



**République du Bénin**  
Fraternité – Justice – Travail



**PLAN STRATEGIQUE DE DEVELOPPEMENT DE  
L'ALIMENTATION ET DE LA NUTRITION**  
**Partie A**  
**DIAGNOSTIC DE LA SITUATION NUTRITIONNELLE**



**La Banque Mondiale**

**Juillet 2009**

**Core group**

*Personne n'est jamais devenu pauvre en donnant*

*Anne Frank*

Ce document est élaboré avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale par Ambroise Agbota, Lina Mahy (consultants) et Joseph Dossou Hessou (Coordinateur du Core group de nutrition du Bénin).

Pour toute information, veuillez contacter :

Joseph Dossou Hessou

Tél : 95 06 44 22 , 97403184

Courriel : jedhessou@yahoo.fr

## ACRONYMES

AFAFEFA	Alimentation de la Fille Adolescente, de la Femme Enceinte et de la Femme Allaitante
ANCB	Association Nationale des Communes du Bénin
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
APD	Aide Publique au Développement
ART	Traitement combiné à base d'artésinine
ATPE	Aliment Thérapeutique Prêt à l'Emploi
CNAN	Conseil National pour l'Alimentation et la Nutrition
CEDEAO	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CIN	Conférence Internationale sur la Nutrition
CMA	Conseil Mondial de l'Alimentation
CNAN	Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition
CPS	Centres de Promotion Sociale
CSHGP	Child Survival and Health Global Programme (Programme Mondial de la Survie de l'Enfant et la Santé)
CSTS	Child Survival and Technical Support (Survie de l'Enfant et Appui Technique)
CVA	Carence en Vitamine A
DALY	Année de Vie Réajustée pour Invalidité
DANA	Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée
DNPS	Direction Nationale de la Protection Sanitaire
DSF	Direction de la Santé Familiale
ECVR	Enquêtes sur les Conditions de Vie des ménages Ruraux
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FADeC	Fonds d'Appui au Développement des Communes
FAFA	Facilité d'Appui aux Filières Agricoles
FAO	Food and Agricultural Organization
FAP	Femmes en âge de procréer
FFI	Focus, Flexibilité, Innovation
FINSA	Formation Internationale en Nutrition et Sciences Alimentaires
GIEC	Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat
GMP	GrandMother Project

GS	Groupes de Soutien
HKI	Helen Keller International
IA	Insécurité Alimentaire
IEC	Information, Education et Communication
IFPRI	International Food Policy Research Institute
IITA	Institut International d'Agriculture Tropicale
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSAE	Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
IPF	Indicateur de Participation de la Femme
IRA	Infections Respiratoires Aiguës
IziNC	International Zinc Nutrition Consultative Group
LiST	Lives Saved Tool (Outil Vies Sauvées)
LNS	Lipid-dense Nutrient Supplement
MEE	Ministère de l'Energie et de l'Eau
MEO	Mise en oeuvre
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MNI	Mainstreaming Nutrition Initiative (l'Initiative d'Intégration de la Nutrition)
MPE	Malnutrition Protéino-Energétique
MTI	Moustiquaire Traité à l'Insecticide
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONASA	Office National d'Appui à la Sécurité Alimentaire
ONC	Office National des Céréales
OSD	Orientations Stratégiques de Développement
PADAVO	Programme d'Appui au Développement et à l'Aménagement de la Vallée de l'Ouémé
PADER	Projet d'Appui au Développement Rural
PADFA	Programme d'Appui au Développement des Filières Agricoles
PADMOC	Projet d'Appui au Développement Rural du Mono et du Couffo
PADPPA	Programme d'Appui au Développement Participatif de la Pêche Artisanale
PADRO	Projet d'Appui au Développement Rural de l'Ouémé
PADSA	Programme d'Appui au Développement du Secteur Agricole
PADSE	Programme d'Appui au Développement des Systèmes d'Exploitation
PAGER	Projet d'Activités Génératrices de Revenu
PAM	Programme Alimentaire Mondial

PAMR-MONO	Projet d'Appui au Monde rural du Mono
PANAN	Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition
PANAR	Programme National d'Alimentation et de Nutrition Axé sur les Résultats
PCII	Programme de Coordination Intra- et Intersectorielle
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PCMS	Prise en Charge de la Malnutrition Sévère
PCNMI	Programme Communautaire de Nutrition Maternelle et Infantile
PDC	Plan de Développement Communal
PDE III	Projet de Développement de l'Elevage – Phase III
PDFM	Programme de Développement de la Filière Manioc
PDRT	Programme de Développement des Racines et Tubercules
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PILSA	Projet d'Interventions Locales pour la Sécurité Alimentaire
PISEA	Programme d'Insertion des Sans Emplois dans l'Agriculture
PHA	Promotion de l'Hygiène et de l'Assainissement
PNB	Produit National Brut
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNLS	Programme National de Lutte contre le SIDA
PNSA	Programme National de Sécurité Alimentaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPEAU	Projet de Promotion de l'Elevage d'Aulacodes
PPPLM	Partenariat Public-Privé Pour le Lavage des Mains au Savon
PPTTE	Pays Pauvres Très Endettés
PROCGRN	Projet de Conservation et de Gestion des Ressources Naturelles
PROMIC	Projet de Micro finance et de Commercialisation
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
PSAN	Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle
PSSA	Programme Spécial de Sécurité Alimentaire
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
QI	Quotient Intellectuel

RUTF	Ready to Use Therapeutic Feeding
SCA	Score de Consommation Alimentaire
SCRP	Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté
SDANA	Service Dahoméen de Nutrition Appliquée
SEDA	Système de Suivi, Evaluation, Dissémination et Apprentissage
SEDACOM	Responsable au niveau communautaire pour le SEDA
SEDAFO	Point focal pour le SEDA au niveau de la commune
SHAB	Service de l'Hygiène et de l'Assainissement de Base
SIG	Système d'Informations Géographiques
SMA / SMA+5	Sommets Mondiaux de l'Alimentation
SMS	Short message service
SNIGS	Système National d'Information et de Gestion Sanitaire
SNV	Organisation Néerlandaise de Développement
SP	Secrétariat Permanent
SPE	Secrétaire Permanent Exécutif
SWAP	Sector Wide Adjustment Plan
TDCI	Troubles Dus à la Carence en Iode
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
TRO	Thérapie de Réhydratation par voie Orale
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest-Africaine
VIH/SIDA	Virus d'Immuno-déficience Humain/Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
UI	Unité Internationale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

# Table des matières

1 Introduction.....	13
RESUME .....	16
2 La situation nutritionnelle au Bénin.....	17
2.1 La malnutrition.....	17
2.1.1 La malnutrition chronique.....	17
2.1.2 La malnutrition aiguë.....	20
2.1.3 Insuffisance pondérale.....	23
2.1.4 Obésité chez l'enfant.....	24
2.1.5 La malnutrition des femmes en âge de procréer (FAP).....	25
2.2 Les carences en micronutriments.....	27
2.2.1 La carence en vitamine A.....	27
2.2.2 Les troubles dus à la carence en iode.....	27
2.2.3 L'anémie.....	28
2.2.3.1 L'anémie parmi les enfants.....	28
2.2.3.2 L'anémie chez les FAP.....	29
2.2.3.3 L'anémie chez les hommes.....	29
2.2.4 Les autres carences en micronutriments.....	30
2.2.4.1 La carence en zinc.....	30
2.2.4.2 Autres micronutriments.....	30
RESUME .....	33
3 L'analyse causale approfondie de la malnutrition au Bénin.....	38
3.1 Les conséquences de la malnutrition.....	39
3.1.1 La mortalité infanto-juvénile.....	39
3.1.2 La mortalité maternelle.....	40
3.1.3 Le fardeau des maladies (la morbidité).....	41
3.1.4 La réduction de la capacité intellectuelle.....	43
3.1.5 Les pertes économiques.....	43
3.2 Analyse des causes immédiates de la malnutrition.....	45
3.2.1 L'apport alimentaire inadéquat.....	45
3.2.1.1 Fréquence et diversité du régime alimentaire.....	47
3.2.2 Les maladies.....	49
3.2.2.1 Les maladies diarrhéiques.....	50
3.2.2.2 Les infections respiratoires Aiguës (IRA).....	50
3.2.2.3 Le paludisme.....	51
3.2.2.4 Les helminthoses.....	53
3.2.2.5 La rougeole.....	54
3.2.2.6 Le VIH/SIDA.....	54
3.3 Analyse des causes sous-jacentes de la malnutrition.....	55
3.3.1 L'insécurité alimentaire.....	55
3.3.2 Les soins inadéquats.....	59
3.3.2.1 L'allaitement maternel.....	59
3.3.2.2 L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	61
3.3.2.3 La vaccination.....	64

3.3.2.4	L'alimentation de la femme (enceinte et allaitante) .....	64
3.3.2.5	Les soins prénatals .....	65
3.3.2.6	L'accouchement .....	67
3.3.2.7	Les soins post natals .....	68
3.3.2.8	Les comportements d'hygiène et l'accès à l'eau potable .....	69
3.3.2.9	Les pratiques sanitaires .....	73
3.3.2.9.1	Le traitement de la diarrhée.....	73
3.3.2.9.2	Le traitement des IRAs.....	75
3.3.2.9.3	La prévention et le traitement du paludisme .....	75
3.3.2.10	L'accès aux services de santé et la qualité des soins.....	78
3.4	Analyse des causes fondamentales de la malnutrition .....	80
3.4.1	Le statut de la femme.....	80
3.4.2	L'éducation .....	84
3.4.3	La démographie .....	85
3.4.4	La pauvreté .....	89
3.4.5	L'économie .....	95
3.4.6	Le contexte environnemental.....	97
3.4.7	Le contexte politique .....	99
3.4.8	Le Bénin dans le monde .....	103
RESUME	.....	112
4	Récapitulation des actions de nutrition au Bénin.....	113
4.1	Lutte contre la faim et la malnutrition infantile à travers des « jardins familiaux » .....	113
4.2	Introduction du volet santé dans les approches de lutte contre la malnutrition .....	114
4.3	Mise en oeuvre de la Nutrition Communautaire et Introduction de la Nutrition dans les Curricula de Formation de 1984 à 1994.....	114
4.3.1	Mise en œuvre de la Nutrition Communautaire au Bénin .....	114
4.3.2	Introduction de la Nutrition dans les Curricula de Formation.....	117
4.4	Développement de la Lutte contre les Carences en micronutriments et Mise en œuvre de Programme de sécurité alimentaire de 1994 à 2004.....	119
4.4.1	Contexte International et Renforcement du Paysage Institutionnel de la Nutrition au Bénin.....	119
4.4.2	Mise en œuvre du Programme BASICS de l'USAID .....	121
4.4.3	Programme Quinquennal de Nutrition Secteur Santé 2001-2005 .....	122
4.4.4	Développement de la Lutte contre les Carences en Micronutriments .....	122
4.4.4.1	Cas de la lutte contre les TDCI.....	123
4.4.4.2	Cas de la lutte contre la carence en Vitamine A .....	124
4.4.4.3	Cas de la lutte contre la carence en Fer .....	125
4.4.5	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) .....	126
4.4.6	Mise en œuvre des politiques et programmes de sécurité alimentaire .....	127
4.4.6.1	Sécurité Alimentaire : Historique .....	127
4.4.6.2	Grandes Lignes de la Politique de Sécurité Alimentaire au Bénin .....	128
4.4.6.3	Principales Interventions en matière de sécurité Alimentaire.....	128
4.4.6.4	Leçons Apprises des Interventions-clés de Sécurité Alimentaire au Bénin.....	130
4.4.6.5	Vision Pour le Futur .....	130
4.4.7	Le plaidoyer pour le développement de la nutrition.....	131
RESUME	.....	135
5	Acteurs et intervenants du secteur de la Nutrition au Bénin .....	136
RESUME	.....	139

6 Les engagements pour la nutrition à ce jour au Bénin .....	140
6.1 Engagement au niveau du secteur public .....	140
6.2 Engagement au niveau des communautés à la base .....	141
6.3 Engagement au niveau des organisations de la société civile, des ONG .....	142
6.4 Engagement des partenaires techniques et financiers .....	142
6.5 Consensus de Guédévy .....	143

## **LISTE DES FIGURES**

<u>Figure 2.1</u> : Prévalence du retard de croissance selon l'âge.....	18
<u>Figure 2.2</u> : Prévalence du retard de croissance selon l'âge (AGVSAN 2009).....	19
<u>Figure 2.3</u> : Evolution de la prévalence du retard de croissance.....	20
<u>Figure 2.4</u> : Prévalence de l'émaciation selon l'âge.....	21
<u>Figure 2.5</u> : Evolution de la prévalence de l'émaciation au Bénin.....	22
<u>Figure 2.6</u> : Emaciation et retard de croissance par département (EDS, 2006).....	22
<u>Figure 2.7</u> : Emaciation et retard de croissance par département (AGVSAN, 2009).....	23
<u>Figure 2.8</u> : Tendence de la prévalence de l'insuffisance pondérale.....	24
<u>Figure 2.9</u> : Coexistence de dénutrition et surpoids.....	25
<u>Figure 2.10</u> : Prévalence de l'obésité chez les FAP par département.....	26
<u>Figure 2.11</u> : La malnutrition des FAP.....	27
<u>Figure 2.12</u> : Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois.....	29
<u>Figure 2.13</u> : Prévalence de l'anémie chez les adultes.....	30
<u>Figure 3.1</u> : Le cadre conceptuel de la malnutrition.....	38
<u>Figure 3.2</u> : Tendence de la mortalité des enfants.....	40
<u>Figure 3.3</u> : Les causes de la mortalité maternelle.....	41
<u>Figure 3.4</u> : Consommation journalière de calories par habitant au Bénin.....	45
<u>Figure 3.5</u> : Consommation journalière de protéines et lipides par habitant au Bénin.....	46
<u>Figure 3.6</u> : Source de la consommation énergétique.....	46
<u>Figure 3.7</u> : Pourcentage des femmes ayant consommées des aliments riches en micronutriments...47	
<u>Figure 3.8</u> : Le cycle de la malnutrition.....	49
<u>Figure 3.9</u> : La prévalence de la diarrhée chez les enfants <5ans.....	50
<u>Figure 3.10</u> : La prévalence des IRA chez les enfants <5ans.....	51
<u>Figure 3.11</u> : Les zones climatiques favorables au paludisme en Afrique de l'Ouest.....	52
<u>Figure 3.12</u> : Le pourcentage des enfants <5 ans ayant la fièvre.....	53
<u>Figure 3.13</u> : La prévalence du VIH chez les adultes.....	55
<u>Figure 3.14</u> : Evolution du taux d'AME au Bénin.....	60
<u>Figure 3.15</u> : Pratiques adéquates d'alimentation et prévalence de la malnutrition par département..62	
<u>Figure 3.16</u> : Le pourcentage des enfants <5ans ayant consommé des aliments riches en micronutriments.....	63
<u>Figure 3.17</u> : La consommation des aliments riches en fer et vitamine A par les femmes et enfants..65	
<u>Figure 3.18</u> : Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals.....	66
<u>Figure 3.19</u> : Le pourcentage des accouchements assistés.....	68
<u>Figure 3.20</u> : La proportion de la population classée par pratique sanitaire.....	69
<u>Figure 3.21</u> : Les pratiques d'hygiène et prévalence de la malnutrition selon le niveau socio-économique.....	70
<u>Figure 3.22</u> : La principale source d'eau et le pourcentage de ménages sans toilettes selon le milieu de résidence.....	71

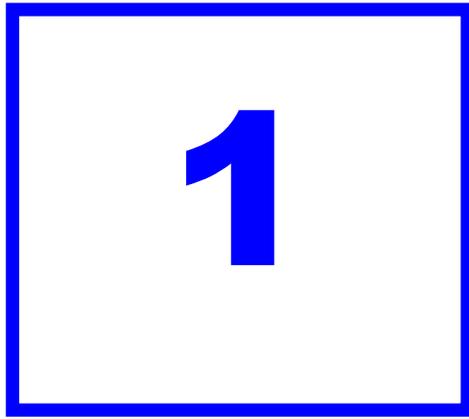
<u>Figure 3.23</u> : Le traitement de la diarrhée selon le milieu de résidence.....	73
<u>Figure 3.24</u> : Les enfants malades ayant eu un traitement dans une structure sanitaire.....	75
<u>Figure 3.25</u> : La recherche de traitement, prise des antipaludéens et utilisation des MII pour les enfants <5ans.....	75
<u>Figure 3.26</u> : La distance par rapport aux formations sanitaires et SMI.....	77
<u>Figure 3.27</u> : Les domaines traditionnelles des hommes et femmes dans l'agriculture et la nutrition	80
<u>Figure 3.28</u> : l'éducation et la nutrition sont étroitement liés.....	83
<u>Figure 3.29</u> : Peuplement de la l'Afrique de l'Ouest.....	85
<u>Figure 3.30</u> : La pyramide des âges.....	86
<u>Figure 3.31</u> : Le degré de ruralité en Afrique de l'Ouest.....	87
<u>Figure 3.32</u> : Le cercle vicieux de la pauvreté.....	88
<u>Figure 3.33</u> : La distribution géographique de la pauvreté.....	90
<u>Figure 3.34</u> : La malnutrition et la pauvreté.....	91
<u>Figure 3.35</u> : La malnutrition chronique et la pauvreté.....	92
<u>Figure 3.36</u> : La malnutrition aiguë et la pauvreté.....	92
<u>Figure 3.37</u> : La consommation énergétique et des micronutriments et la pauvreté.....	93
<u>Figure 3.38</u> : La corruption et la pauvreté.....	94
<u>Figure 3.39</u> : Scénarios des effets du changement climatique en Afrique de l'Ouest.....	95
<u>Figure 3.40</u> : Prévision du changement de la température en Afrique.....	97
<u>Figure 3.41</u> :Prévision du changement de la précipitation en Afrique.....	98
<u>Figure 3.42</u> : Les problèmes majeurs au Bénin selon les ménages.....	100
<u>Figure 3.43</u> : L'opinion sur les services publics.....	101
<u>Figure 3.44</u> : Les institutions corrompues selon les ménages.....	102
<u>Figure 3.45</u> : L'augmentation des prix des denrées alimentaires.....	103
<u>Figure 3.46</u> : L'aide publique au développement.....	105
<u>Figure 3.47</u> : Le flux du commerce du pétrole.....	106
<u>Figure 3.48</u> :Importations nettes d'énergie du Bénin.....	107
<u>Figure 3.49</u> : Versements au service de la dette.....	108

## **LISTE DES TABLEAUX**

<u>Tableau 3.1</u> : Années de vies réajustée pour invalidité (DALY) globales chez les enfants de moins de 5 ans attribuées aux facteurs de risque nutritionnels en 2004 .....	41
<u>Tableau 3.2</u> : Prévalences des facteurs de risque physiologiques des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008.....	42
<u>Tableau 3.3</u> : Perte de points QI des enfants à cause de différentes formes de malnutrition.....	43
<u>Tableau 3.4</u> : Distribution des classes de consommation alimentaire au niveau national.....	48
<u>Tableau 3.5</u> : Distribution des classes d'insécurité alimentaire par département et des estimations de populations correspondantes.....	58
<u>Tableau 3.6</u> : Risques relatifs des pratiques d'allaitement suboptimales (comparé avec l'allaitement exclusif) de 0 à 5 mois.....	59
<u>Tableau 3.7</u> : Utilisation du biberon pour les enfants de 4 à 5 mois au Bénin (données EDS 1996, 2001 et 2006).....	60
<u>Tableau 3.8</u> : Distribution des classes de consommation alimentaire au niveau national.....	63
<u>Tableau 3.9</u> : Représentation des femmes dans la vie politique au Bénin.....	82
<u>Tableau 3.10</u> : Indicateurs liés à l'éducation au Bénin.....	83



**POURQUOI INVESTIR DANS LA  
NUTRITION?**



# 1 Introduction

Ce document a la prétention de satisfaire au second défi majeur après le premier relatif à l'institutionnalisation de la politique d'alimentation et de nutrition (défis que les parties prenantes à l'atelier de consensus d'Abomey se sont fixées en novembre 2007). *Il se veut être, en effet, un outil d'opérationnalisation de la volonté du Bénin de repositionner la nutrition au cœur du développement* à travers un plan stratégique et un programme multisectorialisé de lutte contre le double fardeau de la malnutrition au Bénin.

Il est élaboré selon une démarche participative avec le soutien technique et financier de la Banque Mondiale<sup>1</sup>. C'est, en effet, le fruit d'une multitude de réflexions, recherches et analyse documentaire, entretiens avec une centaine de représentants de différents secteurs (Gouvernement, société civile, secteur privé, bailleurs bi- et multilatéraux), groupes cibles (hommes, femmes, adolescents, personnes âgées), volontaires et salariés, techniciens, chercheurs, hommes politiques....

Le document est structuré en trois grandes parties. La première grande partie A essaie de faire l'état des lieux et tente de répondre à deux principales questions à savoir : « *Pourquoi investir dans la nutrition ?* » et « *Qui a investi dans la nutrition au Bénin ?* ». La partie B aborde la réponse à la question « *Comment investir ?* », propose la manière d'investir pour plus d'efficacité et d'impact (actuellement) dans la nutrition au Bénin, face aux nombreux défis du secteur. La partie C propose enfin l'opérationnalisation du plan stratégique par un programme de nutrition à base communautaire axé sur les résultats.

*La situation nutritionnelle actuelle du Bénin et les causes profondes de celle-ci, justifient, s'il en était encore besoin, la nécessité d'investir dans la nutrition.* Les deux premiers chapitres du document à la partie A présentent, autant que faire se peut, la situation nutritionnelle au Bénin et l'analyse approfondie des causes de la malnutrition. Le lecteur comprendra que différentes formes de malnutrition sévissent au Bénin et qu'effectivement leurs causes sont multisectorielles et parfois très profondes.

« Qui a investi dans la nutrition par le passé au Bénin » est abordé à travers un aperçu des activités de nutrition menées dans le passé par les structures de nutrition existantes, de même que les engagements pour la nutrition. Ces informations se trouvent dans les trois chapitres suivants qui terminent la partie A.

La seconde partie B commence par un résumé des défis majeurs à relever au Bénin pour faire avancer la nutrition. C'est le septième chapitre du document. Le huitième chapitre donne une description du Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition (PSDAN): ses axes stratégiques et composantes, résultats attendus, sa gestion, ses hypothèses et risques.

La partie C propose un programme de nutrition à base communautaire (Programme national d'Alimentation et de Nutrition Axé sur les Résultats PANAR), qui est élaboré selon les axes stratégiques du PSDAN. Ceci constitue la concrétisation du PSDAN «Short route» sur le terrain. Elle décrit les stratégies, les principes, les sous-programmes, les objectifs, les activités, les acteurs

---

1 Mention spéciale de l'UNICEF qui a activement participé au développement du document et a fourni de l'appui technique.

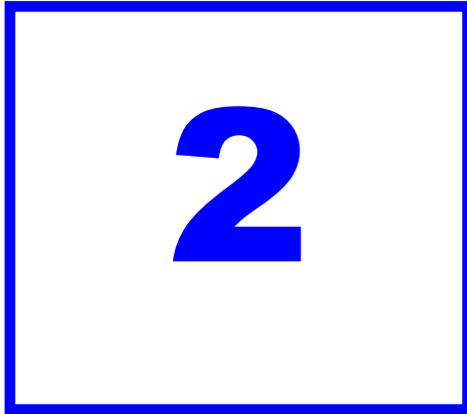
et le coût.

*Le lecteur remarquera que nulle part on parle de « projet ». Ceci est délibérément évité afin de ne pas créer des attentes « traditionnelles » de début et fin de projet, fourniture de biens et ressources financières. Le PSDAN est une initiative Béninoise, par et pour les Béninois et Béninoises, mais avec un nouveau style de participation et responsabilisation des acteurs, de transparence dans la gestion avec les maîtres d'oeuvre qui sont les Communes. Les bailleurs sont invités à appuyer le plan et son programme qui pourraient être financés à travers l'appui budgétaire.*

Il faut ouvrir l'esprit, laisser la rigidité derrière soi et parcourir tout le document. En lisant, le lecteur peut être parfois révolté à cause des inégalités existantes au Bénin, à cause des victimes innocentes qui meurent des causes évitables mais en même temps il sera motivé et encouragé à agir. Les acteurs ne doivent pas participer pour y gagner de l'argent, au contraire il sera nécessaire de donner à tout moment de son mieux, pour le mieux.

Pour le lecteur pressé dans le souci de faciliter la lecture de ce document volumineux, un résumé de chaque chapitre se trouve au début des chapitres en encadré. Il y a aussi des petits encadrés pour mettre en exergue des points saillants.

*En fait, nous sommes tous pressés, nous devons aller à l'action...*



## RESUME

2

**La malnutrition sévit au Bénin depuis des années et sous différentes formes. D'amples informations existent de ce point de vue sur les groupes vulnérables qui sont les femmes en âge de procréer et les enfants d'âge préscolaire. Des données anthropométriques représentatives au niveau national sur les enfants d'âge scolaire et les adolescent(e)s ne sont pas disponibles. A part les informations sur les carences en fer, vitamine A et iode, peu d'information existe sur les carences en zinc, acide folique, calcium et autres micronutriments.**

**Les données, surtout des Enquêtes Démographiques et de Santé (de 1996 à 2006) montrent que les prévalences d'insuffisance pondérale et de malnutrition aiguë ont diminué de 1996 à ce jour. Le premier, étant l'indicateur pour mesurer le progrès de l'Objectif du Millénaire pour le Développement numéro 1, cette tendance de réduction n'est pas suffisante pour atteindre l'objectif en 2015 (de 29 à 23% en 15 ans). Par contre, la prévalence du retard de croissance a connu une augmentation (de 25 à 38%): plus de 2 enfants d'âge préscolaire sur 5 souffrent de malnutrition chronique. Cet indicateur, qui est un indicateur fort de faim et de la pauvreté augmente rapidement pendant les premiers 24 mois de vie de l'enfant. Il existe de grandes disparités au niveau départemental en ce qui concerne les taux de malnutrition au Bénin. Les enfants des familles plus pauvres, rurales et dont les mères n'ont pas/peu d'instruction souffrent davantage de la malnutrition.**

**Un phénomène qui mérite une attention particulière est le double fardeau de la malnutrition: chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes les deux formes de malnutrition (la dénutrition et la surcharge pondérale) existent (parfois dans la même famille). La prévalence de l'obésité augmente et n'est pas exclusivement une caractéristique des familles aisées. A Cotonou, la prévalence du surpoids et de l'obésité est inquiétante: 37% des femmes ont un IMC supérieur ou égal à 25.**

**La carence en vitamine A est un problème de santé publique et est une cause sous-jacente importante de la mortalité infanto-juvénile. Selon le PROFILES, 68% des enfants de 6 à 59 mois en souffrent. La carence en iode semble être maîtrisée, mais demande une vigilance pour éviter une recrudescence. La prévalence de l'anémie (par carence en fer et autres causes) est élevée au Bénin: environ 8 enfants sur 10 en souffrent (surtout les enfants de 0 à 24 mois) ainsi que trois-quarts des femmes enceintes et un tiers des hommes. L'étiologie de l'anémie semble être différente chez les différents groupes cibles.**

**Le Bénin est classé parmi les pays à risque moyen de carence en zinc. Se basant sur l'existence des effets indirects, d'autres carences en micronutriments pourraient avoir de l'importance, comme la carence en calcium et en acide folique parmi tant d'autres, mais des données font défaut pour une meilleure appréciation.**

## 2 La situation nutritionnelle au Bénin

Il existe d'amples informations d'ordre nutritionnel sur les femmes en âge de procréer (FAP) et enfants de moins de 5 ans du Bénin. La première Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Bénin s'est tenue en 1996 et est répétée tous les 5 ans sans discontinuer depuis la première édition. Des enquêtes nationales sur la pauvreté, la sécurité alimentaire et la vulnérabilité nutritionnelle ont été mises en œuvre de façon ponctuelle. *Il est alors d'autant plus tragique que malgré la disponibilité des données sur l'état nutritionnel de sa population, les autorités du Bénin n'ont pas considéré la malnutrition comme une priorité nationale jusqu'à ce jour.*

### 2.1 La malnutrition

#### 2.1.1 La malnutrition chronique

*Selon l'EDS 2006<sup>2</sup>, au Bénin, plus de deux enfants de moins de 5 ans sur cinq (43%)<sup>3</sup> accusent un retard de croissance (21% sous la forme modérée, 22% sous la forme sévère).*

Il existe des variations importantes selon l'âge de l'enfant (voir figure 2.1): pendant les premiers 24 mois de la vie de l'enfant, la proportion d'enfants atteints du retard de croissance augmente rapidement pour se stabiliser autour de 45% à partir de 24 mois. La Figure 2.2 montre les résultats de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN, 2009): les résultats de cette enquête montrent qu'il y a une augmentation significative de la prévalence du retard de croissance entre le groupe d'âge de 12-17 mois et 18-23 mois. Si toutes choses étaient égales par ailleurs, cette augmentation apparaît alors plus tard que pour les enfants de l'EDS 2006, où cette augmentation est entre les groupes d'âge de 9-11 mois et 12-17 mois.

Figure 2.1: Prévalence du retard de croissance selon l'âge (EDS 2006)

---

2 EDS 2006. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)[Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et Macro International Inc.

3 Résultats de l'état nutritionnel de l'EDS 2006 déterminés selon les nouvelles normes de croissance mondiales (WHO Multicenter Growth Reference Study Group, 2006)

Prévalence du retard de croissance selon l'âge  
enfants < 5 ans, EDS 2006

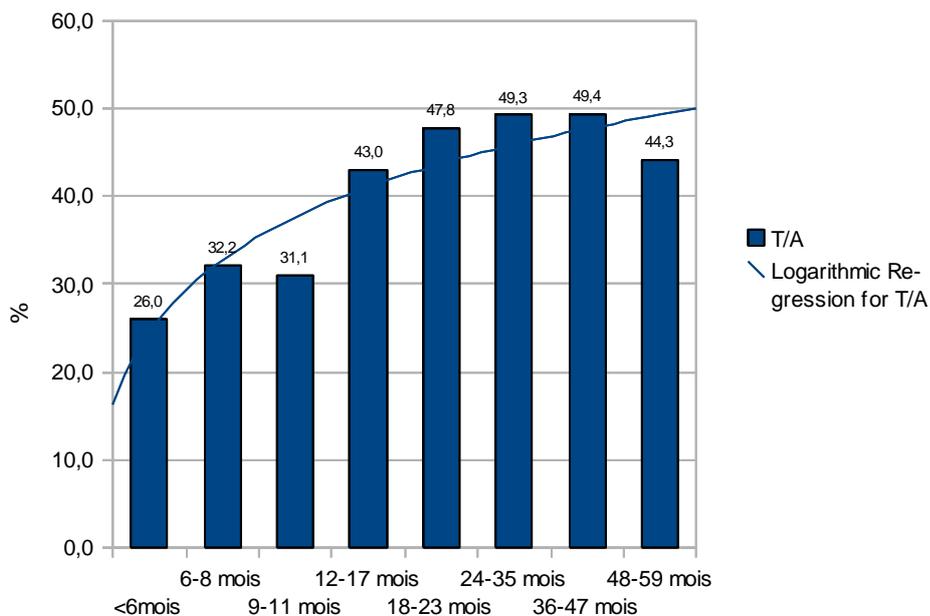
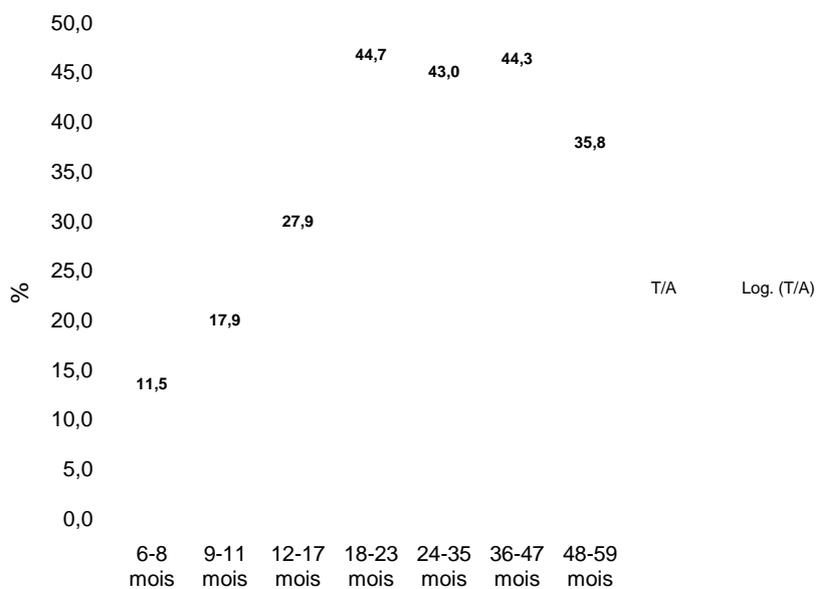


Figure 2.2: Prévalence du retard de croissance selon l'âge (AGVSAN 2009)

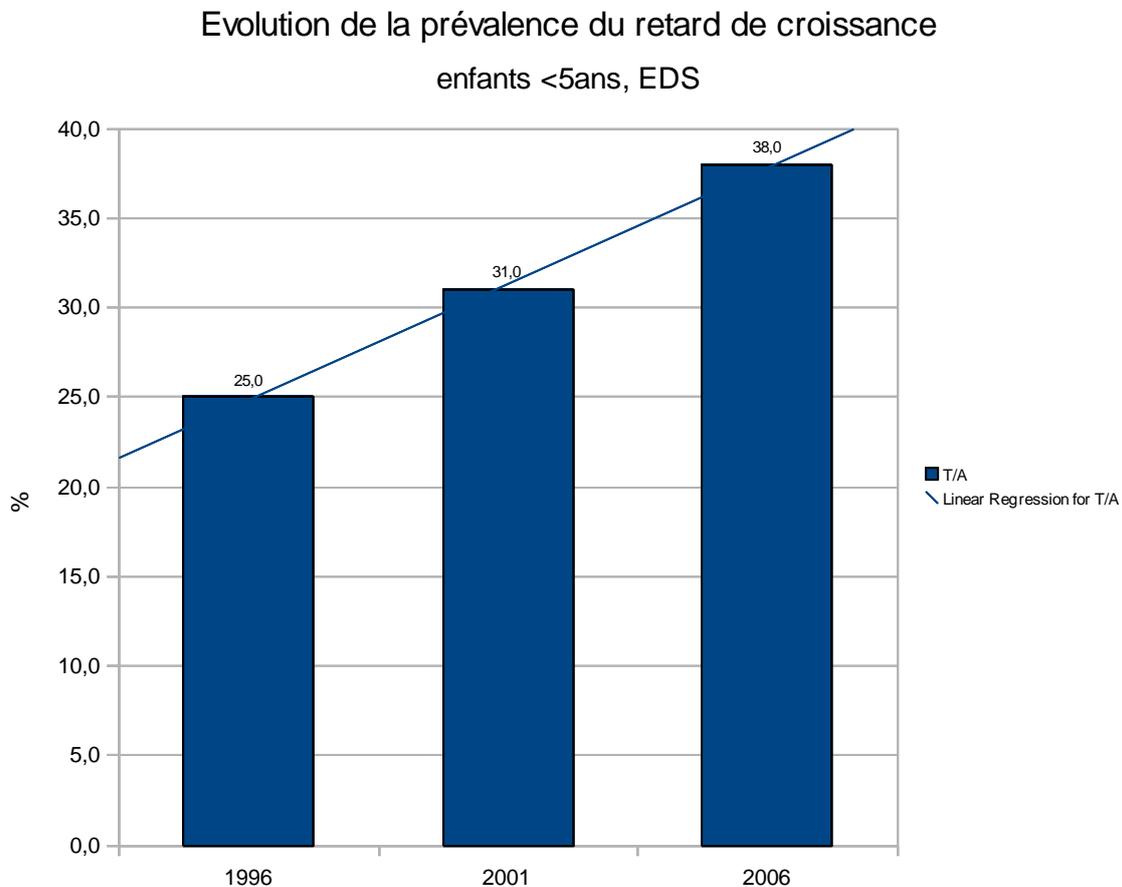
Prévalence du retard de croissance selon  
l'âge



*La population rurale est plus atteinte de la malnutrition chronique que la population urbaine (46,9 vs 36,1% selon l'EDS 2006 et 40,4 vs 29,9% selon AGVSAN 2009); les enfants des ménages les plus pauvres sont plus atteints ainsi que les enfants dont la mère est malnutrie elle-même ou dont le niveau d'instruction est bas. La Figure 2.6 montre qu'il existe de grandes disparités départementales (Alibori: 63,1% et Littoral: 26,2%).*

La Figure 2.3 montre l'évolution de la prévalence de la malnutrition chronique depuis 1996<sup>4</sup>: une augmentation préoccupante du retard de croissance est constatée.

**Figure 2.3:** Evolution de la prévalence du retard de croissance



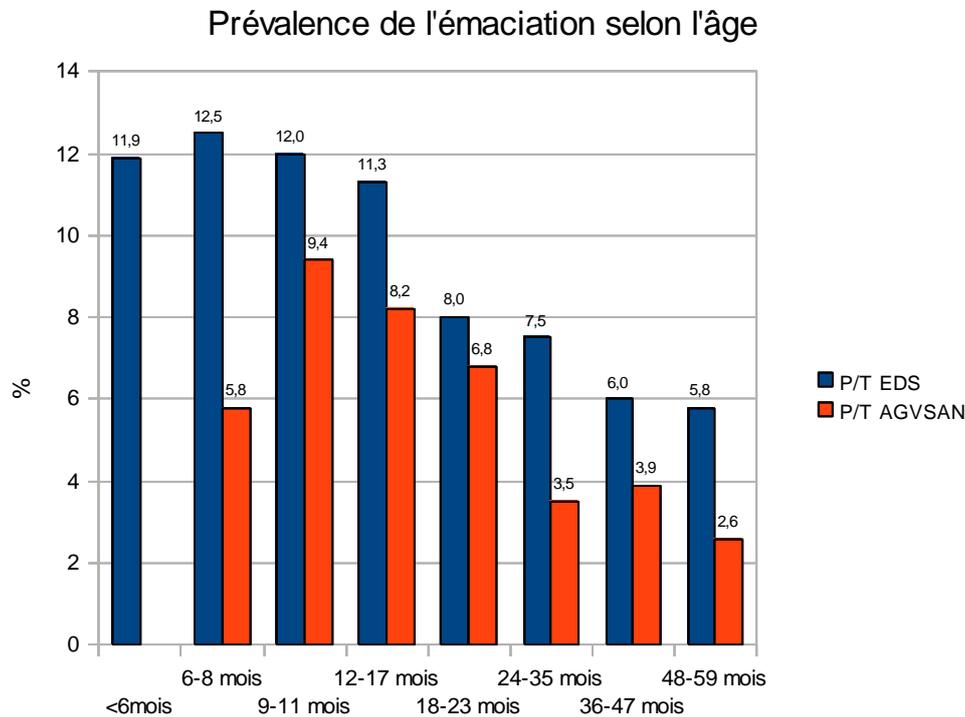
### 2.1.2 La malnutrition aiguë

Au Bénin, selon l'EDS 2006, 8,4% des enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition aiguë (4,7% des enfants de 6 à 59 mois selon AGVSAN 2009). Contrairement à la prévalence du retard de croissance, la prévalence de la malnutrition aiguë est la plus élevée parmi les enfants de 0 à 24 mois et diminue après avec l'âge (figure 2.4). La Figure 2.4 montre également les résultats de

<sup>4</sup> Afin de pouvoir comparer les données anthropométriques de 2006 avec celles des enquêtes précédentes, l'état nutritionnel a aussi été calculé selon les références internationales du NCHS/CDC/OMS.

l'AGVSAN 2009<sup>5</sup>, les mêmes tendances sont notées, même si les taux de prévalence sont plus bas<sup>6</sup>.

Figure 2.4: Prévalence de l'émaciation selon l'âge



La malnutrition aiguë est importante aussi bien en milieu rural (8,8%) qu'en milieu urbain (7,6%)<sup>7</sup>. Il existe une relation entre le niveau d'instruction de la mère ainsi que le niveau socio-économique et l'émaciation de l'enfant. Comme pour la malnutrition chronique, il existe de grandes différences en ce qui concerne les taux de malnutrition aiguë entre les départements (Atacora: 16%, Zou: 3,5% à la figure 2.6). Ces différences sont moins prononcées pour les données de l'AGVSAN à la figure 2.7.

Figure 2.5 montre l'évolution de la prévalence de la malnutrition aiguë depuis 1996<sup>8</sup>: il faut interpréter ces données avec prudence, puisque l'émaciation est un phénomène ponctuel et est sensible aux fluctuations saisonnières: la prévalence semble stagner autour de 8% les dernières 5 années. En utilisant les nouveaux standards de l'OMS, on constate un taux d'émaciation de 4,7%

5 Les résultats des enquêtes EDS et AGVSAN ne peuvent pas être comparés (groupe cible différent et méthodologie différente).

6 Il est à noter que les enfants de <6 mois ne sont pas inclus dans l'échantillon et que la taille d'échantillon est plus petit (environ 5 fois).

7 Données AGVSAN 2009: même tendance: milieu rural 4,8% et milieu urbain 4,5%

8 Afin de pouvoir comparer les données anthropométriques de 2006 avec celles des enquêtes précédentes, l'état nutritionnel a aussi été calculé selon les références internationales du NCHS/CDC/OMS.

selon l'AGVSAN 2009 .

Figure 2.5: Evolution de la prévalence de l'émaciation au Bénin

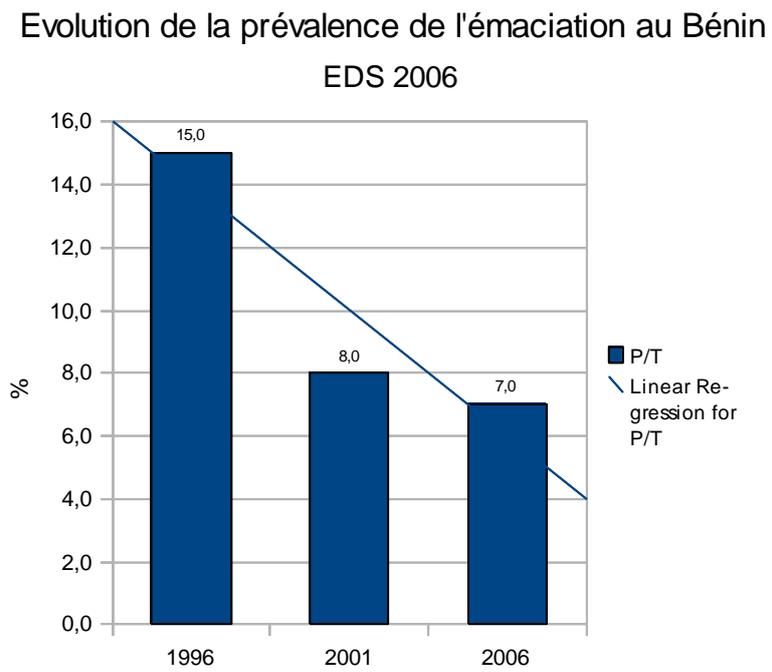


Figure 2.6: Emaciation et retard de croissance par département

Emaciation et retard de croissance par département  
 enfants < 5ans, EDS 2006

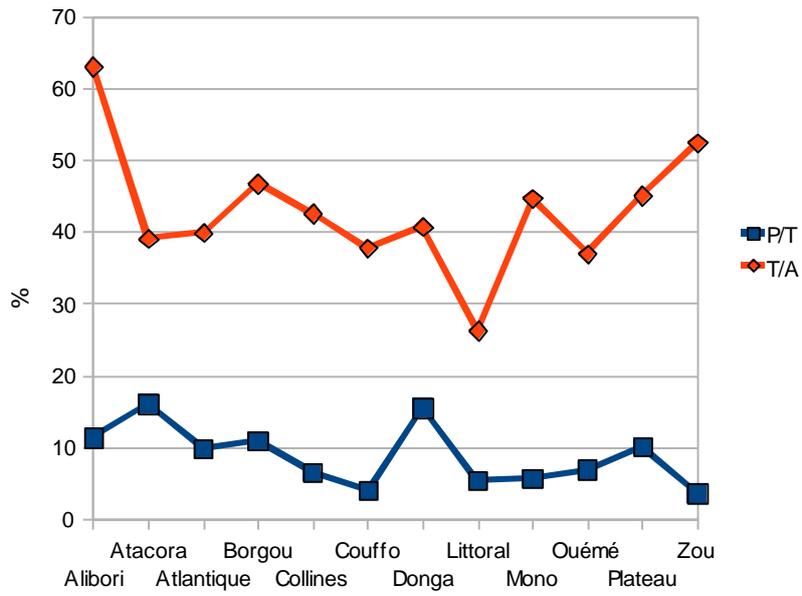
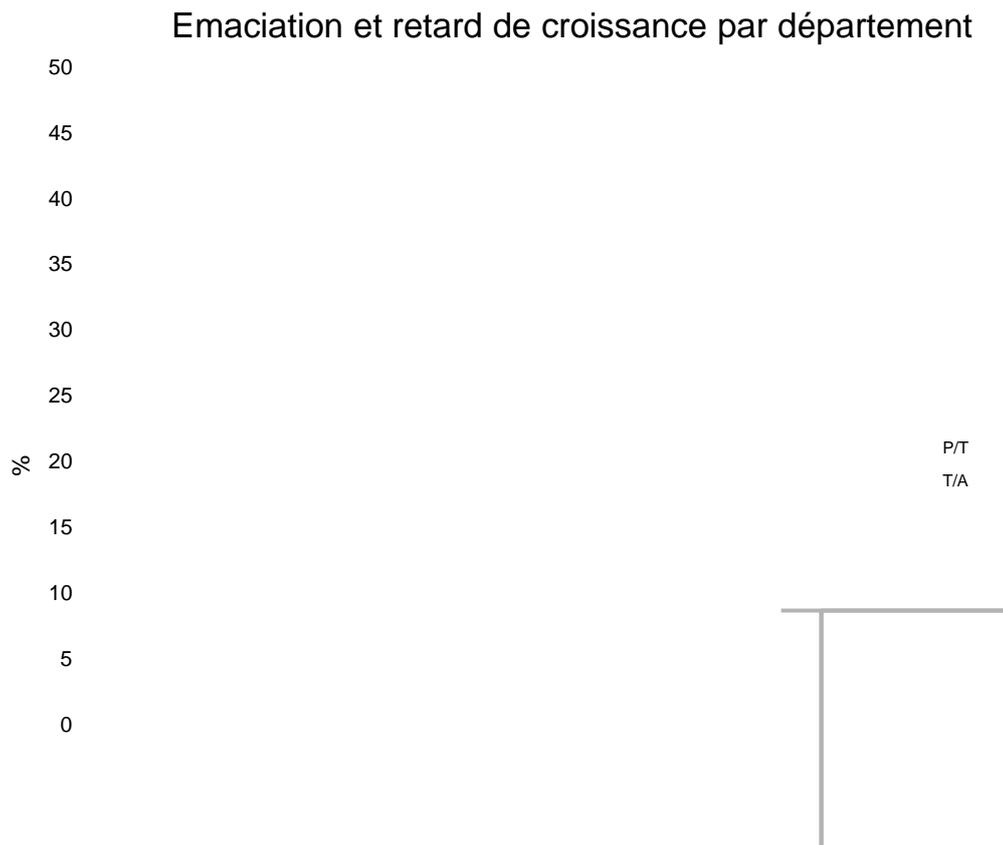


Figure 2.7: Emaciation et retard de croissance par département (AGVSAN, 2009)



### 2.1.3 Insuffisance pondérale

*D'amples évidences existent qui démontrent que la prévalence du retard de croissance des enfants de moins de 5 ans est un indicateur pertinent de la faim et d'un de ses déterminants, la pauvreté*<sup>9</sup>. Malgré cela, l'objectif du millénaire pour le développement (OMD) de réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim, établit la proportion des enfants de moins de 5 ans qui ont une insuffisance pondérale comme son indicateur.

Au Bénin, cet indicateur a une valeur de 18,4% (22,6% selon les références NCHS/CDC/OMS). Comme pour le retard de croissance, la prévalence de l'insuffisance pondérale augmente avec l'âge et est plus élevée chez les populations rurales<sup>10</sup>. L'insuffisance pondérale chez l'enfant est aussi liée à l'état nutritionnel de la mère, son niveau d'instruction et la situation socio-économique de la famille.

