



POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS ÉQUITABLE  
DANS UN PAYS ÉMERGENT

.....  
La Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire 2014

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail





REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail



# POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS ÉQUITABLE DANS UN PAYS ÉMERGENT

.....  
**La Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire 2014**



## AVANT-PROPOS

Après plus d'une décennie de crise, la Côte d'Ivoire se relève rapidement sur le plan économique et ambitionne d'être émergent dès 2020. Les enfants représentent l'avenir de la Côte d'Ivoire. C'est notre devoir d'œuvrer pour assurer leur survie et leur développement, leur offrir une éducation de base de qualité et les protéger contre la violence et les mauvais traitements.

La présente analyse a pour but d'évaluer la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire. L'analyse réalisée en utilisant une approche cycle de vie se fonde sur les droits humains et l'équité. Les dimensions de risques et de vulnérabilités propres à la Côte d'Ivoire ont également été prises en compte. Elle met l'accent sur les droits non réalisés et l'inégalité des opportunités parmi les enfants dans leur développement intégral.

Malgré la forte croissance économique des dernières années, le constat est que les enfants de Côte d'Ivoire continuent de faire face à de nombreux défis pour la réalisation de leurs droits. 75,000 enfants de moins de cinq meurent chaque année principalement de causes que l'on peut prévenir, ce qui place la Côte d'Ivoire au 11e rang des pays avec le plus haut taux de mortalité infanto-juvénile dans le monde. Un enfant sur trois est en retard de croissance ce qui menace sa survie et risque de causer des retards importants dans son développement cognitif. Environ 2,8 millions d'enfants ne sont pas enregistrés à l'état-civil.

L'analyse souligne toutefois des progrès encourageants liés à l'engagement du gouvernement pour garantir les droits des enfants. En effet, dans ce mois de Novembre 2014, le monde entier, y compris la Côte d'Ivoire, célèbre le 25eme anniversaire de la Convention relative aux Droits de l'Enfant. Le pays a déjà ratifié cette convention ainsi que ses protocoles additionnels et assure le suivi de sa mise en œuvre, notamment par la pénalisation des violences faites aux enfants. L'école primaire publique est gratuite et les enfants inscrits dans ces écoles bénéficient de kits scolaires. Plus de la moitié des écoles publiques dispose d'une cantine scolaire qui est engagée dans un processus d'autonomisation, mais aucune n'est véritablement autonome à ce jour. Les soins de santé primaires sont gratuits pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans jusqu'en 2015, année au cours de laquelle une couverture maladie universelle sera mise en œuvre. Une loi spéciale a été adoptée par le Président de la République pour donner la chance aux enfants d'avoir des extraits de naissance ou des jugements supplétifs en tenant lieu, assurant ainsi leur droit à la citoyenneté.

L'anniversaire de la Convention relative aux Droits de l'Enfant est une opportunité pour chacun de nous de dresser un bilan objectif et d'évaluer ce qui pourrait être fait dans chaque domaine pertinent pour le bien-être et le développement de l'enfant. L'analyse de la situation des enfants que nous présentons ici est l'un des outils devant soutenir ce bilan. Nous espérons qu'elle suscitera l'intérêt de la communauté nationale et internationale pour une mobilisation plus accrue dans le développement des interventions les plus appropriées pour la réalisation des droits et le bien-être des enfants de Côte d'Ivoire.

Nous remercions, pour leur implication dans cette étude, le Comité de pilotage qui a donné les orientations fondamentales, ainsi que tous ceux et celles qui ont apporté leur contribution à cette étude : cadres techniques du gouvernement, représentants des agences du système des Nations Unies et de la société civile, et représentants de la population.

***Albert Mabri Toikeuse***

Le Ministre d'Etat, Ministre du Plan  
et du Développement

***Adèle Khudr***

La Représentante de l'UNICEF



## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>7</b>
Liste des graphiques	9
Liste des figures	9
Liste des tableaux	10
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
Sigles et acronymes	12
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	<b>15</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY</b>	<b>18</b>
<b>CHAPITRE I : CONTEXTE DU PAYS</b>	<b>21</b>
1.1 - Population, géographie et diversité culturelle	21
1.2 - Crises politiques et conflits	23
1.3 - Croissance économique, pauvreté et inégalités	25
1.4 - L'enjeu de l'équité et de la cohésion sociale en Côte d'Ivoire	31
1.5 - Pauvreté multidimensionnelle et inégalités dans la réalisation des droits des enfants	33
<b>CHAPITRE II : SITUATION DE LA MÈRE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT</b>	<b>38</b>
2.1 - Cycle de vie et continuum de soins: mère, nourrisson et jeune enfant	38
2.2 - La mortalité maternelle	39
2.3 - La mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile	43
2.4 - Les principales maladies tueuses du jeune enfant	47
2.5 - Elimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	49
2.6 - Sous-nutrition de la mère et de l'enfant	51
2.7 - Analyse du système de santé	55
2.8 - Eau, Assainissement et Hygiène	60
2.9 - Enregistrement des naissances	65
2.10 - Eveil et développement du jeune enfant	69
<b>CHAPITRE III : L'ENFANT DE 6 A 11 ANS - LA PERIODE D'EDUCATION DE BASE ET D'APPRENTISSAGE DE VIE</b>	<b>73</b>
3.1 - Accès à l'éducation primaire	73
3.2 - Efficience du système éducatif, pertinence et qualité de l'éducation et de l'apprentissage	79
3.3 - Gouvernance scolaire	86
<b>CHAPITRE IV : LES ANNEES DE L'ADOLESCENCE : 12 -17ANS</b>	<b>88</b>
4.1 - L'adolescence, une période critique pour le développement	88
4.2 - Vulnérabilité des adolescents	89
4.3 - Négligences, abus et violences - un risque réel pour les enfants et adolescents en Côte d'Ivoire, une menace pour le capital humain	97
4.4 - L'utilisation abusive et dangereuse du travail des enfants et des adolescents	102



## Liste des graphiques

<b>Graphique 1</b>	: Projection démographique 2030	23
<b>Graphique 2</b>	: Taux de croissance annuelle de la richesse nationale	27
<b>Graphique 3</b>	: Evolution du taux de pauvreté selon les métiers (1988-2008)	29
<b>Graphique 4</b>	: Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant de privations en santé, eau et assainissement, en pourcentage des enfants de la même tranche d'âge	34
<b>Graphique 5</b>	: Distribution du nombre de privations selon la possession d'un certificat de naissance chez les enfants de moins de 5 ans	35
<b>Graphique 6</b>	: Pyramide des privations selon le milieu de vie	36
<b>Graphique 7</b>	: Continuum de soins	41
<b>Graphique 8</b>	: Mortalité néonatal des moins de 1 mois	44
<b>Graphique 9</b>	: Mortalité post-natale de 1 à 59 mois	44
<b>Graphique 10</b>	: Pourcentage des femmes et des hommes de 15-49 ans séropositifs	50
<b>Graphique 11</b>	: Evolution des taux de malnutrition (1998-2012) en Côte d'Ivoire	51
<b>Graphique 12</b>	: Pratiques d'alimentation par tranche d'âge, 2011-2012	53
<b>Graphique 13</b>	: Prévalence de la malnutrition aiguë globale selon les tranches d'âge de 12 à 23 mois (2006-2012)	54
<b>Graphique 14</b>	: Accès à l'eau potable en Côte d'Ivoire, 1990-2012, JMP 2014	62
<b>Graphique 15</b>	: Accès à l'eau potable en Côte d'Ivoire, 1990-2012. JMP 2014	62
<b>Graphique 16</b>	: Accès à l'assainissement en Côte d'Ivoire, 1990-2012. JMP 2014	63
<b>Graphique 17</b>	: Lavage de main	63
<b>Graphique 18</b>	: Enfants en âge d'aller au primaire (6-11 ans), non-inscrits au primaire ou au secondaire	77
<b>Graphique 19</b>	: Violence interpersonnelle en milieu scolaire (% des élèves primaires et secondaires interrogés)	
<b>Graphique 20</b>	: Années de l'adolescence en Côte d'Ivoire : 12-19 ans	84
<b>Graphique 21</b>	: Utilisation de la force de travail des enfants : 12-14 ans	97

## Liste des figures

<b>Figure 1</b>	: Ligne de démarcation appelée «zone de confiance»	25
<b>Figure 2</b>	: Evolution du taux de pauvreté par région (2002-2008)	28
<b>Figure 3</b>	: Les privations des enfants en nutrition et en éducation	33
<b>Figure 4</b>	: Nombre moyen de privations des enfants de moins de 5 ans	37
<b>Figure 5</b>	: Les disparités régionales de la mortalité infanto-juvénile	45
<b>Figure 6</b>	: Les disparités régionales des taux de mortalité infantile	46
<b>Figure 7</b>	: Enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés avant leur premier anniversaire (2006 et 2012)	48
<b>Figure 8</b>	: Taux d'enregistrement des naissances de 0 à 5 ans	68
<b>Figure 9</b>	: Fréquentation dans le préscolaire des 36-59 mois selon les régions	71
<b>Figure 10</b>	: Disparité régionale des taux d'admission en première année du cycle primaire (6 ans)	75

<b>Figure 12</b> : Indices de parités garçons/filles en 2012 .....	76
<b>Figure 13</b> : Taux de progression de la vulnérabilité des adolescents et jeunes de 15 et 24 ans entre 2005 et 2012 en fonction des régions .....	95
<b>Figure 14</b> : Taux de prévalence VIH 2005 .....	95
<b>Figure 15</b> : Taux de prévalence VIH 2012 .....	95
<b>Figure 16</b> : Impact de la vulnérabilité des adolescents sur les enjeux de la paix et la cohésion sociale en Côte d'Ivoire .....	95
<b>Figure 17</b> : Transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de la violence .....	101
<b>Figure 18</b> : Travail des enfants 5-14 ans .....	102
<b>Figure 19</b> : Programmatiques multisectoriels de quatre axes pour la réalisation du dividende démographique .....	105
	119

### Liste des tableaux

<b>Tableau 1</b> : Projections démographiques 2015-2040 .....	22
<b>Tableau 2</b> : Estimation de l'indice de vulnérabilité en rapport avec l'âge, le sexe et le niveau d'étude .....	91
<b>Tableau 3</b> : Taux d'occupation des enfants de 5 à 17 ans entre 2008 et 2011 .....	104
<b>Tableau 4</b> : Fréquence de répartition des enfants (garçons et filles) par secteur d'activité .....	106
<b>Tableau 5</b> : Taux d'enfants touchés par la traite des enfants en Côte d'Ivoire .....	107
<b>Tableau 6</b> : Effectif total des scolarisés de l'EFTP par diplômés et par niveau selon le sexe 2010-2011 et 2011-2012 .....	109
<b>Tableau 7</b> : Dépenses budgétaires des secteurs pro-pauvres 2008-2013 (en milliards de FCFA) .....	116
<b>Tableau 8</b> : Budgets des secteurs pro-pauvres (selon le mandat de l'UNICEF) et budget de l'Etat ivoirien (en milliards de FCFA) .....	124
<b>Tableau 9</b> : Dépenses nationales de santé et sources de financement 2010 .....	124
<b>Tableau 10</b> : Dépenses budgétaires des secteurs de l'éducation et de la santé 2008-2013 (en milliards de FCFA) .....	125
	126
<b>Tableau 11</b> : Répartition intra-sectorielle des ressources du secteur éducation (%) 2012 .....	127

## INTRODUCTION

### **Contexte et justification**

En prélude à l'élaboration du nouveau Plan National de Développement (PND 2016-2020), le Gouvernement de Côte d'Ivoire s'est engagé dans un processus d'analyse de la situation des enfants au regard des principaux engagements nationaux et internationaux pris dans une perspective de respect et de protection des droits. A cet égard, l'Analyse de la Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire (SITAN) 2014 ambitionne de se positionner stratégiquement comme un puissant outil de programmation et de plaidoyer. La coïncidence avec la célébration du 25<sup>e</sup> anniversaire de la Convention Relative aux Droits de l'Enfant est une opportunité unique qui va sans doute donner corps à cet effort de plaidoyer.

Avec la fin des crises successives que le pays a vécues ces dernières années, le processus de réconciliation nationale en cour et le sentiment très présent d'une renaissance dans le pays, l'exercice de l'analyse arrive à propos. En effet, l'analyse de la situation des enfants est une occasion unique de valoriser les données des études et des enquêtes récentes, notamment le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2011-2012), publié en septembre 2013. En même temps, un grand nombre d'études de qualité a vu le jour ces dernières années et a contribué à enrichir l'état des connaissances sur la situation des enfants en Côte d'Ivoire.

D'une manière spécifique, cette analyse se fonde sur l'approche des droits humains et de l'équité, ciblant les dimensions de risques et de vulnérabilités propres à la Côte d'Ivoire. De ce fait, l'analyse aspire à donner une vue d'ensemble la plus objective possible sur la situation des enfants et des femmes. Elle met en exergue les droits non-réalisés et l'inégalité des opportunités de développement des enfants les plus vulnérables. L'analyse se termine avec des propositions de solutions propices à lever les goulots d'étranglement qui freinent autant le développement de l'enfant que sa capacité d'atteindre son plein potentiel et son bien-être.

Enfin, l'analyse invite le lecteur à traverser le parcours du cycle de vie de l'enfant en Côte d'Ivoire. Cette démarche met en avant les étapes suivantes : de l'embryon jusqu'à 5 ans, incluant la situation de la mère, la naissance, la croissance du nourrisson et le jeune enfant; de 6 – 11 ans, couvrant la période d'éducation et de formation de base, et ; de 12 à 18 ans en rapport avec les années de l'adolescence.

### **Méthodologie**

Le processus de l'Analyse de la Situation de l'Enfant (SITAN 2014) a été lancé début décembre 2013. La démarche méthodologique a fait appel à un ensemble de procédés et de techniques qui devaient faire ressortir ce qui est constitutif d'une violation des droits des enfants, en particulier les plus vulnérables. Ainsi, avant le commencement de la revue documentaire, un grand nombre d'enquêtes, d'études et d'autres sources de recherche ont été collectées. Parallèlement, des interviews ont été conduites avec plusieurs organes du Gouvernement chargés des politiques sociales et des programmes nationaux de développement. Par ailleurs, plusieurs agences des Nations Unies et partenaires techniques et financiers ont partagé leurs points de vue sur la situation des enfants et des adolescents en Côte d'Ivoire aujourd'hui.

Le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement a mis en place les organes statutaires de la SITAN 2014 notamment le comité technique. Cet organe opérationnel a regroupé les coordonnateurs gouvernementaux des programmes sectoriels et leurs homologues de l'UNICEF. La validation de la méthodologie de la SITAN 2014, la facilitation des travaux sectoriels, la conduite de l'analyse et l'élaboration du rapport final ont été réalisés sous la direction du comité technique présidé par la Direction Générale du Plan et de la Lutte contre la Pauvreté (DGPLP).

## Sigles et acronymes

---

<b>ACF</b>	:	Action Contre la Faim
<b>AOC</b>	:	Afrique de l'Ouest et du Centre
<b>ARV</b>	:	Antirétroviral
<b>ATPC</b>	:	Assainissement Total Piloté par la Communauté
<b>BIT</b>	:	Bureau International du Travail
<b>CACE</b>	:	Centre d'Action Communautaire pour l'Enfance
<b>CAEJE</b>	:	Centre d'Animation d'Eveil du Jeune Enfant
<b>CAFOP</b>	:	Centre d'Animation et de Formation Pédagogique
<b>CDE</b>	:	Convention relative aux Droits des Enfants
<b>CDV</b>	:	Conseil et Dépistage Volontaire du VIH
<b>CDVR</b>	:	Commission Dialogue, Vérité et Réconciliation
<b>CEDEAO</b>	:	Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest
<b>CEPE</b>	:	Certificat d'Etudes Primaires Elémentaires
<b>CIRES</b>	:	Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales
<b>CHR</b>	:	Centre Hospitalier Régional
<b>CHU</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMP</b>	:	Comité Multisectoriel de Pilotage
<b>CMU</b>	:	Couverture Maladie Universelle
<b>CNPRA</b>	:	Centre National de Redéploiement de l'Administration
<b>CNO</b>	:	Centre, Nord et Ouest
<b>COGES</b>	:	Comité de Gestion
<b>CONFEMEN</b>	:	Conférence des Ministres de l'Education des Etats et Gouvernements de la Francophonie
<b>CPN</b>	:	Consultation Prénatale
<b>CPPE</b>	:	Centre de Protection de la Petite Enfance
<b>CTA</b>	:	Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine
<b>DGPLP</b>	:	Direction Générale du Plan et de la Lutte contre la Pauvreté
<b>DIJE</b>	:	Développement Intégré du Jeune Enfant
<b>DIPE</b>	:	Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation
<b>DPJEJ</b>	:	Direction de la Protection Judiciaire de l'Enfance et de la Jeunesse
<b>DRENET</b>	:	Direction Régionale de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique
<b>DSRP</b>	:	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
<b>EDHC</b>	:	Education aux Droits Humains et Civiques
<b>EISCI</b>	:	Enquête sur les Indicateurs du SIDA en Côte d'Ivoire
<b>EDSCI-III</b>	:	Enquête Démographie et de Santé de Côte d'Ivoire 2011-2012
<b>ENV</b>	:	Enquête du Niveau de Vie (des ménages)
<b>ENS</b>	:	Ecole Normale Supérieure
<b>ESU</b>	:	Education en situation d'urgence
<b>ETME</b>	:	Elimination de la Transmission Mère-Enfant

<b>EVS</b>	: Espérance de Vie Scolaire
<b>FDAL</b>	: Fin de la Défécation à l'Air Libre
<b>FMI</b>	: Fonds Monétaire International
<b>FNUAP</b>	: Fonds des Nations Unies pour la Population
<b>GPE</b>	: Partenariat Mondial pour l'Éducation / Global Partnership for Education
<b>HG</b>	: Hôpital Général
<b>INS</b>	: Institut National de la Statistique
<b>IRA</b>	: Infections Respiratoires Aiguës
<b>IST</b>	: Infections Sexuellement Transmissibles
<b>JMP</b>	: Joint Monitoring Program (for Water Supply and Sanitation)/
<b>MAC</b>	: Maison d'Arrêt et de Correction
<b>MAS</b>	: Malnutrition Aiguë Sévère
<b>MEMEASFP</b>	: Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle
<b>MENET</b>	: Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique
<b>MEMPD</b>	: Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement
<b>MFFE</b>	: Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant
<b>MGF</b>	: Mutilation Génitale Féminine
<b>MICS</b>	: Enquête à Indicateurs Multiples
<b>MILDA</b>	: Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
<b>MODA</b>	: Analyse des Privations Multiples et Cumulatives / Multiple and Overlapping Deprivation Analysis
<b>MSLS</b>	: Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
<b>NPSP</b>	: Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique
<b>OEV</b>	: Orphelins et autres enfants vulnérables
<b>OIT</b>	: Organisation International du Travail
<b>OGP</b>	: Ordonnance de Garde Provisoire
<b>OMD</b>	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU CI</b>	: Opération des Nations Unies en Côte d'Ivoire
<b>PAA</b>	: Port Autonome d'Abidjan
<b>PASP</b>	: Port Autonome de San Pedro
<b>PAM</b>	: Programme Alimentaire Mondial
<b>PAM-PNPE</b>	: Plan d'Action Multisectoriel-Politique Nationale de Protection de l'Enfant
<b>PAMT</b>	: Plan d'Action à Moyen Terme du secteur Education-Formation
<b>PASEC</b>	: Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs
<b>PEV</b>	: Programme Elargi de Vaccination
<b>PIB</b>	: Produit Intérieur Brut
<b>PMA</b>	: Paquet Minimum d'Activités
<b>PND</b>	: Plan National de Développement

<b>PNDS</b>	:	Plan National de Développement Sanitaire
<b>PNLP</b>	:	Programme National de la Lutte contre le Paludisme
<b>PNN</b>	:	Programme National de Nutrition
<b>PNRHSCI</b>	:	Politique Nationale des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire
<b>PNPE</b>	:	Politique Nationale de Protection de l'Enfant
<b>PNUD</b>	:	Programme des Nations Unies pour le Développement
<b>PPTE</b>	:	Pays Pauvres Très Endettés
<b>PPU</b>	:	Programme Présidentiel d'Urgence
<b>PTME</b>	:	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
<b>RESEN</b>	:	Rapport d'Etat sur le Système Educatif National
<b>RGPH</b>	:	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>RHS</b>	:	Ressources Humaines de Santé
<b>ROCARE</b>	:	Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education
<b>SFCG</b>	:	Search for Common Ground (ONG)
<b>SITAN</b>	:	Analyse de la Situation de l'Enfant
<b>SMART</b>	:	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
<b>SMNI</b>	:	Santé Maternelle Néonatale et Infantile
<b>SNIS</b>	:	Système National d'Information Sanitaire
<b>SNPS</b>	:	Stratégie Nationale de Protection Sociale
<b>SNU</b>	:	Système des Nations Unies
<b>SONU</b>	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>THIMO</b>	:	Travaux à Haute Intensité de Main d'œuvre
<b>TNS</b>	:	Taux Net de Scolarisation
<b>UNESCO</b>	:	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
<b>UNICEF</b>	:	Fonds de Nations Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	:	Virus d'Immunodéficience humaine
<b>VBG</b>	:	Violence Basée sur le Genre
<b>SIDA</b>	:	Syndrome d'immunodéficience Acquise
<b>VPO</b>	:	Vaccin antipoliomyélitique / Oral
<b>WASH</b>	:	Water, Sanitation and Hygiene / Eau, Assainissement et Hygiène

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

---

Le Gouvernement ivoirien ambitionne de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à l'horizon 2020. Cette vision repose sur une croissance économique forte s'appuyant, entre autres, sur un climat attractif des affaires et une réduction de moitié de la pauvreté. Après une décennie de conflits militaro-politiques, l'économie ivoirienne a amorcé son décollage en 2012, soutenu par des réformes et des investissements massifs dans les secteurs porteurs de croissance. De ce fait, la Côte d'Ivoire s'est repositionnée sur la scène internationale et a conforté sa position de moteur de l'économie sous-régionale.

*Pour une Société Équitable dans un Pays Émergent - La Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire 2014 (SITAN)* s'inscrit dans la préparation du prochain programme de coopération 2016-2020 entre la Côte d'Ivoire et l'UNICEF. Il ambitionne de se positionner stratégiquement comme un outil de programmation et de plaidoyer. Cette analyse qui a bénéficié de plusieurs études et enquêtes, se fonde sur l'approche des droits humains et sur l'équité, ciblant des dimensions de risques et de vulnérabilités propres à la Côte d'Ivoire. Elle aspire à donner une vue d'ensemble la plus objective possible qui soit sur la situation des enfants et des femmes les plus vulnérables, en mettant en exergue les droits non-réalisés et l'inégalité des chances affectant ces groupes. L'analyse s'achève sur des propositions de solutions susceptibles de lever les goulots d'étranglement qui freinent le développement de l'enfant et bloquent l'atteinte de son plus plein potentiel et bien être.

La SITAN 2014 en Côte d'Ivoire fait ressortir les éléments constitutifs d'une violation des droits des enfants et des femmes, en particulier les plus vulnérables. Ainsi, l'approche méthodologique, tout en mettant en exergue la situation socio-sanitaire et économique des personnes concernées, se fonde sur des études et des enquêtes menées sur le terrain.

L'enquête sur le niveau de vie des ménages de 2008 (ENV 2008) estimait qu'environ la moitié de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté avec moins de 1,25 US\$ par jour. L'absence de filets sociaux amplifie la pauvreté rurale qui culmine à 62% alors que les multiples privations et les mauvaises récoltes liée aux variations climatiques y aggravent la situation de survie et de développement des enfants.



L'analyse insiste sur la nécessité pour la Côte d'Ivoire d'assurer à la fois : (i) une accélération de la baisse de la fécondité et de la mortalité, notamment infantile ; (ii) une augmentation sensible du niveau d'éducation des jeunes filles; (iii) et une transformation structurelle de son économie pour plus d'emplois formels. En effet, en investissant massivement dans la santé, l'éducation, la transformation de l'économie, mais aussi dans la réduction des comportements néfastes au développement (grossesses et mariages précoces, violences faites aux enfants et adolescents), le pays pourra assurer sa transition démographique et transformer le bonus démographique obtenu de cette transition en un dividende pour traduire la croissance économique projetée en une croissance durable, voire un développement humain réel.

La faiblesse observée du capital humain est un handicap pour réaliser cette vision du Gouvernement. Malgré une réduction en 20 ans de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, un enfant sur neuf meurt encore avant l'âge de 5 ans. Les risques sont surtout élevés pour les enfants nés d'une mère pauvre, sans éducation et mal informée. Dans ce contexte, l'atteinte de l'OMD-4 semble compromise.

La prévalence du VIH a baissé de 4,7% en 2005 à 3,7% en 2012, en grande partie du fait d'une meilleure connaissance du risque par les populations. Toutefois, la féminisation de l'infection VIH est confirmée. Parmi les jeunes de 15-24 ans la prévalence est de 1,3%, avec une baisse chez les filles et une tendance à l'augmentation chez les garçons. Il conviendrait tout de même d'intensifier les campagnes de sensibilisation et d'encourager les populations à fréquenter massivement les structures de conseil et de dépistage volontaire.

Le système de soins est organisé de manière pyramidale avec à la base des établissements sanitaires de premier contact et un niveau communautaire à l'état embryonnaire, des établissements sanitaires (HG et CHR) au niveau intermédiaires, et des CHU et instituts spécialisés au niveau supérieur. L'analyse de celui-ci montre des insuffisances, notamment au niveau du plateau technique et de la répartition des infrastructures et du personnel. Ce dysfonctionnement s'est aggravé considérablement tout au long de la crise sociopolitique qui a perturbé l'ensemble des activités sanitaires dans tout le pays, notamment dans les zones ex-CNO (Centre, Nord et Ouest) où la moitié du personnel médical avait déserté son lieu d'affectation.

Le système éducatif ivoirien est l'un des moins équitables de l'Afrique. L'accès à l'école est marqué par de fortes disparités selon le niveau de richesse, le lieu de résidence ou le genre. L'enseignement préscolaire est particulièrement élitiste et urbain. Près de 40% des ressources mobilisées par le secteur éducatif sont de fait appropriées par les 10% les plus éduqués.

Des difficultés administratives, telles que l'absence de certificats de naissance ou l'insuffisance de collège de proximité, empêchent l'enfant, et particulièrement la jeune fille, de poursuivre ses études après le primaire dans le cycle secondaire. Le phénomène de l'exclusion scolaire est complexe et mérite une recherche approfondie. Selon une étude régionale de l'UNICEF, près de 1,7 millions enfants en âge d'être au primaire et au premier cycle du secondaire sont exclus des écoles de Côte d'Ivoire. Le mauvais état des infrastructures en eau, hygiène et assainissement dans les écoles, notamment au niveau des latrines et d'accès à l'eau, sont aussi des problèmes majeurs.

Les jeunes filles et les femmes sont particulièrement marginalisées dans la société ivoirienne. Il existe un décalage important au profit des garçons parmi les scolarisés au primaire.

Cet écart se creuse davantage dans les cycles supérieurs. Vu sous l'angle économique, les femmes sont quasiment exclues de l'accès à la terre. La grande majorité des femmes est analphabète avec peu d'accès à l'information, élément qui pourrait leur être utile pour la survie et le développement de l'enfant.

La violence affecte surtout les jeunes filles et les femmes en âge de procréer. Un tiers des filles de 15-19 ans ont été victimes de violences physiques. De nombreuses formes de violences physiques à l'égard de l'enfant rentrent dans les normes sociales, tels les châtiments corporels, les mutilations génitales féminines et le travail des enfants. De plus, une femme sur deux croit que la violence conjugale est légitime.

Les enfants et les jeunes de moins de 20 ans représentent plus de la moitié de la population ivoirienne qui reste à prédominance rurale. Cependant, l'exode rural ompt avec ces traditions, ouvrant ainsi la voie à la recherche d'une nouvelle identité et à une autonomie. Les jeunes peuvent être des agents de changements importants en jouant un rôle clé dans les initiatives de développement local, dans la consolidation de la paix et dans la réalisation de travaux d'intérêts généraux.

Le service d'action sociale a noté en 2013 quelques actions majeures notamment : (i) La mise en place du Fonds d'Appui aux Femmes de Côte d'Ivoire (FAFCI) ; (ii) les logements sociaux ; et (iii) la mise en route de la Couverture maladie universelle (CMU).

Cependant, les services d'action sociale se sont longuement heurtés à une faible capacité humaine et financière pour faire face au grand nombre de petits projets éparpillés et exécutés par une multitude d'intervenants. Bien que l'action sociale soit relativement riche en dispositifs, sa couverture est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. En dépit de la volonté politique en faveur d'une plus grande décentralisation, le processus de prise de décisions dans le domaine social reste encore largement centralisé, laissant peu d'autonomie aux structures de base.

Par l'adoption d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale (mai 2014), le Gouvernement de Côte d'Ivoire vise à ériger progressivement un système plus complet, intégré et efficace de protection sociale, tout en priorisant des mesures et des programmes qui réduisent la vulnérabilité des couches les plus pauvres et à risque.

## EXECUTIVE SUMMARY

---

The Ivorian government has set out the goal of making Côte d'Ivoire an emerging country by 2020 through the 2012-2015 National Development Plan. This ambitious vision is based on projected strong economic growth, supported among other things by an attractive business environment and significant poverty reduction by more than 50%. After a decade of military and political conflicts, the Ivorian economy started to grow again in 2012 as a result of various reforms and massive investments in growth sectors. Côte d'Ivoire has consequently repositioned itself in the international arena and consolidated its position as the engine of the sub-regional economy.

The situation analysis of children in Côte d'Ivoire (SITAN 2014) presents sound and up-to-date evidence for elaborating the next country program document between the Government of Côte d'Ivoire and UNICEF (2016-2010) and conducting high-level policy dialogue and advocacy on the enhancement of child well-being. The analysis applies a human rights approach and equity focus, and addresses the risks which are specific to Côte d'Ivoire. It provides a comprehensive and more objective picture of the situation of the most vulnerable children and women, highlighting unfulfilled rights and social-economic inequalities affecting these groups. The SITAN also proposes solutions to effectively remove the bottlenecks hindering the full achievement of children's rights in Côte d'Ivoire.

The SITAN is supported by high-quality studies, evaluations and surveys. The survey on the households' living standard conducted in 2008 (ENV 2008) indicates that about half of the population of Côte d'Ivoire lives below the poverty line, with less than USD 1.25 per day. Poverty particularly affects the rural areas (62%). Due to the absence of social safety nets, households continue to be exposed to multiple vulnerabilities, particularly in rural areas. This situation combined with poor harvests due to climate change has a negative impact on child survival and development and weakens the resilience of households and communities to external shocks and crises.

