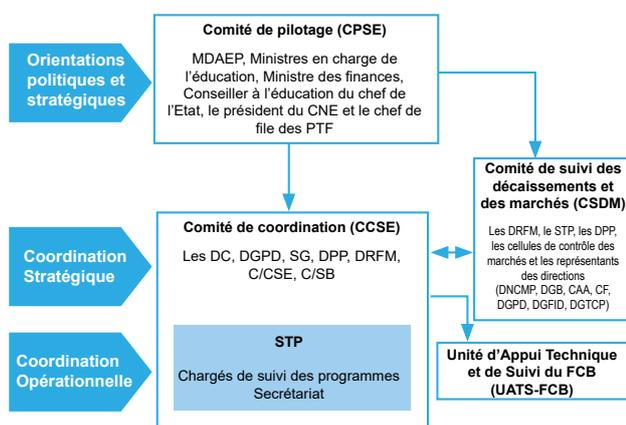
Cette faiblesse de la coordination et du pilotage intra et intersectorielle a également des répercussions négatives au niveau périphérique. Malgré les lois n° 97-029 et n° 98-005 qui responsabilisent les communes pour la construction, l'équipement, la réparation et l'entreteien des établissements de la maternelle et du primaire⁷⁷, le niveau central continue de piloter et d'exécuter des actions dévolues par la loi de décentralisation aux collectivités locales faute de coordination.

encore besoin de 8,200 enseignant.e.s supplémentaires. Bien que cette pénurie concerne pratiquement tous les départements certains sont plus particulièrement défavorisés (cf. graphique 22). L'affectation des enseignant.e.s se fait en tenant compte du nombre de groupes pédagogiques existants plutôt que du nombre d'élèves présents. Aucune mesure n'ayant réussi à corriger cette anomalie qui perdure depuis de nombreuses années, les problèmes sont reconduits d'une année à l'autre avec une tendance à l'aggravation de la situation enengendrée par la poussée démographique. En 2015, près de 73% des allocations d'enseignant.e.s du cycle primaire n'étaient pas corrélées au nombre d'élèves. Cet indicateur n'était que de 52% en 2011.

Le manque de personnel qualifié aurait pu être partiellement compensé par une supervision pédagogique plus efficace des enseignant.e.s en poste. L'encadrement et le suivi pédagogiques sont officiellement codifiés et prévoit que les services départementaux supervisent les chefs de circonscription scolaire et les conseillers pédagogiques (2 à 4 conseillers pédagogiques sont normalement postés dans chaque circonscription scolaire). Ces derniers devraient superviser à leur tour les écoles. Dans la pratique ce système fonctionne assez mal ou pas du tout. Chaque année un nombre important d'écoles signalent n'avoir bénéficié d'aucune visite d'inspection. Ceci s'explique par le nombre insuffisant des inspecteurs/trices (125) mais aussi par leurs occupations. En 2015, un tiers du corps des inspecteurs/trices était affecté à des tâches autres que celles pour lesquelles ils/elles avaient été recruté.e.s (par exemple 42 inspecteurs/trices occupaient des postes sédentaires au Ministère) sans qu'une décision soit prise pour les remplacer ou leur demander d'assurer leurs obligations.

Les problèmes d'affectation et les insuffisances de supervision contribuent significativement au manque de respect des temps scolaires règlementaires requis. Les études⁷⁸ conduites en 2014 ont révélé que peu de progrès avaient été réalisés depuis 2008 dans ce domaine malgré son importante visibilité auprès des parents. En moyenne les écoles n'assurent que 50% du temps scolaire règlementaire⁷⁹ (90,75 jours d'apprentissage sur les 174

Figure 2 : Dispositif de pilotage DPSSE



4.2.4.5 La gestion des ressources humaines

Les efforts déployés pour renforcer le niveau et la qualité des enseignements ont été accompagnés par un recrutement du personnel. Dans le cycle primaire le taux de personnels qualifiés a progressé de 50% en 2010 à plus de 80% en 2015. Ces efforts n'ont toutefois pas pu combler les faiblesses quantitatives et qualitatives du secteur ni réduire significativement les disparités constatées dans la distribution des enseignant.e.s. Le système éducatif a

⁷⁷ Ces lois donnent aux communes à Statut particulier (Cotonou, Porto-Novo et Parakou), les mêmes responsabilités pour les enseignements secondaire et technique.

⁷⁸ Rapport PASEC 2014 et étude du LARES sur l'année scolaire 2014-2015

⁷⁹ Au Bénin la quantité totale du temps scolaire a été fixée à 36 semaines réparties en trois trimestres de travail de durée comparable, séparés par quatre périodes de vacances. Le nombre d'heures de travail hebdomadaire est fixé lui à 28 heures par semaine pour les écoles primaires et maternelles

jours prévus par le Ministère⁸⁰ soit à peu près 25 heures par semaine⁸¹).

Les autres impacts des problèmes liés à la gestion des ressources sur le niveau d'apprentissage des enfants n'ont pas toutes été évaluées mais les données disponibles montrent une situation assez critique caractérisée par une fuite des responsabilités de la part des inspecteurs/trices et des directeurs/trices d'écoles qui hésitent notamment à utiliser les responsabilités qui leur sont attribuées pour limiter les absences des enseignants.e.s : 41% des élèves signalent que leur enseignant.e s'absente chaque mois. Ils indiquent aussi que le temps d'enseignement imparti aux matières fondamentales (français et mathématiques) est souvent inférieur à 50% du temps total d'apprentissage.

4.2.4.6 La gestion des finances du secteur

La gestion des finances publiques bien que codifiée par la réglementation publique et suivant les principes universels d'annualité, universalité, unité budgétaire et de la séparation des pouvoirs de la comptabilité publique, souffre de plusieurs faiblesses qui entravent l'efficacité et l'efficience des efforts financiers faits par l'Etat pour ce secteur. En 2014, le rapport de la revue du système de gestion des finances publiques et de la responsabilité financière de l'Etat des dépenses publiques (PEMFAR) notait que l'augmentation considérable des dépenses du secteur n'avait pas été suivie d'une amélioration correspondante des taux brut de scolarisation, achèvement, redoublements ni par de meilleures conditions d'apprentissage pour les enfants (dégradation des ratios apprenant.e / encadreur...). Les causes identifiées se situaient au niveau des faiblesses du mécanisme d'allocation des ressources, du manque de respect de l'orthodoxie budgétaire et de l'ineffectivité du mécanisme de contrôle externe. A cela s'ajoutaient la faiblesse des mécanismes de mesure des performances de gestion des ressources budgétaires, le manque d'utilisation de la gestion axée sur les résultats au niveau déconcentré, le manque de transparence dans la répartition et la gestion des ressources affectées à la décentralisation (le MEMP transfère aux communes en moyenne 3% de son budget⁸²).

Combinées, ces faiblesses impactaient négativement sur les mécanismes de prise de décision et de prévisibilité. Elles empêchaient le système éducatif de tendre vers un équilibre entre l'offre et la demande éducative et limitaient ses capacités à réduire les disparités existantes en termes d'accès et de maintien des enfants vulnérables. L'analyse⁸³ conduite par le PASEC en 2014 montrait que le système profitait surtout aux garçons (ils absorbaient 62% des ressources) et aux couches favorisées. L'étude montre que les 20% d'enfants appartenant aux groupes les plus aisés consommaient 57% des ressources contre seulement 5% pour les 20% d'individus les plus pauvres.

4.2.4.7 Le système d'information

Suivant la recommandation de l'UNESCO selon laquelle « ...l'information constitue le fondement de la gestion, de la

⁸⁰ Données de l'étude du LARES

⁸¹ Données du rapport PASEC 2014

⁸² Performances du système éducatif Béninois, PASEC, 2014

⁸³ Performances du système éducatif Béninois, PASEC, 2014

planification et de l'évaluation d'un système éducatif » les autorités béninoises ont doté le secteur d'un Système de Gestion de l'information en Education (SIGE) moderne pour remplacer l'ancien processus de confection des annuaires statistiques dont la qualité et robustesse variaient d'une année à l'autre et dont la production était toujours trop décalée par rapport aux besoins des planificateurs/trices et décideurs/ses.

Selon une évaluation conduite par l'UNESCO, le SIGE est capable de produire des informations dans les sous-secteurs des enseignements maternel, primaire et supérieur mais pas dans ceux de l'enseignement secondaire et de l'enseignement technique et professionnel. De même le système est incapable de dresser une situation réaliste du secteur pour les enfants à besoins spécifiques (enfants porteurs d'handicaps, enfants en alternative éducative, enfants victimes de violence) car les informations de routine collectées omettent systématiquement les données sur ces aspects. A ce problème de collecte des données s'ajoute celui de leur utilisation. Les données collectées et les analyses conduites ne sont que très peu utilisées pour la planification opérationnelle. Cette faiblesse du système d'information contribue fortement à maintenir une faible culture de reddition des comptes.

4.2.5 Les pratiques et les normes sociales

Comme dans de nombreux pays, l'Etat a introduit l'approche participative afin d'accélérer l'atteinte des objectifs de l'Education Pour Tous. Cette approche qui comprend la participation des communautés, des parents et des enfants a été consacrée par la loi de 2003 qui permet la création des associations de parents d'élèves pouvant défendre les intérêts des familles et des enfants vis à vis de l'Etat, des directeurs/trices d'écoles et des enseignants.e.s.

Bien qu'officiellement encouragées, les associations de parents d'élèves ne participent pratiquement pas aux choix des politiques éducatives et à la gestion administrative, financière et pédagogique du secteur. Les associations représentées par la Fédération Nationale des Parents d'Elèves sont bien membres de plusieurs espaces de concertation mais leurs rôles restent marginaux car la fédération est perçue comme un organe artificiel dépourvu de tout pouvoir. Ni l'Etat ni les associations membres n'ont su transformer cette entité en un réel atout pour les enfants. Ceci semble être lié au fait que la plupart des associations de parents d'élèves présentes dans les écoles ne sont elles mêmes pas fonctionnelles car les parents n'y participent que très peu.

Les parents sont plus actifs individuellement. Plusieurs études⁸⁴ ont montré que les parents sont de plus en plus favorables à l'éducation moderne et l'instruction des filles. Les taux bruts de scolarisation des filles ont beaucoup progressé et ont déjà atteint la parité filles-garçons dans le cycle primaire. Cet appriori favorable semble aussi bénéficier aux petits enfants. L'enquête MICS montre qu'en 2014 de nombreux enfants âgés de 36 à 59 mois bénéficiaient à domicile d'activités d'éveil et de préparation à l'école. Cependant cet engagement des parents n'est pas encore assez fréquent et assez répandu dans tout le Bénin pour jouer un rôle déterminant dans le développement des enfants: seulement 28% des enfants

⁸⁴ La participation des parents dans des contextes de systèmes éducatifs en crise. Etudes de cas au Bénin et en RDC, Gael Comhaire, 2007

en bénéficiaient. Les parents les plus impliqués étaient les mères et les populations qui résidaient dans le département du Littoral (49%). Les moins impliqués ceux de l'Atacora (8%). Le degré de participation des parents est également corrélé à leurs niveaux d'instruction et catégories socio-économiques. L'implication est plus fréquente quand le chef de ménage est instruit (58% contre 22% quand le niveau d'instruction est faible). Des informations anecdotiques rapportent également que ces deux facteurs jouent un rôle important dans les échecs et abandons scolaires. Le manque d'implication des parents est souvent expliqué par la perception négative qu'ils ont de l'école, de ses produits et de ses finalités. Beaucoup de parents pensent qu'il n'est pas nécessaire que les enfants progressent trop dans leur cursus car les compétences qu'ils acquièrent ne leurs permettent pas de s'insérer facilement dans le monde du travail. Associée à l'analphabétisme des adultes, à la croyance que l'éducation se fait aussi par le travail et conjuguée à l'observation de taux de chômage constamment élevés chez les sortants de l'école ces a priori négatifs vis à vis de l'éducation rendent réticents les parents à préférer systématiquement l'école dite moderne.

Les directeurs/trices d'établissements et les enseignant.e.s ont pour obligation majeure d'assurer la progression harmonieuse des élèves durant leur cursus scolaire et de les protéger contre l'exclusion scolaire et les phénomènes qui peuvent y contribuer. Dans la réalité ces derniers n'assurent que faiblement cette obligation car ils n'hésitent pas à amputer le volume horaire scolaire réglementaire qu'ils doivent obligatoirement assurer. Nombreux aussi

Encadré 13 : Extrait de FGD avec les pères, Commune de Natitingou

«Même pour les intellectuels autochtones résidant ici à Natitingou, l'instruction ne leur dit rien, parce qu'aujourd'hui, nos enfants qui ont fréquenté et évolué dans les études et qui sont revenus nous servent à quoi maintenant? Vous nous servez à quoi? Quand toi parent, tu observes cela, tu te demandes en quoi est-il bon de scolariser tes enfants? Si tu dois par exemple investir dans l'éducation d'un enfant 500000 francs par an et celui-ci revient bardé de diplômes, mais sans travail et que tu es obligé de lui donner encore à manger matin, midi et soir, pire si c'est un garçon, il est obligé de t'amener femme et enfants, là c'est un problème. Moi, personnellement je ne suis pas dedans. Eduquer aujourd'hui, c'est trop cher. Il existe ici en ville des gens qui ne peuvent pas supporter financièrement l'éducation de leurs enfants».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017.

Encadré 14 : Extrait de FGD avec les pères, Commune de Natitingou

«Notre éducation est beaucoup plus religieuse car c'est l'alpha qui s'en occupe. Nos parents ne participent en rien. Ils viennent seulement nous déposer auprès de ce dernier pour que nous apprenions le coran. En retour, ils viennent réitérer des mots de remerciement au chef religieux».

sont ceux qui refusent d'appliquer les mesures qu'ils sont tenus de mettre en œuvre comme celle de l'interdiction des redoublements ou des chatiments physiques. L'évaluation à mi-parcours du plan décennal de l'éducation note que « les résultats obtenus dans la lutte contre les redoublements sont limités parce que l'application des mesures s'est heurtée à une certaine résistance de la part des enseignants ». Directeurs/trices et enseignant.e.s tolèrent également un certain niveau de violence à l'intérieur de leurs écoles et classes. Les abus sexuels continuent d'être perpétrés contre les élèves filles et ceci parfois par les enseignants eux mêmes, inhibant du coup le désir des parents d'envoyer leurs enfants à l'école. Cette fuite des obligations est largement favorisée par l'absence de supervision et de reddition des comptes des directeurs/trices et des enseignant.e.s.

Encadré 15 : Extrait d'un entretien avec père de 47 ans, commune de Ouaké

«Cette année scolaire, ma fille passe au collège. Elle est admise au CEP avec l'entrée en sixième. J'ai tout fait pour retirer son relevé de note et l'inscrire au collège, mais elle a refusé. J'ai insisté et je lui ai tout dit. Mais, elle s'y est opposée de façon catégorique. La conséquence, c'est qu'elle a contracté une grossesse et trimbale déjà un bébé à l'âge de 15 ans ».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017.

4.2.6 Les partenariats

Bien que l'Etat soit le premier responsable de l'éducation des enfants, il a sollicité l'assistance de partenaires; à savoir: des organisations internationales de développement ou des organisations non gouvernementales.

Les partenariats les plus importants sont ceux qui permettent au pays de bénéficier d'une assistance dans le cadre du Partenariat Mondial pour l'Education (précédemment appelé fonds catalytique de l'Initiative Fast-Track) supporté par la Banque Mondiale, la Coopération Suisse et l'UNICEF. Ce partenariat permet au pays d'élaborer un dossier d'investissement adapté au contexte national, de mettre en place un mécanisme assurant une plus grande harmonisation des investissements extérieurs et des priorités du pays, d'obtenir une augmentation progressive du budget consacré à l'éducation et d'attirer des financements supplémentaires pour le secteur. Ce partenariat a également permis d'ouvrir quelques chantiers dans les domaines de la transparence de la gouvernance et d'assurer une plus grande flexibilité dans l'utilisation des fonds de projets. Ce partenariat fonctionne relativement bien.

Le Bénin a établi aussi de nombreux partenariats avec des institutions et des organisations internationales.

Organisations	Domaines d'intervention
UNESCO	Appui au SIGE dans l'Enseignement Technique,
UNICEF	Appui au SIGE dans l'Enseignement Technique, Contribution au Fonds Communs Budgétaires, Appui à la réforme dans l'enseignement Secondaire
Agence Française de Développement	Education Alternative, Enseignement technique
Agence de la Coopération Suisse de Développement	Appui aux circonscriptions scolaires/PROEDUC, Formation des enseignants, Promotion de l'enseignement par le jeu
GIZ	Promotion de centres d'excellence, Agent Partenaire du PME
PAM	Contribution au Fonds Communs Budgétaires
Pays Bas	Cantines scolaires

Le Bénin a également établi des partenariats avec des organisations non gouvernementales.

Organisations	Domaines d'intervention
Aide et Action	Participation communautaire, hygiène et assainissement en milieu scolaire, décentralisation dans l'éducation, scolarisation des filles, éducation en Urgence, préscolaire communautaire dans les départements de l'Atacora, Borgou, Atlantique, Ouémé
BORNEFONDEN	Développement du préscolaire communautaire, accès, qualité et achèvement de l'éducation primaire dans les départements du Zou, Mono, Collines, Ouémé
PLAN international	Développement du préscolaire communautaire, accès, qualité et achèvement de l'éducation primaire, éducation dans les situations d'urgence, participation communautaire, hygiène et assainissement en milieu scolaire et lutte contre les violences en milieu scolaire dans les départements de l'Atacora, Couffo, Zou, Collines
Right To Play	Promotion du jeu et du sport dans l'éducation et promotion du genre dans l'éducation dans les départements de l'Atlantique et du Littoral
EDUCO	Education alternative, préscolaire communautaire dans les départements du Borgou, Atacora, Zou, Ouémé
HELVETAS	Education alternative, enseignement technique, formation professionnelle dans les départements du Borgou-Alibori
CRS	Cantines scolaires dans les départements de l'Alibori, et du Borgou
Care international	Education dans les situations d'urgence et éducation et Genre
The Hunger Project	Préscolaire dans les départements de l'Atlantique, Atacora, Borgou, Mono, Couffo, Zou
World	Participation communautaire, décentralisation dans l'éducation, scolarisation des filles, cantines scolaire dans les départements du Borgou et Alibori
Handicap International	Promotion de la scolarisation des enfants handicapés dans le département de l'Atlantique

Ces partenariats sont stratégiques pour le pays car ils permettent le transfert du savoir faire aux personnes ressources nationales. Ils contribuent également à l'amélioration rapide de l'offre de services et ils facilitent l'extension des bonnes pratiques apprises dans les projets pilotes. Leurs impacts seraient certainement plus forts si l'Etat assurait une meilleure coordination de tous ses partenaires.