La Figure 2.8 montre la tendance de la prévalence de l'insuffisance pondérale selon laquelle l'objectif de la réduire de moitié sera atteint vers 2019. Ceci est basé sur deux (2) suppositions:

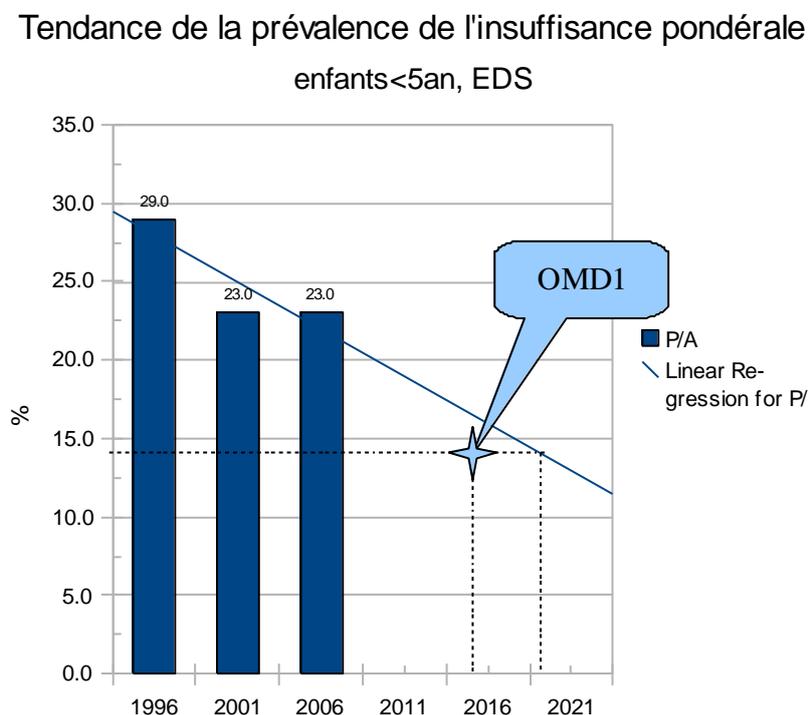
9 SCN, 2008 Establishing stunting as an additional indicator of endemic poverty to monitor progress made towards the achievement of MDG1. Draft statement from the SCN Task Force on Assessment, Monitoring & Evaluation.

10 Selon AGVSAN 2009: prévalence de 17,3% pour les enfants de 6 à 59 mois. La prévalence est plus élevée pour les populations rurales (18,8%) que pour les populations urbaines (14,2%).

- que la tendance est linéaire
- que la tendance continue au même rythme.

Mulder-Sibanda (2004)<sup>11</sup> a déjà argumenté que la probabilité que cette tendance continue est faible.

Figure 2.8: Tendance de la prévalence de l'insuffisance pondérale



### 2.1.4 Obésité chez l'enfant

La tendance à l'augmentation de l'obésité chez les enfants de moins de 5 ans est alarmante: l'augmentation est très rapide en Afrique (augmentation de 58% en 10 ans) en comparaison avec tous les pays en voie de développement (augmentation de 17%). Peu de données existent pour expliquer cette augmentation rapide en Afrique, mais la corrélation entre le surpoids maternel et l'infanto-juvénile pourrait être une réponse<sup>12</sup>.

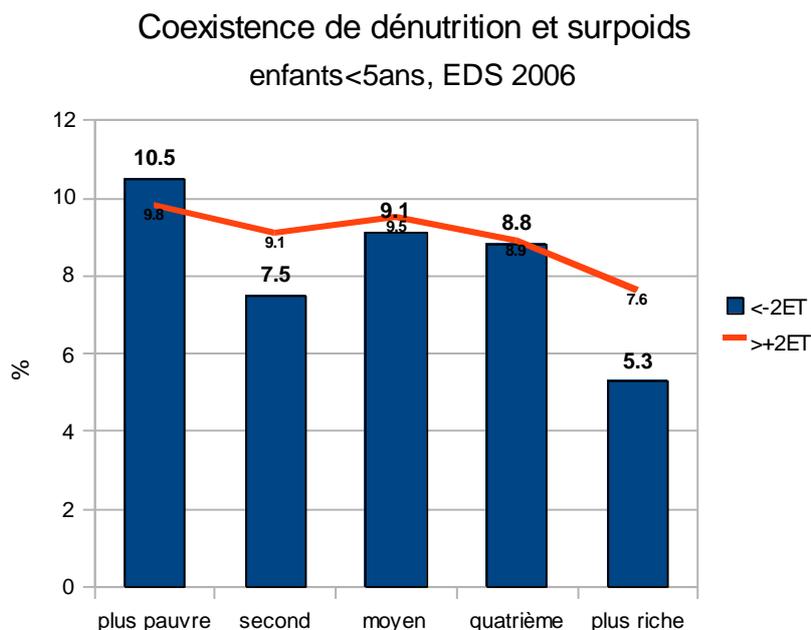
Au Bénin, les données de l'EDS 2006 montrent que 9% des enfants de moins de 5 ans ont le poids-pour-taille au-dessus de plus 2 écarts-type de la norme OMS; ces enfants présentent une surcharge pondérale. Il est constaté que des taux élevés de dénutrition co-existent avec les taux élevés de surpoids dans des pays à faible produit intérieur brut (PIB) per capita d'où le phénomène de «transition nutritionnelle». La Figure 2.9 montre clairement ce paradoxe: la prévalence de la malnutrition aiguë (10,5%) et le surpoids (9,8%) sont les plus élevés chez les ménages les plus pauvres (ce même phénomène se présente chez les enfants ruraux vis-à-vis des enfants du milieu

11 Mulder-Sibanda, M. (2004) Halving Benin's malnutrition by 2015: What are the chances?

12 The World Bank, 2006. Repositioning nutrition as central to development. A strategy for large-scale action

urbain: le surpoids - 9,7% vs 7,8% - et la malnutrition aiguë - 8,8% vs 7,6% - y sont plus élevés).

Figure 2.9: Coexistence de dénutrition et surpoids



## 2.1.5 La malnutrition des femmes en âge de procréer (FAP)

Comme chez les enfants du Bénin, le double fardeau de la malnutrition existe aussi chez les FAP: 9,2% des FAP ont un Indice de Masse Corporelle (IMC)<sup>13</sup> inférieur à 18,5 et 19% supérieur ou égal à 25. La Figure 2.10 montre la prévalence de l'obésité (IMC  $\geq$  30) par département selon l'EDS 2006 et AGVSAN 2009<sup>14</sup>. Au niveau national, 7% des FAP sont obèses en 2009.

La Figure 2.11 démontre que ce phénomène atteint aussi bien les FAP en milieu rural qu'en milieu urbain. Il est inquiétant que plus d'un tiers (37%) des FAP de la ville de Cotonou aient un surpoids (33,9% en 2001); 15% y sont obèses (IMC supérieur ou égal à 30). Une enquête de dépistage de des facteurs de risque des maladies non transmissibles réalisée au Bénin en 2008<sup>15</sup> a donné les résultats suivants: prévalence de l'obésité chez les hommes et les femmes: 4,3% et 14% respectivement.

Un IMC bas est associé avec un retard de croissance intra utérine. Il y aurait aussi un effet positif synergique de petite taille (<145 cm) et IMC élevé (« stunted obesity ») et risque de complications lors de la grossesse<sup>16</sup>.

Selon l'UNICEF<sup>17</sup>, environ 60% des nouveau-nés dans les pays en voie de développement ne sont

13 IMC: indice de Quételet: est calculé en divisant le poids (en kilos) par le carré de la taille en mètres (kg/m<sup>2</sup>)

14 Les résultats ne peuvent pas être comparés.

15 Ministère de la Santé, 2008 Politique Nationale de lutte contre les maladies non transmissibles

16 Black *et al* (2008) [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) vol 371 Maternal and Child Nutrition 1 Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences.

17 UNICEF, 2007 Progress for Children. A world fit for children. Statistical review. Number 6, December 2007

pas pesés. Au Bénin, selon l'EDS 2006, chez 41% des enfants le poids de naissance est inconnu. Les nouveau-nés qui sont nés à terme (qui ont 37 semaines) mais avec un faible poids à la naissance (<2500 g) ont probablement eu un retard de croissance intra-utérin. Dans les pays en développement, le faible poids à la naissance est souvent le résultat de l'état nutritionnel inadéquat de la mère avant et pendant la grossesse. Au Bénin en 2001, dans 14,3% des naissances, le nouveau-né avait un poids de moins de 2,5 kg; en 2006 ce chiffre était 12,5%. Il faut tenir compte du fait que ces chiffres ne sont probablement pas représentatifs pour la population en général (et sont alors une sous estimation) puisque les bébés pesés dans les structures sanitaires sont plutôt des couches socio-économiques plus élevées.

Figure 2.10: Prévalence de l'obésité chez les FAP par département

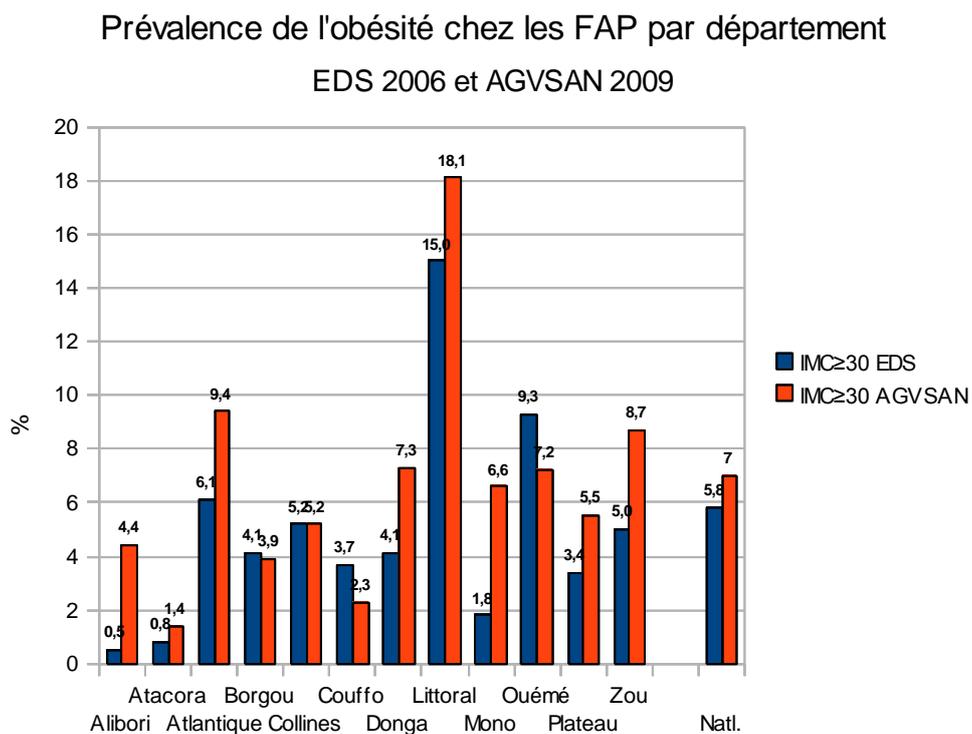
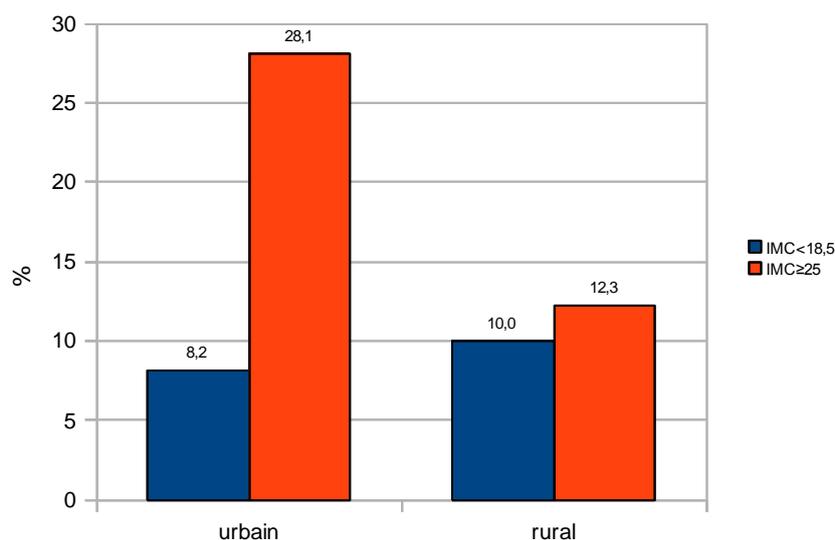


Figure 2.11: La malnutrition des FAP

## La malnutrition des FAP

EDS, 2006



## 2.2 Les carences en micronutriments

### 2.2.1 La carence en vitamine A

Une enquête nationale (1999) a démontré que 70,2% des enfants de 12 à 59 mois souffrent de la carence en vitamine A (CVA). Selon Aguayo<sup>18</sup>, la contribution estimée de la CVA à la mortalité infanto-juvénile est 10,2%. *Selon PROFILES<sup>19</sup>, 68% des enfants de 6 à 59 mois souffrent de la CVA; la CVA étant la cause sous-jacente de 34% de la mortalité infanto-juvénile.* Hessou et al<sup>20</sup> dans l'enquête nationale de 1999 faite par le Ministère de la Santé et la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) mentionnent qu'un risque de prévalence élevée d'avitaminose A existe au Bénin (82,8% au Nord et 63,6% au Sud du pays). Au niveau national, 2,3% des femmes ont souffert de cécité crépusculaire au cours de la naissance du dernier enfant (le seuil étant >5% pour déclarer la CVA un problème de santé publique). Dans le département de l'Alibori la prévalence est de 5,4%. Depuis l'année 2000, la CVA est reconnue comme un problème de santé publique au Bénin<sup>21</sup>. La stratégie de supplémentation en capsules de vitamine A pour les nouvelles accouchées et les enfants de 6 à 59 mois a été mise en œuvre depuis lors (voir chapitre 3.3.2.2).

18 Aguayo V, 2002 Vitamin A deficiency and child mortality in Sub-Saharan Africa. A reappraisal of challenges and opportunities. Annual ECOWAS Nutrition Forum, Banjul 2002

19 PROFILES, 2004 Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin

20 Hessou J, Agbota A, Tevoudjre E (2008) Mettre la politique nutritionnelle au coeur du développement: comprendre les facteurs institutionnels et politiques du changement politique. Etude de cas du Bénin.

21 IVACG critère: Mortalité infanto-juvénile >70/‰

## 2.2.2 Les troubles dus à la carence en iode

Les troubles dus à la carence en iode (TDCI) existent au Bénin: la prévalence du goitre est estimée à 3,7% (5,4% dans le département des Collines, 14,7% au Borgou)<sup>22</sup>; les TDCI ne constituent plus un problème de santé publique grâce à la stratégie d'iodation universelle du sel (voir aussi chapitre 3.3.2.2). *L'analyse PROFILES<sup>23</sup> a révélé que chaque année en moyenne, au Bénin 10 000 nouveau-nés subissent les conséquences de la carence en iode.*

## 2.2.3 L'anémie

Environ 50% des cas d'anémie sont estimés provenir de la carence en fer. Les autres causes sont: le paludisme, des carences en micronutriments (vitamine A, B6, B12, riboflavine et acide folique) ainsi que des facteurs génétiques (drépanocytose)<sup>24</sup>. L'étude de Asobayire *et al* de 2001, faite en Côte d'Ivoire<sup>25</sup> a démontré que la carence en fer était la cause principale d'anémie chez les enfants d'âge préscolaire. Chez les enfants d'âge scolaire et les femmes, 50% des cas d'anémie avaient une carence en fer comme cause et 50% était causé par d'autres facteurs. Chez les hommes, 80% des cas d'anémie étaient causés par un facteur autre que la carence en fer. Ces résultats sont conformes avec ceux d'une étude faite au Bénin par Hercberg *et al* (1988)<sup>26</sup>.

### 2.2.3.1 L'anémie parmi les enfants

Selon l'EDS 2006<sup>27</sup>, le taux d'anémie parmi les enfants d'âge préscolaire est élevé: près de huit enfants sur dix souffrent d'anémie (taux d'hémoglobine <11 g/dl). La Figure 2.12 révèle que la prévalence d'anémie est plus élevée chez les enfants de 6 à 24 mois. Les enfants du milieu rural et des familles les plus pauvres sont plus atteints. La prévalence a légèrement diminué depuis 2001 (de 82 à 78%). Le département de l'Alibori est le plus atteint avec 89,7% des enfants souffrant d'anémie contre 60,3% de cas dans le Littoral.

Figure 2.12: Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois

---

22 Genovese E. 2004 Improving nutrition in Benin: from plan to action

23 PROFILES, 2004 Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin

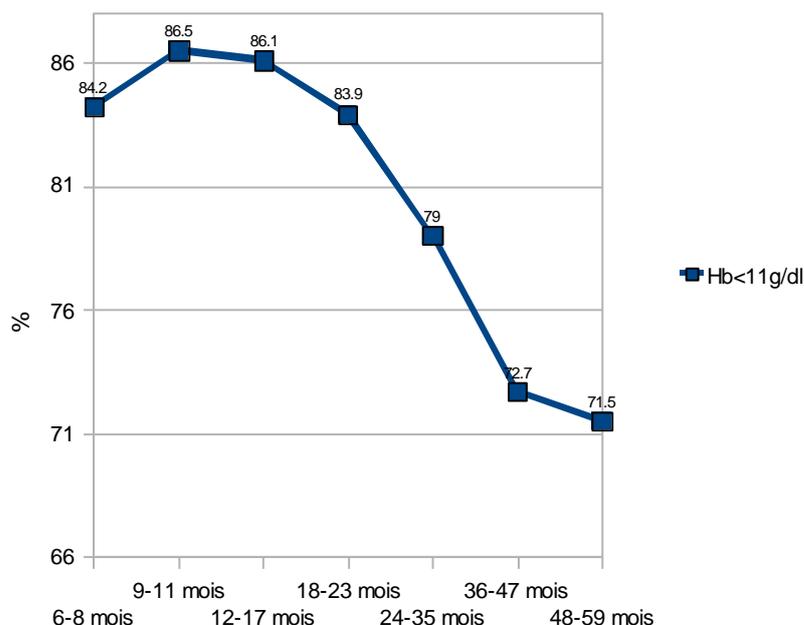
24 USAID, A2Z, ACCESS, FANTA, AED 2006 Maternal anemia: a preventable killer

25 Asobayire *et al*, 2001 *Am J Clin Nutr* 2001; 74:776-82 Prevalence of iron deficiency with and without concurrent anemia in population groups with high prevalences of malaria and other infections: a study in Côte d'Ivoire

26 Hercberg S, Chaulica M, Galan P *et al* Prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia in Benin. *Public Health* 1988; 102:73-83

27 EDS 2006. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)[Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et Macro International Inc.

## Prévalence de l'anémie chez les enfants 6-59 mois EDS 2006



### 2.2.3.2 L'anémie chez les FAP

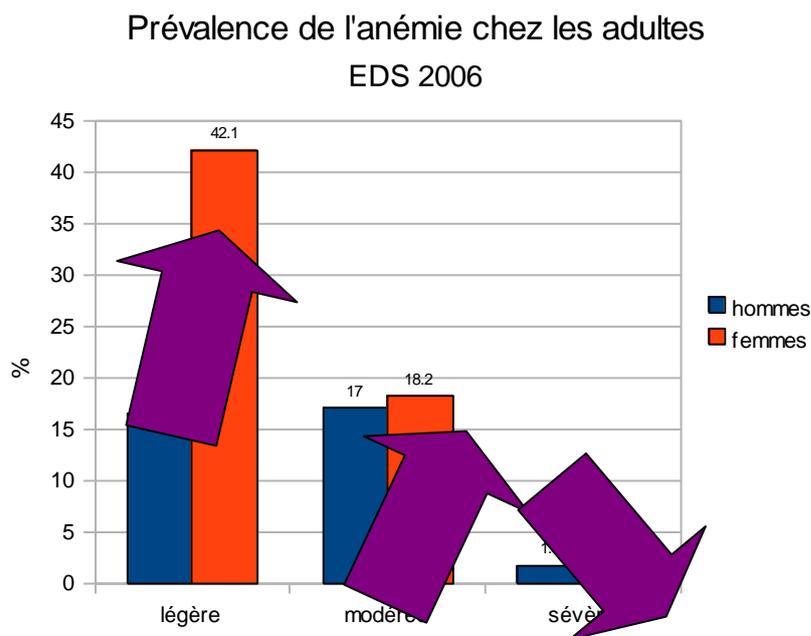
Selon l'EDS 2006, trois-quarts des femmes enceintes souffrent de l'anémie dont 44,6% d'anémie modérée ou sévère. Il est à remarqué que les femmes de la ville de Cotonou sont plus atteintes que les femmes d'autres villes ou du milieu rural (64,9%, 61,1%, 60,9% respectivement). Contrairement à la prévalence chez les enfants préscolaires, la prévalence chez les femmes ne varie pas de façon remarquable avec le niveau socio-économique et le niveau d'instruction. Ceci peut être une indication que la cause de l'anémie chez les adultes est différente de celle des enfants.

### 2.2.3.3 L'anémie chez les hommes

La prévalence de l'anémie chez les hommes adultes au Bénin est un problème de santé publique modéré (celle des FAP et enfants de moins de 5 ans étant un problème élevé de santé publique<sup>28</sup>): elle est 35,1%, dont 1,7% d'anémie sévère. Il est remarquable que les hommes souffrent légèrement plus de l'anémie sévère que les femmes (figure 2.13). Du point de vue de la distribution géographique, les adultes du département de l'Ouémé souffrent le plus de l'anémie (47,1% des hommes). Il est à noter que dans ce département, la prévalence de la fièvre chez les enfants est aussi parmi les plus élevées du pays (51,3%), ce qui semble indiquer l'importance du paludisme dans l'étiologie de l'anémie chez les adultes.

28 Stolfus R, *The Lancet*, 1997: 349:1764-66, 1997. Rethinking anaemia surveillance

Figure 2.13: Prévalence de l'anémie chez les adultes



## 2.2.4 Les autres carences en micronutriments

### 2.2.4.1 La carence en zinc

Une enquête nationale sur la carence en zinc n'a pas été faite au Bénin. Le Groupe Consultatif International de la Nutrition de Zinc (IZiNC) a proposé une méthode d'appréciation du risque de la population pour la carence en zinc basée sur des indicateurs indirects, notamment le retard de croissance et l'adéquation du zinc absorbable dans l'apport alimentaire au niveau du pays. Avec ce système, *le Bénin est classé comme étant un pays de risque moyen de carence en zinc*.

La carence en zinc chez les enfants augmente le risque de diarrhée, pneumonie et paludisme. Au niveau mondial, la carence en zinc est responsable de 4,4% des décès des enfants d'âge préscolaire et de 16342000 d'années de vie réajustée pour invalidité (DALY) (basé sur les données de 2004)<sup>29</sup>.

### 2.2.4.2 Autres micronutriments

Autres carences en micronutriments qui pourraient avoir de l'importance pour la santé maternelle et infantile au Bénin sont: la carence en calcium, vitamine B12, acide folique et vitamine D.

La carence en calcium est la cause principale de rickettsie en Afrique. Une supplémentation en calcium pendant la grossesse chez plus de 15000 femmes a résulté en une réduction du risque de pré éclampsie. La mortalité maternelle ou morbidité grave a aussi été réduite<sup>30</sup>. La carence en vitamine D *in utero* peut causer un retard de croissance fœtal et une pauvre minéralisation du

29 Black R *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol371 January 19, 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.

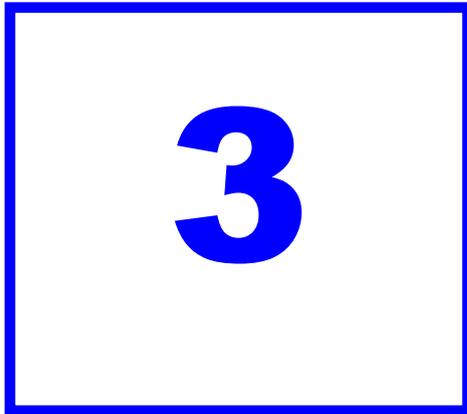
30 Bhutta Z *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online January 17, 2008 DOI 10.1016/S0140-6736(07)61693-6 What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival

squelette. Un état pauvre d'acide folique pendant la grossesse augmente le risque de défaut du tube neural (*spina bifida*) et autres défauts de naissance et probablement aussi de pré éclampsie et autres résultats défavorables. La carence en vitamine B12 chez les femmes enceintes est un facteur de risque pour des défauts du tube neural et des pertes fœtales précoces. Chez les femmes allaitantes et carencées en B12, l'apport de la vitamine B12 par le lait maternel peut être si bas que les signes de carences apparaissent chez leur enfant allaité, notamment le retard de croissance, la faible fonctionnalité neurocognitive, et le retard du développement mental (tous peuvent être irréversible)<sup>31</sup>.

***Puisqu'au Bénin, la prévalence de ces effets indirects susmentionnés est élevée (notamment le retard de croissance intra-utérine, le faible poids à la naissance, l'éclampsie), ceci pourrait indiquer que ces carences y existent.***

---

31 Black R *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol371 January 19, 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences.



## RESUME

*Dans ce chapitre 3, une analyse approfondie des causes de la malnutrition au Bénin est faite. Il est indispensable de comprendre tous les facteurs, causes, enjeux et liens qui jouent un rôle direct ou indirect dans la vie des Béninois et Béninoises résultant dans un état nutritionnel actuel médiocre des différentes générations. L'outil utilisé pour faire cette analyse est le cadre conceptuel de la malnutrition développé par l'UNICEF. Le lecteur comprendra qu'il est nécessaire de faire des constats et d'examiner des phénomènes en dehors des secteurs « traditionnels » associés à la nutrition que sont l'agriculture et la santé: le genre, les situations économiques et politiques, ainsi que le fléau de la corruption ont un effet sur l'état nutritionnel de la population. Même au delà des frontières du Bénin, le changement climatique, la crise alimentaire, le protectionnisme des pays développés jouent un rôle et sont des causes fondamentales de la malnutrition au Bénin.*

### LES CONSÉQUENCES

*La conséquence ultime de la malnutrition est le décès des femmes et enfants. Au Bénin, la mortalité infanto-juvénile diminue, mais elle reste inacceptablement élevée (125‰). La mortalité néonatale devient proportionnellement plus importante. Le taux de la mortalité maternelle est 397 décès maternels pour 100000 naissances vivantes; la plupart de ces décès sont liés aux complications obstétricales.*

*La morbidité est aussi une conséquence importante de la malnutrition: le retard de croissance, les carences en fer, vitamine A, zinc et iode et les pratiques inadéquates d'allaitement maternel sont responsables pour 11% du fardeau des maladies. La surnutrition et l'obésité sont aussi des facteurs de risques pour certaines maladies non transmissibles comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie entre autres.*

*Les enfants malnutris n'ont pas la même capacité d'apprentissage que les enfants bien nourris. Différentes études montrent la réduction du quotient intellectuel par la malnutrition. L'anémie ferriprive peut retarder le développement psychomoteur et contrarier le développement cognitif. La plupart de ces conséquences sont irréversibles.*

*La malnutrition freine la croissance économique et perpétue la pauvreté par le jeu de trois (3) facteurs: les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique, les pertes indirectes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3%. Il s'ensuit que l'amélioration de la nutrition est autant ou plus un problème d'économie que d'aide et protection sociale et de droits de l'homme. Au Bénin, si aucune intervention immédiate n'est entreprise, la valeur actuelle des pertes de productivité, en 10 ans, attribuables à la malnutrition s'élèveront à 913 milliards de FCFA, uniquement pour trois problèmes nutritionnels (anémie, carence en iode et retard de croissance).*

### **LES CAUSES IMMÉDIATES**

*L'apport énergétique journalier par habitant a augmenté mais n'est pas couvert à 100%; en plus il existe des grandes variations entre les communes. Les céréales (surtout le maïs) jouent un rôle important dans le plat familial qui est généralement pauvre en micronutriments. Plus les ménages sont riches, plus l'alimentation est diversifiée et riche en micronutriments. Trois quarts des ménages au Bénin ont une consommation alimentaire acceptable (score >45 qui reflète la diversité alimentaire, la fréquence ainsi que l'apport nutritionnel relatif des groupes alimentaires). La consommation de fruits et légumes est peu fréquente pour les ménages, par contre la plupart des ménages consomment de l'huile quasi quotidiennement.*

*Un enfant malnutri, dont la résistance à la maladie est compromise, tombe malade, et la malnutrition empire: un enfant béninois sur dix est atteint de la diarrhée et les IRA, près de 3 enfants sur dix sont atteints de la fièvre. Les enfants d'âge 6 à 24 mois sont les plus atteints ainsi que les enfants des milieux pauvres et ruraux. Concernant les autres maladies infectieuses c'est la prévalence du VIH qui est relativement basse: 1,5% des femmes et 0,8% des hommes sont séropositifs.*

### **LES CAUSES SOUS-JACENTES**

*La pauvreté alimentaire est endémique au Bénin: 33% des ménages au moins sont incapables de satisfaire les besoins minima alimentaires (61 des 77 communes sont en insécurité alimentaire). Il y a des groupes à risque d'insécurité alimentaire grave: les petits exploitants agricoles du sud, les populations des pêcheurs, et les familles à faible revenus urbaines. Selon l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, Sécurité Alimentaire et Nutrition (AGVSAN, 2009), 12% des ménages se trouvent en insécurité alimentaire et 13% en sécurité alimentaire à surveiller.*

*Les soins fournis actuellement aux femmes et enfants permettent d'identifier des opportunités d'amélioration, notamment dans le cadre de l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation du nourrisson, du jeune enfant et de la femme enceinte et allaitante. Ce qui est clair est que dans les ménages les plus pauvres, en milieu rural, dont la mère n'est pas instruite, les manifestations et conséquences de la malnutrition sont pires et les conditions de vie sont plus déplorables.*

*Au Bénin, la plupart des enfants sont allaités (95%) pour une durée moyenne de 21,5 mois. Actuellement, 4 enfants de moins de 6 mois sur 10 sont allaités exclusivement pour une durée moyenne de 3,6 mois. Malgré cela, 7% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables aux mauvaises pratiques d'allaitement maternel. Le pays perd 10 milliards de FCFA chaque année (ce qui est plus de 25% du budget annuel du Ministère de la Santé) à cause des pratiques inadéquates d'allaitement maternel.*

*L'introduction de l'alimentation complémentaire (à 6 mois) est une étape critique dans la vie du nourrisson. Cette alimentation doit être fréquente et riche en énergie et nutriments. Au Bénin, un tiers des enfants reçoit l'alimentation complémentaire précoce (avant 6 mois) et un tiers tardivement (après 6 à 8 mois). Deux tiers des enfants de 6-23 mois reçoivent des aliments riches en vitamine A; un enfant de ce groupe d'âge sur deux reçoit des aliments riches en fer alors qu'un tiers des enfants de 6-23 mois est alimenté en respectant la fréquence et la qualité recommandées.*

*La couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV est faible: 47% en 2006. En ce qui concerne la santé de la reproduction au Bénin, les femmes enceintes utilisent les services de consultations prénatales: presque neuf femmes sur dix reçoivent des soins prénatals, pour la première fois en moyenne à 4,2 mois de grossesse et deux tiers des femmes enceintes font au moins 4 visites prénatales comme recommandé par l'OMS.*

***Il est regrettable que ces contacts avec ce groupe vulnérable ne soient pas utilisés pour fournir des informations nutritionnelles. Dans le cadre de la lutte contre l'anémie ferriprive, presque neuf femmes sur dix prennent du FAF, la moitié d'entre elles les prennent pour 90 jours ou plus. Les femmes du milieu rural, les pauvres et les femmes non instruites font moins de visites prénatales; ces femmes prennent moins de fer et obtiennent moins de conseils nutritionnels.***

***Presque 8 naissances sur dix ont lieu dans un établissement de santé. Avec ce taux élevé d'accouchements assistés, le niveau élevé de décès maternels est également dû à la mauvaise qualité des services de Santé de la Reproduction. Deux tiers des parturientes ont subi un examen postnatal. Seulement 41% d'elles ont bénéficié de la supplémentation post partum en vitamine A.***

***Les comportements d'assainissement et d'hygiène sont problématiques: seulement pour un quart des enfants les selles sont évacuées de façon hygiénique; 27% des mères pratiquent les bons comportements de lavage des mains. Environ deux tiers des ménages n'ont pas de toilette ou de latrine et presque deux tiers des ménages ne bénéficient pas d'eau potable (70% des ménages en ont accès selon AGVSAN). Les services d'assainissement et d'évacuation des déchets dans les villes ne suivent pas la croissance de la population urbaine; l'hygiène et l'assainissement dans les villes devient alors un problème urgent.***

#### **Les soins curatifs**

***Au maximum un tiers des enfants malades est traité dans une structure sanitaire ou par un prestataire assermenté des services de santé. Pour les maladies infectieuses, les enfants des ménages les plus pauvres, dont les mères manquent d'instruction ou vivant dans le milieu rural sont moins traités. Les enfants très jeunes (< 6 mois) sont moins souvent traités. Une forte proportion des femmes ne connaissent pas et/ou ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants malades.***

#### **Le paludisme, cause d'anémie**

***Le traitement combiné à base d'artésinine n'est pas encore généralisé (moins d'un pourcent des enfants malades l'ont pris). Concernant la prévention, l'utilisation du MII n'est pas répandue: un enfant de moins de 5 ans sur cinq et une femme (enceinte) sur cinq dorment sous MII et 8 femmes enceintes sur 10 ont pris des antipaludéens. Les comportements préventifs et curatifs appropriés contre le paludisme sont plus fréquents dans les ménages les plus riches, dont la mère est instruite et dans le milieu urbain.***

#### **LES CAUSES FONDAMENTALES**

***La fréquentation des services de santé par la population est faible (37%); deux tiers de la population ont accès à une formation sanitaire dans leur localité, mais l'accès est inéquitable. L'accessibilité géographique est acceptable (80%) selon le Ministère de la Santé; elle est quand même citée par les femmes comme problème important (45% des femmes). Par contre, l'accessibilité financière est un problème sérieux et comprend la cherté du transport pour y aller et la cherté des consultations et médicaments. Le mauvais fonctionnement des services de santé publics est une barrière à la fréquentation aussi bien évoquée par les clients que par le Gouvernement.***

### Le genre

**Au Bénin, la grande majorité des femmes travaillent et il s'agit pour la plupart d'un travail rémunéré. La femme est souvent associée au choix de la nourriture à préparer chaque jour, mais c'est le conjoint qui décide généralement des soins de santé et des grosses dépenses du ménage. Quinze pour cent (15%) des femmes ne participent à aucune décision au niveau du ménage. Globalement, la femme participe plus aux décisions avec l'âge. Presqu'une femme sur deux "accepte" la violence familiale contre seulement 14% d'hommes. Au niveau politique, presque 10% des sièges parlementaires sont occupées par les femmes. Le taux brut de scolarisation dans le primaire est élevé mais l'écart entre les filles et garçons est au détriment des filles (18%). Il y a un problème de qualité de l'éducation. Les progrès accomplis dans l'éducation primaire universelle devront être répercutés au niveau du secondaire.**

**La population béninoise est jeune avec un taux d'accroissement élevé (3,25%). La population urbaine fait 45% de la population totale du pays et a un rythme de croissance plus rapide (4,12%). Cette croissance de la population urbaine pose de nombreux et complexes défis. Le vieillissement de la population commença à se manifester. Au Bénin, la pauvreté monétaire a augmenté. La pauvreté non monétaire est en recul, sauf pour les populations urbaines pour lesquelles elle a augmenté. Les ménages dirigés par les femmes sont moins pauvres que ceux dirigés par les hommes. La pauvreté affecte tous les aspects de la vie humaine. Les pauvres sont plus touchés par la petite corruption. La réduction de la malnutrition est indispensable pour réduire la pauvreté au Bénin.**

**L'économie du Bénin est vulnérable aux chocs externes puisque les recettes d'exportation reposent pour une part importante sur le coton. L'agriculture de subsistance reste le principal moyen d'existence de la population. La grande partie de la population active travaille dans le secteur informel (surtout l'agriculture et le petit commerce). La dette extérieure comprend 22% du PIB en 2006.**

**Le continent Africain est la région la plus vulnérable aux effets des changements climatiques. Le Bénin peut s'attendre à une hausse de température en moyenne de 2,5 à 3°C. Des incertitudes demeurent concernant les précipitations.**

**Le Bénin est un pays politiquement stable, démocratique avec un régime présidentiel. La bonne gouvernance est un des piliers de sa Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP). Un processus de décentralisation est en cours afin d'accélérer le développement à la base. La corruption est un problème préoccupant et décourage la population à utiliser les services publics. Elle affecte disproportionnellement les plus pauvres et vulnérables de la société.**

**La crise alimentaire mondiale laisse aussi son impact au Bénin. Les populations spécifiquement vulnérables sont les pauvres. Les conséquences nutritionnelles sont d'abord une réduction de la qualité du régime alimentaire (avec des signes souvent invisibles), ensuite de la quantité. Les enfants auront des conséquences de santé à long terme et des chocs à court terme.**

***Le Bénin a une économie fragilisée par sa dépendance des marchés mondiaux à cause des exportations des matières premières sans grande valeur ajoutée. Pour son approvisionnement en énergie, le Bénin dépend des importations, ce qui fragilise davantage son économie.***

***Au niveau mondial, l'aide publique au développement n'atteint toujours pas les 0,7% du PNB des pays industrialisés, un engagement pris il y a plusieurs années déjà mais suivi de peu d'effet.***

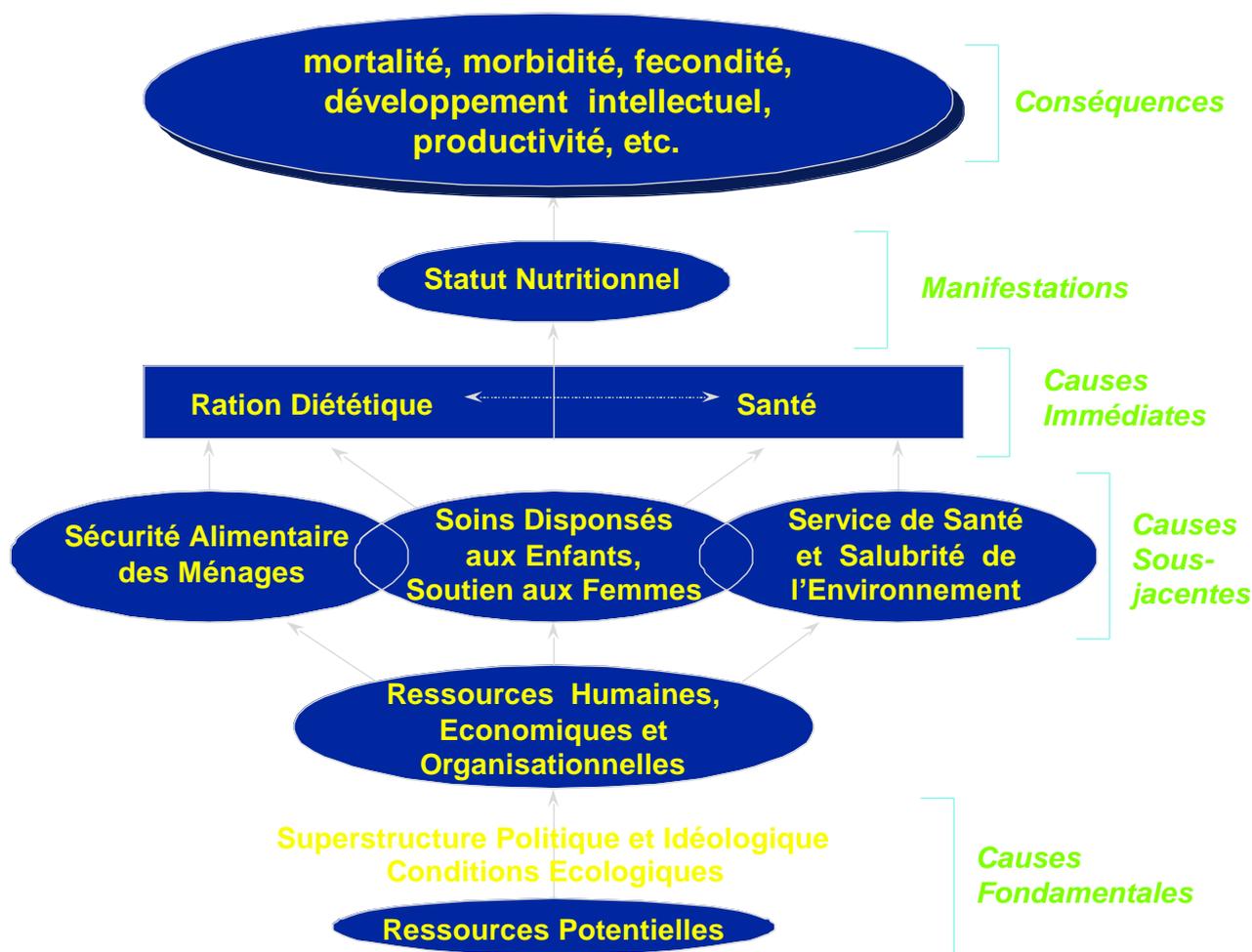
***Depuis des décennies, un orage parfait (« a perfect storm ») sévit au Bénin faisant des ravages énormes parmi la population avec de pertes de vies, de santé, de développement intellectuel et de productivité. Les plus jeunes, les plus pauvres, les moins instruits en souffrent davantage. Le problème de la malnutrition au Bénin est complexe mais les solutions sont connues, faisables et ont un très bon rapport coût/efficacité. Il s'agit maintenant de créer les « conditions parfaites » de collaboration, de disponibilité des ressources et de saisir les opportunités pour une mise en œuvre à l'échelle. L'engagement du Gouvernement et de ses partenaires est la première condition. Le document clé qui est la Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP) est en cours de révision et cela représente une excellente opportunité pour repositionner la nutrition au cœur du développement. La SCRP positionne la croissance économique comme élément central dans la réduction de la pauvreté. Le diagnostic actuel des causes et conséquences de la malnutrition au Bénin montre clairement que le meilleur investissement dans la productivité se fera par l'investissement dans la nutrition.***

### **3 L'analyse causale approfondie de la malnutrition au Bénin**

Comprendre les causes complexes et subtiles de la malnutrition est important pour apprécier l'ampleur et la profondeur du problème, les progrès accomplis à ce jour et les possibilités de progrès futurs. De toute évidence, la malnutrition n'est pas un problème simple avec une solution simple et unique.

Le cadre conceptuel de la malnutrition (figure 3.1) est un outil développé par l'UNICEF dans les années 90 pour analyser les causes de la malnutrition. Les causes de la malnutrition sont classées comme étant immédiate, sous-jacente ou fondamentale. Dans ce chapitre le cadre conceptuel est utilisé pour identifier et comprendre les causes de la malnutrition au Bénin, des causes qui sont multiples, multisectorielles et interdépendantes. Une grande partie des données relèvent des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS 1996, 2001 et 2006). Il est clair qu'à cause de ses liens avec les autres secteurs, la nutrition au Bénin ne peut évoluer à condition que des progrès y sont aussi enregistrés, par exemple l'amélioration de la qualité des services de santé, un accès équitable aux soins, aux intrants agricoles, à l'eau potable, du statut de la femme etc.

Figure 3.1: Le cadre conceptuel de la malnutrition



### 3.1 Les conséquences de la malnutrition

La conséquence finale (ultime) de la malnutrition des enfants et des femmes est la mort. Il est bien connu que la dénutrition est responsable de 50% des décès des enfants dans le monde<sup>32</sup>. Au Bénin, à travers le logiciel PROFILES<sup>33</sup>, il a été déterminé que la malnutrition intervient pour 39 % dans la mortalité infanto-juvénile<sup>34</sup>.

#### 3.1.1 La mortalité infanto-juvénile

La mortalité infanto-juvénile a baissé sensiblement de 1996 à 2006 (figure 3.2). Cependant, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile demeurent encore très élevés. Au Bénin, un enfant sur huit décèdera avant d'atteindre son cinquième anniversaire (12,5%). La Figure 3.2 montre que la diminution de la mortalité néonatale a été plus lente que celle de la mortalité des moins de 5 ans et alors son apport gagne de l'importance proportionnellement à la mortalité infanto-juvénile. Les décès néonataux représentent donc une proportion plus élevée des décès d'enfants de moins de 5 ans aujourd'hui qu'au cours des années précédentes (et cette proportion est donc passée de 22,9% à

32 UNICEF 2008 La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

33 PROFILES 2004. Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin.

34 Ces données sont en cours de révision.

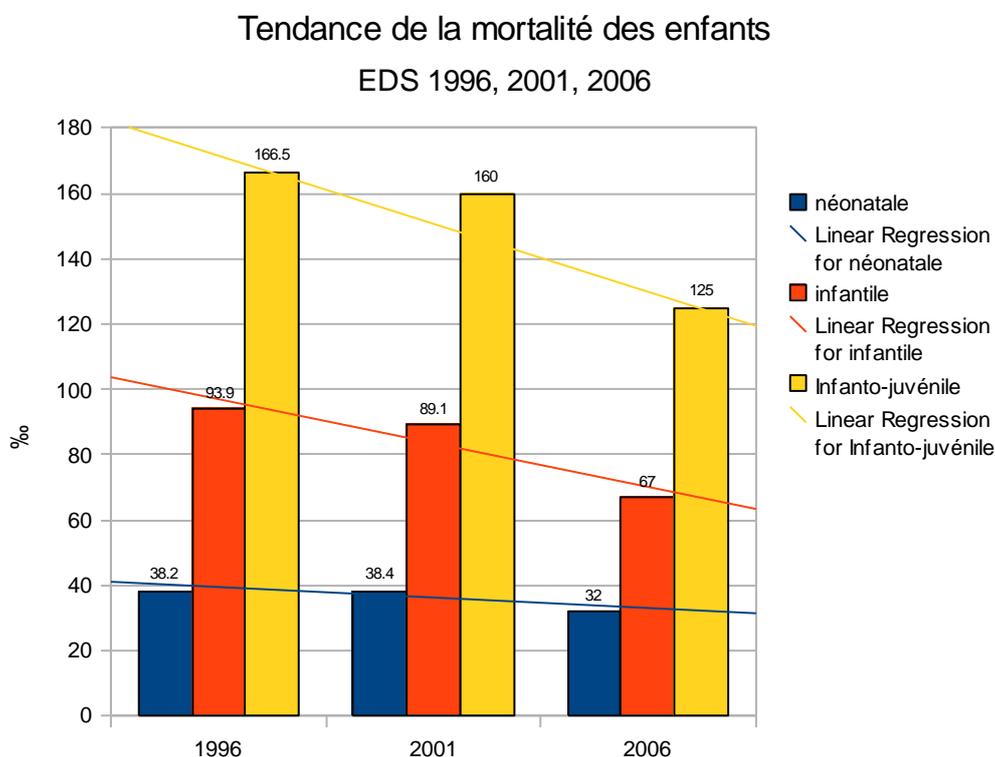
25,6%).

Selon l'UNICEF<sup>35</sup>, le taux de réduction annuel de la mortalité infanto-juvénile observé au Bénin pour la période 1990 – 2006 est 1,4%; afin d'atteindre l'Objectif Millénaire pour le Développement (OMD) n°4 de réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015 le taux de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de réduction pour la période 2007 – 2015 nécessaire est 9,7%.

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants et est plus élevé chez les enfants:

- des ménages pauvres
- vivant dans le milieu rural
- vivant dans le Nord du Bénin
- dont la mère n'a pas (ou peu) d'instruction
- des mères de moins de 20 ans
- dont l'intervalle inter génésique est court (moins de 2 ans)

Figure 3.2: Tendence de la mortalité des enfants

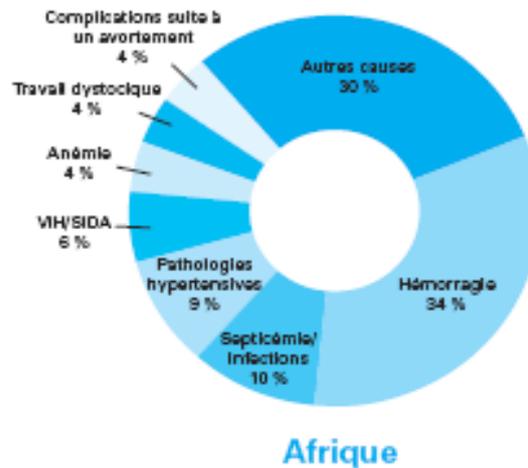


35 UNICEF, 2007. Progres for children. A world fit for children statistical review. Number 6, December 2007

### 3.1.2 La mortalité maternelle

Malgré le fait que le taux de mortalité maternelle (TMM) au Bénin a connu une baisse de 498 à 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes les derniers 10 ans, ce taux reste très élevé et est inacceptable. Le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 20 dans le pays <sup>36</sup>, alors qu'il est 1 sur 7300 dans les régions développées. Les causes de la mortalité maternelle sont bien connues (figure 3.3). La plupart des décès maternels sont liés à des complications obstétricales -hémorragies post-partum, infections, éclampsie ou travail prolongé entre autres. Une anémie prononcée contribue aux risques de décès en cas d'hémorragie.