The SITAN emphasizes the need for Côte d'Ivoire to ensure: (i) accelerated reduction in fertility and mortality rates, especially among children; (ii) a significant progress in girls' education; and (iii) a structural transformation of its economy to create more and stable jobs. By increasing investments in health, education, inclusive social policies and economic transformation as well as changing current behaviours and social norms hampering human development (such as early pregnancy and early marriage, female genital mutilation, violence against children and youth), the country may realize a demographic transition, successfully transform the benefits from this transition into a dividend, and translate future economic growth into sustainable and inclusive growth promoting human development.

Insufficiencies in human capital constitute a major barrier to achieving the vision of the Government to turn Côte d'Ivoire into an emerging country. Despite a reduction in mortality among children under 5 over the last two decades, one in every nine children still dies before the age of 5. This risk is especially high for children born into poorer families, and from mothers with lower education levels. Within this context, the achievement of Millennium Development Goal 4 (MDG-4) seems uncertain.

Despite the decrease in HIV/AIDS prevalence (from 4.7% in 2005 to 3.7% in 2012), which is mainly due to a better understanding of the risk by the people, Côte d'Ivoire still records one of the

highest prevalence rates in West Africa. Recent analysis confirms the feminization of the HIV infection, with increasingly more women being infected by the disease. Among youth aged 15 to 24, the prevalence is 1.3%, with a decrease among girls and a rise among boys reported in recent years. With a view to combating further HIV/AIDS spread, there is a need to intensify awareness raising campaigns and encourage people to attend voluntary counseling and testing centres.

The health care system in Côte d'Ivoire is pyramidal in structure, with weak primary health facilities and community-based health centres at the bottom, general hospitals and regional health centres in the middle and university hospitals and specialized health institutes at the top. An in-depth analysis (name) of the current health system reveals major weaknesses in terms of equipment, infrastructure, staffing and technical capacities. This gap has widened considerably in the past years with the socio-political crisis that disrupted health service delivery throughout the country, especially in former war-struck areas (Centre, North & West) where half of the medical staff abandoned their workplace.

Côte d'Ivoire's education system is one of the least effective in Africa, with huge gender, economic and geographical disparities in access to school. Early childhood education is particularly elitist and urban. Nearly 40% of the government resources allocated to education benefit only the 10% of the most educated. Administrative challenges, such as shortfalls in birth registration or inadequate numbers of secondary schools, constrain children's pursuit of education after primary school. School dropout is a complex phenomenon which deserves further analysis. According to a regional survey conducted by UNICEF, nearly 1.7 million children of primary and secondary school age drop out of school in Côte d'Ivoire. The poor water and sanitation infrastructure in schools partly contributes to this situation.

Girls and women are particularly marginalized in the Ivorian society. Among children in primary schools, boys outnumber girls considerably. This gender gap increases further at higher education levels. From an economic perspective, women are virtually excluded from access to land. The vast majority of them are illiterate and have limited access to information that is often essential for improving child survival and development.

Violence mostly affects girls and women of childbearing age. One third of the girls aged 15-19 have experienced physical abuse. Many forms of physical violence against children, such as physical punishment, female genital mutilation and child labour, form part of existing social norms and are therefore widely accepted. For instance, one in two women believes that domestic violence is a legitimate practice.

Children and youth under 20 years old account for more than half of the Ivorian population and live predominantly in rural areas. However, rural exodus is reversing the trend and a growing number of young people migrate to urban areas in search of a new identity and autonomy. The youth can be important actors of change by playing a leading role in local development initiatives, peace-building, and in performing public interest work.

With regard to social welfare, the Government has taken some major actions over the last two years, such as setting up a support fund for women in Côte d'Ivoire, a social housing programme and a universal health insurance initiative and adopting a National Strategy on Social Protection. The first National Strategy on Social Protection comprises an integrated set of transfers and social inclusion measures and constitute an important framework to ensure pro-poor and equitable access to social services by the most disadvantaged groups.

However, the social welfare service remains confronted with inadequate human and financial resources to effectively manage the large number of small and heterogeneous projects implemented by a multitude of actors. Despite the existence of a relatively large number of sound mechanisms, social welfare services are unequally implemented countrywide and decision-making processes remains strongly centralized, leaving little space for local initiatives.



## CHAPITRE I : CONTEXTE DU PAYS

### *Démographie et population*

La population de la Côte d'Ivoire a plus que doublé entre 1988 et 2013<sup>1</sup>. Elle est passée de 10.8 millions d'habitants à 23.8 millions, soit une croissance démographique moyenne de 3,2 % par an. Cette croissance rapide de la population s'explique par un taux de fécondité encore élevé malgré une diminution de la moyenne de 7,3 enfants par femme au début des années 80 à 5, en 2010. La fécondité reste particulièrement élevée en milieu rural (6,3 enfants par femme) comparée au milieu urbain (3,7 enfants par femme).

La Côte d'Ivoire connaît également une urbanisation très rapide. Selon les estimations de l'INS, la population ivoirienne est devenue majoritairement urbaine en 2009 alors que sa proportion vivant dans les villes ne représentait que 46% de la population totale en 1998. L'exode rural vers les centres urbains accompagne cette dynamique d'urbanisation avec la prolifération des quartiers précaires, particulièrement dans le district d'Abidjan et à San Pedro. En ce qui concerne le district d'Abidjan, les études<sup>2</sup> ont dénombré 137 quartiers précaires qui couvrent 2% de la superficie du territoire du district et concentrent environ 20% de la population. Ces quartiers subissent le contrepoids de l'insuffisance d'infrastructures de base comme l'accès à l'eau potable, l'insuffisance des services de santé et d'éducation et l'accès à l'assainissement, qui reste l'une des caractéristiques majeures, en plus du type de l'habitat, du statut de précarité conférée à ces quartiers.

La Côte d'Ivoire bénéficie d'une grande diversité culturelle. La population du pays est constituée de cinq principaux groupes ethniques ou aires culturelles (Akan, Krou, Mande du Nord et Mande du Sud, Gur ou Voltaïque). Selon le recensement général de 1998, la population d'origine étrangère représente 26% de la population et est principalement issue des pays limitrophes. Soixante-dix langues nationales sont parlées (toutes minoritaires) dont seulement dix-sept par plus de 100.000 locuteurs.<sup>3</sup> Le Français est la langue officielle de l'Etat et la langue d'enseignement à l'école.

### *Géographie*

Le territoire est divisé en 31 régions et deux districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro) selon le découpage administratif de 2012 (Voir Annexe 3). Pour les besoins de comparaison dans le temps, en plus de la ville d'Abidjan, le pays est également subdivisé en 10 régions statistiques encore appelées « pôles de développement ». La population y est inégalement répartie. Les 5 régions les plus peuplées (Abidjan, Centre-Ouest, Nord, Centre-Nord, Ouest) rassemblent plus de 60% de la population, dont plus d'un tiers dans le District autonome d'Abidjan.

Les régions du Sud et du Centre sont fortement urbanisées avec la présence de villes importantes telles Bouaké (1,5 millions d'habitants) et Yamoussoukro (300.000 habitants).

Parmi les régions peuplées, il faut aussi distinguer les régions du Sud et Sud-Ouest dont le peuplement a été marqué par l'implantation de plantations de cacao, café et l'exploitation du bois, stimulées par les entreprises européennes dans les années 1920, puis reprises par les populations locales.

<sup>1</sup> Estimations démographiques INS sur la base du RGPH 1998 (INS, 2012).

<sup>2</sup> Etude des quartiers précaires dans les 13 communes du district d'Abidjan, 28 Novembre 2013 – PNUD.

<sup>3</sup> Les quatre les plus importantes sont: Baoulé (2,1 millions), Senoufo (1,2 million), Yacouba (800.000) et Agni (610.000); le dioula en tant que langue du commerce serait parlé comme langue seconde par sept millions de locuteurs.

<sup>4</sup> PASEC 2012, p. 2.

Dans la même période, les vagues de migration vers l'ouest, encouragées par l'administration coloniale, rendent minoritaires les autochtones à certains endroits. Ces migrations ont entraîné un peuplement dense dans les régions de l'Ouest avec une pression sur les terres responsable des conflits fonciers devenus récurrents.

Les régions du Nord-Est, Nord et Nord-Ouest sont moins peuplées, de faible densité et sujette à un exode rural significatif vers le Sud et le district d'Abidjan. La faible densité de la population influe sur la disponibilité réduite des services sociaux de base et administratifs. Les partenaires au développement, ainsi que les organisations communautaires opérant dans ces zones, sont relativement rares en comparaison avec d'autres régions.

### **Transition démographique et dividende démographique**

La Côte d'Ivoire est entrée dans la deuxième phase de la transition démographique caractérisée par une baisse de la fécondité et accompagnée d'une diminution de la mortalité infanto-juvénile. Il en résulte une structure de la population où les jeunes prédominent<sup>5</sup>. Plus de la moitié de la population est âgée de moins de 19 ans, les adolescents de 10-19 ans représentant à eux seuls 24% de la population totale<sup>6</sup>. Les moins de 35 ans constituent 75% de la population. Pour 82 personnes dépendantes (de 0-14 ans et de plus de 65 ans), il y a 100 personnes en âge de travailler (15-64 ans).

Tableau 1: Projections démographiques 2015-2040

Populations (1,000)	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Population <5 ans	3.856.330	4.014.816	4.162.606	4.295.654	4.422.980	4.540.449
Population 6-11 ans	3.140.120	3.299.713	3.509.941	3.716.070	3.868.428	4.004.694
Population 12-17 ans	2.736.144	2.833.450	2.924.044	3.053.928	3.257.192	3.548.532
<b>Population totale des &lt; 18 ans</b>	<b>9.732.594</b>	<b>10.147.979</b>	<b>10.596.591</b>	<b>11.065.652</b>	<b>11.548.600</b>	<b>12.093.675</b>
<b>Population totale</b>	<b>20.807.216</b>	<b>21.991.170</b>	<b>23.202.870</b>	<b>24.436.300</b>	<b>25.694.886</b>	<b>26.970.464</b>

Source : INS, Projections démographiques, Gouvernement de Côte d'Ivoire.

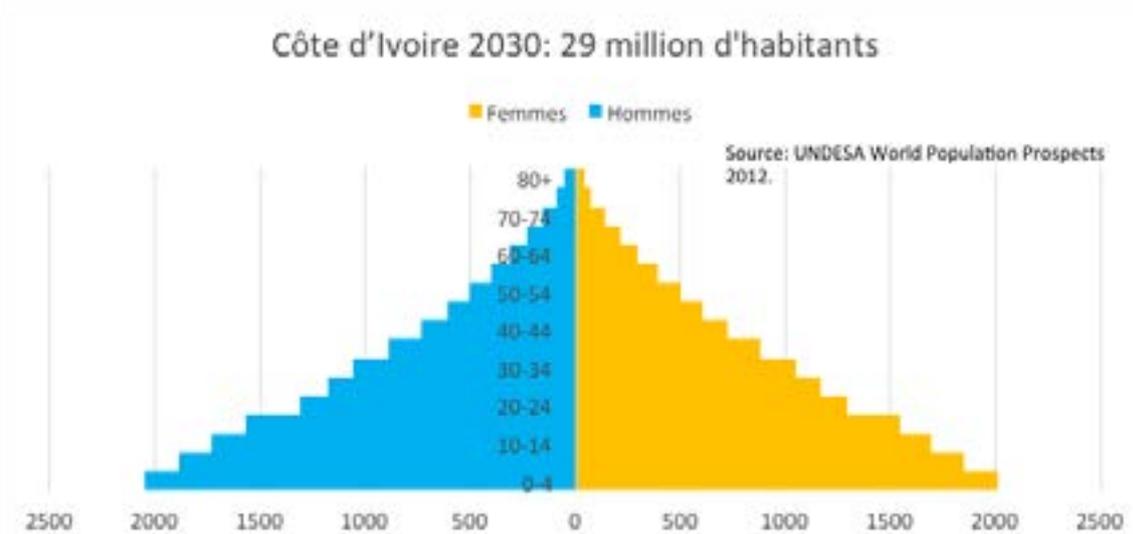
Les projections démographiques des Nations unies indiquent que la population de la Côte d'Ivoire va continuer à croître à un rythme de 2% par an dans les trois prochaines décennies, pour atteindre 42 millions d'habitants en 2050.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> Cette transition démographique est essentiellement un phénomène urbain et ne s'accompagne pas d'une chute suffisante de la mortalité maternelle.

<sup>6</sup> Comparé à une moyenne mondiale de 11%, UNDESA World Population Prospects 2012.

<sup>7</sup> UN Population Prospects 2012, estimations publiées en 2013.

Graphique 1: Projection démographique 2030



L'augmentation rapide de la population a pour conséquence une pression forte sur les services sociaux. Il se pose alors à l'Etat deux défis majeurs : (i) ajuster la couverture des services à la croissance démographique et (ii) assurer un développement et une croissance inclusive dans un contexte où la vulnérabilité et la pauvreté sont généralisées.

Si l'on prend le nombre d'années d'études pour les hommes et femmes âgés de 25-34 ans comme indicateur du capital humain, porteur du dynamisme économique en Côte d'Ivoire, on constate qu'en 2010 les femmes avaient en moyenne moins de quatre ans d'études<sup>8</sup> et les hommes moins de six ans d'études. Un capital humain si faible pourrait compromettre les ambitions de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent à moyen terme.

Néanmoins, si le pays parvient à planifier et à effectuer des investissements dans le potentiel humain, en particulier dans les jeunes, il peut en résulter un cercle vertueux conduisant à une plus grande productivité économique et une meilleure cohésion sociale. Pour ce faire, la Côte d'Ivoire doit accélérer la baisse de la fécondité afin d'obtenir un 'bonus démographique' qui correspond au moment où le nombre de la population en âge de travailler devient favorable par rapport au nombre d'enfants à charge.

Ce bonus démographique ne pourra cependant se transformer en dividende économique que si le pays est en mesure d'assurer le développement du potentiel humain des jeunes tout en générant suffisamment d'emplois plus rémunérateurs et plus dignes. Pour ce faire, le pays doit de prime abord investir dans la santé, l'éducation et la protection des enfants, qui constituent les générations futures de la Côte d'Ivoire, tout en proposant des mesures d'accompagnement professionnelles pour les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui (création d'emplois).

### 1.2 - CRISES POLITIQUES ET CONFLITS

Les causes des conflits en Côte d'Ivoire sont multiples et complexes. Les jeunes et les enfants ont été souvent instrumentalisés dans les manifestations violentes de ces conflits à travers les marches, l'enrôlement dans certains groupes armés (belligérants ou d'auto-défense) et les agoras. Ces crises successives trouvent leurs origines dans la profonde division sociopolitique de la Côte d'Ivoire dans toutes ses couches. Elles ont été alimentées par des inégalités structurelles dans l'accès aux services sociaux de base et dans les opportunités de développement.

<sup>8</sup> PASEC 2012.

Il en a résulté d'importantes disparités régionales, la plupart du temps au détriment des régions du nord. L'instrumentalisation des questions identitaires a contribué au clivage sociopolitique déjà perceptible dès le début des années 1990 dans un contexte où le quart de la population de la Côte d'Ivoire était constitué d'immigrants majoritairement des pays voisins.

Après les remous sociaux consécutifs au retour du multipartisme au début des années 90, la Côte d'Ivoire a été entraînée dans une spirale de violence au lendemain du coup d'Etat de décembre 1999 qui a porté une junte militaire au pouvoir. La tentative de normalisation qui s'en est suivie suite aux élections de 2000 n'a été que de courte durée en raison des violences post-électorales et de la tentative de coup d'Etat en septembre 2002.

Cette tentative de coup de force mise en échec s'est muée en une rébellion armée qui a occupé la moitié nord du pays au-dessus d'une ligne de démarcation appelée « zone de confiance » placée sous le contrôle des forces internationales. Au nord de cette ligne, les services publics y compris l'accès aux services de santé et d'éducation ont été perturbés, voire interrompus, en raison de la désertion du personnel qualifié craignant l'insécurité. Les indicateurs sociaux qui y étaient déjà préoccupants de façon structurelle s'en sont trouvés de plus en plus érodés. Les efforts des partenaires au développement ont certainement permis de contenir cette tendance à la baisse.

A la suite des accords de paix signés sous les auspices de la communauté internationale, particulièrement celui de Ouagadougou en 2007, un gouvernement comprenant les forces ex-rebelles et les partis d'opposition a été mis en place. Les réformes politiques préconisées par les accords de paix avec en ligne de mire les élections présidentielles ont pris du retard. Elles ont eu lieu en Octobre 2010.

Alors que les populations s'attendaient à un retour durable de la paix suite aux élections présidentielles, une grave crise postélectorale a replongé le pays dans une situation de guerre jusqu'en mai 2011, date de début effectif de l'exercice du pouvoir par les nouvelles autorités. Des efforts pour un retour à la normalité ont été engagés avec la remise sur pied des institutions de la République et la mise en place de la Commission Dialogue Vérité et Réconciliation chargée de créer un environnement propice au dialogue inclusif nécessaire à la consolidation de la paix.

L'incidence du conflit était plus intense dans les localités autour de la Zone de Confiance et dans les régions de l'ouest du pays. La région du Centre-Ouest a connu des déplacements internes importants et les populations y ont subi des pertes significatives de biens. L'ouest du pays (et notamment la Zone de Confiance) a connu un ensemble de violences politiques et communautaires (conflits fonciers, règlements de comptes).

Figure 1: Ligne de démarcation appelée «zone de confiance»



Source : Bouquet, Christian. *Géopolitique de la Côte d'Ivoire*, Paris, Armand Colin, 2003.

Les conflits, qu'ils soient au niveau local, régional ou national, sont complexes et interdépendants. A titre d'illustration, l'application de la loi sur le foncier rural de 1998, votée par l'Assemblée Nationale, a donné lieu à des conflits intercommunautaires et a alimenté un climat d'hostilité et de division. Dans un contexte de crise économique et de paupérisation, la problématique du partage des ressources communes et les conflits fonciers ont trouvé à s'exprimer dans un discours nationaliste questionnant l'appartenance, l'identité et la citoyenneté.<sup>9</sup>

### 1.3 - CROISSANCE ECONOMIQUE, PAUVRETE ET INEGALITES

Au lendemain de son indépendance en 1960, la Côte d'Ivoire, grâce à ses performances économiques remarquables, est devenue un pôle de développement dans la sous-région. Commencée bien avant la fin de l'ère coloniale, la migration des Ivoiriens originaires du nord et l'immigration en provenance des pays voisins (en majorité du Burkina Faso et du Mali) fut activement encouragée lors de l'indépendance par le Président Houphouët-Boigny dans le cadre du développement d'une économie basée sur l'agriculture d'exportation. Cette vague migratoire a permis l'exploitation des terres agricoles et entraîné un mouvement de peuplement traversant les régions de l'Est (à la frontière du Ghana) jusqu'à l'Ouest (à la frontière de la Guinée) jusque dans les années 1990<sup>10</sup>.

Les plantations de cacao et de café, tout comme l'exploitation du bois, ont ainsi été le fer de lance du décollage économique de la Côte d'Ivoire, celle-ci devenant le premier producteur mondial de cacao en 1979, statut qu'elle maintient encore à ce jour.

<sup>9</sup> O'Bannon, Brett R. No War – No Peace. The "Post-conflict" Environment in Côte d'Ivoire, 2012.

<sup>10</sup> Cogneau et al. 2013. Langer et al, 2004.

Depuis, de nouvelles cultures de rente se sont rapidement développées, comme l'hévéa et le coton.

La récession mondiale des années 1980 a précipité la baisse des prix des matières premières ; le prix du cacao retombant au même prix constant qu'en 1945. La Côte d'Ivoire entre alors dans une longue période de stagnation et de déclin économique qui a marqué les années 1980 et 1990, aggravée par les crises politiques, la partition de fait du pays de 2002 à 2008 et la crise postélectorale de 2010-2011.

Ces crises ont creusé les inégalités entre le nord et le sud ainsi qu'entre milieux urbains et ruraux. Ils ont aussi nourri le mécontentement entre différents territoires et groupes ethniques. Les opportunités de travail limitées ont poussé les jeunes à chercher un emploi dans le secteur informel, notamment l'agriculture, secteur occupé en grande partie par les travailleurs immigrés. Ces crises ont aussi nourri un fort sentiment de dépossession parmi les « autochtones », les populations originaires du sud qui demandèrent que les terres prises par les travailleurs migrants leur soient rendues<sup>11</sup>. Elles ont également accentué les griefs et divisions entre Ivoiriens autochtones, populations du nord et populations locales du sud « prospère ».<sup>12</sup>

Il est important de noter que pendant longtemps, les conflits ont été résolus de manière paisible à travers des mécanismes de résolution de conflits locaux et coutumiers. Cependant, les crises économiques, la pression démographique et un discours politique identitaire au cours des années 1990 ont contribué à éroder ces systèmes.<sup>13</sup>

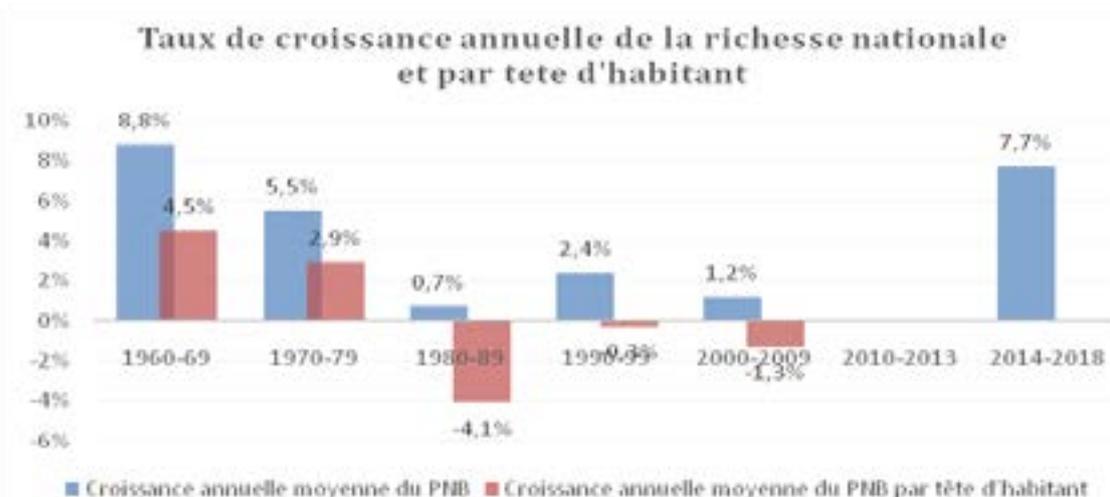
Sur le plan économique, le pays est devenu graduellement plus dépendant de l'aide financière venant de l'extérieur. Au début des années 1990, un programme d'ajustement structurel est mis en place par le Fonds Monétaire International astreignant l'Etat à une politique d'austérité rigoureuse, affectant douloureusement les dépenses dans les secteurs sociaux. Début 1994, peu après la disparition du Président Félix Houphouët-Boigny, « fondateur de la nation », le franc CFA est dévalué de 50 % afin de tenter de donner un nouvel élan à l'économie des pays membres de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UEMOA) ayant en commun le franc CFA. Depuis les années 1980, le PNB par habitant en valeur réelle n'a cessé de chuter, de 4,1% par an dans les années 1980, de 0,3% par an dans les années 1990 et de 1,3% dans les années 2000. En 2010, il est supérieur de 7% seulement par rapport au niveau atteint en 1960. Par comparaison, le PNB total est quant à lui 5,6 fois supérieur par rapport au niveau de 1960.

<sup>11</sup> Sany, 2010.

<sup>12</sup> Owang, Paul. The Root Causes of Conflict in Ivory Coast, Africaportal no 5, 2011.

<sup>13</sup> Côte d'Ivoire's Great West: Key to reconciliation. International Crisis Group, Africa Report No. 212, 28 January 2014. PASEC 2012.

Graphique 2: Taux de croissance annuelle de la richesse nationale



Source : Fonds monétaire international Côte d'Ivoire, Première revue de l'accord au titre de la facilité élargie de crédit, demande de modification de critères de réalisation et revue des assurances de financement, 26 avril 2012

La croissance a été relativement forte en 2012 essentiellement tonifiée par le retour de la sécurité qui a facilité la libre circulation des biens et des personnes, un afflux de financements, notamment les dividendes des allègements de la dette dès avril 2011 contribuant ainsi à l'alimentation de la dépense publique. En 2012, la croissance a ainsi atteint 9.8 %. Le FMI estime que la croissance a été de 8,7% en 2013.<sup>15</sup> Cette croissance est dans une large mesure tirée par les travaux publics qui stimulent l'activité économique.

Le dividende de cette dynamique sur l'activité économique reste limité à court terme du fait que les emplois créés sont conjoncturels, l'objectif étant de créer à moyen terme un cercle vertueux capable de produire des externalités positives sur l'ensemble de l'économie. Le Gouvernement a organisé en janvier 2014 un forum des investisseurs appelé « Investir en Côte d'Ivoire ». Plus de 443 milliards de FCFA d'investissements y ont été promis, selon les chiffres officiels du CEPICI. Le Gouvernement vient d'adopter le nouveau code minier pour diversifier son assiette de revenus et stimuler l'emploi dans ce secteur. Cependant, les matières sont exportées en grande partie sans transformation et génèrent peu de valeur ajoutée et d'emplois pour le pays. Le pays est ainsi resté peu industrialisé (7% du PIB) et avec un secteur industriel contribuant très peu à l'emploi. Les activités informelles non-agricoles ont pris de l'ampleur comme un secteur d'ajustement avec des emplois intermittents et peu rémunérateurs, tandis que 70% de la population active est encore employée dans le secteur agricole.

La vision des autorités du pays est de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent d'ici 2020.<sup>16</sup> Pour ce faire, le Plan National de Développement 2012-2015 se fonde sur plusieurs axes stratégiques, incluant la consolidation de la paix, l'accroissement de la création de richesse, l'amélioration du cadre de vie et l'accès dans l'équité à des services sociaux de qualité pour la population, en particulièrement les femmes et les enfants (PND, 2012-2015).

<sup>15</sup> Déclaration de la mission des services du FMI en Côte d'Ivoire, communiqué de presse n°.14/134, 26 mars 2014.

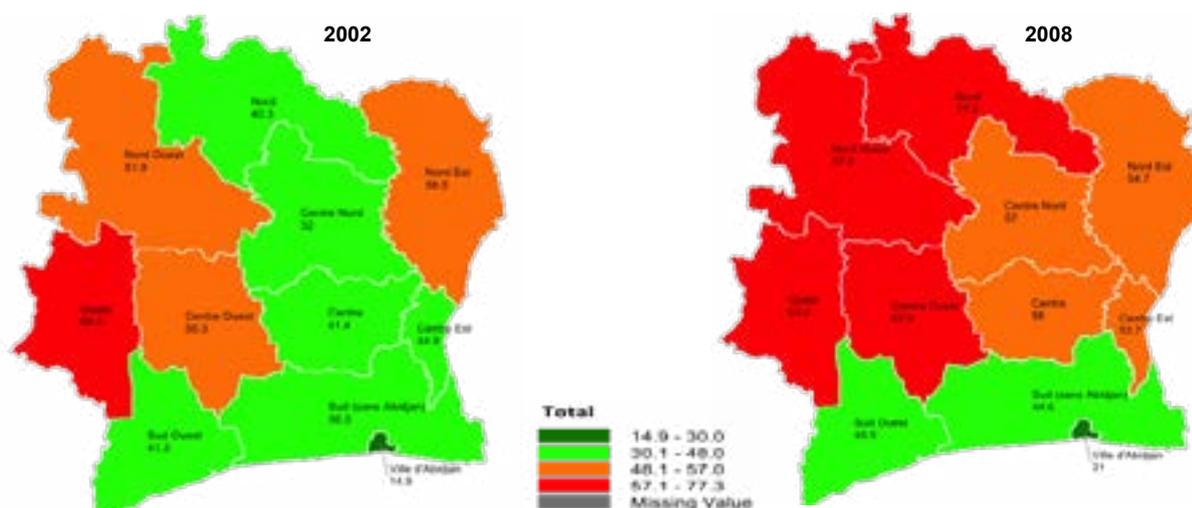
<sup>16</sup> Le Plan National de Développement (PND 2012-2015) envisage de réduire le taux de pauvreté de moitié à l'horizon de 2015 ; et de mieux protéger la population à travers une Couverture Maladie Universelle (CMU). Il définit les grands axes comme suit : (i) Réaliser un taux de croissance économique constant d'environ 10% en moyenne ; (ii) Réduire le taux de pauvreté de moitié ; (iii) Atteindre ou s'approcher des Objectifs Millénaire de Développement ; (iv) Créer un des meilleurs climats d'affaires en Afrique ; (v) Renforcer la bonne gouvernance et la lutte contre corruption.

Cette vision nécessite de revisiter la stratégie de développement de la Côte d'Ivoire dans l'optique d'enclencher une transformation structurelle de l'économie en même temps qu'une transformation sociale afin que les prédictions positives de croissance économique puissent profiter à tous, tout en réduisant les inégalités sociales et territoriales.

**Une pauvreté monétaire généralisée, profonde et affectant particulièrement les régions Nord et Ouest**

La pauvreté en Côte d'Ivoire affecte toutes les régions. Elle est toutefois particulièrement élevée dans les régions du Nord et de l'Ouest où elle a significativement progressé entre 2002 et 2008 (voir carte ci-après). Près du quatre-cinquième de la population vit de l'agriculture. En 1988, une personne sur cinq était pauvre. En 2008, presque la moitié de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté estimé à 640 FCFA par personne et par jour.<sup>17</sup> La pauvreté prédomine en milieu rural (62%) contre 29% en milieu urbain. Les disparités de niveaux de vie entre les régions du Nord et du Sud sont très importantes. Le conflit postélectoral a probablement précipité des milliers de personnes affectées par la crise dans la pauvreté. L'enquête sur le niveau de vie des ménages 2014 dont les travaux préparatoires ont démarré en août 2014 donnera la situation la plus récente de la situation.

Figure 2: Evolution du taux de pauvreté par région (2002-2008)

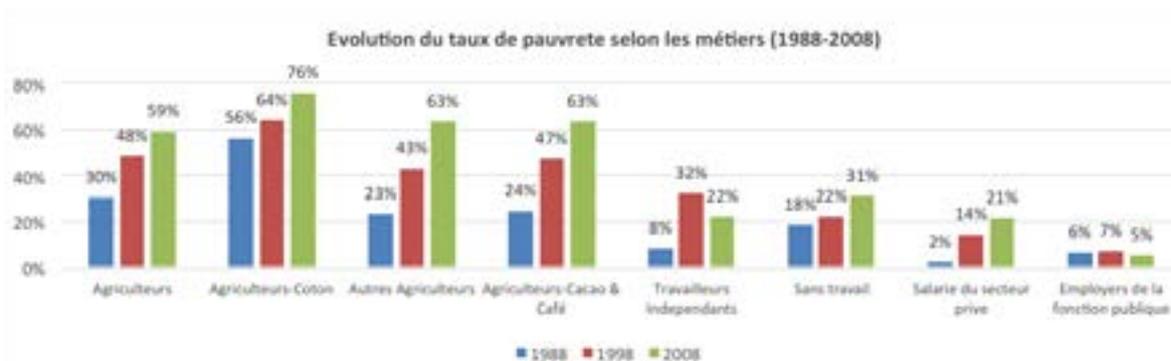


Source : Institut National de la Statistique, Enquête sur le Niveau de Vie des ménages, 2008.

