




© 2003 Center for Reproductive Rights

www.reproductiverights.org

formerly the Center for Reproductive Law and Policy



**Centre pour le droit et les politiques en matière
de santé reproductive (CRLP)
120 Wall Street
New York, NY 10005
USA
tel. 212.514.5534
<http://www.crlp.org>**

**Association des femmes juristes du Bénin
BP 275314057
Cotonou, Bénin
tel. 229.32.17.11
email: afjb-benin@intnet.bj**

Table des Matières

Les Droits des Mineures en Matière de Santé Reproductive au Bénin

A. Les droits des mineures en matière de santé reproductive (Articles 6 et 24 de la CRDE)	Page 3
1. La fécondité des mineures et leur accès aux soins de santé reproductive, y compris la planification familiale et la maternité sans risque	3
2. L'avortement	6
3. VIH/SIDA et maladies sexuellement transmissibles (MST)	7
B. Le droit à l'éducation (Articles 17, 24 (2)(e), 28 et 29 de la CRDE)	8
1. Accès à l'éducation de base sans discrimination	9
2. L'accès à l'éducation sexuelle	10
C. Le mariage et les mineures (Article 2 de la CRDE)	11
1. Age minimum d'entrée en union	11
D. Violences sexuelles et physiques à l'encontre des mineures (Articles 19 et 34 de la CRDE)	12
1. Violence sexuelles	13
2. Mutilations génitales féminines/excision	14

Introduction

Le présent rapport a pour but de fournir au Comité sur les droits de l'enfant (ci-après, le Comité) des informations visant à compléter le rapport périodique qui sera présenté par le gouvernement du Bénin au Comité lors de sa 21^{ème} session. Il a été préparé et rédigé par le Centre pour le droit et les politiques en matière de santé reproductive (CRLP) et l'Association des femmes juristes du Bénin (AFJB).

Les organisations non gouvernementales telles que le CRLP et l'AFJB peuvent jouer un rôle essentiel en fournissant au Comité des informations crédibles, fiables et indépendantes concernant le statut juridique et la situation réelle des mineures, ainsi que les efforts fournis par les gouvernements pour se conformer aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant, qu'ils ont ratifiée. En outre, si les recommandations du Comité peuvent se fonder solidement sur la réalité de la vie des mineures, les ONG peuvent y avoir recours pour faire pression sur leurs gouvernements afin que ceux-ci promulguent ou mettent en œuvre les changements juridiques ou politiques qui s'avèrent nécessaires.

La discrimination à l'encontre des mineures est très répandue dans toutes les sociétés. Cette discrimination viole un grand nombre de droits des mineures et appelle des mesures urgentes. Toutefois, le présent rapport se concentre essentiellement sur les droits des mineures en matière de santé reproductive, sur les lois et les politiques liées à ces droits, ainsi que sur les réalités qui affectent ces droits au Bénin. Aux termes de l'article 1 de la Convention relative aux droits de l'enfant, ses dispositions s'appliquent à toute personne âgée de moins de 18 ans. Les mineures sont quotidiennement confrontées aux questions relatives à la sexualité, à l'égalité entre les sexes et à la santé reproductive. Les droits des mineures en matière de santé reproductive font donc partie intégrante du mandat du Comité.

Ainsi qu'il a été énoncé à la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire, en 1994, et à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Pékin, en 1995, les droits en matière de santé reproductive "correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents ... qui sont le fruit d'un consensus," dont la Convention relative aux droits de l'enfant. Paragraphe 7.46 du Programme d'action du Caire énonce qu' "[a]vec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction". Les droits en matière de santé reproductive sont d'une importance capitale pour la santé et l'égalité des mineures et il est donc essentiel de prêter une grande attention aux efforts fournis par les Etats parties à la Convention pour les garantir.

Le présent rapport lie différentes questions fondamentales relatives aux droits en matière de santé reproductive aux dispositions pertinentes de la Convention relative aux droits de l'enfant. Chaque question se divise en deux sections distinctes. La première, qui est ombre, traite des lois et des politiques pertinentes du Bénin, ainsi que des dispositions correspondantes de la Convention relative aux droits de l'enfant en cours de discussion. L'information dans la première section est tirée essentiellement du chapitre sur le Bénin de l'ouvrage intitulé *Femmes à travers le monde: Lois et politiques affectant leur vie reproductive – Afrique francophone*. Cet ouvrage fait partie d'une série de rapports couvrant toutes les régions du monde, que le CRLP est en train de préparer en collaboration avec des ONG nationales. L'AFJB a rédigé le chapitre du Bénin, qui a été édité par le CRLP et le Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal (GREFELS). La seconde section se penche sur la mise en œuvre et l'exécution des lois et des politiques – en d'autres termes, sur la réalité de la vie des mineures. L'AFJB a fourni presque toutes les informations figurant dans cette section.

Le rapport a été coordonné et édité par Katherine Hall Martinez et Maryse Fontus pour le CRLP,

avec l'assistance de Katie Tell, Alison-Maria Bartolone, Nancy Castor et Jennifer Tierney, ainsi que par Madame Guirlène March d'Almeida, pour l'Association des femmes juristes du Bénin.

Avec environ 49% de moins de 15 ans, la population du Bénin est très jeune.¹ La fécondité des femmes au Bénin est très précoce: à 15-19 ans, 61% des femmes ont déjà donné naissance à, au moins, un enfant, et, à 20-24 ans, cette proportion atteint 89%.² Il convient de souligner que 23% des femmes au Bénin âgées de 45-49 ans ont donné naissance à 10 enfants ou plus au cours de leur vie.³

mai 1999

A. Les droits des mineures en matière de santé reproductive (Articles 6 et 24 de la CRDE)

Introduction

L'article 6 énonce que tout enfant a un droit inhérent à la vie et que les Etats parties assurent dans toute la mesure du possible la survie et le développement de l'enfant. L'article 24 élargit les droits énoncés dans l'article 6, en reconnaissant le droit qu'à l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible.

En conséquence, ces dispositions imposent aux gouvernements l'obligation d'assurer l'accès des mineures aux services en matière de santé reproductive. En l'absence de ces services, les mineures peuvent avoir des grossesses non désirées susceptibles d'entraîner la mort ou la maladie, en raison de leur immaturité physique et du manque de services de soins de santé maternelle adéquats.