Figure 3.3: Les causes de la mortalité maternelle



*Au Bénin, la mortalité infanto-juvénile diminue, mais elle reste inacceptablement élevée (125‰). La mortalité néonatale devient proportionnellement plus importante. Le taux de mortalité maternelle est 397 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes; la plupart de ces décès sont liés aux complications obstétricales.*

### 3.1.3 Le fardeau des maladies (la morbidité)

La morbidité est une conséquence importante de la malnutrition. Black *et al*<sup>37</sup> ont analysé que les facteurs liés à la malnutrition (retard de croissance, carence en fer, vitamine A, zinc et iode, pratiques d'allaitement maternel inadéquates) sont responsables pour 11% du fardeau global des maladies (et 35% des décès des enfants de moins de 5 ans). Tableau 3.1 montre le fardeau des maladies pour les enfants de moins de 5 ans attribuable aux facteurs de risque nutritionnels.

36 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

37 Black *et al* (2008) [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) vol 371 Maternal and Child Nutrition 1 Maternal and Child Undernutrition: global and regional exposures and health consequences.

Tableau 3.1: Années de vies réajustées pour invalidité (DALY) globales chez les enfants de moins de 5 ans attribuées aux facteurs de risque nutritionnels en 2004

	1000 DALYs chez les enfants de moins de 5 ans	% de DALYs chez les enfants de moins de 5 ans
Insuffisance pondérale	81358	18,7
Retard de croissance	54912	12,6
Malnutrition aiguë	64566	14,8
Malnutrition aiguë sévère	25929	6,0
Retard de croissance intra-utérine / faible poids à la naissance	13536	3,1
Total (retard de croissance, malnutrition aiguë sévère, retard de croissance intra-utérine / faible poids à la naissance)	90962	21,2
Carence en Vitamine A	22668	5,3
Carence en Zinc	16342	3,8
Carence en fer	2156	0,5
Carence en Iode	2614	0,6

Les auteurs constatent que le nombre de DALYs chez les enfants de moins de 5 ans attribué au retard de croissance, la malnutrition aiguë sévère, et le retard de croissance intra-utérine / faible poids à la naissance constitue le plus grand pourcentage des facteurs de risques dans ce groupe d'âge.

La surnutrition a aussi des impacts sur le fardeau des maladies: l'obésité pose un risque important pour les maladies non transmissibles (MNT), y compris le diabète et les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les crises cardiaques, et certaines formes de cancer. Ses conséquences de santé s'étendent du risque élevé de la mort prématurée aux conditions chroniques sérieuses qui réduisent la qualité de vie globale<sup>38</sup>.

Le document de la Politique Nationale de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (2008)<sup>39</sup> mentionne les facteurs de risque qui sont à l'origine des principales maladies non transmissibles (MNT) au Bénin. Ces données sont obtenues à travers une enquête de dépistage de ces facteurs au Bénin en 2008. Le Tableau 3.2 donne les prévalences des facteurs de risque des MNT.

Tableau 3.2: Prévalences des facteurs de risque physiologiques des Maladies Non Transmissibles au Bénin en 2008

Facteurs de risque des MNT	Prévalences au Bénin		
	Hommes	Femmes	Total
Hypertension artérielle	27,2%	26,3%	27,5%
Hyperglycémie de type diabétique	3,3%	2,0%	2,6%
Hypercholestérolémie (CT $\geq$	1,6%	1,9%	1,8%

38 <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/index.html>

39 Ministère de la Santé, 2008 Politique Nationale de lutte contre les maladies non transmissibles

250 mg/dl)			
Obésité	4,3%	14,0%	9,4%

*Le surpoids et les MNT sont responsables pour environ 46% du fardeau global des maladies et d'environ 60% des décès dont 79% des décès dans les pays en développement<sup>40</sup>.*

### 3.1.4 La réduction de la capacité intellectuelle

Les enfants malnutris n'ont pas la même capacité d'apprentissage que les enfants bien nourris. Les conséquences de la malnutrition peuvent se manifester même avant la naissance ; la carence en iode en est un exemple. Les résultats de différentes études montrent qu'environ 3% des bébés nés de mères carencées en iode pendant la grossesse souffrent de crétinisme, 10% présentent un retard mental sévère et 87% un déficit intellectuel. Dans les communautés où la carence en iode est endémique, le quotient intellectuel est réduit en moyenne de 13,5 points<sup>41</sup>. Au Bénin, chaque année en moyenne, 10.000 nouveau-nés subissent les conséquences de la carence en iode.

Chez le nourrisson et le jeune enfant, une anémie ferriprive peut retarder le développement psychomoteur et contrarier le développement cognitif, abaissant le quotient intellectuel (QI) d'environ neuf points<sup>42</sup>. Au Bénin, il est estimé que 55% des enfants d'âge scolaire ont une carence en fer. En d'autres termes, 605.000 enfants ont un rendement scolaire inférieur à leurs capacités réelles. Ces conséquences de la carence en fer constituent un handicap évident à la scolarisation et au maintien des enfants à l'école ainsi qu'un frein au développement de la nation.

Les enfants de poids insuffisant à la naissance ont des QI inférieurs de cinq points en moyenne à ceux d'enfants nés avec un poids adéquat. La différence est de huit points entre le QI d'enfants n'ayant pas été allaités et ceux des enfants que leur mère a nourris au sein. Le Tableau 3.3 donne le récapitulatif de la réduction du quotient intellectuel par la malnutrition. La plupart de ces conséquences sont irréversibles.

Tableau 3.3: Perte de points QI des enfants à cause de différentes formes de malnutrition

	Perte de points QI
Carence en iode	13
Anémie ferriprive	9
Faible poids à la naissance	5
Pas d'allaitement maternel	8
Retard de croissance	5-11 <sup>43</sup>
Malnutrition sévère aiguë	8 à 18 <sup>44</sup>

40 The World Bank, 2006. Repositioning nutrition as central to development. A strategy for large-scale action

41 PROFILES, 2004 Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin

42 UNICEF, 1998. La situation des enfants dans le monde

43 UNICEF, 1998. La situation des enfants dans le monde

44 <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/28/Section/4035>

### 3.1.5 Les pertes économiques

La malnutrition freine la croissance économique et perpétue la pauvreté, par le jeu de trois facteurs : les pertes directes de productivité liées au mauvais état physique ; les pertes indirectes dues à la mauvaise fonction cognitive et aux déficits de scolarisation ; et les pertes résultant de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les coûts économiques de la malnutrition sont considérables : les pertes de productivité chez les particuliers sont estimées à plus de 10 % des gains de toute une vie, et les pertes de produit intérieur brut (PIB) attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3 %. Il s'ensuit que l'amélioration de la nutrition est autant ou plus un problème d'économie que d'aide et protection sociale et de droits de l'homme<sup>45</sup>.

Les résultats de différentes études ont confirmé le lien entre la taille des adultes et leur productivité. Il est estimé qu'une réduction d'un pourcent de la taille d'un adulte est associée avec une réduction de la productivité de 1,4%. Une augmentation de la taille d'un pourcent est associée avec une augmentation de 2 à 2,4% des revenus<sup>46</sup>. Une étude longitudinale au Guatemala a démontré qu'une meilleure nutrition avant l'âge de 3 ans était associée avec un meilleur salaire par heure des hommes Guatémaltèques (une augmentation de 0,67\$EU/hrs égale à 46% d'augmentation en moyenne du salaire). D'autres résultats montrent une association pour le paramètre taille-pour-âge des hommes : une augmentation de 1 z score est associée avec une augmentation de revenu de 8% au Brésil et Guatemala et une augmentation de 0,27 des biens de ménages en Inde<sup>47</sup>.

Les conséquences de la carence en fer sur la productivité sont également significatives. Cette carence entraîne une baisse du taux d'hémoglobine. Les recherches scientifiques montrent qu'une baisse de 1% du taux d'hémoglobine chez l'adulte entraîne une réduction de plus de 1% de la productivité, et que chez les enfants, l'anémie entraîne une réduction d'environ 2,5 % dans leur productivité future.

Au Bénin, si aucune intervention immédiate n'est entreprise, la valeur actuelle des pertes de productivité, en 10 ans, par suite de l'anémie par carence en fer chez les femmes actives, est estimée à 335 milliards de FCFA et celles liées à l'anémie chez les enfants, à 318 milliards de FCFA. En 10 ans, si rien n'est fait, les pertes pour l'économie béninoise attribuables à la malnutrition s'élèveront à 52 milliards de FCFA suite à la carence en iode, 131 milliards de FCFA suite au retard de croissance, et 730 milliards de FCFA suite à la carence en fer. Soit un total de 913 milliards de FCFA de pertes économiques et uniquement pour les trois problèmes nutritionnels considérés<sup>48</sup>.

*Au Bénin, les pertes de productivité à cause de la malnutrition sont énormes: en 10 ans un total d'environ 913 milliards de FCFA est perdu à cause de 3 problèmes nutritionnels. Les pertes du PIB attribuables à la malnutrition atteignent 2 à 3%.*

45 The World Bank, 2006. Repositioning nutrition as central to development. A strategy for large-scale action

46 <http://www.dcp2.org/pubs/DCP/28/Section/4035>

47 Victora C. *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online January 17, 2008 DOI :10.1016/S0140-6736(07)61692-4

48 PROFILES, 2004 Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin

## 3.2 Analyse des causes immédiates de la malnutrition

### 3.2.1 L'apport alimentaire inadéquat

Selon la FAO (2006)<sup>49</sup>, l'apport journalière en énergie par habitant pour le Bénin a augmenté les dernières 30 années et est actuellement 2530 kcal/jour/habitant (figure 3.4 et 3.5). Une autre source<sup>50</sup> mentionne une consommation en énergie de 2069 kcal/jour/habitant; certaines communes n'ayant que 1755 kcal/jour/habitant (Sèmè-Podji) ou 1812 kcal/jour/habitant (Zé) ce qui est largement en dessous de 2600 kcal/jour/habitant<sup>51</sup>. La Figure 3.6 montre le rôle important que joue les céréales (maïs, mil, sorgho, riz, blé) dans le régime alimentaire au Bénin. La même source estime la ration en protéines en moyenne à 57,4 g/jour/habitant<sup>52</sup> dont 72% sont d'origine végétale et 28% d'origine animale. Cette consommation de protéines n'atteint pas le seuil recommandé d'au moins 10% d'apport en énergie par les protéines<sup>53</sup>.

Figure 3.4: Consommation journalière de calories par habitant au Bénin

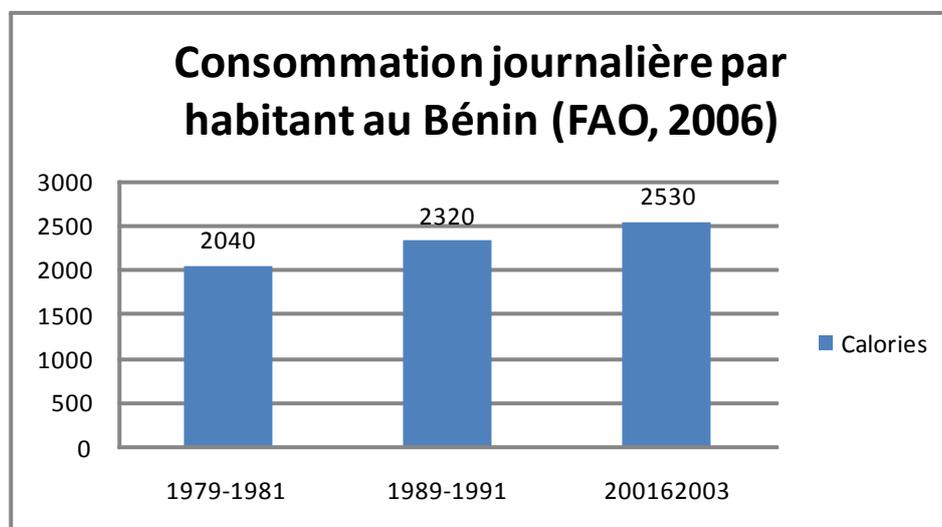


Figure 3.5: Consommation journalière de protéines et lipides par habitant au Bénin

49 FAO 2006 The state of Food Insecurity in the World 2006

50 MAEP, FAO 2008 Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) au Bénin. Rapport final

51 Besoin énergétique recommandé pour un homme (30-60 ans) avec un facteur de 1,6 **basal metabolic rate** WHO Technical Reports Series N°797, 1990

52 La FAO mentionne 62g protéines/jour/habitant (Source [www.fao.org/faostat/foodsecurity/MDG/EN/Benin\\_e.pdf](http://www.fao.org/faostat/foodsecurity/MDG/EN/Benin_e.pdf))

53 WHO Technical Reports Series Nr 797, 1990 Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO study group

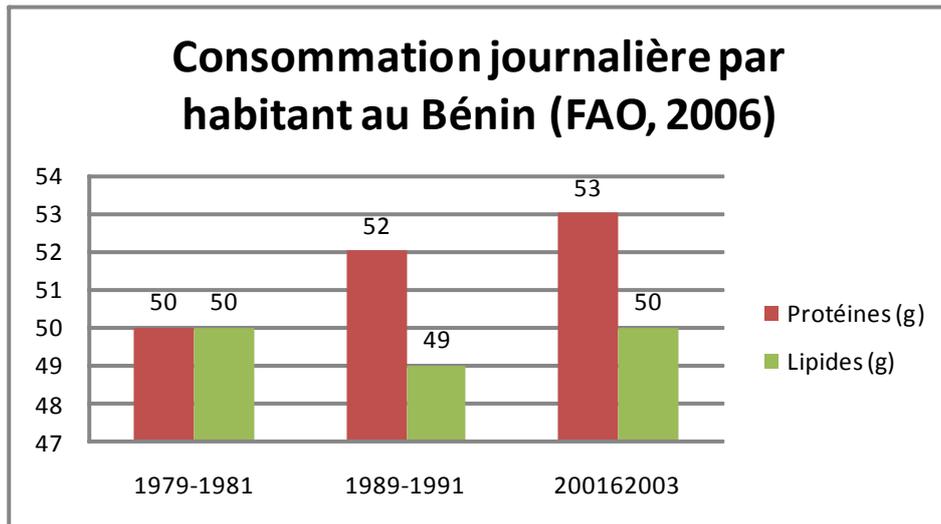
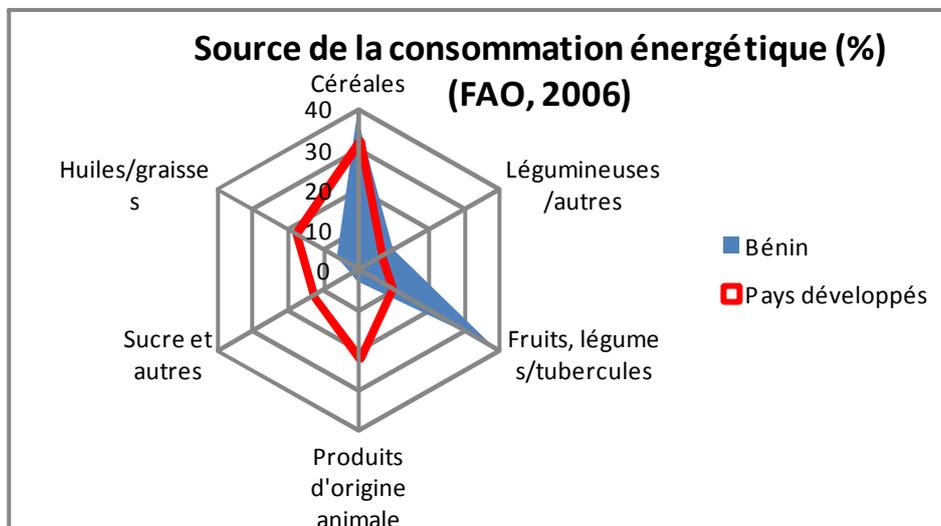


Figure 3.6: Source de la consommation énergétique



En général, deux plats sont souvent associés au cours d'un repas, notamment le plat de résistance fait d'aliments de base (racines, tubercules, céréales) et du plat d'accompagnement (la sauce) de composition variable suivant les ethnies et les coutumes (viande/poisson, condiments, légumineuses, légumes feuilles, légumes graines et autres). Selon l'AGVSAN 2009, au niveau national, le nombre moyen de repas pris la veille de l'enquête à la maison est de 2,6 pour les adultes/grands enfants (5 ans et plus) et de 3,1 pour les petits enfants (moins de 5 ans). Ce nombre varie de 2,9 à 3,2, alors qu'en période de soudure il varie de 2,2 à 2,7.

Il existe 3 typologies alimentaires au Bénin, notamment un régime alimentaire

- exclusivement céréalière que l'on rencontre dans le Nord du pays;
- mixte à base de céréales, légumineuses et oléagineux dans le Centre et Sud du pays;

- une variante des localités côtières type mixte par l'apport de la viande et du poisson<sup>54</sup>.

En général, la consommation des aliments riches en micronutriments est faible; la primauté étant la quantité de l'aliment de base sur la qualité (la sauce). La source principale du fer est les céréales car la consommation des aliments d'origine animale est généralement basse (figure 3.6). Cependant, l'absorption du fer des aliments d'origine végétale est faible. Galan *et al*<sup>55</sup> ont indiqué une absorption de fer en général très basse entre 1,1 et 3%. Ils suggèrent que le fer disponible dans le régime alimentaire typique pour l'Afrique de l'Ouest ne peut pas satisfaire les besoins physiologiques d'une grande proportion de la population.

L'EDS 2006 démontre que seulement 30% des femmes ont consommé des aliments riches en vitamine A<sup>56</sup> et 24% des aliments riches en fer<sup>57</sup>. Plus les femmes sont instruites, plus elles vivent dans des ménages plus riches, plus elles consomment des aliments riches en micronutriments. Par contre, la disponibilité de sel iodé est moins dans les ménages plus aisés (figure 3.7).

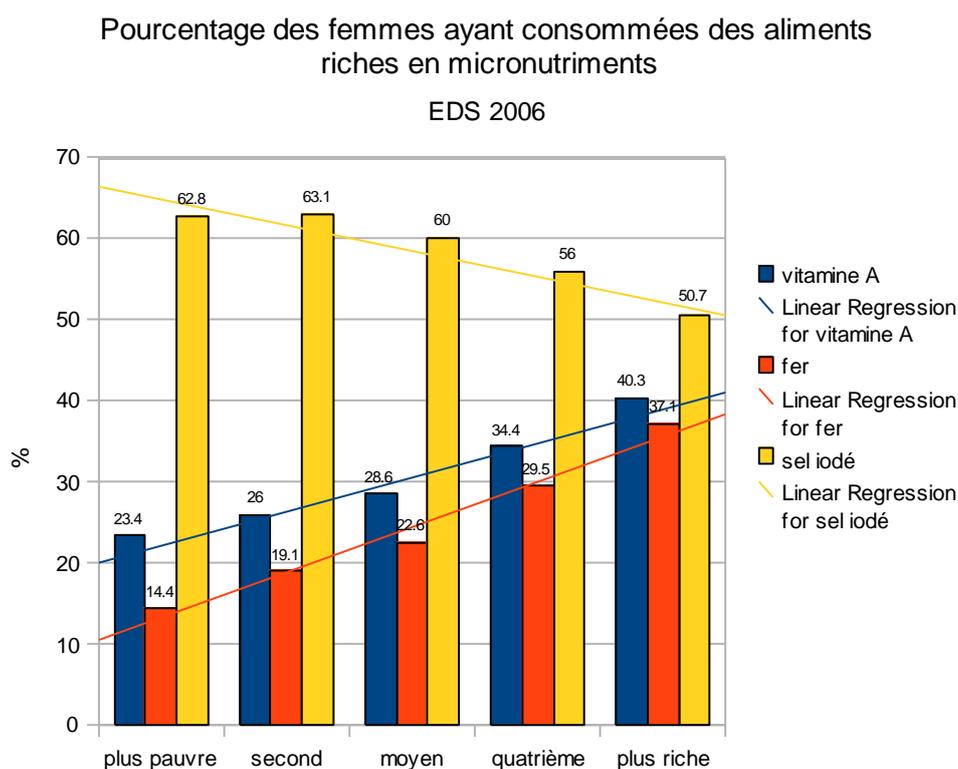


Figure 3.7: Pourcentage des femmes ayant consommées des aliments riches en micronutriments

54 MAEP, FAO 2008 Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) au Bénin. Rapport final

55 Galan P, Cherouvrier F, Zohoun I, Zohoun T, chauliac M, Hercberg S. *British Journal of Nutrition* (1990), **64**, 541-546 Iron absorption from typical West African meals containing contaminating Fe

56 Riche en vitamine A: la viande (et les abats), le poisson, la volaille, les oeufs, les citrouilles, ignames et courges rouges ou jaunes, carottes, patates douces rouges, les légumes à feuilles vert foncé, les mangues et papayes.

57 Riche en fer: la viande (et les abats), le poisson, la volaille et les oeufs

### 3.2.1.1 *Fréquence et diversité du régime alimentaire*

L'enquête AGVSAN de 2009 a fourni une abondante information sur la fréquence de consommation des aliments des différents groupes alimentaires. Les principaux constats sont :

- au niveau national, la fréquence de consommation des aliments de base par les ménages est 7 jours sur 7 par la presque totalité (98,2%)
- la principale céréale consommée est le maïs (7 jours sur 7 pour 63,1% des ménages)
- les légumes sont consommés 5 jours ou plus par 24,5% des ménages
- les arachides/légumineuses sont consommés 5 jours ou plus par 12,5% des ménages
- les fruits sont consommés 5 jours ou plus par 13,3% des ménages
- près de 2 ménages sur 3 (64,9%) ont consommé des protéines animales (viandes, poissons, œufs) avec une fréquence de 5 jours ou plus
- la consommation des oeufs est nulle pour 84,3% des ménages
- 10,7% des ménages ont consommé du lait avec une fréquence de 5 jours ou plus
- la consommation de l'huile est quasi quotidienne pour 70,3% des ménages
- concernant les quintiles de richesse, les ménages pauvres ont un régime alimentaire peu diversifié (à l'exception des légumes, qu'ils mangent plus souvent que les riches)
- la fréquence de consommation des aliments d'origine animale dépend de la richesse du ménage (plus le ménage est riche, plus la consommation est fréquente).

L'équipe AGVSAN a aussi calculé le score alimentaire (SCA) qui est un indicateur composite calculé pour refléter la diversité alimentaire (nombre d'aliments ou groupes d'aliments différents consommés au cours d'une période de référence), la fréquence (nombre de jours par semaine) ainsi que l'apport nutritionnel relatif des produits et groupes alimentaires consommés par un ménage. Tableau 3.4 montre le résultat du calcul et analyse du SCA.

Tableau 3.4: Distribution des classes de consommation alimentaire au niveau national

SCA	Classement	% de ménages au Bénin
$\leq 21$	Consommation alimentaire pauvre	1,8
$21 < \text{SCA} \leq 35$	Consommation alimentaire limite	10,4
$35 < \text{SCA} \leq 45$	Consommation alimentaire moyennement acceptable	13,2
$> 45$	Consommation alimentaire acceptable	74,6

*Au Bénin,*

- *l'apport énergétique journalière par habitant a augmenté mais n'a pas couvert à 100% les besoins; de plus il existe de grandes disparités entre communes*
- *les céréales (surtout le maïs) jouent un rôle important dans le plat familial qui est généralement pauvre en micronutriments*
- *le régime alimentaire est constitué d'un plat de résistance avec une sauce de composition variable selon le ménage*
- *le nombre moyen de repas par jour est de 2,6 pour les adultes et grands enfants et 3,1 pour les enfants d'âge préscolaire*
- *plus les ménages sont riches, plus l'alimentation est diversifiée et riches en micronutriments*
- *12,2% des ménages ont une consommation alimentaire pauvre ou limite*
- *la fréquence de consommation par les ménages des oeufs, légumes, fruits, légumineuses et lait est basse.*

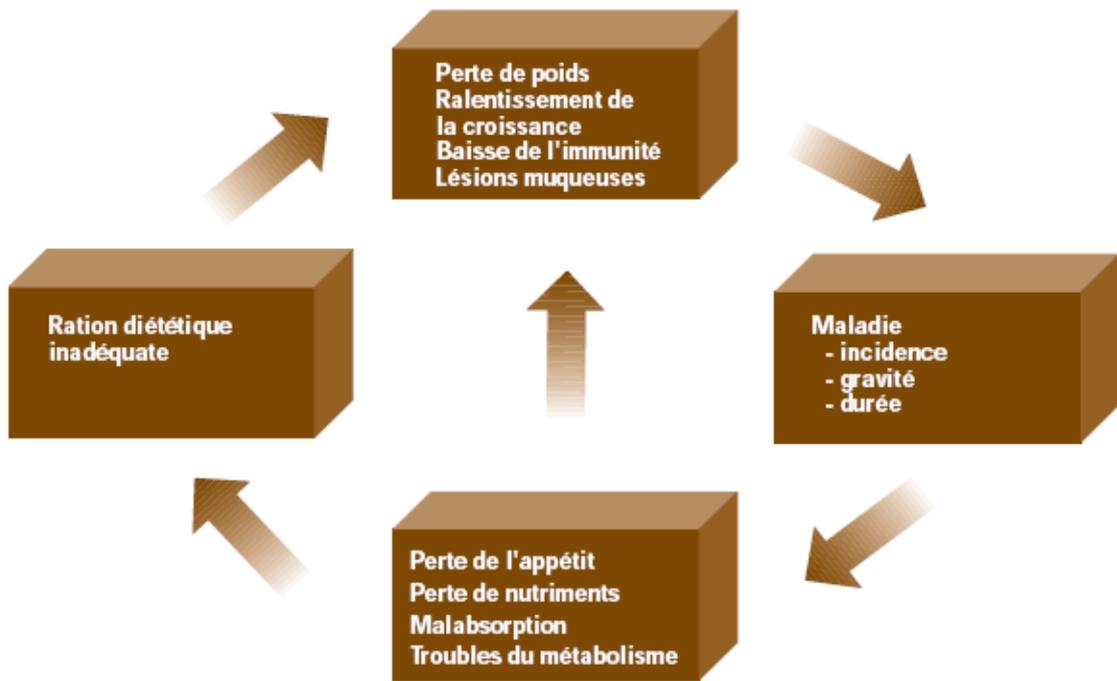
### **3.2.2 Les maladies**

Un enfant malnutri, dont la résistance à la maladie est compromise, tombe malade, et la malnutrition s'installe et s'empire. Les enfants qui entrent dans ce cycle de malnutrition- infection peuvent être aspirés rapidement dans une spirale potentiellement fatale à mesure qu'une condition alimente l'autre (figure 3.8). La malnutrition amoindrit la capacité du corps de résister aux infections en minant le fonctionnement des principaux mécanismes de la réaction immunitaire. Cela conduit à des épisodes plus longs, plus graves et plus fréquents de maladie. Les infections provoquent la perte de l'appétit, une malabsorption des nutriments ainsi que des troubles du métabolisme et du comportement. Ces derniers, à leur tour, accroissent les besoins du corps en nutriments, ce qui influence les modes d'alimentation des jeunes enfants et la manière dont ils sont soignés<sup>58</sup>.

Figure 3.8: Le cycle de la malnutrition

---

58 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998



Source: Andrew Tomkins and Fiona Watson, *Malnutrition and Infection*, ACC/SCN, Geneva, 1989.

Les maladies les plus fréquentes chez les jeunes enfants au Bénin selon les femmes sont: le paludisme, la diarrhée, l'anémie/manque de sang et la fièvre.

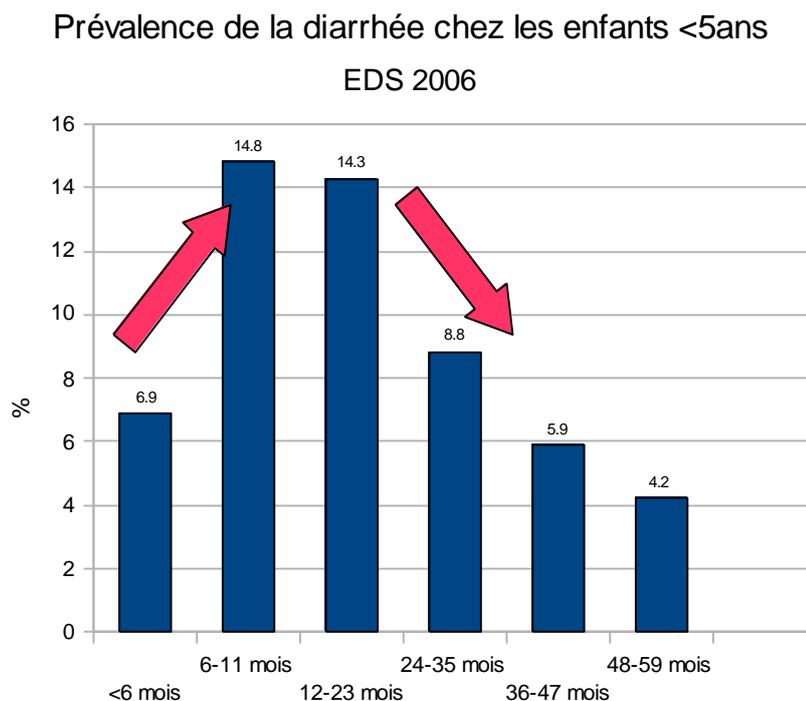
### 3.2.2.1 Les maladies diarrhéiques

On estime à près de 2 millions par an le nombre d'enfants de moins de 5 ans qui succombent chaque année à la diarrhée, et dans beaucoup de pays, la proportion de décès d'enfants imputable essentiellement à la diarrhée monte à environ 20%. Selon les estimations, 88% des décès dus à la diarrhée sont attribués à de mauvaises pratiques d'hygiène, des approvisionnements peu sûrs en eau potable et un accès inadéquat aux systèmes d'assainissement<sup>59</sup>.

Au Bénin, presque 1 enfant de moins de 5 ans sur 10 a souffert de la diarrhée dans les 2 semaines ayant précédé l'enquête EDS 2006. La Figure 3.9 montre que se sont les enfants du groupe d'âge de 6 à 23 mois qui sont les plus atteints: la prévalence y double. Les enfants des familles rurales, démunis et dont la mère n'est pas (ou est peu) instruite sont plus atteints de cette maladie infectieuse. En ce qui concerne la distribution géographique, le département de l'Atacora a une prévalence de la diarrhée la plus haute (20,2%); le Plateau la plus basse (5,2%). Ce n'est alors pas étonnant de constater que l'Atacora est le département dans lequel la source principale d'eau à boire est l'eau de surface (53%) et que le Plateau est le département dans lequel l'utilisation de l'eau du robinet/borne fontaine est le plus élevé (22,7%).

59 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

Figure 3.9: La prévalence de la diarrhée chez les enfants <5ans



### 3.2.2.2 Les infections respiratoires (IRA)

La pneumonie est la maladie qui tue le plus d'enfants (davantage que SIDA, le paludisme et la rougeole réunis). Les enfants en bonne santé possèdent des défenses naturelles qui protègent leurs poumons contre les agents pathogènes responsables de la pneumonie. Les enfants sous-alimentés, en particulier ceux qui ne bénéficient pas d'un allaitement exclusif au sein ou d'un apport suffisant en zinc, ou encore ceux dont le système immunitaire est affaibli, risquent davantage de contracter une pneumonie<sup>60</sup>.

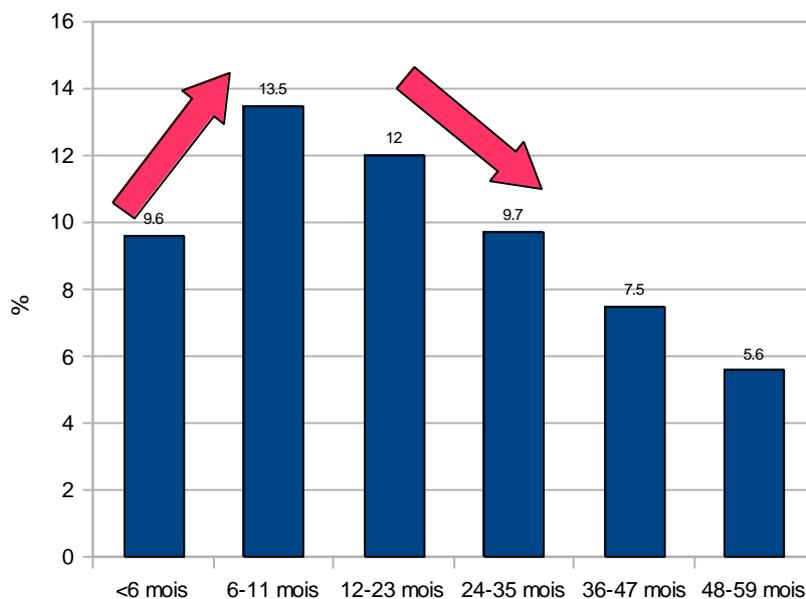
Comme pour la diarrhée, environ 1 enfant de moins de 5 ans sur 10 souffre d'IRA et la prévalence par groupe d'âge montre la même tendance (figure 3.10). Par contre, l'affection semble être plus élevée à Cotonou (10,1%) que dans le milieu rural (9,7%) et la prévalence est plus élevée dans les ménages dont la mère a un niveau d'instruction plus élevé.

Figure 3.10: La prévalence des IRA chez les enfants <5ans

60 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

### Prévalence des IRA chez les enfants <5ans

EDS 2006



#### 3.2.2.3 Le paludisme

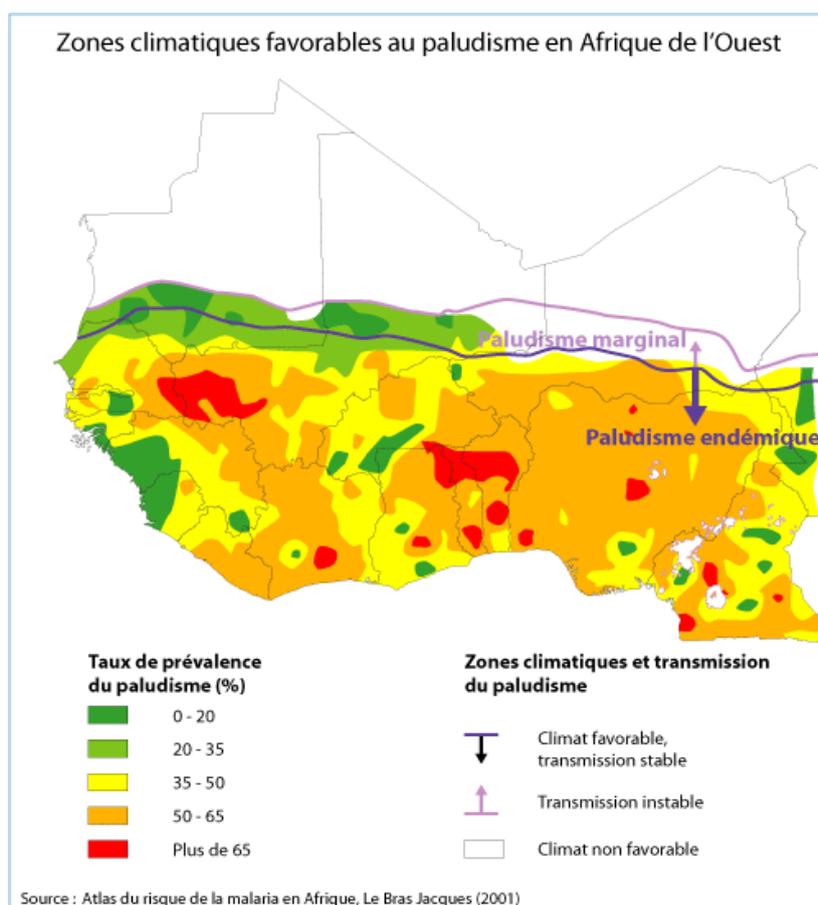
Le paludisme tue plus d'un million de personnes chaque année, et jusqu'à 80% de ces décès concernent des enfants de moins de 5 ans. Les femmes enceintes et leurs enfants à naître sont particulièrement vulnérables et cette maladie est l'une des causes premières d'insuffisance pondérale chez les nouveau-nés, d'anémie et de décès de nourrissons<sup>61</sup>.

Il y a deux grands faciès épidémiologiques du paludisme au Bénin: au Sud, un paludisme côtier lagunaire avec transmission intense et au Nord une transmission saisonnière intermittente de type faciès tropical<sup>62</sup> (figure 3.11).

Figure 3.11: Les zones climatiques favorables au paludisme en Afrique de l'Ouest

61 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

62 EDS 2006. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)[Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et Macro International Inc.



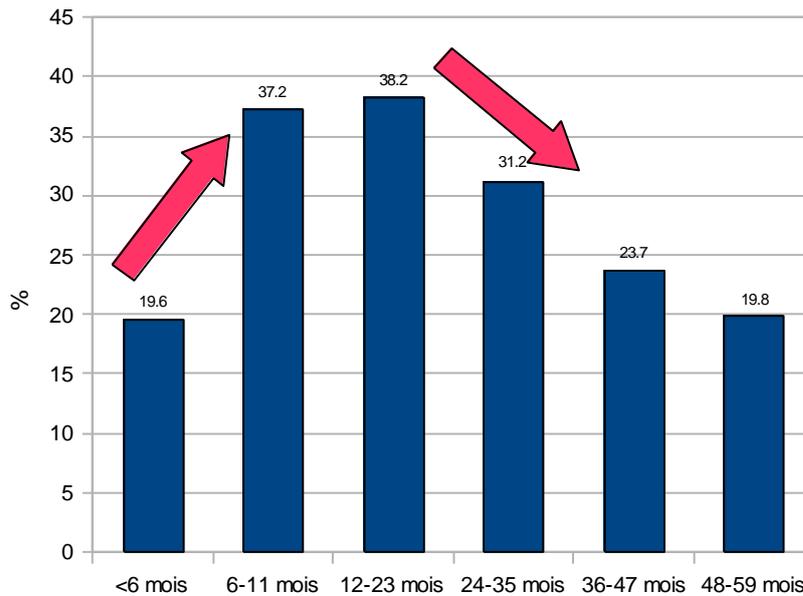
Selon le SNIGS, le paludisme occupe le premier rang des pathologies notifiées, confirmant ainsi sa prédominance dans les parasitoses<sup>63</sup>. Près de 3 enfants sur dix (29%) ont eu de la fièvre durant les 2 semaines ayant précédé l'enquête EDS 2006. De nouveau, comme pour les IRA et la diarrhée, les enfants de 6 à 23 mois sont les plus atteints (figure 3.12).

Figure 3.12: Le pourcentage des enfants <5 ans ayant la fièvre

63 Ministère de la Santé Publique (2002) Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006

## Pourcentage des enfants <5ans avec la fièvre

EDS 2006



*Au Bénin,*

*- un enfant sur dix est atteint de la diarrhée et les IRA, près de 3 enfants sur dix sont atteints de la fièvre*

*- les enfants d'âge 6 à 24 mois sont les plus atteints de la diarrhée, les IRA et la fièvre*

*- les enfants des milieux pauvres et ruraux sont les plus atteints de ces maladies infectieuses.*

### 3.2.2.4 Les helminthoses

Les affections dues aux helminthes (vers) sont parmi les maladies les plus fréquentes – et les plus négligées – atteignant plus de 30% de la population mondiale. Elles peuvent affecter la capacité physique et mentale des patients tout comme leur santé et leur productivité. Les enfants des pays en développement sont les plus touchés, surtout entre 5 et 14 ans; les parasites intestinaux représentent chez eux la principale cause isolée de maladie, constituant jusqu'à 12% du fardeau nosologique total. Chez des millions d'autres, les vers sont une cause importante de malnutrition, entravant la croissance, entraînant une anémie grave, de la dysenterie, un retard de puberté et des problèmes d'apprentissage et de mémoire. Chez les femmes enceintes souffrant d'ankylostomiase, leur fœtus est exposé aux risques d'un retard de développement intra utérin, de prématurité et d'insuffisance pondérale à la naissance. Les vers affectent la nutrition de différentes façons, en ingérant du sang et

en induisant une perte de fer et d'autres nutriments. Ils entraînent aussi des modifications du revêtement intestinal qui réduisent la surface de la membrane permettant la digestion et l'absorption des aliments. Il y a de ce fait malabsorption des graisses, de certains hydrates de carbone, des protéines et de différentes vitamines (dont la vitamine A). Cela peut aussi induire une intolérance au lactose et une mauvaise utilisation du fer disponible<sup>64</sup>.

### **3.2.2.5 La rougeole**

Cette maladie très contagieuse est encore une cause majeure de décès d'enfants de moins de 5 ans, et représente environ 4% du fardeau mondial. Elle affaiblit l'immunité des enfants face à d'autres maladies et problèmes dangereux, y compris la pneumonie, la diarrhée et l'encéphalite aiguë, et reste l'une des principales causes de décès d'enfants qu'un vaccin aurait permis d'éviter.

En 2008, au Bénin, 1090 cas de rougeole ont été signalés<sup>65</sup>.

### **3.2.2.6 Le VIH/SIDA**

Le manque de sécurité alimentaire et un statut nutritionnel pauvre peut accélérer la progression aux maladies VIH/SIDA, miner l'adhérence et la réponse à la thérapie antirétrovirale et, aggraver des impacts socio-économiques du virus. L'infection par le VIH elle-même mine la sécurité alimentaire et la nutrition en réduisant la capacité et la productivité de travail, et en compromettant des vies de ménage. Le VIH altère le statut nutritionnel en affaiblissant le système immunitaire, réduisant la prise de nutriments, son absorption et son utilisation. La malnutrition peut aggraver les effets du VIH et accélérer des infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH. Les adultes vivant avec le VIH ont des besoins énergétiques plus élevés de 10 à 30% qu'un adulte non infecté; les enfants vivants avec le VIH ont des besoins plus élevés de 50 à 100% que les besoins normaux. La disponibilité des aliments et une bonne nutrition sont alors essentielles afin de garder les personnes vivant avec le VIH en bonne santé<sup>66</sup>.

Le SIDA continue à faire de nombreuses victimes, surtout en Afrique subsaharienne (figure 3.13). Chaque jour, près de 7500 personnes sont infectées par le VIH et 5500 personnes meurent du SIDA parce qu'elles n'ont pas eu accès à des services de prévention et de traitement du VIH. En Afrique subsaharienne, près de 60% des adultes qui vivaient avec le VIH en 2007 étaient des femmes<sup>67</sup>. Cette région abrite aussi près de 90% des infections pédiatriques par le VIH<sup>68</sup>.

Figure 3.13: La prévalence du VIH chez les adultes

---

64 UNICEF 1998. La situation des enfants dans le monde 1998.

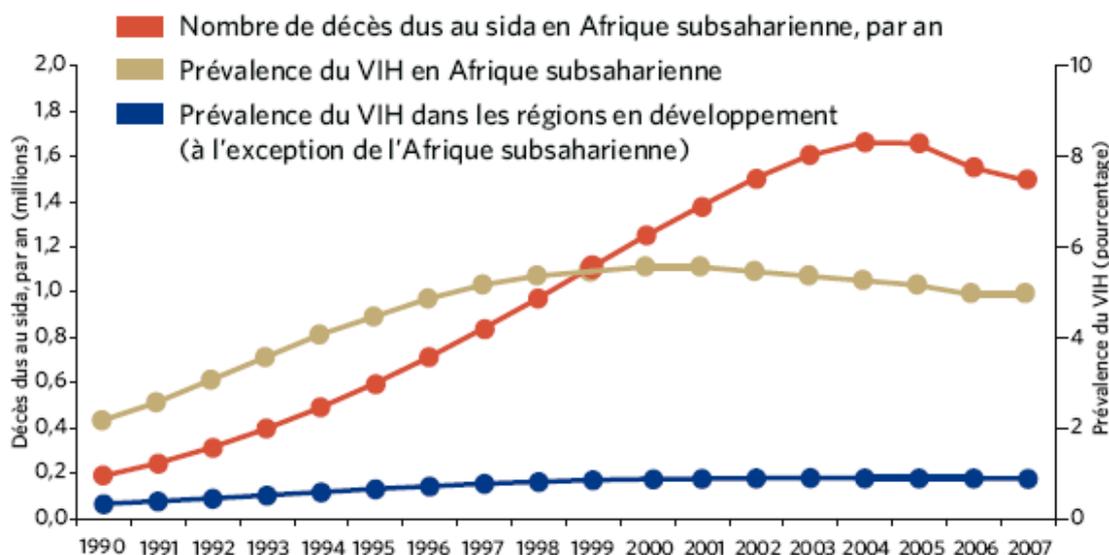
65 Communication personnelle Ministère de la Santé

66 WFP, WHO, UNAIDS (2008) HIV, Food security and Nutrition. Policy Brief. Expanded version

67 UNITED NATIONS, 2008 Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2008

68 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

Prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15-49 ans dans les régions en développement et en Afrique subsaharienne (Pourcentage) et nombre de décès dus au sida en Afrique subsaharienne (Millions), 1990-2007



Au Bénin, les résultats de l'enquête EDS 2006 ont révélé qu'au niveau national 1,2% des adultes sont VIH positifs (1,5% des femmes 15-49 ans; 0,8% des hommes 15-64 ans). Chez les femmes, le taux de séroprévalence est plus élevé en milieu urbain (2,2%) qu'en milieu rural (1%). A Cotonou, la prévalence est la plus élevée (2,8%). Même si la prévalence au Bénin est relativement basse, en termes absolus ceci implique qu'en 2007, 37000 femmes séropositives y vivent ainsi que 5400 enfants (de 0 à 14 ans) et 29000 orphelins<sup>69</sup>.

*Au Bénin,*  
 - la prévalence du VIH est relativement basse  
 - plus de femmes (1,5%) que d'hommes (0,8%) sont séropositives  
 - vivent 37000 femmes et 5400 enfants séropositives ainsi que 29000 orphelins du SIDA.

### 3.3 Analyse des causes sous-jacentes de la malnutrition

#### 3.3.1 L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire est l'une des causes sous-jacentes de la malnutrition. Par définition, la sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment et en tout lieu sur le

69 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

territoire national, accès à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins nutritionnels selon leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. Elle fait donc appel à quatre déterminants fondamentaux que sont la disponibilité alimentaire, l'accessibilité physique aux aliments, l'accessibilité financière aux produits alimentaires et l'utilisation biologique des aliments.

*La disponibilité alimentaire* est fonction entre autres de la production alimentaire locale ou domestique du ménage, des achats, dons ou legs d'aliments au profit du ménage, de la variation des stocks ou réserves alimentaires et surtout du nombre de bouches à nourrir ou la taille du ménage.

*L'accessibilité physique aux aliments* dépend de l'état de désenclavement des zones de production, toute chose qui facilite les transactions et le flux des denrées alimentaires des bassins de production vers la table du consommateur. Elle est aussi fonction de l'existence d'un dispositif ou système adéquat de transformation, de stockage et de conservation des aliments.

*L'accessibilité financière* est essentiellement fonction de l'évolution des prix des produits vivriers sur le marché local, national, régional et international ainsi que du revenu du ménage. L'évolution des prix des denrées alimentaires est sujette à la loi de l'offre et de la demande.

*L'utilisation biologique des aliments* est déterminée par leur salubrité, leurs valeurs nutritives ou qualités nutritionnelles, l'hygiène de l'alimentation incluant les pratiques culinaires et les modes de consommation, l'état de santé et le mode de vie des membres du ménage.

Dans les zones rurales, la sécurité alimentaire des ménages peut dépendre de l'accès à la terre et d'autres ressources agricoles requises pour garantir une production familiale suffisante. Dans les zones urbaines, où les denrées alimentaires sont surtout achetées sur le marché, il en faut toute une gamme à des prix abordables pour garantir la sécurité alimentaire. D'autres sources potentielles de produits alimentaires sont le troc, les dons d'amis ou de parents et, dans des circonstances extrêmes, l'aide alimentaire distribuée par les institutions humanitaires. La sécurité alimentaire des ménages dépend de l'accès aux vivres – accès financier, physique et social – à distinguer de la *disponibilité*. Par exemple, il peut y avoir abondance de produits alimentaires sur le marché, mais les familles pauvres qui ne peuvent se les offrir ne jouissent pas de la sécurité alimentaire. Pour les ménages pauvres, la sécurité alimentaire est donc souvent extrêmement précaire. La production agricole varie avec les saisons et les conditions environnementales à long terme. Les familles vendant leur récolte peuvent être rémunérées à des cours fluctuant selon une variété de facteurs hors de leur contrôle, alors que ceux qui doivent acheter des vivres constatent peut-être des prix exorbitants. Les familles se trouvant à la lisière de la survie n'ont guère la possibilité de constituer des stocks suffisants de vivres, ou de mettre au point des solutions de rechange qui atténueraient les difficultés pendant les périodes de détresse. Alors, si les familles pauvres peuvent avoir un accès suffisant à des vivres pour un mois, ce qui est essentiel est que l'accès soit suivi et durable<sup>70</sup>.