4.3 Recommandations

Les membres du gouvernement, de la société civile et des partenaires techniques et financiers ayant participé à cet exercice d'actualisation 2017 de l'analyse de la situation du secteur Education ont considéré que le Bénin avait

accompli des progrès importants dans la réalisation du droit à l'éducation mais sans pouvoir atteindre les objectifs qu'il s'était lui-même fixé et a été dans l'impossibilité de garantir les mêmes chances à tous les enfants. Aussi, dans la perspective de la réalisation de l'axe 3 du Programme d'Actions du Gouvernement 2016-2021 et sur la base des évidences rapportées dans les sections précédentes, ils ont procédé à une identification des problèmes prioritaires et à leur classement. Ils ont convenu que la priorité devait être accordée à l'accroissement de l'accès des jeunes enfants à un enseignement préscolaire de qualité, à l'accélération de l'accès et du maintien à une éducation de qualité dans les cycles primaire et secondaire, et à l'amélioration des compétences et performances des élèves de tous les niveaux d'enseignement. Ils ont estimé

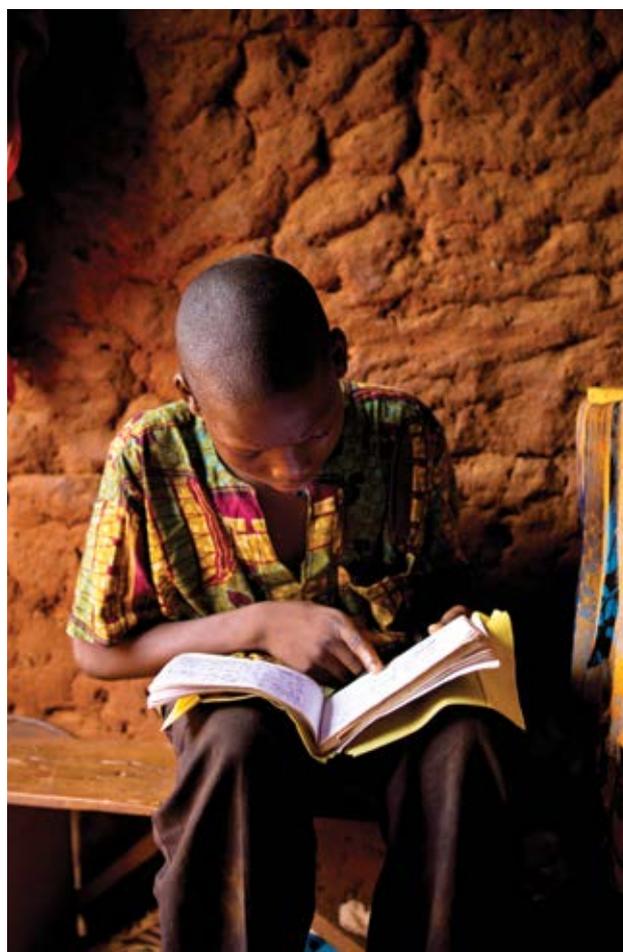
que des contributions stratégiques dans ces domaines permettraient d'accélérer l'atteinte des Objectifs de Développement Durables à l'horizon 2030. A cet effet ils ont recommandé de :

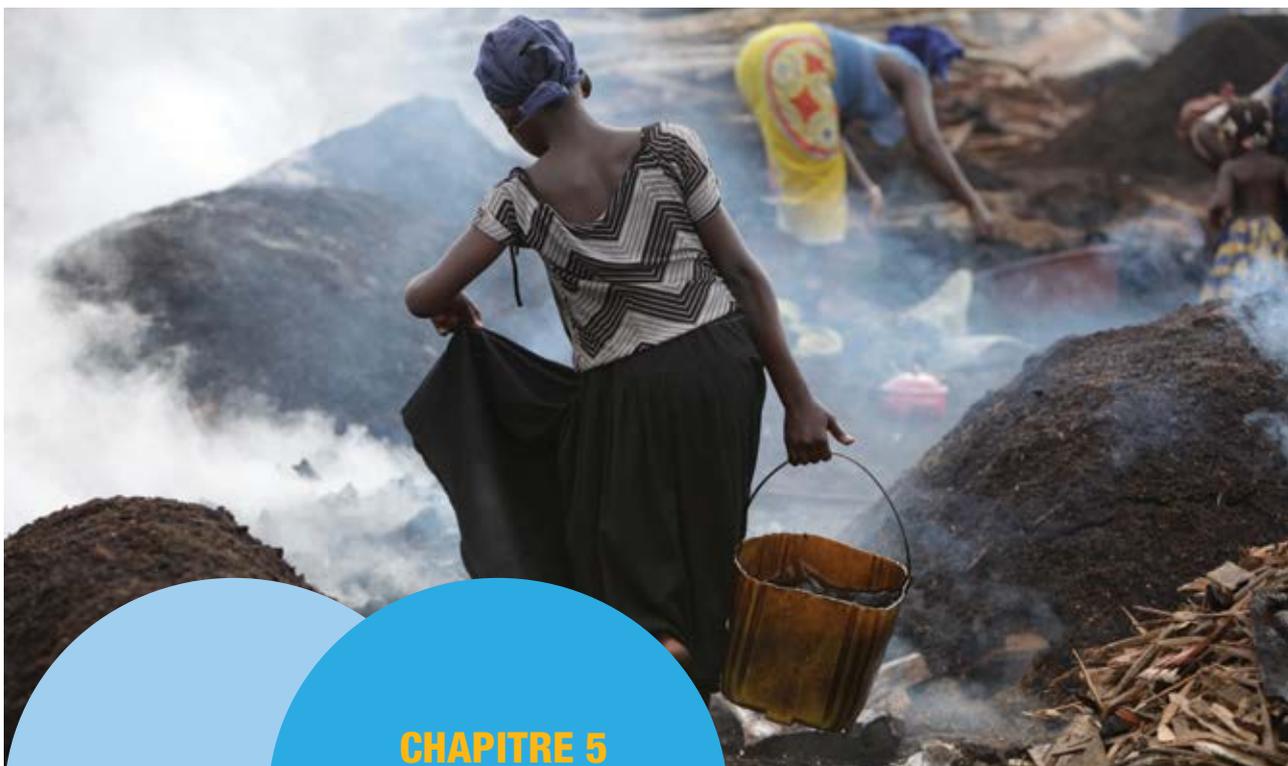
1. Renforcer l'éducation préscolaire à travers plusieurs axes. Le secteur éducatif devrait poursuivre la promotion des approches communautaires et en même temps soutenir le développement de cette approche dans les sous-secteurs public et privé avec la création systématique de classes maternelles dans les écoles primaires. Ceci suppose la révision de la Loi d'orientation fixant la tranche d'âge préscolaire; la mise en place d'un plan de recrutement/recyclage des enseignant.e.s qualifié.e.s; le développement d'un curriculum spécifique au préscolaire et d'une trousse à outils d'accompagnement; et l'élaboration d'un plan de communication pour un véritable changement de comportements des parents et communautés vis-à-vis de l'éducation préscolaire.
2. Renforcer les stratégies et programmes de lutte contre l'exclusion et l'abandon scolaire. Le secteur devrait concentrer ses efforts sur la mise en application des mesures législatives et administratives existantes ainsi que sur la dissémination des bonnes pratiques. La mise en place d'un mécanisme de contrôle de la mise en application des mesures de gratuité et de non-redoublement permettrait de s'assurer d'une plus grande participation des directeurs/trices, enseignant.e.s et parents. Le secteur devrait également accélérer le nombre des écoles amies des enfants incluant un accès facile des enfants à l'eau potable, aux latrines séparées filles-garçons, à une alimentation adéquate et à une protection contre les violences. Ceci suppose également une révision de la politique de formation initiale et continue des enseignant.e.s et du personnel d'encadrement, une redynamisation des mécanismes de planification et de supervision pour que les apports en moyens aux écoles ne soient pas standardisés mais adaptés aux besoins réels des écoles et des enfants. Cela doit être supporté par un renforcement de l'encadrement et du contrôle pédagogique, une révision du dispositif d'évaluation des acquis scolaires et l'intégration de la santé reproductive dans les curricula en milieu scolaire et universitaire.
3. Multiplier les alternatives éducatives facilitant l'intégration-réintégration dans le système éducatif formel des enfants actuellement hors de l'école. Le secteur devrait notamment s'appuyer sur les modèles positifs existants au Bénin ou dans les pays ayant un profil culturel et socio-économique proche. Le choix des modèles qui seront portés à l'échelle devront privilégier ceux qui permettent aux enfants handicapés, enfants talibés, enfants bouviers, enfants travailleurs, enfants de la rue, enfants des couvents et enfants des ménages pauvres, de revenir à l'école et d'y acquérir les compétences de base ainsi que celles qui les prépareront au marché de l'emploi. Ces interventions seront supportées

par l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan de communication intersectoriel pour les changements de comportements comprenant un volet ciblant des problématiques d'intérêt national (enfants vivants avec un handicap, travail des enfants, violence à l'école) et des volets adaptés à chacune des communautés et zones ciblées (mariage précoces, enfants bouviers).

4. Renforcer l'adéquation de l'éducation et la formation en tenant compte des besoins du marché de l'emploi. Le secteur devrait procéder à une évaluation des programmes d'enseignement actuels pour en déterminer les forces et faiblesses, recueillir les bonnes pratiques à disséminer et restructurer ceux qui doivent être rendus plus cohérents avec les besoins nationaux et les opportunités d'emploi.

Toutes les recommandations émises ci-dessus ne pourront produire des fruits seulement si les parties prenantes du secteur s'engagent dans une amélioration de la gouvernance du système avec un renforcement de la coordination générale du secteur au niveau central et périphérique, la redynamisation des mécanismes de suivi de la performance des acteurs de tous les niveaux en termes de redevabilité. Les efforts du secteur seront soutenus à leur tour par un plaidoyer plus dynamique auprès des décideurs nationaux, des communautés et des partenaires techniques et financiers pour mobiliser les ressources nécessaires à l'extension du système éducatif tant en termes d'infrastructures adéquates que de recrutement d'enseignant.e.s qualifié.e.s.





CHAPITRE 5 PROTECTION DES ENFANTS

Dans sa forme la plus simple, la protection de l'enfant peut être définie comme le droit de chaque enfant à être protégé contre tout acte qui peut lui être dommageable. Ce droit à la protection découle du constat que les enfants, dans toutes les cultures et les pays du monde, souffrent de nombreuses formes d'atteinte à leur intégrité et que ces faits provoquent des dommages importants sur leur développement et leur survie.

Tout en garantissant la jouissance des autres droits (santé, éducation, justice...), l'Etat doit veiller à ce que l'enfant reçoive tout ce dont il a besoin pour grandir harmonieusement. La Convention relative aux Droits de l'Enfant (art. 19 et art. 34 à 40) et ses Protocoles facultatifs, la Charte Africaine des Droits et du Bien-Etre de l'Enfant et le Code de l'Enfant en République du Bénin consacrent le droit à la protection. Ils indiquent notamment que l'enfant doit être protégé contre toutes les formes de violences, d'exploitation économique, d'exploitation sexuelle, de séparation de sa famille contre son gré ainsi que toute pratique qui peut être dommageable pour sa survie, son développement et son épanouissement.

5.1 Une multitude de problèmes de protection des enfants

Au Bénin, l'environnement dans lequel évolue l'enfant n'est pas systématiquement sûr. De multiples causes liées aux comportements des parents et de la société, à la disponibilité des services, à la gouvernance du système de protection peuvent être sources de privation des droits, d'inégalités des chances, de discriminations et d'actes dommageables à la survie, au développement harmonieux et à l'épanouissement de l'enfant.

- **Enregistrement des naissances:** La privation de l'acte de naissance constitue un déni de l'existence légale de l'enfant. La présence de cette pièce est la condition incontournable pour la réalisation d'autres droits comme celui de l'éducation et de la santé et pour protéger l'enfant contre l'exploitation, le travail forcé, le mariage précoce et la traite. Au Bénin l'enregistrement des naissances a connu une progression rapide avec un taux qui est passé de 50% en 2010⁸⁵ à 85% en 2014⁸⁶. Cette augmentation a permis d'estomper les grandes disparités constatées par le passé entre milieux rural et urbain et entre départements (cf. graphe 23). En milieu urbain 88% de naissances sont enregistrés à l'état civil contre 82% en milieu rural.

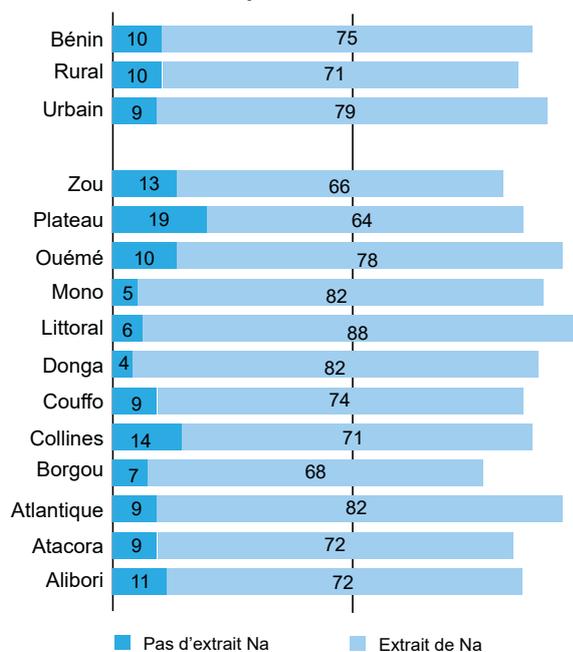
⁸⁵ Rapport préliminaire sur les résultats de l'étude sur l'état civil et des statistiques en Afrique

⁸⁶ MICS 5, INSEA-UNICEF, 2014



Les disparités qui persistent encore sont celles qui sont liées aux conditions socio-économiques des ménages. Dans les ménages les plus pauvres 69% des enfants sont enregistrés à l'Etat civil contre 96% chez ceux qui sont les plus riches. Malgré cette nette amélioration, l'usage n'est pas encore approprié et beaucoup de parents ne retirent pas les actes de naissance de leurs enfants (47%⁸⁷ MICS 2014).

Graphique 23 : Enregistrement des naissances par département



Source : MICS V 2014

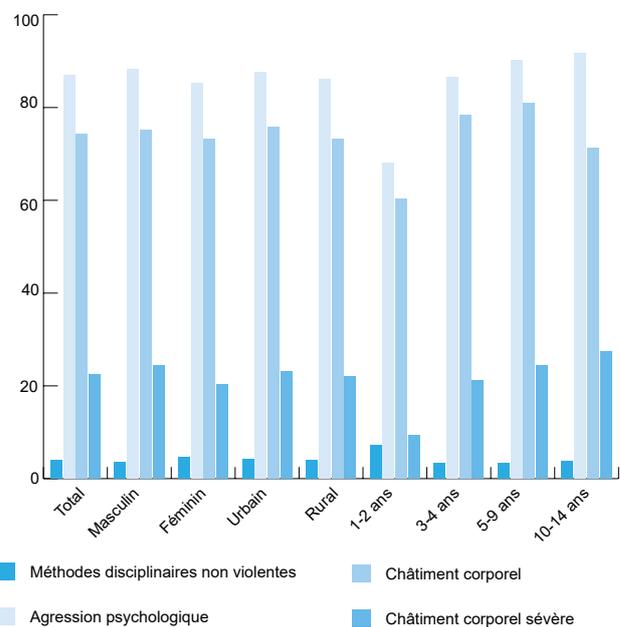
• **Violences et abus:** Malgré les nombreuses dispositions réglementaires adoptées et les actions de sensibilisation conduites le niveau des maltraitances et violences contre les enfants demeure élevé (cf. Graphe 24). Certains professionnels estiment même que le phénomène serait en nette aggravation. Durant l'enquête MICS V 2014 près de 91% des enfants de 11-14 ans enquêtés avaient rapporté avoir subi une forme de violence qui était soit un châtiement corporel soit une agression psychologique ou sexuelle (en 2009 le taux avait été estimé à 89%⁸⁸). La proportion des enfants ayant subi une violence sévère atteignait environ

⁸⁷ MICS 2014, INSAE-Unicef, 2014

⁸⁸ Étude sur les violences contre les enfants en milieu scolaire au Bénin » (octobre 2009), citée dans UNICEF

22,5%. Selon cette même source, les enfants avaient été affectés sans discrimination de leur âge, sexe ou milieu de résidence. Ces violences avaient été, la plupart du temps, commises dans les milieux où les enfants étaient censés être protégés : dans leurs familles ou à l'école. Les enfants sont également souvent violentés dans la rue. L'agresseur était souvent un membre de l'entourage immédiat de l'enfant. La majorité des cas d'abus et de violences n'est jamais signalée aux agents de protection. Entre 2014 et 2016, l'Office Central de Protection des Mineurs a enregistré un total 11,173 cas de violences⁸⁹, ce qui ne serait que la partie émergée du phénomène. L'étude nationale sur les grossesses en milieu scolaire⁹⁰ a révélé que 9,5% des filles enquêtées avaient été victimes au moins une fois dans leur vie de viol(s) et/ou d'attouchement(s) sexuels commis par un éducateur ou un proche parent. Dans 36,2% ces actes ont été suivis d'une grossesse non désirée.