L'analyse de la pauvreté selon l'occupation des ménages montre qu'elle a augmenté parmi tous les groupes socio-économiques entre 1988 et 2008. La détérioration du niveau de vie la plus rapide est observée parmi les salariés du secteur privé (multiplication par 10) et dans le groupe des agriculteurs (de 30% à 59% sur 20 ans). L'augmentation de la pauvreté est encore plus frappante parmi les producteurs de cacao (de 24% à 53%). La pauvreté est la plus élevée parmi les agriculteurs de coton (76%) et la plus faible parmi les employés de la fonction publique.

<sup>17</sup> ENV 2008.

Graphique 3: Evolution du taux de pauvreté selon les métiers (1988-2008)



Source : Institut National de la Statistique, Enquête sur le Niveau de Vie des ménages, 2008.

### **Le défi d'une croissance économique inclusive, équitable et durable pour la Côte d'Ivoire émergente**

D'un point de vue statistique, la croissance économique n'est responsable que de la moitié de la réduction de la pauvreté.<sup>18</sup> Il existe aujourd'hui dans la société ivoirienne des inégalités structurelles qui font que les fruits de la croissance ne sont pas partagés de façon équitable.<sup>19</sup> Or, selon la littérature économique, la réduction des inégalités contribue autant à la réduction de la pauvreté qu'à la croissance économique. On estime en effet que des 26 points de pauvreté perdus par la Côte d'Ivoire entre 1985 et 2008, 9 étaient liés aux inégalités et 15 au ralentissement de l'économie<sup>20</sup>.

Ainsi, les stratégies de réduction de la pauvreté mettent aujourd'hui l'accent sur la croissance économique tout en reconnaissant l'importance des investissements sociaux dans la réduction de la pauvreté, à savoir l'accès équitable aux services de base et la protection sociale. Le ciblage de ces deux types de pauvreté (monétaire et non-monétaire) est crucial si l'on veut éliminer la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. En effet, un parent analphabète et mal informé ne voit pas forcément l'intérêt d'envoyer son enfant à l'école. De même, un enfant sans certificat de naissance ne pourra pas achever sa scolarisation. Enfin, un enfant né d'une mère analphabète a peu de chance de voir son calendrier vaccinal respecté.

### **Un environnement caractérisé par des conflits et violences multiformes affectant les enfants, adolescents et les jeunes**

Selon le MICS 2006, 2 enfants sur 3 de moins de 5 ans se retrouvent sans surveillance adéquate<sup>21</sup> avec une disparité modérée entre les ménages les plus démunis et ceux les plus aisés, soit respectivement 62% et 51%. Cette situation illustre la fragilité de l'environnement familial et parental affectant la survie et le développement des enfants.

La paupérisation et la fragilisation des cellules familiales ainsi que la violence des rapports sociaux induite par une décennie de crise politico-militaire ont naturellement accru les risques de violences et d'abus à l'encontre des enfants. Cependant, même si la pauvreté et l'exclusion sociale peuvent constituer des facteurs aggravants, l'exposition des enfants à la violence découle également de certaines perceptions, attitudes et comportements découlant de normes sociales dominantes.

<sup>18</sup> Selon le Rapport mondial sur le développement humain, PNUD, 1997.

<sup>19</sup> Ex: Enclavement d'un district faute de pistes impraticables, empêchant le commerce et augmentant l'insécurité alimentaire.

<sup>20</sup> Banque Mondiale, Côte d'Ivoire, Inequality, Conflict and Poverty: A Poverty Assessment, 2011.

<sup>21</sup> Sans surveillance ou sous la responsabilité d'un enfant de moins de 10 ans.

En Côte d'Ivoire, quelles que soient l'importance et la valeur accordée à l'enfant dans la société, les adultes attendent de lui obéissance et soumission.

Les normes sociales font que de nombreuses formes de violence à l'égard de l'enfant ne sont pas perçues comme telles mais plutôt considérées comme des formes d'éducation et de socialisation. C'est le cas par exemple des châtiments corporels, des mutilations génitales féminines ou du travail des enfants. Toutefois, ces normes sociales peuvent cacher aussi des formes extrêmes de maltraitance.

La violence contre les enfants trouve un écho dans le contexte plus général des rapports de forces et des inégalités de statuts entre les individus, qui placent les femmes et les enfants au bas de l'échelle sociale. Or, en tant que personne en pleine croissance, l'enfant n'est pas arrivé à maturité physiologique et psychologique. De ce fait, la violence produit sur lui des conséquences plus traumatisantes et profondes que sur l'adulte. L'impact de la violence psychologique ou physique sur l'enfant et l'adolescent, et sur leur développement à long terme, est souvent sous-estimé.

Dans certaines communautés, cette violence est aussi le fait de normes sociales relatives au cycle de vie qui font passer l'enfant au statut d'adulte sans un passage par la période de l'adolescence. L'enfant, particulièrement la fille, n'est plus considéré comme un enfant, mais comme un adulte au moment où il devient pubère, si bien que ses besoins et vulnérabilités spécifiques en sont occultés.

La violence commise contre les filles, quand celle-ci est perçue comme telle, est considérée comme une violence basée sur le genre. Il est cependant important de souligner que ces violences sont d'abord des maltraitements faites à des enfants. L'enfant étant un être en développement et dans une situation de dépendance vis-à-vis de l'adulte sur tous les plans, la violence faite aux enfants ne saurait être confondue à celle faite aux femmes. Les causes et les conséquences n'étant pas les mêmes, la réponse doit être ciblée et adaptée aux besoins spécifiques des enfants.

### ***Les contraintes liées à l'environnement et au changement climatique***

La forte croissance démographique a entraîné un accroissement rapide de la superficie des terres cultivées pour le cacao, le café et l'hévéa, mais aussi pour nourrir une population en pleine croissance. Entre 1955 et 1990, la population rurale de la zone forestière dans l'Ouest et le Sud-Ouest s'est multipliée par quatre et la superficie de la forêt dense humide a été réduite de trois-quarts pour la même période. L'exploitation forestière, toujours dans l'optique de satisfaire les besoins nationaux de développement, a engendré une accélération du déboisement sans égard pour la régénération des forêts.

A l'instar des pays du Sahel, la Côte d'Ivoire subit, depuis les années 1960, une aggravation de la variabilité climatique. La sécheresse qui touche le Sahel a également touché la Côte d'Ivoire, aussi bien dans les zones les moins pluvieuses que dans celles qui bénéficient de précipitations plus abondantes. Il s'en est suivi une concentration des pluies sur une période plus courte et une détérioration de l'alternance des saisons dans le Sud. La période de soudure a tendance à s'allonger. Les cultures de rente et les cultures vivrières se disputent les terres cultivables au détriment des cultures vivrières. Cette problématique pose la question de la mécanisation de l'agriculture tout en s'engageant dans son intensification en lieu et place de son caractère extensif actuel.

#### 1.4 - L'ENJEU DE L'ÉQUITÉ ET DE LA COHESION SOCIALE EN CÔTE D'IVOIRE

Nous avons précédemment constaté que les conflits ont affecté l'ensemble de la population et que la pauvreté monétaire s'est quasi-généralisée. Cependant, il est également visible que certaines régions et groupes sociaux ont été particulièrement affectés et ont besoin d'une attention particulière.

Il existe des inégalités structurelles qui font que certains groupes sociaux ou certaines régions se trouvent défavorisés ou moins bien servis. Ainsi, certains secteurs ou groupes économiques sont plus favorisés que d'autres, accentuant ainsi le fossé entre pauvres et riches dans la société ivoirienne. Ces inégalités se traduisent également de manière géographique avec certaines régions particulièrement affectées par une politique inégale de développement territorial (investissements en infrastructures économiques et sociales, répartition des ressources humaines), limitant l'accès aux services sociaux de base dans ces régions.

Ces inégalités sont aussi dues à des normes sociales et de genre qui désavantagent certains groupes sociaux, notamment l'inscription et le maintien à l'école des filles, l'accès aux soins pour les femmes et les enfants ou l'emploi ou la participation politique des femmes. Ces inégalités nourrissent un sentiment d'exclusion préjudiciable à la cohésion sociale. Les disparités sont particulièrement marquées entre les régions, entre les zones rurales et urbaines, entre divers groupes sociaux et affectent particulièrement les femmes une fois ces dimensions prises en compte.

Les inégalités sociales et régionales sous-tendent les conflits discutés plus haut et auront besoin d'être spécifiquement adressées pour réaliser les aspirations de réconciliation et de cohésion sociale d'une population émergeant de plus de trois décennies de crises économiques et politiques.<sup>22</sup> La consolidation de la paix dépendra des efforts de réduction des différentes inégalités à tous les niveaux, tant économiques que régionales ou sociales. La Côte d'Ivoire doit trouver un équilibre juste entre préservation de la diversité culturelle, distribution de la richesse et unité nationale.

##### *Inégalités régionales*

**Les régions du Nord** sont désavantagées en termes d'investissements sociaux, en partie en raison de leur plus faible densité de population. Par exemple, les structures de soins sont mal réparties sur l'ensemble du territoire, la plupart du personnel soignant se concentrant dans la zone Sud-Abidjan. Ainsi on compte environ 8 500 habitants par médecins dans la région des Lagunes contre 18 000 habitants par médecin au niveau national et 30 000 dans les régions du Poro (Korhogo)-Tchologo (Ferkessedougou)-Bagoue (Boundiali) en 2012.<sup>23</sup> Les écoles primaires des régions du Nord sont souvent à cycles incomplets. Confrontées à la faible couverture en infrastructures scolaires, les communautés ont créé leurs propres écoles dont les élèves ne sont pas encore totalement comptabilisés sur la carte scolaire. Enfin, la couverture des services d'action sociale défavorise le Nord et l'Ouest, faute de structures et de personnel qualifié. Pourtant, ce sont ces régions qui ont le plus besoin de protection spécialisée en raison du conflit qui a affecté les structures familiales et communautaires.

L'**Ouest** a vu une forte migration venue des régions Nord et Centre ainsi que des pays limitrophes. Dans ces régions, les migrants se sont regroupés dans des campements villageois qui ne sont pas reconnus sur la carte administrative.



<sup>22</sup> Chelphi-den Hamer Magali. Quand la guerre s'invite à l'école, 2013.

<sup>23</sup> MSLS, DIPE, Rapport Annuel sur la situation sanitaire 2012.

Le statut des campements ne leur permet pas de bénéficier des structures sociales, sauf si l'Etat consent à les ériger en village. La croissance démographique de l'Ouest est rapide, entraînant des conflits fonciers et le sentiment de la population locale d'être exclue de la richesse issue de l'exploitation des terres.

Le niveau de vie dans le **Sud** est plus élevé, surtout dans le Sud-Ouest du pays, avec notamment la ville de San Pedro qui abrite le deuxième port ivoirien en termes de tonnage, derrière le Port Autonome d'Abidjan. Malgré cet avantage économique, les indicateurs sociaux restent faibles. Les enfants travaillant dans les plantations de cacao ont une forte probabilité de ne pas fréquenter l'école. La région étant mal desservie par les services de PTME, la prévalence globale du VIH y atteint aujourd'hui un niveau alarmant de 3,6%. Cette région est également la moins pourvue pour ce qui est de l'accès à l'eau potable (50,3 %) et aux toilettes améliorées (6,6 %).

Les régions du **Centre** et **Nord-Ouest** ont été fortement affectées par le conflit et la partition du pays en 2002, en particulier celles situées au nord de la ligne de démarcation et à l'intérieur de la zone de confiance. La région du Zanzan était coupée en deux. On évalue que 75% du personnel soignant est parti en 2003, avec les structures souvent détruites et pillées. A l'Ouest de nombreux bureaux d'état civil ont été fermés et de nombreux registres détruits. Le retour des réfugiés a engendré une pression accrue sur l'utilisation des services sociaux. Ces effets ont creusé davantage l'écart entre ces régions et le sud du pays.

Les crises et conflits qui ont marqué ces dernières décennies ont accentué les inégalités entre régions et groupes sociaux. Ainsi, la mortalité des enfants augmente d'un facteur de 1 à 2 entre les régions et entre les ménages riches et pauvres. Nous présenterons les modalités de manifestation de ces inégalités et comment elles se cumulent dans certaines régions.



### **Les inégalités liées au genre**

En Côte d'Ivoire, certains enfants grandissent dans un environnement familial marqué par des rapports inégaux entre parents et des violences domestiques sous-tendus par des inégalités de statuts socioculturels et économiques basées sur le genre. Ces inégalités se manifestent par des opinions et des comportements défavorables aux femmes qui sont les premières responsables du développement de l'enfant, inscrivant l'enfant dans un environnement familial immédiat marqué par la violence. Dans un tel contexte, le niveau d'instruction des hommes et des femmes joue un rôle dans la répartition des pouvoirs de décisions économiques, mais n'influe pas nécessairement sur les comportements abusifs ou violents dans les ménages. En effet, la violence conjugale traverse toutes les couches de la société, peu importe le revenu familial ou l'appartenance au milieu rural.<sup>24</sup>

Quelques indicateurs peuvent illustrer l'ampleur des inégalités basées sur le genre en Côte d'Ivoire. Les processus de décision à l'intérieur des ménages sont dominés par les époux. Dans 15% des cas, la décision de l'utilisation des revenus générés par les femmes relève exclusivement du conjoint. Seules 10% des femmes prennent indépendamment les décisions qui concernent leurs propres soins de santé.

<sup>24</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 18.8 p. 354.

<sup>25</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 15.2.1 p. 301.

Dans 64% des cas, cette décision relative aux soins de santé est prise par le conjoint.<sup>26</sup> Près de la moitié des femmes (48%) légitiment la violence physique conjugale pour certains motifs, notamment dans les régions du Nord-Ouest et de l’Ouest où 72% et 62% respectivement des femmes pensent qu’il est normal qu’un homme exerce une violence physique sur sa partenaire.<sup>27</sup>

Plus d’une femme sur quatre, soit environ 27% de la tranche d’âge « 15-49 ans » en union ou rupture d’union, sont soumises à des comportements dominateurs de la part de leur conjoint.<sup>28</sup> Un quart des femmes en union est victime de violences physiques alors que 31% subit l’une des trois formes de violences conjugales, physiques, émotionnelles-sexuelles<sup>29</sup> dont 6% pendant la grossesse. L’EDSCI III 2011-2012 révèle en outre que 2% des femmes ont déclaré avoir exercé une violence physique envers leurs conjoints, une grande partie d’entre elles se trouvant dans un environnement conjugal violent.<sup>30</sup>

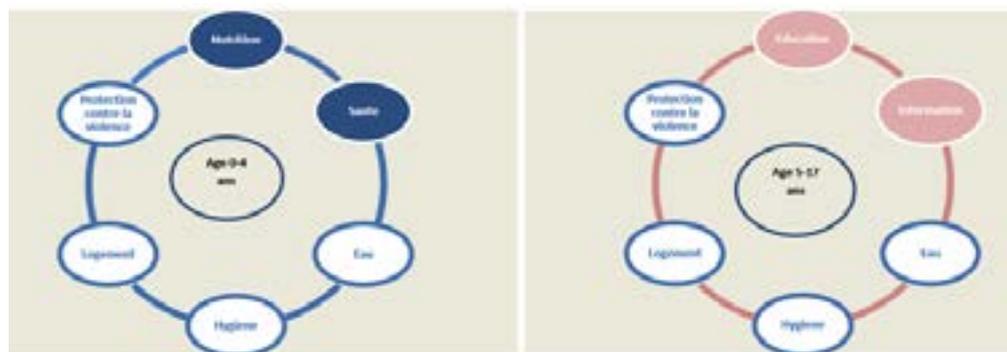
### 1.5. PAUVRETE MULTIDIMENSIONNELLE ET INEGALITES DANS LA REALISATION DES DROITS DES ENFANTS

Une étude basée sur l’analyse multidimensionnelle de la pauvreté a été faite pour identifier, localiser et établir un profil des enfants souffrant de privations en Côte d’Ivoire.<sup>31</sup> L’analyse est faite sur les privations en matière d’accès aux services essentiels de base (santé, éducation, accès à l’eau, l’assainissement et l’information), ainsi que les privations en matière de nutrition, de logement et de protection contre la violence, qui correspondent aux droits fondamentaux des enfants permettant d’assurer leur développement et leur bien-être.

Les résultats de cette étude indiquent que la privation en matière d’assainissement touche près de trois enfants sur cinq. Ce niveau élevé de privation est inquiétant puisqu’un assainissement inadéquat rend les enfants (ainsi que les adultes) particulièrement vulnérables à des maladies potentiellement mortelles.

Pour les enfants âgés entre 0 et 59 mois, les privations en matière de santé et de nutrition sont les plus fortes (outre celles concernant l’assainissement). Pour les enfants âgés entre 5 et 14 ans, les privations en matière d’éducation sont importantes: près de deux enfants sur cinq sont touchés dans ce domaine et 27% des enfants âgés entre 5 et 14 ans sont engagés dans des activités assimilées à du travail. Pour les jeunes âgés entre 15 et 18 ans, les privations en matière d’éducation s’accroissent: un adolescent sur deux ne va plus à l’école et près de sept adolescents scolarisés sur dix ne terminent pas le premier ou le deuxième cycle du secondaire.

Figure 3: Les privations des enfants en nutrition et en éducation



Source : Chris de Neubourg and al, *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d’Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

<sup>26</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Tables 15.5 p. 308.

<sup>27</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Tableau 15.7.1 p. 312.

<sup>28</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Tableau 18,6 p. 351. Au moins 3 des comportements dominateurs suivants : Jalousie ou en colère si elle parle à un autre homme ; Accusations fréquentes d’infidélité ; Interdiction de rencontrer ses ami(e)s ; Tentatives de limiter ses contacts avec la famille, Insistance pour connaître ses déplacements ; Manque de confiance sur la gestion financière.

<sup>29</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Tableau 18.8, p. 354.

<sup>30</sup> Sur ce, 5% des femmes se disent elles-mêmes victimes de violences conjugales contre 1% avouant ne pas en avoir subi.

<sup>31</sup> De Neuborg, Chris et al. *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d’Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

**Les privations des enfants sont multiples et se chevauchent.**

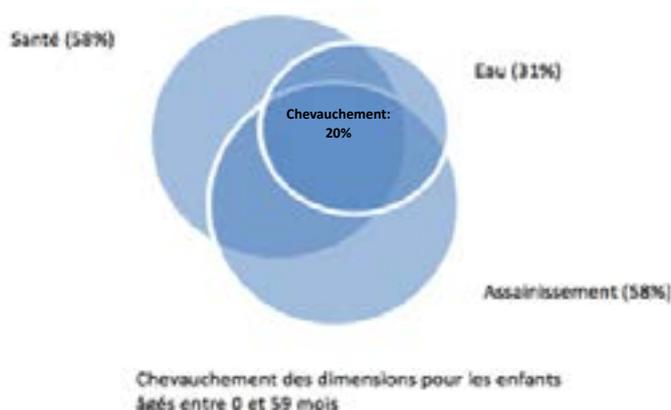
Deux enfants de moins de cinq ans sur trois (66%) sont privés d'un à trois droits fondamentaux sur un total de six: santé, nutrition, éducation, eau, assainissement, logement et protection contre la violence. Seul un enfant sur dix (12%) ne connaît aucune privation, alors que plus d'un enfant sur cinq (22%) souffrent d'au moins quatre privations de leurs droits.

Au niveau national, la quasi-totalité (99%) des enfants de moins de 5 ans n'ayant pas accès à l'eau potable - soit 30% des enfants - se voit aussi privée d'au moins un de leurs autres droits fondamentaux. Les enfants qui souffrent de plusieurs violations de leurs droits simultanément sont le plus souvent privés d'assainissement et de santé. En effet, 21% d'entre eux souffrent simultanément de trois à cinq autres types de privation.

En termes de chevauchements des privations, l'analyse montre une forte corrélation entre certaines dimensions. Les combinaisons de privation dont les enfants souffrent le plus sont :

- La santé, l'eau et l'assainissement : comme le montre le graphique 4 ci-après, 20% des enfants de moins de cinq ans subissent des privations dans trois dimensions au niveau national. Dans le Sud-Ouest, c'est le cas de 39% des enfants. L'eau et l'assainissement ont en effet d'importantes répercussions sur la santé, et peuvent causer des maladies infantiles parfois mortelles (les diarrhées notamment.).
- La nutrition, la santé et l'assainissement : 17% des enfants de moins de cinq ans sont privés de trois dimensions. Le taux s'élève à 30% dans le Nord.

Graphique 4 : Nombre d'enfants de 0 à 59 mois souffrant de privation en santé, eau et assainissement, en pourcentage des enfants de la même tranche d'âge



Source: Chris de Neubourg and al, *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d'Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

Près d'un enfant sur dix (11 %) de 5-14 ans est à la fois privé d'éducation et travaille. Derrière ce chiffre se cachent différentes réalités. Pour certains enfants, ce chiffre traduit les effets négatifs de la mise au travail sur l'inscription et la fréquentation scolaire. L'engagement des enfants dans le travail entraîne donc des problèmes de scolarisation. Les causes de non-fréquentation scolaire sont multiples (déficits structurels, etc.), mais cette non-fréquentation entraîne un basculement vers des activités assimilées au travail.

N'empêche, 15% des enfants qui travaillent sont cependant scolarisés et ne connaissent pas de privations en éducation. Cependant, ces enfants sont privés du droit au repos et aux loisirs par ce cumul et risquent de voir leur scolarité menacée (faible productivité individuelle liée à la fatigue

ou abus encourus entraînant un risque de redoublement ou d'abandon, particulièrement pour les filles assujetties aux travaux domestiques parfois aux heures d'étude). D'un autre côté, 18 % des enfants âgés entre 5 et 14 ans sont privés d'éducation (que ce soit par une non-scolarisation ou un retard scolaire) sans pour autant travailler.

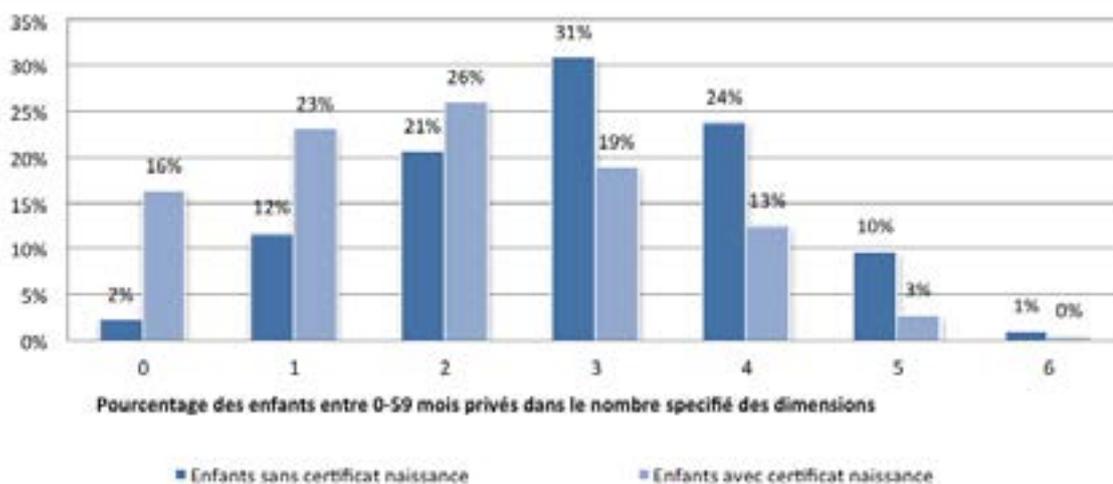
La distribution des privations selon les spécificités sociales montre un nombre plus élevé de privations pour les enfants vivant dans des ménages nombreux (comptant plus de trois enfants). Par contre, contrairement à la pauvreté monétaire, les privations sont plus répandues pour les enfants vivant dans des ménages dont l'homme est chef de ménage. En effet, alors que 47% des enfants âgés de 0 à 5 ans vivant dans des ménages dont l'homme est chef de ménage souffrent de trois à six privations, ils ne sont que 38% des enfants vivant dans des ménages dirigés par des femmes. Cette situation confirme la propension des femmes, lorsqu'elles ont le pouvoir de décision, d'investir dans les dépenses touchant au bien-être des enfants.<sup>32</sup>

**Le niveau d'éducation de la mère a un effet important sur la distribution des privations.**

Près de la moitié des enfants (48%) dont la mère n'a pas eu d'éducation ou n'a fréquenté que le primaire souffre de privations dans trois à six de leurs droits fondamentaux, comparé à 12% pour les enfants dont la mère a un niveau d'éducation secondaire ou supérieur. Cette situation reflète les privations décrites sur le niveau d'éducation de la mère et l'accomplissement des droits de l'enfant dans les chapitres suivants.

Le non-enregistrement des naissances demeure également un facteur déterminant des privations multidimensionnelles. Les enfants âgés de moins de 5 ans et sans extrait de naissance courent deux fois plus de risque d'être privés dans au moins trois de leurs droits fondamentaux (64%) par rapport à ceux ayant un extrait de naissance (34,5%). L'absence d'extrait de naissance prive les enfants de jouir d'autres droits fondamentaux et les expose à des situations de risques accrus.

Graphique 5: Distribution du nombre de privations selon la possession d'un certificat de naissance chez les enfants de moins de 5 ans



Source : Chris de Neubourg and al, *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d'Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

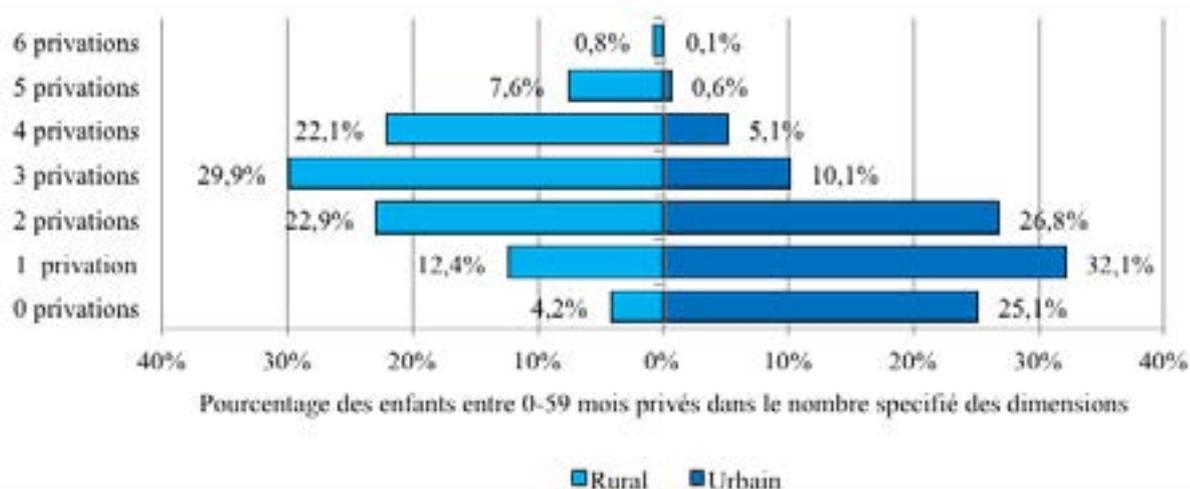
<sup>32</sup> Duflo, E. et C. Udry. [http://www.econ.yale.edu/~cru2/pdf/ivoire\\_RES\\_comp.pdf](http://www.econ.yale.edu/~cru2/pdf/ivoire_RES_comp.pdf) Z. Wahhaj, 2007.

Les privations n'épargnent pas les enfants vivant dans des ménages non-pauvres. Même si la corrélation avec la pauvreté monétaire est indéniable, la cause des privations n'est pas clairement seulement financière, notamment dans les zones rurales. Ce fait marquant démontre qu'attaquer le problème de la pauvreté monétaire ne suffit pas à garantir l'accès aux services essentiels. D'autres solutions doivent être apportées comme l'investissement dans les secteurs sociaux de base, la mise en place d'un socle minimal de protection sociale, ainsi qu'un travail sur les changements de comportement afin d'augmenter le niveau de la demande pour ces services.

L'enquête sur le niveau de vie des ménages de 2008 a démontré que les ménages ruraux et plus particulièrement ceux des régions du Nord (85%), du Centre-Ouest (71%) et de l'Ouest (68%) sont les plus pauvres d'un point de vue monétaire. Cette tendance est en grande partie confirmée par l'analyse des privations multidimensionnelles.

En 2012, le nombre de privations cumulées est plus important parmi les enfants vivant en milieu rural comparé à ceux des zones urbaines. Le fait de vivre en milieu rural est plus déterminant que le niveau de richesse des ménages et des autres déterminants sociaux, comme l'éducation de la mère. Il est possible d'y trouver une explication dans la répartition inégale de la mise en œuvre des politiques sociales et entre les régions.

Graphique 6: Pyramide des privations selon le milieu de vie

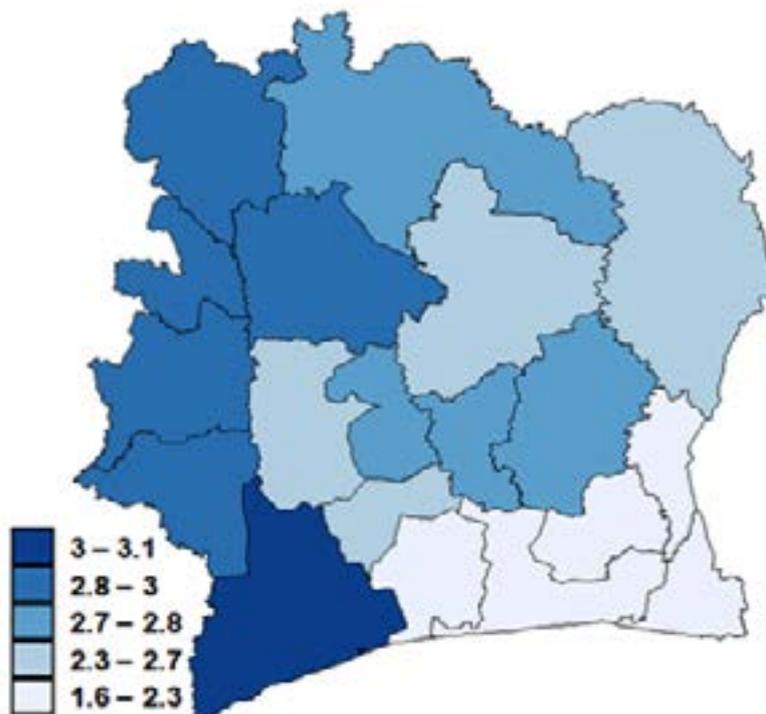


Source : Chris de Neubourg and al, *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d'Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

Les privations multiples et cumulatives sont importantes dans les régions du Nord et de l'Ouest. Ces deux régions ont été fortement affectées par les migrations économiques internes et externes ainsi que les conflits des deux dernières décennies. Dans la région de l'Ouest, les migrations économiques ont fait que les populations se sont sommairement installées dans des campements parfois difficiles d'accès et éloignés des services sociaux. Les efforts humanitaires post-crise se sont essentiellement portés sur la région de l'Ouest malgré le fait que le Nord ait aussi été affecté par les conflits, ce qui explique en partie les disparités dans l'offre de services de base entre la zone ex-CNO, le Centre, le Nord et l'Ouest.