Bien que n'étant pas structurelle, la question de la sécurité alimentaire au Bénin est préoccupante du fait de l'existence de poches d'insécurité alimentaire graves au niveau de certains groupes à risque, notamment les petits exploitants agricoles du sud du pays, les populations de pêcheurs, et les familles à faible revenu dans les zones urbaines et péri urbaines.

Selon les résultats de la deuxième enquête sur les conditions de vie des ménages ruraux, 33% au moins des ménages sont incapables de satisfaire les besoins minima alimentaires malgré la forte prédominance des dépenses alimentaires (70%) dans leurs dépenses globales. Vers la fin des années

---

70 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

90, des études sur l'état de l'insécurité alimentaire estimaient déjà que 33 des 77 communes que compte le pays sont en insécurité alimentaire et nutritionnelle. La situation s'est depuis lors aggravée car 61 communes sont aujourd'hui victimes de l'insécurité nutritionnelle. Cette pauvreté alimentaire est davantage rurale qu'urbaine avec une forte disparité au plan départemental, communal et local<sup>71</sup>.

L'examen de la situation alimentaire montre aujourd'hui que:

- Les disponibilités alimentaires résultent des productions nationales mais également des importations. Ces importations concernent majoritairement le riz, la farine de blé et les produits d'origine animale (poisson, œufs et viande);
- Les principales cultures pratiquées sont les céréales (maïs, sorgho, mil, riz...), les racines et tubercules (manioc, igname...), les légumineuses (haricots, soja...) et les oléagineux (arachides, noix de palme...)
- Le Bénin est relativement autosuffisant en produits céréaliers de base (maïs, sorgho) et en racines/tubercules (manioc, igname);
- La production de ces aliments de base est encore largement tributaire des conditions climatiques en général et de la pluviométrie en particulier;
- Cette production alimentaire augmente en moyenne à des taux légèrement supérieurs à celui de la croissance démographique (4 à 5% d'augmentation annuelle contre 3% de croissance démographique);
- Sur le plan de la production animale, l'offre interne n'arrive pas à couvrir la demande et des importations de poissons, œufs, viande et lait sont encore nécessaires pour satisfaire les besoins.

L'Analyse Globale de la Vulnérabilité à la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (AGVSAN) menée récemment par le PAM/UNICEF et le Gouvernement du Bénin, indique qu'au niveau national, 972 000 personnes seraient en insécurité alimentaire, représentant 12,2% des ménages. Par ailleurs, bien que le reste de la population soit considéré en sécurité alimentaire, 1 048 000 personnes seraient à surveiller (13,2%). Cette insécurité alimentaire (IA) mesurée à partir du Score de Consommation Alimentaire (SCA) serait fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'éducation/instruction du chef de ménage. Ainsi:

- la prévalence de l'insécurité alimentaire serait plus élevée chez les ménages dirigés par les femmes comparés à ceux dirigés par les hommes;
- la prévalence de l'insécurité alimentaire serait plus élevée chez les ménages dirigés par des personnes âgées (60 ans et plus) comparés à ceux dirigés par des personnes plus jeunes (moins de 60 ans);
- la prévalence de l'insécurité alimentaire serait plus élevée chez les ménages dirigés par des personnes n'ayant pas reçu d'éducation ou simplement alphabétisé et elle diminue à mesure qu'augmente le niveau d'instruction du chef de ménage;

L'analyse indique également que l'insécurité alimentaire (IA) serait une fonction de l'indice de richesse des ménages. Ainsi, la prévalence de l'insécurité alimentaire est plus élevée chez les ménages du quintile des plus pauvres (28% d'IA) ou pauvres (14% d'IA). Elle diminue à mesure que le niveau de la richesse augmente (2% d'IA) parmi les ménages du quintile les plus riches.

---

71 MAEP, FAO 2008 Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA) au Bénin. Rapport final

En terme de répartition géographique de l'insécurité alimentaire, l'AGVSAN indique ce sont les départements du Mono, de l'Atacora, du Couffo et de la Donga qui ont les plus forts taux d'insécurité alimentaire. En termes de population, ces quatre départements représentent près de 60% des ménages en IA au niveau national. En ce qui concerne les personnes en sécurité alimentaire- à surveiller, en termes de population, elle concerne plus de 1 million de personnes principalement dans le Zou, le Borgou, une fois encore l'Atacora, les Collines et dans une moindre mesure l'Ouémé (voir tableau 3.5).

*La pauvreté alimentaire existe au Bénin: 33% des ménages au moins sont incapables de satisfaire les besoins minima alimentaires. Il y a des groupes à risque d'insécurité alimentaire grave: les petits exploitants agricoles du sud, les populations des pêcheurs, et les familles à faible revenus urbaines. 61 des 77 communes sont en insécurité alimentaire. Selon les données provisoires de l'AGVSAN 2009, 12,2% des ménages se trouvent en insécurité alimentaire et 13% en sécurité alimentaire à surveiller.*

Départements	Population totale du département*	Insécurité alimentaire (IA)		Sécurité alimentaire - à surveiller (SAS)		Insécurité alimentaire (IA) + Sécurité alimentaire - à surveiller (SAS)	
		%	Population	%	Population	%	Population
		ALIBORI	612,605	2%	10000	4%	24000
<b>ATACORA</b>	645,903	29%	186000	22%	144000	51%	330000
ATLANTIQUE	942,471	3%	29000	7%	66000	10%	95000
BORGOU	851,346	11%	92000	18%	149000	29%	241000
COLLINES	630,039	12%	75000	17%	109000	29%	184000
<b>COUFFO</b>	616,711	27%	167000	14%	83000	41%	250000
<b>DONGA</b>	411,538	19%	78000	14%	55000	33%	133000
LITTORAL	781,902	2%	14000	7%	55000	9%	69000
<b>MONO</b>	423,265	33%	142000	19%	79000	52%	221000
OUEME	859,107	9%	73000	11%	95000	20%	168000
PLATEAU	478,612	2%	10000	7%	32000	9%	42000
ZOU	705,315	14%	96000	22%	157000	36%	253000
<b>National</b>	<b>7,958,814</b>	<b>12%</b>	<b>972000</b>	<b>13%</b>	<b>1048000</b>	<b>25%</b>	<b>2020000</b>

Source : Données ménages de l'AGVSAN, Rapport provisoire, mai 2009

[1] Le score de consommation alimentaire (SCA) est un indicateur composite (standardisé du PAM) calculé pour refléter la diversité alimentaire (nombre d'aliments ou groupes d'aliments différents consommés au cours d'une période de référence), la fréquence (nombre de jours par semaine) ainsi que l'apport nutritionnel relatif des produits et groupes alimentaires consommés par un ménage.

La diversité du régime alimentaire est corrélée avec le statut socio-économique des ménages ainsi qu'un apport énergétique et protéinique adéquat, se traduisant par un bon état nutritionnel, sous réserves d'un environnement (assainissement, hygiène) satisfaisant[1]. C'est donc un bon indicateur de la dimension d'accessibilité de la sécurité alimentaire et de la qualité de la consommation alimentaire qui influe sur l'état nutritionnel.

**Tableau 3.5:** Distribution des classes d'insécurité alimentaire par département et des estimations de populations correspondantes

## 3.3.2 Les soins inadéquats

### 3.3.2.1 L'allaitement maternel

Le lait maternel contient tous les nutriments, les anticorps, les hormones et les antioxydants dont un nourrisson a besoin pour bien se porter ; il joue donc un rôle pivot dans la promotion du développement mental et physique des enfants. Non seulement les bébés nourris au sein montrent de meilleures réactions immunitaires à la vaccination, mais le lait maternel qu'ils consomment garantit les muqueuses de leurs systèmes gastro-intestinal et respiratoire contre la diarrhée et les infections de l'appareil respiratoire supérieur. Le Tableau 3.6 compare les risques relatifs des pratiques d'allaitement (exclusif vis-à-vis prédominant, partiel et pas d'allaitement) pour la morbidité et mortalité de la diarrhée et la pneumonie: un enfant alimenté au biberon court 10 fois plus de risques de mourir de la maladie diarrhéique qu'un bébé nourri exclusivement au sein.

L'impact des maladies attribué aux pratiques inadéquates d'allaitement maternel est grand: 12% des décès des enfants moins de 5 ans dont 77% à cause de l'allaitement non-exclusif<sup>72</sup>.

**Tableau 3.6:** Risques relatifs des pratiques d'allaitement sub-optimales (comparé avec l'allaitement exclusif) de 0 à 5 mois<sup>73</sup>

	Prédominant	Partiel	Pas d'allaitement
Mortalité toutes causes	1,48	2,85	14,4
Mortalité diarrhée	2,28	4,62	10,53
Mortalité pneumonie	1,75	2,49	15,13
Incidence diarrhée	1,26	3,04	3,65
Incidence pneumonie	1,79	2,48	2,07

Au Bénin, 95% des enfants ont été allaité pour une durée moyenne de 21,5 mois selon l'EDS 2006 (92% des enfants de 18 à 23 mois sont allaités selon l'AGVSAN 2009). L'OMS recommande que tous les enfants soient nourris exclusivement au sein dès la naissance jusqu'à six mois. Depuis 1996, la proportion des enfants allaités exclusivement a augmenté de 1,6% à 43% (figure 3.14). La durée médiane de l'allaitement maternel exclusif est 3,6 mois. Malgré cette tendance positive, ceci implique qu'à l'heure actuelle, 6 enfants sur 10 ne bénéficient pas de cette pratique. En plus, ce n'est qu'un enfant sur deux qui reçoit le lait maternel dans l'heure qui suit la naissance<sup>74</sup>. Un quart des enfants reçoit quelque chose d'autre que le lait maternel avant le début de l'allaitement (11% des enfants au Mono vs 44% des enfants du Borgou). Il n'existe pas des grosses écarts des pratiques d'allaitement entre les femmes pauvres/riches, urbaines/rurales. L'utilisation du biberon augmente comme le montre tableau 3.7.

**Tableau 3.7:** Utilisation du biberon pour les enfants de 4 à 5 mois au Bénin (données EDS 1996, 2001 et 2006)

	1996	2001	2006
% des enfants de 4 à 5 mois nourrit avec biberon	6,7	10	12,6

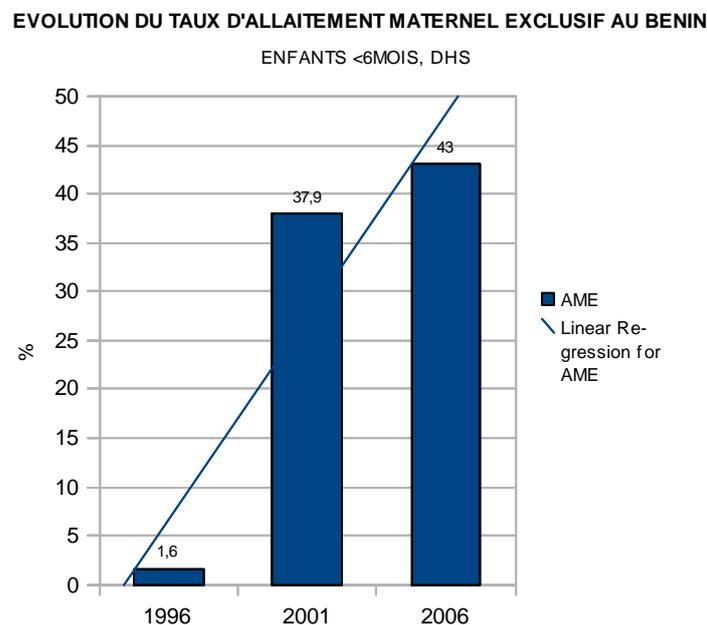
72 Black, R. *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 371 January 19, 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences

73 Black, R. *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 371 January 19, 2008. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences

74 Selon AGVSAN 2009, seulement 31,9% des enfants de 0 à 23 mois ont été allaité dans l'heure qui suit la naissance

L'analyse PROFILES<sup>75</sup> montre qu'au Bénin, 7 % des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables à la mauvaise pratique de l'allaitement maternel. Le Bénin ne perd pas seulement des vies à cause des mauvaises pratiques d'allaitement maternel; le pays perd aussi 10 milliards de FCFA chaque année (ce qui est plus de 25% du budget annuel du Ministère de la Santé) à cause de ces pratiques inadéquates d'allaitement maternel.

Figure 3.14: Evolution du taux d'AME au Bénin



*Au Bénin,*

- la plupart des enfants sont allaités (95%) pour une durée en moyenne de 21,5 mois
- le taux d'AME a augmenté les 10 ans passés: actuellement 4 enfants sur 10 de moins de 6 mois sont allaités exclusivement pour une durée moyenne de 3,6 mois
- un enfant sur deux (sur 3 selon AGVSAN) reçoit le lait maternel dans l'heure qui suit la naissance
- 7% des décès d'enfants de moins d'un an sont attribuables aux mauvaises pratiques d'allaitement maternel
- L'Utilisation du biberon augmente les dernières 10 années.

*Le pays perd chaque année 10 milliards de FCFA à cause des pratiques inadéquates d'allaitement maternel.*

75 PROFILES, 2004 Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin

### 3.3.2.2 L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

L'introduction des aliments complémentaires est une étape critique. Un enfant sera exposé à un risque accru de malnutrition et de maladie si ces aliments sont introduits bien avant l'âge de six mois, ou si la préparation et le stockage de la nourriture à la maison ne respectent pas les règles de l'hygiène. D'autre part, un enfant doit recevoir des aliments complémentaires dès l'âge de six mois, car le lait maternel ne satisfait plus tous ses besoins nutritionnels. Retarder cette étape trop au-delà de cet âge peut altérer la courbe de croissance. De l'âge de six mois environ jusqu'à 18 mois, la période de l'alimentation complémentaire, un enfant doit être nourri souvent – au moins quatre fois par jour, selon le nombre de fois qu'il prend le sein et d'autres facteurs – et exige des repas à la fois riches en énergie et en nutriments, et faciles à digérer. Les aliments qu'une famille mange normalement doivent être adaptés aux besoins des tout-petits, et il faut trouver le temps de préparer les repas et nourrir les enfants<sup>76</sup>.

Au Bénin, deux tiers des enfants à l'âge de 6 à 8 mois reçoivent des aliments de complément dont le plus fréquemment à base de céréales. En revanche, il est constaté qu'un tiers des enfants de 6 à 8 mois ne reçoit pas encore des aliments complémentaires, tandis que cette introduction est précoce pour 39,6% des enfants de 4 à 5 mois.

Seulement un tiers des enfants de 6 à 23 mois ont reçu une alimentation appropriée considérant la fréquence et la qualité<sup>77</sup>. La Figure 3.15 montre une grande variabilité entre les départements du pourcentage d'enfants de 6 à 23 mois ayant reçu les soins alimentaires appropriés (de 13,6% dans l'Alibori à 44,5% dans le Plateau). Il est constaté que la courbe de la malnutrition chronique sévère est pratiquement l'image reflet de la courbe des pratiques adéquates.

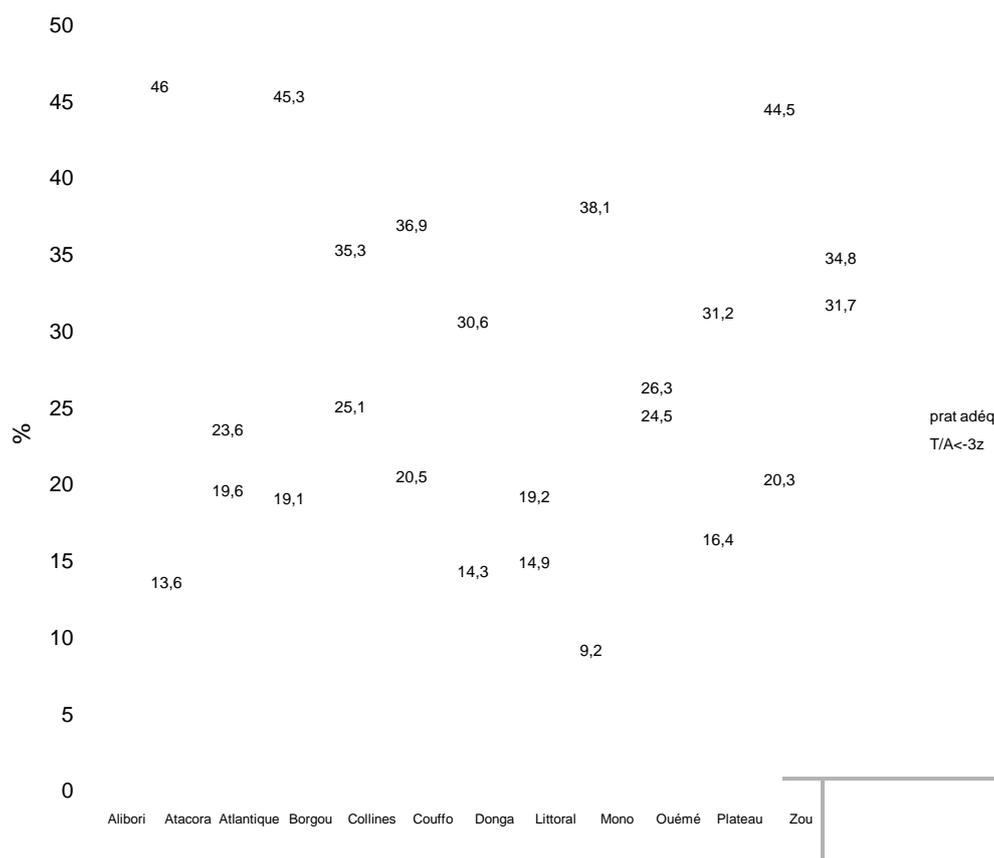
Figure 3.15: Pratiques adéquates d'alimentation et prévalence de la malnutrition par département

---

76 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

77 Avec 3 pratiques d'alimentation appropriées: allaitement maternel, au moins 3 (ou 4) groupes d'aliments, un nombre minimum de fois

## Pratiques adéquates d'alimentation et prévalence de la malnutrition



Un enfant doit recevoir fréquemment des aliments énergétiques et riches en nutriments qui lui assureront une croissance et un développement optimaux. L'incapacité de consentir ces investissements au bon moment ne pourra jamais être réparée plus tard. Un apport suffisant de micronutriments, particulièrement d'iode, de fer, de vitamine A et de zinc, demeure crucial. La Figure 3.16 illustre la consommation des aliments riches en vitamine A<sup>78</sup> et fer<sup>79</sup> par les enfants de 6 à 23 mois au Bénin: plus d'enfants ont consommé des aliments riches en vitamine A (qui pourraient être moins chers) que des aliments riches en fer (les aliments d'origine animale sont plus chers) respectivement 69,5 et 53,1%. Ceci est aussi illustré par l'inclinaison de la courbe de régression qui est plus raide pour la consommation des aliments riches en fer: plus la famille est aisée, plus les aliments d'origine animale sont consommés. En effet, il existe une association significative entre la diversification alimentaire et la consommation alimentaire *per capita* qui est utilisé comme indicateur de mesure de l'accès du ménage aux aliments<sup>80</sup>.

Plus la mère est instruite, plus son enfant consomme des aliments riches en fer et vitamine A. Par

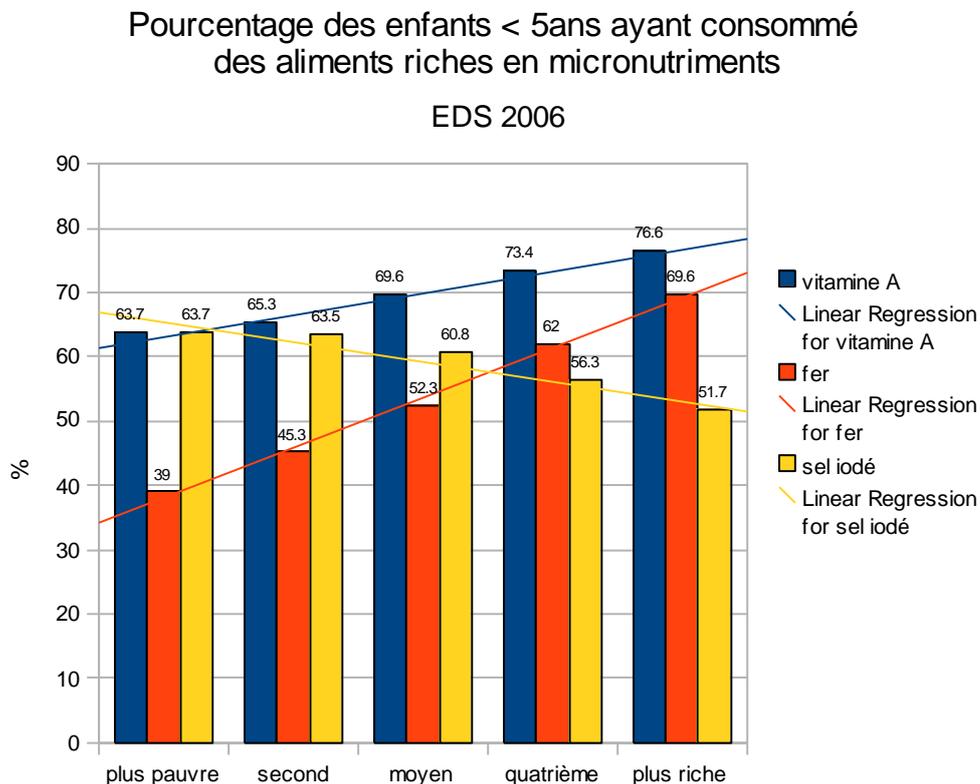
78 Y compris la viande (et les abats), le poisson, la volaille, les oeufs, les citrouilles, ignames et courges rouges ou jaunes, carottes, patates douces rouges, les légumes à feuilles vert foncé, les mangues et papayes

79 Y compris la viande (les abats inclus), poisson, volaille et oeufs

80 Ballard, T (2008). Towards a suite of food security indicators. Simple food security and nutrition indicators for assessment, monitoring and evaluation of programmes and policies. Communication, Wageningen June 4 2008

contre la disponibilité du sel iodé dans les ménages suit un parcours inverse: plus le ménage est aisé ou la maman instruite, moins le sel iodé est disponible.

Figure 3.16: Le pourcentage des enfants <5ans ayant consommé des aliments riches en micronutriments



La couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois, selon l'EDS 2006 est de 61% au niveau national; les données récentes du Ministère de la Santé montrent que pour 2009, une couverture était de 105% pour le premier passage. Depuis 2007, des enquêtes rapides de couverture de la supplémentation montrent une couverture toujours plus élevée que 80%<sup>81</sup>. Plus la mère est riche, instruite, ou vivant en milieu urbain, plus, elle a de chance que son enfant aura reçu une capsule de forte dose de vitamine A.

L'équipe AGVSAN a aussi évalué les pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant (6 à 23 mois) à l'aide de 3 indicateurs, notamment la diversité alimentaire, la fréquence minimale requise des repas et le régime alimentaire satisfaisant minimal. Le tableau 3.8 donne le récapitulatif des résultats. Le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois ayant un régime alimentaire satisfaisant minimal au niveau national n'est que 14,1%, ce résultat étant plus bas que celui trouvé lors de l'EDS 2006 (32,2%). A peine un enfant de 6 à 11 mois sur 10 est alimenté en respectant la qualité et fréquence.

81 Communication personnelle Ministère de la Santé (Juin 2009)

Tableau 3.8: Distribution des classes de consommation alimentaire au niveau national

Age	% des enfants ayant une diversité alimentaire minimale	% des enfants ayant une fréquence minimale des repas	% des enfants ayant un régime alimentaire satisfaisant minimal
6 à 11 mois	8,6	63,3	8,2
12 à 17 mois	17,5	67,9	15,4
18 à 23 mois	21,7	74,5	19,8
Total	15,6	68,2	14,1

*L'introduction de l'alimentation complémentaire est une étape critique. Au Bénin,*  
*- un tiers des enfants reçoivent de l'alimentation complémentaire déjà à l'âge de 4-5 mois tandis qu'un tiers d'enfants de 6-8 mois n'ont pas encore eu une alimentation complémentaire à l'allaitement maternel*  
*- deux tiers des enfants de 6-23 mois reçoivent des aliments riches en vitamine A; un enfant de ce groupe d'âge sur deux reçoit des aliments riches en fer*  
*- entre un et trois enfants de 6-23 mois sur 10 sont alimentés en respectant la fréquence et la qualité recommandée*

### 3.3.2.3 La vaccination

La couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) au Bénin est passée de 56% (en 1996), à 59% (en 2001), puis à 47% (en 2006). A ce jour, 7% des enfants de 12 à 23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV; ceci se traduit en 22130 enfants vulnérables non vaccinés.

Les enfants des ménages pauvres, dont la mère n'a pas d'instruction, et du milieu rural sont moins souvent vaccinés. Il existe aussi de grands écarts des taux de vaccination entre les départements (Plateau: 25,9% et Littoral: 64,2%).

*Au Bénin, la couverture vaccinale des enfants complètement vaccinés contre les maladies cibles du PEV est faible: 47% en 2006.*

### 3.3.2.4 L'alimentation de la femme (enceinte et allaitante)

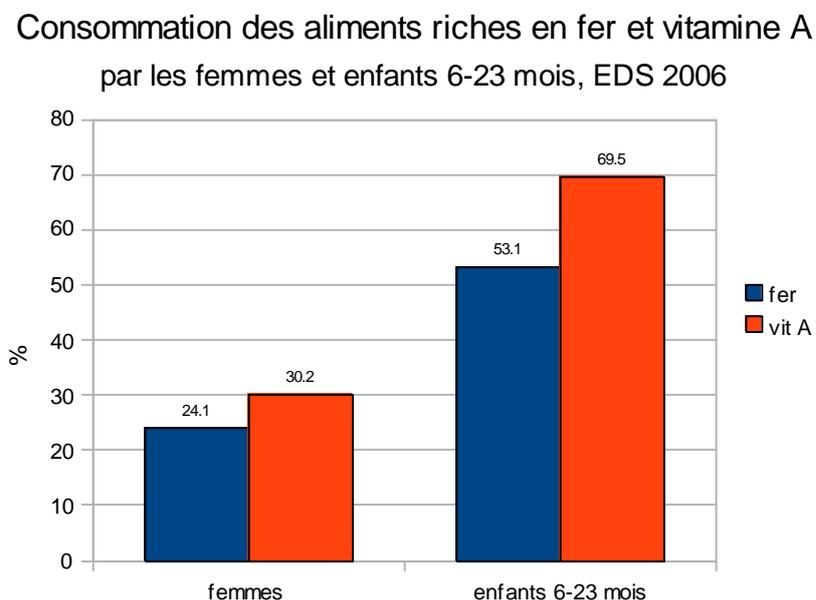
L'état nutritionnel de la femme avant et pendant la grossesse est important afin d'avoir la naissance d'un bébé en bonne santé. Chez les femmes enceintes, un faible indice de masse corporelle (moins de 18,5 kg/m<sup>2</sup>) accroît le risque de mortalité maternelle et néonatale; il en va de même si une mère souffre d'un retard de croissance. La faiblesse de la masse corporelle peut empêcher le fœtus de se développer normalement, ce qui risque d'entraîner des problèmes néonataux comme l'insuffisance pondérale à la naissance<sup>82</sup>. Chez une femme enceinte, la carence en iode, peut entraîner chez l'enfant à naître divers degrés d'arriération mentale. La dénutrition maternelle a peu d'effet sur le

82 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

volume ou la composition du lait maternel à l'exception de la malnutrition sévère. La concentration de certains micronutriments (vitamine A, iode, thiamine, riboflavine, pyridoxine et cobalamine) dans le lait maternel dépend du statut maternel et l'apport. Par conséquent, le risque de carence chez le nourrisson est augmenté dans le cas de carence maternelle.

Figure 3.17 montre la consommation par les femmes Béninoises des aliments riches en fer et vitamine A: il est à noter que les mères consomment moins que leurs enfants ces aliments (figure 16).

Figure 3.17: La consommation des aliments riches en fer et vitamine A par les femmes et enfants



*Au Bénin, les mamans consomment beaucoup moins des aliments riches en micronutriments que leurs enfants de 6 à 23 mois.*

### 3.3.2.5 Les soins prénatals

Les soins prénatals sont l'assurance d'une maternité et d'un accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène, axés sur le bien-être tant de la future mère que de son bébé.

Au Bénin, près de neuf femmes sur dix (88%) ont utilisé les services de consultations prénatales dispensées par du personnel de santé. Les femmes du milieu rural, pauvres et sans (ou avec peu d') instruction ont moins bénéficié de ses soins. Presque la totalité des femmes enceintes de Cotonou ont reçu des soins prénatals. L'OMS recommande au moins quatre visites prénatales débutant à un stade précoce de la grossesse. Presque deux tiers des femmes enceintes font 4 ou plus de visites prénatales et le nombre moyen de mois de grossesse à la première visite est 4,2 mois. Par contre,

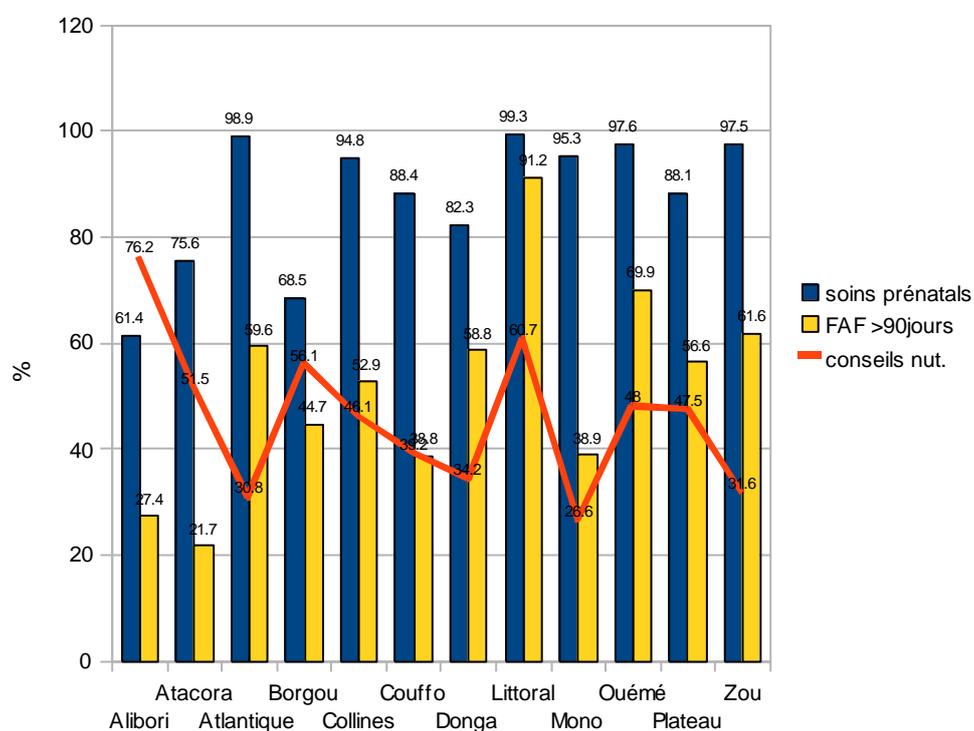
11,2% des femmes enceintes ne font aucune visite prénatale; en termes absolus ceci équivaut environ 40000 grossesses non suivies par an.

La visite prénatale est une opportunité importante pour communiquer avec les femmes enceintes et leur fournir certains soins (prise de poids, tension artérielle, prise de fer/acide folique, anti paludéens, vaccination antitétanique etc.) et informations (nutritionnelles) qui sont essentielles pour sa santé et bien-être aussi bien que celle de leur enfant à naître. Au Bénin, cette opportunité n'est pas saisie pour fournir les femmes enceintes des conseils nutritionnels: dans seulement 45% des cas, les femmes enceintes les ont reçus. L'accès aux informations nutritionnelles est en plus élitaire: plus la femme enceinte est d'un ménage riche, plus elle reçoit des conseils; plus elle est instruite, plus elle obtient les informations. Il existe des variations départementales (figure 3.18). L'Alibori semble particulier: un tiers des femmes enceintes ne font aucune visite prénatale, tandis que c'est le département où le plus de conseils nutritionnels sont fournis mais la prise du FAF est la plus basse (62%).

Concernant la durée de la prise du FAF<sup>83</sup>, il existe de grands écarts départementaux et socio-économiques (figure 3.17): 91% des femmes au Littoral prennent les capsules de FAF pour au moins 90 jours contre seulement 22% des femmes dans l'Atacora.

Figure 3.18: Le pourcentage des femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals

Pourcentage des femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals  
EDS, 2006



83 6 mois pendant la grossesse et 3 mois après accouchement de 60mg de fer et 400µg d'acide folique par jour

*Au Bénin,*

*- presque neuf femmes sur dix reçoivent des soins prénatals, pour la première fois en moyenne à 4,2 mois de grossesse*

*- deux tiers des femmes enceintes font au moins 4 visites prénatales*

*- presque neuf femmes sur dix prennent du FAF, la moitié d'entre elles les prennent pour 90 jours ou plus*

*- les femmes du milieu rural, les pauvres et les femmes non instruites font moins de visites prénatales; ces femmes prennent moins de fer et obtiennent moins de conseils nutritionnels.*

### **3.3.2.6 L'accouchement**

L'accouchement peut présenter des risques non seulement pour le bébé mais aussi pour la mère. Trois quarts de tous les décès de mères sont imputables à des complications qui surviennent soit durant l'accouchement, soit immédiatement après. Ces complications sont, entre autres : l'hémorragie (25 % des décès de mères); les infections (15 %); les complications dues à un avortement (13 %); l'éclampsie ou l'hypertension (12 %); et l'obstruction du travail (8 %) <sup>84</sup>. L'anémie a été identifiée comme un facteur contributif, sinon comme la cause principale, de 20% à 23% de tous les décès maternels postpartum en Afrique et en Asie, une estimation que de nombreux experts jugent très modeste <sup>85</sup>.

Au Bénin, presque 8 naissances sur dix (78%) ont eu lieu dans un établissement de santé, un taux élevé comparé avec la moyenne pour l'Afrique de l'Ouest et Centrale (46%) <sup>86</sup>. La grande partie des accouchements est assisté par une infirmière ou sage-femme (68,6%). Avec ce taux élevé d'accouchements assistés le niveau toujours élevé des décès maternels est également dû à la mauvaise qualité des services de Santé de la Reproduction <sup>87</sup>. La Figure 3.19 illustre le fait que les femmes enceintes des familles pauvres ont moins souvent une assistance du personnel de santé. Le Bénin connaît 365000 naissances par an; dont 4,2% ne sont assistés par personne (en termes absolus 15330 d'accouchements non assistés).

Figure 3.19: Le pourcentage des accouchements assistés

---

84 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

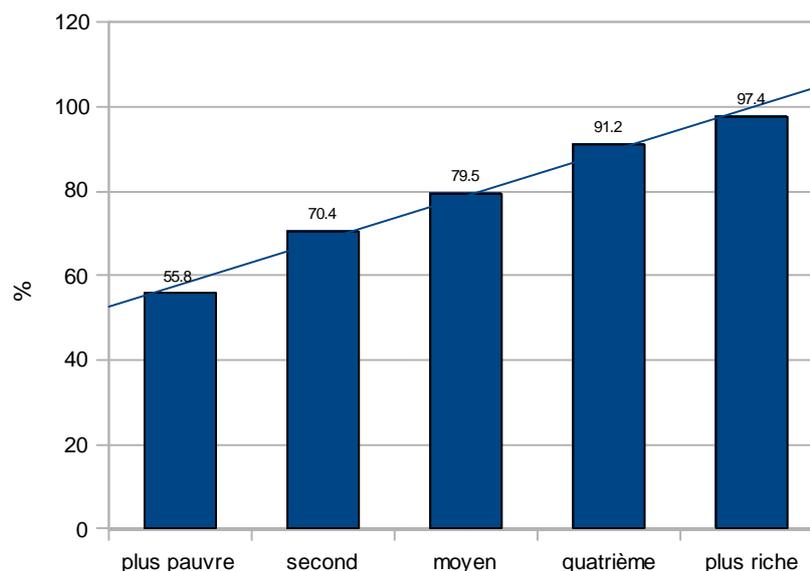
85 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

86 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

87 UNDAF 2009 – 2013. Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Bénin

## Pourcentage d'accouchements assistés

EDS 2006



*Au Bénin, presque 8 naissances sur dix ont lieu dans un établissement de santé. Avec ce taux élevé d'accouchements assistés, le niveau élevé de décès maternels est également dû à la mauvaise qualité des services de Santé de la Reproduction.*

### 3.3.2.7 Les soins post natals

Des études ont démontré que les risques de mortalité pour les mères sont particulièrement élevés pendant les deux jours qui suivent la naissance. La plupart des causes directes de mortalité maternelle sont faciles à traiter si un personnel qualifié est présent, s'il a les médicaments et le matériel nécessaires sous la main et s'il existe des centres de santé suffisamment proches pour y envoyer la parturiente<sup>88</sup>. L'enquête EDS 2006 montre que 68% des femmes ont subi un examen postnatal après l'accouchement. Par contre, 32% des parturientes n'ont pas fait une visite post natale (38% pour les femmes rurales et 50% des femmes les plus pauvres).

La politique nationale au Bénin prescrit qu'une femme devrait recevoir une dose forte (200000UI) de vitamine A au plus tard 8 semaines après l'accouchement. L'EDS 2006 montre que seulement 41% des femmes ont eu cette supplémentation post partum. Il n'existe pas de grands écarts entre la couverture en milieu urbain ou rural (43,8 vs 40,1%).

*Au Bénin, deux tiers des parturientes ont subi un examen postnatal. Seulement 41% des parturientes ont bénéficié de la supplémentation post partum en vitamine A.*

88 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

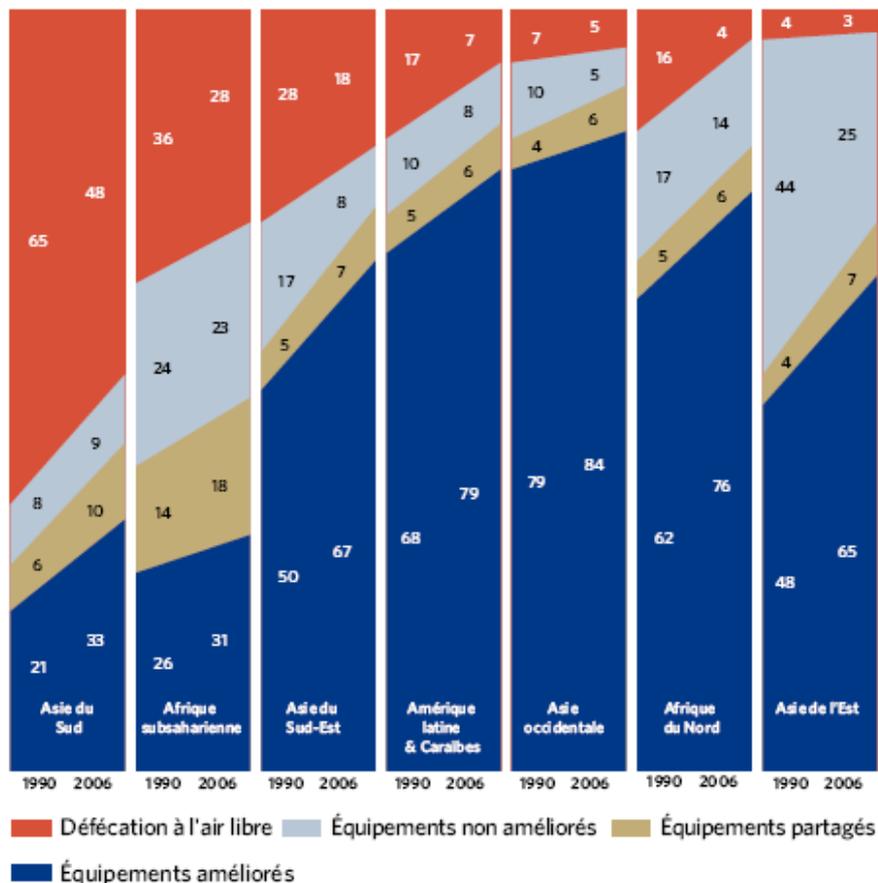
### 3.3.2.8 Les comportements d'hygiène et l'accès à l'eau potable

En ce qui concerne l'hygiène du milieu, le manque d'accès facile à un approvisionnement en eau potable et à des systèmes d'assainissement efficaces, la manipulation des aliments dans des conditions peu hygiéniques ainsi que l'insalubrité à l'intérieur et autour des maisons, à l'origine de la plupart des cas de diarrhée infantile, ont des conséquences considérables sur la propagation des maladies infectieuses. De plus, quand les aliments sont manipulés sans respect de l'hygiène et que l'environnement est insalubre, couvert de déchets animaux et humains, les jeunes enfants sont aussi plus sensibles aux parasites intestinaux, autre cause de mauvaise croissance et de malnutrition.

Si la défécation à l'air libre recule dans toutes les régions, elle est toujours pratiquée par près de la moitié de la population en Asie du Sud et par plus d'un quart des personnes vivant en Afrique subsaharienne (figure 3.20). Sur 1,2 milliard de personnes de par le monde qui pratiquent la défécation à l'air libre, plus d'un milliard vivent dans les zones rurales.

Figure 3.20: La proportion de la population classée par pratique sanitaire

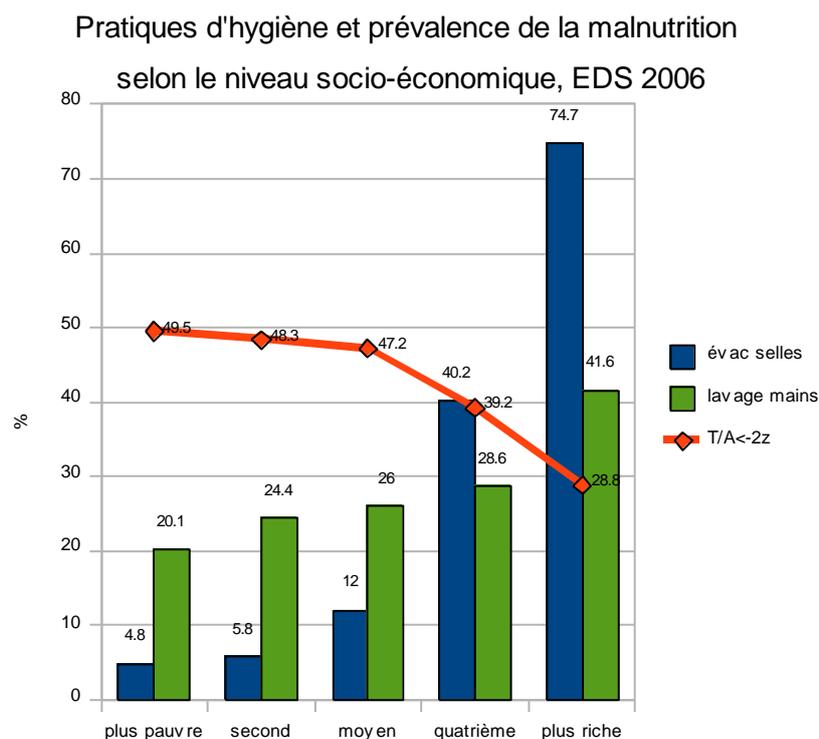
Proportion de la population classée par pratique sanitaire, 1990 et 2006 (Pourcentage)



Au Bénin, en 2006, pour seulement 26,2% des enfants, les selles sont évacués de manière

hygiénique<sup>89</sup>. Les écarts entre les pratiques des familles les plus pauvres et plus riches sont grand (figure 3.21) ainsi qu'entre les ménages du milieu urbain et rural (51,8% vs 12,2%): plus le ménage est riche, mieux sont les pratiques d'hygiène et plus bas est la prévalence de la malnutrition. Des bonnes pratiques de lavage des mains sont importantes dans le contrôle des maladies diarrhéiques et des actions de sensibilisation sur le lavage des mains peuvent réduire de 30% le risque de la diarrhée<sup>90</sup>. Malheureusement, seulement 27,7% des mères Béninoises ont des pratiques de lavage des mains adéquates. Même chez les mères les plus éduquées (52,4%) et des ménages les plus aisés (41,6%) ces pratiques ne sont pas généralisées, sauf pour le lavage des mains avant de manger (92%).

Figure 3.21: Les pratiques d'hygiène et prévalence de la malnutrition selon le niveau socio-économique

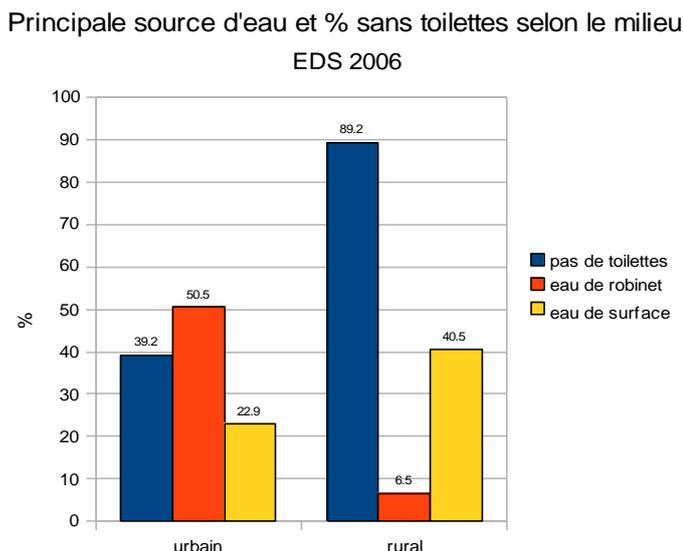


La proportion de ménages ne disposant pas de latrines ou toilette est élevée au Bénin: 68,5% n'en ont pas. En milieu rural, ce pourcentage atteint 89,2% mais même en milieu urbain plus qu'un tiers des ménages n'ont pas de toilettes. La provision des services d'assainissement, d'approvisionnement d'eau potable et d'évacuation des déchets en milieu urbain ne suit pas la croissance rapide de la population urbaine et devient problématique. Par exemple le pourcentage des ménages dont l'évacuation des eaux usées est dans la nature est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural (66,9% vs 65,2%); 23% des ménages urbains s'approvisionnent en eau de surface (figure 3.22).

89 C'est à dire: l'enfant utilise une toilette/latrine, les selles sont jetés dans les toilettes ou enterrés dans la cour

90 Bhutta Z *et al* [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Published online January 17, 2008 DOI 10.1016/SO140-6736(07)61693-6 What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival

**Figure 3.22:** La principale source d'eau et le pourcentage de ménages sans toilettes selon le milieu de résidence



Selon l'Agence Béninoise pour l'Environnement, à peine 20% des ordures ménagères et industrielles produites à Cotonou sont enlevées et gérées comme il se doit. Dans moins de 50% des formations sanitaires, les déchets biomédicaux sont détruits dans les incinérateurs. Cette situation peu reluisante explique les épidémies périodiques du choléra et la persistance de certaines maladies hydriques telles que les diarrhées, la bilharziose, la dracunculose. La recrudescence des maladies infectieuses et parasitaires interpelle non seulement la qualité des services offerts dans les formations sanitaires, les aptitudes en matière d'hygiène dans les ménages mais aussi le niveau de pauvreté des populations<sup>91</sup>.

Malgré les progrès accomplis en matière d'accès à l'eau potable, presque deux tiers des ménages (61,3%) au Bénin s'approvisionnent en eau de boisson à travers des puits non protégés ou de l'eau de surface et donc ne bénéficient toujours pas de l'eau potable, un élément essentiel à une bonne nutrition. C'est aux femmes et aux enfants qu'il incombe habituellement d'aller chercher l'eau nécessaire aux besoins du ménage, une tâche qui absorbe beaucoup de temps et d'énergie. On a estimé qu'en diminuant la distance jusqu'au point d'eau, on permettrait aux femmes de conserver de bonnes réserves d'énergie, jusqu'à 300 à 600 calories par jour<sup>92</sup>.