Le Comité sur les droits des enfants s'est déclaré vivement préoccupé de l'accès des mineures aux services de santé reproductive⁴, et a noté que les gouvernements doivent prévoir des soins de santé maternelle adéquats et s'attaquer aux questions relatives à la grossesse et au VIH/SIDA chez les mineures.⁵

1. La fécondité des mineures et leur accès aux soins de santé reproductive, y compris la planification familiale et la maternité sans risque

Lois et politiques

L'article 26 de la Constitution fait obligation à l'Etat de protéger la famille, particulièrement la mère et l'enfant.⁶

La propagande anticonceptionnelle est interdite au Bénin conformément à la loi du 31 juillet 1920. En principe, toute personne contrevenant à cette loi devrait s'exposer à une sanction pénale. La publicité organisée à cet effet par quelque moyen que ce soit devrait enfreindre aux règles d'obscénités édictées par le Code pénal.

L'existence de la loi du 31 juillet 1920 rend difficile la dispensation d'un bon programme de planification familiale. Elle influence négativement l'initiative de la maternité sans risque. Avec la loi du 31 juillet 1920 il est donc difficile d'avoir des normes et des standards de service qui permettent de dispenser des services adéquats et de qualité.

Malgré cette situation, la République du Bénin s'est dotée, dès le 26 octobre 1972, d'une politique sanitaire permettant de satisfaire les besoins en matière de santé de l'ensemble de la population.⁷ La priorité a été donnée aux soins de santé primaires, à la médecine préventive sur la médecine curative et à l'association de la médecine moderne à la médecine traditionnelle.⁸

Le Bénin dans sa Déclaration de politique de population de mai 1996 se propose de "promouvoir une fécondité responsable" permettant de réduire les maternités précoces et/ou tardives, de lutter contre les avortements, de promouvoir la planification familiale en vue d'une sexualité responsable, de distribuer des produits contraceptifs, et de supprimer progressivement les pratiques telles que le mariage forcé ou précoce.⁹ Un des objectifs en matière de santé de la reproduction pour la période allant de 1997 à 2001 est de porter le taux de prévalence contraceptive de 2 à 10%.¹⁰

En outre, le Bénin s'est doté en décembre 1998 d'une politique nationale en matière de santé

familiale dont le but principal est de contribuer à l'amélioration des conditions de vie de la population béninoise. Cette politique comporte quatre objectifs généraux, dont notamment: (i) réduire le taux de mortalité maternelle de 498 pour cent mille naissances vivantes en 1996 à 200 pour cent mille en l'an 2016; (ii) réduire le taux de mortalité infanto-juvénile de 166,5 pour mille en 1996 à 90 pour mille en l'an 2016; (iii) amener 50% des adolescentes et jeunes à adopter un comportement sexuel responsable; et (iv) obtenir l'adhésion des hommes à la santé de la reproduction.¹¹

Le Ministère de la Santé est l'organe d'exécution des politiques du gouvernement en matière de santé. Le décret No. 94-145 du 26 mai 1994 spécifie les fonctions, l'organisation et le mode de fonctionnement du Ministère de la Santé, chargé d'instituer et d'organiser les activités dans le domaine de la santé et d'en coordonner l'exécution.¹² Le décret définit également les responsabilités des directions spécialisées au sein du Ministère de la Santé, y compris la Direction de la santé familiale qui a pour mission essentielle la conception, la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation des activités de santé familiale.¹³

Par décret No. 96-128 du 9 avril 1996 portant composition du Gouvernement, le Ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine a été créé.¹⁴ Ce département dès son avènement s'est donné pour mission principale l'amélioration des conditions socio-sanitaires des familles.¹⁵ La participation des communautés à leur propre développement est le fondement politique du but poursuivi par ce ministère. La famille devient ainsi la cible prioritaire du développement.¹⁶ Depuis le dernier remaniement ministériel en mai 1998, le Ministère de la Santé, de la Protection sociale et de la Condition féminine a été scindé en deux pour donner le Ministère de la Santé publique, et le Ministère de la Protection sociale et de la Condition féminine.

Réalité

La fécondité au Bénin est caractérisée par un faible taux de prévalence contraceptive qui est de 16,8%, des avortements provoqués clandestins illégaux, et une morbidité et une natalité précoces élevées. Selon l'Enquête démographique et de santé de 1996 (EDS-1996), la fécondité débute très précocement puisque, dès l'âge de 15 à 19 ans, le taux de fécondité est de 123 pour mille.¹⁷

On constate que plus du quart des adolescentes (26%) ont déjà commencé leur vie féconde.¹⁸ Près de 20% ont déjà eu au moins un enfant et 7% sont enceintes d'un premier enfant.¹⁹ Les adolescentes de 10 à 20 ans contribuent pour près de 12% à la fécondité totale.²⁰

Parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, 16% avaient déjà eu leurs premiers rapports sexuels à 15 ans, 60% à 18 ans, et 95% à 25 ans.²¹ Les premiers rapports sexuels sont plus précoces en milieu rural qu'en milieu urbain. Ainsi, l'âge moyen lors des premiers rapports sexuels est de 16,9 ans en milieu rural, contre 17,5 ans en milieu urbain pour les femmes âgées de 20 à 24 ans.²²

On constate que la connaissance des méthodes contraceptives varie selon l'âge: chez les femmes en union, ce sont celles de 20 à 39 ans qui connaissent le mieux les méthodes, y compris les méthodes modernes (au moins 79% pour une méthode quelconque et au moins 75% pour une méthode moderne). Le niveau le plus faible concerne les adolescentes de 15 à 19 ans (70% pour n'importe quelle méthode et 66% pour une méthode moderne).²³

En dépit de la loi française de 1920 interdisant la propagande anticonceptionnelle, le Bénin soutient des initiatives de planification familiale. Le Gouvernement tolère et même encourage la distribution de contraceptifs et la diffusion de l'information concernant la contraception.²⁴ Un des objectifs de la Déclaration de politique de population de 1996 est de rehausser le taux de prévalence contraceptive et de promouvoir une sexualité responsable.²⁵

En réalité, aucune sanction ne peut être prise à l'encontre des utilisateurs de méthodes

contraceptives dans la mesure où la nécessité de l'utilisation de contraceptifs devient primordiale pour la population béninoise dont le taux élevé de la fécondité tend à devenir un frein au développement du pays. Au début de 1971, le Gouvernement a autorisé la création d'une Association de Planification familiale, et un service de planification familiale a été adjoint au Centre public de Protection maternelle et infantile, à Cotonou.²⁶

Aucun produit contraceptif n'est frappé d'interdiction au Bénin. Les produits s'apprécient selon les convenances personnelles. Toute importation de produits pharmaceutiques est soumise à une réglementation rigoureuse en vertu du Code de déontologie de la profession. En matière de contraceptif, toutes les pharmacies sont autorisées à s'approvisionner en contraceptifs dont l'usage est autorisé au Bénin.