Les données l'EDSCI III 2011-2012 mettent en exergue un fait non souligné par les analyses précédentes : le fort niveau de privations dans la région du Sud-Ouest. Malgré les investissements faits par le Gouvernement et par les différents partenaires au développement dans cette région, les enfants de 0 à 5 ans privés dans au moins une dimension le sont en moyenne dans 3 dimensions. Ces privations multiples semblent s'expliquer, du moins en partie, par la forte pression démographique due à l'attrait du développement économique (notamment dans les plantations de cacao), les déficits en matière d'offre de services sociaux de base et de prise en charge des vulnérabilités, le travail des enfants dans le cacao, les conflits fonciers et les fortes inégalités.

Figure 4: Nombre moyen de privations des enfants de moins de 5 ans



Source : Chris de Neubourg and al, *Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d'Ivoire selon le modèle CC-MODA+*, 2014.

Les politiques en faveur de l'équité sont nécessaires pour l'atteinte du niveau d'émergence d'ici 2020. Les enfants d'aujourd'hui sont les travailleurs de demain. Il apparaît donc crucial de restaurer les services sociaux de base et de garantir l'accès des enfants et de leurs parents à ces services essentiels. L'absence d'éducation, l'exposition à la malnutrition, les limitations dans l'accès aux soins de santé entravent le développement physique, mental et émotionnel normal de l'enfant, un facteur nécessaire pour permettre à la Côte d'Ivoire d'atteindre son objectif de pays émergent.

## CHAPITRE II : SITUATION DE LA MÈRE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

En dépit des efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires, le taux de mortalité maternelle n'a pas diminué et reste parmi les plus élevés au monde. Les taux de mortalité du nouveau-né et des enfants de moins de 5 ans ne baissent que lentement et demeurent très élevés.

Pour expliquer ces tendances, ce chapitre suit le cycle de vie d'une femme et de son enfant depuis sa conception jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de cinq ans. Ce cycle de vie doit être impérativement accompagné par un continuum de soins et de services holistiques et continus couvrant les périodes de pré-grossesse, grossesse, l'accouchement, le post-partum, la période néonatale (les premiers 28 jours), l'enfance, et enfin l'adolescence qui sera traitée dans le Chapitre IV.

Le continuum de soins et de services recommande quatre visites pour la prise en charge adéquate de la mère et de l'enfant. Il arrive fréquemment qu'un premier contact se fasse sans autres suivis, tel que dicté par le continuum de soins. On estime que 91% des femmes effectuent une première visite prénatale, mais seulement 44% se présentent à la quatrième visite recommandée. Cette quatrième et dernière visite est pourtant l'assurance d'une prévention des risques liés à la grossesse et d'une prise en charge adéquate de la santé de la mère et de l'enfant.

La survie et le développement de l'enfant sont fortement influencés par la santé et la nutrition de la mère, son niveau d'instruction et d'information et, de façon générale, par son bien-être économique et social.

Par ailleurs, la bonne santé de la mère et de l'enfant est le résultat de la pleine jouissance de leurs droits à la santé et à la nutrition tout au long de leur développement. Le principe fondamental qui sous-tend le continuum de soins est donc l'interdépendance entre l'état de santé à une étape donnée du cycle de vie et celui prévalant à une autre étape. Par exemple, l'état anémique de la femme enceinte résulte d'une combinaison de facteurs comme l'alimentation, l'environnement et le patrimoine génétique. Ils affectent à leur tour le fœtus et contribuent au faible poids des naissances chez l'enfant.

Les coûts constituent une importante barrière à l'accès aux services de santé maternel et infantile, surtout pour les plus pauvres. L'importance du facteur coût est mise en évidence par des données de l'ENV de 2008 qui montrent que la part des ménages du premier quintile ayant eu des dépenses de santé dans les trois mois précédant l'enquête (56,5%) était moindre que celle du cinquième quintile (69,3%). Globalement, environ 70% des dépenses de santé des ménages sont consacrées à l'achat de médicaments, quel que soit le quintile. Compte tenu des ruptures de stocks dans les structures sanitaires publiques, les patients, y compris les plus pauvres, sont obligés de recourir aux pharmacies privées (en moyenne 42% plus chères), aux vendeurs de la rue ou aux guérisseurs traditionnels (les médicaments traditionnels constituant 13% des dépenses de santé des ménages). En ce qui concerne les consultations médicales, l'ENV montre que les plus riches (du cinquième quintile) consultaient plus que les plus défavorisés du premier quintile (16% contre 11%). Parmi ceux qui ne consultent pas, 58% attribuent ceci au coût estimé trop élevé, 9% à l'éloignement, et 14% au fait que la consultation n'est pas jugée nécessaire.

Par ailleurs, les plus pauvres ont davantage recours aux guérisseurs traditionnels que les plus riches (18% contre 6%) et se rendent beaucoup moins chez le médecin (27% contre 52%). Les données de la MICS de 2006 confirment que les personnes se situant dans le quintile le plus pauvre ont une fréquentation des services de santé généralement plus faible comparée à ceux du quintile le plus riche. Par exemple, pour les infections respiratoires aiguës, les enfants des ménages les plus pauvres ont trois fois moins de chance de recourir à une consultation par rapport aux enfants du quintile le plus riche.<sup>33</sup>

## 2.2 - LA MORTALITÉ MATERNELLE

### *L'ampleur du phénomène*

Selon l'EDSCI-III de 2012, la mortalité maternelle est passée de 543 à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2005 et 2011. En somme, plus de six femmes pour 1 000 naissances décèdent pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les deux mois suivant l'accouchement. Le taux de mortalité maternel est en une forte corrélation avec le taux de mortalité néonatale qui reste lui aussi très élevé : 41 décès pour 1 000 naissances vivantes. Cette situation place l'atteinte des quatrième, cinquième et sixième Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) hors de portée pour la Côte d'Ivoire d'ici 2015.<sup>34</sup>

### *Les causes directes et indirectes*

En 2010, l'analyse des données des registres des établissements sanitaires offrant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) indiquait que 44% des décès maternels étaient liés à des causes obstétricales directes dont les principales sont les hémorragies du post-partum (22%), les hémorragies de la période prénatale (19%), les grossesses extra-utérines (18%) ; les ruptures utérines (13%).<sup>35</sup> Les causes obstétricales indirectes représentaient 34% des décès maternels dont 89% sont causées par l'anémie alors que 64% des femmes enceintes en souffraient en 2012.<sup>36</sup> L'anémie est elle-même la résultante de plusieurs facteurs dont le paludisme, le VIH et une nutrition des femmes enceintes pauvre en fer.

### *Les causes sous-jacentes*

La vie procréative des femmes commence à un jeune âge. L'âge médian pour un premier accouchement est de 19,6 ans. Parmi les femmes de 25 à 49 ans qui ont donné naissance, 8% ont eu un enfant avant 15 ans, 34% avant 18 ans, 55% avant 20 ans et 70% avant 22 ans.<sup>37</sup> Les grossesses précoces découlent d'une vie sexuelle précoce, de mariages à un jeune âge associés à un faible accès aux moyens contraceptifs. Le jeune âge de la mère influe sur ses chances de mener sa grossesse à terme et d'accoucher dans de bonnes conditions.

Les grossesses précoces, affectant le tiers des filles avant l'âge de 18 ans, influent sur le niveau de fécondité et la mortalité maternelle et néo-natale. On estime en effet à 1,10 le ratio de risque de décès infantile dans la catégorie à haut risque unique, c'est-à-dire pour des grossesses « trop tôt », « trop rapprochées », « trop tardives » et « trop nombreuses ». Ce risque est de 1,65 lorsque ces facteurs sont combinés entre eux.

Certaines pratiques néfastes, telles l'excision, contribuent indirectement aux décès maternels. Cette pratique touche à l'intégrité physique des filles et les expose à des risques accrus pour leur santé sexuelle et reproductive.

<sup>33</sup> Oxford Policy Management, Cadre de Développement de la Stratégie nationale de Protection Social: Etat des lieux, Défis et Perspectives.

<sup>34</sup> OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle.

OMD 6 : Combattre le VIH/SIDA, le Paludisme et d'autres maladies.

<sup>35</sup> Rapport de l'Enquête SONU, 2010 p. 140.

<sup>36</sup> EDS 2012, Tableau 11.11.1, p. 203.

<sup>37</sup> EDS 2012, Tableau 5.9, p. 91.



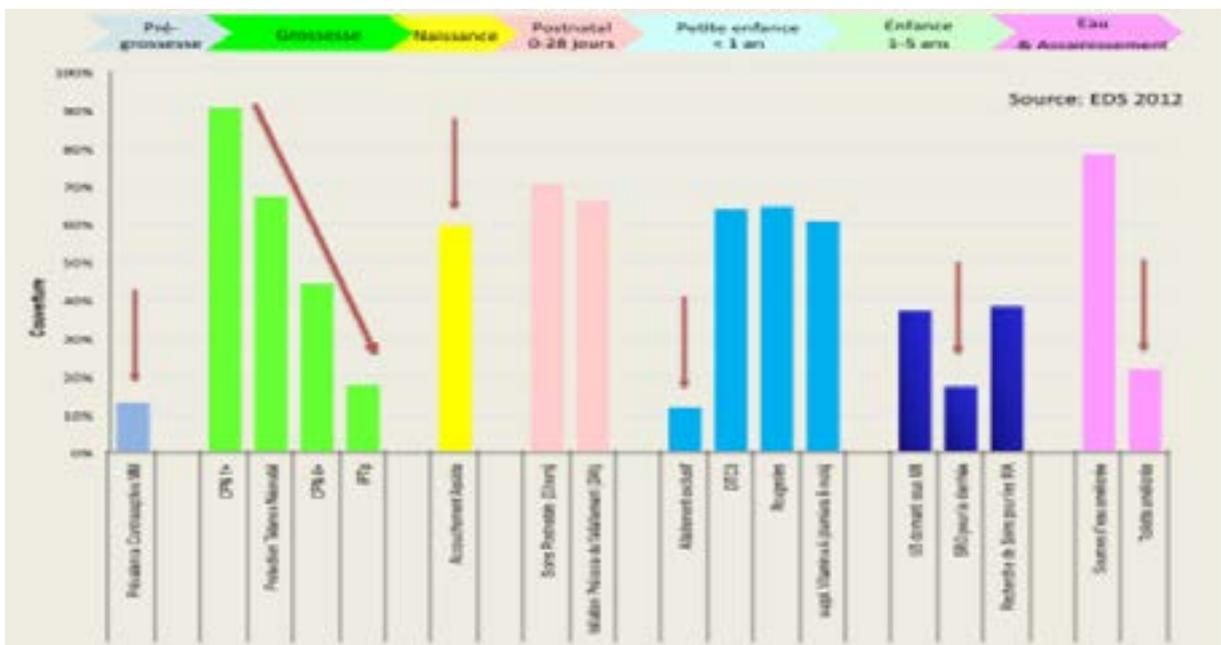
En effet, les filles excisées sont exposées aux infections, y compris le VIH, aux complications obstétricales, aux fistules, au risque de décès au moment où elles donnent naissance à leur enfant.

A l'échelle nationale, l'excision demeure une pratique répandue. Selon l'EDSCI-III de 2011-2012, 38% des femmes de 15-49 ans ont été excisées.<sup>38</sup> Les femmes les plus exposées au risque d'excision sont dans les régions du Nord-Ouest (80%), du Nord (74%), et de l'Ouest (57%), même si la prévalence a baissé dans ces trois régions depuis 2006. Dans la ville d'Abidjan, la prévalence a augmenté de 25% en 2006 à 36% en 2012, phénomène sans doute dû aux déplacements internes pendant la crise.

**Accès et utilisation des services de santé reproductive et maternelle**

Le manque d'accès et d'utilisation des services de santé reproductive et maternelle est un obstacle principal à l'amélioration de l'espérance de vie de la mère. L'analyse ci-dessous suit le niveau de mise en œuvre du paquet de services liés aux besoins de santé de reproduction de la femme tout au long d'un continuum de soins allant de la grossesse, à la naissance du nouveau-né et la période post-natale (voir graphique du continuum de soins).

Graphique 7: Continuum de soins



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012.

Selon l'EDSCI III 2011-2012, seulement 14% des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne alors que 94% d'entre elles déclarent connaître au moins une méthode de contraception. Les femmes actuellement en union ne prenant aucun moyen de contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants (limiter les naissances) ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant (espacer les naissances) sont considérées comme ayant des besoins non-satisfaits en matière de contraception. Globalement, selon l'EDSCI-III 2011-2012, 27 % des femmes de 15-49 ans en union ont des besoins non-satisfaits en matière de planification familiale ; soit 20% pour l'espacement et 8% pour la limitation. L'intervalle inter-génésique médian est de 36 mois, ce qui est relativement favorable. La fécondité est nettement plus faible en milieu urbain (3,7 enfants) qu'en milieu rural (6,3 enfants).

<sup>38</sup> La prévalence de l'excision a enregistré une baisse de 45% en 1998 à 38% en 2012. Source : EDS 2012.

Alors que 91% d'entre elles ont eu accès aux soins prénataux dispensés par un prestataire formé une première fois (CPN1)<sup>39</sup>, moins de la moitié des femmes enceintes (44%) ont bénéficié de quatre visites prénatales (CPN4)<sup>40</sup>. A la fin de la grossesse, ce sont seulement 20% des femmes enceintes qui ont bénéficié de deux doses de traitement préventif intermittent contre le paludisme. Globalement, deux femmes enceintes sur cinq dorment sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA). Dans les ménages possédant au moins une MILDA, ce sont 57% des femmes enceintes qui dorment sous MILDA ; ce qui fait courir le risque de paludisme à plus de 40% d'entre elles. Au moment de l'accouchement, ce sont seulement 57% des femmes enceintes qui ont bénéficié d'un accouchement assisté dans un centre de santé, et 2% par un personnel qualifié à domicile. Les accoucheuses traditionnelles sont intervenues dans 20% des cas. La césarienne a été pratiquée chez 3% de ces femmes. Plus de la moitié d'entre elles ont reçu au moins deux doses de vaccin antitétanique durant la grossesse.

Malgré tout, sept femmes sur dix reviennent pour recevoir des soins postnataux dans les deux jours suivant l'accouchement. Il y a donc de multiples occasions manquées permettant d'arriver à une prise en charge correcte tout au long du continuum de soins.

Les communautés reconnaissent l'importance des pratiques familiales essentielles, mais l'observance de certaines de ces pratiques est limitée.<sup>41</sup> Dans les districts sanitaires de Sassandra, Bouna, Biankouma et Soubré, les communautés ont une bonne perception des CPN car elles permettent de contrôler l'état de santé du fœtus et de la femme enceinte. Mais les femmes s'y rendent tardivement (entre le troisième et le quatrième mois seulement) ou n'y vont qu'en cas de problèmes apparents de santé.

Plus de la moitié des femmes en âge de procréer sont atteintes par l'anémie. La région du Centre-Nord est la plus touchée : le trois-quarts des femmes y est anémique et le cinquième n'a reçu aucun supplément en fer durant sa dernière grossesse.<sup>42</sup> En ce qui concerne la carence en iode, le taux de consommation élevé du sel iodé dans les ménages réduit considérablement les conséquences chez la femme enceinte et le nouveau-né. Une femme riche a quatre fois plus de chances de recevoir un supplément. Ces chiffres illustrent une situation nutritionnelle de la mère préoccupante.

Des disparités importantes sont observées dans tous les indicateurs relatifs à l'utilisation des services de santé reproductive et maternelle tout au long du continuum de soins. Les disparités les plus importantes se situent au niveau des accouchements dans un centre de santé : 43% des accouchements en milieu rural se passent dans un centre de santé contre 82% en milieu urbain. La région du Nord-Ouest est particulièrement défavorisée avec seulement 26% des accouchements dans un centre de santé ; 33% des femmes les plus pauvres selon le quintile de bien-être accouchent dans un centre de santé, contre 89% pour les plus riches.

Parmi les causes limitant l'utilisation des services, le deux-tiers des femmes interrogées au cours de l'EDSCI-III 2011-2012 mentionne le manque de moyens financiers comme obstacle à l'accès aux soins. Selon les Comptes Nationaux de la Santé, les ménages contribuaient à plus de 50% des dépenses totales en santé en 2008 contre 16% pour l'Etat. 96% de la contribution des ménages proviennent de leurs propres ressources<sup>43</sup>.

<sup>39</sup> CPN1 : Première Consultation Prénatale.

<sup>40</sup> CPN4 : Quatrième Consultation Prénatale.

<sup>41</sup> UNICEF, Étude formative sur les pratiques familiales essentielles, 2012.

<sup>42</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012, Tableau 11.12, p. 206.

<sup>43</sup> Comptes Nationaux de la Santé 2010, [http://apps.who.int/nha/country/civ/cote-d'ivoire\\_cns\\_2007\\_08.pdf?ua=1](http://apps.who.int/nha/country/civ/cote-d'ivoire_cns_2007_08.pdf?ua=1).

La distance parcourue (40%) et le besoin de demander la permission pour se rendre au centre de santé (24 %) sont les deux autres barrières mentionnées par les femmes.

### 2.3 - LA MORTALITÉ NÉONATALE, INFANTILE ET INFANTO-JUVÉNILE

La mortalité infanto-juvénile reste élevée et préoccupante, malgré une baisse de la mortalité infanto-juvénile (0 à 5 ans), passant de 125 par 1 000 naissances vivantes en 2005 à 108 pour 2012. Aujourd'hui, onze enfants sur 100 meurent avant d'atteindre l'âge de 5 ans. Parmi eux, quatre enfants meurent durant le premier mois de leur vie, trois enfants meurent avant d'atteindre l'âge d'un an, et quatre enfants meurent entre le premier et le cinquième anniversaire. Ces décès sont généralement liés à la malnutrition dans une proportion de 33%.

**La mortalité néonatale** représente une proportion importante de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. Estimée à 38 décès pour 1 000 naissances vivantes, elle représente le tiers des décès des enfants de moins de 5 ans et plus de la moitié de ceux de moins de 1 an estimés à 68 décès pour 1 000 naissances vivantes.<sup>44</sup>

Près de 90% des décès néonataux ont lieu dans les six premiers jours de la vie du nouveau-né.<sup>45</sup> Les principales causes de mortalité néonatale sont la prématurité (33%); l'asphyxie et le traumatisme néonatal (27%) les infections sévères (15%); la pneumonie (14%) ; les anomalies congénitales (5%).<sup>46</sup> La mortalité néonatale est près de deux fois plus élevée chez les enfants de petit poids de naissance. Le tétanos maternel et néonatal qui figurait comme une des causes principales des décès néonataux a été déclaré éliminé en 2012 par l'OMS.<sup>47</sup>



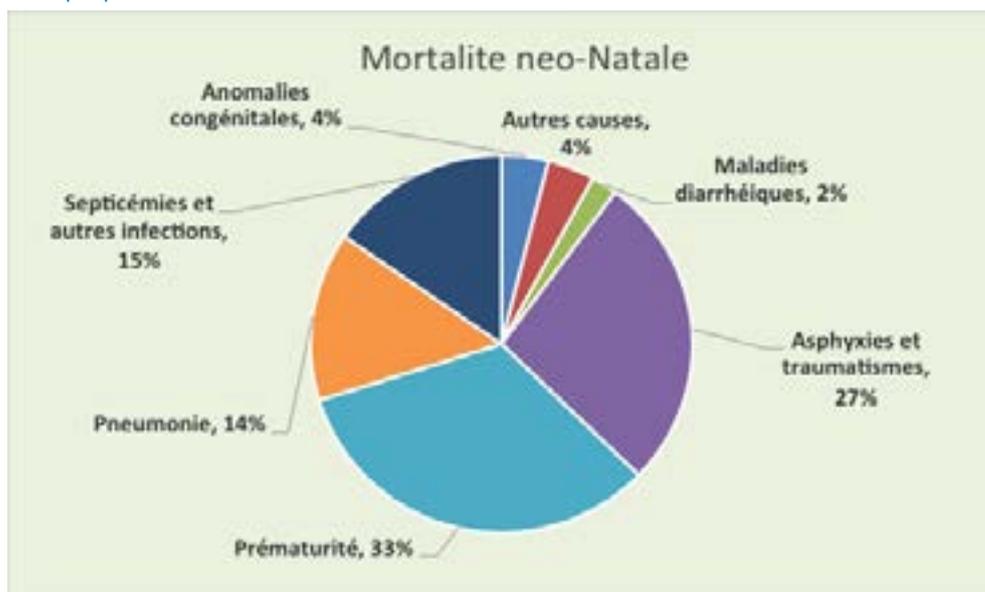
<sup>44</sup> 108 pour 1000 naissances. Source: EDSCI-III 2011- 2012.

<sup>45</sup> WHO, Neonatal and child health country profile, 2013.

<sup>46</sup> CHERG/WHO/UNICEF for distribution of causes of neonatal and under-five deaths (published in Liu et al, Lancet 2012.

<sup>47</sup> Certification OMS.

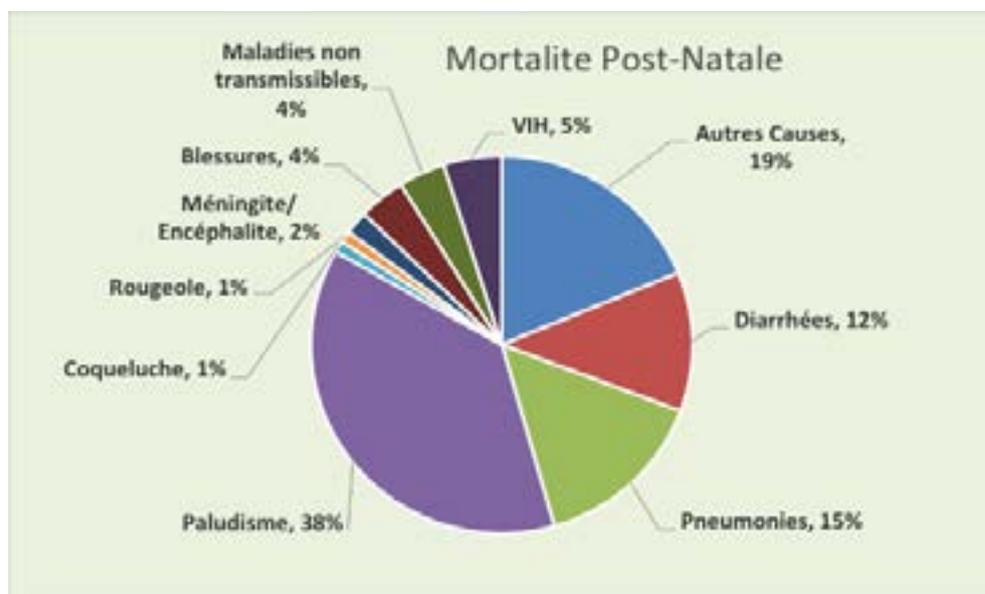
Graphique 8: Mortalité Néonatal des moins de 1 mois



Source : Neonatal and child health country profile (WHO, 2013)

La **mortalité infantile** est estimée à 68 pour 1 000 au niveau national. Les principales causes de la mortalité infantile sont le paludisme (38%), la pneumonie (15%), la diarrhée (12%), le SIDA (5%) et autres causes (19%).<sup>48</sup>

Graphique 9: Mortalité Post-natale de 1 à 59 Mois

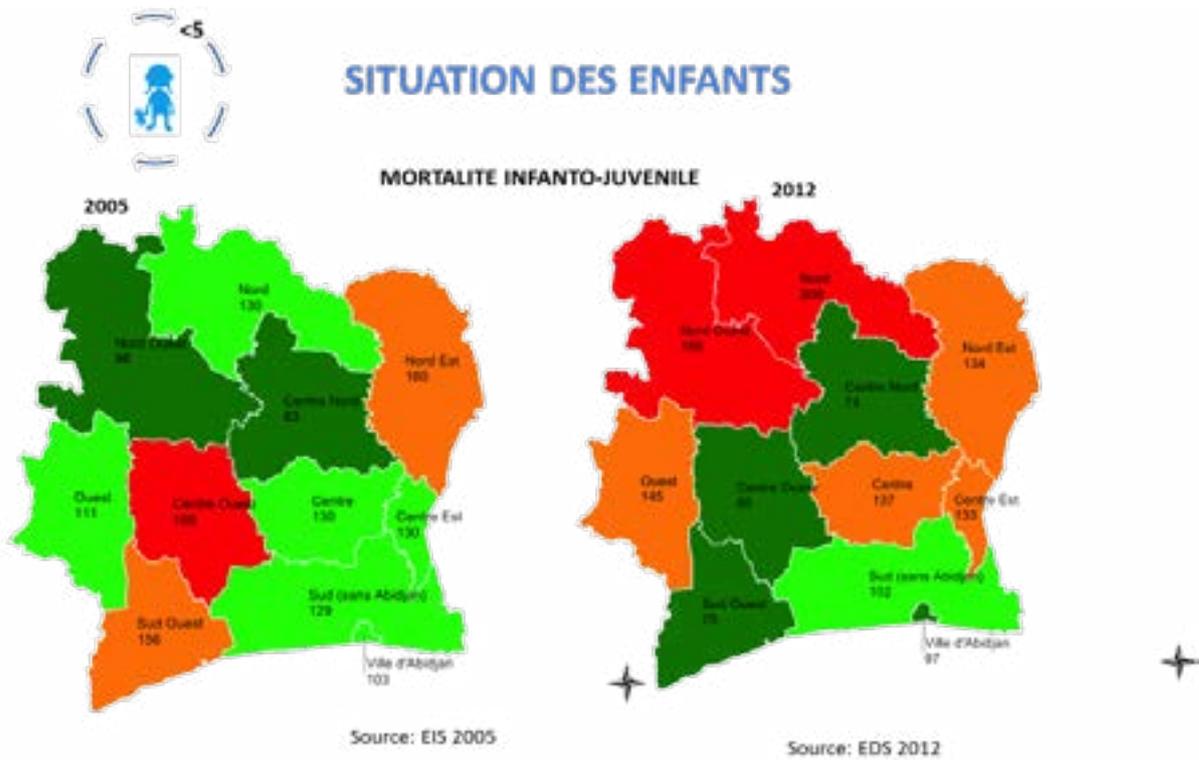


Source: CHERG/WHO/UNICEF (2012), MSLS 2012

Au total, la mortalité infanto-juvénile est de 108 pour 1 000 naissances vivantes en 2012. Malgré une tendance à la baisse de la mortalité infanto-juvénile de 125 à 108 entre 2005 et 2012, le pays ne pourra pas atteindre le quatrième objectif des OMD dont la cible est de 51 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015. On note des disparités régionales importantes qui se sont creusées davantage entre 2005 et 2012 au détriment des régions du Nord et du Nord-Ouest.

<sup>48</sup> CHERG/WHO/UNICEF, MSLS 2012.

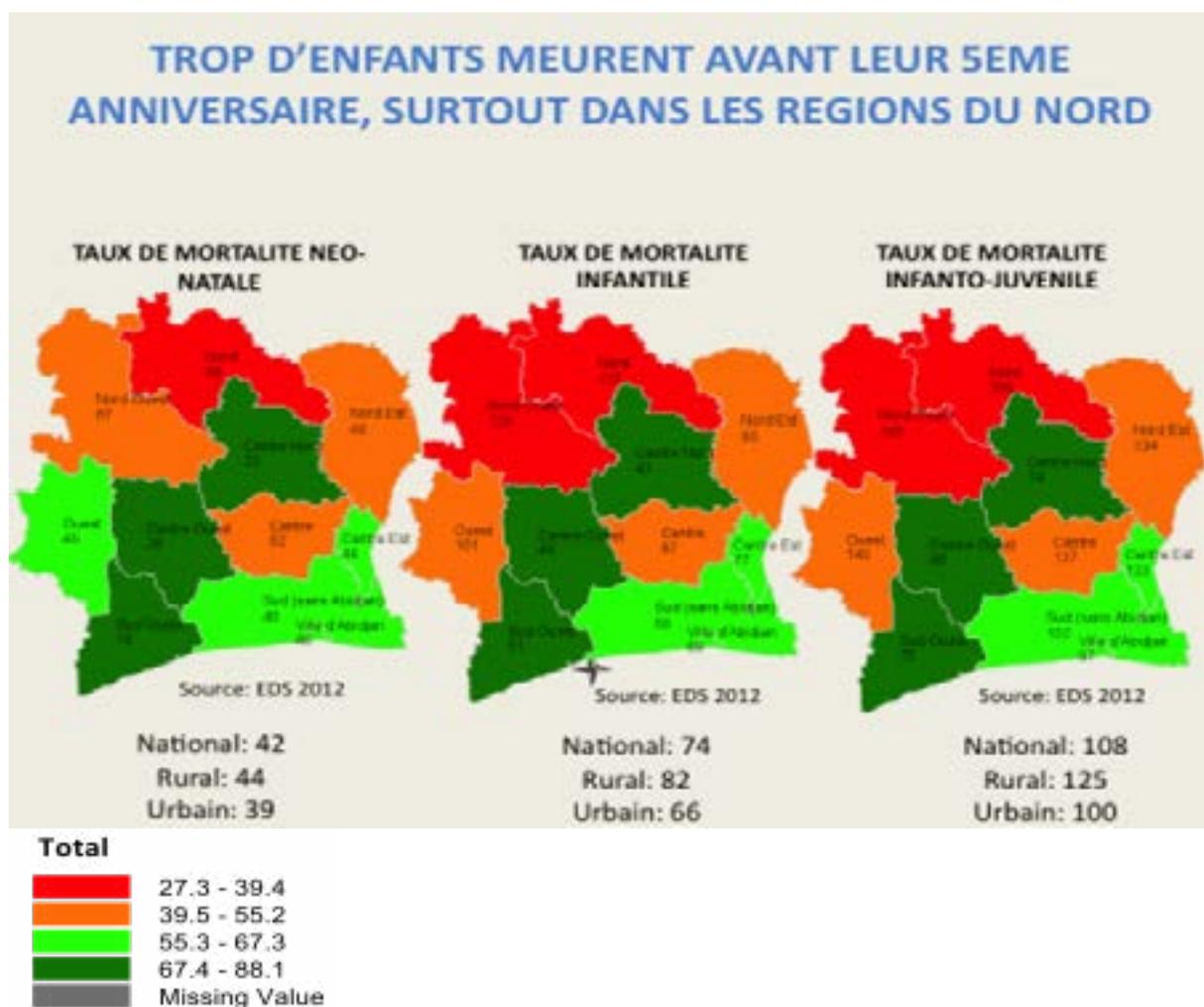
Figure 5: Les disparités régionales de la mortalité infanto-juvénile



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005

Les disparités régionales de la mortalité des enfants sont pratiquement les mêmes peu importe le type de mortalité. L'analyse montre globalement que : (i) Les trois types de mortalité sont plus élevés dans toute la partie nord, ouest et dans le centre du pays ; (ii) La mortalité des enfants est plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain ; (iii) La différence de taux de mortalité entre le milieu rural et le milieu urbain s'accroît au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente. Ainsi au niveau néo-natal cette différence est de 5 points au détriment du milieu rural, 16 points au niveau des moins de 1 an et 25 points pour les moins de 5 ans.