L'enquête AGVSAN révèle les faits suivants:

- pour seulement 27,1% des enfants les selles sont évacués de manière hygiénique
- les écarts entre le milieu urbain et rural se manifestent aussi clairement: 49,3% vs 14,4% des selles sont évacués de manière adéquate. Ceci est une légère amélioration comparée avec les résultats obtenus en 2006
- les écarts du comportement de l'évacuation des selles entre les départements sont très grands

91 Ministère de la Santé Publique (2002) Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006

92 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

(un comportement adéquat dans l'Alibori pour 3,2% des enfants, dans l'Atlantique pour 44,4% des enfants et 88,9% au Littoral)

- l'écart entre les ménages pauvres et riches pour l'évacuation des selles est grand et similaire aux résultats trouvés en 2006
- le pourcentage des mères ayant des pratiques adéquates de lavage des mains est plus bas que celui trouvé par l'EDS 2006: 10,2% vs 27,7%.
- le pourcentage des ménages n'ayant pas de latrines/toilettes a légèrement baissé de 68,5% en 2006 à 61,6% en 2009
- l'approvisionnement de l'eau potable pour les ménages a sensiblement amélioré: 71,1% des ménages en ont accès; 2,1% des ménages urbains s'approvisionnent en eau de surface (contre 23% en 2006)

*Au Bénin,*

- *pour un quart des enfants les selles sont évacuées de façon hygiénique*
- *27% (10,2% selon AGVSAN) des mères pratiquent les bons comportements de lavage des mains*
- *presque toutes les mères se lavent les mains avant de manger*
- *environ deux tiers des ménages n'ont pas de toilette ou de latrines*
- *l'approvisionnement en eau potable a été sensiblement amélioré entre 2006 et 2009: 71,1% des ménages en bénéficient maintenant*
- *les services d'assainissement et d'évacuation des déchets dans les villes ne suivent pas la croissance de la population urbaine; l'hygiène et l'assainissement dans les villes deviennent un problème urgent.*

### **3.3.2.9 Les pratiques sanitaires**

Même dans une famille qui a assez de nourriture, qui vit dans un environnement sain, dans de bonnes conditions d'hygiène et qui peut accéder aux services de santé, les enfants peuvent pourtant être malnutris. L'inadéquation des soins accordés aux enfants et aux femmes est le troisième élément des causes sous-jacentes de la malnutrition.

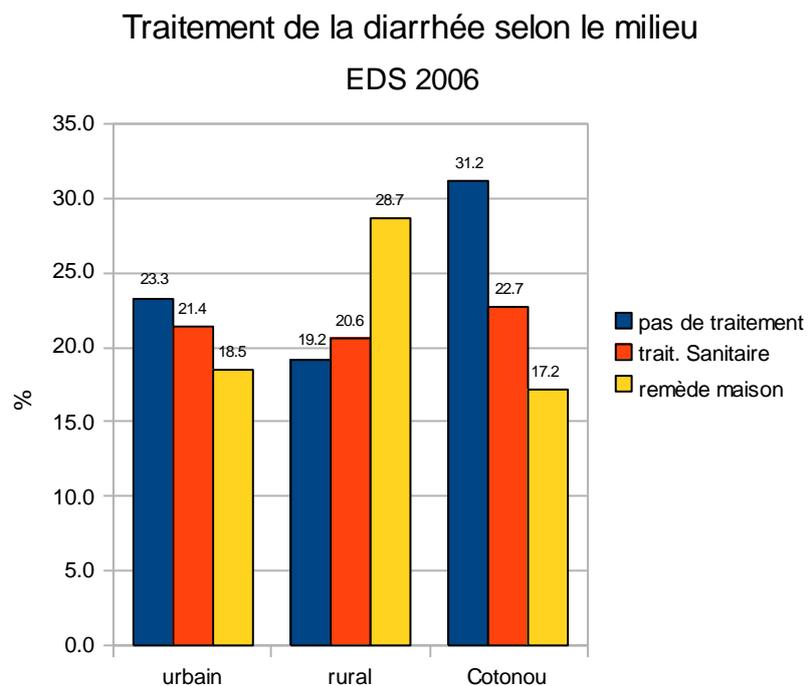
#### **3.3.2.9.1 Le traitement de la diarrhée**

Dans le cas de la diarrhée, seulement 21% d'enfants ont eu un traitement auprès d'un établissement ou un prestataire de service de santé. Dans 20% des cas aucun traitement n'a été cherché; ce pourcentage est plus élevé (31%) pour les enfants ayant la diarrhée à Cotonou qu'en milieu rural (figure 3.23), tandis qu'en milieu rural le recours est plutôt pour des remèdes «maison». Il est aussi à noter que pour les enfants de moins de 6 mois, moins souvent un traitement auprès d'une structure sanitaire est recherché; un tiers de ces enfants ne reçoivent aucun traitement. C'est les enfants de 6 à 23 mois qui reçoivent le plus souvent une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO) respectivement 32 et 29% pour les enfants de 6-11 et 12-23 mois.

En ce qui concerne les pratiques alimentaires durant un épisode de diarrhée, il est constaté que:

- 50% des enfants ont reçu moins d'aliments
- 29% des enfants ont reçu moins de liquides
- 28% des enfants ont eu la quantité de liquides augmentée et ont continué à être alimentés
- les enfants de moins de 6 mois reçoivent moins souvent une TRO (avec quantité de liquides augmenté et ont continué à être alimentés): 32% vs les autres groupes d'âge entre 40 et 56%.

Figure 3.23: Le traitement de la diarrhée selon le milieu de résidence



*Au Bénin, pour la diarrhée,*  
 - *seulement un enfant sur 5 est traité dans une structure sanitaire ou par un prestataire de service de santé*  
 - *les enfants de moins de 6 mois sont moins souvent traités et la qualité du traitement est aussi moins*  
 - *une forte proportion des femmes ne connaissent pas et/ou ne respectent pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques.*

### 3.3.2.9.2 Le traitement des IRAs

Pendant l'enfance, la pneumonie et le paludisme peuvent avoir des symptômes très similaires, d'où la nécessité d'une prise en charge efficace et de la possibilité d'offrir des soins au niveau communautaire. En réalité, surtout chez les enfants en bas âge, il est parfois impossible de savoir si une température élevée, une toux et une respiration rapide sont des symptômes de pneumonie ou de paludisme. Lorsqu'un enfant a une pneumonie, il faut qu'un agent de santé définisse ses symptômes et lui administre sans attendre les soins nécessaires<sup>93</sup>.

En comparaison avec les maladies diarrhéiques, la recherche de traitement auprès d'un établissement ou un agent de santé se fait plus souvent: pour 36% des enfants au niveau national (figure 3.24); de nouveau pour les enfants malades de Cotonou la recherche de traitement se passe moins souvent (34%). Les enfants des ménages les plus riches ont plus fréquemment bénéficié de traitement que les enfants des ménages pauvres (48 vs 28%).

*Au Bénin, pour les IRA,*  
- un enfant sur 3 est traité dans une structure sanitaire ou par un prestataire de service de santé  
- les enfants des ménages plus riches sont plus fréquemment traités que les enfants des ménages pauvres.

### 3.3.2.9.3 La prévention et le traitement du paludisme

Plusieurs interventions de base, notamment le fait de dormir sous une moustiquaire traitée à l'insecticide (MTI) et l'administration de médicaments antipaludiques aux femmes enceintes et aux enfants présentant des symptômes évidents de la maladie, permettent de prévenir et de traiter le paludisme.

En comparaison avec la diarrhée et les IRAs, un traitement auprès d'une structure sanitaire ou agent de santé est plus souvent recherché (figure 3.24) pour les enfants fiévreux. Pour 42% des enfants ayant la fièvre, le traitement est recherché le jour même; pour presque un enfant sur deux, le traitement consiste à la prise de chloroquine, un traitement qui est moins efficace (mais moins coûteux) que le traitement combiné à base d'artésinine (ART). Le traitement et la prise des antipaludéens est fortement dépendant de la classe socio-économique dans laquelle l'enfant vit: plus la famille est riche, plus l'enfant aura la chance d'être traité (figure 3.25). Cette même tendance existe pour les familles dont la mère a une instruction (plus élevée) et pour les enfants du milieu urbain (vs rural).

Figure 3.24: Les enfants malades ayant eu un traitement dans une structure sanitaire

---

93 UNICEF 2008. La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant.

Enfants <5 ans malades ayant eu un traitement dans une structure sanitaire

EDS 2006

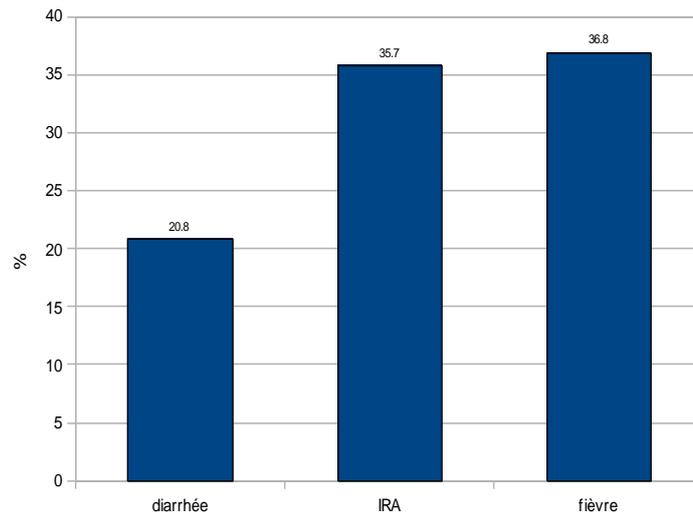
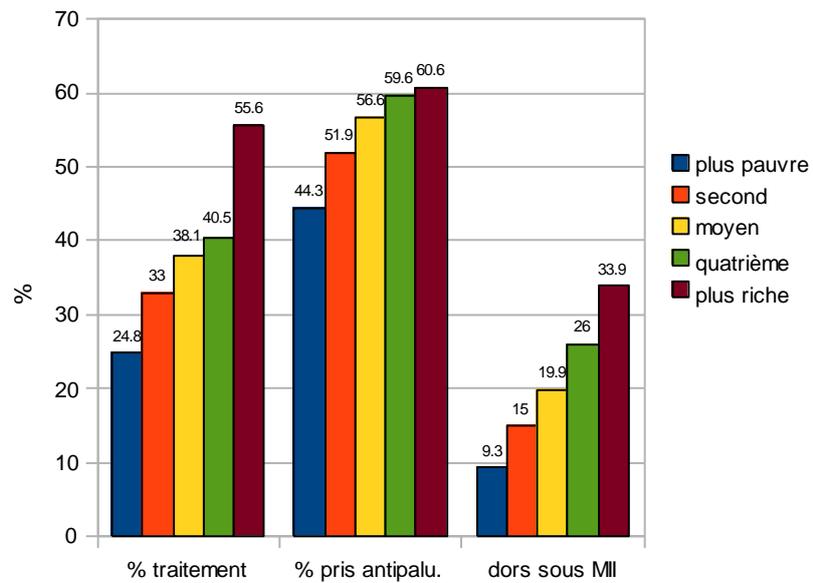


Figure 3.25: La recherche de traitement, prise des antipaludéens et utilisation des MII pour les enfants <5ans

Recherche de traitement, prise d'antipaludéens et utilisation de MII pour enfants <5ans par classe socio-économique, EDS 2006



Au niveau mondial, la prévention du paludisme a mieux progressé que son traitement curatif: tous les pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles, affichent une amélioration de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) chez les enfants de moins de 5 ans. Malgré tous ces progrès, l'utilisation de MII est encore loin des cibles fixées à l'échelon mondial<sup>94</sup>.

Au Bénin, selon l'EDS 2006, 47% des enfants d'âge préscolaire dorment sous moustiquaire, et un enfant sur cinq a dormi sous MII (7% en 2000). Il existe de grands écarts des pratiques entre les milieux socio-économiques (figure 3.24): un tiers des enfants des ménages les plus riches dorment sous MII, tandis qu'un enfant pauvre sur 10. Ce sont plutôt les enfants des groupes d'âge les plus jeunes qui dorment sous moustiquaire.

Pour les femmes en âge de procréer les habitudes sont similaires: presque une femme (enceinte) sur 5 dort sous MII et plus de femmes des ménages les plus riches en dorment dessous. En ce qui concerne la chimio prévention, 8 femmes enceintes sur 10 ont pris des antipaludéens; la proportion des femmes enceintes qui ont pris deux doses de la SP/Fansidar est très faible (3%).

*Au Bénin,*

- pour 37% des enfants ayant de la fièvre, un traitement est recherché auprès d'une structure sanitaire ou un prestataire de service de santé; pour 42% de ces cas, ce traitement est recherché le jour même
- le traitement combiné à base d'artésinine n'est pas encore généralisé (moins d'un pour cent des enfants malades l'ont pris)
- l'utilisation du MII n'est pas répandue: un enfant de moins de 5 ans sur cinq et une femme (enceinte) sur cinq dorment sous MII
- 8 femmes enceintes sur 10 ont pris des antipaludéens
- la pratique des comportements préventifs et curatifs appropriés contre le paludisme sont plus fréquents dans les ménages les plus riches, dont la mère est instruite et dans le milieu urbain.

### **3.3.2.10 L'accès aux services de santé et la qualité des soins**

Un élément essentiel de la bonne santé est l'accès à des services de santé curatifs et préventifs d'un coût abordable et de bonne qualité. Les familles devraient disposer d'un centre de santé à distance raisonnable, avec du personnel qualifié et équipé pour donner les conseils et les soins requis.

Au Bénin, la fréquentation des services de santé pour les soins curatifs s'améliore mais le taux demeure encore faible: 35% en 2002, 38% en 2003 et 37% en 2005<sup>95</sup>. Tant que les ménages continuent à supporter plus de la moitié (52,3%) des coûts relatifs aux soins de santé, l'objectif de la fréquentation des services de santé et la maîtrise des maladies prioritaires sera difficilement

---

94 Objectif de 'Faire reculer le paludisme': en 2010, 80% des enfants de moins de 5 ans dorment sous MII

95 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

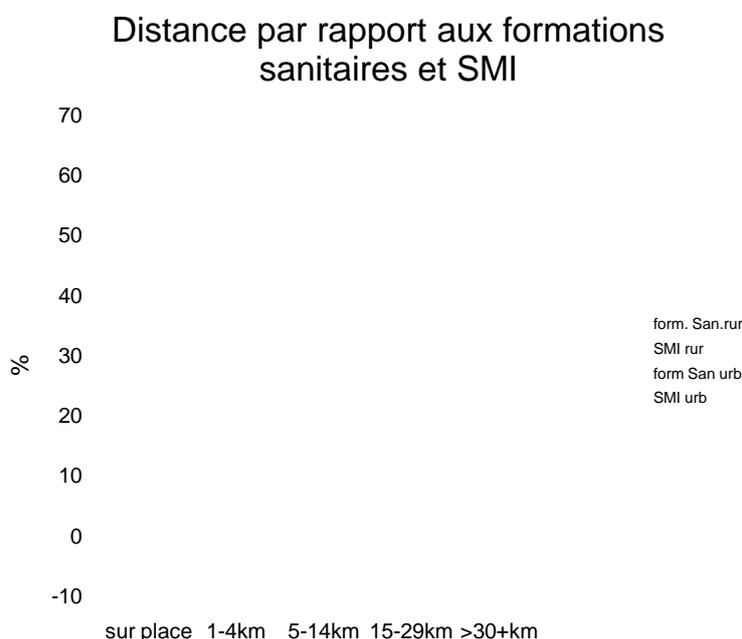
atteint<sup>96</sup>.

Concernant la disponibilité des infrastructures sanitaires, force est de constater que sur l'ensemble des ménages, 66% seulement ont accès à une formation sanitaire dans leur localité, tandis que les formations sanitaires de première référence ne couvrent que 50% de la population. Les infrastructures et les équipements sont en nombre insuffisant. Cette situation touche essentiellement les hôpitaux de zones, les Centres de Santé des Communies, les Centres de Santé des Arrondissements et les Unités Villageoises de Santé; il y a très peu d'investissement actuellement au niveau de ces unités qui constituent pourtant un moyen efficace de promotion de la santé à la base<sup>97</sup>. Il existe aussi une faible couverture en soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) et complets (SOUC): 22,9%<sup>98</sup>. Le document de Politique du Secteur de Santé<sup>99</sup> note qu'au Bénin, il y a une couverture des infrastructures sanitaires de 80% et que l'accessibilité géographique peut alors être considérée comme acceptable. L'accessibilité financière et le mauvais accueil demeurent les deux principales causes de la faible fréquentation des centres publics de santé.

Les constats de l'EDS 2006 pour l'accessibilité géographique sont illustrés dans la figure 3.26:

- l'accès aux services de santé maternelle et infantile est plus difficile que pour les formations sanitaires (14,3% vs 45,9% des femmes l'ont sur place)
- les femmes du milieu rural ont moins d'accès aux formations sanitaires et services SMI que les femmes du milieu urbain

Figure 3.26: La distance par rapport aux formations sanitaires et SMI



96 La valeur cible OMD en 2015 pour le Bénin étant 100%

97 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

98 UNDAF 2009 – 2013. Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Bénin

99 Ministère de la Santé Publique (2002) Politique et Stratégies de développement du secteur santé 2002-2006

Environ un quart des femmes des départements de l'Atacora, de la Donga, du Borgou et de l'Alibori doivent parcourir au moins 15 km pour avoir accès aux SMI.

Les établissements éloignés (ou inexistant) et la cherté des médicaments et/ou consultations sont les principaux problèmes évoqués par les femmes. Pour les femmes urbaines le coût élevé des consultations/médicaments est cité en première position tandis que pour les femmes rurales c'est l'inexistence/distance éloignée des établissements de santé. La distance de la structure sanitaire se traduit en fait aussi en inaccessibilité financière puisque « obtenir l'argent nécessaire pour y aller » et « devoir prendre un moyen de transport » sont des problèmes souvent rencontrés par les femmes (73,9% et 36,6% des femmes respectivement).

Il faut également noter les proportions importantes des femmes ayant cité des problèmes en relation avec le fonctionnement des services de santé:

- l'attente trop longue (cité par 30% des femmes)
- le personnel absent ou en retard (cité par 29% des femmes)
- les soins non efficaces (cité par 24% des femmes)
- le mauvais accueil (cité par 24% des femmes)
- le manque de personnel féminin (cité par 16% des femmes)
- personnel de santé pas qualifié (cité par 13% des femmes)
- établissements de santé pas propre/manque d'hygiène (cité par 11% des femmes)
- manque de confidentialité (cité par 3% des femmes)

*Au Bénin,*

- la fréquentation des services de santé par la population est faible (37%)
- deux tiers de la population ont accès à une formation sanitaire dans leur localité
- l'accès aux services de santé est inéquitable
- l'accessibilité géographique est acceptable (80%) selon le Ministère de la Santé; elle est quand même citée par les femmes comme problème important (45% des femmes)
- l'accessibilité financière est un problème sérieux et comprend la cherté du transport pour y aller et la cherté des consultations et médicaments
- le mauvais fonctionnement des services de santé publics est une barrière à la fréquentation aussi bien évoqué par les clients que par le Gouvernement.

### **3.4 Analyse des causes fondamentales de la malnutrition**

Beaucoup de familles pauvres ont en fait une nutrition adéquate, et la malnutrition s'observe dans bien des familles plus aisées. Pour avoir une explication plus complète, il est nécessaire de mieux comprendre les différents types de ressources nécessaires pour une bonne nutrition, et les facteurs

qui conditionnent la capacité d'une famille d'accéder à ces ressources et de les maîtriser.

### 3.4.1 Le statut de la femme

D'innombrables études ont montré que l'autonomisation des femmes est le plus efficace de tous les moyens de parvenir au développement. Aucune autre stratégie ne réussit aussi souvent à accroître la productivité économique ou à réduire la mortalité infantile et maternelle. Aucune autre stratégie ne permet avec autant de certitude d'améliorer la nutrition et de promouvoir la santé, notamment la prévention du VIH/SIDA. Aucune autre stratégie n'accroît aussi efficacement les possibilités d'instruction de la génération suivante<sup>100</sup>.

Aussi longtemps que l'inégalité dans la division du travail et des ressources au sein des familles et des communautés continuera de favoriser les hommes, et aussi longtemps qu'il y aura discrimination à l'encontre des jeunes filles et des femmes en matière d'éducation et d'emploi, les pratiques de soins vitales pour le bien-être nutritionnel des enfants en ressentiront des conséquences funestes. Les femmes consacrent en moyenne près de deux fois plus de temps que les hommes à l'entretien de la famille et du ménage. Elles passent de plus entre 20 et 30 heures par semaine à d'autres travaux ménagers non rémunérés. Si les fardeaux qu'elles supportent ne sont pas mieux répartis et partagés plus équitablement, elles en souffriront aussi bien personnellement qu'en tant que dispensatrices de soins<sup>101</sup>.

L'Institut International de Recherche sur les Politiques Alimentaires (IFPRI), en 2005, a généré de nouvelles études réaffirmant que habiliter les femmes est une clé pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les pays en voie de développement<sup>102</sup>. IFPRI a constaté que:

- la différence de rendement est le résultat des inégalités des intrants agricoles entre les paysans masculins et féminins. En Afrique subsaharienne, les femmes jouent un rôle clé dans la production alimentaire; malgré cela les femmes ont moins d'accès à l'éducation, travail et engrais que les hommes. Égaliser les intrants agricoles entre hommes et femmes résultera en gains significatifs de productivité agricole;
- éduquer les femmes est une méthode clé pour augmenter la productivité agricole en Afrique subsaharienne;
- le statut des femmes affecte de façon significative la nutrition des enfants parce que les femmes qui ont un meilleur statut, ont un meilleur état nutritionnel elles-mêmes, elles sont mieux soignées, et alors elles donnent à leur tour des soins de meilleure qualité aux enfants;
- une amélioration du statut des femmes a une influence forte sur l'état nutritionnel de leurs enfants aussi bien à court et à long termes;
- si les hommes et les femmes en Afrique subsaharienne avaient un statut égal, la malnutrition des enfants dans cette région allait diminuer de presque 3%, réduisant alors le nombre d'enfants malnutris de moins de 3 ans de 1,7 millions.

---

100 UNICEF, 2007 La situation des enfants dans le monde 2007. Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes.

101 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

102 IFPRI, 2005. Women. Still the key to Food and Nutrition Security

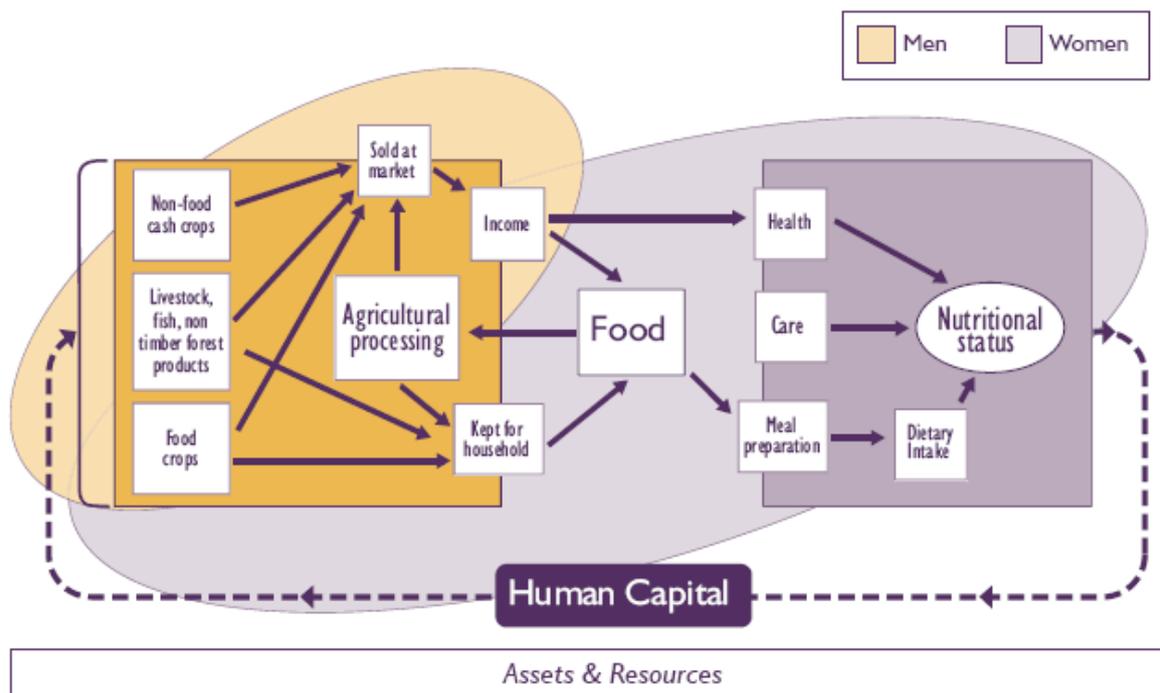
Johnson-Welch, MacQuarrie et Bunch (2005)<sup>103</sup> ont développé le cadre conceptuel de l'avantage agriculture et nutrition (figure 3.26) qui accentuent les domaines traditionnels des hommes et femmes dans l'agriculture et la nutrition. L'agriculture contribue à la quantité et la qualité de l'apport des aliments. Quant aux femmes et filles, elles ont la responsabilité pour la nutrition de la famille (cadre à droite); hommes et femmes sont engagés dans la production agricole, le marketing, la transformation après-récolte et génération de revenus. Les hommes ont tendance à faire ces activités agricoles à une échelle plus grande que les femmes, mais les femmes assurent la plupart du main d'oeuvre dans l'agriculture de subsistance et de plus en plus aussi dans l'agriculture de marché. Historiquement les politiques et programmes d'agriculture ont manqué d'adresser les contraintes des femmes, y compris le manque d'accès et contrôle aux ressources. Hommes et femmes gagnent de l'argent. Le revenu des femmes, en général, est moins que celui des hommes, mais elles en ont le contrôle. Ce revenu a tendance d'être utilisé pour répondre aux besoins nutritionnels et sanitaires de la famille. Figure 3.27 démontre aussi que le domaine des femmes est plus large que celui des hommes. La répartition inégale des corvées ménagères, qui oblige par exemple les filles et les femmes à parcourir de longues distances pour aller chercher de l'eau et du bois de chauffage, sont des signes d'inégalité plus subtils. Ces formes de discrimination profondément ancrées maintiennent souvent les individus, les familles et les sociétés sous le joug de la pauvreté et font obstacle au développement économique, politique et social. Réduire la charge de travail des femmes peut contribuer à une meilleure nutrition de la famille. Réduire le travail d'une femme pendant sa grossesse, tout en lui fournissant une nourriture plus abondante et de bonne qualité, améliore son statut nutritionnel et celui de son enfant à naître, et réduit le risque d'insuffisance pondérale du nouveau-né<sup>104</sup>.

Figure 3.27: Les domaines traditionnels des hommes et femmes dans l'agriculture et la nutrition

---

103 Johnson-Welch C, MacQuarrie K, Bunch S. 2005 A leadership strategy for reducing hunger and malnutrition in Africa: the agriculture-nutrition advantage. International Center for Research on Women

104 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998



**NB.**

*Human capital = Capital humain ; Food = nourriture/aliments; Man = homme; Woman = femme; Health = Santé; Care = soins; Nutritional status = Statut nutritionnel; Meal preparation = préparation de la nourriture ; Dietary intake = apport diététique ; Kept for household = gardé pour le ménage ; Food crops = cultures vivrières ; Agricultural processing = transformation des produits agricoles ; Livestock, fish, non timber forest products = produits d'élevage, de pêche/pisciculture et de foresterie ; Non-food cash crops= cultures de rente non alimentaires ; Sold at market = Vendu au marché ; Income = Revenu/salaire*

**Niveau ménage**

L'EDS 2006 a incorporé la dimension genre dont les résultats au Bénin sont:

- 88% des femmes en union travaillent (la moitié est rémunérée en argent)
- la majorité des femmes (87%) décident elles-mêmes de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent
- la femme décide principalement (54%) sur la nourriture à préparer chaque jour
- le conjoint décide principalement sur les soins de santé personnels (47%), les grosses dépenses du ménage (52%)
- pour les achats des besoins quotidiens du ménage et les visites à la famille la prise de décision est faite dans environ un tiers des cas chacun par la femme, le conjoint ou ensemble
- il y a une augmentation de la participation des femmes dans les décisions avec l'âge
- 15% des femmes ne participent à aucune décision du ménage

- il existe des grands écarts entre les départements dans la prise de décision

Il est ressorti d'une étude récemment effectuée dans un grand nombre de pays par l'Organisation mondiale de la Santé qu'entre 15 et 71% des femmes avaient été agressées physiquement ou sexuellement par leur partenaire. La violence familiale est la forme la plus courante de violence perpétrée contre les femmes<sup>105</sup>. Concernant la violence conjugale, l'EDS 2006 a trouvé que:

- 47% des femmes approuvent qu'un mari batte sa femme
- l'opinion des femmes qui justifient la violence conjugale dépend largement de leur niveau d'instruction, sa classe socio-économique et le milieu dans lequel elle vit (plus elle est éduquée/riche, moins elle accepte)
- moins d'hommes (14%) que de femmes pensent qu'un homme a le droit de battre sa femme.

### Niveau international

Des facteurs politiques, juridiques et culturels aux niveaux national et régional peuvent battre en brèche les efforts les plus méritoires des familles pour assurer une nutrition satisfaisante à tous leurs membres. Ce sont notamment le degré auquel les droits des femmes et des jeunes filles sont protégés par la législation et la coutume ; le système politique et économique qui détermine la distribution du revenu et des avoirs ; enfin, les idéologies et les politiques qui gouvernent les secteurs sociaux. En janvier 2008, la proportion mondiale de sièges parlementaires occupés par les femmes avoisinait les 18%. On comptait sept femmes sur 150 chefs d'États élus, et huit femmes sur 192 chefs de gouvernements des États membres des Nations Unies. Globalement, 16% seulement des postes ministériels de par le monde étaient détenus par les femmes<sup>106</sup>. Au Bénin, l'indicateur composite « Indicateur de Participation de la Femme » (IPF) a connu un accroissement de 13%, entre 2001 (0,315) et 2004 (0,356). Malgré cette évolution, les femmes n'occupent encore que 7,2% des sièges parlementaires, ce qui traduit la faible participation de la femme Béninoise au processus politique et de décision<sup>107</sup> (tableau 3.9).

Tableau 3.9: Représentation des femmes dans la vie politique au Bénin

	Ministres	Maires	Femmes Adjointes au Maire	Députés
Nombre F/H (% de femmes)	4/26 (13,3%)	1/76 (1,3%)	5/72 (6,5%)	8/75 (9,6%)

#### **Au Bénin,**

- la grande majorité des femmes travaillent, pour la plupart le travail est rémunéré
- la femme décide sur la nourriture à préparer chaque jour, mais c'est le conjoint qui décide sur les soins de santé personnels et les grosses dépenses du ménage
- 15% des femmes ne participent à aucune décision du ménage
- la femme participe plus aux décisions avec l'âge
- plus de femmes (47%) que d'hommes (14%) pensent qu'un homme peut battre sa femme
- 7,2% des sièges parlementaires sont occupées par les femmes

105 UNICEF, 2007 La situation des enfants dans le monde 2007. Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes.

106 UNITED NATIONS, 2008 Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2008

107 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

### 3.4.2 L'éducation

Les femmes sont les principales pourvoyeuses de nourriture pendant les époques les plus cruciales du développement de l'enfant, mais les pratiques de soins essentielles pour le bien-être nutritionnel des enfants pâtissent invariablement quand la division du travail et des ressources dans la famille et les communautés favorise les hommes, et quand les femmes et les filles sont en butte à la discrimination dans l'éducation et l'emploi. L'impossibilité d'avoir accès à une bonne instruction et à des informations correctes est également une cause de malnutrition. Sans des stratégies d'information et des programmes d'éducation de meilleure qualité et plus accessibles, la population ne peut prendre conscience de la malnutrition et acquérir les compétences et les comportements requis pour la combattre<sup>108</sup>.

Comme déjà illustré dans les chapitres précédents, le niveau d'instruction de la mère a des effets importants sur ses comportements alimentaires, sanitaires, économiques et socio-culturels. Lorsque les femmes sont en bonne santé, instruites et libres de bénéficier des possibilités qui leur sont offertes, les enfants s'épanouissent et les pays prospèrent, et l'on recueille ainsi une double dividende, pour les femmes et les enfants.

La recherche a montré que les femmes instruites courent moins le risque de mourir en couches et ont plus de chances d'envoyer leurs enfants à l'école. On sait que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est réduit de moitié environ pour les mères ayant achevé leurs études primaires<sup>109</sup>.

Le tableau 3.10 montre des indicateurs d'éducation pour le Bénin. L'écart entre filles et garçons diminue considérablement: le nombre d'élèves filles pour 100 élèves garçons a connu une nette amélioration, passant de 67 en 2000 à 80 en 2005. Si cette tendance est maintenue, la norme (une fille pour un garçon) pourrait être atteinte à l'horizon 2015. Par contre, le ratio élève/maître s'est considérablement dégradé, passant de 39,9 en 1992 à 55 en 2005<sup>110</sup>. Le taux d'abandon et de redoublement est élevé (respectivement 14 et 17% en 2005). Ces données indiquent qu'il reste encore beaucoup à faire pour améliorer la qualité de l'éducation<sup>111</sup>.

Tableau 3.10: Indicateurs liés à l'éducation<sup>112</sup> au Bénin

	Hommes	Femmes	Total
Taux d'alphabétisation des adultes	46%	23%	35%
Taux d'alphabétisation des jeunes	63%	41%	
Taux brut de scolarisation	105	87	96
Taux net de scolarisation	87	73	
Taux brut de scolarisation dans le secondaire	41	23	
Taux net de scolarisation dans le secondaire	23	11	

108 UNICEF, 1998 La situation des enfants dans le monde 1998

109 UNICEF, 2007 La situation des enfants dans le monde 2007. Femmes et enfants. Le double dividende de l'égalité des sexes.

110 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

111 UNDAF 2009 – 2013. Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Bénin

112 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

	Hommes	Femmes	Total
Taux de survie en dernière année d'école primaire (%)			65%

L'éducation de la mère a un impact sur l'état nutritionnel de ses enfants, mais la malnutrition a aussi des conséquences néfastes sur les performances scolaires des enfants (figure 3.28). Par exemple, l'analyse PROFILES<sup>113</sup> a montré que à cause de la carence en fer 605000 enfants ont un rendement scolaire inférieur à leurs capacités réelles. Ces conséquences de la carence en fer constituent un handicap évident à la scolarisation et au maintien des enfants à l'école ainsi qu'un frein au développement de la nation.

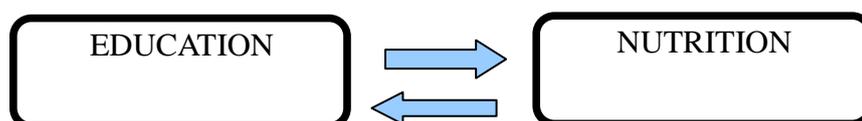


Figure 3.28: l'éducation et la nutrition sont étroitement liés

*Au Bénin, le taux brut de scolarisation dans le primaire est élevé mais l'écart entre les filles et garçons est au détriment des filles (18%). Il y a un problème de qualité de l'éducation. Aussi les progrès accomplis vers l'éducation primaire universelle devront être répercutés au niveau du secondaire.*

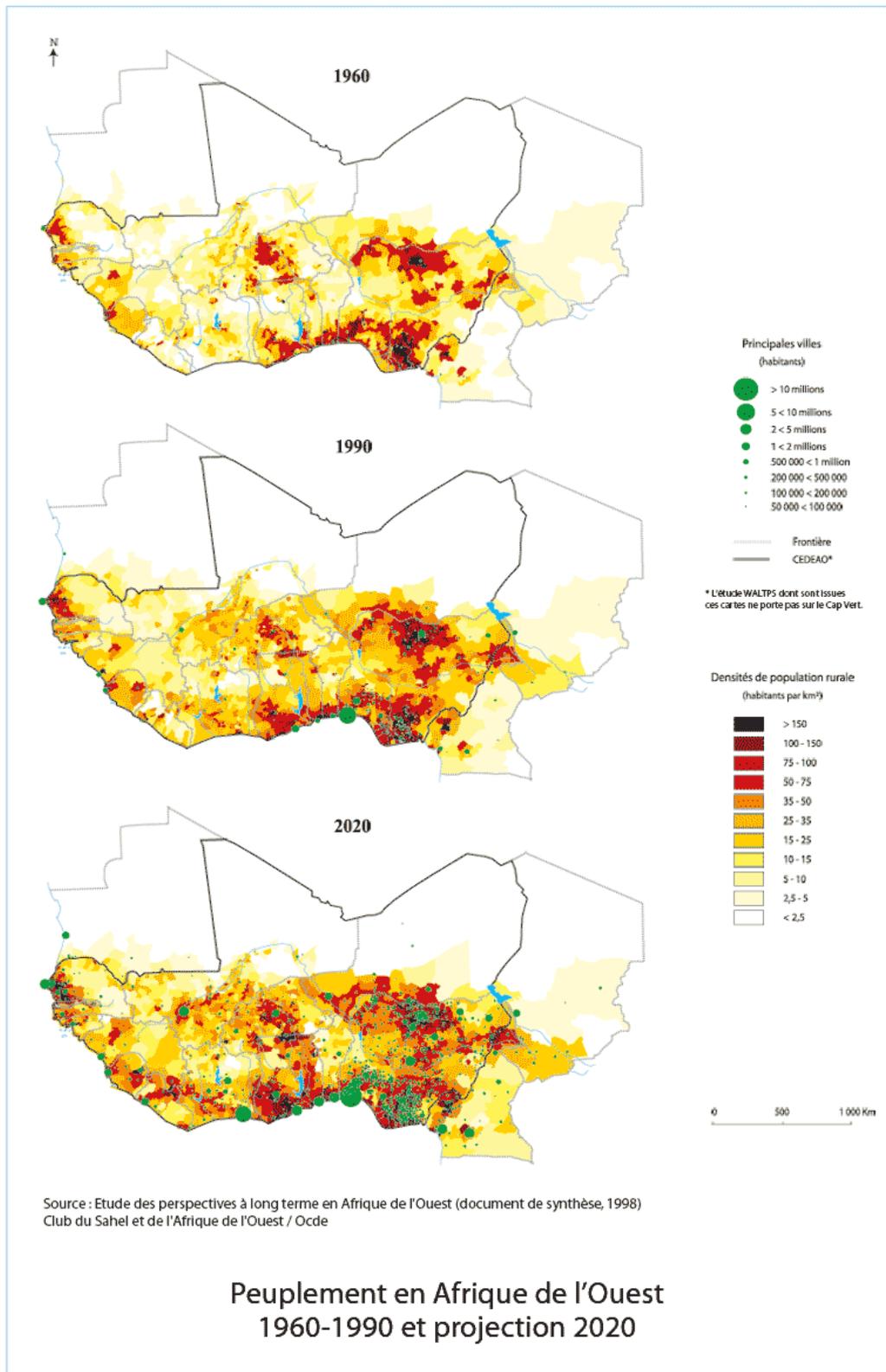
### 3.4.3 La démographie

L'Afrique de l'Ouest abrite 39 % des populations d'Afrique subsaharienne. La population régionale devrait dépasser 400 millions aux alentours de 2020 et dépasser 500 millions entre 2030 et 2035 (figure 3.29).<sup>114</sup>

Figure 3.29: Peuplement de la l'Afrique de l'Ouest

113 PROFILES 2004. Atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le plaidoyer sur la nutrition au Bénin.

114 <http://www.atlas-ouestafrique.org/spip.php?article213>



Avec 46,8 % de moins de 15 ans, la population du Bénin est très jeune. Le taux d'accroissement

inter censitaire de la population (3,25 %) est très élevé par rapport à la moyenne du groupe des pays les moins avancés dont le Bénin fait partie (2 %). La population Béninoise se caractérise par une fécondité élevée<sup>115</sup>. L'indice synthétique de fécondité est passé de 5,6 enfants en 2001 à 5,7 enfants en 2006. Cette situation est liée à la baisse de la prévalence contraceptive au cours de la même période (6,2% en 2002 contre 7,2% en 2001) et au comportement pro nataliste des Béninois. Bien que la demande de planification sociale soit de 89%, les besoins non satisfaits sont encore de l'ordre de 27%<sup>116</sup>. La pyramide des âges actuelle a un sommet rétréci et une base très large (figure 3.30). Les effectifs des personnes âgées restent relativement faibles. L'espérance de vie est 56 ans. Le nombre accru de jeunes peut être considéré comme un bonus démographique à utiliser au mieux dans les efforts de développement. Mais il accroîtra la pression sur l'environnement et les services sociaux (santé et éducation). Le vieillissement global est paradoxalement aussi un fait qui commence à se manifester<sup>117</sup>.

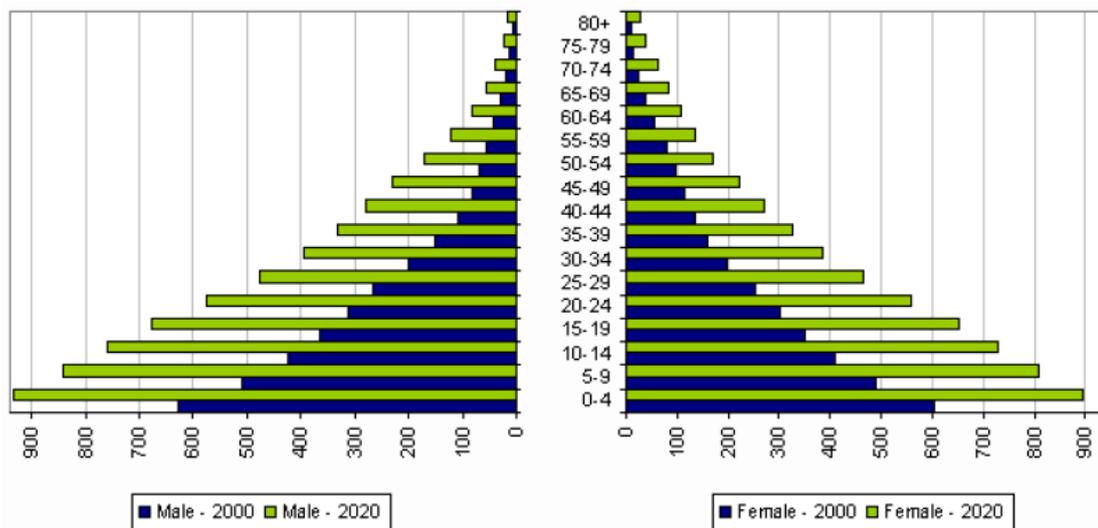


Figure 3.30: La pyramide des âges

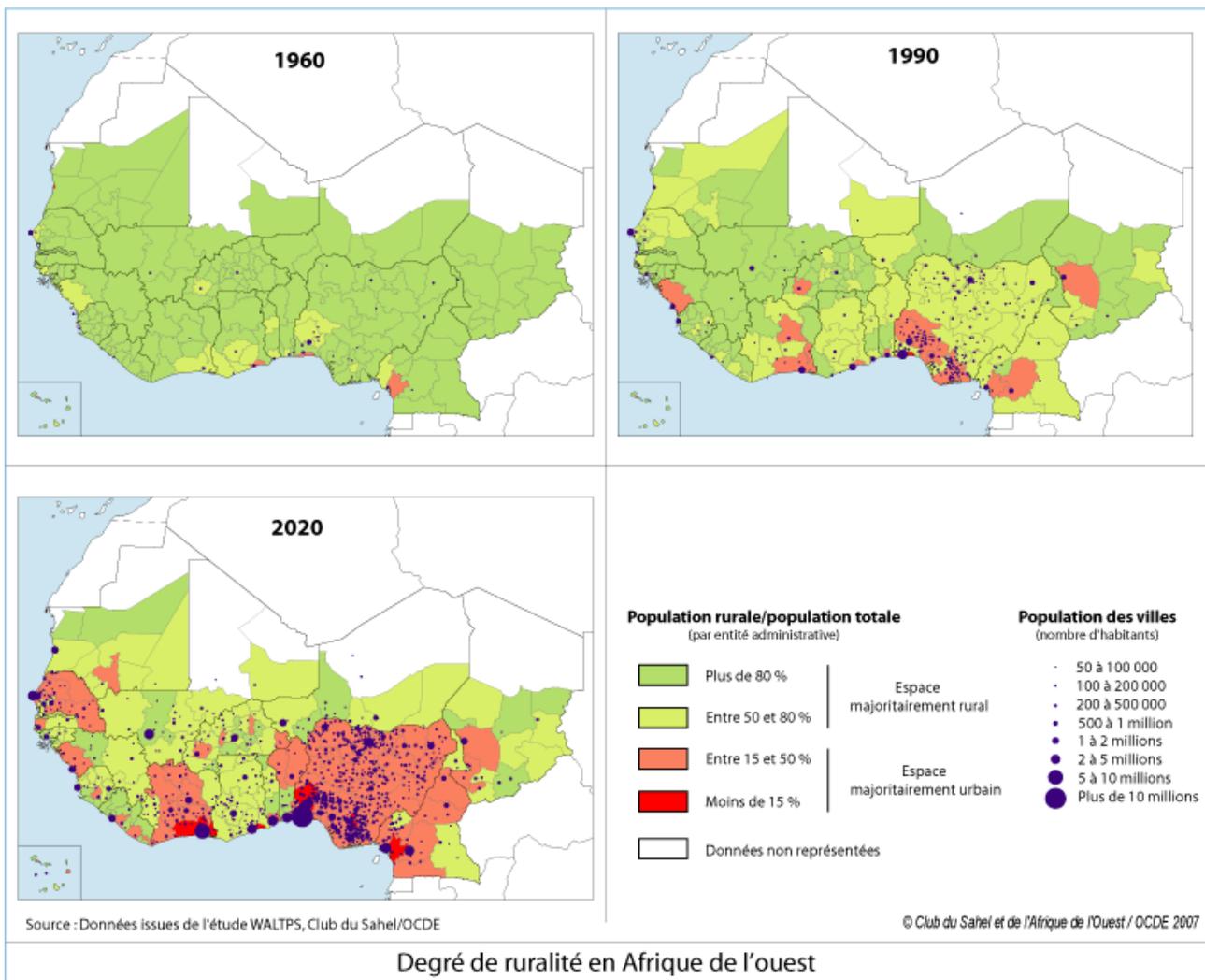
Dans le monde, la proportion des urbains est en perpétuelle croissance : un tiers de la population habite en ville en 1960, la moitié en 2005, et les trois-quarts en 2030. L'Afrique subsaharienne et l'Asie sont les régions les moins urbanisées (environ 40 % en 2005). Mais c'est dans ces deux régions que la croissance de la population urbaine est actuellement la plus rapide ; celle-ci pourrait atteindre près de 55 % en 2030, réduisant ainsi le retard accusé par rapport aux autres régions du monde. L'Afrique de l'Ouest ne comptait que 15 % d'urbains en 1960 ; elle devrait approcher le seuil des 60 % en 2030 (figure 3.31).

Figure 3.31: Le degré de ruralité en Afrique de l'Ouest

115 EDS 2006. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE)[Bénin] et Macro International Inc. 2007. *Enquête Démographique et de Santé, Bénin 2006*. Calverton, Maryland, USA: INSAE et Macro International Inc.

116 UNDAF 2009 – 2013. Plan cadre des Nations Unies pour l'Assistance au Développement du Bénin

117 La proportion des personnes âgées (60 ans et +) serait alors de 10 % en Afrique et de 9 % en Afrique de l'Ouest mais elle atteindrait 20 % en Afrique du Nord et 35 % en Europe.



La ville de Cotonou, à l'instar des autres villes des pays en développement, a connu en peu de temps une croissance démographique très élevée. Cotonou était une ville de 203.842 habitants en 1979, la population de Cotonou est passée à 536.827 habitants en 1992 puis à 665.100 habitants en 2002, soit un accroissement moyen annuel de 3,9% (1979-1992) et de 2,2% (1992-2002). Une telle croissance de la ville engendre une pression démographique qui accroît les problèmes de la ville à savoir la saturation des systèmes d'éducation, de santé, d'assainissement, de logement, des transports et des communications. Elle met en danger les systèmes politiques de gestion urbaine et occasionne divers problèmes sociaux et environnementaux<sup>118</sup>.

La population urbaine au Bénin comprend 45% de la population totale<sup>119</sup> (en 2004) et devrait être de l'ordre de 47% en 2010<sup>120</sup>. De nombreuses études incriminent l'exode rural, comme étant le

118 Dansou, Blandine, 2005 Croissance démographique et demande de logements en milieu urbain: cas de la ville de Cotonou Mémoire DESS Population et dynamiques urbaines Université d'Abomey Calvi au Bénin

119 USAID, 2008 USAID Country Health Statistical Report Benin

120

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?langue=fr&codePays=BEN&codeTheme=1&codeStat=SP.URB.TOTL.IN.ZS>

déterminant fondamental de la croissance urbaine<sup>121</sup>.