Graphique 24 : Discipline des enfants par sexe, milieu et âges



Source : MICS V 2014

• **Prostitution et pornographie impliquant des enfants:** Selon le rapport établi en 2013 par le Rapporteur Spécial sur la Vente d'enfants au Bénin la situation de la prostitution des enfants et de la pornographie impliquant des enfants béninois n'était pas suffisamment connue et documentée. Une étude réalisée par le Ministère en Charge des Affaires Sociales sur les enfants impliqués dans la prostitution et la pornographie dans les communes de Cotonou et de Malanville en 2016 a trouvé que des enfants, en majorité des filles, étaient contraint.e.s à de la prostitution commerciale et avaient été impliqué.e.s dans des activités de pédopornographie. L'étude a identifié plus de 1,000 sites où des filles âgées entre 12 et 17 ans pratiquaient une prostitution professionnelle, parfois de manière occasionnelle et de moyenne durée (environ 2 ans). Ces filles étaient pour la plupart (80%) originaires

⁸⁹ Rapport annuel 2016, OCPM partagé en 2017

⁹⁰ Etude sur les grossesses précoces et/ou grossesses non désirées et comportements à risques chez les adolescents et jeunes en milieu scolaire, éducation professionnelle et universitaire au Bénin (secteur public et privé), GRAFED-CONSULTING -SARL,2015



Encadré 16 : Les « enfants bouviers »

Dans la catégorie des enfants travailleurs on trouve aussi ce que l'on appelle communément les « enfants bouviers ». Ce phénomène est né dans les années 90 dans le département du Borgou à la faveur de l'extension des cultures du coton et de l'utilisation des attelages bovins. Confrontées à une augmentation rapide du cheptel bovin les communautés ont eu recours aux enfants pour s'en occuper. Le problème n'est pas d'une très grande ampleur (40,000 enfants et jeunes âgés de 7 à 20 ans) mais a des effets dévastateurs sur leur scolarisation. Si les enfants y échappent pendant leur petite enfance et peuvent alors bénéficier de l'enseignement, ils en sont exclus dès que leur état physique leur permet d'aider aux champs et de surveiller le bétail. En moyenne un enfant bouvier travaille 9 heures par jour, ce qui ne lui laisse guère de temps à consacrer à l'école.

d'autres villes du Bénin ou des pays voisins et n'utilisaient que rarement les moyens de prévention, ce qui les exposait aux infections sexuellement transmissibles (IST). Environ 40% d'entre elles avaient déclaré avoir déjà été infectées au moins une fois par une IST/MST.

• Travail et exploitation économique des enfants:

Le travail des enfants est un phénomène répandu au Bénin. Si l'on considère le travail des enfants dans sa globalité (activités économiques et tâches ménagères), les garçons et les filles sont affecté.e.s relativement dans la même proportion: un peu plus d'un enfant sur deux (respectivement 50,5 et 54,3%). En 2008 l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants (ENTE) notait déjà que 34% de tous les enfants étaient régulièrement impliqués dans des activités économiques. Environ 30% d'entre eux étaient même engagés dans des travaux qualifiés de dangereux. En 2010 une autre étude qualitative réalisée par le LASDEL pour le compte du BCAT/UE a permis d'établir la typologie des cinq formes de travail des enfants les plus fréquentes et les plus socialement acceptées au Bénin: enfant domestique, enfant garde d'enfants, enfant apprenti, enfant engagé dans la « débrouillardise de la survie » et enfant aide familial. En 2014, l'enquête MICS V a montré que la situation se serait aggravée par rapport à 2008 car la proportion d'enfants impliqués dans au moins une activité économique avait atteint 52% avec 39,6% d'entre eux engagés dans des conditions de travail dangereuses. Une partie des enfants seraient impliqués dans les pires formes de travail⁹¹, essentiellement dans les secteurs de l'agriculture et des travaux domestiques.

L'enquête MICS V 2014 montrait également que le phénomène des enfants travailleurs était plus fréquent en milieu rural (61%), chez les enfants âgés de 12 à 14 ans (61%), chez ceux qui ne sont pas scolarisés (58%), chez ceux dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction (58%) ainsi que chez ceux qui appartiennent aux ménages

les plus pauvres (66,8%). Les enfants des départements du Couffo (82%), du Plateau (68%), de l'Alibori (62%) et du Borgou (60%) étaient les plus affectés. Une proportion importante des enfants serait impliquée à un âge précoce à travers des travaux à domicile assimilés à tort à de simples tâches ménagères⁹². Selon la MICS V 2014 plus de huit enfants sur dix âgés de 15 à 17 ans et sept enfants sur dix pour les plus jeunes sont impliqués dans les tâches ménagères. Le temps passé à ces activités est considéré comme du travail pour 11% des enfants de 5 à 11 ans, 19% de ceux âgés de 12 à 14 ans et 11% de ceux qui sont âgés de 15 à 17 ans. Les filles sont davantage affectées par le travail lié aux tâches ménagères que les garçons, notamment pour la tranche d'âge 12-14 ans où elles sont 28% à être concernées contre 11% pour les garçons. Ces enfants seraient parfois victimes du phénomène de « vidomegons »⁹³. Cette pratique affecte surtout les filles et consistait à l'origine à confier son enfant aux familles proches mais plus nanties pour lui garantir de meilleures chances d'éducation et d'insertion professionnelle. Avec le temps la pratique a été déviée et les enfants confiés ont été transformés en employés domestiques avec un salaire versé directement à la famille ou à des tierces personnes. Certains de ces enfants sont mêmes exploités par les familles d'accueil pour faire du petit commerce⁹⁴ ou sont sous-traités pour de gros travaux (agriculture, exploitation des mines) au Bénin ou parfois dans les pays voisins (Nigéria, Congo, Guinée équatoriale, Cameroun, Gabon). Selon les analyses effectuées à partir des données de l'ENTE 2008, une partie de ces enfants seraient des victimes de la traite (10%). Cette forme de travail a des effets négatifs sur le développement de l'enfant car elle perturbe la scolarité de ceux et celles qui fréquentent une école. Selon l'ENTE⁹⁵, seulement 20,3% des enfants travailleurs peuvent réellement combiner école et travail.

⁹¹ Rapport 2012 du département américain du travail

⁹² Les tâches ménagères incluent les activités menées par les enfants en aide aux parents dans des activités professionnelles contribuant au revenu familial.

⁹³ Note de l'INSEA, le travail des enfants au Bénin, INSEA, 2013

⁹⁴ Enquête sur l'exploitation économique des enfants dans les marchés menée en 2013 par l'INSAE avec l'appui de l'UNICEF dans 3 principaux marchés Marché Dantokpa de Cotonou, marché Ouando de Porto Novo et marché Arzèkè de Parakou

⁹⁵ INSAE et BIT/IPEC (2009) Etude nationale sur le travail des enfants

• **La traite des enfants**⁹⁶: Le Bénin est classé parmi les pays d'Afrique de l'Ouest où la traite des enfants serait la plus développée. Ce phénomène qui est ancien au Bénin a été brusquement mis en évidence au début des années 2000 lors de la médiatisation de l'affaire Etiréno⁹⁷. L'étude nationale réalisée en 2007 par le Ministère des Affaires Sociales avait estimé à 40.317 filles et garçons âgés de 6 à 17 ans le nombre des enfants victimes de la traite. Ces enfants venaient des différents départements du Bénin et de pays voisins. Au niveau national le phénomène serait alimenté par les flux migratoires qui drainent vers les centres urbains une population d'adolescent.e.s et d'enfants du monde rural à la recherche de travail et de meilleures conditions de vie. Une partie de ces enfants poursuivent leur recherche vers le Nigéria, le Togo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, l'Europe ou le Liban et les pays du Golfe quand il s'agit de filles. Ces enfants sont recrutés par des réseaux organisés pour le travail domestique, la prostitution, le travail dans les mines et dans l'agriculture. Le Bénin est, également, un pays de destination pour des enfants qui viennent du Togo, de la Côte d'Ivoire, du Niger, du Mali, du Nigeria, du Burkina Faso, de la Guinée. Ces enfants sont exploités pour des travaux domestiques, des activités sexuelles commerciales, les travaux agricoles ou dans les carrières de pierre et le commerce sur les marchés. Parfois ils sont acheminés vers le Nigeria, le Gabon et le Congo. La majorité des serveuses de bars du Bénin sont de jeunes Togolaises, les jeunes Nigériens ont le monopole du travail dans la friperie et les pièces détachées et les jeunes Guinéens dans les cafétérias. Dans chacune de ces communautés, le recrutement dans le pays d'origine suit plus ou moins le même processus: un adulte pionnier organise la migration des plus jeunes censés venir «l'aider» pour développer ses activités. Ces situations facilitent l'exploitation et se terminent parfois en traite des êtres humains.

• **Les enfants de la rue**: Au Bénin il existe des enfants qui dorment dans la rue après avoir été confrontés à des situations de violence, souffrances physiques et psychiques ou de précarité au domicile familial. Ces enfants des rues ne vivent pas seuls, ils vivent en petits groupes de 2 à 10 enfants, chaque groupe possédant un leader protecteur. L'âge de ces enfants varie de 7 à 17 ans. Leur situation est peu connue car occultée par le phénomène des enfants mendiants vivant de et dans la rue.

• **Les enfants en situation de mendicité**: Des statistiques objectives sur le sujet n'existent pas mais plusieurs études qualitatives ont permis de dresser une typologie de cette mendicité. Il existe une forme dite «affichée» qui est une activité quasi permanente chez les enfants qui la pratiquent. Très répandue (54% de la population des enfants de la rue), elle est pratiquée par des enfants béninois et étrangers dans les lieux publics y compris les mosquées. Bien qu'étant d'âge scolaire, la plupart de ces enfants ne sont pas scolarisés (un dixième seulement fréquentait une école formelle au moment de l'enquête). Les enfants talibés, rattachés à une école coranique, s'adonnaient à la mendicité sous le patronage d'adultes (parfois les parents). Venant de l'étranger pour la plupart, les talibés sont des enfants confiés par les parents à des tuteurs. La nourriture collectée était solidairement

⁹⁶ Le terme Traite a été consacré au dépend de Trafic par les deux protocoles additionnels à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transfrontalière.

⁹⁷ ETIRENO est le nom du navire intercepté dans le golfe de Guinée chargé de 250 enfants béninois victimes présumées du trafic

Encadré 17 : Extrait du FGD avec des enfants talibé, Commune de Parakou

« Nos repas sont variés surtout que nous les obtenons grâce à la générosité de certaines bonnes femmes et de leurs clients rencontrés au cours de nos promenades en communauté et qui nous laissent des résidus de leurs nourritures, parfois contre un petit service, par exemple le lavage des plats et des assiettes ou le balayage. Il arrive des jours où nous ne trouvons pratiquement rien à manger. Ces jours là, on se bagarre souvent autour de quelques rares miettes qu'on nous donne. Cela amène certains d'entre nous à voler pour survivre ».

Source : Enquête qualitative Juin 2017.

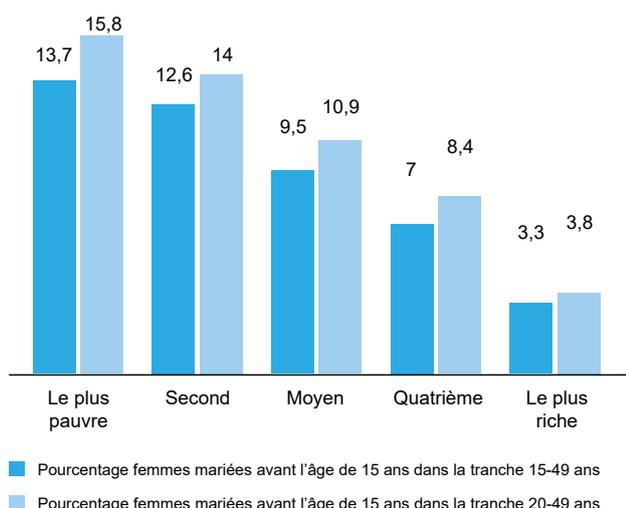
redistribuée entre les membres du groupe auquel ils appartenaient et le reste, remis au maître coranique qui recevait aussi la somme journalière d'argent qu'il exigeait d'eux. Ne pas respecter les consignes de ce dernier expose à des sanctions (violence verbale et/ou physique). On rencontre au Bénin une deuxième catégorie d'enfants mendiants qui se présente sous la forme d'une mendicité dite «clandestine ou de circonstance». Cette dernière concerne essentiellement des enfants béninois provenant de familles vulnérables et déstructurées et pour lesquels la mendicité ne représente qu'une étape dans un projet de vie. C'est le cas notamment de certains apprentis. L'étude qualitative sur «l'Etat des lieux sur la situation des enfants impliqués dans la mendicité» réalisée par le Ministère en charge des Affaires Sociales dans les villes de Cotonou, de Parakou et de Malanville a montré que cette population d'enfants mendiants était principalement constituée de garçons (90%) âgés de 5 à 12 ans pratiquant la mendicité pendant une moyenne de deux ans. Ils n'avaient pratiquement jamais été scolarisés (moins de 10%). Leurs conditions de vie étaient très sommaires. Plus de la moitié (52%) passaient la nuit à l'extérieur, sans moustiquaires ni matelas pour dormir, sans savon et eau pour se laver et avaient un régime alimentaire très déséquilibré.

• **Mariage des enfants**: Trois types de mariages d'enfants sont traditionnellement pratiqués au Bénin⁹⁸: le mariage forcé simple où la future épouse n'est pas du tout consultée pour le choix de son mari, le mariage par échange où deux familles s'échangent leurs filles (une pratique qui concerne surtout les régions du Nord) et le mariage par rapt où la famille du futur époux, en accord avec certains des parents de la jeune fille, procède à l'enlèvement pour la consommation du mariage. Un mariage précoce conduit souvent aux grossesses précoces et répétées, à l'isolement social et à la pauvreté de la fille.

L'enquête MICS 2014 a montré que le phénomène semblait régresser au niveau national mais restait persistant, notamment dans certains départements. Ainsi, 25,9% des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant leurs 18 ans contre 33,3% pour la tranche d'âge supérieur (25-29 ans). Le phénomène des mariages des filles avant l'âge de 15 ans serait également en régression au niveau national. La plus récente enquête sur le sujet indique un

⁹⁸ Rapport périodique du Bénin soumis au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes en 2012

Graphique 25 : Mariage des filles



Source : MICS V 2014

taux 16% de femmes âgées de 15-19 ans mariées ou en union. Chez les femmes âgées de 20 à 24 ans mariées ou en union pour la première fois avant l'âge exact de 18 ans, le taux a régressé de 32% à 26% même si le phénomène persiste entre 2011 et 2014. Trois sur dix (32%) des femmes âgées de 20 à 49 ans se sont mariées avant l'âge de 18 ans. D'importantes disparités régionales et selon le milieu de résidence existent. Ainsi, les femmes vivant dans les départements du Borgou et de l'Alibori, en milieu rural, celles n'ayant aucun niveau d'instruction et vivant dans les ménages très pauvres sont davantage touchées.

• **Enfants face à la Justice (JpM):** Lorsqu'il est imputé une infraction à un enfant âgé de 13 à 18 ans, celui-ci devient pénalement responsable. Il entre alors en contact avec le système judiciaire et l'enfant est classé dans la catégorie des enfants étant en conflit avec la loi⁹⁹. Bien que ce problème soit encadré par une législation adéquate, il n'est pas possible d'en connaître la véritable ampleur car la plupart des délits et crimes commis contre des enfants ne sont pas dénoncés aux services officiels et très peu bénéficient de procédures judiciaires adéquates. Selon le ministère concerné, 190 enfants ont été incarcérés en 2014¹⁰⁰. La majorité d'entre eux étaient des garçons mis en détention provisoire pour de longues périodes. La durée



⁹⁹ Code de l'Enfant, Article 236, alinéa 2

¹⁰⁰ Tableau de Bord des Indicateurs de la Justice pour Mineurs, MJL, 2014

moyenne de cette détention provisoire est de plus en plus longue. Elle est passée de 6 mois pour les filles et 4 mois pour les garçons en 2014 à respectivement 29 mois pour les filles et 7 mois pour les garçons en 2015. Les trois quarts (75%) des enfants étaient détenus pour des délits divers et 25% d'entre eux étaient impliqués dans des crimes. Très souvent les enfants sont détenus pour des périodes beaucoup plus longues que nécessitent leurs cas, ce qui fait que la majorité (73%) des enfants incarcérés purge leurs peines en détention provisoire avant la date prononcée de la peine. Selon plusieurs rapports et études officiels¹⁰¹ des milliers d'enfants font l'objet d'abus, de violences et d'exploitation susceptibles de bénéficier de procédures judiciaires mais en 2014 seulement 152 personnes avaient été déférées à la justice dans 112 procédures¹⁰².

• **Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV):** Au moment de la collecte des données de la MICS V 2014, le Bénin comptait 33% d'enfants âgés de 0-17 ans qui ne vivaient pas avec leurs deux parents biologiques (31,2% en 2006). Plus de 21% d'entre eux vivaient avec un seul parent (21% en 2001) et 10% ne vivaient avec aucun des deux parents biologiques bien que ces derniers étaient encore en vie. Ce phénomène concerne surtout les enfants âgés de 15 à 17 ans (49% contre 21% chez ceux âgés de 0-4 ans) et les enfants appartenant aux ménages très défavorisés (73% contre 62% chez les plus riches). Il affecte de la même manière tous les départements à l'exception de l'Alibori où la proportion d'orphelins serait la plus élevée du pays. Cette situation serait due en partie à l'effet de l'épidémie du VIH-SIDA sur la population des adultes. En 2015, le nombre d'orphelins et enfants vulnérables dû au SIDA était estimé à 36,000. Le phénomène des enfants laissés pour compte par des parents migrants ne semble pas très développé sauf dans le département du Mono où la proportion d'enfants ayant au moins un parent à l'étranger est élevée (12%).