Selon l'EDS-1996, les femmes se procurent plus facilement des moyens modernes de contraception auprès de structures publiques (44%) qu'auprès de structures médicales privées (29%) et autres centres services privés (27%).²⁷ Les injections et les DIU sont plus couramment disponibles dans des structures publiques; cependant, la pilule, les préservatifs et les méthodes vaginales sont plus souvent fournis par des structures privées non médicales.²⁸

Par ailleurs, les représentations des organisations internationales contribuent à l'approvisionnement de produits contraceptifs sur le marché béninois. La distribution des produits contraceptifs est assurée aussi bien par les structures étatiques que par les structures privées. Depuis plusieurs années, le Ministère de la Santé exécute des projets de "Bien-être familial", de "Santé Reproductive", et de "Planification Familiale" avec l'appui de l'Association béninoise pour la promotion familiale (ABPF).

En dépit de toutes ces initiatives, les mineures n'ont pas suffisamment accès aux services offerts en matière de planification familiale. Ces services sont déficients à cause de la non-formation du personnel et du manque de cadre approprié où les mineures pourraient s'informer mutuellement. Cet accès ne dépend nullement du fait que la mineure soit déjà mariée ou enceinte, mais du fait des pesanteurs socio-culturelles, du niveau d'instruction et de la prise de décision au sein de la famille. Les mineures ne sont pas bien accueillies dans les centres de planification familiale car ces centres sont, pour la plupart, encadrés par des femmes adultes qui ont tendance à condamner l'activité sexuelle chez les jeunes.

Selon une étude réalisée par le Dr. Martine Ravonindra Hasina en 1997 à Cotonou sur 38,000 adolescents de 13 à 19 ans, 81,4% des adolescents n'utilisent pas les services de planification familiale et cette situation s'explique par l'organisation des services dans 46,1% des cas.

Les mineures ne bénéficient pas dans les zones rurales et à faibles revenus du même accès aux services de santé à cause du problème de couverture et d'accessibilité financière. Cette couverture est insuffisante en qualité et en quantité, et les quelques services existants sont et demeurent des services destinés aux adultes.

Les obstacles rencontrés par les mineures en ce qui concerne l'accès à l'information et aux services de planification familiale sont de plusieurs ordres:

- La sexualité est considérée dans la cellule familiale en général comme une question tabou que parents et adolescents ne sauraient guère aborder dans le sens d'une préparation judicieuse à la vie sexuelle;
- Le manque de communication entre les parents et les enfants pousse ces derniers à la clandestinité;

- L'existence de la loi de 1920 constitue un obstacle à la diffusion d'informations sur la contraception;
- L'accueil et les comportements réprobateurs, voire accusateurs de certains prestataires;
- Les services fonctionnent à des heures correspondant aux heures de cours;
- Le fait de cotoyer les aînés dans les centres les gêne.

Cependant, la situation s'est quelque peu améliorée au cours des dernières années. En effet, les mineures commencent à avoir accès à la contraception et à l'information sur l'utilisation de différentes méthodes de contraception par le biais de campagnes publicitaires, de revues ou de bulletins d'information mis à leur disposition par les ONG, par la Direction de la santé familiale, et à travers les médias. Selon l'EDS de 1996, 62% des mineures de 15 à 19 ans approuvent la diffusion par la radio et la télévision de messages sur la planification familiale.²⁹

Les mineures enceintes ont accès aux soins prénatals et postnatals parce qu'il y va de deux vies: celle de la mère qui n'a pas l'âge requis et dont le stade de morphologie rend la grossesse plus compliquée; et celle de l'enfant qui va naître dont les risques de décès sont plus élevés.

Néanmoins, les mineures enceintes sont victimes de discrimination à l'école. Elles sont marginalisées, exclues et frappées d'ostracisme, et sont souvent portées à quitter l'école. Elles ne sont pas encouragées à y rester parce que dans un tel cas, elles constituent un exemple à décourager. Certaines de ces mineures qui sont assez fortes de caractère et ont le soutien de leurs parents, reprennent leurs études après la naissance de leur enfant. Cependant, les cas d'abandon des études après une maternité sont beaucoup plus fréquents que les cas de reprise.

2. L'avortement

Lois et politiques

La loi du 31 juillet 1920 réprimant toute provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle reste encore en vigueur au Bénin. Toute personne recherchant ou pratiquant des avortements illégaux (y compris les prestataires de soins de santé), est passible d'une peine d'emprisonnement et d'une amende, à l'appréciation du juge. L'aspect pénal de l'avortement est prévu à l'article 317 du Code pénal avec des peines importantes qui peuvent être aggravées et entraîner la compétence d'une Cour d'Assises. Toute action visant à interrompre le développement harmonieux du fœtus est considérée comme un crime d'homicide.³⁰

Le Code de déontologie médicale, institué par une ordonnance de 1973, interdit l'avortement pour tout motif autre que la nécessité de sauver la vie de la femme.³¹ L'opération doit être effectuée par un médecin qualifié. Celui-ci doit rechercher l'avis de deux autres médecins, dont l'un doit être choisi sur la liste des experts attachés aux tribunaux civils. Les trois médecins doivent attester par écrit que la vie de la femme ne peut être préservée que par un recours à l'avortement. Les médecins ne sont pas tenus de continuer à traiter la patiente si cela leur pose un problème de conscience, mais doivent la référer à un collègue ou à une structure pour la poursuite des soins.

L'un des objectifs généraux retenus dans le cadre de la Déclaration de politique de population, consiste à "promouvoir une fécondité responsable". Afin d'atteindre cet objectif le gouvernement se propose de réduire les maternités précoces et tardives, lutter contre les grossesses non désirées, lutter

contre les avortements, promouvoir la planification familiale, améliorer le taux de prévalence contraceptive et supprimer progressivement les pratiques telles que les mariages forcés et/ou précoces.³²

Au regard des conséquences déplorables des avortements clandestins, deux projets de loi initiés par le Ministre de la Santé, de la Promotion sociale et de la Condition féminine ont été soumis à l'Assemblée nationale au mois d'avril 1998, mais restent encore sans résultat. L'un des projets prévoit l'abrogation de la loi du 31 juillet 1920 et l'autre réprime la provocation à l'avortement.