*La population Béninoise est jeune avec un taux d'accroissement élevé (3,25%). La population urbaine fait 45% de la population totale et a un rythme de croissance très rapide (4,12%). Cette croissance de la population urbaine pose des défis qui sont nombreux et complexes. Le vieillissement de la population commence à se manifester.*

### 3.4.4 La pauvreté

Il est connu de longue date que la malnutrition nuit à la croissance économique et perpétue la pauvreté (figure 3.32). L'amélioration de la nutrition est indispensable pour réduire la pauvreté absolue. Cette exigence est reconnue manifestement dans la définition du premier ODM qui a trait à l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim<sup>122</sup>.

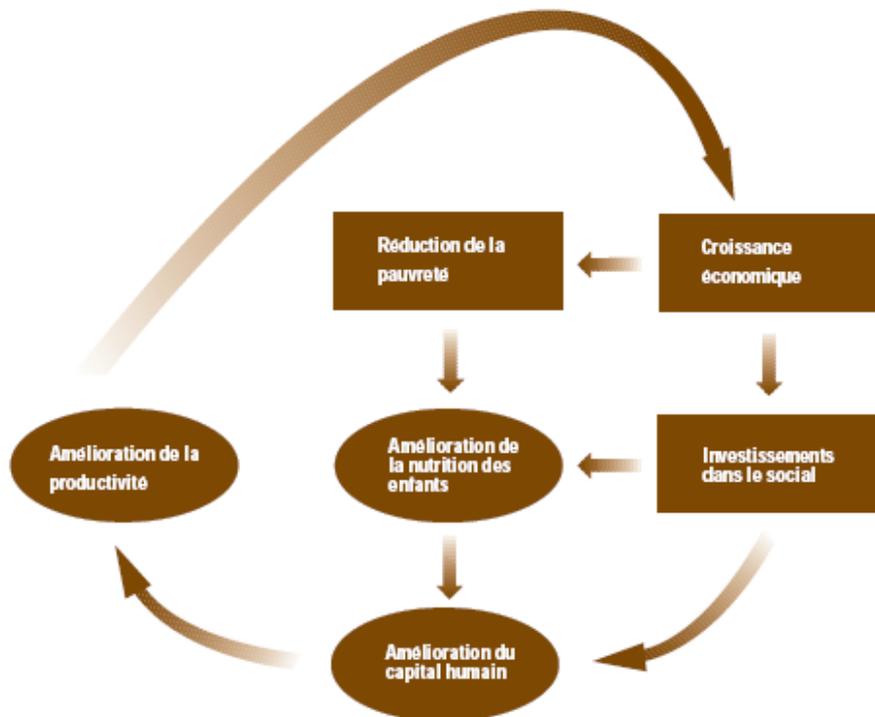
Figure 3.32: Le cercle vicieux de la pauvreté

---

121 [www.insae-](http://www.insae-)

[bj.org/jupiter/metho/Enqu%EAates/EMB2000/LES%20MIGRATIONS%20AU%20BENIN%20th%E8me.doc](http://bj.org/jupiter/metho/Enqu%EAates/EMB2000/LES%20MIGRATIONS%20AU%20BENIN%20th%E8me.doc)

122 Banque Mondiale 2006 Replacer la nutrition au coeur du développement



Source: d'après Stuart Gillespie, John Mason and Reynaldo Martorell, *How Nutrition Improves*, ACC/SCN, Geneva, 1996.

Au Bénin, 30,9% de la population vit avec moins de 1\$/jour<sup>123</sup>. L'incidence de la pauvreté monétaire au Bénin a connu une progression sensible depuis 2002: passant de 28,5% à 36,8% en 2006. En 2006, la pauvreté d'existence (non monétaire) est globalement en recul: 41,1% de la population sont pauvres contre 43% en 2002. Cependant le phénomène semble être aggravé en milieu urbain où 1,2 fois plus de pauvres sont comptés. Dans le document de la SCRP<sup>124</sup> un aperçu des caractéristiques sociodémographiques de la pauvreté mentionne que:

- la pauvreté des ménages augmente proportionnellement à leur taille tant du point de vue de la pauvreté monétaire que de la pauvreté non monétaire
- d'une façon générale, la pauvreté diminue avec le niveau d'instruction
- les ménages dirigés par les femmes comptent moins de pauvres que ceux dirigés par les hommes (l'incidence de pauvreté non monétaire est de 42,3% pour les hommes contre 34,6% pour les femmes)

Le déséquilibre entre la croissance démographique et la croissance économique contribue fortement à la montée de la pauvreté. En effet, la population, estimée à 8053690 habitants en 2007, connaît une croissance moyenne annuelle de 3,25% qui la portera à 13451576 en 2027, soit le double du niveau de 2002. Cette situation est due en partie à l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance (59 ans en 2002, dont 61 ans chez les femmes et 57 ans pour les hommes, contre 54 ans en 1992) et à la baisse de la mortalité globale (12,3 pour 1000 en 2002 contre 15,5 pour 1000 en 1992). Ce niveau, qui est supérieur à la croissance économique moyenne observée ces dernières années

123 USAID, 2008 USAID Country Health Statistical Report Benin

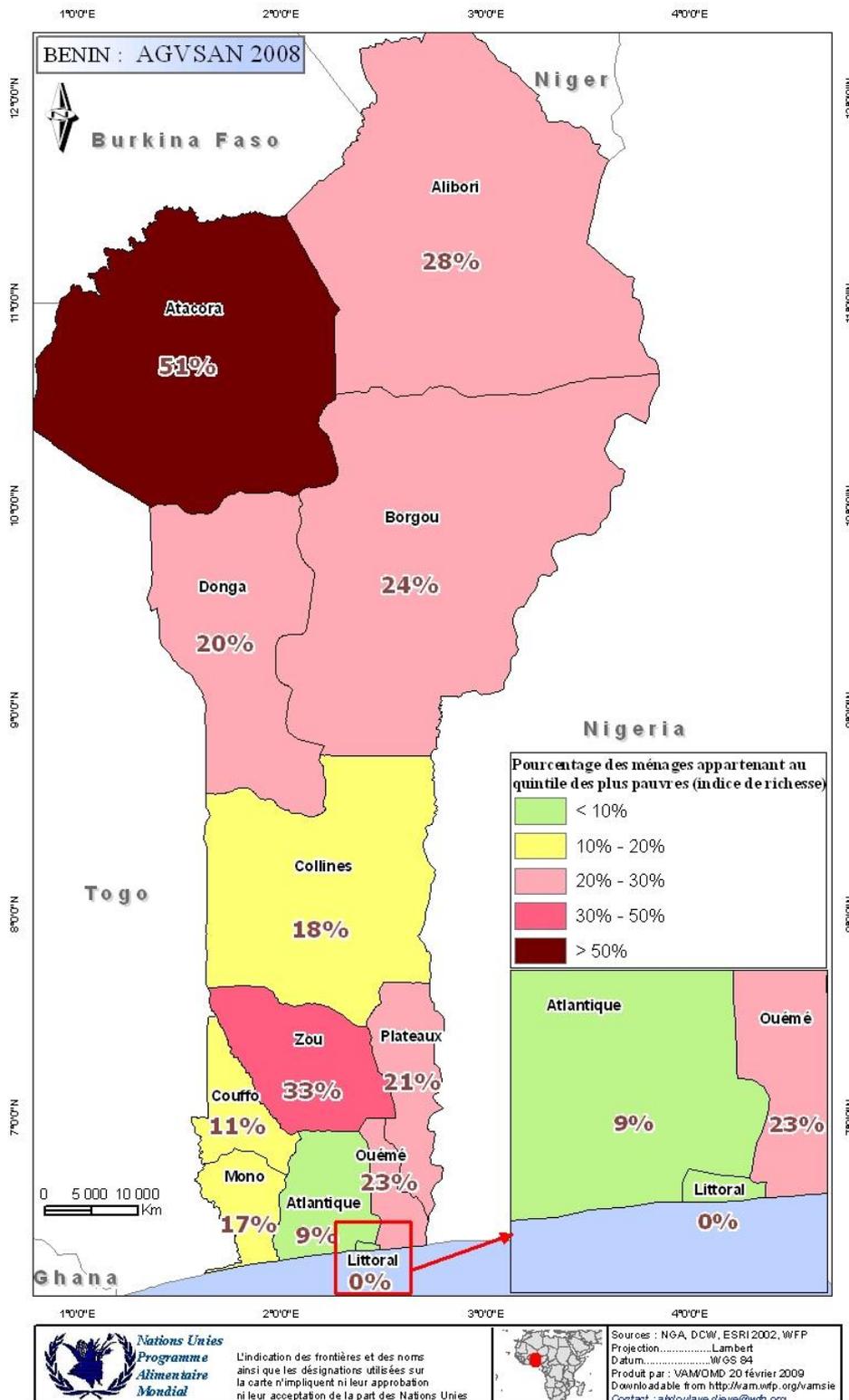
124 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

(environ 3% par an), posera de plus en plus de difficultés pour la prise en charge de la demande sociale si rien n'est fait.<sup>125</sup>

L'enquête AGVSAN a évalué la prévalence de la pauvreté au Bénin, basé sur le calcul de l'indice de richesse. Cet indice inclue 16 indicateurs (logement et biens). La Figure 3.33 donne la distribution géographique des ménages les plus pauvres.

Les départements les plus touchés par la pauvreté sont l'Atacora, le Zou, l'Alibori et le Borgou. L'enquête a aussi confirmé que la population rurale est plus pauvre que la population urbaine: 29% ménages ruraux sont dans le quintile des plus pauvres contre 8% des ménages urbains.

Figure 3.33: La distribution géographique de la pauvreté



Les enfants des ménages pauvres sont plus atteints de la malnutrition; La figure 3.34 résume la prévalence de la malnutrition aiguë, chronique et l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans selon les quintiles socio-économique. Il est à constater que la malnutrition est quand même répandue chez toutes les couches socio-économiques du Bénin, même dans les ménages les plus riches. Ce phénomène renforce le constat qu'il existe qu'une faible association entre la malnutrition et la pauvreté. Les données récentes de l'Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN) de 2009<sup>126</sup> le montre également. Les Figures 3.35 et 3.36 montrent la prévalence de la malnutrition chronique et aiguë des enfants de 6 à 59 mois et la proportion des enfants de moins de 5 ans vivant dans les ménages les plus pauvres par département. Les courbes ne se suivent pas.

Figure 3.34: La malnutrition et la pauvreté

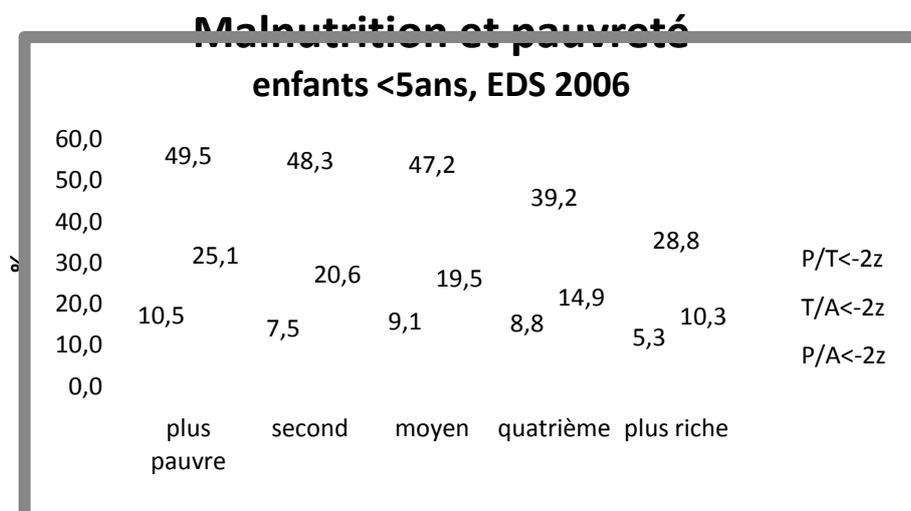


Figure 3.35: La malnutrition chronique et la pauvreté

126 Ministère de la Prospective, du Développement et de l'Evaluation de l'Action Publique, PAM, UNICEF, 2009 Analyse Globale de la Vulnérabilité, de la Sécurité Alimentaire et de la Nutrition (AGVSAN)

**Malnutrition chronique et pauvreté**  
AGVSAN, 2009

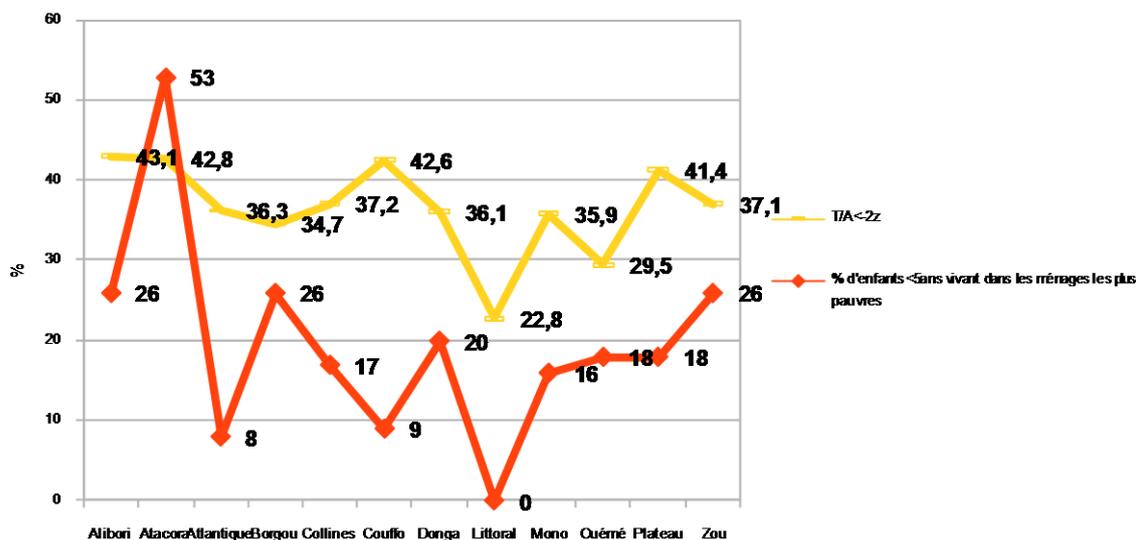
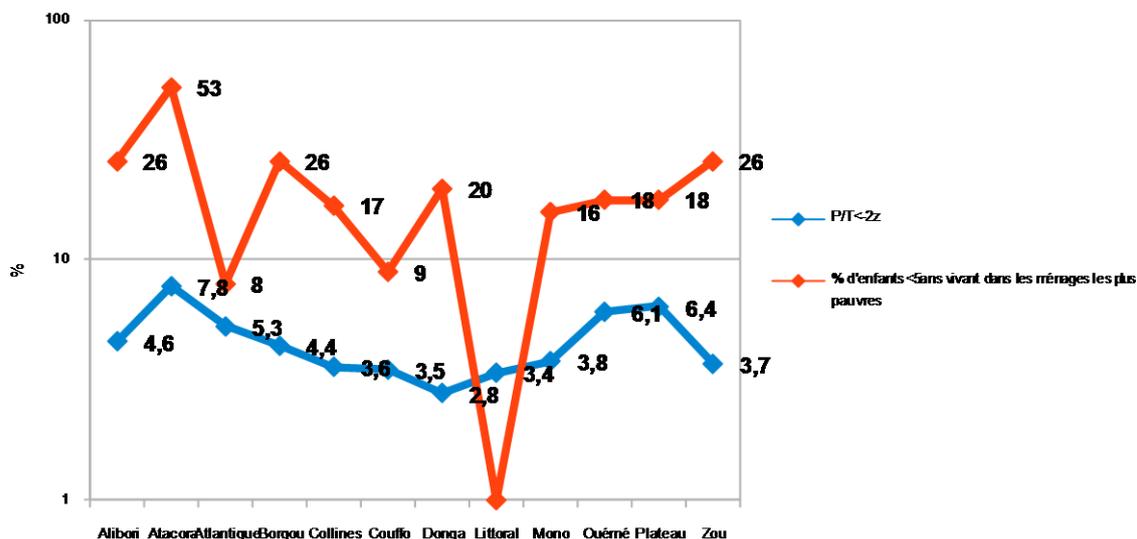


Figure 3.36: La malnutrition aiguë et la pauvreté

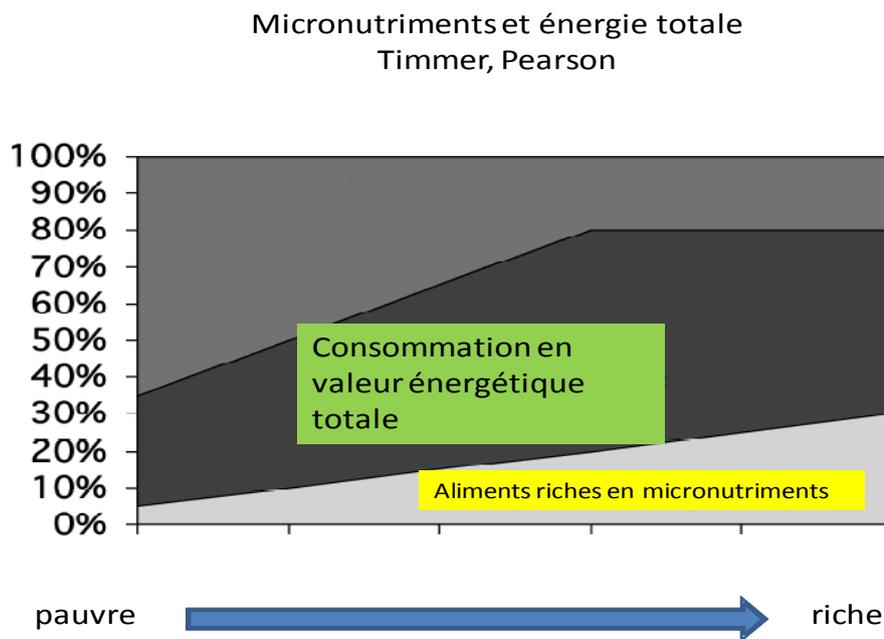
**Malnutrition aiguë et pauvreté**  
AGVSAN, 2009



L'iniquité à cause de la pauvreté est démontrée dans tous les aspects de la vie, aussi bien au Bénin: que cela soit l'accès aux soins sanitaires, le niveau de la qualité des soins, la prévalence de la malnutrition, la couverture vaccinale, l'accès à l'eau potable, la qualité (diversité) du régime alimentaire<sup>127</sup> (figure 3.37) etc...: les pauvres sont les plus vulnérables, les plus désavantagés, les

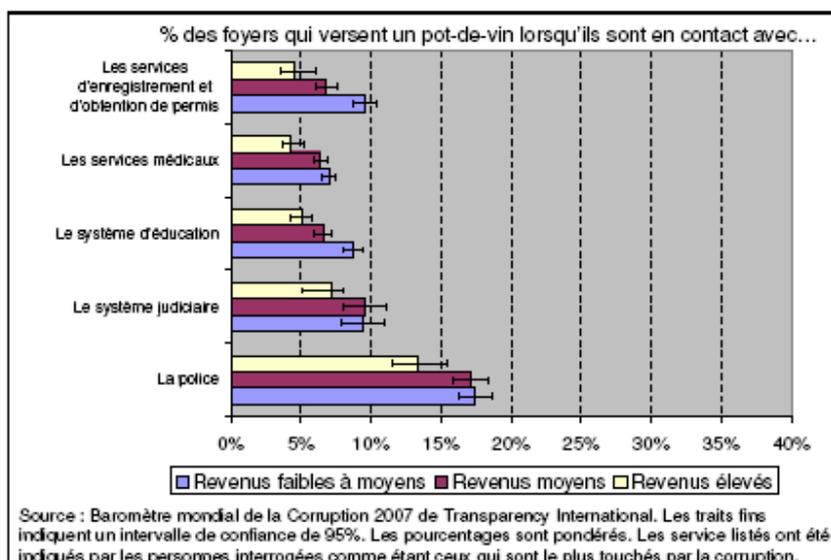
plus mal servis, les plus malnutris. Ce sont aussi les pauvres qui souffrent le plus de l'augmentation des prix des denrées alimentaires.

Figure 3.37: La consommation énergétique et des micronutriments et la pauvreté



Ce qui est peut-être moins évident est que le Baromètre 2007 démontre que les personnes interrogées ayant des revenus modestes ou moyens sont les plus touchées par la petite corruption. Ils sont en effet plus enclins de payer des pots-de-vin lorsqu'ils souhaitent avoir accès à un service de base que les personnes à forts revenus (figure 3.38). Ce résultat se confirme quel que soit le niveau de vie du pays étudié : ceux qui gagnent le moins sont aussi ceux qui payent le plus partout dans le monde.<sup>128</sup>

Figure 3.38: La corruption et la pauvreté



*Au Bénin, la pauvreté monétaire a augmenté. La pauvreté non monétaire est en recul, sauf pour les populations urbaines pour lesquelles elle a augmenté. Les ménages dirigés par les femmes sont moins pauvres que ceux dirigés par les hommes. La pauvreté affecte tous les aspects de la vie humaine. Les départements de l'Atacora, Zou, Alibori et Borgou sont les départements avec le plus de ménages les plus pauvres. Les pauvres sont plus touchés par la petite corruption. La réduction de la malnutrition est indispensable pour réduire la pauvreté au Bénin.*

### 3.4.5 L'économie

L'économie béninoise est essentiellement basée sur le coton. Le coton représente actuellement environ 40% des recettes d'exportations, 90% des recettes agricoles et elle procure des revenus monétaires à plus de 120000 exploitants agricoles. Le fait que les recettes d'exportations reposent essentiellement sur un produit rend l'économie vulnérable aux chocs externes. Plus de 95% du coton fibre produit au Bénin est exporté sur le marché international.<sup>129</sup>

#### L'agriculture

L'agriculture de subsistance reste le principal moyen d'existence et la source de revenus essentielle de la moitié de la population environ. Le Bénin produit du maïs, du sorgho, du mil, du riz, du manioc, de l'igname et des haricots et aussi de l'huile de palme, des noix de cajou et des arachides, en tant que cultures de rente. Mais une grande partie de la production, y compris des secteurs de la pêche et de l'élevage, est consommée localement. C'est pourquoi, le Bénin est encore un importateur

129 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.



### Aide publique au développement

L'aide publique au développement (APD) représente 8,2 % du PIB (le ratio de l'APD par habitant est de 43,7 \$). Bénéficiaire de l'initiative pour les Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE), le Bénin en a atteint le point de décision en juillet 2000 et le point d'achèvement en mars 2003. Il a bénéficié d'importantes annulations de dettes dans le cadre des initiatives PPTTE et IADM (Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale). La dette extérieure envers les créanciers publics est tombée à 22% du PIB en 2006 (contre 66% en 2002).<sup>132</sup>

*L'économie du Bénin est vulnérable aux chocs externes puisque les recettes d'exportation reposent sur un produit qui est le coton. L'agriculture de subsistance reste le principal moyen d'existence de la population. La grande partie de la population active travaille dans le secteur informel (surtout l'agriculture et le petit commerce). La dette extérieure avoisine 22% du PIB en 2006.*

### **3.4.6 Le contexte environnemental**

La superficie du Bénin est de 112.622 km<sup>2</sup>. Le pays partage une frontière commune avec le Togo à l'ouest (620 km), avec le Nigeria à l'est (750 km), avec le Burkina Faso (270 km) et le Niger (190 km) au nord. Il est bordé au sud par l'océan Atlantique (120 km de côtes sur le golfe de Guinée). Les cours d'eau principaux sont l'Ouémé (400 km de long dont 200 navigables), le Mono (350 km dont 100 navigables) et le Couffo (125 km). Le pays est assez plat. On distingue cinq régions naturelles :

- une bande côtière, basse et sablonneuse, limitée par des lagunes (cocoteraies) ;
- une plaine centrale, vallonnée et monotone, qui s'élève progressivement de 200 à 400 m du sud vers le nord aux environs de Nikki puis s'abaisse jusqu'à la vallée du Niger et au bassin de Kandi ;
- le bassin de Kandi au nord-est se présente comme une plaine drainée par la rivière Sota et ses affluents, qui coulent dans des vallons très évasés ;
- la chaîne de l'Atacora au nord-ouest, où se situe le point culminant du pays, le mont Alédjo (658 m) ;
- la vaste plaine du Gourma à l'extrême nord-ouest, entre l'Atacora et la frontière avec le Burkina Faso et le Togo.

La savane humide occupe la majeure partie du pays. Quelques îlots de forêt primaire subsistent dans le sud et le centre. Les cultures, les zones marécageuses et l'immense palmeraie du Bas-Bénin occupent le reste du territoire.

---

<sup>132</sup> [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo\\_833/benin\\_337/presentation-du-benin\\_944/presentation\\_1600.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/benin_337/presentation-du-benin_944/presentation_1600.html)

Le Bénin possède deux types de climats :

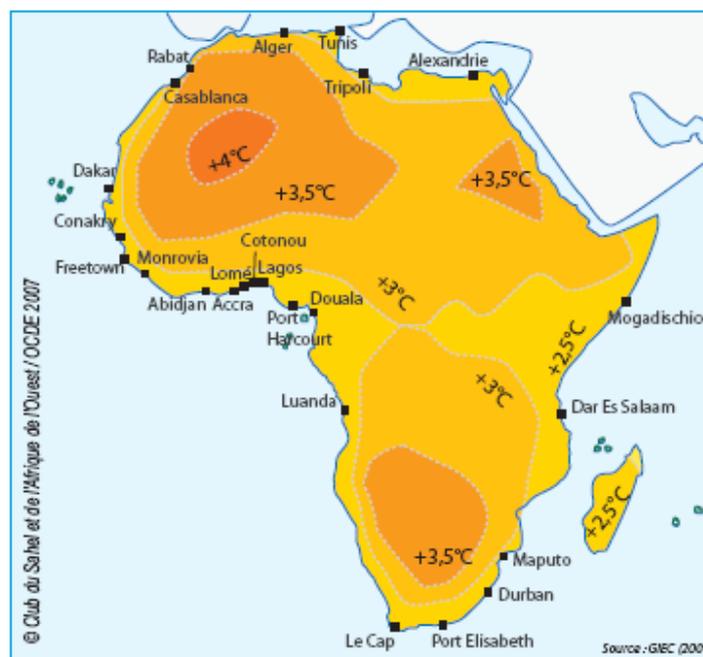
- Au sud, un climat équatorial avec une forte humidité. Alternance de saisons sèches (de novembre à mars et de mi-juillet à mi-septembre) et de saisons des pluies (d'avril à mi-juillet et de mi-septembre à octobre).
- Au centre et au nord, un climat tropical. Une saison sèche de novembre à avril et une saison des pluies de juin à septembre.

L'harmattan, vent chaud et sec en provenance du Sahara, souffle lors de la saison sèche d'hiver<sup>133</sup>.

### Changements climatiques

L'Afrique est considérée comme la région la plus vulnérable aux effets des changements climatiques du fait de la fragilité des économies. Dans son dernier rapport, le Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Evolution du Climat (GIEC) confirme qu'au cours du 21ème siècle, le réchauffement climatique en Afrique serait plus important qu'au niveau mondial. La hausse de la température moyenne entre 1980/99 et 2080/99 pourrait atteindre entre 3 et 4°C sur l'ensemble du continent, 1,5 fois plus qu'au niveau mondial (figure 3.40).

Figure 3.40: Prévision du changement de la température en Afrique

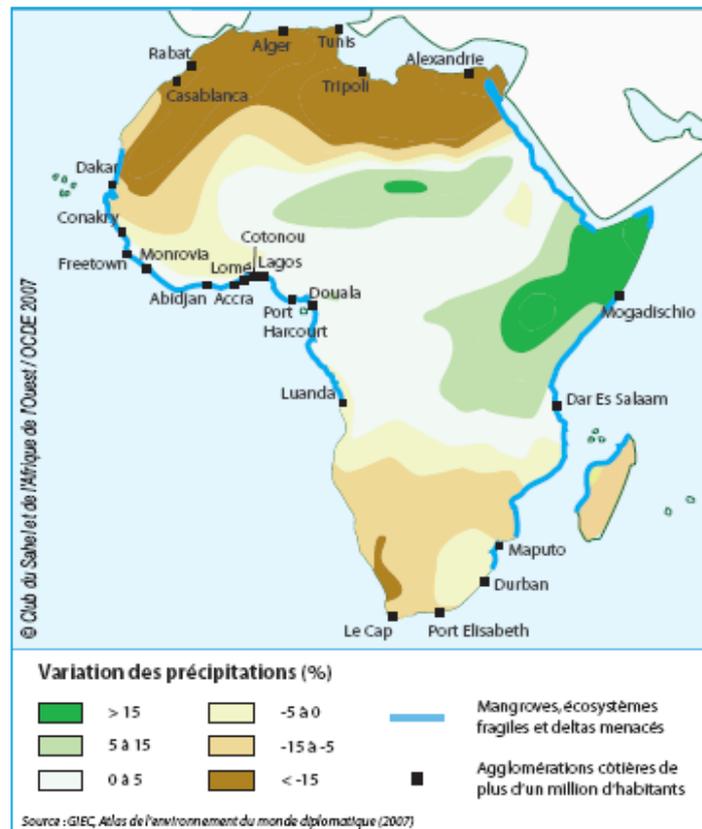


En revanche, des incertitudes demeurent sur les résultats des projections concernant les précipitations (figure 3.41). Une moyenne simple de l'ensemble des scénarios aboutirait à la conclusion d'une légère humidification de la région sahéenne (à l'est notamment) alors que la côte guinéenne ne subirait pas de véritables changements. Les changements climatiques sont susceptibles d'accroître la fréquence et la gravité des inondations et des sécheresses dans les zones connaissant déjà une forte variabilité des précipitations<sup>134</sup>.

133 [http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo\\_833/benin\\_337/index.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo_833/benin_337/index.html)

134 OCDE/CSAO 2008. Climat, changements climatiques et pratiques agro-pastorales en zone sahéenne Mai

Figure 3.41: Prévision du changement de la précipitation en Afrique



*Au Bénin,*

- la savane humide occupe la majeure partie du pays
- il existe 2 types de climat: au sud un climat équatorial avec une forte humidité, et au centre et au nord, un climat tropical

*Le continent africain est la région la plus vulnérable aux effets des changements climatiques. Le Bénin peut s'attendre à une hausse de température en moyenne de 2,5 à 3°C. Des incertitudes demeurent concernant les précipitations.*

### 3.4.7 Le contexte politique

#### Politique intérieure

Après 18 ans de régime marxiste, le Bénin a connu, à partir de 1990, une transition démocratique

marquée par le départ volontaire du pouvoir du président Mathieu KEREKOU et l'élection de Nicéphore SOGLO. Cette transition est notamment attestée par :

- des élections démocratiques depuis la Conférence nationale de 1990 ;
- des institutions qui fonctionnent de manière satisfaisante ;
- une vie politique marquée par la multiplication des partis (près d'une centaine) ;
- les libertés individuelles et collectives qui ne connaissent pas d'atteintes sérieuses ;
- une presse qui jouit d'une liberté d'expression totale.

Depuis le 11 Décembre 1990, le pays dispose d'une Constitution qui prévoit un régime présidentiel et une assemblée élue au suffrage universel. De plus, cette constitution garantit les droits de l'homme et la construction progressive d'un état de droit.

Le processus démocratique au Bénin se concrétise par des résultats probants concernant la séparation des pouvoirs, le fonctionnement des institutions, l'organisation d'élections libres et transparentes, le respect des droits de l'homme et des libertés.

Le Gouvernement Béninois actuel fait de la bonne gouvernance l'un des piliers sur lesquels le Bénin doit enraciner sa Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP). En matière de gouvernance locale, le Gouvernement fait de la décentralisation et de l'aménagement du territoire le moyen d'accélération du développement à la base et de la participation des femmes et des hommes à la gestion des affaires de leurs localités.<sup>135</sup>

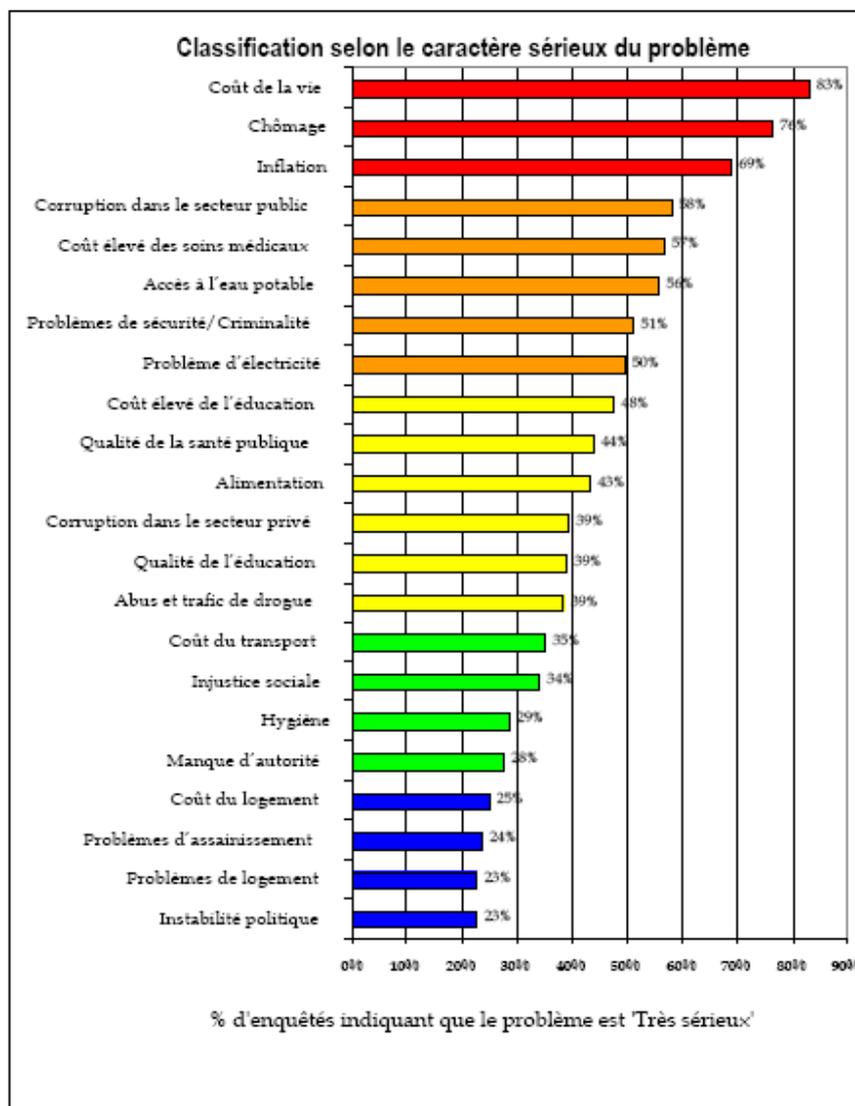
La corruption affecte la vie quotidienne des gens (figure 3.42); au Bénin, une Enquête Nationale sur la Corruption et la Gouvernance<sup>136</sup> (de 2005-2006) a révélé que le problème le plus sérieux cité par les ménages est le coût élevé de la vie (83%). La corruption dans le secteur public et le coût élevé de l'alimentation sont mentionnés par respectivement 58 et 43% des ménages.

Figure 3.42: Les problèmes majeurs au Bénin selon les ménages

---

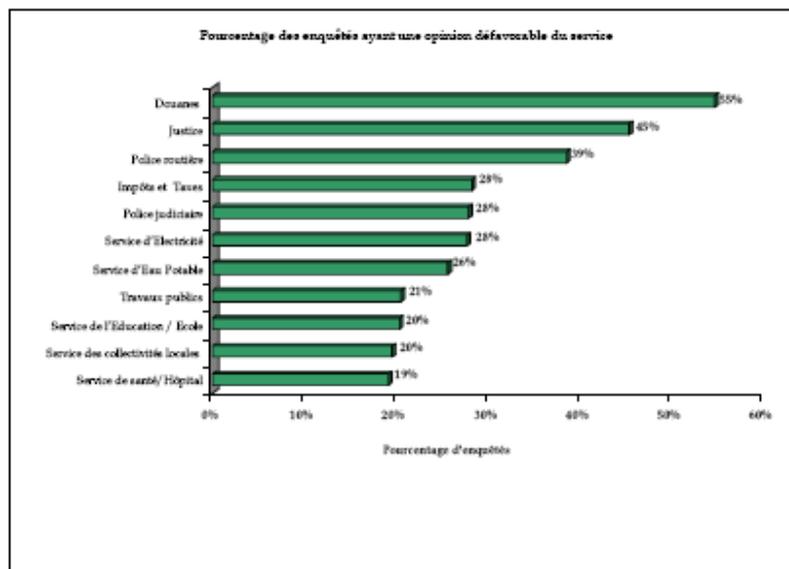
135 REPUBLIQUE DU BENIN, 2007. Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté. Version finale.

136 Une initiative du Gouvernement du Bénin avec l'appui e l'Institut de la Banque Mondiale et de la Banque Africaine de Développement



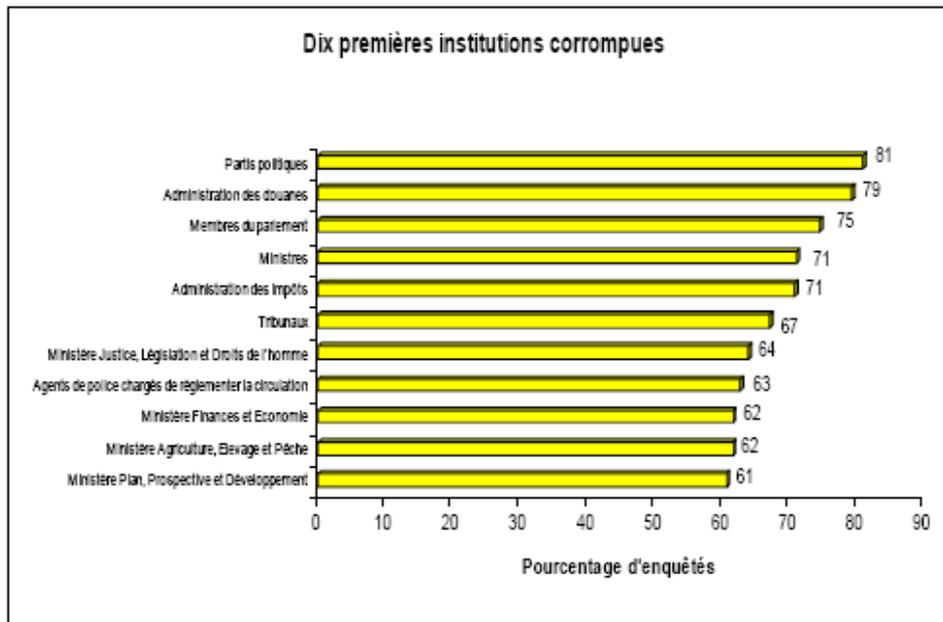
Les personnes enquêtées dans les ménages ont une opinion défavorable sur le fonctionnement des services publics essentiels (figure 3.43). Contrairement au système judiciaire, la grande majorité des parents d'élèves est satisfaite de la qualité du système éducatif du pays au niveau primaire et secondaire (82% et 85,5% respectivement). Les problèmes de gouvernance et de corruption finissent parfois par décourager les usagers. Les plus grandes proportions d'usagers découragés sont enregistrées au niveau des services de santé (11%), du service des douanes (10%) et des services des impôts et taxes (9%). Cela pose le problème de la qualité et de l'accessibilité des services essentiels qui doivent être assurés aux populations pour progresser vers les objectifs du millénaire pour le développement et dans le but de réduire la pauvreté dans le pays.

Figure 3.43: L'opinion sur les services publics



Plus de neuf enquêtés sur dix des ménages en 2005 (93%) (figure 3.44), ont déclaré que la corruption est un problème préoccupant au Bénin. Si l'on doit saluer les efforts louables des services et organisations de lutte contre la corruption, il ne faut pas perdre de vue que certaines organisations publiques influentes (partis politiques, membres du parlement, ministères, etc.) ne les aident pas suffisamment à cause de leur manque d'intégrité. Par exemple, les partis politiques qui pouvaient aider à faire voter la loi sur la corruption sont perçus comme les plus corrompus des organisations publiques par les quatre cinquièmes (81%) des enquêtés des ménages contre 87% des entreprises. Près de la moitié (49%) des fonctionnaires pensent que les partis politiques sont malhonnêtes. Face à ces constats, s'il n'y a pas une prise de conscience collective de toutes les couches de la société pour lutter contre le fléau, les coûts à payer seront très importants. Ce sont les groupes économiquement fragiles qui sont les plus touchés et leurs conditions de vie s'aggravent de jour en jour. Le manque de satisfaction des besoins primaires et droits de ces groupes peut à terme mettre en péril l'économie et le processus de démocratisation dans le pays.

Figure 3.44: Les institutions corrompues selon les ménages



### Politique extérieure

La politique étrangère du Bénin, malgré un poids économique modeste au sein de l'UEMOA et de la CEDEAO, le place en position d'arbitre dans le traitement des crises de l'Afrique de l'Ouest. En effet, la stabilité du pays depuis quinze ans, dans une sous-région de l'Afrique de l'Ouest secouée par de graves crises politiques, en fait un médiateur recherché. De plus, le rôle modéré et constructif qu'il a joué comme membre non permanent du Conseil de sécurité des Nations unies dans les années 2004-2005 a été apprécié par l'ensemble de la communauté internationale.<sup>137</sup>

*Le Bénin est un pays politiquement stable, démocratique avec un régime présidentiel. La bonne gouvernance est un des piliers de sa Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP). Un processus de décentralisation est en cours afin d'accélérer le développement à la base. La corruption est un problème préoccupant et décourage la population à utiliser les services publics. Elle affecte disproportionnellement les plus pauvres et vulnérables de la société.*

### **3.4.8 Le Bénin dans le monde**

#### La crise alimentaire

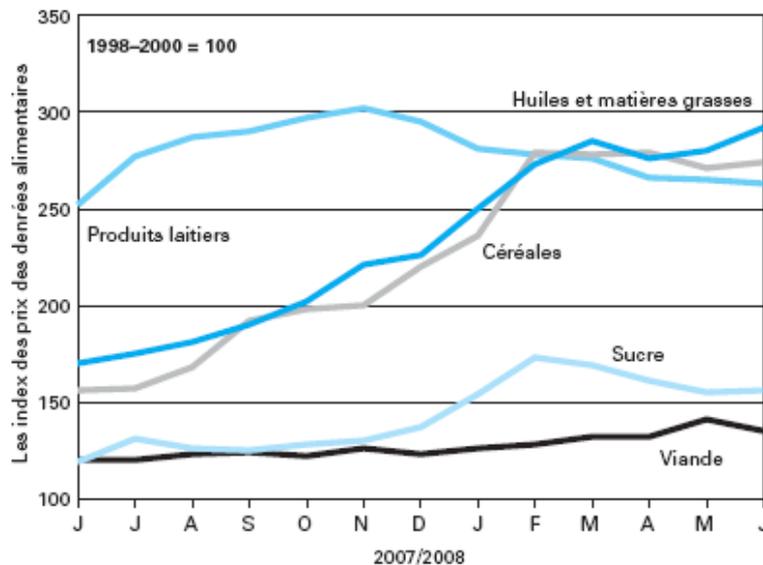
La récente flambée des prix des denrées alimentaires dans le monde, qui a commencé en 2006 et a continué en 2007-2008, illustre bien la vulnérabilité de millions de personnes face à la faim et à la dénutrition, surtout dans les pays où la sécurité alimentaire reste un problème majeur. On assiste à

<sup>137</sup> [http://www.diplomatie.gouv.fr/pays-zones-geo\\_833/benin\\_337/presentation-du-benin\\_944/presentation\\_1600.html](http://www.diplomatie.gouv.fr/pays-zones-geo_833/benin_337/presentation-du-benin_944/presentation_1600.html)

des augmentations marquées pour des aliments de base comme les huiles végétales, les céréales, les produits laitiers et le riz. Même si les fluctuations de prix sont choses courantes pour les produits de base, la situation en 2008 est différente en ce que la flambée des prix mondiaux n'affecte pas seulement quelques rares marchandises mais presque toutes les denrées alimentaires et aliments pour animaux (figure 3.45).

Figure 3.45: L'augmentation des prix des denrées alimentaires

### Les prix des denrées alimentaires ont fortement augmenté dans toutes les catégories\*



En juin 2008, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture des Nations Unies avait noté 22 pays en développement qui se trouvaient dans une situation particulièrement vulnérable face à la crise alimentaire. Cette évaluation reposait sur une combinaison de trois facteurs de risque :

- un taux de prévalence de l'insuffisance pondérale de 30 % ou plus dans la population
- une forte dépendance vis-à-vis des importations d'aliments de base comme le riz, le blé et le maïs
- une forte dépendance vis-à-vis des importations de produits pétroliers.

Ce sont les couches les plus démunies de la population, celles qui dépensent la majorité de leurs revenus disponibles en nourriture, qui seront vraisemblablement le plus éprouvées par la crise alimentaire<sup>138</sup>.

En 2008, il est estimé que cette crise alimentaire a augmenté le nombre de pauvres de 100 millions d'individus et alors a fait régresser d'au moins 4 ans le progrès vers l'OMD. Les budgets des pays de faible revenu et déficit alimentaire verront leurs frais d'importation augmenter de plus de 40%<sup>139</sup>. Les populations à risque élevé sont les pauvres du milieu urbain qui doivent acheter tous leurs aliments. Les stratégies d'adaptation sont diverses et peuvent comprendre:

138 UNICEF 2009. La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale.

139 [www.unscn.org/publications/html/food\\_price\\_impact.htm](http://www.unscn.org/publications/html/food_price_impact.htm)

- prêter de l'argent
- vendre des biens
- essayer d'augmenter le revenu (y compris par des comportements à risque)
- abandon scolaire (souvent d'abord les filles)
- acheter moins d'intrants agricoles etc.

Les conséquences pour la santé et la nutrition sont:

- une consommation diminuée d'aliments de densité de nutriments élevée (les aliments d'origine animale), de fruits et légumes
- puis une dépense financière réduite sur les denrées comme le sucre, huile, sel, et aliments de base (riz, blé, tubercules)
- un apport alimentaire réduit des micronutriments, avant de réduire l'apport énergétique (la qualité nutritionnelle diminue avant la quantité)<sup>140</sup>

En 2009, selon les données de l'AGVSAN, pour les ménages au Bénin, 46,3% des dépenses sont consacrées à l'alimentation. Plus les ménages sont pauvres, plus grand est la partie des dépenses allant à l'alimentation de la famille (50,4% pour les familles les plus pauvres). Au niveau national, 30% des ménages se sont endettés au cours des 12 derniers mois (avec un montant total moyen de ces dettes de 157658FCFA).

### L'économie mondiale

L'Afrique au sud du Sahara est certes marginalisée par une économie mondiale qui ne lui concède que 1 % du commerce international (contre 4 % dans les années 60) et 1,3 % des investissements directs étrangers (IDE). Elle est également l'une des régions du monde les plus dépendantes des marchés mondiaux : ses exportations représentent 40 % de son PIB, contre 16 % au Brésil et 10 % aux États-Unis. Son principal handicap réside dans le fait qu'elle affronte simultanément sa transition démographique et la compétition mondiale. Deux logiques s'opposent : d'une part, la nécessité de « partager le travail » pour ne laisser personne de côté, logique du secteur informel et de l'agriculture familiale ; d'autre part, celle d'être compétitif qui commanderait de produire toujours plus de biens par unité de travail. Tirillée de la sorte, la région n'a que peu de marge de manoeuvre. Elle s'adapte néanmoins aux évolutions de l'environnement international.

Au début des années 70, les quatre cinquièmes des exportations et des importations de la CEDEAO étaient orientés principalement vers l'Europe et dans une moindre mesure l'Amérique du Nord. A cette dépendance géographique s'ajoutait le handicap de n'exporter que des matières premières agricoles peu ou pas transformées, donc à faible valeur ajoutée.

Trente cinq ans plus tard, la structure du commerce extérieur n'a pas fondamentalement changé. On assiste en revanche à une nette diversification des partenaires commerciaux, en particulier du côté des pays asiatiques émergents.

En 2025, l'Afrique de l'Ouest pourrait compter 140 millions d'habitants de plus qu'en 2005.