Les orphelins sont parfois placés dans des institutions ou des familles d'accueil. La plus récente donnée provenant du répertoire des orphelinats réalisé en 2008 par le Ministère de la Famille et de la Solidarité indique des effectifs atteignant 7,000. L'étude de 24 orphelinats et centres d'accueil réalisée en 2010 par le Ministère de la Famille notait que la population de ces institutions était constituée majoritairement de garçons (65%) et que 88% d'entre eux étaient scolarisés.

Au Bénin on recourt également à une forme très spéciale d'institutionnalisation des enfants qui consiste à placer un enfant dans un établissement appelé «couvent» où l'enfant est initié aux pratiques traditionnelles. Ce phénomène ne concerne que de très faibles effectifs d'enfants mais retient l'attention en raison des risques encourus par les enfants dans ces établissements très fermés. En 2011, l'enquête sur les conditions d'admission et d'initiation des enfants adeptes du vodou¹⁰³ réalisée dans 157 couvents traditionnels des communes d'Allada, Kpomassé, Toffo, Tori et Zè de l'Atlantique avait dénombré un total de 372 enfants placés en «initiation». Ces enfants étaient pour la plupart des filles (66%), n'avaient jamais été scolarisés (80%) et

¹⁰¹ Recensement des enfants en situation de travail dans les trois marchés Dantokpa, Ouando, Arzeké (2013), MICS 2014, TBI 2014, études sur la mendicité, la prostitution, Dialogues des ados, etc

¹⁰² Rapport OCPM 2014

¹⁰³ Bruno GBEHINTO, Etude exploratoire des conditions de vie des enfants adeptes du vaudou dans les couvents, UNICEF, DDFASSNHPTA-AL, 2011

Encadré 18 : Extrait d'entretien individuel avec une fille de 15 ans, revenue de l'exploitation économique au Nigeria, Village d'Allohoun-Houkanme /commune de Za-Kpota

«Je ne vais pas aux soins quand je tombe malade. Ma mère est déjà décédée. Sur instruction de mon père, j'avais rejoins l'une de ses deux nouvelles épouses chez qui j'étais. Celle-ci me maltraitait très souvent. Quand j'informais mon père, lui aussi me frappait encore et me renvoyait parfois de la maison jusqu'à ce que ma tante informée m'ait demandé de la rejoindre. Depuis, je vis avec ma tante, mais elle éprouve assez de difficultés pour subvenir à mes besoins. C'est pourquoi, même si je tombe malade, je ne vais pas à l'hôpital».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

résidaient dans ces centres pour une durée moyenne de 3 années. Les conditions de vie et d'éducation/initiation de ces enfants sont peu connues en raison du caractère sacré attaché à ces rituels

• **Enfants et adoption:** Jusqu'à une période récente le Bénin ne disposait pas de mécanisme national pour répertorier et suivre les adoptions d'où l'impossibilité de déterminer l'ampleur du phénomène et d'estimer ses tendances. En 2014, selon le Tableau de Bord d'Indicateurs pour la Justice pour Mineurs (TBI/JpM), 29 cas d'adoption ont été enregistrés dans les juridictions de Cotonou (23), d'Abomey (01), de Lokossa (01), de Parakou (02), de Kandi (01) et de Natitingou (01). Ce phénomène serait plus important sous sa forme d'«adoption illégale» mais ceci ne serait pas bien appréhendé par les autorités.

• **Enfants handicapés:** Au Bénin, la population totale des personnes vivant avec un handicap est estimée à 173,000 personnes tout handicaps et tout sexes confondus. La majorité de ces personnes souffrirait d'handicaps moteurs ou sensoriels. Dans cette population les effectifs des enfants sont estimés à environ 41,500¹⁰⁴. Ceux-ci sont fréquemment victimes d'exclusion sociale et scolaire car leur handicap est vécu comme une honte pour la famille et la société qui considèrent que ces enfants sont «porteurs de malédiction ou de sorcellerie». Ils font l'objet de toutes sortes d'exclusion, d'abus et de violence et parfois même d'infanticide.

• **Enfants dits sorciers et enfants accusés de sorcellerie:** Les enfants les plus exposés à ce risque sont les enfants qui naissent avec une différence comme des dents ou une malformation morphologique. On y classe aussi les enfants sortant lors de l'accouchement les pieds, le bras ou le visage en premier. Cette catégorie peut inclure aussi les enfants qui naissent prématurés, ceux dont la naissance est suivie du décès de la mère, ceux qui naissent le dernier mercredi du mois, ceux qui ont leurs premières dents à huit mois ou ont les premières dents qui apparaissent à la mâchoire supérieure. On y trouve aussi les enfants albinos, les enfants vivant avec un handicap psychologique (autisme, trisomie, hyperactivité, bégaiement...), une maladie (épilepsie) ainsi que les enfants surdoués et dans une moindre mesure les jumeaux. Certains de ces enfants sont traditionnellement affublés du titre de «sorciers» et sont alors victimes de

¹⁰⁴ Etude sur le droit à la protection sociale des personnes handicapées au Bénin, COIPH

toutes sortes de maltraitances. Malgré les campagnes de sensibilisation menées pour lutter contre ces préjugés le phénomène serait en progression rapide aussi bien en ville que dans les campagnes. Dans certains cas extrêmes les enfants «dits sorciers» sont victimes d'infanticide. Le Bénin ne dispose pas d'évidences objectives sur ce phénomène mais selon une étude réalisée en 2010 sur les accouchements qui ont eu lieu dans les maternités des communes de Ndali, Djougou, Copargo, Ouaké et Pèrère entre 2001 à 2009, près de 10% des 7,353 accouchements avaient été considérés comme culturellement anormaux et à risques d'infanticide. Selon une étude conduite en 2008¹⁰⁵, l'infanticide rituel était pratiqué par quelques communautés dans le nord du Bénin, notamment celles appartenant aux ethnies Bariba, BOO, Peulh, Yom et Lokpa. Aujourd'hui le phénomène des enfants accusés de sorcellerie devient inquiétant car les enfants accusés de sorcellerie par leurs parents ou leur communauté sont persécutés, renvoyés de leur domicile, parfois torturés, isolés et laissés à leur propre sort et ne bénéficient d'aucune protection y compris par les services chargés de les protéger. L'assistance fournie par les agents sociaux, y compris ceux appartenant aux ONG, est médiocre sinon totalement absente en raison de la complexité des services à déployer mais surtout de la peur que suscite le phénomène.

• **Mutilations génitales féminines:** Interdite par la loi n°2003-03 du 3 mars 2003 la pratique des mutilations génitales féminines est très réduite dans les zones du Nord où elle est traditionnellement pratiquée. L'enquête MICS V 2014 indique que moins de 1% des filles de 0 à 14 ans avaient subi une forme quelconque de mutilations génitales féminines. Ce taux se situait par contre à 10% chez les femmes âgées de 15-49 ans.

• **Enfants réfugiés:** Le pays ne dispose actuellement pas d'une analyse de la situation exacte des enfants réfugiés au Bénin. Depuis le rapatriement, les effectifs des réfugiés venant du Nigeria ont considérablement diminué et n'étaient plus estimés qu'à environ 7,329 fin 2009. Les populations qui n'ont pas été rapatriées résident dans des camps créés par le gouvernement à Kpomassé (département de l'Atlantique) et à Agamè (département du Mono) où elles vivent au milieu des populations autochtones. En milieu rural, les enfants représentaient 43% de la population installée dans les camps alors qu'en milieu urbain, ils représentent 31% de la population.

5.2 Causes et déterminants des problèmes de protection

Les paragraphes précédents montrent qu'au Bénin les enfants sont exposés à un très grand nombre de violences et de risques et qu'ils ont besoin d'une protection particulière car de telles situations diminuent leurs capacités de résilience et augmentent leurs chances de mourir prématurément, d'être affectés par des problèmes de santé physique et mentale, d'être exclus des parcours éducatifs, de devenir les proies des réseaux de trafic d'êtres humains et d'être insuffisamment préparés à assumer leur rôle d'adulte.

Une telle protection ne peut être fournie que par un

¹⁰⁵ Franciscains International, Soumission à l'EPU, 2008, para. 12 & 13 ; Soumission à l'EPU 2012, para. 5 & 6. Et Rapport de la Société Civile à la 28ème Session du Groupe de Travail de l'EPU le 27 mars 2017, para. 19.

mécanisme de protection intégré avec des moyens spécifiques qui permettent au système de répondre aux violations des droits de l'enfant. Un tel système de protection doit fonctionner à plusieurs niveaux (partant du formel vers le moins formel), impliquer plusieurs contextes intégrés et reposer sur la participation de différents acteurs (les enfants, la famille, la communauté et l'Etat) et des services qui assurent la promotion, la prévention ou la réponses aux besoins des enfants.

Depuis l'adoption en 2014 de la Politique Nationale de Protection des Enfants, le Bénin s'est engagé à construire un tel système pour progressivement remplacer l'approche classique «problème /réponse». Malgré plusieurs projets d'appui les performances du système demeurent faibles car ses principales composantes doivent encore être renforcées.

5.2.1 Des services de protection insuffisants en nombre et en qualité

La cartographie générale du système de protection de l'enfance élaborée en 2011¹⁰⁶ a permis d'identifier les deux types de services de protection existants au Bénin. Le pays dispose de services dits formels (Etat, organisations de la société civile et organisations non gouvernementales) et de services dits non formels fournis par les familles et les communautés.

5.2.1.2 Services formels de protection des enfants

Les services formels sont constitués de trois (03) catégories différentes. On y trouve les services de l'action sociale, les services de justice pour les enfants et les services d'enregistrement des naissances.

Services de l'Action sociale en faveur de l'enfant

Comparé aux pays limitrophes le Bénin dispose de services de protection de l'enfance pour la prévention et la prise en charge, variés et adaptés aux différents besoins des enfants. L'Etat a fait le nécessaire pour que les prestations de la plupart de ces services soient codifiées et conformes aux recommandations internationales qui prévalent dans le domaine. La prise en charge des enfants est assurée selon un protocole intitulé «Normes et standards des prestations de services en actions sociales»¹⁰⁷ qui propose un éventail de services pouvant répondre aux demandes potentielles des enfants et familles. Ces normes et standards identifient les types de services qui doivent être recherchés pour chaque situation. Ils détaillent le parcours qui doit être suivi pendant la prise en charge et allouent à chaque acteur une responsabilité particulière. Chacune des étapes de la prise en charge constitue par elle-même un service spécialisé de protection.

Les Centres de Promotion Sociale (CPS) constituent la clé de voute de ce mécanisme de prise en charge. Au nombre de 85 ils couvrent toutes les communes du pays avec un

renforcement au niveau de Cotonou (six (06) centres), de Porto Novo et de Parakou (elles abritent respectivement trois (03) et deux (02) centres). Ces CPS collaborent souvent avec des ONG spécialisées dans le domaine social.

Les principales prestations assurées par les services impliqués dans l'action sociale en faveur des l'enfant sont: l'identification, l'orientation et le signalement des cas. Ces prestations sont normalement fournies dans tous les CPS, ainsi que par des ONG, les clubs et comités d'enfants (conseil consultatif communal de protection de l'enfant, comités de lutte contre la traite des enfants au nombre de 1400, comités locaux de protection de l'enfant, comités de défense des droits de l'enfant...), les enseignants.e.s, les travailleurs sociaux, les forces de l'ordre (police et gendarmerie), les comités communautaires et les enfants eux mêmes. Ensemble ces entités constituent le «mécanisme d'alerte». L'expérience montre que quand ils sont motivés et dotés de moyens, ces entités remplissent leurs obligations et fonctions, ce qui n'est malheureusement le cas que pour un très petit nombre d'entre elles. A l'exception de quelques services, ces intervenant.e.s par manque de formation, de compétences et de suivi régulier ignorent ce qui est réellement attendu d'eux/elles. Très souvent, ils/ elles ne sont pas au courant de l'existence des services de prise en charge qui peuvent exister à proximité. Au final, ils contribuent très peu au système d'alerte. Par exemple, le contenu de la formation de base des Techniciens Supérieurs de l'Action Sociale ne couvre pas les thématiques comme la mobilité des enfants, la traite des enfants, les pires formes de travail des enfants et les violences et abus.

• **Enquêtes sociales et visites à domicile:** Selon la réglementation béninoise, ces prestations/services relèvent de la responsabilité totale des CPS et accessoirement des ONG. Par manque de moyens (ressources financières, personnels qualifiés, matériels...) les agents des CPS ne font pratiquement pas d'enquêtes pour les cas qui leurs sont signalés. Seuls les cas qui se présentent directement aux CPS ont quelques chances de déclencher le processus. Les ONG seraient plus actives quand elles sont sollicitées ou investies de cette responsabilité par un protocole d'accord avec les CPS.

Encadré 19 : Extrait d'un entretien individuel avec un responsable d'organisation de jeunes, 32 Anavié, Municipalité de Porto-Novo

« Nous n'avons pas encore mise en place un mécanisme digne de recours lorsqu'un enfant est brimé par ses parents. C'est le voisinage qui signale au chef quartier ou à ces conseillers et celui-ci est interpellé. Mais nous nous rapprochons de ces parents pour les remettre à l'ordre, ils ne sont pas d'accord et disent que nous sommes venus casser son foyer et ces de histoires à ne pas en finir. J'ai demandé au chef quartier de voir la chef d'arrondissement pour la mise en place d'un cadre d'accueil et de gestion de ces cas d'enfants en situation difficile. Il peut mettre le siège à son domicile mais jusque-là ce n'est pas encore fait ».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

¹⁰⁶ Cartographie et Analyse du Système National de Protection de l'Enfance au Bénin 3, Ministère de la famille et des affaires sociale, du Travail, UNICEF, Plan international, Décembre 2011

¹⁰⁷ Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale, Direction de la Famille, (mai 2011), «Étude sur les normes et standards des centres d'accueil et de protection des enfants en situation difficile au Bénin (Orphelinats, Centre de transit, centres spécialisés...etc.)»

• **Soutien psychologique:** Cette prestation peut prendre différentes formes comme le jeu, l'assistance psychologique en groupe ou individuelle, l'écoute. La réglementation en vigueur prévoit que les CPS proposent systématiquement ce type de prestation aux enfants dès que ceux-ci ont fait l'objet d'un signalement. De nombreuses organisations non gouvernementales peuvent fournir également ce type de soutien. La plupart des services existants (publics et ONG) ne sont que rarement en mesure d'assurer cette prestation car ils ne disposent pas de personnels qualifiés et d'espaces dédiés.

Pour le moment seuls les orphelins et enfants vulnérables du VIH-SIDA bénéficient d'un soutien psychosocial dans le cadre d'un projet spécifique dédié à cette catégorie d'enfants.

• **Prise en charge dans des centres d'accueil:** Quand l'intégrité physique ou morale d'un enfant le nécessite, cet enfant devrait être pris en charge dans un centre d'accueil et de protection. Au Bénin il en existe plusieurs types: orphelinats, Centres d'Accueil et de Protection des Enfants (CAPE), centres de transit, établissements d'hébergement collectif fermés, établissements d'hébergement collectif ouverts (les enfants vivent toujours chez eux mais fréquentent l'établissement durant la journée ou bien les enfants qui résident dans le centre sont autorisés à sortir pour certaines activités). L'équipement, le fonctionnement et les prestations de ces centres sont normalement régis par des standards spécialement élaborés pour ces centres.

Selon le répertoire des orphelinats réalisé en 2008 par le Ministère de la Famille et de la Solidarité, le Bénin comptait près de 97 orphelinats et CAPE accueillant un effectif estimé à près de 7,000 enfants. En 2010 une visite de 24 orphelinats et centres d'accueil par une équipe du Ministère de l'Action Sociale avait relevé que la population prédominante dans ces centres était celle des garçons (65% de la population de 1,605 enfants dénombrés). Environ 88% de ces enfants étaient scolarisés, 10,48% étaient en apprentissage et 1,90% n'étaient ni scolarisés ni en apprentissage.

• **L'accueil dans les familles hôtes:** Pour le moment ce mécanisme est peu utilisé. Le processus de sélection des «familles hôtes» a été élaboré à partir des premiers projets mis en place en 2010 pour la prise en charge des enfants rapatriés de l'étranger mais cette alternative est très peu utilisée par les services étatiques. Elle ne concernerait qu'un nombre réduit d'enfants pris en charge par les ONG. Le pays ne compterait qu'une cinquantaine de familles hôtes assistées par des ONG accueillant 747 enfants dont 396 filles.

• **Réintégration/réinsertion:** Ce type de service exige une gamme élargie d'interventions adaptées non seulement à la situation de chaque enfant mais aussi à celle de la communauté dans laquelle l'enfant sera réinséré. Pour le moment différentes alternatives seraient disponibles dans le domaine de la réintégration économique à travers des formations professionnelles (couture, boulangerie, fabrication de savon, mécanique...). En raison des efforts et moyens que nécessitent le placement et le suivi des enfants placés en réintégration ce type de services n'est offert que par quelques ONG (SOS Villages d'Enfants Bénin, Don Bosco, IFMA...).

• **Prévention:** La prévention des problèmes de protection se fait essentiellement à travers des activités

Encadré 20 : Extrait de FGD avec les enfants en conflit avec la loi du Centre de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence d'Agblangandan, commune de Sème-Kpodji

«J'ai envie de manger des aliments que je ne trouve pas ici. Moi, vu que je suis originaire de l'aire culturelle Adja j'ai une folle envie de délayer la farine, mais je n'en trouve pas dans cette maison. Je voudrais rappeler qu'avant on nous donnait de la farine mais c'est fini. Depuis un certain temps nous n'en recevons plus. On nous donne aussi du poisson, œuf, viande sur les repas. Ce n'est pas tous les jours qu'on mange à notre faim. Sur les sept derniers jours il n'existe pas un seul jour où quelqu'un parmi nous peut affirmer qu'il a bien mangé et qu'il est rassasié. Ici, nous redoutons tous, surtout les dimanches et les samedis. On ne nous donne pas à bien manger, car ces deux jours-là, nos éducateurs sont généralement absents. C'est pour cela qu'il nous traite mal en matière de nourriture, et ils nous préparent de n'importe quoi. Franchement ce qu'on nous prépare ici ne répond pas aux normes en matière de nourriture».