Figure 6: Les disparités régionales des taux de mortalité infantile



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012.

Le niveau d'éducation de la mère est aussi un facteur discriminant sur le taux de mortalité infantile. Sur 1 000 enfants, 124 d'entre-eux nés de mères sans niveau d'instruction courent le risque de mourir avant l'âge d'un an comparé à 75 enfants dont les mères ont un niveau d'instruction secondaire et plus. Un enfant né dans les régions du Nord et Nord-Ouest a deux fois plus de risque de mourir avant l'âge de 5 ans (185 et 209 sur 1 000, respectivement). Les taux sont aussi considérablement plus élevés chez les enfants nés d'une mère parmi les plus pauvres, soit 182 pour 1 000 comparé à 82 pour 1000 pour une mère parmi les plus riches.

Enfin, il est important de noter que la mortalité des nouveau-nés de mères ayant moins de 20 ans (55% des mères de 15-49 ans) est supérieure de 28% (46 pour 1 000) comparée à celle des enfants nés de mères âgées de 20 à 29 ans (36 pour 1 000).

#### **Analyse des causes sous-jacentes et structurelles de la mortalité infantile.**

On peut distinguer quatre grandes catégories de causes sous-jacentes expliquant le maintien des taux de mortalité à des niveaux élevés : (i) la faiblesse de l'offre (en quantité et en qualité) et l'utilisation des services de santé couvrant les aspects de prévention et de prise en charge (voir la section 2.7 du chapitre 2) ; (ii) les problèmes de sous-nutrition de la mère et de l'enfant (voir la section 2.6 du chapitre 2) ; (iii) l'insalubrité du cadre de vie des ménages et le faible accès à l'eau potable et à l'assainissement (voir la section 2.8 du chapitre 2); (iv) le faible niveau scolaire et l'analphabétisme des mères (voir le chapitre III).

Parmi les **causes structurelles**, on retrouve les aspects liés à la pauvreté, au niveau d'éducation et aux normes sociales.

## 2.4 - LES PRINCIPALES MALADIES TUEUSES DU JEUNE ENFANT

En plus des causes de mortalité parmi les nouveau-nés citées plus haut, le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires restent les principales maladies mortelles pour les jeunes enfants. Les infections opportunistes sont favorisées par le mauvais état nutritionnel des enfants. Plus de 35% des décès d'enfants de moins de 5 ans sont liés à la malnutrition.

### **Paludisme**

Le paludisme reste toujours la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire. La prévalence du paludisme chez les moins de 5 ans est de 18%. En zone rurale, cette prévalence atteint 24%.<sup>49</sup> Dans l'ensemble, 67% des ménages possèdent au moins une moustiquaire (imprégnée ou non),<sup>50</sup> mais seulement un tiers des membres des ménages (33%) dorment sous une moustiquaire (MII).<sup>51</sup> Au niveau des enfants de moins de 5 ans, l'utilisation est passée de 3% à 37% entre 2006 et 2012. Elle est plus importante en milieu rural (40%) par rapport au milieu urbain (31%) ainsi que dans les régions Centre-Ouest, Centre-Nord et Nord-Est. L'Ouest et la ville d'Abidjan ont les taux les plus bas (27% et 23% respectivement).<sup>52</sup>

Selon l'EDSCI-III 2011-2012, un enfant sur quatre (24%) atteints de fièvre a été traité avec des antipaludéens. Seul 3% des enfants ont reçu la combinaison thérapeutique selon le protocole national. Cette situation est due au non-respect du protocole et à la faible disponibilité du test rapide. Environ 18% des femmes enceintes ont reçu le traitement préventif intermittent contre le paludisme.

Les autres stratégies de lutte contre le paludisme doivent être davantage renforcées, notamment la pulvérisation intra-domiciliaire qui est encore trop faible (2% en milieu urbain et 1% en milieu rural).

### **Maladies évitables par la vaccination**

Le pays est dans la bonne voie pour la pré-certification de l'éradication de la poliomyélite après avoir connu en 2011 une résurgence de cas de poliomyélite avec 36 cas déclarés. Des épidémies de rougeole ou de fièvre jaune étaient également déclarées à cette période et semblent maintenant sous contrôle. En 2012, la Côte d'Ivoire a été déclarée avoir éliminé le tétanos maternel et néonatal.

Cependant, en 2012, seulement la moitié des enfants de 12 à 23 mois ont été complètement vaccinés. Cette couverture cache les inégalités qui persistent entre les régions. À l'Ouest, au Nord et au Sud-Ouest, seul un tiers des enfants de 12-23 mois a reçu tous les vaccins. Parmi les ménages les plus pauvres, deux enfants sur cinq sont complètement vaccinés alors que, pour les enfants les plus riches, c'est le trois-quarts.

En ce qui concerne la couverture des antigènes traceurs, au niveau national, seulement le deux tiers des enfants ont reçu les trois doses pour la poliomyélite avant l'âge de 12 mois en 2012. Deux enfants sur trois de cette même tranche ont reçu le vaccin contre la rougeole. Les déficits en couverture de poliomyélite, de rougeole et de tétanos néo-natal ont été régulièrement comblés par des campagnes de vaccination.

<sup>49</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012.

<sup>50</sup> La plupart des ménages possèdent des moustiquaires imprégnées à longue durée d'actions (MILDA).

<sup>51</sup> MII : moustiquaires imprégnées d'insecticides.

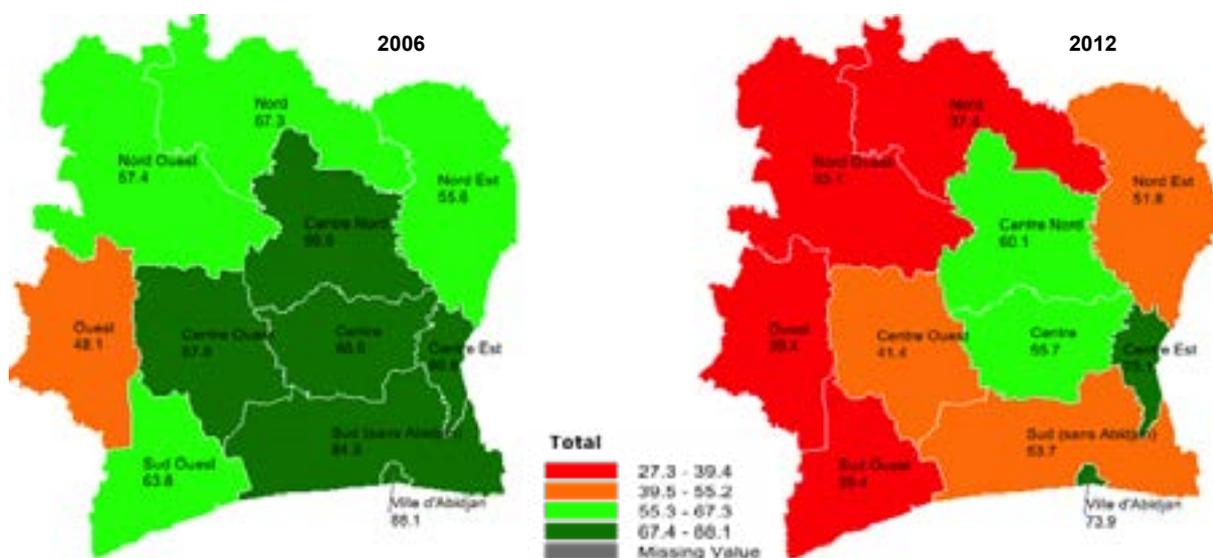
<sup>52</sup> Resp. MICS 2006 et EDS 2012.

Cependant, les taux de déperdition de DTC se sont fortement aggravés, passant de 7 % en 2006 (de 81% à 74 %) à 17 % (de 77 % à 60 %) en 2012.<sup>53</sup>

Les causes principales des ruptures dans la continuité des vaccins sont : (i) l'insuffisance de financement par l'Etat ; (ii) les problèmes de livraison des vaccins de la centrale aux centres vaccinateurs ; (iii) les migrations des populations entraînant une interruption de la série de vaccination.

Une analyse des variations de la couverture vaccinale dans le temps montre une baisse entre 2006 et 2012 dans toutes les régions du pays et, plus particulièrement, dans la ceinture qui part du Sud-Ouest jusqu'au Nord-Est. Sur toute la période, la couverture vaccinale est restée inférieure à 80% pour tous les antigènes traceurs. Cette situation montre que même si les campagnes de vaccination ont permis d'améliorer les couvertures vaccinales, force est de constater qu'elles ont affaibli les performances du système de routine.

Figure 7: Enfants de 12-23 mois entièrement vaccinés avant leur premier anniversaire (2006 et 2012)



Source: INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012.

D'autres facteurs contribuent à la faiblesse de la vaccination de routine : le financement insuffisant des stratégies avancées et mobiles; la méconnaissance des maladies évitables, des vaccins administrés et du calendrier vaccinal par les mères et les gardiens d'enfants ; les ruptures de vaccins qui affectent la crédibilité du système aux yeux des bénéficiaires; la faiblesse du suivi postnatal.<sup>55</sup>

A partir de 2009, la Côte d'Ivoire a introduit de nouveaux vaccins<sup>56</sup> qui devraient contribuer à réduire la mortalité des enfants.

### La pneumonie

La pneumonie est la deuxième cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans. La proportion des enfants présentant des symptômes d'IRA est de 3,6%, avec 6% dans les régions du Nord-Ouest et Centre et de 5% parmi les enfants de 6 à 11 mois.<sup>57</sup>

<sup>53</sup> Diphtérie, tétanos, coqueluche.

<sup>54</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé 1998/1999, Enquête à Indicateurs Multiples, MICS 2006, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012.

<sup>55</sup> Une femme sur cinq dit de ne pas être motivée.

<sup>56</sup> D'abord, le vaccin contre l'Hépatite B et, en 2013, le vaccin pneumocoque, l'antigène contre un des germes.

<sup>57</sup> Le nombre atteint 23 000 en 2011 dont plus de la moitié des cas contagieux.

L'EDSCI III 2011-2012 constate une réduction considérable depuis 1999, année durant laquelle la prévalence des signes d'IRA était estimée à 16%.<sup>58</sup> Le recours au traitement médical auprès des services de santé reste faible avec une moyenne nationale de 38% en moyenne et de seulement 49% dans les zones urbaines.

**Les maladies diarrhéiques**

Les maladies diarrhéiques comptent également parmi les principales causes de décès des jeunes enfants. La prévalence de la diarrhée est estimée à 18% chez les enfants de moins de 5 ans en moyenne. Elle est plus élevée (29%) parmi les enfants de 12 à 23 mois et dans les régions du Nord-Ouest, de Ouest et du Centre-Est. Après plusieurs années de promotion, seulement la moitié des femmes connaissent les bonnes pratiques de réhydratation orale dans l'ensemble du pays. Pour lutter contre les effets de la déshydratation, l'OMS et l'UNICEF recommandent la réhydratation par voie orale à l'aide de sachets de sels de réhydratation ou une solution constituée de sel, de sucre, d'eau et de zinc préparée à la maison.



La prise en charge de ces deux maladies est assurée à travers la Prise en Charge Intégrée des Maladies du Nouveau-né et de l'Enfant (PCIMNE). Toutefois, celle-ci connaît beaucoup de difficultés liées aux dysfonctionnements du système de santé dans son ensemble.

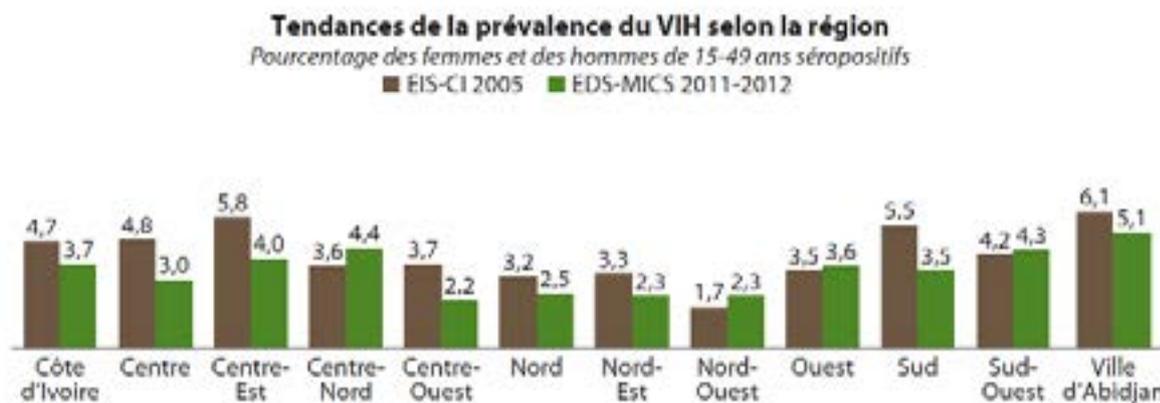
**2.5 - ELIMINATION DE LA TRANSMISSION DU VIH DE LA MÈRE À L'ENFANT**

La Côte d'Ivoire demeure le pays le plus touché de l'Afrique de l'Ouest par le VIH. La séroprévalence a baissé de 4,7% en 2005 à 3,7% en 2012 (ce qui représente 450 000 personnes séropositives dont la majorité sont des femmes). Les efforts nationaux se concentrant là où la prévalence du VIH était la plus élevée en 2005.

Plusieurs régions (le Centre, le Centre-Est, le Centre-Ouest et le Sud) ont connu une baisse significative de leurs taux de prévalence. Par contre, les régions qui avaient une prévalence moindre (Centre-Nord, Nord-est, Ouest et Sud-Ouest) mais sujettes à des facteurs de vulnérabilité au VIH, telles une faible connaissance de l'épidémie, de sa transmission et une faible disponibilité des services de prévention et de prise en charge, n'ont pas été suffisamment soutenues et ont vu leurs taux de prévalence augmenter.

<sup>58</sup> EDS 2012 p. 152.

Graphique 10: Pourcentage des femmes et des hommes de 15-49 ans séropositifs



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005.

**Chez les femmes en âge de procréer**, le taux de séroprévalence a baissé de 6,4% en 2005 à 4,6% en 2012. L'EDSCI-III 2011-2012, montre que la connaissance des risques et des méthodes préventives du VIH s'est améliorée, ce qui pourrait expliquer en partie cette baisse. Les femmes dans la région du Centre-Nord (6,3%) et la ville d'Abidjan (5,9%) sont les plus affectées. La prévalence chez les femmes continue cependant à être deux fois plus élevée que chez les hommes.

**Chez les enfants**, la principale cause du SIDA est la transmission de la mère à l'enfant. Aujourd'hui, l'ONU-SIDA estime que 63 000 enfants vivent avec le VIH-SIDA en 2012 en Côte d'Ivoire.<sup>59</sup> Selon les données de la DIPE, environ 6 000 enfants bénéficient des soins et traitement VIH et 12% des nouveau-nés de mères séropositives du VIH avaient reçu un traitement avec des ARV.

Le diagnostic précoce du VIH sur les enfants exposés, nés de mères séropositives, reste très faible (10%). Par ailleurs, seulement 41% des femmes enceintes et séropositives ont accès aux ARV et 30% des femmes séropositives sous traitement sont perdues de vue au niveau national.

La couverture des services de PTME reste insuffisante. Parmi les établissements sanitaires qui offrent des services de CPN, seuls 49% offrent la PTME. Ces centres sont par ailleurs inégalement répartis sur l'ensemble du territoire: on les retrouve principalement dans le Sud. Des efforts ont permis d'assurer les services de PTME dans 121 sites dans les Régions de l'Ouest, du Nord-Est et du Centre. Cette situation représente des opportunités manquées pour l'offre de soins préventifs VIH et pour le traitement des femmes et des enfants.



Pour la période 2012-2016, la Côte d'Ivoire a élaboré un plan d'Élimination de la Transmission Mère-Enfant (ETME) focalisé sur les régions ayant les plus grands besoins non-couverts (plus de 60% des besoins). La mise en œuvre de ce plan passe par la généralisation de l'Option B+.

<sup>59</sup> ONUSIDA rapport 2012.

Depuis, la Côte d'Ivoire est passé de l'utilisation de l'option A pour les femmes enceintes séropositives à l'Option B (trithérapie en deux prises). Le passage prochain de l'option B à l'Option B+ (trithérapie combinée en une dose) devrait permettre d'accroître l'accès des femmes enceintes séropositives aux ARV. Mais cette mesure doit être accompagnée d'un renforcement du système de santé et de l'approche communautaire pour réduire de 80% le taux de transmission de la mère à l'enfant.<sup>60</sup> Il est attendu que cette intervention axée sur l'élimination de la TME avec l'Option B+ réduise le taux de transmission mère-enfant de 25% à moins de 5%.

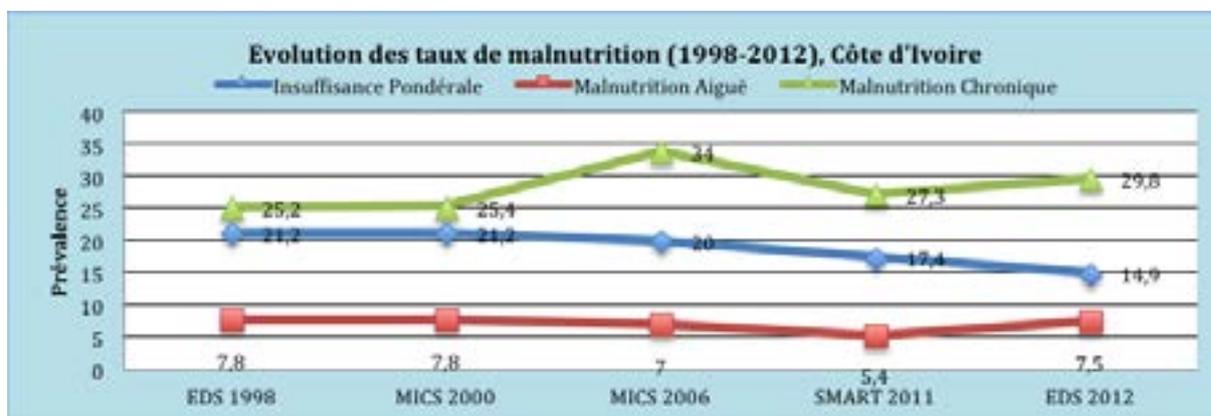
Au-delà des défaillances des services de santé mentionnées ci-haut entraînant des problèmes d'accès aux soins HIV et à l'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle, il existe de plus des barrières liées à la demande par manque d'informations et de communication. Le chemin vers l'intégration des services PTME de qualité dans toutes les structures sanitaires ciblées nécessitera des efforts continus.

## 2.6 - SOUS-NUTRITION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

La situation nutritionnelle, déjà préoccupante en Côte d'Ivoire, a été aggravée par les différentes crises des années 2000. L'accès à des aliments de qualité et en quantité suffisante, lié à la pauvreté et à la méconnaissance des pratiques nutritionnelles, a entraîné un mauvais état nutritionnel de la femme et du nouveau-né en Côte d'Ivoire.

Pendant les causes sous-jacentes sont plus complexes. Celles-ci sont liées à des facteurs tels la pauvreté, l'insécurité alimentaire des ménages, les mauvaises pratiques alimentaires, le manque d'accès à des soins professionnels, un cadre de vie insalubre ou des soins inappropriés accordés à la mère et à l'enfant. Plusieurs facteurs se sont ajoutés comme la sécheresse dans certaines parties du pays, les changements climatiques, la pauvreté croissante et un système de santé publique mis à rude épreuve.

Graphique 11: Evolution des taux de malnutrition (1998-2012) en Côte d'Ivoire



Sources multiples indiquées dans la légende.

Un faible poids à la naissance représente un risque significatif pour la survie et le développement de l'enfant et montre un mauvais état nutritionnel de la femme enceinte. En moyenne, 14% des enfants naissent avec un faible poids. Dans les régions du Centre-Est et du Nord-Est, la proportion avoisine 20%.

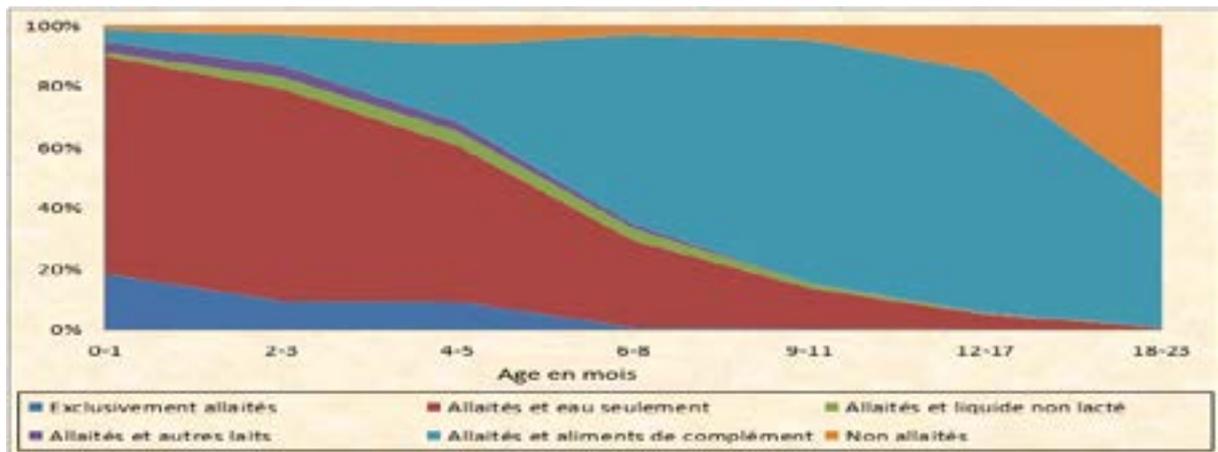
En 2012, à peine une femme sur dix pratiquait l'allaitement exclusif sur six mois. Plus de 80% des nourrissons consomment de l'eau dès les premiers jours de leur vie. La mise au sein dans l'heure qui a suivi la naissance a diminué de 50% en 1994 à 28% en 2012. Un tiers des enfants n'a pas été mis au sein durant les premières 24 heures suivant la naissance.<sup>61</sup>

<sup>60</sup> Selon l'évaluation de la mise en œuvre de la PTME dans 22 pays.

<sup>61</sup> EDSCI-III 2011- 2012.



Graphique 12: Pratiques d'alimentation par tranche d'âge, 2011-2012



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012.

Le retard de croissance, mesuré par l'indice taille-pour-âge, est le signe d'une **malnutrition chronique**, forme la plus courante en Côte d'Ivoire. La prévalence est passée de 34% (MICS 2006) à 29.8% (EDS CI-III 2011-2012) dont 12% sous une forme sévère.<sup>62</sup> Malgré la baisse de 4 points, ce taux est jugé sérieux voire critique dans certains pôles de développement avec des taux atteignant 40%, le seuil acceptable étant de 20%. La malnutrition chronique est la conséquence d'un retard de croissance intra-utérin, de carences en micronutriments avec anémie, d'une alimentation inadéquate due souvent à des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant inadéquates, des maladies (diarrhées et paludisme en particulier) liées à un environnement insalubre, d'une alimentation impropre à la consommation et d'un manque d'assainissement. Les enfants les plus affectés par la malnutrition chronique sont âgés de 12 à 48 mois, atteignant un maximum de 39% parmi les enfants de 24 à 35 mois. Les enfants issus d'un milieu rural et de ménages pauvres accusent deux fois plus de retard de croissance que l'enfant en milieu urbain et riche.

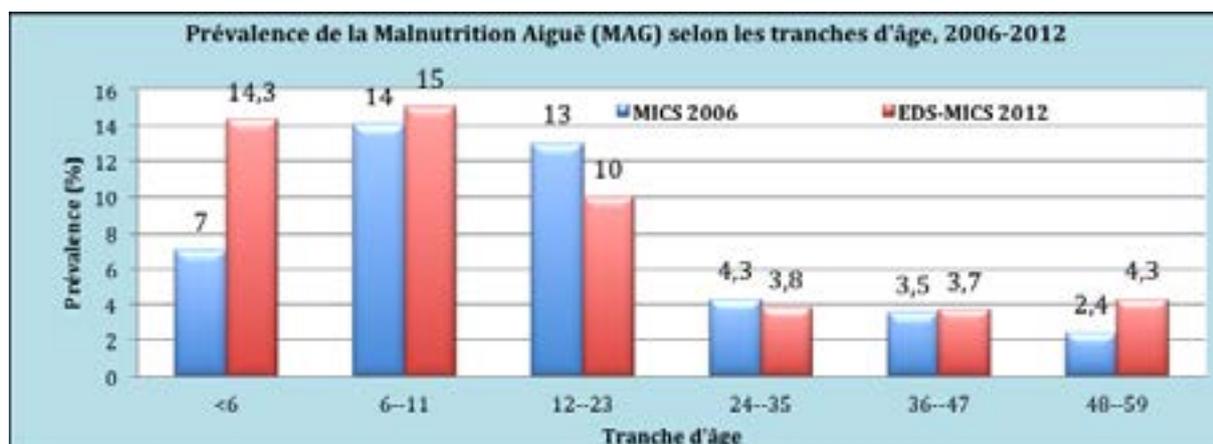
Le niveau de malnutrition chronique est nettement influencé par le niveau d'instruction de la mère: 32% des enfants d'une mère sans aucune instruction souffrent d'un retard de croissance, contre seulement 16% de ceux dont la mère a un niveau secondaire ou plus. Pendant la période de l'urgence, les interventions nutritionnelles étaient principalement axées sur le curatif et se sont concentrées sur la prise en charge de la malnutrition aiguë soutenue par la création des unités nutritionnelles. L'absence des interventions préventives et promotionnelles sous-tend en partie ce fort taux de malnutrition chronique.

A partir de 6 mois, deux enfants sur trois reçoivent une alimentation de complément en plus de l'allaitement au sein. Dans la tranche d'âge 9-11 mois, un enfant sur cinq n'est pas nourri avec des aliments solides ou semi-solides, en plus du lait maternel. Du point de vue de la diversification alimentaire, seulement 5 % des enfants allaités de 6-23 mois sont nourris de manière optimale et ainsi reçoivent au moins trois repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides. Dans le même groupe pour les enfants non-allaités, la norme est de recevoir au moins, quatre repas par jour contenant des aliments solides ou semi solides provenant d'au moins quatre groupes d'aliments, et de consommer d'autres laits ou des produits laitiers au moins deux fois par jour. La proportion d'enfants correctement alimentés est seulement de 4% dans ce groupe. La diversification alimentaire comme bonne pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est donc moins influencée par le statut d'allaitement de l'enfant.

<sup>62</sup> En 2006, la malnutrition chronique se trouvait à 28,8% dont 5,6% sévère.

**La malnutrition aiguë** (poids-pour-taille) se manifeste par l'émaciation ou la maigreur. La situation jugée précaire (7,5%) au niveau national est sérieuse dans les régions du Bounkani (Bouna) et du Gontougo (Bondoukou) avec un taux de 11,10%, le seuil d'acceptabilité devant être inférieur à 5%. Cette forme de malnutrition survient suite à des maladies, comme la rougeole ou le paludisme, et est particulièrement présente durant des périodes de sécheresse ou de soudure. Le taux de malnutrition aiguë globale chez les enfants de moins de six mois a doublé entre 2006 et 2012 de 7% à 14% et est de 10% parmi les enfants de 12-23 mois.<sup>63</sup>

Graphique 13: Prévalence de la malnutrition aiguë globale selon les tranches d'âge de 12 à 23 mois (2006-2012)



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête à Indicateurs Multiples MICS 2006.

**L'insuffisance pondérale** est un indicateur composite reflétant à la fois la malnutrition chronique (taille-pour-âge) et la malnutrition aiguë (poids-pour-taille.) L'insuffisance pondérale est passée de 20% (MICS 2006) à 14,9 % (EDSCI-III 2011-2012) avec pour objectif d'atteindre 10%. Au niveau national, parmi les enfants de l'âge de 12-23 mois, quasiment un enfant sur cinq est atteint d'insuffisance pondérale.<sup>64</sup>

A partir de l'âge de six mois les enfants ont besoin d'un supplément régulier en micronutriments : vitamine A, fer, zinc, iode. En effet, les **carences en micronutriments** risquent d'entraver le développement de l'enfant. La carence en vitamine A risque d'entraîner la cécité. Le manque de fer est une cause principale de l'anémie et augmente l'immunodéficience, elle-même aggravée par la carence en zinc. La supplémentation en zinc permet de corriger les épisodes diarrhéiques. Le goitre est le résultat de la carence en iode. Son enjeu pour la santé publique est lié au développement de l'embryon et au développement cognitif de l'enfant et de ses capacités d'apprentissage.

En Côte d'Ivoire, neuf ménages sur dix utilisent le sel iodé testé par l'iodate de potassium liquide. Sept enfants sur dix âgés de 12-23 mois ont bénéficié des dernières campagnes de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite et de distribution d'une supplémentation de vitamine A. A peine un enfant sur trois a reçu une supplémentation en vitamine A dans la région du Sud-Ouest, ce qui représente une forte baisse par rapport à 2006 alors que seulement un enfant sur deux était couvert. Des faibles taux de distribution en Vitamine A sont également à noter dans les régions du Nord-Ouest et du Centre très touchées par les conflits.

La prévalence de l'anémie est inquiétante avec un taux de 75% des enfants de 6 à 59 mois. Elle est plus élevée chez les enfants de 6-23 mois avec des taux de 80% à 93%. L'anémie touche 54% des femmes en moyenne et la région du Centre-Nord est la plus affectée avec 75% des femmes atteintes.

<sup>63</sup> MAG (malnutrition aiguë globale) signifie MAM (modérée) plus MAS (sévère).

<sup>64</sup> EDS 2012.

La supplémentation en fer reste limitée à la femme enceinte avec un taux de couverture très faible. Le déparasitage se veut chez l'enfant, à défaut de supplémentation en fer, une stratégie efficace pour lutter contre la carence.

Des approches communautaires contribuent de façon significative à intensifier les actions essentielles en nutrition, y compris les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Malheureusement, cette approche n'est pas très développée. La **surveillance nutritionnelle** des enfants de moins de deux ans n'est pas très bien introduite et la pesée mensuelle de routine n'est pas systématique dans toutes les régions. Dans la plupart des structures sanitaires, il n'existe pas de véritables espaces alloués à l'éducation nutritionnelle. Dans les structures où l'éducation nutritionnelle existe, très peu de temps y est consacré.

Le plaidoyer fait par les acteurs de la nutrition et le partenariat stratégique ont permis au Gouvernement de signer un décret d'application de loi réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel dans un souci de promouvoir l'allaitement maternel.