Réalité

La pratique contraceptive est faible, ce qui entraîne un taux élevé d'avortements provoqués. On constate que 79,4% des grossesses en milieu scolaire se terminent par un avortement.³³

La loi du 31 juillet 1920 limite la gamme des solutions qui peuvent être offertes aux populations, si bien que les complications des avortements et les infanticides constituent des problèmes de santé publique préoccupants.³⁴

Dans la plupart des cas, l'avortement se pratique clandestinement, dans des conditions déplorables et nuisibles à la santé de la femme. Les avortements clandestins contribuent à l'accroissement du taux de mortalité maternelle et entraînent des séquelles sur la santé reproductive, comme la stérilité. Sur 722 cas d'avortements provoqués recensés dans trois maternités de Cotonou, 712 étaient des avortements provoqués clandestins (19,4% sont des adolescentes, 26,9% sont des célibataires et 57,2% sont des mariés). Ces cas d'avortement proviennent aussi bien du milieu rural (31,1%) que du milieu urbain (28,4%) et suburbain (33,1%).³⁵

Le plus souvent, quand l'avortement est clandestin, les mineures n'osent pas se présenter pour des soins, même lorsqu'il y a des complications. Elles préfèrent avoir recours à l'automédication, en prenant des antibiotiques non indiqués, et à dose insuffisante. Le plus souvent, lorsqu'elles se présentent pour des soins, il est trop tard et elles décèdent des suites des complications.

Bien que l'avortement provoqué soit réprimé par le Code pénal, il est très rare que les mineures qui ont recours à des avortements clandestins fassent l'objet de poursuites judiciaires.

3. VIH/SIDA et maladies sexuellement transmissibles (MST)

Lois et politiques

Il n'existe pas encore de texte sur le SIDA au Bénin. Il n'existe aucune loi ni aucun texte ayant pour objet de traiter, soigner, protéger ou sanctionner les porteurs de MST.

Réalité

Au Bénin, il y a une sexualité précoce exposant les adolescentes aux risques de grossesses avec toutes les conséquences y afférents. Au 31 décembre 1997, 3,6% de l'ensemble de la population béninoise avait le virus, la proportion étant de deux femmes pour un homme.³⁶

L'existence et la persistance de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle rendent difficile la dispense d'une véritable politique de santé reproductive surtout dans le domaine de la planification familiale, qui est une des composantes essentielles de la maternité sans risque et de la lutte contre les MST/SIDA.

D'une façon générale, les principales voies de transmissions étaient en 1985, la voie sexuelle avec 82% des cas et la transmission mère à enfant avec 5%; en 1997, la voie sexuelle atteignait 94,5% et la transmission de mère à enfant 5%. La transmission de mère à enfant stagne à 5%, tandis que la transmission par voie sexuelle a augmenté de 12,5%, ce qui est très important. La séroprévalence chez les femmes enceintes, évaluée par le système de sérosurveillance par sites sentinelles est passée de 0,5% en 1990 à 1,67% en milieu urbain et de 0,21% en 1990 à 4,52% en 1996 en milieu rural.³⁷

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'incidence des MST chez les adolescentes est en progression constante depuis une vingtaine d'années au Bénin. Il existe à Cotonou un centre de dépistage des MST, mais les mineures ne le fréquentent pas. Elles préfèrent se soigner sommairement par l'automédication ou en ayant recours à des remèdes indigènes.

Les campagnes publiques sur le VIH/SIDA existent, mais ne ciblent pas spécifiquement les mineures. Par ailleurs, il n'existe pas de centres d'information pour les jeunes ni de prise en charge adaptée à leurs besoins.

B. Le droit à l'éducation (Articles 17, 24 (2)(e), 28 et 29 de la CRDE)

Introduction

L'article 28 reconnaît le droit de l'enfant à l'éducation sur la base de l'égalité des chances et l'article 29 énonce que l'éducation doit viser plusieurs facteurs favorisant le développement de l'enfant dans toute la mesure de ses potentialités. L'article 24(2) garantit le droit de l'enfant d'être informé et d'avoir accès à l'éducation en matière de santé. En outre, l'article 17 reconnaît l'importance de la fonction remplie par les médias et prévoit que l'enfant doit avoir accès à une information et à des matériels provenant de sources diverses. Ainsi, ces articles établissent le lien entre l'éducation, le droit de ne pas subir de traitement discriminatoire fondé sur le sexe et le droit à la santé de la reproduction.

Le Comité a noté que les filles représentent deux tiers des 100 millions d'enfants qui, à travers le monde, ne bénéficient pas d'une éducation de base, et que le taux d'alphabétisation des adolescentes est beaucoup plus faible que celui des adolescents.³⁸ En conséquence, le Comité considère que l'éducation est un outil indispensable pour améliorer les perspectives d'avenir des mineures, et recommande que les gouvernements adoptent et mettent en oeuvre des lois et des politiques afin de réduire les obstacles à la scolarisation des mineures.³⁹ En outre, le Comité exhorte les gouvernements à s'assurer que les mineures aient accès à l'éducation de base et à l'éducation sexuelle, afin d'honorer leurs obligations aux termes de la Convention.⁴⁰ Des programmes d'éducation sexuelle devraient donc être disponibles pour les mineures afin de leur permettre d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive comme le prévoit l'article 24.