«Nous sommes neuf dans notre dortoir et on nettoie à tour de rôle ; mais la toiture de notre bâtiment est percée par endroits et l'eau coule quand il pleut. C'est difficile pour nous, surtout quand il pleut il faut courir aller chercher la bassine pour recueillir l'eau».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

de communication (programmes radiophoniques, dissémination de matériels, séances communautaires) et quelques activités de protection sociale. Pour le moment ce volet fonctionne à minima. Le Ministère chargé des affaires sociales dispose bien d'un plan de sensibilisation (Plan Intégré Communication, Mobilisation et Sensibilisation) et d'un Service de la Mobilisation Sociale chargé d'actionner les CPS pour sa mise en œuvre au niveau des communes. Cependant, faute de ressources, ce plan n'a jamais pu être mis en œuvre au-delà de quelques zones pilotes. Selon le rapport de l'analyse de gap conduit par les assistants sociaux, ces derniers maîtrisent très peu les nouvelles thématiques de protection de l'enfant et rencontrent des difficultés pour mettre en place des actions de prévention. Le Ministère de la Justice réalise de son côté quelques activités de sensibilisation mais celles-ci ciblent la problématique des droits humains et ne comportent aucun volet spécifique aux enfants. Le secteur de l'éducation organise également quelques activités de prévention mais celles-ci sont très ciblées sur la réduction des violences au sein des écoles avec une incitation des enseignants à utiliser des alternatives aux châtiments corporels et à identifier et signaler les cas d'abus ou de violences. De plus, la plupart des activités sont conjoncturelles et aucun suivi n'est assuré pour évaluer leur impact et la durabilité des changements de comportements.

Quelques ONG interviennent dans le domaine de la prévention. Espace solidarité globale Bénin ESGB/ la passerelle ainsi que les ONG CIPCRE, PIED, APEM, GAJES ou LIGUE-LIFE collaborent à la lutte contre les violences faites aux filles en milieu scolaire. Les ONG internationales comme Plan International Bénin, Terre des

Hommes, Swiss Contact, OMT, villages d'enfants SOS, Right to Play, Intervita, Borne fonden, Care international, Caritas, ANDRCT sont impliquées dans des activités d'accueil, d'écoute, d'assistance juridique, de prise en charge psychologique, d'hébergement et de médiation familiale en vue de la réintégration des enfants. En raison du manque de coordination et de suivi des ONG avec le gouvernement et entre les ONG elles mêmes il y a très peu d'information sur la capacité de leurs services et les résultats qu'elles obtiennent.

Le volet protection sociale comme moyen de prévention est couvert par les CPS qui montent des dossiers administratifs pour faire bénéficier les familles vulnérables d'une assistance (microcrédit, transfert monétaire, nourriture, matériel...) et les empêcher ainsi d'engager les enfants dans des situations qui peuvent leur être dommageables (abandon scolaire, travail des enfants, mariage précoce et/ou forcé, placement). Les fonds sont fournis par l'Etat (Fonds FDSSN) et distribués sous forme de produits directement par les CPS ou par l'intermédiaire des ONG partenaires. Certaines ONG fournissent des programmes d'apprentissage accélérés ou des formations pour enfants déscolarisés. Dans la réalité les prestations fournies par les CPS ne sont ni suffisantes en quantité ni véritablement ciblées sur les enfants qui en ont besoin. Par manque de moyens les CPS assurent peu le suivi des bénéficiaires.

Services de justice pour enfants

De gros efforts ont été faits par les autorités du Bénin pour adapter les services du système judiciaire aux besoins spécifiques des enfants et faire que la protection judiciaire des enfants victimes soit mieux prise en compte et que le processus judiciaire soit guidé à chaque étape par l'intérêt supérieur de l'enfant.

- **Identification-enquête:** Ce service est normalement assuré par l'Office Central de Protection des Mineurs (OCPM) et les unités de protection des mineurs disponibles dans les commissariats de police et les brigades de gendarmerie. Depuis 2015, l'OCPM a été progressivement étendu. Actuellement ses services sont disponibles dans les 12 départements du Bénin. Ces efforts n'ont pas encore porté tous leurs fruits et de nombreux agents ne sont pas formés et compétents. De 2014 à 2016, l'OCPM, à lui seul, a enregistré 11,173 cas de violences¹⁰⁸ avec 152 personnes déferées devant la justice dans 112 procédures¹⁰⁹. Ces chiffres ne sont pas représentatifs du niveau national étant donné que les services de l'OCPM étaient limités à Cotonou et ses environs.

- **Jugement:** Une fois l'infraction reconnue, le dossier de l'enfant est transmis à la justice. Depuis 2010, les enfants sont jugés par une juridiction spéciale constituée par des juges pour mineurs. Actuellement ceux-ci sont disponibles dans dix des quatorze tribunaux de première instance. Depuis 2014 et l'adoption d'un Programme National de Développement du Secteur de la Justice (PNDSJ), le système de protection judiciaire s'est déjà doté de 2 tribunaux adaptés et sensibles aux enfants sur les 4 prévus. Dans les juridictions où il n'existe pas encore un juge des mineurs, les juges d'instruction des premiers cabinets font office de juge des mineurs et accomplissent

Encadré 21 : Extrait d'un entretien avec une fille de 13 ans, Albarika, Municipalité de Parakou

«J'allais à l'école mais un jour, mon père m'a demandé de l'accompagner quelque part. C'est comme ça que je me suis retrouvé au Nigéria. Après trois jours, il m'a amené au champ où j'arrose le champ de piment du matin au soir. Un jour, j'ai appelé ma tante que c'est comme ça que mon père m'a déplacé pour le Nigéria sans m'informer. Suite à l'intervention de ma tante je suis revenu au village grâce à une convocation du CPS».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

toutes les prérogatives liées à cette fonction. En réponse aux constats faits par plusieurs évaluations sur les dysfonctionnements de la justice pour enfants, les autorités ont renforcé le système en développant des alternatives à la détention, en recrutant des assistants sociaux judiciaires pour neuf juridictions et en mettant au point un guide pour tribunaux adaptés et sensibles aux enfants. Ces améliorations ont facilité l'accès des enfants à des services de justice plus adaptés à leurs conditions. Cependant, ces améliorations ont eu lieu dans quelques zones seulement car les investissements n'ont concerné que quelques départements. On ne trouve des juges des mineurs que dans les 10 juridictions où ils ont été déployés et il n'existe pratiquement pas de structures d'appui à la déjudiciarisation avant et après procès¹¹⁰. En résultat, les règles de base qui devraient réguler les processus de jugements des enfants ne sont pas systématiquement appliquées. Lors de leurs jugements les enfants ne sont que rarement accompagnés d'assistants sociaux et soutenus par des avocats¹¹¹ et leur participation aux débats n'est que très peu sollicitée. En 2016 il y avait 191 enfants (119 en 2015) en détention en raison des difficultés de fonctionnement des Tribunaux Amis des Enfants, du fait des grèves du secteur de la justice, des retards dans l'organisation des assises pour mineurs, et de l'absence d'aide juridique et judiciaire systématique. Les enfants victimes/témoins de violences ne bénéficient pas la plupart du temps d'une assistance judiciaire. Ceux qui en bénéficient sont ceux qui sont assistés par les ONG.

- **Alternatives à la détention:** Le nouveau Code de l'enfant donne aux juges la possibilité de recourir à des peines non privatives de liberté en plaçant les enfants dans des centres publics et privés. Les enfants peuvent notamment être placés dans les Centres de sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, (CSEA) du secteur public. Cependant, ceux-ci sont non seulement en nombre très insuffisant mais ne disposent pas des moyens pour travailler. Il n'existe que trois centres dans tout le Bénin dont deux fonctionnent en milieu ouvert. Ces centres manquent de moyens de transport, de fonds et de ressources humaines qualifiées. Les enfants peuvent aussi être placés dans les centres privés gérés par des ONG, dans des internats ou chez des personnes «dignes de confiance». Ces centres privés sont en très petit nombre. Les plus connus car offrant des services de qualité acceptable sont le Foyer Don Bosco

¹¹⁰ Rapport : Consultation pour la mise en place au Bénin de tribunaux adaptés et sensibles aux enfants en conflit avec la loi, victimes et témoins d'abus, de violence et d'exploitation, MJLDH, 2014

¹¹¹ Les avocats seraient au nombre de 2000 et les alternatives comme l'Association des femmes juristes du Bénin dispose de 3 centres

¹⁰⁸ Rapports annuels OCPM, 2014; 2015; 2016

¹⁰⁹ Rapports annuels OCPM, 2014; 2015; 2016

Encadré 22 : Extrait d'un entretien avec une fille de 13 ans, Albarika, Municipalité de Parakou Extrait d'un entretien individuel avec un cadre du ministère en charge de la justice, Municipalité de Cotonou

«En matière de protection, nous sommes encore très loin du compte. On se demande ce que deviendrait la protection des enfants au Bénin sans l'appui de l'UNICEF. On constate que l'Etat a pratiquement démissionné. Ce que nous réalisons en deux voire trois ans, les acteurs des OSC peuvent le faire en moins d'un an. Même au niveau judiciaire qui nous concerne le plus, le code de procédure pénale, le code de l'enfant, c'est-à-dire, les deux principaux textes que nous utilisons, n'ont rien prévu de concret dans le cadre de la prise en charge des enfants victimes. Quand par exemple une petite fille est violée, on l'amène au tribunal avec son bourreau. Ce dernier est mieux protégé par rapport à la petite fille qui est violée. En fin de compte, on demande à la petite fille de se constituer partie civile. Or nous sommes en Afrique et généralement, l'enfant dit non ou ses parents disent non. Même si l'enfant et ses parents disaient oui qu'ils vont se constituer en partie civile, on leur demande: vous réclamez combien 3000 000 ? L'enfant auteur dont on n'a même pas le contact de ses parents, lui là, est-ce qu'il peut payer 1000 francs ? On est obligé, de condamner l'enfant au franc symbolique. C'est-à-dire que la victime a entendu qu'on a condamné l'auteur à payer de l'argent. Mais en réalité, lorsqu'on dit franc symbolique, c'est que concrètement l'auteur n'a rien à donner. On a déjà suivi des audiences où les victimes se sont rendues compte qu'elles n'auraient pas dû s'engager dans ce processus, parce qu'on a été au tribunal, les juges ont fait leur boulot, mais à l'arrivée elles n'ont rien eu. [...]. L'autre chose aussi, la population ne permet pas aux acteurs étatiques de bien jouer leur partition. Par exemple, lorsque l'infraction du viol est commise, c'est à ce niveau que la population doit dénoncer. Or le viol est entouré de certaines considérations traditionnelles, au point où en parler est perçu comme une honte pour la victime ou pour sa famille».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

et le centre des Sœurs Salésiennes. Ces centres privés fonctionnent à plein capacité et ne peuvent accueillir que des effectifs très réduits. Le nombre des autres intervenant.e.s (personnes dignes de confiance, ONG offrant des formations professionnelles...) et la qualité de leurs prestations ne sont pas bien connus. Cette indigence de services publics et privés laisse peu de marge de manoeuvre aux juges. En 2014, 67% des enfants en conflit avec la loi (97,26% étaient des garçons) ont été condamnés à une peine privative de liberté.

• **Détention des enfants:** Les enfants sont incarcérés dans les centres prévus pour les adultes (neuf des dix prisons que compte le pays). Les garçons sont détenus dans des quartiers pour mineurs alors que les filles sont détenues dans les mêmes quartiers que les femmes adultes. Ces centres ne disposent généralement pas du minimum de services de réadaptation, éducation ou récréation adaptés aux enfants et ne garantissent pas l'isolement total des enfants. Selon le TBI/JpM¹¹², 13% des enfants détenus sont en contact permanent avec les majeurs. Il y a peu d'information sur les abus et maltraitance subis par ces enfants.

Services pour l'adoption des enfants

Pour le moment il y a peu d'informations sur ce sujet. L'Autorité Centrale, seule habilitée à organiser l'adoption d'un enfant a été installée le 13 décembre 2016 au Ministère en charge des Affaires Sociales. Elle est chargée de suivre la situation et le respect des procédures en matière d'adoption des enfants au Bénin.

Services pour enfants vivant avec un handicap

Il n'existe que peu d'informations sur le nombre et la qualité des services publics et privés destinés aux enfants vivants avec un handicap en dehors de quelques informations sur les deux centres spécialisés (Cotonou et Parakou) destinés aux enfants vivant avec un handicap visuel à intégrer dans le système scolaire formel et sur l'Ecole Béninoise pour

les Sourds. Cette dernière ne peut pas accueillir plus de 60 enfants. En 2015 un état des lieux dressé par le ministère chargé des affaires sociales avait fait ressortir que la législation pour enfant vivant avec un handicap avait été notablement améliorée mais que la prise en charge laissait à désirer. Cet état des lieux avait mis en évidence l'insuffisance de l'offre de services et l'inaccessibilité aux services existants par manque d'information sur leur disponibilité, manque de moyens financiers pour payer les coûts des services et les transports pour y accéder.

Les enfants vivant avec un handicap peuvent normalement solliciter une assistance auprès du Fonds d'Appui à la Réadaptation et à l'Intégration des Personnes Handicapées (FARIPH) créé en Octobre 2009. Celui-ci a pour mission principale de contribuer à l'intégration sociale et professionnelle des personnes vivant avec un handicap à travers une large gamme de prestations telles la fourniture de kits scolaires, tricycles, cannes blanches, aide pour les soins coûteux et fourniture d'équipements aux personnes qui ont appris un métier. Cependant, le FARIPH ne dispose que de ressources très limitées et est généralement en incapacité de répondre aux demandes qui lui sont soumises. L'Etat a prévu que le relais soit assuré par les institutions communales mais ce relais ne fonctionne jamais car les communes ne disposent généralement pas de moyens pour faire face à ce type de demande.

Services d'état civil et enregistrement de naissance

La disponibilité des services d'état civil est relativement bonne grâce aux efforts déployés par l'Etat dans le cadre du « Programme africain d'amélioration accélérée des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et d'établissement des statistiques de l'état civil ». A la faveur de cette initiative le mécanisme général de l'état civil a été restructuré et le nombre de centres d'enregistrement augmenté. Actuellement le pays dispose de 67 centres principaux et de 569 centres secondaires qui sont principalement implantés dans les communes et les formations sanitaires. Les centres principaux et secondaires reçoivent les déclarations de naissances,

¹¹² Tableau de Bord d'Indicateurs/ Justice pour Mineurs, MJLDH, 2015

Encadré 23 : Extrait d'un entretien avec un chargé de programme au sein de la Fédération des Associations des Personnes Handicapées du Bénin, Municipalité de Cotonou

«Au Bénin, la situation des enfants handicapés n'est pas du tout reluisante et pour causes. La personne handicapée est généralement confrontée à plusieurs problèmes d'accessibilité, surtout si elle est polyhandicapée (moteur, malentendant, déficience intellectuelle, etc.). En principe, le facteur handicap nécessite des ressources et des commodités supplémentaires comparativement aux enfants apparemment normaux. C'est d'ailleurs pourquoi, on pense que le handicap est source de pauvreté. Or, les familles dont ils sont issus végètent souvent dans la misère et n'ont donc pas les moyens de répondre à l'ensemble de leurs besoins spécifiques. Du coup, l'enfant handicapé est négligé, abandonné ou discriminé par rapport aux enfants normaux. Je me rappelle comme hier ce père de 4 enfants qui avait scolarisé tous ses enfants à l'exception du seul enfant handicapé parmi eux, malgré toutes les pressions qu'il avait reçu et qui l'invitaient à faire scolariser ce dernier. Malheureusement, ce père était convaincu que la scolarisation d'un handicapé ne leur apporterait rien, ni pour cet enfant, ni pour sa famille. [...] Du côté de l'Etat, la thématique handicap n'était pas prise en compte dans les politiques de développement».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin

les traitent et transmettent les informations aux Directions Départementales du Plan et de la Statistique qui à leur tour les fournissent à l'INSAE qui est chargé de les compiler, les analyser et produire les rapports départementaux et nationaux. Pour améliorer l'accessibilité à ces services l'Etat a modifié la loi qui oblige les parents à enregistrer leurs enfants en augmentant la durée autorisée pour l'inscription. Cette durée a été allongée aux 21 jours suivant la naissance par le Code de l'Enfant promulgué en 2015.

Ces mesures ont permis d'augmenter rapidement les taux d'enregistrement des naissances mais le nombre des centres secondaires d'état civil demeure insuffisant par rapport aux besoins des populations et notamment de celles qui vivent en milieu rural et dans les zones à faible densité humaine. De plus tous les centres créés ne fonctionnent pas adéquatement en raison des pénuries récurrentes en moyens et en personnels qualifiés et surtout des habitudes qu'ont les employés à exiger un paiement pour un acte rendu gratuit par la loi. Bien que 85% des enfants aient été enregistrés à l'état civil, seulement 47% des enfants disposent réellement des certificats.

5.2.1.3 Services non formels de protection des enfants

Au Bénin la gouvernance du système public est fondée sur les principes de la décentralisation qui partage les obligations et responsabilités entre l'administration (niveau central, départements et communes) et les communautés. Cette logique qui a également prévalu dans la construction du système de protection a accordé une place stratégique à la participation des communautés dans la fourniture de services de protection. Cette approche bénéficie de l'intérêt de l'Etat et des organismes multilatéraux et des ONG qui la soutiennent parce qu'elle permet d'assurer des services à moindre coût par rapport aux services de protection formels, qu'elle supplée aux insuffisances quantitatives des services publics. Elle assure la durabilité aux interventions car elle permet aux communautés de remplir leurs obligations. C'est ainsi que le niveau communautaire s'est retrouvé avec l'obligation de jouer un rôle fondamental tant dans la prévention que dans la réponse aux problèmes de protection.