Un agriculteur devra nourrir 2,25 personnes contre 1,75 aujourd'hui et les possibilités d'extension des superficies cultivables seront moins importantes que par le passé. L'intensification agricole, déjà en cours, se renforcera inéluctablement. Mais par rapport aux autres régions du monde,

---

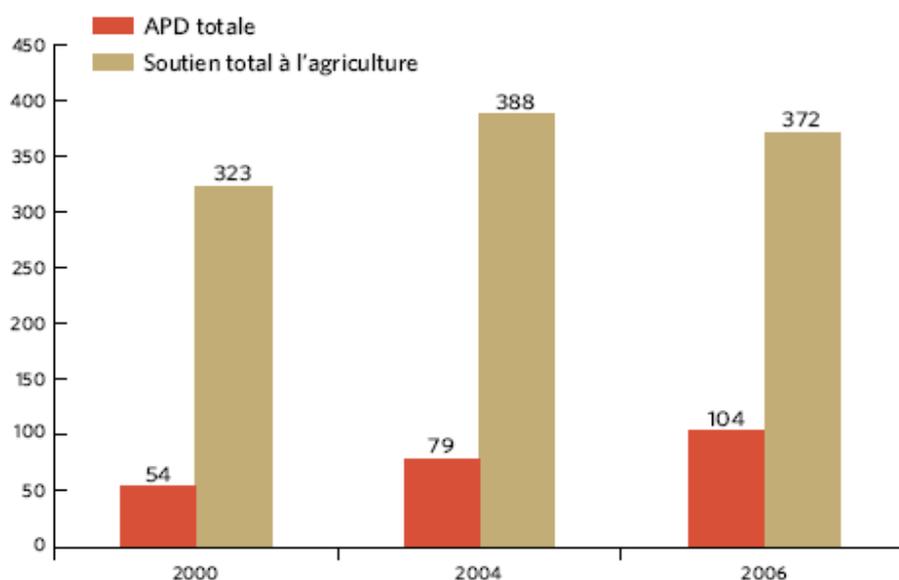
140 Darnton-Hill I, 2008 The impact of high food prices on nutritional status. SCN Side Event at the 34<sup>th</sup> Session of the Committee on World Food Security (CFS) 14 October 2008

l'intensification agricole en Afrique de l'Ouest est encore faible. La consommation d'engrais a certes été multipliée par 5 entre 1970 et 2000 mais elle reste 10 fois inférieure à la moyenne mondiale<sup>141</sup>.

La crise alimentaire mondiale résulte partiellement des subventions à l'agriculture et des protections tarifaires des pays développés qui, pendant des années, ont découragé la production agricole dans les pays en développement. Le montant total du soutien des pays développés à leurs secteurs agricoles a augmenté d'environ 65 milliards de dollars entre 2000 et 2004, avant d'être réduit de 16 milliards en 2006. Néanmoins, à 372 milliards de dollars, ces dépenses sont encore plus de trois fois supérieures à l'aide publique au développement des pays développés (figure 3.46). Le soutien fourni par les pays développés à leur propre secteur agricole s'est poursuivi alors qu'à la même époque, on encourageait les pays en développement à abandonner toute forme d'aide publique à leur agriculture. C'est un moyen de décourager la production agricole dans les régions en développement et cela nuit à l'objectif général de l'aide publique au développement, qui consiste à favoriser le développement<sup>142</sup>.

Figure 3.46: L'aide publique au développement

Aide publique au développement des pays membres de l'OCDE-CAD et soutien à l'agriculture dans les pays membres de l'OCDE, 2000, 2004 et 2006 (Milliards de dollars des États-Unis)



### L'énergie

L'euphorie qui accompagne la production et l'exploration pétrolières en Afrique de l'Ouest masque l'une des caractéristiques principales de cette région : la plupart des pays dépendent exclusivement, ou presque, des importations pour satisfaire leur demande interne. Alors que la région compte parmi

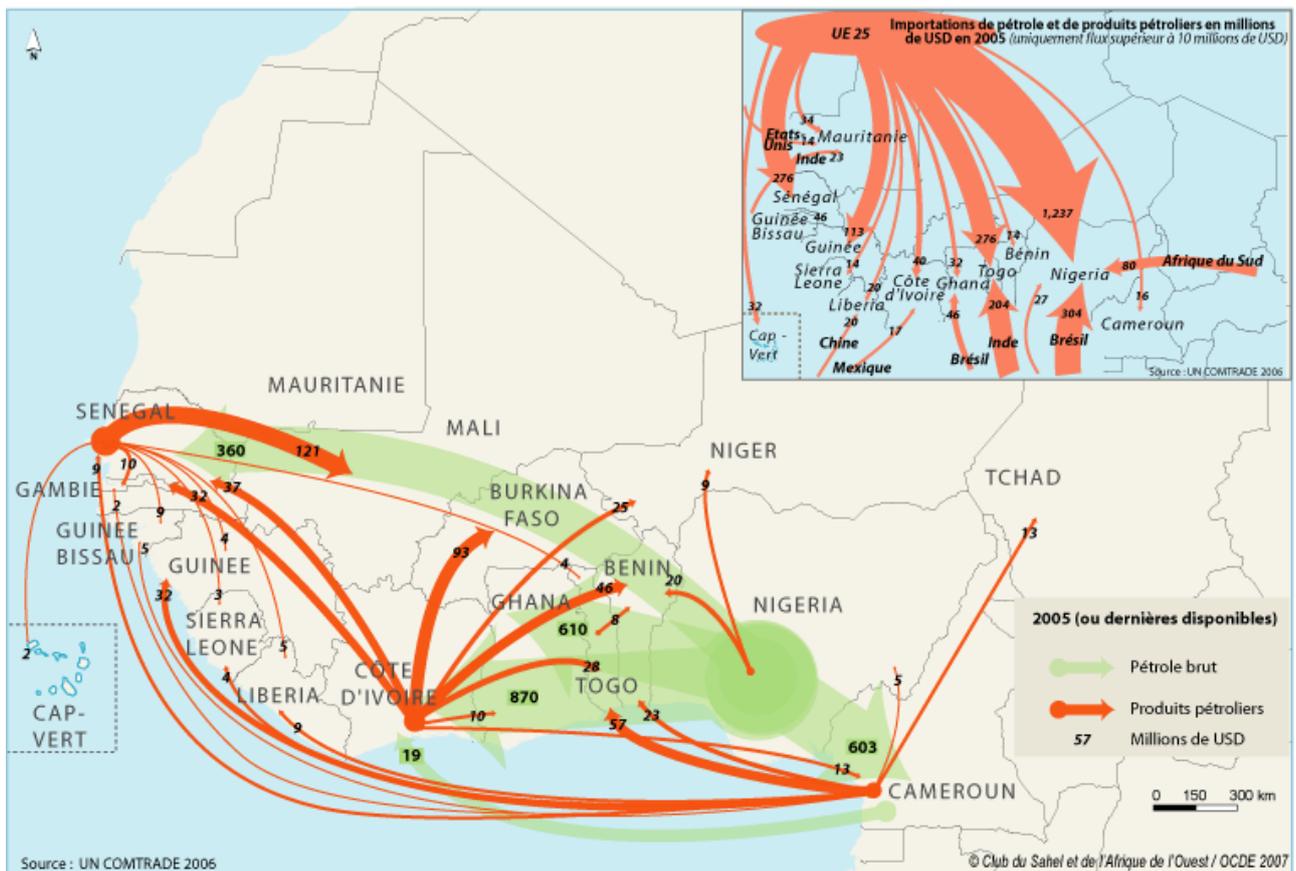
141 <http://www.atlas-ouestafrique.org/spip.php?article147>.

142 UNITED NATIONS, 2008 Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2008

les plus grosses zones exportatrices de pétrole brut, elle importe la majorité de ses produits pétroliers raffinés (figure 3.47). Les importations de produits pétroliers sont 4,5 fois supérieures à celles des échanges internes. Bien que le Nigeria, la Côte d'Ivoire, le Cameroun, le Ghana et le Sénégal disposent d'usines de raffinage, leurs capacités opérationnelles réelles sont insuffisantes pour assurer l'approvisionnement du marché régional. Les raffineries ouest-africaines souffrent de plusieurs dizaines d'années de sous-investissement, avec pour résultat une faible capacité d'exploitation et des processus de distillation non performants.

La Figure 3.48 montre l'évolution des importations nettes d'énergie (en % de la consommation commerciale d'énergie)<sup>143</sup>. L'évolution pour l'ensemble de la période 1971-2005 enregistre une moyenne annuelle de 9,2<sup>144</sup>.

Figure 3.47: Le flux du commerce du pétrole



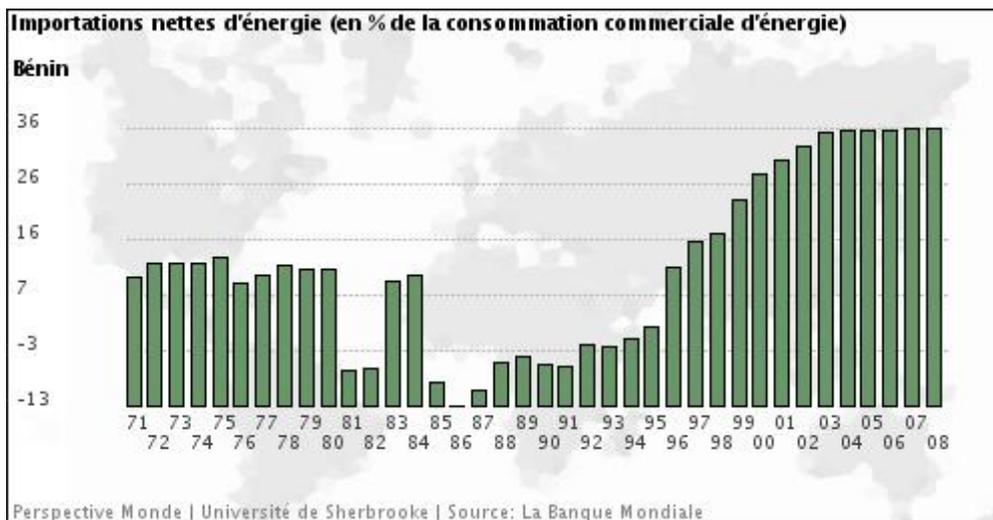
Commerce du pétrole et des produits pétroliers : flux internationaux et intra-régionaux en 2005

Figure 3.48: Importations nettes d'énergie du Bénin

143

<http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=6&codeStat=EG.IMP.CON.S.ZS&codePays=BEN&codeTheme2=6&codeStat2=x&langue=fr>

144 Cette statistique est obtenue en soustrayant l'énergie que produit un pays de celle qu'il utilise (équivalence mesurée en huile). Un indicateur négatif signifie que le pays est un exportateur net.



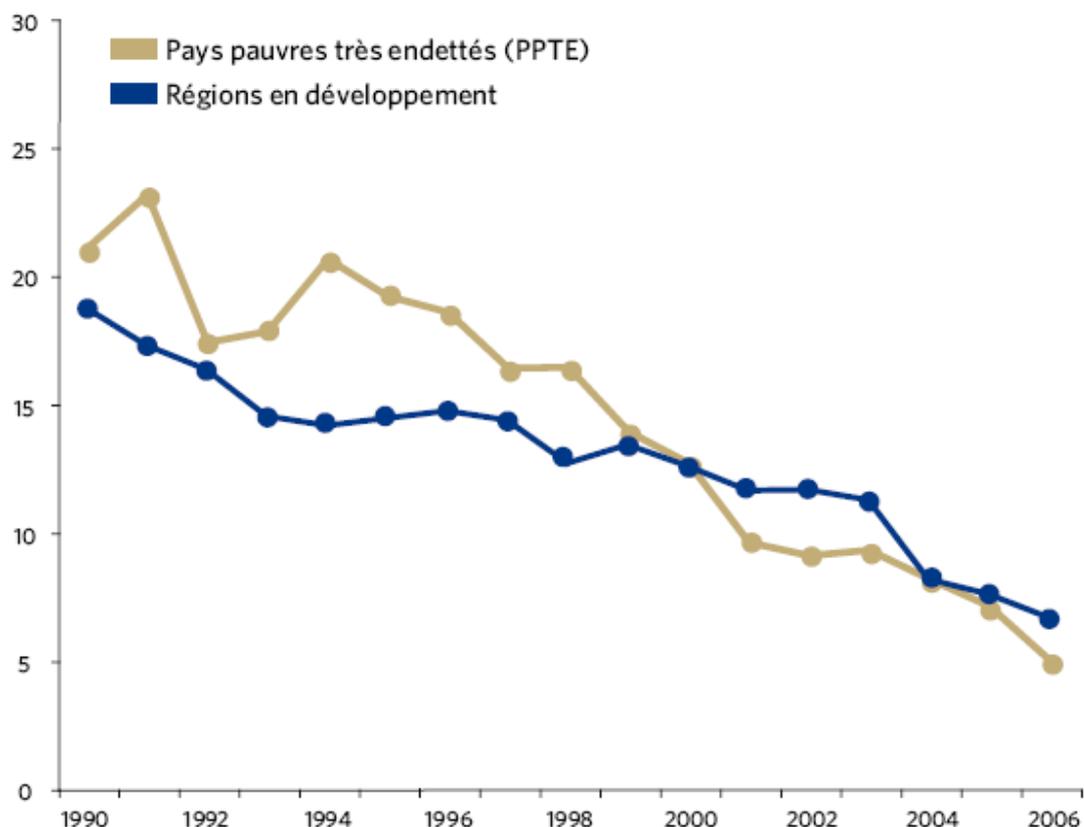
### L'aide au développement

Quand la pauvreté et le sous développement sont solidement implantés, il faut pour les vaincre des ressources et des apports que peu de pays en développement, particulièrement les plus pauvres, peuvent mobiliser, soit d'eux-mêmes, grâce aux niveaux actuels d'investissements et de prêts externes privés, soit par l'intermédiaire d'aide et de prêts officiels. Et bien qu'il y ait quelques points encourageants concernant les investissements et le commerce en Afrique subsaharienne, les problèmes des économies du continent demeurent énormes, avec notamment des niveaux relativement faibles de demande intérieure et les quotas d'importation imposés par les pays industrialisés sur les biens manufacturés africains.

En même temps, les pays en développement devaient globalement plus de 2000 milliards de dollars au titre de la dette extérieure en 1995. L'Afrique subsaharienne, par exemple, a versé en 1995 une somme de 13,6 milliards de dollars pour le service de la dette – près du double de ce qui a été affecté aux services de santé. Et les pays en développement supportent la plus lourde proportion, de loin, du fardeau mondial de maladie, qui épuise leurs ressources humaines et économiques.

Figure 3.49: Versements au service de la dette

### Versements au service de la dette en proportion des recettes tirées des exportations, 1990-2006 (Pourcentage)



La valeur des exportations des économies à revenu faible a augmenté de plus de 65 % depuis 2004, leur fournissant davantage de ressources pour servir une dette réduite. Dans les pays en développement, le service de la dette extérieure, qui représentait 13 % des recettes tirées des exportations en 2000, est passé à 7 % en 2006 (figure 3.49)<sup>145</sup>.

Comme déjà mentionné en chapitre 3.4.5, l'aide publique au Bénin pour le développement représente 8,2 % du PIB (le ratio de l'APD par habitant est de 43,7 \$).

D'après les estimations du Projet du Millénaire, le montant total de l'aide publique au développement (APD) nécessaire à la réalisation des OMD était de 135 milliards de dollars É.-U. en 2006, mais seuls 104 milliards de dollars ont été accordés en 2006. Au vu des tendances actuelles, l'APD devrait atteindre environ 200 milliards de dollars en 2015. Ces montants estimatifs représentent environ 0,5 % du produit national brut (PNB) des pays donateurs - 0,44 % en 2006 et 0,54 % en 2015, respectivement. Lorsqu'on tient compte des coûts supplémentaires – liés par exemple à de grands projets d'infrastructure, à l'adaptation aux changements climatiques et à la reconstruction après des conflits, on arrive à un objectif plus probable de 0,7 % du PNB des pays donateurs. Paradoxalement, ce montant tout à fait abordable correspond aux engagements déjà pris par les pays donateurs. Il y a plusieurs années déjà, les principaux pays industrialisés ont promis d'allouer 0,7 % de leur PNB à l'APD.

145 UNITED NATIONS, 2008 Objectifs du Millénaire pour le Développement. Rapport 2008



**QUI A INVESTI DANS LA NUTRITION?**

**4**

## RESUME

***Le Plan Stratégique de Développement de l'Alimentation et de la Nutrition (PSDAN) auquel s'est arrimé un Programme d'Alimentation et de Nutrition Axé sur les Résultats (PANAR) n'arrive pas sur un terrain vierge. En effet, face à la situation peu reluisante de la situation nutritionnelle du Bénin, les gouvernements successifs depuis les indépendances avec ou non le concours des partenaires techniques et financiers ont mis en œuvre beaucoup de programmes/projets de nutrition ou de sécurité alimentaire et nutritionnelle. La mise en œuvre de ces programmes/projets s'est faite dans le temps à l'image de la trajectoire de la nutrition au Bénin. Ainsi, les premiers programmes/projets développés au Bénin concernent les jardins familiaux et avaient pour objectif fondamental la lutte contre la faim et la malnutrition notamment infantile. C'était de l'indépendance jusqu'au début des années 70.***

***Ensuite entre 1974 et 1984, il y a eu l'introduction des programmes de santé dans les approches de lutte contre la malnutrition. La lutte contre la malnutrition est vue comme un problème de santé publique conformément aux conclusions de la Conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires.***

***De 1984 à 1994, le Bénin a connu la mise en œuvre des programmes de la nutrition communautaire avec le Projet Bénino-Italien d'assistance en nutrition puis l'appui du Catholic Relief Service aux Centres de Promotion Sociale pour la mise en œuvre du Programme Alimentaire et Nutritionnel. L'enseignement de la nutrition à l'Université Nationale du Bénin a démarré au cours de cette période au niveau de la Faculté des Sciences Agronomiques.***

***Puis, il y a eu entre 1994 et 2008, le développement de la lutte contre les carences en micronutriments, et la mise en œuvre de Programme de sécurité alimentaire. Au cours de cette période, il y a eu des tentatives de renforcement du paysage institutionnel de la nutrition au Bénin avec la mise en place du Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition (CNAN) et de ses démembrements au niveau départemental. Au cours de cette période, il y a eu la mise en œuvre du PMA/Nut au niveau du secteur de la Santé de même que l'élaboration de la Stratégie Nationale de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) 2008-2013. L'élaboration du premier plaidoyer sur la nutrition au Bénin a eu lieu également au cours de cette période grâce à l'analyse des données de l'EDS 2001 à partir du logiciel PROFILES.***

***Ainsi, le Bénin a tenté plusieurs expériences en matière de programmes/projets de lutte contre la malnutrition. Il y a eu des acquis certains qui méritent d'être capitalisés mais le constat amer est qu'aucun des programmes n'est véritablement allé à l'échelle. C'est là un des défis majeurs au PANAR.***

## 4 Récapitulation des actions de nutrition au Bénin

Face au tableau sombre décrit ci-dessus, les gouvernements successifs et l'Etat béninois ne sont pas restés insensibles. Beaucoup de programmes de nutrition ont été mis en œuvre pour tenter d'apporter des réponses aux problèmes nutritionnels. Le récapitulatif de ces programmes en matière de nutrition au Bénin depuis les indépendances, révèle des dates importantes et des faits marquants selon la trajectoire ci-après.

### 4.1 *Lutte contre la faim et la malnutrition infantile à travers des « jardins familiaux »*

Les questions de nutrition ont été abordées pour la première fois dans leurs dimensions holistiques au début des années 60, à travers la formulation et la mise en œuvre par le Ministère du Développement Rural avec l'appui de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et du Gouvernement néerlandais, du projet "Jardins familiaux". Ce projet a levé un coin de voile sur l'existence des maladies d'origine nutritionnelle au sein des ménages et, indexé les enfants de moins de 5 ans comme les principales victimes et les couches les plus vulnérables. De fait, le Ministère du développement rural est devenu la porte d'entrée et le porte flambeau de la nutrition au Bénin. Le discours était alors de renforcer les capacités des ménages notamment en milieu rural afin de leur donner les outils nécessaires à la prévention de la malnutrition à partir des ressources alimentaires localement disponibles. Des animatrices de développement rural furent formées à Porto-Novo (capitale administrative et politique du pays) sous l'égide du Service Dahoméen d'Alimentation et de Nutrition Appliquée (SDANA). Ce Service a été créé en 1962 et est devenu en 1974, la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA). Deux (2) centres horticoles et nutritionnels ont été créés et mis en service, l'un à Ouando (Porto-Novo) pour la partie méridionale du pays et l'autre à Pabégou (Commune de Copargo) pour desservir la zone septentrionale du Bénin. Le fondement premier de la mise en œuvre de ce projet « jardins familiaux » est d'amener les mères à faire des jardins et le petit élevage de case pour nourrir de façon équilibrée leurs enfants et leurs familles. Le projet a généré de nombreux petits jardins de case qui progressivement se sont mués en des espaces ou périmètres maraîchers avec l'évolution des villes de Cotonou et de Porto-Novo. Au-delà de ces deux grandes villes, ce sont toutes les villes secondaires du pays qui ont été au fil des ans, enrôlées dans ce processus de développement de ce qu'il est convenu d'appeler l'agriculture urbaine et périurbaine. Les jardins de case se font beaucoup plus actuellement en zones rurales. Le slogan était alors « Mieux nourrir les enfants avec les aliments locaux ».

A travers ce slogan et les outils didactiques de counseling et de récupération nutritionnelle développés, l'accent était visiblement mis sur l'un des piliers fondamentaux du développement du capital humain. Le développement harmonieux de l'état nutritionnel du couple mère-enfant et du ménage en général était la substance de ce pilier. Le leadership de la DANA dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition était à l'époque, incontestable.

## ***4.2 Introduction du volet santé dans les approches de lutte contre la malnutrition***

La période allant de 1974 à 1984 fut une décennie d'instabilité et de confusion institutionnelles pour la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée qui commençait à peine son rayonnement national et international avec l'appui du Gouvernement néerlandais et de la FAO. La FAO aidait déjà en ce temps, le Bénin à la mise en place d'un laboratoire central d'analyses des denrées alimentaires et le développement d'un arsenal juridique et législatif pour le contrôle de la qualité et de la sécurité sanitaire des aliments destinés aux marchés national et international.

Le caractère multisectoriel et interdisciplinaire de la nutrition a fait qu'à tort ou à raison les gouvernants de la période 1974 – 1984 ont pensé que la DANA pouvait être au niveau du ministère en charge de la santé. Ainsi, sur la période, la DANA est passée deux fois du Ministère du Développement Rural au Ministère de la Santé avant d'être stabilisée depuis 1984 au ministère en charge de l'agriculture.

Puis, il y a eu la tenue en 1978, de la Conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires, où la malnutrition est apparue comme un problème de santé publique. Selon les personnes interviewées, « durant son séjour au Ministère de la Santé, la DANA s'adonnait davantage, grâce à son laboratoire, aux analyses biomédicales (venant ainsi en appui aux cliniciens) et à l'analyse de l'eau ». Les aspects relatifs à la surveillance alimentaire et nutritionnelle, la valorisation des recettes alimentaires locales pour la prévention et la lutte contre la malnutrition infantile, la formation des animatrices du développement rural se sont estompés. Le projet "Jardins Familiaux" initié par le Bénin et le Gouvernement des Pays-Bas en 1963 a alors vécu, entraînant des préjudices graves aux ménages et couches infanto juvéniles des villes et campagnes. Le Projet "Jardins Familiaux" n'a pas été porté à l'échelle.

## ***4.3 Mise en oeuvre de la Nutrition Communautaire et Introduction de la Nutrition dans les Curricula de Formation de 1984 à 1994***

L'année 1984 consacra le retour définitif de la DANA au sein du Ministère du Développement Rural et le démarrage de la Coopération bénino-italienne. Ce fut alors une nouvelle ère pour le développement des actions de nutrition. Il s'agit notamment durant la période 1984-1994, de la mise en œuvre de la nutrition communautaire et, de l'introduction de la nutrition dans les curricula de formation.

### **4.3.1 Mise en œuvre de la Nutrition Communautaire au Bénin**

Le souci de la DANA et de la Coopération bénino-italienne était dès 1984, de mettre en place un

système de surveillance alimentaire et nutritionnelle. Des enquêtes de consommation alimentaire et d'évaluation de la situation nutritionnelle des populations furent initiées. Ces enquêtes furent l'une des actions d'importance de la DANA après son retour définitif dans le giron du Ministère du Développement Rural. Grâce à ces enquêtes dont les résultats ont été largement disséminés, la situation alimentaire et nutritionnelle des ménages béninois a été mieux cernée, les zones et plus précisément les sous-préfectures (actuelles communes) à risque d'insécurité alimentaire et nutritionnelle ont été détectées et des stratégies pilotes de surveillance alimentaire et nutritionnelle avec des interventions correctrices impliquant les communautés à la base et des initiatives endogènes, ont été mises en place. Le clou de ces vastes études sur la situation alimentaire et le statut nutritionnel des populations béninoises fut à cette époque, les investigations sur les carences en vitamine A dans le Nord-Ouest du pays avec comme résultats, l'identification de poches d'héméralopie dans l'Atacora (commune de Matéri et environs). Ces résultats largement partagés (les investigations ayant impliqué le Ministère de la Santé) ont permis à plus d'un, de prendre conscience de la gravité et de la précarité de l'état nutritionnel des enfants d'âge préscolaire. Ce constat amena la DANA avec l'appui de la coopération italienne, à entreprendre la première expérimentation de la supplémentation en capsules de vitamine A au Bénin et à développer la promotion de la culture en contre-saison de légumes pour assurer huit mois sur douze dans l'année, la consommation de fruits et légumes frais par les ménages de la localité Le Centre Horticole et Nutritionnel de Pabégou a été mis à contribution pour assurer la production et la distribution des semences maraîchères aux populations de Matéri. Le Centre d'Action Régionale pour le Développement Rural de l'Atacora a aidé ces populations dans la maîtrise de l'eau en saison sèche par le développement de retenus d'eau à buts multiples. De concert avec les Centres de Promotion Sociale et des animatrices communautaires (*personnes volontaires, natives ou non des communautés d'intervention, agissant de façon bénévole mais à qui des stratégies de motivation ont été apportées comme par exemple des subventions pour le développement d'activités génératrices de revenus*), la DANA a entrepris une vaste campagne d'information, d'éducation et de communication pour un changement de comportement.

D'une manière générale, des dispositifs de surveillance alimentaire et nutritionnelle ont été mis en place dans la plupart des communes identifiées à risque d'insécurité nutritionnelle. Des activités d'éducation nutritionnelle des femmes en âge de procréer, de promotion de la croissance staturo-pondérale des enfants de 0 à 5 ans, de démonstrations culinaires, de visites à domiciles pour le suivi rapproché des enfants malnutris en cours de récupération nutritionnelle, de référence des malnutris graves vers des centres appropriés pour leur prise en charge et, la promotion de la production et de la consommation des aliments de hautes valeurs nutritionnelles y sont menées sous l'égide des autorités Politico-administratives et des leaders d'opinions.

A partir de 1987, le cercle des structures publiques engagées dans la surveillance alimentaire et nutritionnelle s'est élargi avec l'entrée en scène du Ministère en charge des affaires sociales. Avec l'appui technique et financier du Catholic Relief Services (CRS), ce Ministère a entrepris à travers les Centres de Promotion Sociale (CPS) des activités de surveillance de la croissance pondérale des enfants, d'éducation nutritionnelle par des démonstrations culinaires, de réhabilitation nutritionnelle des enfants malnutris et de distribution des vivres comme forme de motivation des mères d'enfants. Deux programmes importants de nutrition communautaire ont été exécutés par ce Ministère. Il

s'agit essentiellement: du Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN) ou Programme préscolaire qui a eu cours de 1987 à 1997 et du Programme Alimentaire et Nutritionnel à Base Communautaire (PBC) de 1997 à 2005.

Les objectifs visés par ces programmes étaient de (i) réduire la mortalité infantile et maternelle ; (ii) améliorer la sécurité alimentaire des ménages et (iii) appuyer le développement des communautés défavorisées.

Près de 400 villages ou communautés et environ 60 000 enfants étaient mensuellement suivis à travers ces programmes sous l'encadrement des Responsables des Centres de Promotion Sociale et les relais communautaires que sont les Animatrices Communautaires (AC) et les Comités Villageois de Développement Social (CVDS).

La distribution des vivres a été l'élément caractéristique de ces programmes de manière que les communautés et certains élus locaux (chefs de villages et de quartiers de villes ou conseillers locaux) ramenaient la nutrition à la seule « activité de distribution de vivres ». Or, ces vivres constituaient des appoints apportés par les Responsables des programmes en vue de permettre à priori aux mères, de corriger le statut alimentaire et nutritionnel de leurs enfants en cas de besoin.

L'objectif de cette supplémentation alimentaire était si mal compris par certaines franges des bénéficiaires que l'on a assisté dans les communautés, à des travers à savoir entre autres :

- la vente des vivres reçus et, l'argent de compensation utilisé à des fins diverses (tontines, approvisionnement en condiments, achats de biens ... ) ;
- la non utilisation des vivres pour cause d'incompatibilité avec les habitudes alimentaires des membres du ménage ;
- l'utilisation dans certains ménages de ces vivres pour l'alimentation de toute la maisonnée et non pour la réhabilitation nutritionnelle de l'enfant malnutri ;
- le refus de certaines mères d'enfants non éligibles à ces assistances alimentaires de poursuivre la surveillance de la croissance de leurs enfants, car frustrées de payer comme toutes les autres mères, la caution exigée (*qui variait de 50 à 100 FCFA selon le cas*) et se voir exclues de la jouissance des vivres (*qu'elles pensaient être une contrepartie de cette caution destinée entre autres à assurer une partie des frais de transport de ces vivres de Cotonou au lieu d'utilisation, et l'achat des condiments ou autres biens d'intérêt commun pour les démonstrations culinaires*).

Le drame malheureusement dans ces cas de figure, était que certains des enfants voyaient leur état nutritionnel se dégrader ou s'empirer. Ces situations extrêmes corroborent le fait que certaines parties de la population ne perçoivent pas la malnutrition (bien que parfois endémique) comme une maladie au même titre que le paludisme, la méningite et autres affections d'origine virale ou bactérienne. En somme, la consommation inadéquate d'aliments ne saurait être pour cette catégorie de la population, une source de dysfonctionnement pour l'organisme. Le discours dominant chez ces personnes est que la «la malnutrition est une manifestation de la sorcellerie et doit être traitée chez les guérisseurs traditionnels ou les sorciers mais non dans un centre de nutrition thérapeutique ou ambulatoire»

Ces actions de nutrition communautaire n'ont été que partiellement évaluées soit dans le cadre de recherches pour l'élaboration de thèses de nutrition à la Faculté des Sciences Agronomiques pour ce qui est de la DANA au sein du Ministère du Développement Rural, soit par le CRS en ce qui

concerne les interventions du Ministère en charge des affaires sociales. Les résultats de part et d'autres ont été mitigés quant à **la réduction durable** des taux de malnutrition.. En effet, les cibles directement bénéficiaires de ces actions à savoir les enfants d'âge préscolaire, présentent des améliorations de leur état nutritionnel pendant la durée des interventions mais, les bonnes pratiques d'alimentation et de nutrition enseignées à travers les séances d'éducation nutritionnelle bien que mémorisées par cœur par les mères bénéficiaires, ne sont pas toujours adéquatement mises en application pour cause de pauvreté monétaire pour certaines et/ou de manque de temps ou suractivité notamment chez les femmes rurales et celles commerçantes. Ce constat a fait dire à certains dont le Professeur Léopold K. FAKAMBI qu'étant donné que ces femmes savent ce qui doit être fait pour une bonne alimentation de l'enfant et du ménage, « la nutrition est désormais un problème de temps et d'argent ». Pour la résoudre, il faut des stratégies qui allègent le temps d'occupation des femmes ainsi que la pénibilité des tâches, sans compter leur autonomisation sur le plan financier.

Sur la période, il y a eu l'élaboration en juin 1991 du Programme National de Santé maternelle et infantile planification familiale nutrition et du système d'alerte pour une maternité sans risques. Mise en œuvre sur la période 1991-1995 avec l'appui financier de la Banque Mondiale à travers le Programme de Développement des Services de Santé (PDSS), le Gouvernement du Bénin a réalisé sa volonté d'améliorer les conditions de la famille et de permettre à tous de mieux participer au développement du pays, de contribuer à une plus grande productivité et surtout en favorisant ainsi un meilleur épanouissement des familles.

Il faut également signaler l'expérience du Système d'Informations à Base Communautaire (SIBC) développée au cours de cette même période. Responsabiliser la communauté dans la résolution de ses problèmes de santé, voire de développement, par une meilleure décentralisation des activités socio-sanitaires ; est l'objectif assigné au SIBC que le Ministère de la Santé a mis en place avec l'appui de l'UNICEF.

### **4.3.2 Introduction de la Nutrition dans les Curricula de Formation**

Le fait que des personnalités comme le Professeur Léopold K. FAKAMBI (*Ancien fonctionnaire du SDANA, Premier Doyen de la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université Nationale du Bénin, Ancien Directeur de la Recherche Agronomique, Ancien Directeur de Cabinet du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique*), soit un Agronome Nutritionniste, a été déterminant dans l'intégration de la nutrition dans les curricula de formation des Ingénieurs agronomes issus de la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université d'Abomey-Calavi où, un département a été érigé pour former des Agro-nutritionnistes et des Spécialistes en nutrition humaine et sciences alimentaires.. La coopération bénino-italienne dont l'un des champions fut le Professeur Massimo CRESTA de l'Université la "Sapienza" de Rome a énormément contribué à étendre le leadership en nutrition de la DANA et par ricochet, celui du Bénin en Afrique, à travers l'organisation en 1987 et 1988 des premiers cours internationaux en nutrition. Ce fut le début de ce qui est devenu plus tard les cours FINSA (Formation Internationale en Nutrition et Sciences Alimentaires). Ces cours sont annuellement organisés depuis 1994, par le Département de Nutrition

de la Faculté des Sciences Agronomiques de l'Université d'Abomey-Calavi.

Aujourd'hui au Bénin, il existe grâce à ces personnalités et bien d'autres comme les Professeurs Mama ADAMOU-NDIAYE et Mathurin Coffi NAGO (*tous anciens Doyens de la FSA*), une masse critique de nutritionnistes et d'intervenants qualifiés en nutrition, disséminés çà et là dans les structures publiques, privées, les ONG et organisations internationales. Les cours FINSA ont permis de renforcer les capacités de bien d'intervenants, tous secteurs professionnels confondus. Divers thèmes spécifiques leur ont été développés à travers les sessions et sont en relation avec «la Nutrition et le VIH/SIDA», «la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle et l'atteinte des OMD» etc.

Cette démarche consistant à renforcer le capital humain par l'amélioration des connaissances théoriques et pratiques des béninois et des béninoises, a pour finalité de mieux poser aux décideurs politico-administratifs (afin de leur faire internaliser), la problématique de la nutrition en rapport avec le développement socio-économique du pays.

Parmi les intervenants bénéficiaires de ces cours, l'on compte des décideurs politiques, des planificateurs et des coordonnateurs ou acteurs des projets et programmes de développement.

Au plan purement académique, le Département de Nutrition de la FSA sort chaque année depuis 1985, une moyenne de huit (8) Spécialistes (Agronomes nutritionnistes) qui sont mis sur le marché du travail. Le Bénin est devenu un pôle d'excellence de formation de haut niveau en nutrition pour les Etudiants et les Professionnels intervenants en nutrition des pays francophones d'Afrique de l'Ouest et du Centre depuis qu'en 1987, fut organisé conjointement par la FAO et le « International Agriculture Center de Wageningen » (Pays-Bas), un atelier régional des pays francophones de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) sur l'introduction de la nutrition dans les curricula de formation.

Parallèlement, la DANA a développé en direction du monde scolaire, des programmes de nutrition en étroite collaboration avec l'Institut National de la Formation et de la Recherche en Education (INFRE). A travers ces programmes réalisés avec l'appui de la coopération italienne, nombre de Directeurs ou Responsables d'établissements d'enseignement primaire ainsi que des Conseillers pédagogiques ont été formés à l'alimentation et à la nutrition appliquée afin d'améliorer au niveau des jeunes écoliers, le savoir, le savoir-faire et le savoir être dans ce domaine. A cet effet, des brèches avaient été ouvertes dans les curricula de formation pour introduire l'enseignement théorique et pratique de notions fondamentales d'alimentation et de nutrition. Des manuels pédagogiques avaient été conçus à cet effet.

Mentionnons pour terminer qu'avec l'adoption de la loi 84-009 du 15 mars 1984 et de ses décrets d'application, la DANA s'était également lancée dans l'assurance de la qualité et de la promotion de la sécurité sanitaire des aliments. Les activités de contrôle de qualité s'étaient intensifiées avec l'appui de la FAO. Le laboratoire d'analyses et de contrôle de qualité des aliments (denrées alimentaires œuvrées ou semi œuvrées) a été redynamisé. Il servait alors de laboratoire de référence en matière d'analyses et de contrôle de qualité des denrées alimentaires et travaillait en étroite collaboration avec les laboratoires de recherche de l'Université Nationale du Bénin (*Faculté des Sciences et Techniques et Faculté des Sciences Agronomiques*) et ceux de l'Institut International

d'Agriculture Tropicale (IITA). Le rôle de ce laboratoire a été fondamental dans la détermination des valeurs nutritives de bien des aliments ou plantes alimentaires de consommation courante au Bénin. Son rôle a été très apprécié lors des premières enquêtes alimentaires et nutritionnelles d'envergure nationale menées par la DANA et destinées à la détermination des typologies alimentaires et la mise en place d'un système de surveillance alimentaire et nutritionnelle.

Sa contribution a été plus déterminante dans l'organisation des cours internationaux et le développement d'un système de formation, d'Information, d'Education et de Communication (IEC) sur l'hygiène et la salubrité des aliments. Les médias d'état à savoir, la radio nationale et les radios rurales avaient été intensément utilisés à cet effet.

#### **4.4 Développement de la Lutte contre les Carences en micronutriments et Mise en œuvre de Programme de sécurité alimentaire de 1994 à 2004**

##### **4.4.1 Contexte International et Renforcement du Paysage Institutionnel de la Nutrition au Bénin**

La décennie 1994-2004 a été marquée au plan international par trois événements majeurs qui ont eu une influence remarquable sur le développement de la politique de nutrition au Bénin. Il s'agit de la tenue:

- de la Conférence Internationale sur la Nutrition (CIN) en 1992.
- des Sommets Mondiaux de l'Alimentation (SMA et SMA+5) en 1996 et 2001.
- du Sommet du Millénaire pour le Développement en 2000.

Le Bénin était présent à ces grands rendez-vous internationaux et a souscrit à ces occasions aux engagements pris par les Chefs d'Etat et de Gouvernements. Aussi, la mise en œuvre de ces engagements a-t-elle contribué au plan national, à un réaménagement du paysage institutionnel de la nutrition. En effet, la tenue de la Conférence Internationale sur la Nutrition a permis l'élargissement du cercle des acteurs du secteur de la nutrition avec l'entrée en scène du Ministère de la Santé et la création en 1994, de la Direction de la Santé Familiale (DSF) dotée d'un service de nutrition. Jusqu'à cette date, les actions de nutrition se menaient avec la Direction Nationale de la Protection Sanitaire (DNPS) à travers le service en charge des soins de santé primaires.

Du point de vue organisationnel et singulièrement de la recherche d'une meilleure institutionnalisation de la politique de nutrition, le Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition (CNAN) et ses démembrements au niveau départemental ont été créés et installés en Décembre 1994. Le CNAN a essentiellement pour mission de définir la politique nationale en matière d'alimentation et de nutrition et d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des actions liées à la mise en œuvre de cette politique. Par conséquent, un Plan d'Action National pour

l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) a été élaboré et mis en vigueur en Janvier 1995. Ce Plan s'est fixé trois (3) objectifs essentiels à savoir :

- Garantir à chacun, en permanence, l'accès à une alimentation suffisante et saine, permettant d'avoir un régime alimentaire satisfaisant sur le plan nutritionnel ;
- Donner à chacun, la possibilité d'être et de rester en bonne santé et d'accéder au bien-être nutritionnel ;
- Parvenir à un développement sans danger pour l'environnement et socialement durable, afin de contribuer à l'amélioration de la nutrition et de la santé.

A travers ces objectifs, l'Etat s'engageait à :

- Promouvoir le bien-être nutritionnel de chaque Béninois et de chaque Béninoise ;
- Renforcer les politiques agricoles ;
- Opérer un développement durable sans danger pour l'environnement ;
- Concilier la croissance économique et une répartition équitable des profits entre toutes les couches de la population ;
- Accorder la priorité aux groupes les plus vulnérables sur le plan nutritionnel ;
- Susciter la participation et l'implication de toutes et de tous (hommes et femmes, collectivités locales et ménages) dans le processus de lutte contre la faim et la malnutrition ;
- Accorder une attention particulière aux femmes et promouvoir l'égalité entre les sexes.

Dans un tel contexte, l'entrée en scène du Ministère de la Santé et singulièrement de la Direction de la Santé Familiale (DSF) à travers son service de nutrition devrait permettre de renforcer l'amélioration de l'état nutritionnel des populations durant le cycle de vie. C'est pourquoi, certains programmes spécifiques ont été mis en place par cette structure et les principales activités menées ou en cours sont en rapport avec l'élaboration de politiques, normes et protocoles sur des aspects de santé familiale sur la base de la Déclaration de Politique Nationale en matière de Soins de Santé Maternelle et infantile du Bénin (y compris la Planification Familiale et la Nutrition). De ce point de vue, l'on peut mentionner :

- l'élaboration avec les autres structures du secteur de la nutrition du guide national de prise en charge nutritionnelle des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) ;
- l'élaboration avec les mêmes acteurs du secteur de la nutrition, de la stratégie nationale relative à l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant ainsi que le Plan d'Action y afférent ;
- l'élaboration du Plan d'Action de lutte contre le double fardeau nutritionnel,
- la Promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif ;
- la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé dans vingt-six (26) formations sanitaires (avec la mise en place des Groupes de Soutien (GS) à l'allaitement au niveau communautaire et la réduction de l'utilisation du biberon) ;
- l'intégration des actions essentielles en nutrition dans les formations sanitaires ainsi qu'au niveau communautaire dans 13 des 34 Zones Sanitaires du pays ;

- l'organisation de campagnes nationales d'administration de vitamine A et de déparasitage aux enfants de moins de 5 ans (2 fois par an).

Les principaux acteurs impliqués dans ces activités sont les Agents de Santé, les Agents des Services Sociaux du Ministère de la Famille, les Agents de Nutrition du Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche, les Agents des Ministères en charge de l'Éducation ainsi que les Agents communautaires (Groupes de Soutien, relais).

#### **4.4.2 Mise en œuvre du Programme BASICS de l'USAID**

Avant d'aborder le développement de la lutte contre les carences en micronutriments, il faut rappeler les programmes précurseurs au niveau du secteur de la santé. Il s'agit, entre autres, de la mise en œuvre de l'approche des « Actions Essentielles en Nutrition (Essential Nutrition Actions :ENA) » connue sous le nom de Paquet Minimum d'Actions en Nutrition (PMA/Nut) développé au Bénin entre 1997 et 2003 avec l'appui financier du Ministère de la Santé et de l'USAID. La phase d'expérimentation a eu lieu dans le département du Borgou et a connu un développement rapide dû à la participation et à l'appropriation de l'approche par la Direction Départementale de la Santé du Borgou.

Le paquet minimum comprend six actions clé à savoir :

- (1) Allaitement Maternel Exclusif (AME) pour enfants jusqu'à l'âge de six mois ;
- (2) Alimentation Complémentaire (AC), avec poursuite de l'allaitement maternel de six à 24 mois;
- (3) Supplémentation de la vitamine A;
- (4) Supplémentation du fer et de l'acide folique pour les femmes enceintes;
- (5) Promotion de l'iodation du sel pour toute la population ; et
- (6) Alimentation et conseils pour la prise en charge de l'enfant malade.

Les leçons apprises de l'expérimentation dans le département du Borgou et les principaux facteurs de succès ont été présentées lors d'un atelier régional à l'intention d'autres programmes de santé publique d'Afrique et d'ailleurs. L'étude de cas du Bénin a permis l'introduction de l'approche PMA/Nut dans d'autres pays. En effet, les résultats obtenus par la phase pilote dans le département du Borgou étaient très intéressants car des progrès fulgurants ont été enregistrés. Ainsi, après une année de mise en œuvre 1997-1998, une étude menée par le Catholic Relief Services a indiqué que l'Allaitement Maternel Exclusif est passé de 14% à 40% pour les enfants de 4 mois d'âge. Deux autres études menées plus tard conjointement par l'USAID et le programme de Promotion intégrée de la Santé Familiale en janvier 2000 et Septembre/Octobre 2002, ont confirmé les tendances. En effet, le taux d'AME était respectivement pour les deux études de 53% et de 61%.

Le programme BASICS a procédé sur la base de ces résultats à un renforcement des capacités en cascade du personnel de santé sur les 6 volets essentiels du PMA/Nut. Un accord a été même signé avec l'Institut Régional de Santé Publique pour l'introduction du PMA/Nut dans les curricula de formation des médecins en santé publique. Ainsi, l'IRSP qui forme des Masters en Santé Publique et en Épidémiologie a renforcé son programme de formation par l'enseignement des six

composantes essentielles du PMA/Nut.

#### **4.4.3 Programme Quinquennal de Nutrition Secteur Santé 2001-2005**

Dans le souci de résoudre progressivement et durablement les problèmes de nutrition, le Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Santé Familiale, s'est engagé à élaborer et à mettre en œuvre un Programme Sectoriel de Nutrition Appliquée 2001-2005. Financé par le Projet Santé et Population de la Banque Mondiale, ce Programme Quinquennal de Nutrition reflète les spécificités sectorielles de manière à assurer l'efficacité des actions à mettre en œuvre. Il répond aux objectifs fixés dans le Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) de 1995. Il a pour but d'améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables (enfants, adolescents, femmes enceintes et femmes allaitantes).

Pour atteindre les objectifs fixés, deux stratégies ont été identifiées en tenant compte, d'une part, de l'accès et de la qualité des services liés à la nutrition à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, et d'autre part, de l'intervention des autres secteurs évoluant dans le domaine de la nutrition. Il s'agit notamment de: (i) l'amélioration de l'accès des groupes vulnérables aux soins et aux services de nutrition à travers la mise en œuvre d'un PMA/Nut intégré aux autres activités, tant en stratégie fixe qu'en stratégie avancée au niveau des formations sanitaires ; l'application des activités du PMA/Nut au niveau communautaire et dans les CPS et la définition et la mise en œuvre d'un PMA/Nut en milieu scolaire et (ii) l'amélioration de la qualité des services et soins de nutrition.

Il s'agit d'un programme quinquennal de nutrition essentiellement destiné à porter à l'échelle le programme PMA/Nut évoqué dans le paragraphe précédent

#### **4.4.4 Développement de la Lutte contre les Carences en Micronutriments**

L'histoire de la lutte contre les carences en micronutriments au Bénin remonte à 1936 avec la première enquête de dépistage qui a révélé la présence du goitre endémique dans le Nord du pays. Plus tard en 1989, ce fut le tour de l'avitaminose A dans la même région. Quant à la carence en fer, la première étude y afférant s'est déroulée au Sud du Bénin. Dans un cas comme dans l'autre, d'autres études complémentaires ont été faites concluant toutes les fois que ces carences en micronutriments constituaient des problèmes de santé publique.

C'est pourquoi, la "prévention et la lutte contre les carences spécifiques en micronutriments" a été retenue dans le Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition, comme une préoccupation majeure du Gouvernement. C'est à ce titre que la stratégie d'iodation universelle du sel a été adoptée et mise en œuvre au milieu des années 90 avec l'appui de l'UNICEF et que la

supplémentation en fer et vitamine A ainsi que la diversification alimentaire ont été recommandées dans le Plan d'Action National de Lutte contre les carences en micronutriments adopté en 2004, pour l'éradication des carences en fer et vitamine A au Bénin.

#### **4.4.4.1 Cas de la lutte contre les TDCI**

L'importance de la lutte contre les Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI) a été reconnue par la Communauté Internationale au Sommet Mondial de l'Enfance en 1990 et à la Conférence Internationale sur la Nutrition de 1992 ; Ces rencontres internationales ont consacré l'élimination des TDCI par l'iodation universelle du sel (pour l'alimentation humaine et animale) comme objectif stratégique pour venir à bout de la carence en iode au plus tard en l'an 2000.