Par ailleurs, l'adhésion de la Côte d'Ivoire en Juin 2013 au Mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) pour le renforcement de la nutrition permettra le passage à échelle des interventions jusque-là limitées à certaines régions de par son financement. En plaçant la coordination décisionnelle à la Primature, l'Etat ivoirien confirme ainsi sa volonté à lutter contre la malnutrition en mettant cette fois-ci un accent sur la prise en compte de la dimension multisectorielle dans la lutte contre ce fléau. Une politique nationale, un plan stratégique de nutrition 2015-2020 et un cadre commun des résultats est en cours d'élaboration, conformément aux engagements pris en endossant le Pacte Mondial pour la Croissance et les objectifs de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

## 2.7 - ANALYSE DU SYSTÈME DE SANTÉ

### *Le conflit et l'impact sur le système de santé*

Le dysfonctionnement du système de santé s'est aggravé considérablement tout au long de la crise sociopolitique qui a perturbé l'ensemble des activités sanitaires dans tout le pays, notamment dans les zones CNO (Centre, Nord et Ouest). Plusieurs centres de santé ont été abandonnés entraînant une rupture des services au moment où la population en avait le plus besoin. Environ la moitié du personnel médical a quitté son lieu d'affectation. Selon l'ONU CI, dans les régions de l'Ouest, le trois-quarts du personnel de santé avait quitté son poste.<sup>65</sup>



<sup>65</sup> Rapport ONU CI, 2011.

Malgré cette situation, des actions ont été entreprises pour maintenir le fonctionnement du système de santé : le retour du personnel, le soutien à l'approvisionnement en médicaments et en équipements, la réhabilitation des centres de santé dans les zones ex-CNO.<sup>66</sup> De plus, la crise postélectorale de 2010-2011 a également causé le pillage de nombreux établissements sanitaires, affectant particulièrement les zones du Sud.

### ***Un système de santé fragile et inéquitable***

Le système de soins est organisé de manière pyramidale. La base est constituée d'établissements sanitaires qui assurent un premier contact et d'un niveau communautaire très peu développé et faiblement intégré. Les établissements du niveau secondaire (hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux) offrent des recours de première instance sur lesquels repose l'essentiel des soins malgré la faiblesse du plateau technique. Finalement le niveau tertiaire et supérieur (centres hospitaliers universitaires et instituts spécialisés) absorbe la plus grande partie des ressources.

Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe une médecine traditionnelle qui occupe une place relativement importante.

La centralisation du financement du système de santé et la faible autonomisation budgétaire des districts sanitaires ont pour conséquence la réduction de la capacité du système de santé ivoirien à délivrer des services intégrés tout au long du continuum de soins. Ils sont aussi amoindris par une approche verticale qui complexifie la coordination des interventions au niveau central et décentralisé. Cependant, des efforts sont faits par le ministère de la santé pour intégrer les activités des programmes de santé en vue d'optimiser les résultats. A tous les niveaux et particulièrement au niveau périphérique, les structures de santé ne délivrent pas tout le contenu du Paquet Minimum d'Activités (PMA).

### ***Des ressources humaines en nombre insuffisant, inégalement réparties et insuffisamment formées***

Les ressources humaines de santé (RHS) sont de diverses compétences. En 2010, leur effectif s'élevait à 21 254 agents dont 85% de prestataires de soins comprenant 3 220 médecins, 7 361 infirmiers et 2 553 sages-femmes.<sup>67</sup> Selon le DSRP 2009-2013, près de 40% des personnels résident dans la région des Lagunes (Abidjan) où vit seulement 24% de la population totale du pays. En outre, les crises sociopolitiques ont accentué la concentration du personnel de santé dans le sud du pays.

Les effectifs des RHS enregistrés au cours de la dernière décennie ont permis d'observer une nette amélioration des ratios nationaux médecin-population et infirmier-population. Ainsi, de 1 médecin pour 11 450 habitants en 1998, le ratio est passé à 1 médecin pour 5 695 habitants en 2007 et de 1 pour 3 646 habitants à 1 pour 2 331 habitants pour les infirmiers. Sur la même période, le ratio des sages-femmes a chuté de 1 pour 1 802 femmes en âge de procréer à 1 pour 3 717 femmes en âge de procréer. En 2011, le pays comptait 3 220 médecins, 7 361 infirmiers et 2 353 sages-femmes. Malgré ce dispositif, l'offre demeure insatisfaisante. Le ratio personnel de santé par population est de 1,3 pour 1 000 habitants alors que l'OMS recommande 2,5 pour 1000 habitants. (Données du PNDS 2013-2015).

Le personnel de santé est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire avec une forte concentration dans les régions du sud du pays, notamment à Abidjan.

<sup>66</sup> Par exemple les Projets d'Urgence de Réhabilitation PUR 1-4 financés par l'Union Européenne et ceux financés par la BAD.

<sup>67</sup> Données administratives, DRH 2011.

Cette inégale répartition des médecins, infirmiers et sages-femmes est plus accentuée dans les régions des Montagnes, Denguelé (Odienné), Moyen-Cavally (Guiglo) et du Bas-Sassandra (San Pedro). Le déficit en sages-femmes s'est particulièrement accentué dans les régions de Worodougou (Séguéla) et des Savanes (Korhogo).

La Côte d'Ivoire a mis en place un cadre de coordination et de facilitation dénommé Comité Multisectoriel de Pilotage du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la Politique Nationale des Ressources Humaines pour la Santé en Côte d'Ivoire (PNRHSCI). Il est nécessaire que les partenaires au développement puissent appuyer ce cadre pour assurer un recrutement adéquat prenant en compte l'augmentation de la demande liée à la croissance démographique, la répartition équitable des ressources humaines à travers le territoire et la mise à jour des connaissances du personnel de santé.

#### ***Un secteur sanitaire privé et confessionnel peu organisé et peu intégré***

Le secteur privé confessionnel et les associations ou organisations à base communautaire participent aussi à l'offre de soins surtout au niveau primaire. En 2011, le pays comptait 2 036 établissements de santé privés dont 1 482 (soit 73%) non-autorisés par le MSL. Les agents de santé communautaires interviennent dans l'offre des soins, mais ne disposent pas encore de statut officiel. Par ailleurs, même si un document de stratégie de service à base communautaire est disponible, il n'existe pas de stratégie nationale de mobilisation sociale c'est-à-dire un ensemble de procédés explicites utilisant la communication pour rallier à l'action un grand nombre de personnes notamment la société civile afin de réaliser un but social commun à travers les efforts et les contributions de tous.

#### ***Une médecine traditionnelle présente mais peu valorisée et peu intégrée***

La médecine traditionnelle occupe une place importante avec plus de 8 500 tradipraticiens de santé recensés par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT). En 2010, 1 204 tradipraticiens ont été formés. Un document de politique sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle est disponible.<sup>68</sup>

Des efforts ont été consentis en faveur de l'organisation des tradipraticiens et de la valorisation des plantes médicinales à travers le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. Cependant, des progrès restent à faire pour établir des liens plus étroits entre la pharmacopée traditionnelle, le secteur public et le secteur privé.

#### ***Un approvisionnement en médicaments, aliments thérapeutiques et spécialisés et intrants essentiels confronté à des difficultés structurelles***

En août 2011, les ruptures de stocks des médicaments essentiels étaient estimées à 77%, ce qui a favorisé le développement de circuits parallèles d'approvisionnement en médicaments au niveau des établissements sanitaires publics et la prolifération de marchés illicites des médicaments.<sup>69</sup> Tous ces dysfonctionnements ont occasionné une baisse du recouvrement des coûts des médicaments par la centrale d'achat et des déficits financiers importants.

Les produits sanguins sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire et la production est insuffisante eu égard aux besoins en produits sanguins avec 4,9 unités pour 1 000 habitants en 2010 alors que la norme de l'OMS est de 10 à 30 unités pour 1.000 habitants par an.<sup>70</sup>

<sup>68</sup> Bilan de la décade 2001-2010 du PNPMT.

<sup>69</sup> Le taux de rupture se calcule en rapportant le nombre de produits manquants sur le nombre de produits commandés. Source : PNDS, p. 35

<sup>70</sup> CDCP, Morbidity and Mortality weekly report, 25 November 2011.

Concernant les vaccins et le matériel d'injection achetés par l'Etat, des ruptures allant de 1 à 10 mois ont été constatées. Les dotations budgétaires de l'Etat sont insuffisamment exécutées, ce qui entraîne une dépendance vis-à-vis des partenaires qui contribuent pour une large part à leur achat. Les capacités de stockage à tous les niveaux sont insuffisantes. Le résultat de l'évaluation de la gestion efficace des vaccins conduite en 2012 a démontré que les capacités de stockage des vaccins restent faibles au niveau des dépôts et sont respectivement de 75% au niveau central, 73% au niveau régional et 77% au niveau des districts et des centres de santé.

Les aliments thérapeutiques ont connu des ruptures allant de 1 à 4 mois ; ce qui rendait difficile la prise en charge de la malnutrition aigüe sévère (MAS). La prise en charge des cas de malnutrition aigüe modérée, en nombre plus important, a connu également des difficultés dues à l'insuffisance d'aliments spécialisés et a rendu difficile la prise en charge de la MAS dans le continuum des soins.

Par ailleurs, l'insuffisance d'un système de contrôle de qualité des médicaments, vaccins et intrants stratégiques à l'importation et dans les structures de distribution ne permet pas d'en garantir la qualité, surtout les vaccins dont l'acquisition ne se fait pas à travers le système initiative de l'indépendance vaccinale classique.

La disponibilité et la qualité des médicaments et aliments thérapeutiques sont essentielles pour assurer la crédibilité du système de santé auprès des populations. Face à cette situation, des réformes viennent d'être engagées avec la création d'une Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) dotée d'une autonomie financière et administrative permettant d'assurer son fonctionnement et un approvisionnement régulier des structures de santé.

#### ***Des infrastructures sanitaires inégalement réparties***

Les infrastructures sanitaires sont en nombre insuffisant et inégalement réparties sur le territoire national. Entre 2007 et 2012, la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement sanitaire de premier contact est passée de 44% à 66%, tandis que la population à plus de 15 km est passée de 29% à 11%.<sup>71</sup> En dépit de ces progrès, l'accès aux centres de santé reste marqué par des disparités importantes. Dans les régions du Bas-Sassandra, seulement 30% de la population vit à moins de 5 km d'un établissement sanitaire (au Nord-Ouest, 44% et à Zanzan, 54%). Les populations issues des campements, en particulier ceux des forêts classées ont un faible accès aux services de santé. Cependant, la carte sanitaire permet de rétablir certains équilibres à travers les critères de création de structure de soin qui prennent en compte l'isolement et l'accessibilité géographique.

#### ***Des équipements et matériels pour les centres de santé insuffisants et peu entretenus***

Les plateaux techniques ne sont pas uniformes entre des établissements de santé de même niveau dans la pyramide sanitaire et les normes ne sont pas toujours respectées. Seulement 4% des structures de premier niveau de référence offrent les soins obstétricaux néonataux d'urgence complets.<sup>72</sup>

De même, les centres de santé sont insuffisamment dotés en matériels anthropométriques, ce qui rend difficile le suivi et la promotion de l'enfant ainsi que l'évaluation nutritionnelle.

Les centres de santé sont vétustes et insuffisamment entretenus. De nombreux centres de santé en zones rurales n'ont pas accès à une source d'eau potable (46%) et ne disposent pas de moyens logistiques fonctionnels (78%).

<sup>71</sup> RASS 2012.

<sup>72</sup> Enquête SONU, 2010.



***Les faiblesses dans la chaîne de froid***

L'entretien et la rénovation de la chaîne de froid se sont fait attendre : l'âge moyen de l'équipement de conservation de vaccins étant estimé à huit ans, dont un tiers ayant plus de dix ans.<sup>73</sup> Les capacités de stockage, les circuits de distribution et la chaîne de froid ont besoin d'être réévalués tant au niveau national qu'au niveau opérationnel.

***Le système national d'information sanitaire***

En ce qui concerne le système national d'information sanitaire, la base de données est alimentée au niveau des établissements sanitaires de premier contact, hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux. Les données collectées localement sont transmises aux districts sanitaires qui font la compilation. Elles devront passer à la direction régionale, qui fait suivre à la Direction de l'Information de la Planification et de l'Évaluation (DIPE) du Ministère de la Santé. Le PNDS 2012-2015 fait le constat que l'information sanitaire fait face à des problèmes de complétude et de promptitude des données. En outre, le circuit de l'information n'est pas toujours respecté. Les ONG actives sur le terrain ont développé leur propre système d'information parallèle destiné à leurs bailleurs de fonds.

<sup>73</sup> Selon une évaluation effectuée par PEV en 2013.

### **La participation communautaire reste faible et mal organisée**

Bien que l'approche à base communautaire ait été lancée dans les années 90 avec l'initiative de Bamako, on constate que le rôle de la communauté reste encore très limité dans la participation à la planification, à la mise en œuvre et au suivi et à l'évaluation des programmes. Aujourd'hui, les relais communautaires qui interviennent dans les prestations de soins ne disposent d'aucun statut dans la hiérarchie sanitaire.<sup>74</sup> Compte tenu de la nature des activités et des autres spéculations agricoles dans le milieu rural, cette situation pourrait être une source de démotivation qui peut à terme impacter sur la qualité et la pérennité de l'offre de soins. Les agents de santé communautaire répondent plus à des besoins ponctuels de programmes verticaux qu'à la nécessité d'une véritable implication de la communauté.

De plus, les relais communautaires manquent de suivi régulier et sont en nombre insuffisant pour atteindre une grande couverture géographique. Les comités de gestion restent encore faiblement fonctionnels et ne sont pas mis en place dans toutes les structures sanitaires. L'approche de santé à base communautaire doit encore être redéfinie et appliquée dans un cadre formel définissant les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante.

## **2.8 - EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIENE**

### **Accès à l'eau potable**

Selon les dernières estimations du Comité Conjoint de Suivi OMS-UNICEF (JMP) 2014, environ 80% des Ivoiriens ont accès à une source d'eau améliorée.<sup>75</sup> L'accès est plus élevé en milieu urbain (92%) par rapport au milieu rural (68%). Néanmoins, il faut noter que peu de progrès a été fait entre 1990 et 2012, passant de 76% à 80% en 22 ans. Cette absence de progrès véritable empêchera probablement la Côte d'Ivoire d'atteindre ses cibles de l'OMD pour ce qui a trait à l'eau potable. Il faut noter que l'accès à une source dite « améliorée » ne garantit ni la durabilité, ni la qualité de l'accès à l'eau potable.<sup>76</sup> En effet, la faible maintenance des systèmes et des points d'eau est l'une des grandes problématiques du secteur, notamment en milieu rural. Pour ce qui est de la qualité de l'eau, le système international de monitoring mis en œuvre par l'UNICEF et l'OMS considère seulement le type d'infrastructure et non pas la qualité de l'eau à la source. Le JMP estime que le type d'infrastructure permet d'évaluer la potabilité de l'eau. Il demeure néanmoins préférable de tester la qualité de l'eau, un élément prévu par le système de monitoring post-2015.<sup>77</sup>

Le système de monitoring ne possède pas d'indicateur sur la qualité de l'eau consommée.

Les ménages qui s'approvisionnent aux sources publiques doivent transporter et stocker l'eau. L'eau potable risque d'être contaminée par les ménages lors du transport et du stockage de l'eau puisée aux sources publiques. Une thèse de doctorat publiée en 2014 en Côte d'Ivoire souligne que, peu importe le mode d'approvisionnement, le risque d'infection à la bactérie e-coli reste élevé, peu importe la qualité de l'eau au puisage. Le mode de stockage, notamment l'utilisation de récipients non-nettoyés régulièrement, serait un grand responsable.<sup>78</sup> Cette contamination est difficilement évitable par sa dépendance à des comportements difficilement modifiables. La promotion des moyens de traitement de l'eau à domicile (filtres et produits chlorés), la sensibilisation et la promotion de l'hygiène autour de l'eau visent à endiguer cette problématique.

<sup>74</sup> Agents de Santé Communautaire, ONG, Associations et Organisations à Base Communautaire.

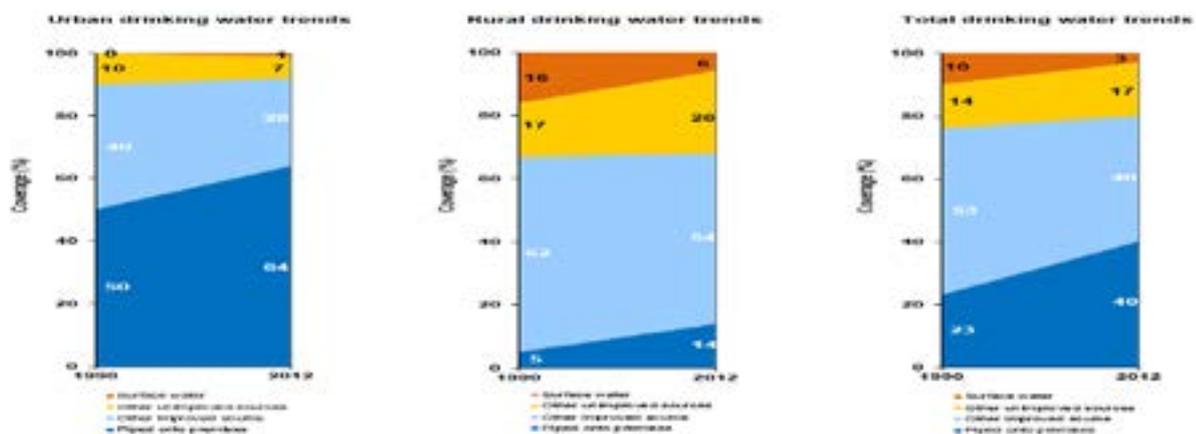
<sup>75</sup> Joint Monitoring Programme (JMP) 2014 : Données pour la Côte d'Ivoire (Link).

<sup>76</sup> Shaheed, A., Why "Improved" Water Sources Are Not Always Safe. WHO Bulletin, Apr 2014. (Link: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3967570/>).

<sup>77</sup> WASH Targets and Indicators Post-2015: Recommendations from International Consultations, Avril 2014. WSSCC. (Link : [http://www.wsscc.org/sites/default/files/post-2015\\_wash\\_targets\\_factsheet\\_12pp.pdf](http://www.wsscc.org/sites/default/files/post-2015_wash_targets_factsheet_12pp.pdf)).

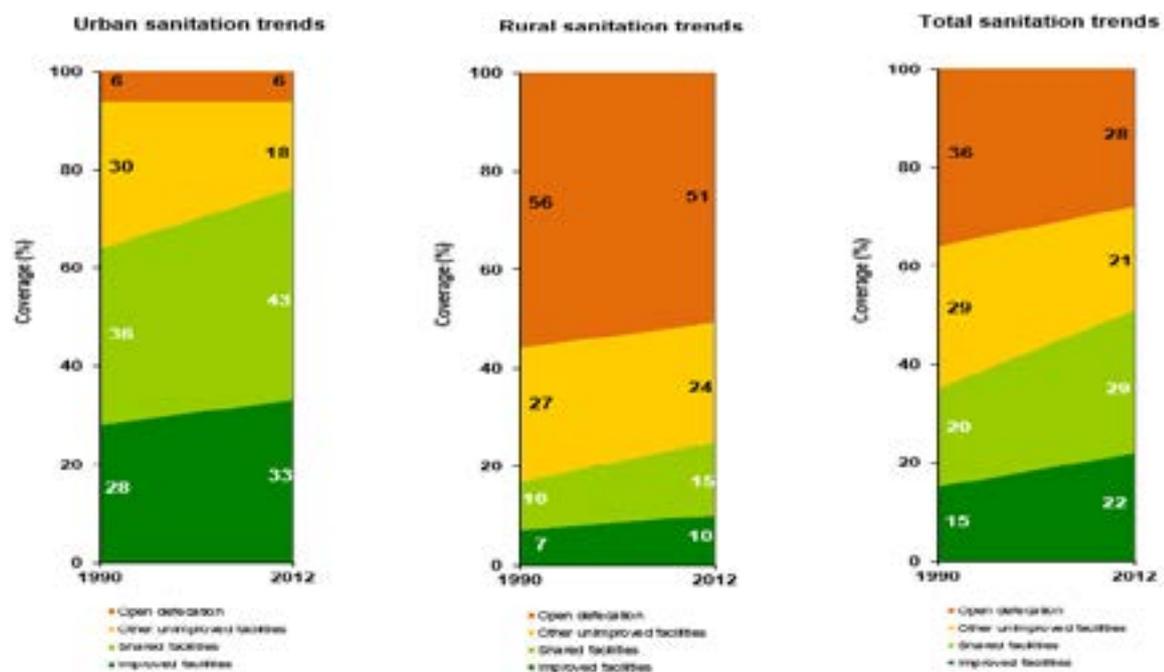


Graphique 14: Accès à l'eau potable en Côte d'Ivoire, 1990-2012, JMP 2014



Source: UNICEF, WHO, Joint Monitoring Program 2014.

Graphique 15: Accès à l'eau potable en Côte d'Ivoire, 1990-2012, JMP 2014



Source: UNICEF, WHO, Joint Monitoring Program 2014.

### Accès à l'assainissement et à l'hygiène

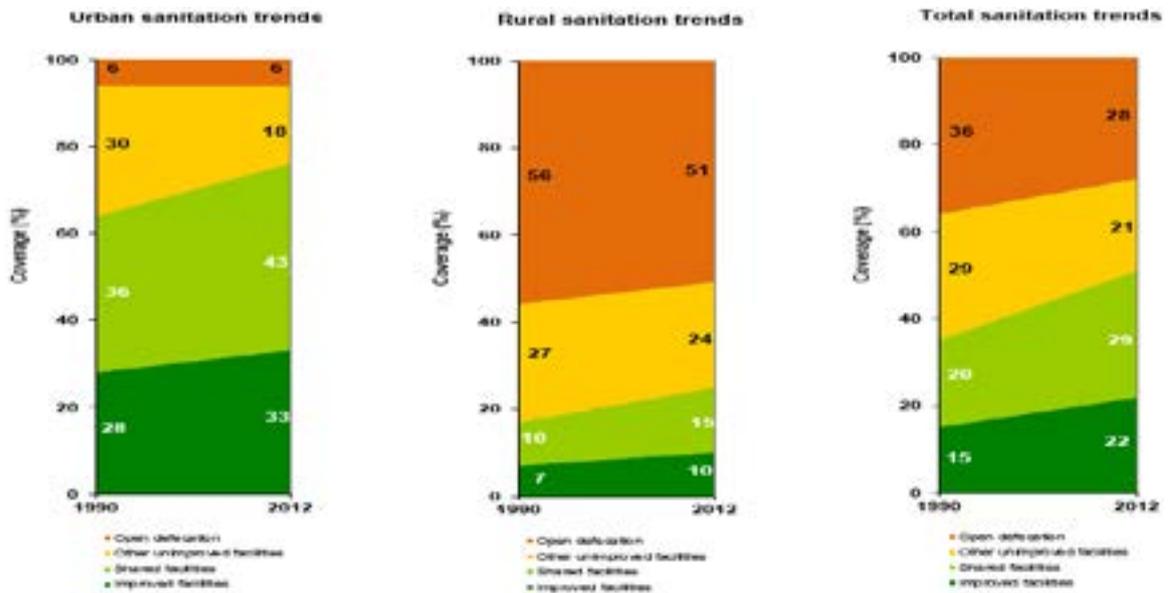
Selon le JMP 2014, seulement 22% de la population a accès à une installation d'assainissement améliorée, 33% en milieu urbain et 10% en milieu rural.

Le pourcentage de la population n'ayant pas accès à une latrine et qui pratique la défécation à l'air libre est très élevé: 28% au niveau national, 6% en milieu urbain et 51% en milieu rural. Cette situation expose les enfants au risque de contamination par des parasites tels les vers intestinaux pour lesquels un traitement médicamenteux n'est efficace qu'à court terme.



La meilleure manière de lutter contre les réinfections est d'augmenter l'accès à l'assainissement. L'analyse MODA<sup>79</sup> pour les enfants de moins de 5 ans montre que : (i) les privations concernant l'accès à l'assainissement sont les plus importantes pour toutes les tranches d'âges et (ii) cette privation en matière d'assainissement est associée à au moins deux autres privations pour deux enfants sur cinq.

Graphique 16: Accès à l'assainissement en Côte d'Ivoire, 1990-2012, JMP 2014



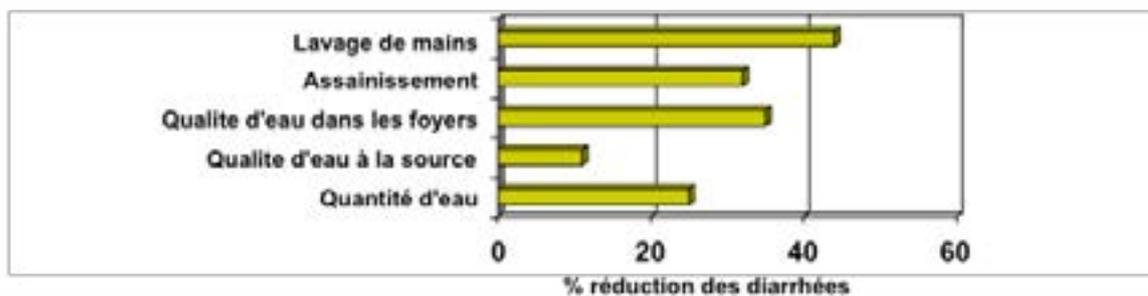
Source: UNICEF, WHO, Joint Monitoring Program 2014

### Assainissement, hygiène et malnutrition chronique

Il y a de plus en plus d'évidences que la pratique de la défécation à l'air libre contribue de façon significative aux taux élevés de retard de croissance, non seulement pour son impact sur la propagation des diarrhées ou des parasites intestinaux, mais aussi pour la transmission de l'entéropathie tropicale : une inflammation asymptomatique permanente des intestins, rarement découverte, causée par l'ingestion de grandes quantités de bactéries fécales empêchant l'absorption des nutriments.<sup>80</sup> Une étude de la Banque Mondiale montre que l'écart de croissance entre enfants indiens et africains peut être expliqué par la couverture moins élevée en assainissement que connaît l'Afrique.<sup>81</sup>

Graphique 17: Lavage de main

Interventions Eau, Assainissement, Hygiène pour réduire la diarrhée dans les pays moins développés : une étude et méta-analyse systématique, Fewtrell et al (2005)



Source: FEWTRELL et al 2005.

<sup>79</sup> De Neubourg, Chris et al, Analyse des Privations Multiples des Enfants de Côte d'Ivoire selon le modèle CC-MODA+, 2014.

<sup>80</sup> Jean H. Humphrey: Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing. The Lancet, Volume 374, Issue 9694, P.s 1032 - 1035, 19 September 2009. (Voir : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60950-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60950-8/fulltext))

<sup>81</sup> How Much International Variation in Child Height Can Sanitation Explain? 2013. D Spears, World Bank. (Voir : [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2013/02/05/000158349\\_20130205082533/Rendered/PDF/wps6351.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2013/02/05/000158349_20130205082533/Rendered/PDF/wps6351.pdf))

Le lavage des mains avec du savon a un fort impact sur la réduction de maladies diarrhéiques et les infections respiratoires, deux des principales causes de mortalité des enfants en Côte d'Ivoire.<sup>82</sup> Selon l'enquête EDSCI-III 2011-2012, seulement 25% des ménages avaient accès à de l'eau et du savon pour se laver les mains. Et derrière ce chiffre se cachent de grandes différences en fonction de la richesse du ménage. De grandes disparités existent entre le milieu rural (12%) et le milieu urbain (36%). Alors que la disponibilité est d'environ 10% pour chacun des trois premiers quintiles les plus pauvres, soit 60% de la population, elle est de 27% pour le quatrième quintile, et de 57% pour le quintile le plus riche. Les données indiquent donc que seulement les 20% les plus riches ont majoritairement l'habitude de se laver les mains avec du savon.

Une enquête menée par l'UNICEF Côte d'Ivoire sur les connaissances, aptitudes et pratiques (CAP) de 2009 fournit des éléments explicatifs pour ce faible taux. Bien que la plupart des ménages enquêtés dit favoriser l'hygiène (86%), le lavage de mains n'est pas une pratique généralisée. Il semble que les conceptions d'hygiène sont liées aux notions de réputation, d'honneur et de honte. Par exemple, la plupart des personnes enquêtées indiquent que la honte est un fort motivateur pour maintenir la propreté de la cour, plus souvent chez les femmes que les hommes. Les signes de l'hygiène doivent donc être visibles et le lavage de mains, généralement pratiqué dans une sphère privée, ne semble pas faire partie de cette notion d'hygiène. L'étude montre aussi que la plupart des gens ne voient pas le lien fort entre assainissement, hygiène et santé.

Les mauvaises conditions d'hygiène et d'assainissement sont sources de maladies diarrhéiques, notamment des épidémies de choléra. En Côte d'Ivoire, lors des épidémies de 2011 et 2012, 1 685 cas de choléra avec 43 décès ont été notifiés. Des zones rurales ont été plus touchées que d'autres, particulièrement dans les régions du Sud-Comoé et d'Agneby-Tiassa. N'empêche, la majorité des cas recensés l'ont été dans des quartiers d'Abidjan : Abobo, Adjamé, Yopougon et Koumassi.

La prévention du choléra dans les quartiers vulnérables nécessite l'assainissement de l'environnement, l'adoption de pratiques d'hygiène comme le lavage de mains et une préparation logistique pour mieux protéger la population en cas d'épidémie.

### **Normes sociales, demande et utilisation des services de santé par les communautés**

Dans un contexte où plus de la moitié des femmes de 15-49 ans est analphabète et où l'accès à l'information et l'éducation parentale est limité, la prise en charge correcte des enfants est compromise. Ainsi, les régions où l'analphabétisme est le plus élevé (plus de 80% dans le Nord-Ouest, Nord-Est, le Nord et l'Ouest) sont aussi celles où la survie de la mère et de l'enfant est la plus menacée.

La moitié des femmes de 15-49 ans ont été excisées entre 0 et 4 ans. Dans la grande majorité des cas, l'excision est pratiquée avant l'âge de 10 ans. L'excision est faite par des exciseuses traditionnelles qui bénéficient d'une reconnaissance sociale au sein de la communauté. Cette pratique perdure alors que 82% des femmes et des hommes pensent qu'il faut l'abandonner.

Les attitudes et pratiques des communautés relatives aux soins de santé et l'adoption de certaines pratiques familiales essentielles restent fortement influencées par des croyances et des facteurs culturels. Par exemple, pour une frange importante de la population, le colostrum est jugé impur, de part sa couleur relativement foncée et sa texture, et est associé à la diarrhée, le choléra, l'amaigrissement et les vomissements.