Le mécanisme communautaire le plus fréquemment rencontré est de type traditionnel. Il comprend les instances

traditionnelles comme les Royaumes et les chefferies traditionnelles. Ces dernières jouent un rôle important dans la vie sociale car elle gèrent la plupart des processus de médiation et de résolution de conflits entre les personnes et les communautés. Ce type de dispositif est très répandu et fonctionne sans intervention de parties externes. Bien que fréquemment utilisées dans la résolution des problèmes de protection des enfants, leur fonctionnement et les résultats de ces processus ne sont pas bien documentés. Des informations anecdotiques rapportent que les décisions sont la plupart du temps favorables à la préservation de la cohésion communautaire et non à l'intérêt de l'enfant. Ceci tend à maintenir, et parfois même à favoriser, les pratiques traditionnelles telles que les mariages forcés des filles et à garantir l'impunité pour les agresseurs dans les cas de violences et d'abus faits aux enfants.

Les structures religieuses de diverses confessions jouent également un rôle important en assurant la médiation dans les litiges ou en fournissant un soutien matériel aux enfants privés de soutien parental adéquat.

Les associations spécialisées dans le droit des groupes vulnérables, comme l'Association des Femmes Juristes, l'Association des Femmes Avocates bien que jugées efficaces sont en nombre trop restreint pour pouvoir fournir une assistance correcte aux innombrables problèmes de protection qui affectent les enfants.

Les comités locaux de protection et les comités de lutte contre la traite des enfants installés par l'Etat avec le soutien des ONG et des partenaires techniques et financiers joueraient un rôle actif dans la lutte contre la traite en surveillant les mouvements des populations d'enfants et en identifiant les familles susceptibles d'accueillir temporairement des enfants. Il en existerait environ 1,400 au Bénin. Leur travail n'est pas suivi et aucune évaluation n'a été faite pour mesurer leurs résultats.

Bien que porteuse de grands espoirs, la participation des entités non formelles dans la prévention et la prise en charge des enfants reste marginale à l'exception des domaines comme la résolution traditionnelle des conflits où elle fonctionne mais pas toujours dans l'intérêt de l'enfant. De plus, ces entités ne sont généralement pas enclines à s'impliquer dans les domaines complexes et sensibles susceptibles de remettre en causes certaines des normes sociales qui changeraient les règles sociales qui régissent

leurs communautés. Elles s'investissent rarement dans les problématiques du travail des enfants, des mariages précoces, de l'exploitation sexuelle des enfants dans un but commercial, de la lutte contre les abus et violences faites aux enfants sorciers ou de la mise en place d'alternatives à la détention pour les mineurs condamnés.

Encadré 24 : El Hadj H.O, chef de ménage rencontré à Malanville

« Dans ma famille, je suis le seul à décider du mariage de mes filles et garçons. Je choisis moi-même le conjoint et la conjointe qui convient aux enfants ».

Source : *Étude socio juridique de référence sur le mariage précoce/ force dans les douze (12) départements du Bénin, Rapport final, 2017, p.33*

5.2.2 Finances du secteur de la protection des enfants

Dans les budgets alloués aux secteurs sociaux il est pratiquement impossible de déterminer la part dédiée spécifiquement à la protection de l'enfance. Ce secteur des affaires sociales est traditionnellement le parent pauvre du gouvernement en matière d'allocations budgétaires. En résultat, les entités publiques destinées à la protection de l'enfance ne disposent jamais de suffisamment de fonds pour étendre le réseau de services et le doter de personnels qualifiés et de moyens adéquats. Cette situation laisse ce secteur dépendant des partenaires techniques et financiers et des associations caritatives.

Les services de police et de gendarmerie spécialisés dans la protection de l'enfance disposent eux aussi de ressources financières limitées ce qui restreint les parts qu'ils peuvent dédier aux services destinés aux enfants. Le manque de ressources empêche les réponses rapides aux enfants en détresse et l'offre de soins sociaux, médicaux et juridiques.

5.2.3 Une gouvernance du système de protection fragmentée

Les droits à la protection des enfants sont garantis quand l'Etat de droit est assuré au moyen d'une gouvernance adéquate basée sur des procédures codifiées, un dispositif législatif adéquat et des mécanismes administratif et gestionnaire performants. Ceci permet au système de protection d'assurer la disponibilité des services, le fonctionnement adéquat et l'utilisation équitable. Au Bénin les performances atteintes par le système éducatif pour ces composantes sont variables.

5.2.3.1 Cadre législatif du système de protection au Bénin

Selon la situation dressée en 2015 par le Ministère en Charge des Affaires Sociales, l'Etat du Bénin a satisfait à ses obligations dans le domaine de la législation du secteur. Il a élaboré et mis en place un des meilleurs cadres législatifs de la région en ce qui concerne la protection des enfants. Le pays a ratifié la quasi-totalité des conventions internationales et régionales relatives à la protection de l'enfance et s'est progressivement équipé d'une série de lois, textes et mesures réglementaire pour mieux protéger les enfants et notamment les plus vulnérables.

La Constitution constitue le pilier de ce cadre. Elle en fixe le contour et identifie le cadre protecteur à travers plusieurs de ses articles. L'article 7 fait référence aux droits et devoirs proclamés et garantis par la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples adoptée en 1981 par l'Organisation de l'Unité Africaine et ratifiée par le Bénin le 20 janvier 1986. Cet article mentionne que la charte fait partie intégrante de la Constitution et du droit béninois. L'article 9 stipule que tout être humain a droit au développement et au plein épanouissement de sa personne dans ses dimensions matérielle, temporelle, intellectuelle et spirituelle. L'article 15 précise que tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne : l'Etat assure à tous l'égalité devant la loi sans distinction d'origine, de race, de sexe, de religion, d'opinion politique ou de position sociale. Il précise que l'homme et la femme sont égaux en droit et que l'Etat protège la famille et particulièrement la mère et l'enfant. L'article 26 veille sur les droits des personnes vivant avec un handicap et les droits des personnes âgées.

Les composantes de la protection couvertes par la Constitution ont été traduites sous forme de lois civiles et pénales et tout un dispositif de mesures et règlements dont les plus importantes sont :

- La loi 2002-07 du 24 août 2004 portant code des personnes et de la famille.
- La loi n° 2005-31 du 05 avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/ SIDA.
- La loi n°2005-33 modifiant la loi 2003-17 du 11 novembre 2003 portant orientation de l'école nationale.
- Le Code pénal Bouvenet applicable au Bénin qui réprime les viols, attentats à la pudeur, détournement ou enlèvement de mineurs ainsi que les coups et blessures sur mineurs.
- La loi 2003-03 du 03 mars 2003 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines.
- La loi n°2003-04 du 03 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction.
- La loi n°2006-19 du 05 septembre 2006 portant répression du harcèlement sexuel et protection des victimes.
- La loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes.
- La loi n°2012-15 du 18 mars 2013 portant code de procédure pénale.
- Le décret no 2012-416 du 06 Novembre 2012 fixant les normes et standards applicables aux Centres d'Accueil et de Protection d'Enfants (CAPE).
- La loi n°2006-04 du 10 avril 2006 portant conditions de déplacement des mineurs et répression de la traite d'enfants et ses décrets d'application définissent la traite des enfants comme le recrutement, le transport, le transfert, le placement, l'accueil ou l'hébergement d'un enfant aux fins d'exploitation quel que soit le moyen utilisé.

- La Loi sur le travail et le Code du Travail qui précisent l'âge légal minimum d'accès au travail et à l'emploi.

D'autres textes précisent les conditions d'application de ces lois. Ils organisent une partie des mécanismes existants (commission nationale des droits de l'enfant, Cellule Nationale de Suivi et de Coordination pour la Protection des Enfants, Office Central de Protection des Mineurs) ou complètent et renforcent les dispositions contenues dans certains documents existants: sanctions à infliger aux auteurs de violences sexuelles dans les écoles et établissements d'enseignements secondaires général, technique et professionnels, publics et privés; conditions particulières d'entrée des enfants sur le territoire national; délivrance de l'autorisation administrative de déplacement des enfants à l'intérieur du territoire de la République du Bénin; liste des travaux dangereux pour les enfants; et normes et standards applicables aux Centres d'Accueil et de Protection d'Enfants (CAPE).

Cet arsenal a été consolidé et complété en 2015 dans une loi portant Code de l'Enfant. Comportant 409 articles répartis en sept parties, ce Code est considéré comme un outil assez complet pour permettre au système de protection de gagner en efficacité. Ce Code intègre toutes les dispositions légales antérieures qui ne sont pas contradictoires avec l'intérêt supérieur de l'enfant. Il reprend les principes directeurs des droits et devoirs de l'enfant consacrés par la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, du statut et de l'état civil de l'enfant, de la protection judiciaire de l'enfant, de la protection de l'enfant avant et après la naissance et des institutions de protection de l'enfant. Les ajouts portent sur la reconnaissance et l'autorisation de la procréation médicalement assistée sous certaines conditions; instaurent la protection sociale comme moyen de protection des enfants; intègrent des règles relatives à l'adoption internationale; établissent une distinction entre l'enfant apprenti et l'enfant jeune travailleur; protègent les enfants contre l'implication dans les conflits armés; et précisent que la garde à vue d'un enfant de 13 ans, ne peut dépasser 36 heures, y compris la prolongation de 12 heures.

Il est cependant à craindre que l'application effective de ce Code ne se heurte aux barrières récurrentes que sont l'insuffisance de la formation des professionnels concernés, le manque de coopération entre les secteurs d'intervention, le retard dans le développement des services et les pesanteurs de l'environnement socio-culturel qui demeure dans une large mesure peu favorable aux enfants.

5.2.3.2 Organisation du système de protection de l'enfant

La responsabilité centrale en matière de services d'action sociale en faveur des enfants et des familles est partagée entre plusieurs ministères: travail, fonction publique et affaires sociales, éducation maternelle et primaire, éducation secondaire, santé, justice, intérieur. Le ministère chargé des affaires sociales assure un rôle de leader dans le secteur.

Aux termes du décret N°2016-424 du 20 juillet 2016, le Ministère du Travail, de la Fonction Publique et des Affaires Sociales (MTFPAS) a pour mission de concevoir, mettre en œuvre et suivre la politique définie par l'Etat en matière de travail, fonction publique et action sociale. Un gros effort a été fait par l'Etat pour corriger les erreurs et dysfonctionnements constatés dans les structures

des ministères précédents. Ces modifications devraient permettre d'éviter la dispersion des responsabilités, de réduire les chevauchements et de mieux assurer le continuum des soins¹¹³. Au niveau central, on trouve la Direction générale des Affaires Sociales qui coiffe les directions techniques compétentes dans le domaine des affaires sociales et parmi celles-ci la Direction de la Famille, de l'Enfance et de l'Adolescence est chargée de l'orientation globale des politiques et des stratégies en matière de protection de l'enfant. Les six (06) directions départementales du travail, de la Fonction Publique et des Affaires Sociales représentent le niveau départemental décentralisé. Elles assurent l'assistance technique aux autorités et équipes locales (préparation des plans d'action locaux, contrôle de l'application des lois et règlements, suivi et gestion des ressources, collecte et transmission des informations, dossiers et requêtes relatifs à leur domaine de compétence). Chaque Direction départementale couvre deux départements administratifs. Ces Directions sont directement supervisées par le Secrétaire Général du Ministère. Chaque Direction Départementale supervise les Centres de Promotion sociale (CPS) de son territoire.

Le Ministère de la Justice et de la Législation (MJL) joue un rôle primordial dans la protection de l'enfance. Il a pour mission de concevoir, mettre en œuvre et suivre la politique en matière d'administration de la justice, de services pénitentiaires, d'éducation surveillée, de législation et droits de la personne. Il est aussi chargé de l'organisation et du bon fonctionnement du service public de la justice, des établissements pénitentiaires et établissements d'éducation surveillée. Il a également pour mission de surveiller l'application des textes législatifs, d'assurer la protection judiciaire de l'enfance ainsi que de participer à la production des projets de lois et textes. En plus d'une administration centrale standardisée ce ministère dispose des cours d'appel, des tribunaux, de services extérieurs et de plusieurs commissions et comités rattachés. La direction de l'éducation surveillée et protection des mineurs et ses respectives subdivisions joue un rôle prépondérant dans le domaine de l'enfance. Elle est chargée de veiller au respect des engagements découlant de la ratification des conventions relatives à l'enfance et à l'adolescence ainsi que de fournir des moyens logistiques au Secrétariat Permanent de la Commission nationale des droits de l'enfant. Le ministère bénéficie de l'assistance et du Conseil du Comité National de suivi de l'application des instruments internationaux en matière des droits de l'Homme, de la Commission Nationale des Droits de l'Enfant, du Comité de Concertation et d'Orientation des Centres de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence chargés de l'accueil et de la rééducation des enfants en conflit avec la loi ou en danger moral référés par les juges. La Commission Nationale des Droits de l'Enfant (CNDE) est un organe statutaire créé par l'Etat (Décret n°99-559 du 22 novembre 1999) chargé de promouvoir les droits de l'enfant et de veiller à la sauvegarde de ses intérêts. Il suit la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant ainsi que l'élaboration et la conduite de la politique nationale en matière de protection judiciaire de l'enfant et de la jeunesse. Composée de représentant.e.s provenant de ministères, d'organisations non gouvernementales et de l'Association des parents d'élèves cette commission organise des sessions semestrielles et annuelles élargies

¹¹³ Selon l'UNICEF le continuum de soins et de services délimite les moyens spécifiques au sein desquels le système répond aux violations des droits des enfants.

aux comités départementaux des droits de l'enfant. Ces réunions servent d'opportunités pour renforcer les capacités techniques de ces acteurs en matière d'élaboration des plans d'actions et de suivi des questions de l'enfance.

Le Ministère de l'intérieur et de la Sécurité Publique a de multiples attributions dans les domaines qui concernent l'enfance: sécurité des personnes, protection civile et gestion des risques, état civil, circulation des personnes et flux migratoires, gestion des cultes traditionnels et modernes et fonctionnement des conseils de différentes entités territoriales (village, quartier, arrondissement, commune...) créées par la loi sur la décentralisation. La Direction Générale de l'Etat Civil est responsable de l'élaboration de la politique nationale de l'état civil, de sa mise en œuvre. Elle gère le fichier central national de l'état civil et assure sa coordination avec les ministères partenaires, les Préfectures et les collectivités locales. La Direction générale de la sécurité publique est, quant à elle, responsable de l'élaboration de la politique de sécurité et de la mise en œuvre du plan national de sécurité intégré. La Direction de la surveillance du territoire et de la documentation stratégique est chargée, entre autres, de coordonner et centraliser les informations relatives à la criminalité, personnes recherchées et délits et utiles à l'action des services opérationnels, parquets et cabinets d'instruction. Cette direction coordonne également la mise en œuvre de la politique concernant l'émigration et l'immigration.

5.2.3.3 Politiques et stratégies

Conscient des défis que rencontrait le secteur pour remplir ses obligations en termes de protection des enfants, l'Etat a fait de gros efforts pour restructurer le cadre institutionnel de la protection à la suite de la cartographie du système de protection élaborée en 2011 et des recommandations des comités internationaux sur les droits des enfants.

En 2014 une Politique Nationale de Protection de l'Enfant (PNPE) et une Politique Nationale du Développement du Secteur de la Justice (PNDSJ) ont été élaborées et officialisées.

La politique générale couvrant l'action sociale en faveur des enfants et des familles a été revue et enrichie de nouvelles alternatives pour mieux cibler et assister les familles vulnérables.

En 2014, un Programme National de Développement du Secteur de la Justice (PNDSJ) a été élaboré et adopté. Ceci a déjà permis au système de protection sociale et judiciaire de se doter en 2015 de 2 tribunaux adaptés et sensibles aux enfants sur les 4 prévus.

Toujours en 2014, le ministère chargé de la justice s'est doté d'une Politique de Développement du secteur de la justice qui comprend des composantes pour les mineurs.

En 2016 un Plan d'action de la PNPE a été adopté pour encadrer les efforts du Gouvernement et de ses partenaires et les guider vers un système intégré incluant les problématiques inhérentes à l'environnement juridique, social, culturel et éducationnel de l'enfant. Ce système est composé de mécanismes, d'instruments juridiques et stratégiques et de services adaptés à tous les enfants, surtout aux plus vulnérables.

5.2.3.4 Gestion et coordination

La politique nationale de protection de l'enfant définit la protection de l'enfant comme un champ d'action publique qui regroupe l'ensemble des actions organisées et mises en œuvre par des acteurs étatiques et non étatiques pour prévenir toute forme de violences, abus et exploitation à l'égard des enfants et pour assurer une assistance adéquate aux enfants qui en sont affectés. Cette approche impose de fait que le système de protection d'un système de suivi soit efficace et doté d'une coordination robuste et régulière.

Système d'information

Contrairement aux autres secteurs sociaux le système de protection ne dispose pas de mécanisme de suivi opérationnel. Les données disponibles sont fournies par plusieurs mécanismes concomitants tels que le SIDOFFE (Système National Intégré de données relatives à l'Observatoire de la Famille,) le Tableau de Bord des Indicateurs de la Justice pour Mineurs, de la Femme et de l'Enfant, le Système Intégré de Production, d'Analyse et de Gestion des Statistiques (SIPAGeS), des tableaux de bord social (TBS publiés en 2010 et en 2013) ou des enquêtes et études qui sont menées de façon ponctuelles (Recensements Généraux sur la Population et l'Habitat, MICS, Enquêtes Modulaires Intégrées sur les Conditions de Vie des ménages (EMICOV)).

Ces données fournissent des indications sur l'ampleur de quelques phénomènes de protection (enregistrement des naissances, travail des enfants, mariages précoces), mais n'informent pas de manière régulière sur la disponibilité des services disponibles, sur la qualité de leurs prestations et sur les populations qui bénéficient de leurs prestations (enfants accueillis en institutions...). Les données disponibles sont utilisées pour le choix des grandes décisions mais ne sont guère utiles pour la planification et le suivi de la mise en œuvre de la politique Nationale de la Protection de l'enfance. Au niveau périphérique, en dehors de quelques statistiques produites par des services spécialisés (OCPM...) les informations demeurent insuffisantes pour permettre de prendre des mesures capables de corriger les dysfonctionnements qu'elles révèlent.