Au moyen de campagnes d'information, de sensibilisation, d'éducation et de communication pour un changement de comportement, la promotion de la consommation de sel iodé a eu cours cinq (5) ans durant de 1995 à 2000. Une évaluation conjointe DANA-UNICEF de cette stratégie s'est déroulée du 2 Mai au 6 Juin 2000 sur toute l'étendue du territoire national. Avec une prévalence de goitre de 3,7 % au plan national, 98,9 % de sel iodé au niveau des ménages et 100 % de taux médians d'iode urinaire supérieurs à 10 µg/dl, les TDCI ne constituaient plus un problème de santé publique au Bénin. Ces résultats étaient en adéquation avec ceux obtenus dans la même période par le Projet Thyromobil de ICCIDD qui estimait à « plus de 90 % la disponibilité en sel iodé des ménages et à 1,2 % le taux total de goitre enregistré ».

Il existait certes des disparités entre départements. Ainsi le Borgou et les Collines dans une moindre mesure, avec respectivement 14,7 % et 5,4 % constituaient encore des poches où les TDCI étaient encore un problème de santé publique. Nul doute donc que des efforts ont été faits

Malheureusement, ces efforts n'ont pas été maintenus dans le temps de sorte qu'en 2001 déjà, environ 75 % seulement des ménages enquêtés dans le cadre de l'EDS disposaient de sel adéquatement iodé. La situation était encore plus préoccupante en 2006 où, l'EDS III faisait état de six (6) ménages sur dix (10) disposant de sel adéquatement iodé et cette tendance est observée dans tous les départements

Plusieurs facteurs expliquent cette régression de la consommation par les ménages, de sel adéquatement iodé. En effet, il convient de noter qu'aujourd'hui **80% du sel consommé au Bénin est importé et 20% provient de la saliculture locale dont à peine 0,8% est iodé dans les unités d'iodation mises en place à Ouidah et à Comè avec l'appui financier de l'UNICEF**. Diverses raisons expliquent cet état de fait. Il s'agit entre autres de :

- l'éloignement des unités d'iodation des sites de production ;
- la non praticabilité en toutes saisons des voies d'accès aux villages salicoles ;

- la forte teneur en eau (25 à 35% du sel ignigène);
- l'aspect peu salubre du sel produit (présence de débris végétaux et de substances indésirables).

Ces raisons expliquent la réticence des responsables des unités d'iodation à acheter à un prix rémunérateur le sel localement produit et compromettent ainsi l'objectif de l'Iodation Universelle du Sel. C'est pourquoi il urge que des alternatives efficaces soient trouvées afin que la totalité du sel alimentaire mis sur le marché soit iodé. Dans ce contexte, le système d'iodation mobile constitue un atout indéniable qui empêcherait les saliculteurs locaux de continuer à déverser sur le marché national du sel non iodé.

A tout cela, il convient d'ajouter un autre facteur qui est *le recours à des pratiques peu recommandables de manipulation de sel adéquatement iodé*. Ces pratiques contribuent à l'amenuisement de sa teneur en iode.

Il s'agit entre autres de :

- la mouture (au moulin) du sel à gros grains pour la rendre plus fin ;
- le mouillage à l'eau et l'exposition du sel au soleil, notamment dans les marchés ;
- le grillage du sel (fait culturel chez certaines communautés) ;
- l'emballage du sel dans une feuille végétale ou dans un papier ;
- la conservation du sel dans un récipient ouvert ;
- le dépôt du sel près du feu.

Aussi est-il indispensable, pour la pérennisation des acquis de la stratégie d'iodation universelle du sel, de mettre en place un système performant de contrôle et de surveillance continu du sel importé ou celui localement produit et mis sur le marché national, afin de s'assurer de l'adéquation de leur teneur en iode.

#### **4.4.4.2 Cas de la lutte contre la carence en Vitamine A**

Les stratégies retenues dans le Plan d'Action National de Lutte contre les Carences en Micronutriments, pour prévenir et guérir les carences en vitamine A sont la fortification des aliments de consommation courante comme les huiles pauvres en ce micronutriment, la diversification alimentaire et la supplémentation en capsules de vitamine A.

La fortification des aliments a toujours fait la préoccupation des acteurs du secteur de la nutrition. Mais les essais conduits sont restés au stade de recherche à la Faculté des Sciences Agronomiques et à la DANA. Le gari (semoule de manioc) a été l'aliment véhicule le plus étudié à cet effet. Avec l'appui de Helen Keller International (HKI), les huiles alimentaires sont de plus en plus indexées ces derniers temps pour leur fortification. Les études sont en cours et nul doute que dans un futur proche cet objectif sera atteint avec les huileries en activité au plan national.

En ce qui concerne la diversification alimentaire, il existe au Bénin, une gamme variée d'aliments riches en vitamine A ou provitamine A. Le problème est la non utilisation correcte de ces aliments pour cause de méconnaissance de leur richesse en ce micronutriment ou d'ignorance des pratiques culinaires facilitant la valorisation de ces aliments.

D'une manière générale, la teneur du lait maternel en vitamine A dépend du statut en vitamine A de l'organisme de la mère. Jusqu'à l'âge de six mois le lait maternel est la seule source de vitamine A pour l'enfant exclusivement nourri au sein.

En 2006, moins du tiers des mères d'enfants de moins de trois ans avaient consommé des aliments riches en vitamine A, les sept derniers jours précédant l'EDS et moins d'une mère sur deux avait reçu des capsules de vitamine A en post partum; ceci aussi bien en zone urbaine qu'en zone rurale et dans tous les départements sauf dans l'Atlantique et dans le Borgou où, plus d'une mère sur deux en ont reçu.

La supplémentation systématique en vitamine A associée au déparasitage systématique est l'une des interventions de lutte contre la malnutrition infantile que le Ministère de la Santé mène lors des journées nationales de vaccination. Ces interventions ont permis de 2003 à 2007 d'assurer un apport adéquat aux besoins annuels en vitamine A de la majorité des enfants de 6 à 59 mois. Le taux de couverture de cette intervention a évolué en dents de scie mais, il est demeuré globalement élevé.

Des efforts importants restent à faire dans ce domaine pour l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement.

#### **4.4.4.3 Cas de la lutte contre la carence en Fer**

Les forts taux d'anémie ferriprive révélés par les diverses enquêtes parcellaires ou nationales comme les EDS ont interpellé la conscience du Gouvernement. Les stratégies retenues dans le Plan d'Action National de Lutte contre la carence en micronutriments sont à l'instar de la vitamine A, la fortification en fer des aliments de consommation courante, la diversification alimentaire et la supplémentation en fer et acide folique.

Pour ce qui est de la fortification, la DANA a mis en place une unité de farines de sevrage fortifiées en fer et autres micronutriments indispensables à la croissance et au développement harmonieux de l'enfant.

Ces aliments de sevrage connus sous les appellations commerciales de RIMALAIT (farine de premier âge) et de CERESO (farine de deuxième âge) sont à base de céréales et de lait pour le premier et, de céréales enrichies au soja pour le deuxième âge. Ces farines fortifiées constituent des formules plus élaborées des recettes d'aliments de sevrage issues des acquis du projet "Jardins Familiaux" mis en œuvre par la DANA au cours des premières années post-coloniales.

La diversification alimentaire est la stratégie la plus conseillée aux communautés à la base car, elles disposent de gamme variée d'aliments riches en fer. Il s'agit notamment des aliments d'origine animale. Mais ces aliments sont très peu utilisés par les ménages pour des raisons diverses en relation avec les pesanteurs socioculturelles, de pauvreté monétaire ou d'ignorance.

Lorsque l'enfant est nourri exclusivement au sein jusqu'à l'âge de six mois, ses besoins en fer sont

assurés par le lait maternel dont la teneur en ce micronutriment dépend du statut en fer de l'organisme de la mère.

L'EDS 2006 indique que moins d'une mère d'enfants de moins de trois ans sur quatre avait consommé des aliments riches en fer, les sept derniers jours précédant l'Enquête

Il reste ici également des efforts à déployer pour faire entrer la consommation d'aliments riches en fer dans les habitudes alimentaires des populations et particulièrement des femmes en âge de procréer et des enfants.

#### **4.4.5 Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)**

La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été adoptée par l'Assemblée Mondiale de la Santé le 18 mai 2002 (WHO, 2002) et par le Comité Exécutif de l'UNICEF le 16 septembre 2002. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé aux Etats Membres de mettre en œuvre cette stratégie en l'adaptant au contexte local, afin de promouvoir une alimentation optimale pour tous les nourrissons et jeunes enfants.

Pour appuyer les pays de la Région africaine à développer des Plans d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires ont organisé deux rencontres à Ouagadougou en 2004 et à Cotonou en 2005. Suite à ces rencontres le Bénin s'est engagé à développer sa stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH/SIDA et à se doter d'un Plan d'action pour sa mise en œuvre. Le but est de créer et de maintenir un environnement qui encourage les pratiques appropriées pour l'alimentation de tous les enfants tout en portant à l'échelle les interventions nécessaires pour réduire la transmission du VIH à l'enfant par le lait maternel.

Dans ce cadre, une analyse de la situation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) a été réalisée comme préalable à l'organisation d'un atelier d'élaboration de la stratégie nationale de l'ANJE y compris dans le contexte du VIH. Cet atelier a été organisé en mai 2006 avec l'appui technique et financier de l'OMS, de l'UNICEF, de l'USAID et des autres partenaires au développement du secteur santé.

Le Bénin dispose désormais de sa stratégie nationale de l'ANJE établie pour la période 2008-2013. Les principaux axes stratégiques retenus à ce propos sont :

- Promotion d'une alimentation appropriée ;
- Alimentation du nourrisson et du jeune enfant et VIH ;
- Alimentation saine et adéquate des nourrissons et jeunes enfants en situations particulières ;
- Renforcement institutionnel et mesures d'accompagnement ;

- Développement d'un plan de communication pour un changement de comportement ;
- Promotion de la nutrition maternelle ;
- Promotion de la recherche en matière d'ANJE ;
- Suivi et Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie nationale d'ANJE.

#### **4.4.6 Mise en œuvre des politiques et programmes de sécurité alimentaire**

##### **4.4.6.1 Sécurité Alimentaire : Historique**

Le concept de sécurité alimentaire tire ses origines des diverses concertations au plan mondial destinées à éliminer la faim et la malnutrition. Au rang de ces concertations, rappelons les consultations de 1979 organisée sous l'égide du Conseil Mondial de l'Alimentation (CMA) et qui a donné corps à la notion de "Stratégie alimentaire". Le thème central de ces consultations était de « recenser les principaux obstacles à l'accroissement de la production et de la consommation alimentaires, et de formuler des propositions précises quant aux moyens de les surmonter »

Ces consultations ont fait ressortir la nécessité d'accorder davantage de place aux politiques alimentaires nationales dans le cadre d'une nouvelle structure d'aide internationale coordonnée. Une stratégie alimentaire nationale bien conçue répondait à ce type de nécessité car elle amènerait à établir des priorités d'investissements qui placeraient au cœur du processus de développement, la satisfaction des besoins alimentaires des populations.

La finalité des stratégies alimentaires nationales est d'amener les pays en développement à atteindre un degré d'autosuffisance alimentaire supérieur.

L'objectif des Nations Unies de voir la faim éliminée dans le monde avant la fin du siècle dernier, amena la Communauté Internationale à organiser la Conférence Internationale sur la Nutrition en décembre 1992 et les Sommets Mondiaux de l'Alimentation (SMA et SMA + 5) respectivement en 1996 et 2002 à Rome. Ces fora internationaux ont permis d'explorer d'autres pistes pour aborder la résolution des problèmes d'alimentation et de nutrition aux plans national, régional et mondial. A ces occasions, les Chefs d'Etat et de Gouvernement se sont engagés individuellement et collectivement à réduire de moitié le nombre de sous-alimentés et de malnutris à l'échéance de 2015. Ce que vinrent entériner plus tard les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont le tout premier vise expressément l'élimination de l'extrême pauvreté et de la faim, alors que six (6) des huit (8) objectifs se préoccupent directement ou indirectement de la lutte contre la malnutrition.

La Déclaration du Sommet mondial de l'Alimentation et le Plan d'Action qui en découla ont mis l'accent sur la « sécurité alimentaire » et mirent en exergue les sept engagements pris par les Dirigeants et Plénipotentiaires du monde. L'engagement n° 3 est à ce titre édifiant et précise ce qui

suit : «Nous poursuivrons des politiques et méthodes participatives et durables de développement alimentaire, agricole, halieutique, forestier et rural dans les régions à potentiel élevé comme dans celles à faible potentiel, qui sont essentielles pour assurer des approvisionnements alimentaires adéquats et fiables au niveau des ménages ainsi qu'aux échelons national, régional et mondial, et lutterons contre les ravageurs, la sécheresse et la désertification, considérant le caractère multifonctionnel de l'agriculture»

#### **4.4.6.2      *Grandes Lignes de la Politique de Sécurité Alimentaire au Bénin***

La définition du concept de sécurité alimentaire et les déterminants qui en découlent laissent conclure qu'une politique efficace de sécurité alimentaire ne saurait se réduire à la seule politique agricole bien que cette dernière en constitue l'épine dorsale. De fait, la conception et la mise en œuvre d'une telle politique ne devraient guère être l'apanage du seul Ministère en charge de l'agriculture. Plusieurs départements ministériels, le secteur privé, la société civile et les partenaires au développement sont concernés. La nécessité d'une synergie d'actions cohérentes et coordonnées dans un Plan de développement national est alors indéniable. Satisfaire cette nécessité est la condition sine qua non pour juguler le double fardeau nutritionnel dont sont victimes les ménages dans les villes et campagnes. C'est là, un défi permanent. D'autres défis et non des moindres sont en relation avec la nature et la complexité des déterminants.

Le Bénin est partie prenante des engagements pris par les chefs d'Etat et de Gouvernement à l'issue des sommets mondiaux de l'alimentation et du sommet du millénaire pour le développement. C'est donc pour le Gouvernement béninois, un impératif moral d'agir afin d'honorer ses engagements internationaux, étant entendu que les objectifs définis à ces fora mondiaux sont réalisables et, la lutte contre la faim et la malnutrition constitue un préalable de croissance économique et de développement durable.

#### **4.4.6.3      *Principales Interventions en matière de sécurité Alimentaire***

Les interventions-clés du gouvernement et de ses partenaires ont été menées à travers de nombreux projets et programmes exécutés, sur financement des institutions internationales ou de coopérations bilatérales, soit par les institutions publiques, soit par les ONG nationales ou internationales. *Cependant, il faut remarquer que la plupart de ces programmes et projets ont souvent mis l'accent sur l'appui au développement de la production végétale, de l'élevage et de la pêche avec davantage d'appui au volet de production, oubliant la dimension nutritionnelle de la sécurité alimentaire.*

Les principales interventions relatives à la sécurité alimentaire exécutées, en cours d'exécution ou en cours de négociation peuvent se résumer comme suit :

- en matière *d'appui au développement agricole, de l'élevage et de la pêche*, les principales interventions ont été conduites par le Programme de Développement de la Filière Manioc (PDFM), le Programme de Développement des Racines et Tubercules (PDRT), le Projet de Promotion de l'Élevage d'Aulacodes (PPEAU), le Projet de Développement de l'Élevage – Phase III (PDE III), le Projet d'Appui au Monde rural du Mono (PAMR-MONO), le Projet

d'Appui au Développement Rural du Mono et du Couffo (PADMOC), le Projet d'Appui au Développement Rural de l'Ouémé (PADRO), le programme d'appui au développement des systèmes d'exploitation (PADSE), le Programme d'Appui au Développement Participatif de la Pêche Artisanale (PADPPA), le Programme d'Appui au Développement des Filières Agricoles (PADFA), le projet de Conservation et de gestion des Ressources Naturelles (PROCGRN), Facilité d'Appui aux Filières Agricoles (FAFA), Programme d'Appui au Développement et à l'Aménagement de la Vallée de l'Ouémé (PADAVO),;

- dans le domaine de *l'appui au secteur de production*, (activités génératrices de revenus, transformation, conservation et stockage), les principales activités ont été conduites par le Programme d'Appui au Développement du secteur Agricole (PADSA), le Projet d'activités génératrices de revenu (PAGER) et le Projet de micro finance et de commercialisation (PROMIC), le Programme d'Insertion des Sans Emplois dans l'Agriculture (PISEA), le Projet d'Appui au Développement Rural (PADER);
- en matière *d'appui à la sécurité alimentaire et à la nutrition*, les principales interventions ont été conduites par le Projet d'Interventions Locales pour la Sécurité Alimentaire (PILSA), le Programme communautaire de nutrition maternelle et infantile (PCNMI), le Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA), le Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PSAN) et le Projet de Sécurité Alimentaire par l'Intensification Agricole (PSAIA) en cours d'exécution.

En ce qui concerne les résultats et acquis, l'analyse concernera seulement le Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA), le Projet d'Interventions Locales pour la Sécurité Alimentaire (PILSA) et le Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle (PSAN) qui ont été conçus avec pour objectif principal la réduction de l'insécurité alimentaire et de la malnutrition.

- ***Programme Spécial de Sécurité Alimentaire***

Le PSSA a partiellement atteint ses objectifs techniques (principalement pour les productions végétales). Il a mis en place des démarches participatives et a su gagner la confiance des populations concernées. Par contre, l'analyse des contraintes a fait apparaître une lacune dans la compréhension logique du projet; en effet, l'analyse n'a porté que sur les obstacles locaux à la réalisation des composantes techniques et n'a pas considéré les contraintes plus structurelles apparaissant souvent à d'autres niveaux, ceux du village, de la région et même du pays. Plus généralement, le PSSA n'a pas pu dépasser les réalisations ponctuelles, qui représentaient cependant un premier pas indispensable.

- ***Projet d'Interventions Locales pour la Sécurité Alimentaire***

Dans l'ensemble, les objectifs principaux et directs ont été atteints et les résultats obtenus satisfaisants. Le PILSA a permis d'expérimenter une approche de développement communautaire d'un genre nouveau à travers l'implication des bénéficiaires par approche participative et le développement d'activités génératrices de revenu et d'opportunités d'emplois dans le sens de la responsabilisation des communautés rurales en particulier les groupements de femmes et de tester

avec succès le partenariat du Gouvernement avec les ONG, deux éléments qui ont fait tâche d'huile auprès d'autres projets montés après le démarrage du PILSA

- ***Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle de PLAN BENIN***

En 2003, PLAN BENIN a lancé avec l'appui de PLAN INTERNATIONAL et PLAN PAYS-BAS, un programme de sécurité alimentaire et nutritionnelle dont la phase pilote a été exécutée dans le Département du Couffo. Pour garantir la durabilité et la pérennisation des acquis du PSAN, une amélioration devra être apportée à la démarche d'intervention.

#### ***4.4.6.4 Leçons Apprises des Interventions-clés de Sécurité Alimentaire au Bénin***

Le Bénin a bénéficié de projets et programmes pertinents visant à résoudre les problèmes de l'alimentation et de la nutrition des communautés. Des mesures de pérennisation des actions et des acquis ont été prises çà et là à travers l'implication des communautés bénéficiaires, la mise en place de structures et relais communautaires et la formation des acteurs à la base pour le renforcement de capacité d'intervention. De plus, l'approche « genre » a été globalement observée même si, elle a été diversement appliquée. De ce point de vue, il convient de noter que la résolution des problèmes de l'insécurité nutritionnelle doit mettre en scène toutes les composantes de la communauté (hommes et femmes, jeunes et moins jeunes, toutes les classes sociales existantes et l'implication active des Elus locaux depuis le Chef de village ou quartier de ville jusqu'au Maire y compris les Chefs d'arrondissement et conseillers municipaux. L'appropriation par ces acteurs ou composantes de la communauté, des actions et stratégies développées par les programmes est le gage de la réussite.

Un effort de documentation des différents processus de mise en œuvre des programmes ou projets et l'adoption d'une démarche participative de leur suivi et évaluation semblent nécessaires afin de laisser aux collectivités locales des repères pour passer à l'échelle.

#### ***4.4.6.5 Vision Pour le Futur***

Le gouvernement dans son souci de faire du Bénin une puissance agricole, a mis en chantier une série d'actions découlant des documents de politique agricole dont entre autres le **Plan Stratégique de Relance du Secteur Agricole** élaboré en 2007.

L'objectif global de ce Plan est *"d'améliorer les performances de l'agriculture béninoise pour la rendre capable d'assurer de façon durable la souveraineté alimentaire de la population et de contribuer au développement économique et social du Bénin, à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et à la réduction de la pauvreté"*

Tirant leçons des principales interventions susmentionnées et prenant en compte les nombreuses contraintes (naturelles, institutionnelles, organisationnelles et conjoncturelles, notamment la faible productivité, l'accès difficile aux intrants, l'insuffisance des capacités de stockage et de conservation voire de transports vers les zones enclavées, le coût élevé de l'approvisionnement en facteurs de production, la dégradation et la baisse constante de la fertilité des sols, ainsi que la dégradation des pâturages) le gouvernement a entrepris avec l'appui technique et financier de la

FAO, la formulation d'un Programme National de Sécurité Alimentaire (PNSA).

La mise en œuvre de ce Programme contribuera à augmenter les productions à travers l'intensification de la production agropastorale et halieutique. Outre l'augmentation de l'offre des productions agricoles et animales, le programme développera des activités génératrices de revenu par la valorisation des produits permettant ainsi d'améliorer l'accès financier des populations concernées aux denrées alimentaires. De plus, un important volet nutritionnel y a été prévu. La mise en œuvre de ce volet permettra d'améliorer l'état nutritionnel des populations bénéficiaires, tout en fournissant aux municipalités, un tableau de bord régulièrement actualisé sur la situation alimentaire et nutritionnelle des groupes cibles. L'on entreprendra également la valorisation des plats et recettes culinaires usuels et de ceux en voie d'extinction au niveau des communautés ainsi que l'élaboration de la table de composition des aliments du Bénin. Le PNSA est donc un atout pour l'amélioration durable du statut alimentaire et une contribution significative à l'amélioration de l'état nutritionnel de l'enfant.

En attendant son financement et sa mise en œuvre futurs, le gouvernement a procédé avec l'accord des partenaires au développement à la réorientation des projets et programmes actuellement en cours et comportant des volets de production alimentaire afin qu'à court et moyen termes, la disponibilité alimentaire soit assurée aux populations. Le but recherché est de soustraire les ménages à l'effet pervers de la cherté de la vie découlant depuis quelque temps de la flambée, au plan mondial, des prix des denrées de première nécessité. C'est également dans cette rubrique que s'inscrivent le Programme d'urgence d'appui à la sécurité alimentaire et le Programme de diversification agricole pour l'emploi des jeunes financés par le budget national.

#### **4.4.7 Plaidoyer pour le développement de la nutrition**

Le Bénin a aussi une expérience en matière de plaidoyer sur la nutrition. En effet, à partir des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2001 et sur la base du logiciel « Profiles », il a été organisé du 19 au 30 janvier 2004 un atelier sur l'analyse de la politique nutritionnelle et le Plaidoyer sur la nutrition au Bénin. L'encadrement technique a été assuré par l'Académie pour le Développement de l'Education et l'appui financier a été assuré par le Gouvernement et l'USAID.

L'objectif général était de développer une stratégie de plaidoyer en faveur de la nutrition au Bénin à la lumière des meilleures données épidémiologiques disponibles au niveau national et international en utilisant la méthodologie PROFILES. De façon spécifique, il s'agissait de :

- Renforcer les capacités en matière d'analyse de la situation nutritionnelle d'un groupe d'institutions et d'experts en utilisant la méthodologie PROFILES ;
- Développer une analyse de la situation nutritionnelle de la population (causes, conséquences et interventions possibles) ;
- Renforcer les capacités en matière de plaidoyer en faveur de la nutrition d'un groupe d'institutions et d'experts en utilisant la méthodologie PROFILES ;

- Développer une présentation multimédia pour le plaidoyer en faveur de la nutrition ;
- Développer une stratégie de plaidoyer en faveur de la nutrition fondée sur la dissémination des résultats de l'analyse « PROFILES ».

Le premier plaidoyer en faveur de la nutrition en direction des décideurs a été fait lors de la restitution des résultats de l'atelier qui a eu lieu le 30 janvier 2004 dans la salle de conférence de l'INFOSEC à Cotonou. L'objectif qui est de susciter un intérêt sur la nutrition a été largement atteint lors de ce premier plaidoyer. Ce plaidoyer a insisté sur la nécessité d'engager des énergies pour la réussite du processus devant conduire à des actions concrètes en faveur de la nutrition. Les thématiques développées concernent, entre autres, (i) Ensemble, Investissons dans la Nutrition pour réduire la Pauvreté ; (ii) Nutrition et Santé ; (iii) Nutrition et Education ; (iv) Nutrition et Economie. En résumé le plaidoyer s'est énoncé comme suit :

*« L'amélioration de l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables doit devenir, plus que jamais, un objectif de planification de tous les secteurs et un indicateur de développement socio-économique. Investir dans la nutrition, c'est donc assurer à notre pays des ressources humaines en bonne santé, garant d'un développement humain durable. Un investissement soutenu pour améliorer l'état nutritionnel des groupes les plus vulnérables que représentent les femmes et les enfants éviterait :*

- *Des milliers de morts d'enfants et de mères ;*
- *Un affaiblissement dramatique du potentiel intellectuel, et,*
- *D'énormes pertes de productivité économique.*

*BENIN: Ensemble, investissons dans la nutrition pour réduire la pauvreté et faire du BENIN un pays phare, un pays bien gouverné, uni et de paix, à économie prospère et compétitive, de rayonnement culturel et de bien-être social. »*

Pour atteindre ce noble objectif des recommandations ont été formulées dont le présent document constitue un élément de satisfaction. Il s'agit notamment de :

- Elaborer et vulgariser une politique nationale sur la Nutrition ;
- Intégrer les politiques nutritionnelles dans le document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRIP) ;
- Procéder à l'extension des programmes de Nutrition et la prévention des maladies infantile-juvéniles sur l'ensemble du territoire national avec un accent particulier sur le milieu rural ;
- Développer une politique et un programme de santé péri et néonatal intégrant une prise en charge adéquate de la femme enceinte ;
- Mettre l'accent sur les deux premières années de la vie de l'enfant à travers la promotion de

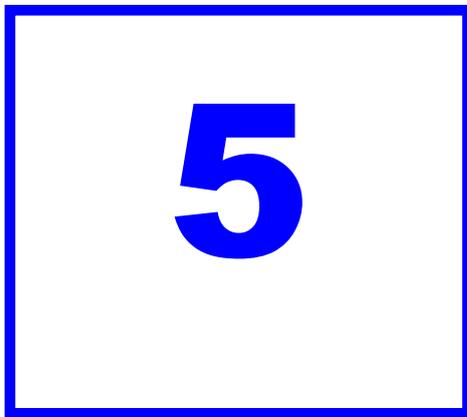
l'allaitement maternel jusqu'au niveau communautaire et des bonnes pratiques du sevrage ;

- Développer un programme de supplémentation en fer pour les enfants de 0-5 ans et des adolescents ;
- Développer la supplémentation en vitamine A comme activité de routine aussi bien au niveau sanitaire que communautaire ;
- Identifier les aliments véhicules appropriés pour la fortification en fer et en vitamine A, défiscaliser le matériel et les intrants nécessaires à l'iodation et à la fortification en fer du sel et proposer un projet de loi pour la production et la commercialisation du sel fortifié en fer et en iode.

L'application de ces recommandations nécessite l'intervention de la volonté politique à tout point de vue. Cela produira à coup sûr d'énormes bénéfices pour la santé de la population, l'éducation des enfants et l'économie du pays, trois facteurs incontournables pour réduire significativement la pauvreté et amorcer le développement humain durable du Bénin.

Au regard du plan d'action retenu par l'équipe PROFILES du Bénin et avec le soutien technique et financier des partenaires au développement du Bénin (UNICEF, USAID), il sera procédé très prochainement à la révision du PROFILES en utilisant les données de l'EDS 2006 et de l'AGVSAN 2009.

Notons par ailleurs qu'en matière de plaidoyer pour la nutrition, le Bénin a été associé au lancement au plan régional de *Lancet*. En effet, la journée du 18 Février 2008 a été consacrée au Sénégal à l'organisation d'un grand mouvement de plaidoyer en faveur de la nutrition. Le lancement de la Série Lancet sur la malnutrition maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest fut un instant pathétique. Une visioconférence fortement médiatisée associant quatre (4) pays en Afrique de l'Ouest (Bénin, Mauritanie, Burkina Faso, Côte d'Ivoire) a été organisée à partir de Dakar (Sénégal) pour éclairer et partager avec les populations et décideurs politiques de la sous-régions, les solutions éprouvées (scientifiquement validées), à coûts abordables qui existent et dont la mise en pratique diligente épargnerait indubitablement les millions de vies humaines qui périssent dans les pays en développement comme le Bénin. Ces solutions ont été abordées dans la série *The Lancet*. Le Bénin a saisi cette opportunité pour informer par médias interposés, les populations sur l'état d'avancement des actions entreprises par le Core Group de Nutrition en relation avec le Gouvernement et les Partenaires au Développement, dans le cadre de la politique économique des réformes dans le secteur de la nutrition.



## RESUME

***Le secteur de la nutrition est animé par quatre (4) catégories d'acteurs : ceux du secteur public (Ministère de l'Agriculture, de l'Élevage et de la Pêche, Ministère de la Santé, Ministère en charge de la Famille, les Ministères en charge de l'Éducation) ; ceux du secteur privé et de la Société civile, en l'occurrence les opérateurs économiques, les ONGs tant nationales qu'internationales; les Communautés à la base; les Partenaires techniques et financiers.***

***En ce qui concerne les acteurs du secteur public, le constat actuel sur le terrain est que leurs actions tournent au ralenti pour diverses raisons dont le manque ou l'insuffisance de ressources financières et humaines de qualité. Cependant, les interventions en relation avec la PCIME se déroulent dans certaines zones sanitaires par les agents de santé et la poursuite timide des actions de nutrition s'observe dans les autres départements ministériels comme la Famille, l'Enseignement supérieur et le Développement Rural. Il va falloir redynamiser l'ensemble du secteur de la nutrition dans le cadre de la mise en œuvre du***

***PSDAN.***

***Un constat positif cependant est la possibilité de mobiliser pour la mise en œuvre du PSDAN la plupart des relais communautaires formés entre temps par divers programmes/projets.***

## 5 Acteurs et intervenants du secteur de la Nutrition au Bénin

Le secteur de la nutrition est animé par quatre (4) catégories d'acteurs : ceux du secteur public (Ministère de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche, Ministère de la Santé, Ministère de la Famille et de l'Enfant) ; ceux de la Société civile, en l'occurrence les ONGs tant nationales qu'internationales; les Communautés à la base; les Partenaires techniques et financiers.

Les intervenants du secteur public ont une répartition spatiale plus large que celle des ONGs (nationales ou internationales). Les structures intervenant pour le compte du secteur public sont déconcentrées au niveau départemental, communal et parfois au niveau arrondissement et village. Le problème cependant est que le personnel n'est pas toujours disponible en quantité et en qualité à tous ces niveaux de déconcentration.

Le constat sur le terrain est que, grâce à l'appui financier de certains Partenaires au Développement comme l'UNICEF et l'OMS, les structures du ministère de la santé semblent actuellement plus actives et cela dans certaines zones sanitaires où se mène le programme de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME).

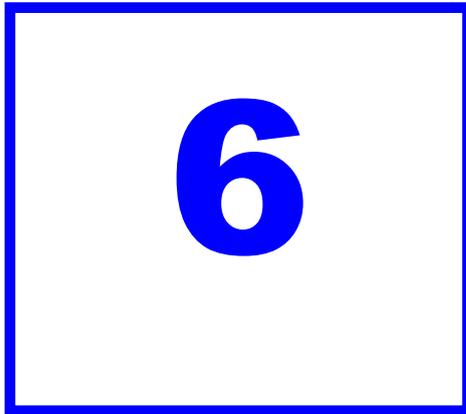
Les Centres de Promotion Sociale (CPS) existent dans presque toutes les communes mais sont actuellement dans une léthargie liée à la fin du Programme de Nutrition à Base Communautaire financé entre temps par le CATHWEL, une ONG Américaine.

Les réformes au niveau du Ministère en charge de l'Agriculture ont créé des vides au niveau de la plupart des communes voire départements en ce qui concerne le personnel en charge des questions de la nutrition.

Pour pallier ces insuffisances, la plupart des programmes ont eu recours aux relais communautaires qui sont soit des individus ou des groupes d'individus sélectionnés avec l'appui et la complicité des populations ou communautés dont ils sont issus pour volontairement se mettre à leur service.. Un cahier de charges est élaboré à l'intention de ces relais et l'on procède périodiquement à leur formation et à leur évaluation. La motivation de ces relais pose aujourd'hui problème et des solutions durables doivent être trouvées avec la complicité et la pleine participation des Elus locaux et des municipalités. De ce point de vue, le processus de décentralisation actuellement en cours, constitue un atout.

*Les réformes identifiées à l'atelier de consensus de Guédévy de novembre 2007 devraient aider à trouver des issues favorables aux problèmes de fonctionnement de ces relais locaux. Mieux, par ces réformes bien conduites, le Gouvernement et l'Etat s'engageront davantage au-delà des simples expressions de volonté politique. Ceci devrait se traduire par plus d'investissements matériels, humains et financiers dans ce secteur vital pour l'économie. La dynamisation du secteur de la nutrition permettrait à ses acteurs de capter de la part des gouvernants et de la Communauté internationale suffisamment de ressources financières. De plus en oeuvrant à la promotion de la nutrition communautaire et en faisant des ménages les vrais acteurs et les agents centraux de la nutrition, au niveau des villages et quartiers de villes, le secteur de la nutrition sera plus visible et lisible au niveau de la SCRP. Ce n'est que par ce truchement qu'il s'imposera sur l'échiquier du développement et confèrera à ses acteurs, un pouvoir de pression et de décision*

*qui lui a été de tout temps dénié . Les Partenaires techniques et financiers accompagnaient déjà le secteur de la nutrition et le feront davantage dans le contexte de la Déclaration de Paris et de la mise en œuvre des réformes. C'est pour le bénéfice des communautés à la base.*



## RESUME

*Vu l'image peu reluisante de la trajectoire de la nutrition, les divers acteurs du secteur de la nutrition ont pris des engagements importants en faveur de la nutrition. Le secteur public voire l'Etat central s'est engagé dans la lutte contre la faim et la malnutrition infanto-juvénile et le double fardeau nutritionnel chez toutes les couches de la population. Il y a des chances de croire que cette fois-ci, ces engagements seront suivis d'effet car à maintes reprises, l'Etat central à travers les Gouvernements successifs s'est engagé à mettre en œuvre les différentes résolutions et recommandations issues des rencontres ou fora internationaux sur l'alimentation et la nutrition. Malheureusement ces engagements ne sont souvent pas suivis d'actes concrets capables de porter à l'échelle les activités de nutrition au Bénin.*

*Aux côtés du secteur public, il y a les communautés à la base, les organisations de la société civile, le secteur privé, les ONG et les Partenaires Techniques et Financiers du Bénin. Les communautés à la base se sont engagées à travers les relais communautaires même si les problèmes de motivation de ces derniers constituent aujourd'hui une équation difficile à résoudre. Les ONG et les PTF à travers leurs soutiens technique et financier à la mise en œuvre des actions de nutrition.*

*Malgré l'engagement des divers acteurs du secteur, force est de constater que la nutrition est loin d'être positionnée au cœur du développement au Bénin. Les actions sont éparées et très peu coordonnées. Ayant fait le constat qu'un engagement solidaire des parties prenantes était indispensable pour la création des conditions à un meilleur positionnement de la nutrition au centre des préoccupations de développement, il y a eu l'atelier de consensus de Guédévy de novembre 2007 où un engagement collectif et consensuel a été pris pour le repositionnement de la nutrition au cœur du développement. Une vision a été définie pour le secteur et une feuille de route a été élaborée et mise en application.*

## **6 Les engagements pour la nutrition à ce jour au Bénin**

Le récapitulatif des actions de nutrition au Bénin, révèle qu'il y a eu selon les périodes des prises d'engagements en faveur de la nutrition. Ces engagements ont été enregistrés au niveau des quatre catégories d'acteurs qui animent le secteur de la nutrition au Bénin.

### **6.1 Engagement au niveau du secteur public**

Dès les premières années de l'accession du Bénin à l'indépendance, les gouvernements successifs ont engagé des actions d'importance contre la faim et la malnutrition, singulièrement la malnutrition infanto-juvénile. La création de la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) en 1970 sur les cendres de l'ex Service Dahoméen de Nutrition Appliquée (SDANA) était un témoignage de la conviction des Responsables de l'époque de donner une place de choix à la nutrition dans le développement de la nation.

Cet engagement en faveur de la nutrition, à travers l'érection de la structure qui s'en occupe au rang de Direction nationale, est resté jusqu'à ce jour malgré les péripéties du cadre institutionnel de la DANA entre 1974 et 1984.

Le caractère multidisciplinaire de la nutrition est respecté. En effet, comme évoqué dans le chapitre précédent, trois principaux ministères s'occupent des questions de nutrition au Bénin même si l'on déplore le manque de coordination et de synergie entre structures et entre les actions.

Par ailleurs, le Bénin a pris part aux divers fora et rencontres au plan international et régional sur l'alimentation et la nutrition et à ces occasions (Conférence Internationale sur la Nutrition en 1992 et celle sur la sécurité alimentaire en 1996 et en 2001 à Rome en Italie), le Chef de l'Etat et le Gouvernement béninois se sont souvent engagés à l'instar de leurs pairs des autres nations, à lutter résolument contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire des ménages des villes et campagnes. Ils ont pris officiellement rendez-vous pour 2015 pour l'atteinte durable des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Dès lors, la réduction sensible de la faim quantitative et de la faim qualitative est pour eux un impératif moral.

Dans le cadre de la mise en œuvre de ces engagements, le Bénin sous l'égide du Comité National pour l'Alimentation et la Nutrition, a élaboré de façon participative, le Plan d'Action National pour l'Alimentation et la Nutrition. Ce Plan a été mis en vigueur en Janvier 1995. Un Plan d'Action National de Lutte contre les Carences en Micronutriments a été aussi réalisé dans les mêmes conditions de 2001 à 2004. Sous le même registre, des dispositions ont été prises pour traduire en actes concrets, le Plan d'Action issu du Sommet Mondial de l'Alimentation.

Toutefois, ces actes qui constituent l'expression d'une volonté politique ne sont pas allés plus loin pour se concrétiser par des investissements coordonnés axés sur des résultats.

Notons cependant que ces rencontres internationales ont, en plus des solutions préconisées pour la lutte contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire (grâce aux échanges d'expériences et de

connaissances avec d'autres pays), amené les dirigeants béninois à engager et maintenir le pays dans le schéma de la nécessité d'agir pour une prise en charge soutenue de la malnutrition. L'effort d'éveil de conscience est de ce point de vue un acquis même s'il n'est pas suffisant pour muer les problèmes de développement que pose le double fardeau nutritionnel en solutions concrètes pour la réduction de la pauvreté ambiante des populations.

L'obligation de résultats semble dès lors un impératif pour mettre en confiance ces populations et rassurer les bailleurs de fonds d'investir utilement dans la nutrition. C'est en vertu de ces obligations de résultats, que la stratégie d'iodation universelle du sel a connu un succès remarquable dans les cinq premières années de sa mise en œuvre, permettant ainsi au Bénin d'être présent au rendez-vous de 2000 avec l'assurance d'avoir atteint l'objectif assigné au plan mondial (celui de l'élimination des TDCI au plus tard en l'an 2000). Il devrait en être ainsi pour les autres défis sur le chemin de l'atteinte des OMD pour lesquels l'échéance de 2015 avance inexorablement. Signalons à cet effet que les efforts engagés dans les autres domaines, notamment la lutte contre l'avitaminose A, l'anémie ferriprive et la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont logés au même enseigne, celui de l'obligation de résultats en vue de justifier la poursuite de l'aide au développement de la part de la Communauté internationale.

***De toute évidence, rien n'est fait tant qu'il reste encore à faire. S'il est vrai que la nutrition est aujourd'hui, une priorité inscrite dans le Document de Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté (SCRP) 2007-2009, qui est le document d'opérationnalisation des Orientations Stratégiques de Développement (OSD) 2006-2011 du Bénin, et le référentiel de toutes les actions de lutte contre la pauvreté et de dialogue politique entre le Gouvernement et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du Bénin, il est indéniable que les jours à venir méritent davantage d'engagement pour une meilleure visibilité de la conviction du Gouvernement de venir à bout de la faim et de la malnutrition***

Le passage à l'échelle les actions réussies et porteuses d'espoir pour la lutte contre la malnutrition est l'un des principaux défis du futur..

## **6.2 Engagement au niveau des communautés à la base**

Il est important de constater que dans le cadre de la mise en œuvre de la nutrition communautaire au Bénin, les communautés à la base ont joué un rôle très important. En effet, dans de nombreux villages ou localités du Bénin, il existe des relais et structures communautaires de nutrition mis en place par divers programmes et projets dans le cadre de la conduite ou de la mise en œuvre des activités et du processus de pérennisation des actions et des acquis. Ces relais et structures communautaires peuvent être réactivés.

Par ailleurs, il faut souligner l'existence d'une prise de conscience progressive des Elus locaux sur la nécessité de se préoccuper des questions de l'alimentation et de nutrition dans les stratégies de développement au niveau local notamment dans l'élaboration, révision ou actualisation de leur Plan de Développement Communal (PDC). Pour le moment, seule la Mairie de Cotonou dispose d'un

PDC qui prend en compte dans une certaine mesure, le volet nutrition à travers l'agriculture urbaine..

### **6.3 Engagement au niveau des organisations de la société civile, des ONG**

Au Bénin, il existe aux côtés du secteur public, une société civile qui s'implique à travers certaines ONG, dans la résolution des problèmes d'alimentation et de nutrition. Parmi ces ONG, il y a des organisations nationales et internationales. Ces organisations ont joué un rôle parfois très prépondérant dans la prise en charge de la malnutrition.

Au plan international, on peut citer sans être exhaustif :

- Le Catholic Relief Service (CRS) connu sous le nom de Cathwell, une ONG Américaine qui a œuvré pendant longtemps auprès du Ministère en charge des affaires sociales à travers le Programme Alimentaire et Nutritionnel (PAN) (Suivi mensuel de l'état nutritionnel des enfants de 0 à 3 ans ; Conseils diététiques et démonstrations culinaires ; Prise en charge des enfants malnutris ; Apports de vivres ; Education nutritionnelle, etc...) ;
- Le Groupe Laïcs Tiers Monde (LTM), une ONG Italienne qui a œuvré pendant longtemps auprès de la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée (DANA) (Enquête de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle ; Appui aux deux centres horticoles et nutritionnels (Ouando et Pabégou) ; Formation des cadres francophones de l'Afrique de l'Ouest et du centre sur la prise en charge de la nutrition dans les programmes de développement ; Mise en place d'unité de fabrication des farines 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> âge pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ; Appui au laboratoire d'analyse des aliments ; etc.) ;
- L'ONG Terre des Hommes qui a mis en place un centre de récupération nutritionnelle ;
- L'ONG, Care International au Bénin qui a œuvré dans le cadre de la lutte contre l'anémie nutritionnelle ;
- L'ONG Plan Bénin qui a mis en place un Programme de Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle ;
- La fondation UNIDEA qui appui la Zone Sanitaire Tanguiéta – Matéri – Cobly dans la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME)

Ces ONG sont encore pour la plupart présentes au Bénin et restent toujours engagées pour les actions de nutrition en direction des couches vulnérables ou à risque.

A ces ONG internationales, il convient d'ajouter certaines ONG nationales qui œuvrent au quotidien pour le bien-être nutritionnel des populations à la base. Il s'agit entre autres du Groupe d'Action pour l'Amour du Bien-être Familial (GABF) et l'Association Foi A la Providence (AFAP). Le secteur privé reste également disponible pour apporter sa pierre à l'édification d'un secteur de nutrition au service du développement à travers la lutte contre les carences en micronutriments

grâce à la supplémentation et à la fortification des aliments.

#### **6.4 Engagement des partenaires techniques et financiers**

L'engagement de la communauté Internationale en faveur de la nutrition est total au Bénin et cela depuis les temps immémoriaux jusqu'à nos jours au point où on a tôt fait de dire que le Bénin dépend de l'extérieur pour ses activités de lutte contre la malnutrition. Les appuis apportés par la Communauté Internationale pour la résolution des problèmes d'alimentation et de nutrition au Bénin sont immenses. Ils se déclinent en appui technique et en appui financier. Au plan technique, il est montré que des solutions éprouvées basées sur des recherches scientifiques sont disponibles pour prévenir et au besoin prendre en charge le double fardeau nutritionnel. Ces solutions ont fait également leur preuve au Bénin depuis les indépendances. Nombre d'entre elles ont contribué à contrôler l'avancée et l'ampleur des affections nutritionnelles qui ont été à la base de la formulation du Projet « Jardins Familiaux ». La diversification alimentaire, la fortification des aliments et la supplémentation en fer et vitamine A sont autant de stratégies qui sont utilisées dans les communautés pour la résolution des problèmes nutritionnels. Dans le cadre de la lutte contre l'insécurité alimentaire, les déterminants tels que la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation biologique ont été abordés à travers des technologies sûres. Tous ces aspects n'auraient pu être pris en compte sans un volet « appui technique » des Partenaires au développement. Au plan financier, l'analyse des sources de financement des projets et programmes de développement et singulièrement ceux en relation avec la politique de nutrition, met en exergue la dépendance du pays de l'aide extérieure pour le financement des interventions nutritionnelles. Ces appuis financiers ont permis d'élargir et de renforcer les interventions en faveur des projets à base communautaire, de nutrition, le renforcement des capacités, le plaidoyer et le développement de Plans Intégrés de Communication, des formations diplômantes en alimentation et en nutrition, la formulation et la mise en oeuvre de politique et programmes de sécurité alimentaire sans compter le renforcement institutionnel et la construction d'infrastructures etc. La présence des partenaires et les appuis qu'ils ont consentis dans ces domaines ont largement contribué à influencer ou induire des changements substantiels dans l'évolution de la trajectoire de la nutrition au Bénin.

Au nombre de ces PTF, il faut citer :

- L'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) ;
- Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) ;
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ;
- Le Programme Alimentaire Mondial (PAM) ;
- La Banque Mondiale ;
- Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ;
- L'Agence Internationale pour le Développement des Etats-Unis d'Amérique (USAID) etc.

## **6.5 Consensus de Guédévy**

Malgré l'engagement des divers acteurs du secteur, force est de constater que le positionnement de la nutrition au cœur du développement est loin d'être un acquis au Bénin. Les actions sont éparses et très peu coordonnées. Il y a une absence totale de synergies entre les actions en matière de nutrition développées par les différents départements ministériels et les autres parties prenantes (ONG, Privés et PTF) en charge d'assurer le bon état nutritionnel et la bonne santé des populations. Si ces synergies existaient et se développaient harmonieusement, il y aurait plus d'efficacité et de visibilité dans les actions entreprises par le gouvernement dans le secteur. C'est conscient de cette insuffisance, que les diverses parties prenantes se sont retrouvées à l'hôtel Guédévy d'Abomey autour de ce qui est désormais appelé l'atelier de consensus. Il s'agit d'un nouvel engagement collectif et commun de tous les acteurs ; en somme un nouveau départ.

Un engagement solidaire des parties prenantes est indispensable, pour la création des conditions, à un meilleur positionnement de la nutrition au centre des préoccupations de développement. Ainsi, le Bénin s'est engagé depuis mai 2007 dans un processus de politique économique de réformes dans le secteur de la nutrition. L'un des importants résultats d'étapes a été la tenue en novembre 2007, avec l'appui technique et financier de la Banque Mondiale, d'un atelier de consensus qui a permis aux acteurs de définir une vision pour ce secteur et, d'identifier les réformes nécessaires à mettre en œuvre pour sa réalisation. Pour ce faire, un projet de feuille de route a été élaboré et soumis à la fois au gouvernement et à la Banque Mondiale qui l'ont adoptée. De cette feuille de route, deux actions fondamentales méritent entre autres d'être menées avec une extrême diligence afin de lever durablement les obstacles institutionnels et organisationnels qui empêchent la nutrition d'être plus visible dans les politiques, programmes et projets de développement et par conséquent, de contribuer plus efficacement à la réduction de la pauvreté des ménages béninois. Il s'agit de :

- mettre en place une haute autorité de l'alimentation et de la nutrition dénommée Conseil National de l'Alimentation et de la Nutrition et,
- élaborer un Programme National multisectorialisé de Nutrition, structuré en sous-programmes cohérents, conçus dans une démarche participative, sur la base des problèmes prioritaires d'alimentation et de nutrition des 77 communes du pays, en tenant compte du double fardeau nutritionnel à savoir les malnutritions par carence et par excès. Ce Programme doit être adossé à un Plan Stratégique. C'est l'élaboration de ces documents qui justifie la présente analyse diagnostique sur la situation alimentaire et nutritionnelle du Bénin.