1. Accès à l'éducation de base sans discrimination

Lois et politiques

Dans le domaine de l'éducation, l'Etat béninois reconnaît à l'article 17 de sa Constitution que

“toute personne a droit à l’éducation.”⁴¹ A l’article 13 de la Constitution, “l’Etat reconnaît le devoir de pourvoir à l’éducation de la jeunesse par des écoles publiques, l’enseignement public.”⁴² A l’article 8 de la Constitution, l’Etat se reconnaît le devoir d’assurer aux citoyens l’égal accès à l’éducation, à la culture, à l’information, à la formation professionnelle et à l’emploi.⁴³ Et l’article 9 prévoit que tout être humain a droit au plein épanouissement de sa personne dans toutes ses dimensions, y compris intellectuelles.⁴⁴

Le Gouvernement a adopté une politique visant l’amélioration de l’enseignement de l’enfant de 5-14 ans. Les principaux objectifs de la décennie de développement en faveur de l’enfant au Bénin, qui découlent du Sommet mondial pour les enfants (Septembre 1990) sont les suivants:⁴⁵

- Augmenter le taux brut de scolarisation de 60% à 78%
- Augmenter le taux brut de scolarisation des filles à 60%
- Définir une politique nationale en faveur des enfants en situation difficile et offrir de meilleures chances de réinsertion
- Sensibiliser les parents à la scolarisation des filles ; créer des conditions qui favorisent la scolarisation des filles
- Améliorer la qualité de l’enseignement primaire.

Réalité

On constate au Bénin que le taux de scolarisation des filles est en nette régression par rapport à celui des garçons. Même au niveau supérieur, il y a moins de femmes scolarisées que d’hommes. En 1995, le taux d’inscription à l’école primaire chez les filles en âge d’être scolarisées était de 44% contre 88% chez les garçons.⁴⁶ Pour l’enseignement secondaire, il était de 7% pour les filles et de 17% pour les garçons. Cet écart est principalement dû au fait que la femme ne jouit pas du même accès à l’éducation que l’homme. Le taux d’alphabétisation est de 16% chez les femmes alors qu’il avoisine les 32% chez les hommes.

En ce qui a trait à l’accès des filles à la scolarisation, le constat est que du Nord au Sud, de l’Est à l’Ouest du pays, l’image de la femme constitue un obstacle majeur. Car elle est essentiellement perçue dans son rôle d’épouse et de mère. Les parents estiment que les filles scolarisées détruisent les bases même de la famille et de la société, et ne respectent plus les traditions. Aux yeux des parents peu scolarisés, la fillette constitue une source de revenus. A ces causes socio-culturelles, s’ajoutent les facteurs socio-économiques, obstacles supplémentaires. Car la fillette ou la jeune fille représente un appui important pour la mère dans ses tâches domestiques, ses activités commerciales ou de production.

Certaines contraintes liées au système éducatif découragent et les filles elles-mêmes et leurs parents: inadaptation des contenus et multiplication des échecs. Ces derniers représentent en effet un pourcentage important et mettent en question le système éducatif.

Les différences entre filles et garçons en matière de fréquentation scolaire sont importantes: en 1992 on a observé seulement une fille pour deux garçons. Néanmoins, on constate que le taux net de scolarisation des filles dans l’enseignement primaire est actuellement en progression. Le Gouvernement, à travers les objectifs du Programme National d’Action en faveur de l’enfant et de la femme veut accroître le taux de scolarisation des filles de 44% à 50%.

Pour encourager la scolarisation des filles en milieu rural, le Gouvernement les a exonérées en

1993 des contributions scolaires. Depuis cette date, on a constaté une augmentation du nombre et du pourcentage des filles inscrites plus importante que celle des garçons. Néanmoins, cette mesure n'est pas appliquée équitablement partout, car elle a comme résultat de réduire les recettes essentielles pour le fonctionnement de l'école.

Par ailleurs, pour être réellement efficace, cette mesure devrait s'accompagner d'autres initiatives afin de lever les obstacles à la scolarisation des filles, notamment dans les zones où ces obstacles sont plus socio-culturels qu'économiques, par exemple dans le Sud-Borgou, le Zou-Nord ou le Mono.

Le Ministère de l'Education nationale a mis en place un "Réseau national de promotion de la scolarisation des filles" avec l'appui, en particulier, du Ministère de la Protection sociale et de la Condition féminine, en initiant des campagnes de sensibilisation avant la rentrée pour inciter les parents à envoyer les petites filles à l'école, et après la rentrée au mois de janvier pour insister sur le maintien des filles à l'école.

Le Ministère de l'Education nationale distribue également des prix et des fournitures scolaires aux lauréats du Certificat d'Etudes Primaires, avec priorité accordée aux filles. Des affiches, des messages radio-télévisés, des sketches et théâtres éducatifs sont faits pour susciter la scolarisation des filles.

Les ONG qui oeuvrent pour la promotion de la scolarisation des filles sont appuyées en fournitures scolaires et en uniformes pour les élèves par le Ministère de la Protection sociale et de la Condition féminine. Il y a également lieu de noter le partenariat de la Banque mondiale avec le gouvernement et les parents d'élèves par rapport à la création d'internats pour les jeunes filles de l'enseignement secondaire.

2. L'accès à l'éducation sexuelle

Lois et politiques

La loi du 31 juillet 1920 réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle et constitue une barrière juridique à une bonne politique en matière d'éducation sexuelle des adolescentes. Il manque également un engagement politique suffisant, ainsi qu'un plaidoyer IEC auprès des décideurs politiques, des chefs traditionnels et religieux et des gardiens de traditions.

Réalité

En dépit de la loi de 1920, des activités spécifiques de la Déclaration de politique de population sont menées à l'intention des adolescentes et des jeunes. Seules les cliniques de l'Association béninoise pour la planification de la famille offrent ces services par le biais d'activités d'information, d'éducation et de communication (IEC): affiches, marionnettes éducatives, et posters dans les écoles. En outre, l'Association béninoise pour le marketing social a initié en collaboration avec d'autres partenaires la publication d'un bulletin nommé "Amour et Vie".

Par ailleurs, des programmes d'éducation sexuelle commencent à être disponibles pour les mineures. Ils sont intégrés petit à petit dans le système scolaire par le projet Education, population, environnement et développement (EPED), initié par le gouvernement avec le concours du FNUAP et introduisant dans les établissements scolaires des formateurs qui sont les enseignants des curricula dans les domaines sus-cités.

Les mineures non scolarisées ont accès à ces informations par le biais de campagnes de sensibilisation initiées par le Ministère de la Santé publique, les ONG, les médias, ou par leur pairs. Les campagnes d'éducation sexuelle prônent l'abstinence et les rapports protégés. Les parents aussi essaient de sensibiliser leurs enfants à l'abstinence.

C. Le mariage et les mineures (Article 2 de la CRDE)

Introduction

L'article 2 garantit à tout enfant les droits énoncés dans la Convention, sans discrimination. Toutefois, dans de nombreux pays, la limite d'âge minimum d'entrée en union est basse. Cette pratique discriminatoire sape les droits des adolescentes à l'éducation et à la santé.