Coordination

Dans le domaine de la protection de l'enfance, l'Etat a fait le choix d'une approche intégrée qui nécessite une coordination très forte. La PNPE prévoit un mécanisme de coordination et lui a fixé comme objectif d'augmenter l'efficacité, de capitaliser les expériences et d'améliorer les agendas de travail des différentes parties prenantes de la protection. Pour atteindre cet objectif, la PNPE a prévu de fluidifier la circulation de l'information, impulser la recherche de solutions innovantes en termes de mobilisation et d'utilisation des ressources, mutualiser les moyens et mieux identifier la redevabilité de chaque partie prenante. Ces bonnes intentions n'ont pas encore été concrètement traduites en actions. A l'heure actuelle, à l'exception du domaine de l'enregistrement des naissances où l'Etat a pu rendre effectif cette obligation de coordination ; les relations entre les différentes institutions impliquées dans la protection de l'enfance se limitent le plus souvent à de la simple collaboration technique entre

institutions sur les sujets « sensibles ». Il n'y a aucun document de planification conjointe et aucun mécanisme de suivi routinier de la situation des enfants.

Dans le domaine de la justice pour enfants les autorités ont déployé des efforts louables pour mettre en place un minimum de coordination entre les différents acteurs. Cela s'est traduit par une amélioration de prise en charge des enfants en conflit avec la loi (agents postés dans les CPS, collaboration police-agents sociaux pour la réalisation des enquêtes préliminaires) mais le manque de ressources, notamment financières, empêchent ce mécanisme de progresser et d'atteindre un niveau de coordination qui permettrait une prise charge de qualité.

5.2.4 Le rôle des normes sociales

Il est reconnu que la réduction du nombre d'enfants victimes de problèmes de protection ne peut être obtenue sans la participation de l'ensemble des acteurs qui sont censés directement et indirectement en prendre soin et sans tenir compte du rôle que jouent les traditions et les normes sociales qui régissent la vie des enfants béninois où qu'il se trouve. Pour favoriser les changements de comportements individuels et collectifs et les rendre positifs pour l'enfant les autorités béninoises et leurs partenaires ont déroulé des actions de plaidoyer, de mobilisation sociale, de communication interpersonnelle. Cela a pris des formes diverses allant de diffusion de programmes radios à de la dissémination des résultats des études et des activités de communication de face à face. Ces actions ont permis de déclencher une prise de conscience sur l'ampleur de plusieurs phénomènes comme les mutilations génitales féminines et les mariages et grossesses précoces mais sans toutefois couvrir tout le champ de la protection et surtout sans obtenir des changements de comportements importants et durables, comme le montrent les données existantes sur le travail des enfants, les enfants sorciers, les violences et abus ainsi que le prouvent la modicité des statistiques dans le domaine des prises en charge (nombre de dossiers ayant fait l'objet de procédures judiciaires par rapport au nombre de cas de violences reçus par les services...).

La lenteur constatée dans les changements de comportements est attribuée à la complexité du domaine lui-même mais également à la faiblesse technique des stratégies et plans de communication en termes de couverture géographique, de durées et de fréquence. Très souvent les activités sont fragmentées et de faible envergure car soutenues par une multitude d'acteurs et n'utilisent que faiblement les approches robustes pour changer les comportements communautaires. La floraison des dialogues au niveau communautaire a bien contribué à l'amélioration des connaissances sur les phénomènes mais cette conscientisation n'a été suivie que de peu de changements dans les pratiques à l'exception de quelques domaines (enregistrement des naissances, mariages très précoces). L'étude qualitative menée en 2015 par le Ministère des Affaires Sociales sur les Comportements, Attitudes et les Pratiques vis à vis sur la violence, abus sexuels et mariage des enfants a mis en évidence le poids que continuait à jouer les normes sociales qui boquent l'application des mesures officielles (législation, campagnes de sensibilisation...) dans la lutte contre les violences sexuelles faites aux enfants. Les cas de violences ne sont que rarement déclarés par

les parents et les personnes chargées d'en prendre soin (éducateurs/trices, leaders communautaires, décideurs/ses chargé.e.s des programmes pour l'enfance...) sauf quand les dommages causés à l'enfant sont importants. Et même dans ce cas là, le poids des traditions impose aux parents et communautés de recourir en priorité aux mécanismes traditionnels de médiation plutôt qu'aux agents sociaux, de police, ou de justice... Les quelques cas qui parviennent devant les services de justice vont faire souvent l'objet de règlements et de transactions à l'amiable entre adultes avec la complicité des autorités impliquées au dépend de l'intérêt de l'enfant victime. Au 31 décembre 2014, seulement soixante-dix-sept (77) plaintes concernant les infractions sur les mineurs avaient été enregistrées dans les unités de police et de gendarmerie et seulement quarante-neuf (49) cas avaient fait l'objet d'enquête par la police judiciaire.

Le phénomène des enfants accusés de sorcellerie¹¹⁴ est essentiellement alimenté par les croyances qu'ont les adultes malgré la cruauté des actes qu'il peut engendrer. Environ 85% des adultes interviewés lors d'une enquête du Ministère de la Famille disent croire à l'existence de la sorcellerie et reconnaissent l'appartenance de certains enfants au cercle de la sorcellerie. Environ 90% d'entre eux estiment aussi que cela représente une menace pour la communauté au sein de laquelle vit l'enfant. Ces croyances sont ancrées aussi bien dans les populations rurales que celles qui sont urbanisées et éduquées. Ces croyances sont également partagées par les leaders communautaires qui se sentent investis de la responsabilité de « débarrasser » la société de ces enfants « nuisibles » en pratiquant l'infanticide.

L'indigence des solutions mises en place pour mieux intégrer socialement les enfants handicapés serait liée à la vision réductrice qu'ont les décideurs/ses et les communautés du handicap. L'enfant handicapé est d'abord vu comme une « personne malade » aux capacités diminuées par le handicap, et donc incapable de se conduire « normalement » et de participer « normalement » à la vie de sa communauté. Cette conception impose de facto à l'enfant vivant avec un handicap une marge de manœuvre réduite dans la vie sociale de sa communauté. De nombreuses communautés ont, aussi, tendance à considérer cette « déficience » comme un châtement divin résultant d'une « faute ». Cette autre conception va influencer les comportements non seulement vis à vis de l'enfant mais aussi vis à vis de sa famille. L'enfant est vu alors comme une « surcharge » qui fragilise la cohésion de sa famille. La perception générale est que les familles ne deviennent pas vulnérables parce qu'elles ont un enfant vivant avec un handicap mais que l'handicap de l'enfant va accentuer les difficultés de sa famille. Ces différentes conceptions dictent des comportements paradoxaux vis à vis de l'enfant : empathie, charité mais aussi exclusion des espaces sociaux (écoles...) ou même violences.

Malgré son niveau préoccupant et ses conséquences dommageables sur la santé et le développement de l'enfant, le travail est un phénomène banalisé par le commun des béninois. Faire travailler un enfant ou lui faire faire des tâches ménagères est plutôt considéré comme un bon moyen de l'éduquer, de le socialiser et de lui apprendre à se prendre en charge.

¹¹⁴ Les enfants accusés de sorcellerie, Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique; UNICEF, 2010

5.2.5 Genre et problèmes de protection

Bien que garçons et filles soient, de manière générale, exposés aux mêmes risques de protection ; les filles sont largement surexposées au Bénin malgré l'adoption par l'Etat de mesures spéciales de protection. L'adoption de la loi (n°2011-26 du 09 janvier 2012) portant sur la prévention et la répression des violences faites aux femmes et aux filles au Bénin n'a pas fait diminuer leur forte exposition à ces phénomènes. Les résultats de l'enquête MICS V 2014 indiquent que filles étaient plus concernées par le phénomène du mariage précoce. Environ 9% des femmes âgées de 15 à 49 ans avaient été mariées avant l'âge de 15 ans contre moins de 2% des hommes. Le fait d'être une femme est aussi source d'exposition accrue au VIH-SIDA: la proportion des jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans ayant une connaissance approfondie de la transmission du VIH atteint 31%¹¹⁵ contre 22% chez les femmes. Cette surexposition aux risques serait le résultat de plusieurs facteurs comme la persistance de stéréotypes sociaux (selon l'enquête MICS V 2014 environ 36% des femmes et 17% des hommes pensent qu'il est normal qu'un mari batte sa femme), d'une discrimination à l'éducation (les filles abandonnent plus et plus tôt les écoles, notamment dans le secondaire), et d'une plus faible exposition aux médias et à l'information. Environ 46% des femmes âgées de 15-49 ans ne sont exposées à aucun média contre 27% chez les hommes ou y sont exposées de manière très épisodique¹¹⁶. Cette situation est exacerbée par le fait que les médias continuent de véhiculer de nombreux stéréotypes de genre et contribuent ainsi à les entretenir dans la société.

Encadré 25 : Extrait de FGD avec les pères, Commune de Natitingou

«Il faut distinguer la nuance entre correction et violence. De nos jours, s'il est interdit de corriger les enfants, nous parents nous allons seulement parler et aucun enfant ne va nous écouter. Nous, on nous a tapés à l'école et proprement ; surtout quand on ne récitait pas correctement les leçons en classe comme à la maison. C'est ce qui a fait de moi, ce que je suis devenu [...]. Par exemple, la loi précise que c'est à partir de 14 ans que les enfants peuvent commencer un apprentissage. Or, Aujourd'hui, on a des enfants de 6 ans, de 8ans qui sont en apprentissage et chaque fois qu'ils commettent des indécrotesses, on doit les taper. Est ce que cela est une violence ou une correction? A vous de voir! De toutes les façons, les conditions de vie déterminent la manière d'éduquer».

Source : Enquête qualitative SITAN, Juin 2017

5.2.6 Les partenariats

Dans le domaine de la protection de l'enfance on trouve trois types de partenariats. Au niveau local on trouve un partenariat tissé entre des entités institutionnelles (services étatiques, partenaires et organisations de la société civile) et les organisations de jeunes et de leaders d'influence et

religieux censés amplifier la voix des enfants et véhiculer les messages portant sur la promotion des comportements responsables et respectueux des droits des enfants. Ce partenariat est utilisé selon les conjonctures pour faire du plaidoyer à l'endroit du gouvernement sur les droits des enfants comme c'est le cas pour le parlement des enfants.

Organisations	Domaines d'intervention
Caritas (ONG)	Protection / Prévention et prise en charge des enfants victimes
ESAM et PSI (ONG)	Protection / Pladoyer et communication
ANDRCT (ONG)	Protection des enfants des couvents
Sœurs Salésiennes	Protection / Prévention et prise en charge des enfants victimes
AFA (ONG)	Justice pour mineurs
Médecin du Monde (ONG)	Protection / Prévention et prise en charge des enfants victimes
Foyer Saint Joseph	Protection / Prévention et prise en charge des enfants victimes
Don Bosco, les Sœurs Salésiennes et Terre des Hommes	Accueil des enfants en rupture avec les familles et développement des familles d'accueil
Centre <i>Thalitakoum</i> d'INA (Nord)	Protection / prise en charge des handicapés

Un autre type de partenariat lie les médias et les entités impliquées dans la mise en œuvre de la politique nationale de protection de l'enfance. La collaboration entre les ministères (affaires sociales, intérieur, justice, communication) permet de disséminer à moindre coût les informations destinées à l'éveil des communautés. Cependant à l'exception de la télévision nationale, ce partenariat offre des opportunités très limitées en raison du manque de moyens et de couverture de ces médias.

Au niveau plus élevé on trouve un partenariat qui associe les entités étatiques, les partenaires techniques et financiers et les bureaux centraux des organisations de la société civile et non gouvernementales. Ce partenariat joue un rôle critique dans le fonctionnement du système de protection de l'enfance car dans un contexte de grande pénurie de ressources nationales, il permet d'assurer un partage des obligations entre les différentes parties prenantes de la protection. Il attribue à l'Etat la responsabilité des aspects institutionnels (législation, politiques, standards et normes des services...) et la fourniture directe de quelques prestations spécifiques (Centres de Promotion Sociale, Centre d'Accueil et de Transit des Enfants, assistance en matériels ou en espèces aux familles vulnérables, prise en charge institutionnelle des enfants vivant avec un handicap visuel...). Les partenaires techniques et financiers assurent la mobilisation d'une partie des ressources financières du secteur et des organisations de la société civile et organisations non gouvernementales nationales pour permettre la fourniture des prestations complémentaires (accueil et réinsertion des enfants en situations difficile, enquêtes sociales...) à celles des services publics. Le

¹¹⁵ MICS V 2014, INSAE-UNICEF, 2014

¹¹⁶ MICS V 2014, INSAE-UNICEF, 2014

partenariat avec les entités de type privé a récemment fait l'objet d'une récente réglementation (loi n°2016-24 du 11 octobre 2016) qui codifie leurs conditions de travail.

5.3 Recommandations

Les membres du gouvernement, de la société civile et des partenaires techniques et financiers ayant participé à cet exercice d'actualisation 2017 de l'analyse de la situation du secteur Protection de l'enfance au Bénin ont considéré que le Bénin avait accompli des progrès dans la réalisation du droit à la protection mais sans pouvoir garantir les mêmes chances à tous les enfants. Aussi et sur la base des évidences rapportées dans les sections précédentes ils ont procédé à une identification des problèmes prioritaires et à leur classement. Cet exercice, les a amenés à classer les problématiques de la protection des enfants en trois groupes. Le premier groupe inclut les problèmes urgents relatifs aux enfants ayant des difficultés à obtenir des actes de naissances, les enfants victimes de violences et d'abus et les enfants travailleurs. Le second groupe comprend les enfants impliqués dans la mendicité, les enfants vivant de et dans la rue, les enfants victimes de mariage et grossesse précoces, les enfants devant faire face à la justice, les enfants séparés de leurs parents, les enfants dits sorciers, les enfants impliqués dans la prostitution et la pornographie, les enfants bouviers et les enfants réfugiés. Le troisième groupe comprend les enfants victimes de pratiques néfastes, les enfants vivants avec un handicap, les enfants réfugiés et les enfants qui ne sont pas enregistrés à l'état civil.

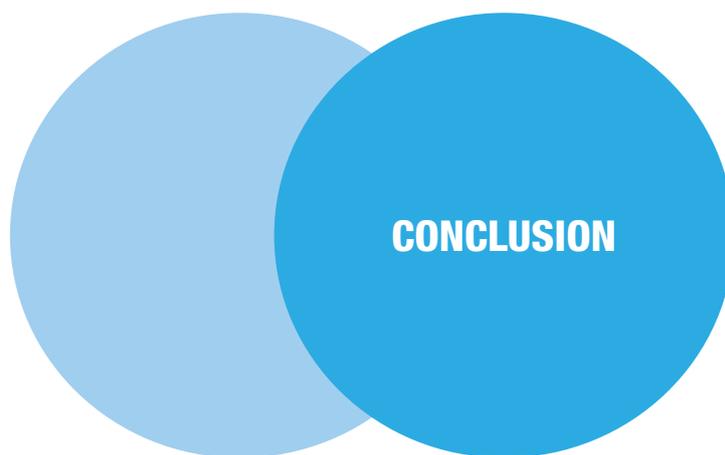
Face à la multiplicité des problématiques, à leur ampleur et criticité, l'un des défis majeurs est de faire fonctionner le système de protection de l'enfance pour qu'il soit capable de protéger les enfants avec plus d'efficacité et de les assister quand ils en ont le plus besoin. Ceci requiert une augmentation de l'offre de services pour que celle-ci soit quantitativement et qualitativement suffisante, adaptée aux contextes socio-économique et culturel des populations. A cet effet il est recommandé de :

1. Accélérer l'opérationnalisation du mécanisme de coordination de la Politique Nationale de Protection de l'Enfant avec une implication plus cohérente et plus régulière du Ministère du Travail, de la fonction Publique et des Affaires Sociales. Ceci permettra de redynamiser les partenariats existants entre les entités impliquées (services étatiques, partenaires techniques et financiers, organisations de la société civile) et d'aboutir à une plus grande mobilisation de ressources pour le secteur ainsi qu'à des augmentations quantitative et qualitative de l'offre de services. Une plus grande implication des secteurs sociaux de la santé et de l'éducation dans les mesures de prévention (signalement des cas et système d'alerte) et de prise en charge, permettrait de disposer d'une masse critique de services nécessaires à la réduction de plusieurs phénomènes sensibles (violences sexuelles, travail des enfants, prise en charge et intégration des enfants handicapés...). Le partenariat avec le secteur de l'éducation devrait amener les institutions éducatives à jouer un rôle plus actif dans la mise en oeuvre d'approches centrées

sur l'enfant capables de renforcer la protection, l'autonomie et la capacité d'auto protection des enfants.