<sup>82</sup> WHO/UNICEF, End preventable deaths: Global Action Plan for Prevention and Control of Pneumonia and Diarrhoea, 2013. (Voir : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79200/1/9789241505239_eng.pdf?ua=1))

L'introduction de l'eau dans l'alimentation du nouveau-né intervient dans les premiers jours de la naissance. Les motifs les plus fréquemment invoqués sont que « l'enfant en a besoin pour être rafraîchi, pour éviter la déshydratation et pour grandir ».<sup>83</sup>

De même, certaines pathologies du nouveau-né et du jeune enfant sont considérées comme incurables par la médecine moderne d'où le recours systématique des communautés, surtout rurales, à la médecine traditionnelle.

## 2.9 - ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

### *Le cadre légal*

L'obligation de la déclaration des naissances est affirmée depuis 1964 par la loi ivoirienne et stipule que la déclaration est gratuite, et doit se faire dans les trois mois qui suivent la naissance. En 2000, deux tiers des naissances des enfants de moins de 5 ans était encore enregistrées. En 2006, cette proportion a reculé pour atteindre un peu plus de la moitié des enfants (55%).

On estime aujourd'hui à 2 800 747 le nombre d'enfants de 0-17 ans non-enregistrés, soit près de 1,3 millions de moins de 5 ans et 1 552 236 enfants en âge de scolarisation primaire (5 -11 ans) et secondaire (12-18 ans) . Cette population est donc potentiellement exclue de l'accès à certains services de base, y compris la protection spéciale accordée aux mineurs. Cette situation nuit surtout au rétablissement de la cohésion sociale et à la construction d'une paix durable. Les enfants non-enregistrés d'aujourd'hui, adolescents et adultes de demain, seraient en marge de la vie économique et voient leur participation citoyenne compromise.

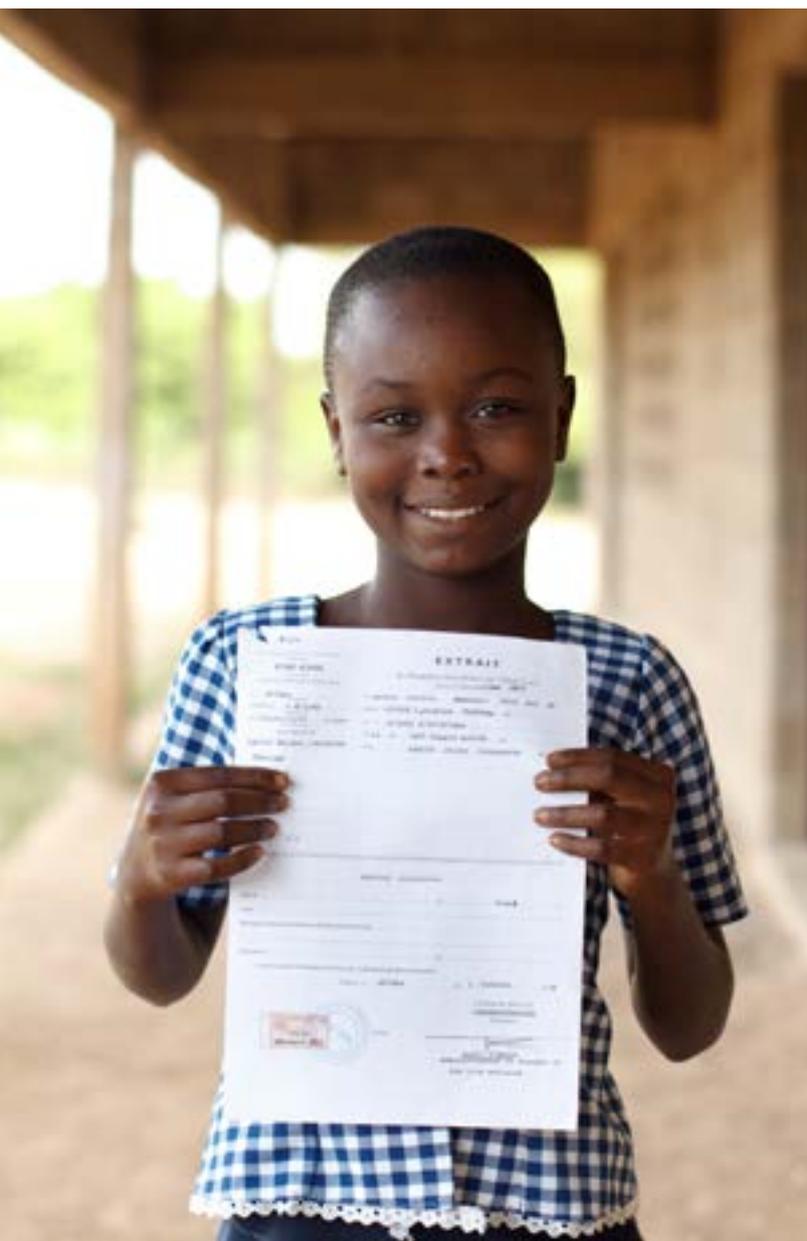
### *Des disparités régionales touchant particulièrement le milieu rural*

Selon l'EDSCI-III 2011-2012, 35% des enfants de moins de 5 ans et 24% des enfants de 0-17 ans n'existent pas légalement faute d'avoir été enregistrés à l'état civil.<sup>84</sup> On estime que 65% des enfants de moins de 5 ans ont été déclarés à l'état civil, mais que seulement 45% ont un acte de naissance. Le taux d'enregistrement est plus élevé chez les enfants de 15-17 ans (85%). Ce phénomène s'explique par l'éloignement des populations des services et par un système d'état civil en déclin alors que la priorité a été donnée à des besoins jugés plus vitaux dans le contexte de crise.



<sup>83</sup> Etude sur la malnutrition en contexte urbain: quartier Gobelet, Abidjan, CIAI-UNICEF, Septembre 2013.

<sup>84</sup> 65% des moins de 5 ans ont été enregistrés à l'Etat civil, 45% disposent d'un acte de naissance, EDS 2012.



L'amélioration de la situation globale entre 2006 et 2012 (+10 points) cache de grandes disparités selon l'origine des enfants : provenance géographique, milieu (urbain 84%, rural 47%) ou niveau de vie (plus pauvre 36%/plus riches 90%).

En milieu rural, le problème de l'enregistrement des naissances se pose ainsi avec acuité: trois enfants sur cinq de moins de 18 ans sont enregistrés contre neuf sur dix en milieu urbain. Dans les régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Nord, seulement un enfant sur cinq de moins de 18 ans possède l'extrait de naissance.

#### **Les causes du non-enregistrement à l'état civil**

Le faible taux d'enregistrement des naissances est une conséquence de dix années de crise politico-militaire au cours desquelles les centres d'état civil ont été pillés et détruits et les juridictions compétentes sur le terrain pour la gestion de l'état civil ont été absentes. La fermeture des services d'état civil en zone ex-CNO entre 2002 et 2008 et le déplacement interne de milliers de personnes ont rendu difficile l'accessibilité aux services et à la délivrance d'extraits de naissance. On estime que près du tiers des centres d'état civil ont été endommagé dans ces régions.<sup>85</sup>

Pour plusieurs parents, la question de l'enregistrement à l'état civil de leur enfant se pose surtout lors de l'inscription à l'école ou lors de l'examen du certificat d'études (CM2). Malheureusement, ce report de la déclaration entraîne pour les parents des procédures judiciaires complexes et coûteuses afin d'obtenir un jugement supplétif qui fera lieu de déclaration de naissance.

Les obstacles administratifs, les obstacles administratifs et la faible prise de conscience de l'importance de l'existence juridique, de même que celle du droit à l'identité de l'enfant sont responsables du phénomène.<sup>86</sup> Selon une étude menée en 2013 dans cinq régions de la Côte d'Ivoire, 74% de la population connaît au moins un avantage de l'enregistrement à l'état civil, seulement 30% connaît l'existence du délai de trois mois pour la déclaration des naissances, 45% sait que la déclaration est gratuite et 47% sait où déclarer une naissance.<sup>87</sup> Parallèlement, l'acte de déclaration d'une naissance n'est pas vu par les populations comme une obligation légale, mais plutôt comme un outil d'intégration au moment où le besoin particulier se fait sentir. L'inscription à l'école en est une forte motivation.

<sup>85</sup> Centre National de Redéploiement de l'Administration (CNPRA).

<sup>86</sup> Norwegian Refugee Council, Obstacles administratifs et culturels à la déclaration des faits d'état civil en Côte d'Ivoire.

<sup>87</sup> INS/UNFPA/UNICEF/HCR, Etude de base sur les centres d'état civil et les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations des régions du Gbeke, du Guemon, du Kabadougou, du Tonkpi et du Worodougou en matière d'état civil, 2013.

La loi proclame la gratuité de la déclaration des naissances, mais certaines pratiques non-codifiées des acteurs de l'état civil mettent à mal cette gratuité et induisent des coûts indirects pour les populations. La déclaration donne droit, sur demande, à la délivrance d'un acte de naissance assujettie à un timbre fiscal de 500 FCFA par copie demandée.

Les agents de l'état civil lient systématiquement la déclaration d'une naissance à la délivrance d'une ou plusieurs copies d'extrait de naissance, bafouant ainsi le principe de séparation entre les deux événements institués par la loi et exigeant aux populations de s'acquitter de droits de timbres fiscaux dès la déclaration de la naissance.

De même, la rupture régulière de la chaîne d'approvisionnement des centres d'état civil en fourniture nécessaire (registres d'état civil, timbres fiscaux, imprimés d'extraits d'acte de naissance) amène certains centres à facturer le coût d'acquisition du matériel aux usagers. Le tarif relatif au timbre fiscal (500 FCFA) est parfois majoré par des frais d'« accélération », des « cadeaux » ou des « frais d'arrangement ». <sup>88</sup> La perception d'une administration contraignante est très forte. Les villageois dénoncent les délais et les incessants déplacements imposés de façon aléatoire, occasionnant des pertes de travail et de revenus.

La question de l'accès aux documents d'identité a été un facteur clé dans le conflit. L'enregistrement de toute la population présente en Côte d'Ivoire fut reconnu dans les accords de paix de Ouagadougou (2007) comme point essentiel dans la résolution du conflit et la construction de la paix. En 2008, le Gouvernement et les bailleurs de fonds se sont accordés pour réformer le système d'état civil. <sup>89</sup> Le programme de modernisation de l'état civil a cependant été faiblement mis en œuvre, avant d'être suspendu fin 2010, faute de ressources mobilisées sur le Budget de l'Etat, des suites du retrait de l'Union Européenne.

### ***Une réponse insuffisante***

Pour faciliter l'accès à l'éducation, le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique a pris des dispositions en 2011 pour autoriser l'inscription des enfants sans extraits de naissance à l'école. Il a mis en place un système de suivi des élèves non-enregistrés à l'état civil et a menacé de déscolarisation à la fin du cycle primaire. Pour l'année scolaire 2012-2013, 750 000 élèves du primaire, soit un élève sur quatre (25%) n'était pas enregistré à l'état civil. Ils étaient ainsi 60 000 de plus que l'année précédente: 689 619 élèves non-enregistrés, soit 23,6%, en 2011-2012. Plus d'un élève du milieu rural sur trois est concerné, contre un sur dix en milieu urbain. Il existe aussi des disparités régionales : un élève sur deux dans la région des Montagnes (52%) et celle du Woroba (45%).

Pour les naissances survenues dans les structures sanitaires, le personnel de santé est tenu par la loi d'avoir un registre interne spécial des naissances qui peut être consulté sur demande par l'officier d'état civil ou le procureur de la République. Parallèlement, le personnel de santé remet aux parents un certificat médical de naissance. Ce certificat est demandé lors de la déclaration de naissance aux services de l'état civil, mais il peut être remplacé par deux témoins qui attestent de la naissance et de la filiation, le cas échéant. Cette disposition est d'autant plus importante que 41% des naissances en Côte d'Ivoire se font en dehors des structures médicales.

<sup>88</sup> Norwegian Refugee Council, Obstacles administratifs et culturels à la déclaration des faits d'état civil en Côte d'Ivoire.

<sup>89</sup> Matrice d'action du Programme de modernisation de l'Etat civil.

Le Gouvernement, conscient des contraintes qui ont affecté l'accès des populations aux centres de l'état civil pendant les 10 années de crise a adopté deux textes de lois : le premier en 2011 (Ordonnance N°2011-258 du 28 Septembre 2011) et le second en 2013 (Loi N°2013-35 du 25 janvier 2013 portant régime spécial, transitoire, limité dans le temps, valable jusqu'au 31/07/2014). Ces textes permettent selon les zones de déclarer et d'enregistrer gratuitement selon des procédures régulières les enfants nés pendant les crises de septembre 2002 à avril 2011.

En 2012, dans le cadre du Plan Prioritaire de Consolidation de la Paix et avec l'appui du Fonds pour la Consolidation de la Paix, l'UNICEF, le HCR et l'UNFPA, le processus de renforcement du système de l'état civil a été relancé.

Une étude de faisabilité pour de nouveaux mécanismes de déclaration, enregistrement, centralisation et gestion des faits d'état civil a été réalisée sur la période 2013-2014, avec l'appui de l'UNICEF, pour orienter et guider les réformes sur une question clé de la cohésion nationale et du développement.

Figure 8: Taux d'enregistrement des naissances de 0 à 5 ans



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête à Indicateurs Multiples MICS, 2000, 2006.



## 2.10 - ÉVEIL ET DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

### ***L'Approche Développement Intégré du Jeune Enfant (DIJE)***

Plusieurs recherches affirment que la tranche d'âge de 0 à 8 ans est cruciale sur le développement du jeune enfant. Durant cette période, il s'opère des changements rapides dans le développement physiologique, psychomoteur et cognitif de l'enfant.

Les bénéfices tirés d'un encadrement approprié du jeune enfant sont multiples. Cet encadrement doit prendre en compte tous les aspects relatifs au développement holistique de l'enfant tant sur le plan psychomotricité, éveil, épanouissement, protection et socialisation de l'enfant. Cet encadrement doit être assuré très tôt, dès la conception, et poursuivi au moins jusqu'à l'âge de 8 ans, âge auquel 80% du cerveau est développé.

Les récentes recherches sur la neurobiologie des jeunes enfants démontrent que l'encadrement et la stimulation précoce de l'enfant constituent la base pour acquérir des comportements constructifs et non-violents vis-à-vis de soi-même, de sa famille et de sa communauté. Il a aussi été récemment démontré que les enfants sujets à des stress importants prolongés durant leur jeune âge ont plus de risque de rencontrer des difficultés de développement au niveau cognitif, comportemental et émotionnel.<sup>90</sup>

Les bénéfices tirés au niveau de l'éducation sont donc multiples: les enfants deviennent plus réceptifs à l'apprentissage, améliorent leurs performances scolaires et avancent au niveau du cursus scolaire avec moins de redoublement et d'échecs scolaires. Les handicaps de l'enfant sont aussi identifiés de manière précoce facilitant leur remédiation. Il a ainsi été démontré que la prise en charge correcte de l'enfant dès son bas âge est un facteur déterminant pour rompre le cycle intergénérationnel de pauvreté et de violence, au final, réduire des inégalités sociales et promouvoir la cohésion sociale et la paix pour les générations futures.<sup>91</sup>

<sup>90</sup> UNICEF, Peace building Through Early Childhood Development: A Guidance Note, 2014.

<sup>91</sup> Yale University and Mother Child Education Foundation (ACEV), The Ecology of Peace: Formative Childhoods and Peacebuilding: A Conceptual Framework. Août 2012.

Dans le contexte ivoirien, les différentes crises qui ont marqué le pays durant les dix dernières années ont fragilisé l'environnement dans lequel se développe le jeune enfant et l'ont exposé à des risques accrus de risques sanitaires et nutritionnels, de pauvreté, et de dégradation de son environnement de vie. Dans ce contexte, on note l'absence des programmes spécifiques aux enfants de 0 à 8 ans et intégrant toutes les activités permettant leur développement holistique et harmonieux.

Le développement du jeune enfant ne saurait être efficace sans une participation des parents, de la famille, et de la communauté qui constituent le premier cercle de son encadrement. Il est donc important de renforcer la prise en charge du jeune enfant avant même son inscription à une structure d'encadrement et d'éveil en offrant les connaissances de base aux trois acteurs cités plus haut les plus proches de l'enfant à travers un programme d'éducation parentale.

Dans le contexte ivoirien où 49% des filles âgées de 15 à 19 ans ont déjà eu une grossesse, l'éducation parentale peut apporter un soutien important aux familles de jeunes qui se retrouvent insuffisamment préparés à assumer correctement leur parentalité et leurs rôles de premier éducateur, de protecteur et de pourvoyeur de soins.

De plus, le jeune âge des mères et l'exposition aux conflits et à la violence affectent négativement les capacités à prendre en charge de jeunes enfants et à fournir un environnement parental protecteur et la stimulation positive nécessaire au développement harmonieux du jeune enfant.

L'approche du Développement Intégré du Jeune Enfant (DIJE) vise à informer et éduquer les parents, les familles et les communautés pour qu'ils puissent adopter de bonnes pratiques de soins<sup>92</sup>, de protection, d'éveil et de stimulation du jeune enfant à domicile. L'approche DIJE contribue au développement holistique de l'enfant et intègre les dimensions relatives à la santé, la nutrition, la protection, l'assainissement, l'éveil et l'éducation du jeune enfant de 0 à 8 ans.

En Côte d'Ivoire, un programme d'éducation parentale est déjà disponible. Sa mise en œuvre est assurée par la coordination DIJE pilotée par le Ministère du Plan avec la participation du MSLS, du MENET, du MSFFE et des ONG. Malgré l'existence d'initiatives limitées concernant la formation des acteurs régionaux (santé, éducation, affaires sociales) et locaux (relais communautaires, associations, ONG locales), l'opérationnalisation et la mise à l'échelle du module d'éducation parentale souffre d'un faible engagement politique du Gouvernement et de ressources financières limitées.

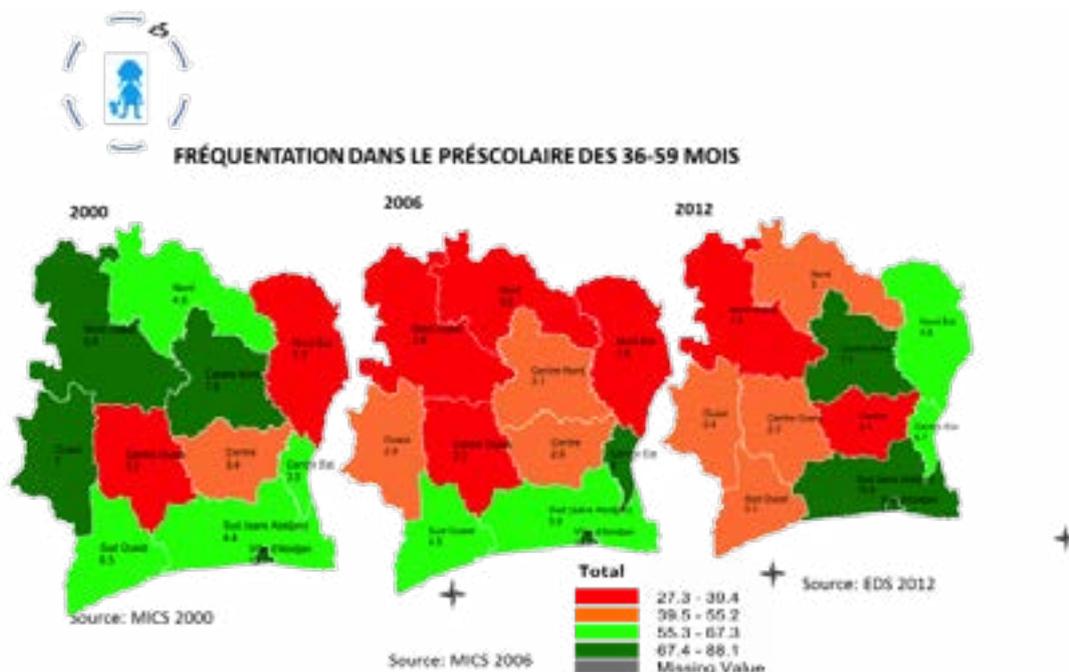
### ***Eveil et encadrement de l'enfant dans les structures appropriées***

Selon l'EDSCI-III 2011-2012, la proportion des enfants de 3 à 5 ans fréquentant une structure d'encadrement du jeune enfant est estimée à 4,5%. Le taux de fréquentation varie de façon significative selon le milieu de résidence (1,9% en milieu rural et 9,1% en milieu urbain) et selon la région. A Abidjan, un enfant sur dix bénéficie d'un programme de la petite enfance contre un enfant sur cent dans la région du Nord-Ouest (1,6%) et Ouest. L'iniquité entre riches et pauvres reste encore plus alarmante: un enfant d'un ménage le plus riche a vingt fois plus de chance d'être inscrit dans un établissement de la petite enfance qu'un enfant pauvre. Cependant, parmi les plus riches, seulement 20% des enfants bénéficient d'un encadrement approprié.<sup>93</sup>

<sup>92</sup> Les bonnes pratiques de soins sont, inter alia, l'allaitement exclusif, le traitement réhydratation orale (ORT), dormir sous une moustiquaire, la vaccination, l'hygiène (lavage de mains, latrine)

<sup>93</sup> 0,8% pour les plus pauvres et 20,5% pour les plus riches.

Figure 9: Fréquentation dans le Préscolaire des 36-59 mois selon les régions



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête à Indicateurs Multiples MICS, 2000, 2006.

L'éveil et l'encadrement de la petite enfance (3 à 5 ans) ont lieu dans quatre types de structures d'encadrement qui se différencient selon leurs objectifs et leurs cursus, ceux-ci étant fonction du ministère auquel ils sont rattachés ; Ainsi, nous avons :

- Les **Centres de Protection de la Petite Enfance (CPPE)**, gérées par le MFFE, dont la vision est la socialisation de l'enfant aussi bien dans la famille que dans la société. Leurs éducateurs préscolaires sont formés à l'Institut National de Formation Sociale. Le CPPE est considéré comme un noyau fondamental des services sociaux en matière de la protection de l'enfant.
- Les **Centres d'Actions Communautaires pour l'Enfance (CACE)**, très similaires au CPPE, sont des initiatives communautaires pour palier à la faiblesse de couverture dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées avec l'appui d'ONG et associations caritatives.
- Les **Centres d'Animation et d'Eveil du Jeune Enfant (CAEJE)** opèrent dans certaines localités avec l'appui des ONG locales et d'enseignants bénévoles choisis au sein des communautés. Ils sont implantés dans les écoles primaires. Ils ont pour objectif de préparer l'enfant à l'accès à l'école primaire tout en contribuant à sa socialisation. Ces structures sont reconnues par le MENET et obtiennent le statut d'écoles maternelles intégrées dans le système éducatif. Cette reconnaissance entraîne un coût additionnel pour les familles qui doivent payer des frais de scolarité de 6 000 FCFA en milieu rural, 16 000 FCFA en milieu urbain. Ces frais constituent un frein à la généralisation du préscolaire.
- Les **écoles maternelles publiques et privées** animées par des enseignants rémunérés représentent la plus grande proportion des structures de préscolarisation. Elles sont essentiellement implantées dans les centres urbains. Dans ces structures, la finalité est de préparer l'enfant à son inscription à l'école primaire moyennant un coût d'accès variant d'une localité à une autre.

<sup>94</sup> PAMT, p.9.

- Les **écoles coraniques** accueillent les enfants de 3 à 5 ans, mais ne disposent pas d'un programme d'éveil et de préparation au primaire approprié

Face à une telle situation, le MENET prévoit, dans son plan d'action à moyen terme (PAMT 2012-2014), d'augmenter la couverture de structures de la petite enfance de 3 à 5 ans pour atteindre 20% en 2020, particulièrement dans les milieux ruraux, pour les enfants vulnérables et au sein des populations défavorisées.<sup>94</sup> La stratégie adoptée par le Gouvernement est l'introduction progressive d'une classe préparatoire à l'école primaire pour stimuler l'éveil et préparer l'enfant pour son inscription au primaire.

La faiblesse constatée dans les routines de collecte de données auprès des structures en charge de la petite enfance ne permet pas de disposer d'une cartographie complète des structures formelles et communautaires, ni de disposer d'une base de données sur les besoins de couverture par région.

Les statistiques disponibles concernant la petite enfance proviennent de différents ministères et ne sont pas reliées entre elles. Elles sous-estiment la couverture réelle des structures de petite enfance. L'absence d'une base de données intégrée empêche de planifier des actions multisectorielles aussi bien au niveau national qu'à l'échelle régionale.

En plus de l'éveil, de la socialisation et de la préparation à l'école primaire, le DIJE doit aussi intégrer les éléments relatifs à la santé, à la nutrition et à la protection du jeune enfant. Désormais, les différentes initiatives touchant au jeune enfant de 0 à 8 ans ne s'inscrivent pas dans une politique nationale de DIJE. L'absence d'une politique nationale occasionne des actions isolées des différents ministères (vaccinations, préscolaire, enregistrement des naissances) et rend difficile leur intégration et leur suivi par la coordination multisectorielle du DIJE.

L'absence d'une telle politique rend aussi difficile la mobilisation des ressources au niveau national et auprès des partenaires de développement. A ce jour, les ressources consacrées à la prise en charge et à l'encadrement de la petite enfance sont éparpillées entre les différents ministères et, de ce fait, ne produisent pas les effets escomptés.

Pour atteindre l'objectif DIJE visé, une politique nationale intégrée adossée au Plan National de Développement, accompagnée d'un budget conséquent alloué exclusivement à la petite enfance et soutenu par les partenaires, s'avère nécessaire et urgente. La mise à échelle devra s'appuyer sur la participation communautaire qui constitue le gage de la réussite de l'approche DIJE.

## CHAPITRE III : L'ENFANT DE 6 A 11 ANS - LA PÉRIODE D'ÉDUCATION DE BASE ET D'APPRENTISSAGE DE VIE

Le système éducatif ivoirien est structuré autour de l'enseignement préscolaire, du primaire, du secondaire, de l'enseignement technique et professionnel et de l'enseignement supérieur. Il est confronté à une forte demande d'éducation liée à la pression démographique et aux besoins nouveaux du pays, ce qui a pour conséquences que certains enfants, notamment ceux des régions rurales et en particulier les filles, ne jouissent pas encore de leur droit à l'éducation.

Ce manque est notamment dû aux capacités d'accueil limitées, au mauvais état des infrastructures éducatives et à leur inégale répartition sur le territoire national. Néanmoins, l'EDSCI 2012 estime que, selon les prévisions démographiques pour 2020, plus de 4 millions d'enfants entre 6 et 11 ans fréquenteront l'école primaire.

Une telle situation risque de retarder ou mettre en mal les objectifs de développement du pays dont la vision est l'émergence pour 2020, sachant que le développement passe par l'éducation et la formation des citoyens.

De plus, le passage d'un niveau à un autre est très sélectif et ne permet aujourd'hui qu'à une faible proportion d'enfants d'achever le cycle d'éducation de base. Une minorité seulement est capable d'accéder à l'enseignement secondaire. En plus, parmi ceux qui achèvent leur cycle d'éducation primaire et secondaire, les acquis scolaires sont en baisse.

### 3.1 - ACCÈS À L'ÉDUCATION PRIMAIRE

La crise politico-militaire a retardé les efforts d'investissements initiés depuis les années 1990 conformément aux objectifs du Plan National de Développement du secteur éducation-formation. L'offre scolaire publique reste insuffisante à tous les niveaux, souffrant d'un manque de structures scolaires et d'équipements ainsi que d'un nombre insuffisant d'enseignants qualifiés issus des Centres d'Animation et de Formation Pédagogique (CAFOP). Ce manque d'enseignants a tendance à augmenter le ratio élèves/enseignants qui était de 42 par enseignant en 2011-2012 ce qui impacte en partie la qualité de l'éducation à travers le faible taux d'encadrement scolaire induit.

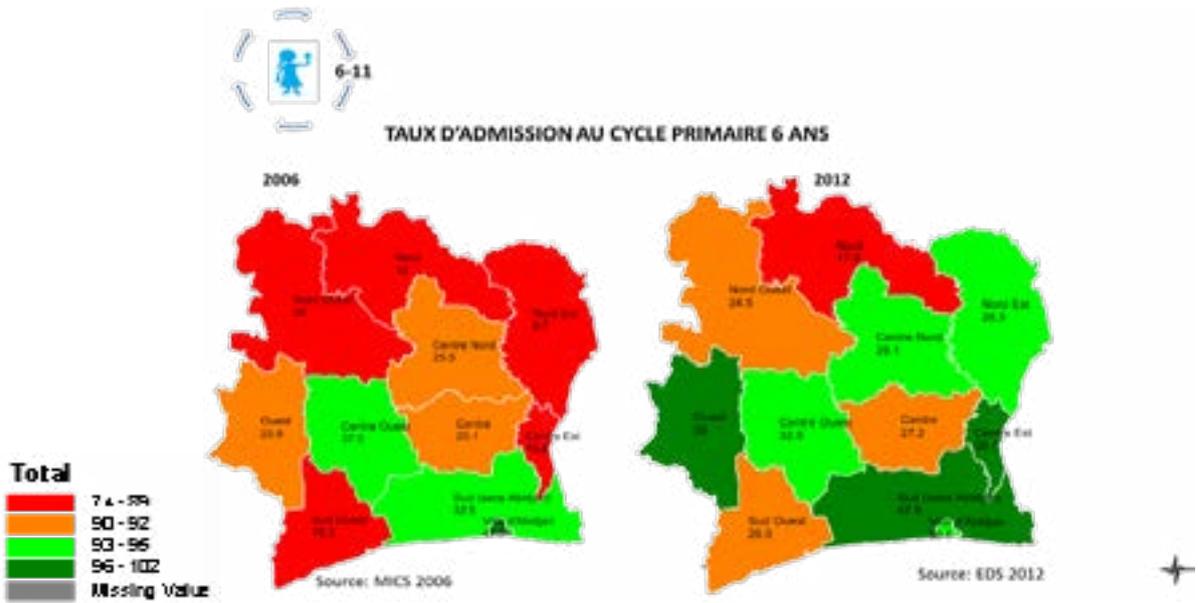
Le dernier recensement scolaire datant de 2012-2013 a permis d'identifier 12 916 écoles primaires. En supposant qu'elles disposent des six classes requises, les écoles ivoiriennes possèdent une capacité d'accueil théorique de 3 870 000 enfants.<sup>95</sup> En 2012, ces écoles ont accueilli un total de 3 021 417 élèves. La différence indique que les écoles sont soit incomplètes, soit ne disposent pas de classes permettant d'accueillir le nombre d'enfants autorisé par école. C'est le cas par exemple de plus de 500 écoles communautaires intégrées dans la carte scolaire dans les régions du Nord-Ouest et du Sud qui n'offrent que les trois premières classes d'enseignement primaires au lieu de six.

Dans certaines régions caractérisées par une faible densité de la population, de nombreuses localités présentent un ratio d'enfant par classe inférieur à la norme nationale de 50 enfants par classe. Les enfants vivant dans ces localités sont obligés de poursuivre les trois dernières années du primaire dans des établissements plus éloignés. Dans certains cas, les enfants sont contraints de quitter très tôt la cellule familiale pour s'établir dans les localités où il y a une école constituant un frein pour la scolarisation, notamment celle des filles.