Ainsi, l'âge précoce auquel la loi ou la coutume permet aux filles de se marier, dans de nombreuses cultures, est source de discrimination à leur rencontre en termes de scolarisation, parce qu'en raison de la distribution traditionnelle des rôles familiaux, les jeunes épouses sacrifient souvent leur éducation aux tâches domestiques et commencent à procréer.⁴⁷ Le Comité sur les droits des enfants a également noté que les femmes ne peuvent être préparées au mariage, émotionnellement et physiquement, à un âge si précoce.⁴⁸ Le Comité s'est donc déclaré préoccupé du fait que le mariage précoce des filles est source de discrimination à leur rencontre, parce que leurs droits au titre des articles 6, 17, 24, 28 et 29, sont compromis. En conséquence, le Comité recommande que l'âge minimum d'entrée en union soit haussé, et qu'il soit le même pour les garçons et pour les filles.

1. Age minimum d'entrée en union

Lois et politiques

Le Bénin a ratifié la Convention sur l'âge minimum d'entrée en union, mais cela ne s'est pas encore traduit en lois nationales applicables. Les dispositions de la Convention sur l'âge minimum d'entrée en union sont prises en compte dans le Code des personnes et de la famille qui est déposé à l'Assemblée nationale depuis 1995.

Selon les dispositions du Code Civil, le mariage ne peut être contracté que par un jeune homme âgé d'au moins 16 ans ou une jeune fille âgée d'au moins 15 ans. Dans le Coutumier du Dahomey de 1931, la jeune fille peut contracter mariage à l'âge de 14 ans.

Le mariage forcé en vigueur au Bénin constitue également un délit passible d'un emprisonnement de 2 à 5 ans et d'une amende.

Réalité

Le moment du premier mariage ou de la première union est un facteur essentiel du comportement procréateur de la femme, et peut avoir conséquences considérables, sur sa santé reproductive et sa condition sociale. Généralement, le mariage de la mineure conduit à une maternité précoce. Les grossesses précoces constituent, d'une part, un facteur de risque plus important de mortalité pour la jeune mère et, d'autre part, un frein à la scolarisation des mineures, mais également un grand facteur de risque pour les enfants de ces adolescentes.⁴⁹

Les adolescentes de 10 à 20 ans contribuent pour près de 12% à la fécondité totale des béninoises.⁵⁰ On observe une entrée précoce des filles en union. Pour les parents, surtout en milieu rural, la fille est source de rentabilité de par la dot qu'elle apporte. Ainsi, l'âge d'entrée en union en milieu rural est de 15-17 ans, tandis qu'il est de 18 ans en milieu urbain.⁵¹ Selon une enquête démographique réalisée en 1992, l'âge moyen de ces filles en milieu rural est de 17,7 ans, contre 21,5 ans en milieu urbain. L'EDS de 1996 nous montre que l'âge de la primo-nuptialité passe de 17,9 ans pour les femmes des générations anciennes (45 à 49 ans à l'enquête), à 18,8 ans chez les femmes de 20 à 24 ans à l'enquête.⁵²

Dans certaines régions de l'atlantique (Ganvié, Sô-Tchanhoué), de l'Ouémé (Porto-Novu, Dangbo, Akpro-Missérété), du Zou (Savalou) et dans les villages avoisinants du Mono Nord, le mariage forcé constitue une pratique ancestrale toujours en vigueur.

Dans les zones rurales, on impose un mari aux fillettes de 12 à 15 ans et, fait plus grave, dans certaines régions, surtout dans l'Atacora-Nord, une fille se voit imposer un mari dès sa naissance. Au sein de certains groupes ethniques, quand la fillette a 7 ans, on la conduit dans sa belle-famille pour qu'elle puisse commencer à s'y intégrer.

Ainsi dès l'âge de 12 ans, et ce, jusqu'à 15-16 ans, la jeune fille est donnée en mariage, en général à un homme plus âgé qu'elle, dans des conditions particulières: c'est-à-dire que lorsqu'elle oppose un refus ou est réticente, des violences ou voies de fait, allant même jusqu'au viol, sont exercées sur sa personne pour la contraindre à accepter l'époux. "La femme doit obéissance et fidélité à son mari": c'est l'expression de la conception de la femme comme objet d'alliance entre groupes sociaux. Au regard du coutumier, la femme n'a pratiquement pas de droits; en raison de la faiblesse de son sexe, elle est toujours sous l'autorité d'un père, d'un mari, d'un frère ou d'un fils.

Cependant, il convient de noter que les femmes se marient de moins en moins précocement, par rapport à leur aînées. Selon les résultats de l'EDS de 1996, le niveau d'instruction influence l'âge d'entrée en première union. Quel que soit le groupe d'âge, l'âge médian à la première union s'élève nettement avec le niveau d'instruction. Pour l'ensemble des femmes de 25-49 ans, l'âge médian passe de 18,0 ans chez les femmes sans instruction à 19,3 ans chez celles ayant un niveau primaire, et atteint 23,0 ans chez les femmes de niveau secondaire et plus.⁵³

D. Violences sexuelles et physiques à l'encontre des mineures (Articles 19 et 34 de la CRDE)

Introduction

L'article 19 prévoit que les Etats parties doivent prendre toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme d'abus et de violence. De même, en vertu de l'article 34, les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation et de violence sexuelles. Quand les filles sont victimes de sévices sexuels, de violence domestique, d'exploitation à des fins commerciales et sexuelles, et de mutilations génitales féminines, leurs droits au titre de ces dispositions sont violés. En outre, ces actes contreviennent au droit des mineures à la santé, prévu à l'article 24.

Les mineures constituent la majorité des victimes de sévices sexuels.⁵⁴ En conséquence, le Comité s'est alarmé de la prévalence de toutes les formes de violence sexuelle perpétrées à l'encontre des mineures.⁵⁵ Le Comité considère que les questions de violence conjugale, d'exploitation sexuelle, de pornographie infantile et de viol relèvent des sévices sexuels. Plus spécifiquement, le Comité met l'accent sur la nécessité d'éradiquer la pratique des mutilations génitales féminines (MGF) et d'autres pratiques traditionnelles néfastes à la santé des mineures,⁵⁶ car ces pratiques contreviennent à leur droit à l'intégrité physique, et à la santé et à leur droit de ne pas être victimes de violence.⁵⁷

1. Violence sexuelles

Lois et politiques

Les délits sont des infractions passibles de peines correctionnelles, c'est-à-dire d'une peine d'emprisonnement pouvant aller de 2 mois à 3 ans et d'une amende importante. Les détournements de mineures consistent des délits qui sont punis par la loi.