2. Renforcer le système institutionnel au niveau central et décentralisé. Un effort particulier devra être fait pour mettre en place un mécanisme de suivi-évaluation capable de collecter et analyser de manière routinière les données provenant des différentes sources (services publics et privés, niveaux décentralisés et centraux) et par la suite de les acheminer aux différents centres de décisions (directions centrales, mécanismes de coordination). Ce travail nécessitera une révision des mission et organisation des services décentralisés. Une connaissance plus éclairée de la situation permettra des décisions mieux informées pour une répartition plus équitable des moyens nationaux. Elle guidera l'installation des ONG et organisations de la société civile pour une distribution territoriale plus équitable de leurs services. Le mécanisme de suivi devra être soutenu par une série d'études et enquêtes ciblées sur les thématiques peu ou mal connues car les données sur certains problèmes majeurs sont, soit trop anciennes (travail des enfants), soit statistiquement insuffisantes pour l'élaboration de textes réglementaires ou de projets d'intervention (confiage des enfants, enfants en mobilité/traité, exploitation sexuelle des enfants, adoption...). Leurs résultats permettront d'ajuster les plans et de guider les législations et stratégies opérationnelles.
3. Procéder à l'inventaire et révision des normes et standards actuellement disponibles pour l'organisation des services de protection. Ceci permettra de renforcer l'organisation des services et la qualité des prestations. Couplée avec la création d'un corps spécialisés d'inspecteurs sociaux, cette mesure permettra à l'Etat de remplir plus facilement son obligation de régulateur du secteur et d'obtenir une harmonisation des niveaux et qualité des prestations offertes par les entités publiques et privées.
4. Mobiliser davantage de ressources nationales financières pour les affaires sociales et les utiliser prioritairement pour l'extension de l'offre de services. Les services seraient ainsi plus accessibles aux familles et aux enfants. Ce volet sera soutenu par le renforcement des capacités de gestion afin que soit assurée une affectation plus équitable des ressources entre les départements et les domaines de la protection. Cette augmentation permettra également de contracter avec davantage d'organisations non gouvernementales pour la prestation de services de protection de base. Ceci compensera le manque de services publics, notamment en matière d'encadrement des enfants en milieux ouverts et fermés.
5. Elaborer une stratégie cohérente de prévention des problèmes de protection associant un plan de communication fondé sur une connaissance objective des facteurs à l'origine des

comportements dommageables aux enfants, une restructuration du mécanisme d'alerte (y compris à travers la mise en place et opérationnalisation d'une ligne et d'assistance nationale pour les enfants), une participation plus effective des communautés et une révision des mécanismes actuels de l'aide sociale. Ces mesures devraient permettre de lever quelques uns des goulots qui actuellement favorisent la faible application des textes (y compris ceux qui sanctionnent la fuite des responsabilités par les parents, communautés, et agents de protection...) et bloquent la demande de services. A terme, ces mesures devraient réduire la pression sur les services formels de protection ce qui permettra dans le moyen terme de diversifier les dispositifs de prestations et leur qualité.



CONCLUSION

En ratifiant la Convention relative aux Droits de l'Enfant et la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, le Bénin s'était engagé à faire de la réalisation des droits des enfants et des femmes un de ses principaux défis pour le développement. Il s'était également engagé à produire des bilans réguliers de la situation et à les présenter aux organes nationaux et internationaux chargés de suivre l'effectivité des droits des enfants.

Cet engagement s'est traduit par une accélération des interventions pour assurer les droits des enfants. A la faveur du plan national pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, les efforts ont d'abord porté sur la réduction des problèmes les plus fréquents rencontrés par les enfants dans les domaines de la santé et de l'éducation avant de se concentrer davantage dans le cadre des stratégies nationales de réduction de la pauvreté sur les groupes et les enfants les plus vulnérables et les plus marginalisés. Favorisé par la stabilité politique et une reprise de la croissance économique, cette accélération a permis d'engranger des résultats importants. Entre 2006 et 2014, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a baissé de 167 pour mille naissances vivantes à 115 pendant que le taux brut de scolarisation dans le cycle primaire grimpeait de 92,9% à 116,2% avec une quasi équité entre les filles et les garçons.

Pour autant et malgré tous les efforts déployés, le pays rencontre toujours de nombreuses difficultés pour atteindre tous les objectifs qu'il s'est assigné pour l'enfance et la jeunesse. L'examen des réalisations obtenues dans le cadre des Objectifs du Millénaire met en évidence ces progrès mais constate également que le pays n'avait ni réduit des deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans et ni atteint le niveau d'achèvement dans le cycle d'éducation primaire comme il s'y était engagé. Ce constat est partagé par les autorités qui le soulignent dans le rapport soumis en 2016 par le gouvernement au Comité des Droits de l'enfant sur l'application des dispositions de la Convention Relative aux Droits des enfants au Bénin.

Le présent rapport intitulé « Situation des enfants actualisée en 2017 » constitue un nouveau jalon dans ce processus de suivi des droits des enfants. Allant au-delà des constats généraux sur l'importance des privations des droits dans certains groupes sociaux le rapport met en évidence les défis que le Bénin et ses partenaires doivent relever pour

assurer un état où les enfants pourront jouir équitablement de leurs droits. Il donne en outre un synopsis de l'état actuel de la situation des enfants qui guidera la formulation des politiques et stratégies, le plaidoyer, la recherche et l'évaluation aussi bien du gouvernement que de ses partenaires.

Le rapport montre que ce sont les enfants les plus fragilisés par la pauvreté, l'exclusion sociale, les discriminations qui n'ont pas bénéficié des progrès enregistrés par le pays. Les données des études et enquêtes les plus récentes montrent que les taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, de malnutrition chronique et taux de scolarisation n'ont pas suffisamment progressé car les efforts déployés par les services officiels et ceux de la société civile n'ont pas bénéficié à tous les enfants du Bénin. Les dernières études montrent que les taux de mortalité, de malnutrition, d'achèvement scolaire dans le primaire et le secondaire varient du simple au double selon que les enfants habitent en milieu urbain ou rural, résident dans un département proche ou éloigné du littoral, sont issus de familles riches ou pauvres ou que les mères aient ou n'aient pas d'instruction. Parmi ces groupes d'enfants privés de leurs droits essentiels on retrouve des catégories particulièrement vulnérables telles que les enfants vivants avec un handicap, les enfants obligés de travailler, les enfants séparés de leurs familles et dans certains domaines spécifiques, les filles.

Au delà de ce constat sur l'importance des privations, le rapport 2017 met en exergue les défis que le Bénin doit relever pour rendre plus effectifs les droits des enfants et tendre vers l'équité entre tous les enfants car chaque enfant béninois compte, partout et tout le temps. Le Bénin peut faire mieux s'il utilise de manière plus efficiente les ressources dont il dispose et s'il mobilise également des ressources supplémentaires à l'instar des pays voisins où les indicateurs sociaux sont plus favorables aux enfants.

De manière plus spécifique, les éléments mis en évidence dans le rapport suggèrent de continuer à mettre l'accent sur la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, mais en accordant une priorité à la réduction de la mortalité néonatale qui n'a connu pratiquement aucun progrès ces dernières années. Dans le domaine de l'éducation, les évidences suggèrent de privilégier les stratégies qui permettraient le retour ou l'intégration des enfants d'âge scolarisable mais qui sont actuellement en

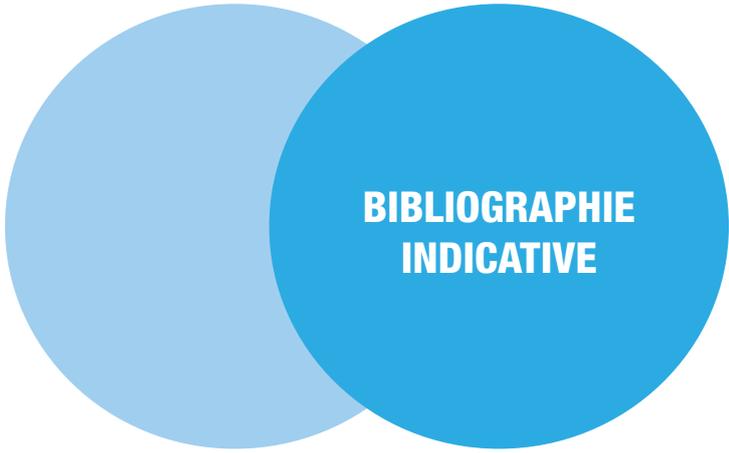
dehors du système éducatif parce qu'ils n'y ont pas trouvé un environnement favorable durant leur passage ou parce qu'ils ont été empêchés de l'intégrer car en situation de handicap ou occupés à des travaux ne correspondant ni à leurs souhaits ni à leurs âges. Enfin, les évidences interpellent sur les phénomènes d'abus faits aux enfants, qui sont très nombreux et dont certains comme l'exploitation ou la traite tardent à bénéficier d'interventions effectives et suffisantes.

Le rapport met en évidence certains des points faibles de la gouvernance des secteurs sociaux. Par exemple, il met en exergue les goulots existants au niveau des mécanismes de suivi, de coordination et d'allocation de ressources. Les dysfonctionnements qu'ils créent bloquent l'harmonisation des dispositifs sociaux sur le territoire national qui permettraient des actions effectives et suffisantes en direction des enfants oubliés durant la mise en œuvre des programmes de développement précédents.

Relever ces défis contribuerait au succès de la mise en œuvre du pilier 1 « Consolidation de la démocratie, l'état de droit et la bonne gouvernance » décliné dans le « Bénin Révélé ».

EQUIPES DE PILOTAGE DE LA SITAN

SUPERVISION GENERALE	
GOUVERNEMENT	UNICEF
<p>Rufino d'ALMEIDA, Directeur de Cabinet du MEPD</p> <p>Magloire AGUESSY, Directeur Général des Politiques de Développement</p> <p>Romarc SOFONNOU Directeur de la Prospective et de la Planification du Développement</p> <p>Tiburce CODJIA Chef Service des Etudes et des Stratégies Sociales</p>	<p>Claudes KAMENGA Représentant de l'UNICEF</p> <p>François KAMPUNDU Représentant Adjoint de l'UNICEF</p> <p>Souraya HASSAN Chef Section Politiques Sociales, Planification, Suivi et Evaluation</p> <p>Adama OUEDRAOGO Chef Section Survie et Développement de l'Enfant</p> <p>Mamadou Sadialiou BAH Chef Section Education</p> <p>Marie Consolée MUKANGENDO Chef Section Protection de l'Enfant</p> <p>Mathieu KOUKPO Spécialiste Politiques Sociales</p>
EQUIPE DE CONSULTANTS	
<p>Mohamed AZZEDINE SALAH, Consultant International</p> <p>Godefroy G. HOUNTOHOTEGBE, Consultant National</p>	
RELECTURE ET AMELIORATION DU DOCUMENT	
<p>Souraya HASSAN, Chef Section Politiques Sociales, Planification, Suivi et Evaluation</p> <p>Juliette MANAUD, Volontaire des Nations Unies</p> <p>Mathieu KOUKPO, Spécialiste Politiques Sociales</p> <p>Hadrien BONNAUD, Chef Section Relations Extérieures et Communication</p> <p>Narcisse KOUTON, Spécialiste en Planification, Suivi et Evaluation</p> <p>Spéro KOUDOUKPO, Chargé du Suivi et Evaluation</p> <p>Elise DOSSOU AKPAKPA, Assistante à la Section Politiques Sociales</p> <p>Ruthus HOUENON, Consultant à la Section Politiques Sociales</p> <p>Hippolyte DJIWAN, Chargé de Communication</p> <p>Reine DAVID GNAHOUI, Assistante à la Section Communication</p> <p>Sylvie FABOUMY, Chargée d'Edition</p> <p>Spécialistes UNICEF des différents programmes du Bureau (Survie, Education, Protection de l'Enfant, Relations Extérieures et Communication)</p>	



BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Enquête modulaire intégrée sur les conditions de vie des ménages, 2^{ème} Edition (EMICoV-Suivi 2015)*, Cotonou, Bénin, octobre 2015.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Enquête par grappes à Indicateurs multiples (MICS) 2014, Rapport final*, Cotonou, Bénin, 2015.
- United Nations children's fund (UNICEF), *Rapport de l'étude sur la pauvreté et les privations de l'enfant au Bénin (MODA)*, Cotonou, Bénin, octobre 2016.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH-4)*, Cotonou, Bénin, 2013.
- Loi N° 97-028 portant organisation de la République du Bénin.
- International food policy reserach institute (IFPRI), *Global nutrition report, Eliminer la malnutrition d'ici 2030*, Washington, USA, 2016.
- Programme des Nations Unies pour le développement, *Rapport sur le Développement Humain 2015*, New York, USA, 2015.
- Ministère du développement, de l'analyse économique et de la prospective et Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-IV) 2011-2012*, Cotonou, Bénin, octobre 2013.
- Barhouni K., Qiang Cui, Dieterich C., End N., Ghilardi M., Raabe A., et Sola S., *Pour un stimulus réussi de l'investissement au Bénin, Une analyse macro-budgétaire*, FMI, Washington, USA, 2016.
- World bank, *Doing Business*, Bénin, World Bank, Washington, USA, 2017.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Evaluation des progrès accomplis par le Bénin dans la réalisation des OMD 2000-2015*, PNUD, Cotonou, Bénin, mai 2016.
- Fonds Monétaire International, *Perspectives économiques régionales, Afrique Subsaharienne : un changement de cap s'impose, études économiques et financières*, FMI, Washington, USA, avril 2016.
- Présidence de la république du Bénin, *Bénin révélé: le nouveau départ, Programme d'action du gouvernement, 2016-2021 synthèse*, Cotonou, Bénin, 2016.
- A. Hodges, D. Mèdédji, J-J. Mongbo, C. O'Brien, *UNICEF: Etude sur l'état des lieux et les perspectives de protection sociale au Bénin*, Oxford Policy Management, Oxford, UK, juillet 2010.
- Ministère de l'Economie et des Finances du Bénin, *Evaluation du Système National d'Intégrité, Résumé du rapport: Plan d'actions des réformes*, Cotonou, Bénin, 2016.
- IBF International consulting, *Bénin Profil Genre 2017*, Délégation de l'Union Européenne au Bénin, Cotonou, Bénin, mai 2017.
- Ministère de la santé du Bénin, *Annuaire des statistiques sanitaires 2014*, Cotonou, Bénin, 2014.
- Ministère de la santé du Bénin, *Annuaire des statistiques sanitaires 2013*, Cotonou, Bénin, 2013.
- Ministère de la santé du Bénin, *Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé, enquête SARA*, Cotonou, Bénin, 2015.
- Ministère de la santé du Bénin, *Disponibilité et capacité opérationnelle des services de santé, enquête SARA*, Cotonou, Bénin, 2013.
- Ministère de la santé du Bénin, *Les ressources humaines en santé maternelle, néonatale et infantile au Benin de 2014 à 2024 - Planification stratégique*, Cotonou, Bénin, janvier 2014.
- United Nations children's fund (UNICEF), *Analyse de la situation des enfants du Bénin, enquête qualitative*, Cotonou, Bénin, 2017.
- Ministère du Développement de l'analyse économique et de la prospective du Bénin, *Etude sur les budgets-programmes et politiques de développement*, Cotonou, Bénin, février 2014.
- Ministère des finances du Bénin, *Revue des Dépenses Publiques et Responsabilité financière de l'Etat*, Cotonou, Bénin, 2014.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS), *Observatoire mondial de la Santé de l'OMS*, Genève, Suisse, 2017.

- Ministère de la Santé du Bénin, *Stratégie nationale multisectorielle de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et jeunes au Bénin 2010-2020*, Cotonou, Bénin, juin 2010.
- Ministère de l'agriculture, de l'élevage et de la pêche du Bénin, *Analyse Globale de la Vulnérabilité et de la Sécurité Alimentaire (AGVSA) : République du Bénin*, Programme alimentaire mondial des Nations Unies (PAM), Rome, Italie, janvier 2014.
- Ministère de la santé du Bénin, *Revue externe 2008 du Programme Elargi de Vaccination*, Cotonou, Bénin, 2009.
- Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN (PASEC), *PASEC2014 – Performances du système éducatif béninois : Compétences et facteurs de réussite au primaire*, novembre 2016, PASEC, CONFEMEN, Dakar, Sénégal, 2016.
- Ministère de l'éducation du Bénin, *Note d'analyse sectorielle du système d'éducation et de la formation : Pour plus de mesures d'équité et de justice sociale le système d'éducation et de formation béninois*, Cotonou, Bénin, 2017.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Etude sur les enfants hors de l'école*, Cotonou, Bénin, 2015.
- Comhaire G. & Mrcic-Garac S., *La participation des parents dans des contextes de systèmes éducatifs en crise : Etudes de cas au Bénin et en République Démocratique du Congo*, Mondes en développement, vol. 139, 2007.
- Sodjinou E., Houeto-Tomety A., Tomety S., *Etude sur les violences contre les enfants en milieu scolaire au Bénin*, Ministère des enseignements Maternel et Primaire (MeMP), UNICEF, Laboratoire d'ingénierie de formation et d'assistance en développement local, Cotonou, Bénin, octobre 2009.
- Ministère en charge des affaires sociales, *Etude sur les enfants impliqués dans la prostitution et la pronographie dans les communes de Cotonou et de Malanville*, Cotonou, Bénin, 2016.
- Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC), *Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Bénin - 2008 (ENTE)*, Bureau international du travail (BIT) et Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE) du Bénin, Cotonou, Bénin, 2009.
- Institut national de la statistique et de l'analyse économique (INSAE), *Note sur le travail des enfants au Bénin*, INSAE, Cotonou, Bénin, 2013.
- Code de l'Enfant, Article 236, alinéa 2.
- Office central de protection des mineurs (OCPM), *Rapport annuel 2014*, Cotonou, Bénin, 2014.
- Office central de protection des mineurs (OCPM), *Rapport annuel 2015*, Cotonou, Bénin, 2015.
- Office central de protection des mineurs (OCPM), *Rapport annuel 2016*, Cotonou, Bénin, 2017.
- Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale, *Répertoire des orphelinats*, Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale, Cotonou, Bénin, 2008.
- Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale, Direction de la Famille, *Étude sur les normes et standards des centres d'accueil et de protection des enfants en situation difficile au Bénin (Orphelinats, Centre de transit, centres spécialisés...etc.)*, Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale, Cotonou, Bénin, mai 2011.
- CIMPRIC A., *Les enfants accusés de sorcellerie, Etude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*, UNICEF Bureau Afrique de l'Ouest et du centre (BRAOC), Dakar, Sénégal, avril 2010.
- Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme (MJLDH), *Tableau de Bord d'Indicateurs/ Justice pour Mineurs*, MJLDH, 2015.
- Ministère de la Justice, de la Législation et des Droits de l'Homme (MJLDH), *Rapport : Consultation pour la mise en place au Bénin de tribunaux adaptés et sensibles aux enfants en conflit avec la loi, victimes et témoins d'abus, de violence et d'exploitation*, MJLDH, 2014.
- Banque Mondiale, *Bénin - Rapport sur la Revue du Système de Gestion des Finances Publiques et de la Responsabilité Financière de l'Etat (PEMFAR)*, Washington, USA, 2014.
- Gouvernement du Bénin, *Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition (PSDAN)*, Cotonou, Bénin, 2009.

Crédits

Graphisme : Pacôme Assédé

Photographies : © UNICEF Bénin

© UNICEF Bénin Mars 2018