Le viol en lui-même constitue un crime punissable de la réclusion criminelle à temps de 10 à 20 ans. Le Code pénal prévoit que "quiconque aura commis le crime de viol sera puni des travaux forcés à temps.⁵⁸ Si le crime a été commis sur la personne d'un enfant de moins de 13 ans accomplis, le coupable subira le maximum de la peine des travaux forcés à temps; quiconque commet un attentat à la pudeur, consommé ou tenté avec violence contre des individus de l'un ou de l'autre sexe sera puni de la réclusion.⁵⁹ En outre, l'article 1382 du Code civil dispose que "*tout fait quelconque de l'homme qui cause dommage à autrui, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer*"

Réalité

Les violences conjugales sont courantes au Bénin et sont d'ordre moral et physique. Les raisons de ces violences conjugales sont en général le refus d'avoir des relations sexuelles, l'aggravation de la crise économique et son corrolaire, l'alcoolisme.

Dans le droit béninois il n'existe pas de viol conjugal donc il n'y a pas de loi en la matière. Mais la prévalence du viol s'observe dans le mariage forcé et les rapt de jeunes filles, surtout et souvent chez les enfants et les adolescentes.

L'inceste est également un phénomène que l'on rencontre dans certaines régions du Bénin et dans certaines familles. Mais c'est un phénomène qui est prohibé, donc pénalement puni.

Il existe au Bénin une Brigade des mineures à qui les cas de violations des droits des mineurs sont signalés, même de façon anonyme. Cependant, le gouvernement ne met pas en application les lois existantes de façon adéquate. Le cadre institutionnel et juridique actuel ne facilite pas l'application des lois, même si elles existent.

2. Mutilations génitales féminines/Excision

Lois et politiques

Au Bénin, il n'existe pas de texte juridique spécifique sur les mutilations génitales féminines. Néanmoins, plusieurs instruments juridiques internationaux et nationaux reconnaissent le droit à l'intégrité physique, et répriment les coups et blessures.

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples mentionne que "La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne. Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit".⁶⁰

La Constitution de la République du Bénin du 11 décembre 1990 dispose que "Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne ... nul ne sera soumis à la torture, ni à des sévices ou traitements cruels, inhumain ou dégradants."⁶¹

La loi sanctionne toute lésion de l'organisme, occasionnée par des violences volontaires ou involontaires, ayant entraîné une infirmité permanente, telle que mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre, ou des conséquences moins graves, et toutes blessures imputables à l'imprudence.

En principe les MGF peuvent être punies sous la qualification de coups et blessures volontaires.⁶² Selon l'intensité des conséquences résultant de la mutilation, l'acte pourra être traité comme délit ou crime. Une aggravation de la peine est prévue lorsque ces violences sont commises sur des mineures de moins de 15 ans⁶³ et lorsque les coupables en sont les père et mère légitimes.⁶⁴ En cas de délit la peine varie de 2 mois à 5 ans et est assortie d'une amende de 4000 F à 480 000 F. En cas de crime, le coupable pourra être condamné à la réclusion criminelle à temps de 5 à 10 ans, ou 20 ans, et même la peine perpétuelle selon les cas (délit, crime): amputation d'organes, détérioration d'organes, incapacité permanente, mort, etc.

Le Ministère de la Santé, de la Promotion sociale et de la Condition féminine, sentant l'urgence des dispositions à prendre pour légiférer en la matière, a soumis, en avril 1998, à l'appréciation de l'Assemblée Nationale un projet de loi portant répression des mutilations génitales féminines.

Réalité

Au Bénin, les mutilations génitales féminines constituent un véritable fléau. Le Bénin est en 16ème position sur l'échiquier africain dans le domaine de MGF/Excision. Selon des estimations établies en 1994, les études faites constatent qu'au moins 50% des béninoises sont victimes de cette pratique, surtout dans les provinces du Nord.⁶⁵ L'excision est pratiquée sur les filles en bas âge ainsi que sur les adolescentes et les femmes jusqu'à l'âge de 30 ans. L'âge des excisées varie suivant les régions. Chez certaines, il est entre 5 et 10 ans, d'autres exclusivement de 6 à 8 ans; chez certaines encore, les Nagos, l'âge varie de 15 à 20 ans, sinon plus.

Bien que les responsables des actes d'excision puissent être poursuivis sur le plan pénal, l'accent n'a jamais été mis sur cet aspect de la mutilation parce qu'il s'agit d'une pratique qui a ses racines dans des phénomènes culturels, voire ethniques et sociologiques. Tant qu'un accident grave ne s'en suit pas, l'opinion publique n'est pas choquée par cet état de chose. A cause des représailles qui peuvent en résulter pour la victime, personne ne porte plainte. La plupart du temps, ce sont les géniteurs (père et mère) qui en sont les coupables, et, comme la mutilation se pratique sur les filles mineures, il ne leur viendrait jamais à l'esprit de s'en plaindre. Même en cas de mort, le milieu social s'émeut très peu. Les conséquences néfastes de telles pratiques sont inconnues de ceux qui y ont recours. Il y a une action de sensibilisation à faire au niveau des couches sociales qui pratiquent ces mutilations.

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé collabore avec le Comité inter-africain sur les pratiques traditionnelles affectant la santé de la femme et de l'enfant, lequel a mené des campagnes actives pour l'éradication des MGF.⁶⁶ A cet effet, le Comité inter-africain organise des séminaires et des ateliers dans les villages et met à la disposition des cliniques de santé publiques des affiches et des prospectus produits localement.⁶⁷ L'objectif final est d'éliminer les MGF d'ici 2015.⁶⁸

¹ Population Reference Bureau, 1997 World Population Data Sheet (1997)

² Ministère du Plan, de la Restructuration économique et de la Promotion de l'emploi, Institut de la statistique et de l'Analyse économique, Bureau central du recensement, Enquête démographique et de santé – 1996, p. 41 (avril 1997) [ci-après EDS – 1996].

³ *Id.*

⁴ UN Doc. CRC/C/62 at 617; UN Doc. HR/CRC/99/17 (1999); HR/CRC/99/13 (1999).

⁵ UNICEF, IMPLEMENTATION HANDBOOK FOR THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD 611, et. Seq. (1998) [ci-après IMPLEMENTATION HANDBOOK].

- 6 Constitution du Bénin, TITRE II, art. 26.
- 7 GILLES DESMONS & RAYMONDE MERIALDO ET AL., LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, Elimination des barrières juridiques à la santé sexuelle et reproductive en Afrique francophone 7 (March 1997) [ci-après Conférence de l'IPPF].
- 8 GRACE D'ALMEIDA ADAMON, Symposium sur l'Élimination des barrières juridiques à la santé sexuelle et de la reproduction dans les pays d'Afrique francophone 16 (March 24–26, 1997) (document non publié se trouvant dans les dossiers du CRLP) [ci-après Symposium de l'IPPF].
- 9 Ministère du Plan, de la Restructuration économique et de la Promotion de l'emploi (MPREPE), Déclaration de politique de population de la République du Bénin, p. 47 (Cotonou, le 2 mai 1996).
- 10 Ministère de la Santé, de la Promotion sociale, et de la Condition féminine (MSPSCF), Politiques et stratégies nationales de développement du secteur santé, 1997–2000, p. 4 (mars 1997).
- 11 Ministère de la Santé publique, Direction de la santé familiale, Santé familiale au Bénin – Politique, normes et standards, p. 10 (décembre 1998).
- 12 Décret No. 94-145 du 26 mai 1994, 6 Journal officiel de la République du Bénin, p. 171 (March 15, 1995) *traduit dans* 47 INTERNATIONAL DIGEST OF HEALTH LEGISLATION (1996).
- 13 Santé familiale au Bénin – Politique, normes et standards, *précité* note 12, préface.
- 14 Décret No. 96-128 du 09 avril 1996 portant composition du Gouvernement.
- 15 Politiques et stratégies nationales de développement du Secteur Santé, 1997–2000, *précité* note 10, p. 3.
- 16 *Id.*
- 17 EDS – 1996, p. 36.
- 18 *Id.*, p. 42.
- 19 *Id.*
- 20 *Id.*, p. 43.
- 21 *Id.*, p. 82.
- 22 *Id.*, p. 83.
- 23 *Id.*, p. 49.
- 24 FNUAP, Rapport du Sous Programme en santé de la reproduction au Bénin, p. 12 (29 mai 1999).
- 25 *Id.*
- 26 BERNARD WOLF, *Anti-Contraception Laws in Sub-Saharan Francophone Africa: Sources and Ramifications*, Law and Population Monograph Series, No. 15, 21 (1971).
- 27 Voir EDS – 1996, *précité* note 2, p. 60.
- 28 *Id.*
- 29 *Id.*, p. 69.
- 30 Code pénal, art. 317.
- 31 Le Code de déontologie médicale, institué par une Ordonnance de 1973.
- 32 Déclaration de Politique de Population, *précité* note 9, p. 47.
- 33 Rapport du Sous programme en santé de la reproduction, *précité* note 24.
- 34 La loi du 31 juillet 1920.
- 35 Professeur Eusèbe ALIHONOU, Chef de service, clinique universitaire de gynécologie et obstétrique, PMI/PF, Le Concept de santé sexuelle, de la reproduction face aux législations nationales, p. 15.
- 36 Docteur Charles ADJOVI, Surveillance épidémiologique de l'infection par le VIH/SIDA et les MST en République du Bénin (1997).
- 37 Revue Les Echos du Programme SIDA, Volet épidémiologique, p. 17 (décembre 1997 et janvier 1998).
- 38 IMPLEMENTATION HANDBOOK, *précité* note 5, p. 375.
- 39 UN Doc. HR/CRC/99/10 (1999).
- 40 Voir IMPLEMENTATION HANDBOOK, *précité* note 5; UN Doc. HR/CRC/99/11 (1999).
- 41 Const. du Bénin, art. 17.
- 42 Const. du Bénin, art. 13.
- 43 Const. du Bénin, art. 8.
- 44 Const. du Bénin, art. 9.
- 45 UNICEF, Enfants et femmes, avenir du Bénin, p. 125 (juin 1998).

- 46 UNITED NATIONS POPULATION FUND, THE STATE OF WORLD POPULATION 1997 67 (1997).
- 47 Voir IMPLEMENTATION HANDBOOK, précité note 5.
- 48 Voir HR/CRC/99/17, précité note 2; UN Doc. HR/CRC/99/4 (1999).
- 49 Enfants et femmes, avenir du Bénin, précité note 45, p. 160.
- 50 Rapport du Sous Programme en santé de la reproduction au Bénin, précité note 24, p. 2.
- 51 INSAE, Enquête de fécondité au Bénin (1992).
- 52 EDS – 1996, p. 79.
- 53 *Id.*, p. 80.
- 54 UNITED NATIONS POPULATION FUND, STATE OF WORLD POPULATION 1997 37 (1997).
- 55 HR/CRC/99/17 précité note 4; HR/CRC/99/13 (1999).
- 56 Voir HR/CRC/99/17, précité note 4; *Rights of the Child*, CHR res. 1997/78 para. 5(a), 5(b), 5(c).
- 57 *Convention on the Rights of the Child*, art. 24, 19, 34 opened for signature Nov. 20, 1989, G.A. Res. 44/25, UN G.A.O.R., 44th Sess., Supp. No. 49, UN Doc. A/44/49.
- 58 Code pénal, art. 332
- 59 Code penal, art. 312.
- 60 La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, art 4.
- 61 Constitution, arts. 15, 18, alinéa 1.
- 62 Code pénal, art. 309, alinéa 3-4.
- 63 Code penal, art. 312, alinéa 6.
- 64 *Id.*, alinéa 8 et 9.
- 65 NAHID TOUBIA, FEMALE GENITAL MUTILATION: A CALL FOR GLOBAL ACTION, at 25 (1995).
- 66 Amnesty International, Female Genital Mutilation in Africa: Information by Country, p. 1 (1997).
- 67 Office of Asylum Affairs, Bureau of Democracy, Human Rights and Labour, United States Department of State, Female Genital Mutilation in Benin, p. 3 (Sept. 15, 1997).
- 68 *Id.*, p. 4.