<sup>95</sup> A raison d'une école de six classes, soit 300 élèves par école.



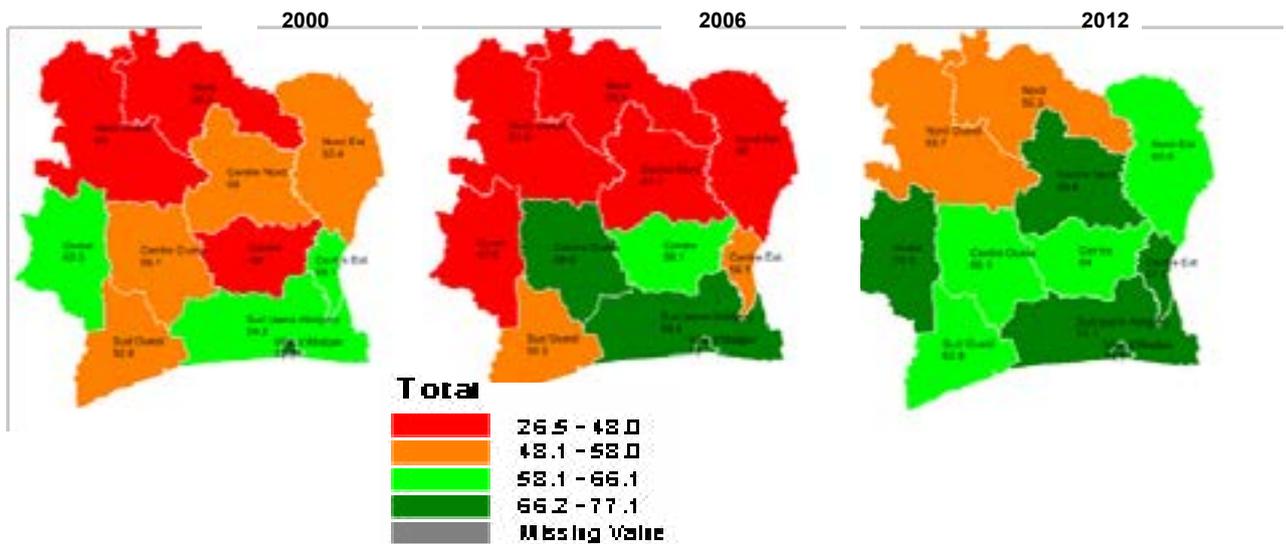
Figure 10: Disparité régionale des taux d'admission en première année du cycle primaire (6 ans)



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête à Indicateurs Multiples MICS, 2006.

Les taux nets de scolarisation (TNS) au primaire se sont améliorés, passant de 55% à 68% entre 2006 et 2012.<sup>96</sup> Par contre, l'écart de huit points entre la scolarisation des filles et des garçons s'est maintenu entre 2006 et 2012 : 64% de TNS pour les filles et 72% pour les garçons. Si des progrès notables ont été enregistrés dans toutes les régions, les disparités régionales de scolarisation persistent, notamment entre zones urbaines et rurales : 73% et 65% respectivement. Les régions du Nord et du Nord-Ouest restent toujours les moins scolarisées avec respectivement 50% et 56% de TNS, comparé à 27% et 32% en 2006. La situation s'est améliorée de manière significative dans la région Nord-Est avec une augmentation du TNS de 25 points, passant de 40% en 2006 à 65% en 2012, grâce à l'intégration de quelques écoles communautaires dans le système formel et aux campagnes de sensibilisation pour l'inscription des filles à l'école.

Figure 11: Taux net de scolarisation au primaire par région entre 2000 et 2012



Source: INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête à Indicateurs Multiples MICS, 2000, 2006.

Les disparités entre filles et garçons persistent avec des écarts assez importants : 69,3% pour les filles contre 76,4% pour les garçons en 2012. L'analyse de l'indice de parité fait ressortir que la région du Sud-Ouest est doublement affectée à travers un taux de scolarisation très faible et un indice de parité bas. Les régions du Centre-Ouest et du Sud présentent également des indices très faibles au regard de la moyenne nationale.

<sup>96</sup> EDS 2012, MICS 2006.



### Les enfants en dehors de l'école primaire

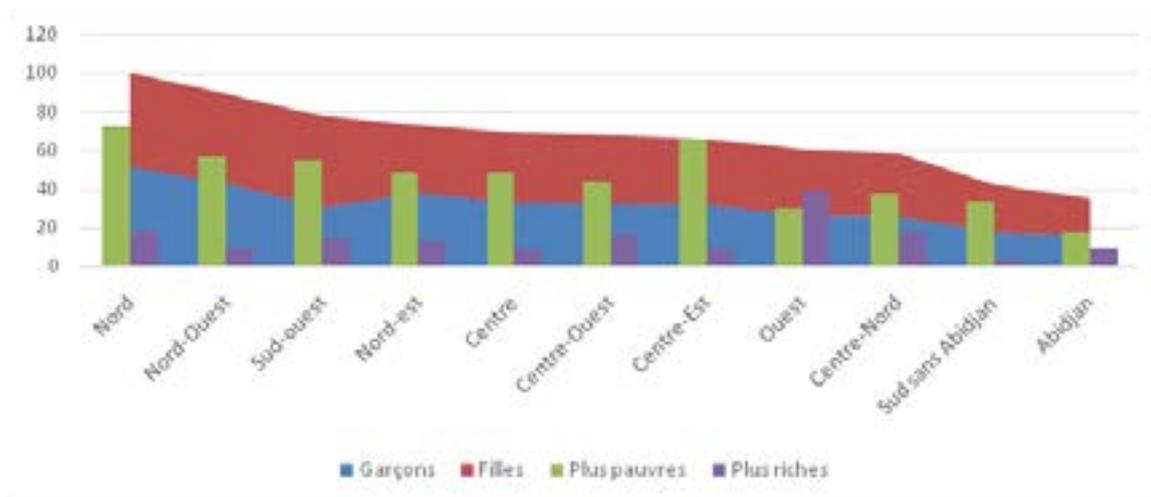
Sur dix enfants d'âge scolaire (6-11 ans), trois ne fréquentent pas l'école ou sont inscrits dans d'autres structures éducatives non-reconnues, comme certaines écoles communautaires ou coraniques.<sup>97</sup> De plus, un grand nombre d'enfants scolarisés sont confrontés à des risques importants d'abandon scolaire. On estime que 971 000 enfants en âge d'aller à l'école primaire étaient en dehors de l'école en 2013. Les taux de redoublement élevé (20%) font que le risque d'abandon scolaire est lui aussi très élevé. Il est estimé que 600 000 enfants inscrits au primaire sont en situation de risque d'abandon scolaire.

Les régions du Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest concentrent le plus grand nombre d'enfants de 6 à 11 ans en dehors du système scolaire, avec au moins 40% des enfants dans cette tranche d'âge qui ne fréquentent ni l'école primaire ni l'école secondaire. Ces régions sont également marquées par une disparité entre les enfants des ménages les plus riches et les enfants des ménages les plus pauvres, mais aussi entre les filles et les garçons. Le risque de redoublement élevé (20%) fait que le risque d'abandon scolaire est lui aussi très élevé. Il est estimé que 600 000 enfants inscrits au primaire sont en situation de risque d'abandon scolaire.

Les régions du Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest concentrent le plus grand nombre d'enfants de 6 à 11 ans en dehors du système scolaire, avec au moins 40% des enfants dans cette tranche d'âge qui ne fréquentent ni l'école primaire ni l'école secondaire. Ces régions sont également marquées par une disparité entre les enfants des ménages les plus riches et les enfants des ménages les plus pauvres, mais aussi entre les filles et les garçons.

Les régions du Nord, Nord-Ouest et Sud-Ouest sont les plus affectées en matière de sous-scolarisation au premier cycle du secondaire. La déscolarisation est plus forte en zone rurale comme celle du Nord. Le pourcentage des enfants en âge de fréquenter le premier cycle du secondaire, et qui n'est pas inscrit ni au primaire ni au secondaire, est de 79% dans les zones rurales contre 42% dans les zones urbaines. Les disparités sont aussi très grandes entre riches et pauvres : 82% parmi les pauvres contre 35% parmi les riches. Les différences entre garçons et filles sont exacerbées.

Graphique 18: Enfants en âge d'aller au primaire (6-11 ans), non-inscrits au primaire ou au secondaire



Source: MENET

<sup>97</sup> Bureau régional AOC, Les Enfants non Scolarisés d'Afrique de l'Ouest et du Centre", UNICEF, Dakar, avec Rohen d'Aigle Pierre et Odile Simon, février 2013.

### **L'impact du conflit sur l'accès à l'école**

Le décrochage scolaire a été exacerbé par les différentes crises qu'a connues le pays ces dernières années. La crise de 2002 a entraîné un déplacement massif des enfants et des enseignants des zones ex-CNO vers les zones du sud. La crise postélectorale a, de plus, occasionné l'occupation des écoles par les forces combattantes, entraînant des mouvements migratoires inverses, et ont occasionné des perturbations du fonctionnement des écoles durant toute la période. Le processus du « retour à la normale » a été déclenché en 2007 après l'Accord Politique de Ouagadougou et a été suivi de campagnes pour le retour de tous les enfants et particulièrement les filles à l'école (Back to School).

Ces initiatives ont été soutenues par plusieurs actions de distribution gratuite de kits scolaires et de réhabilitation/construction des écoles par le Gouvernement et les partenaires techniques et financiers. La crise postélectorale a fait place à une normalisation de la situation en mai 2011 qui a permis la distribution gratuite de fournitures et manuels scolaires, ainsi que la construction/réhabilitation des écoles dans le cadre du Programme Présidentiel d'Urgence (PPU).

Cette expérience a été une occasion pour capter les enfants en dehors de l'école et donner ainsi l'opportunité de renforcer les mécanismes de résilience au niveau communautaire. Cette stratégie a permis aux communautés de faire face aux urgences éventuelles et d'assurer la continuité de l'éducation de base pour tous les enfants, notamment pour ceux jamais scolarisés. Partant de cette expérience, le MENET s'est engagé à mettre en place une cellule de l'éducation en situation d'urgence (ESU). Elle devrait bénéficier de l'élaboration d'un plan de préparation et de réponse à l'urgence avec l'implication des communautés en s'appuyant sur la cartographie des risques et des vulnérabilités régionales. Il est aussi admis que l'analphabétisme et la pauvreté des parents constitue un frein pour la scolarisation des enfants.

En outre, l'utilisation de la main d'œuvre infantile dans les plantations et dans les travaux domestiques rémunérés pour les filles constituent un obstacle pour l'accès à l'éducation. De plus, les enfants handicapés qui, faute de structures d'accueil adaptées à leurs besoins spécifiques, sont d'office exclus du système éducatif.

### **Offres alternatives d'éducation**

Malgré les progrès enregistrés en matière de scolarisation primaire, plusieurs milliers d'enfants poursuivent une éducation de base en dehors des écoles formelles, dans les écoles communautaires, les écoles coraniques ou les classes passerelles pour la plupart non-reconnues par l'État.

Ces écoles sont mises en place par les communautés dans le but de pallier au manque d'écoles publiques ou pour répondre à des besoins spécifiques relatifs aux pratiques religieuses. Dans les écoles coraniques, on retrouve les enfants de 3 à 18 ans avec un programme principalement axé sur l'apprentissage de la religion. Dans les centres urbains, certains jeunes déscolarisés sont dans les structures non-formelles d'apprentissage telles que la menuiserie ou la mécanique.

### **Ecoles islamiques**

L'étude du Pr Fadiga Kanvaly (CIFEC-International, 2009)<sup>98</sup> estimait le nombre total des écoles islamiques à 1 020 établissements en 2008.<sup>99</sup> Selon cette estimation, la région des Lagunes regrouperait un tiers de l'ensemble des écoles islamiques. L'effectif global se situerait autour de 800 000 élèves. Le taux de participation des filles ne serait que de l'ordre de 39%. L'enquête estime à plus de 5 000 enseignants en exercice dans ces structures avec une rémunération faible<sup>100</sup> en comparaison avec les salaires des enseignants des écoles formelles.

<sup>98</sup> Cabinet Formation-Etudes-Conseil, Abidjan

<sup>99</sup> En 20 ans le nombre d'écoles coraniques a triplé

<sup>100</sup> Trois quarts d'entre eux sont rémunérés nettement en dessous du Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG), qui est de 60.000 CFA par mois

Du fait de leur caractère religieux, les écoles islamiques relèvent du Ministère d'Etat, Ministère de l'Intérieur et de ce fait elles échappent au contrôle et au suivi du Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique. Cette situation pose le problème de l'accès des enfants à une éducation de base répondant aux objectifs de l'Education Pour Tous.

A la fin de 1993, une convention fût signée entre l'Etat et le Conseil National Islamique qui donnait aux écoles de confession islamique ayant accepté d'appliquer le programme officiel le même statut que les écoles de confession chrétienne. La convention n'a pas eu le soutien de tous les promoteurs des écoles islamiques qui craignaient une réorientation des objectifs de leurs institutions.

A ce jour, 116 écoles islamiques sont intégrées dans le système scolaire public et bénéficient de l'encadrement pédagogique des services du ministère de l'éducation nationale. Les premières écoles intégrées ont enregistré des résultats encourageants au niveau de l'examen du certificat d'études primaires et élémentaires.

Ces résultats ont suscité un réel engouement auprès des autres établissements islamiques non encore intégrés. Ainsi, 877 écoles islamiques ont manifesté l'intérêt à rejoindre le système éducatif officiel en 2013 et 1 063 en 2014. Le défi est l'évaluation quantitative et qualitative de tous ces établissements pour les soumettre dans le processus d'intégration. Cette évaluation porte notamment sur les infrastructures, les équipements, les effectifs, les curricula, le profil des enseignants et du personnel d'encadrement. En outre, le Ministère de l'Education ne dispose pas d'un document d'orientation stratégique intégrant la vision relative à cette forme d'enseignement et définissant le cadre opérationnel de l'intégration.

#### ***Ecoles communautaires***

Les écoles communautaires constituent une réponse de la communauté au déficit d'infrastructures scolaires dans les régions rurales à faible taux de scolarisation. Cependant, elles échappent au suivi et contrôle pédagogique du Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique. Elles fonctionnent avec des enseignants recrutés par la communauté et n'ayant pas bénéficié de formation de base.

En général, ces écoles sont à cycle incomplet et le programme d'enseignement est calqué sur celui des écoles publiques. Par manque de matériel didactique et d'encadrement pédagogique, le programme d'enseignement est faiblement appliqué avec comme conséquence une éducation de moindre qualité.

Par souci d'accélérer la scolarisation, le Ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Technique a pris la décision d'intégrer progressivement les écoles communautaires identifiées par les directions régionales dont le nombre s'élève à 546 en 2013.

### **3.2 - EFFICIENCE DU SYSTEME EDUCATIF, PERTINENCE ET QUALITE DE L'EDUCATION ET DE L'APPRENTISSAGE**

Le système éducatif ivoirien se heurte à des niveaux élevés de redoublement et d'abandon scolaire, notamment au niveau du cycle d'enseignement primaire avec un goulot d'étranglement particulier en fin du cycle primaire. Dans l'ensemble, sur 100 enfants rentrant en CP1, 67 atteignent la classe de CM2, 50 terminent la classe de 3ème au collège et 22 terminent la classe de terminale.<sup>101</sup> Selon le RESEN 2009, l'espérance de vie scolaire est estimée à 5,5 années, traduisant une grande inefficience du système scolaire alors que la majorité des enfants n'arrive pas à atteindre le niveau d'éducation secondaire.

<sup>101</sup> MEN, Statistiques scolaires de poche 2012-2013, p. 62.



### **Redoublement, abandon, transition, achèvement du cycle d'éducation de base**

La proportion de redoublants sur l'ensemble du cycle primaire en 2012-2013 s'élève à 20% comparé à 22% en 2006-2007.<sup>102</sup> Le taux le plus élevé se manifeste au CM2 avec 31% de redoublants en 2011-2012.<sup>103</sup> Les redoublements sont aussi très élevés au secondaire avec 14% sur l'ensemble du premier cycle du secondaire, dont 32% de redoublant en classe de 3ème, et 5,5% au second cycle du secondaire (dont 11% en classe terminale).<sup>104</sup>

Le redoublement est perçu négativement par les parents qui considèrent que l'école ne produit pas le résultat escompté avec comme conséquence un désintérêt.<sup>105</sup> Le redoublement a un effet néfaste sur la poursuite des études, car il est une des causes de l'abandon et du faible taux d'achèvement scolaire. Le RESEN 2009 indique que 24% des enfants d'une génération abandonnent avant l'achèvement du cycle primaire.<sup>106</sup>

Parmi les facteurs d'abandon scolaire, on retrouve les coûts financiers, les cycles incomplets des écoles contraignant les enfants à parcourir de longues distances et la perception négative de l'école de la part de certains parents. L'abandon de l'école par les filles

s'explique aussi par les violences en milieu scolaire, les mariages et grossesses précoces et le faible revenu familial induisant une préférence pour l'éducation des garçons.<sup>107</sup>

En 2012, le MENET a décidé de supprimer le redoublement entre les sous-cycles et le concours d'entrée en 6ème pour contribuer à améliorer les taux de promotion et réduire les redoublements et les abandons. Un dispositif d'accompagnement des enfants en difficulté d'apprentissage est en attente d'être mis en place.

La formation des enseignants se fait dans les CAFOP pour le primaire et à l'ENS pour le secondaire. Cependant, compte tenu des capacités limitées de ces structures de formation, les besoins d'enseignants qualifiés sont loin d'être couverts.

Le niveau d'encadrement a subi de façon générale une détérioration qui s'est accentuée avec la crise de septembre 2002. Toutefois, le déficit d'enseignants qualifiés observé depuis plusieurs années dans l'enseignement primaire et la présence d'un nombre important d'enseignants bénévoles notamment en milieu rural constitue une source de préoccupations supplémentaires par rapport aux objectifs de qualité de l'enseignement primaire.

<sup>102</sup> Cette proportion représente un nombre de 610 923 redoublants.

<sup>103</sup> MEN, Statistiques scolaires de poche 2012-2013, p. 29.

<sup>104</sup> MEN, Statistiques scolaires de poche 2012-2013, p. 29.

<sup>105</sup> Analyse causale SITAN 2008.

<sup>106</sup> RESEN 2009, p. 46 (MICS 2006).

<sup>107</sup> Trop souvent en silence (2010).

A court terme, il faudra proposer une stratégie de formation continue de ces enseignants pour leur permettre d'acquérir les compétences de base soit à travers un programme échelonné dans l'année (enseignement à distance ou formation par alternance) sanctionné par un diplôme d'aptitudes d'enseignement du primaire. A long terme, il s'agit de remédier au déficit d'enseignants qualifiés à travers l'extension de la capacité d'accueil des CAFOP, comme prévu dans le PAMT.

Il a été relevé que certaines DRENET notamment Daloa et Abidjan IV ont enregistré près de la moitié des classes primaires (46%) fonctionnant en double vacation en réponse au problème de classes surchargées.<sup>108</sup> Une telle situation risque de réduire le temps scolaire si elle perdure, entraînant un impact négatif sur l'apprentissage et les acquisitions scolaires.

Les écoles de proximité sont souvent à cycle incomplet. Une large proportion des enfants abandonne l'école et ne terminent pas un cycle complet qui nécessiterait de fréquenter une école trop éloignée.<sup>109</sup> Les écoles à cycle incomplet sont plus nombreuses en milieu rural, notamment dans la région du Bounkani qui est la plus affectée.<sup>110</sup>

Selon des données du MENET 2008, seulement 22% des écoles primaires étaient en situation d'offrir au plus cinq niveaux de l'enseignement primaire, ces écoles scolarisant 10% de l'effectif, soit environ 210 000 enfants. Même si une école de proximité est en mesure d'assurer la continuité éducative, il n'est pas en soit une garantie de rétention des écoliers. Les parents décident souvent de retirer leur enfant de l'école quand ils n'y voient plus d'intérêt par rapport aux besoins.<sup>111</sup>

A ce jour, la situation de l'éducation dans les campements est inconnue et on y dénote l'absence de structures éducatives. Il y a donc lieu d'initier une analyse sur la situation des enfants dans ces localités en vue de leur apporter l'assistance nécessaire pour leur épanouissement et leur développement.

### ***L'environnement scolaire et la finalité de l'école***

La qualité de l'environnement scolaire se pose en termes de bien-être et de sécurité des enfants. Aujourd'hui, l'école n'est plus perçue comme une garantie d'ascension sociale et économique.<sup>112</sup> L'école a pour mission fondamentale de contribuer à la socialisation des enfants et des adolescents et à les préparer à devenir des adultes responsables, capables de vivre et de s'intégrer de manière durable dans une société de plus en plus régie par des institutions et une économie moderne. L'école est la seule institution programmée dans la durée pour transmettre des savoirs, des savoir-faire et des valeurs censées favoriser l'émancipation individuelle conjointement avec l'intégration sociale.<sup>113</sup>

L'atteinte de ces objectifs fondamentaux ne peut se faire que si les écoles fonctionnent dans des conditions générales favorables aux divers apprentissages. Or l'école, en tant qu'institution sociale, non seulement n'est pas à l'abri des conflits et de la violence de la société dans laquelle elle évolue, mais les reflète et subie leur influence. Ainsi, l'école ivoirienne reproduit notamment les valeurs et les rapports de force de la société ivoirienne, y compris les inégalités notamment celles basées sur l'âge, le sexe, ainsi que les tensions et conflits inter ou intra-communautaires.<sup>114</sup>

<sup>108</sup> MENET, Rapport Projet d'Appui au Secteur Éducation / Formation (PASEF) – Présentation du DPES du 24 Juillet 2012 (Banque Mondiale).

<sup>109</sup> Dans bien des cas, la majorité de ces élèves abandonne, notamment les filles pour des questions de sécurité, et d'autres appartenant à un ménage pauvre.

<sup>110</sup> Facteur important de l'émergence de l'école communautaire (voir 3.3).

<sup>112</sup> Chelpi, Magali. Quand la guerre s'invite à l'école, 2012.

<sup>113</sup> Op. cit.

<sup>114</sup> Op. cit.

### **Infrastructures scolaires**

L'un des problèmes affectant les écoles en Côte d'Ivoire est le mauvais état des infrastructures, le manque de point d'eau et de latrines. En 2010-2011, 34% des écoles publiques primaires disposent d'un accès à l'eau et 35% disposent de latrine.<sup>115</sup> Cette situation impacte sur le maintien des filles à l'école, notamment celles ayant atteint l'âge de la puberté. Elle pose aussi le problème d'éducation à l'hygiène alors que l'école pourrait constituer une étape importante dans le changement de comportements hygiéniques des enfants, notamment le lavage des mains.<sup>116</sup>

Au cours de la même année scolaire, 54% des classes étaient en mauvais état avec risque d'interruption des cours en cas d'intempéries, diminuant ainsi le nombre d'heures d'enseignement effectif. En réponse, le MENET devra accélérer le processus de réhabilitation et d'équipement des écoles tout comme la dotation en latrines séparées filles-garçons.



### **Gouvernance au sein de l'école et politisation**

Une étude engagée par l'UNICEF en 2012 a exploré les effets de la crise ivoirienne en milieu scolaire dans seize régions.<sup>117</sup> L'étude révèle une perception négative des pratiques d'enseignement avec, comme effet, une dégradation du niveau d'acquisition scolaire due en partie à la dégradation de l'autorité des enseignants, au changement rapide de méthodes pédagogiques sur les dix dernières années et aux lacunes dans la formation initiale et continue des enseignants.

La complaisance de la notation et le manque d'encadrement rapproché de certains enseignants contribuent souvent à dévaluer l'effort pour la réussite chez les élèves.

De plus, cette étude questionne le rôle moteur des institutions scolaire dans la diffusion de la violence. A partir des années 1990, le champ scolaire, fortement influencé par les mouvements politiques, s'est érigé systématiquement en terrain de violences physiques, d'abord à l'université, puis au niveau de l'école secondaire, et finalement à l'école primaire. Le tissu social a été affecté tant au niveau de la communauté que de l'école.

Au fil des ans, mais surtout durant la crise post-électorale, une « surpolitisation » s'est installée au niveau de l'école, d'abord au sein du personnel enseignant, et plus tard progressivement parmi les élèves, créant des divisions et des clivages au sein de l'école.

<sup>115</sup> MEN, annuaire statistique 2010-2011

<sup>116</sup> Spalthoff, Daniel. Handwashing with soap in Côte d'Ivoire: a Social Norms Analysis, Penn University, Juillet 2013.

<sup>117</sup> Chelji, op. cit.

**Violences (physiques, verbales et sexuelles) à l'école**

Trois niveaux de violence traversent aujourd'hui l'école. Dans un premier niveau, la violence institutionnelle au sens large se traduit par des styles d'enseignement autoritaires : la soumission des élèves ; le manque de dialogue, d'échange et de participation ; l'imposition de styles d'apprentissage monotones et mécaniques.

L'enseignant continue d'initier une violence interpersonnelle, de sa position de pouvoir et de la faible capacité d'autodéfense des enfants, bien qu'un arrêté ait été pris par le MENET interdisant les punitions corporelles ou humiliantes à l'école. L'opinion publique reste toutefois favorable aux punitions corporelles pour éduquer un enfant dans la sphère domestique ; 63% des mères jugent nécessaire les corrections physiques pour éduquer un enfant.<sup>1118</sup> Dans la sphère scolaire, les enfants continuent d'être exposés aux châtiments corporels et aux punitions humiliantes. La « pédagogie de la chicote » qui utilise la peur du châtimement est encore utilisée pour obtenir des élèves le silence, l'attention, l'effort et le respect des consignes. Cette méthode produit certes les effets attendus à court terme, mais peut impacter négativement les capacités d'apprentissage des enfants et surtout contribue à la reproduction de la violence interpersonnelle.

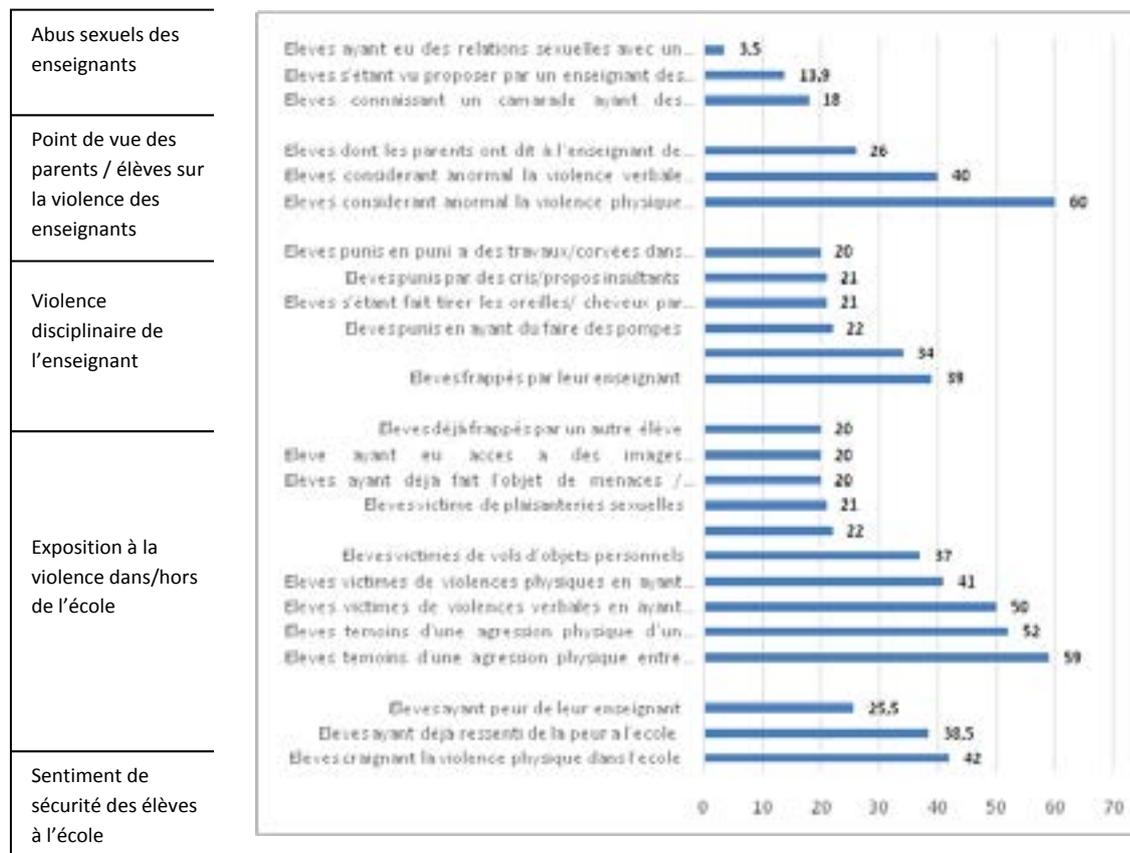
Les punitions humiliantes, qui visent délibérément à rabaisser et vexer l'élève, à susciter en lui un sentiment de honte dans le but de le plier à la discipline scolaire, touchent au sentiment de dignité personnelle et malmènent le sentiment d'estime de soi.



<sup>1118</sup> MICS 2006.

## La violence interpersonnelle entre les élèves est aussi répandue dans les écoles.

Graphique 19: Violence interpersonnelle en milieu scolaire (% des élèves primaires et secondaires interrogés)



Source : Cerfodes, Rocare, Étude sur le bien-être et la sécurité des élèves dans les écoles de Côte d'Ivoire, draft, 2014, Enquête menée auprès de 2 200 élèves du primaire (58,5%) et secondaire (41,5%), MENET 2014.

Les discriminations et violences basées sur le genre constituent aujourd'hui un risque pour la scolarisation et le maintien des filles à l'école. Elles se traduisent dans les attitudes des enseignants qui véhiculent des stéréotypes préjudiciables sur le genre.

Le phénomène le plus préoccupant reste cependant l'ampleur du harcèlement et des abus sexuels commis à l'encontre des filles, en particulier de la part des enseignants. Une étude sur les violences en milieu scolaire indique que 12% des élèves - 16% des filles - disent avoir été victimes de violences sexuelles de la part des enseignants et 50% de la part d'un élève.<sup>119</sup> Par ailleurs près de la moitié, 47%, des enseignants interrogés dans quatre DRENET dans les régions des Lagunes, Sud-Comoé, Montagnes et Savanes, admettent avoir eu des relations sexuelles avec des élèves.<sup>120</sup>

La répression des comportements abusifs des enseignants est encore limitée: l'agresseur est le plus souvent muté dans une autre école. Rares sont les sanctions disciplinaires, encore plus rares les poursuites et les condamnations judiciaires. Ces abus constituent des manquements graves à la déontologie professionnelle et à l'éthique, ainsi que des infractions pénales et des violations aux droits de l'enfant, avec des conséquences immédiates et dramatiques sur le long terme pour l'enreuse pour les filles qui décourageront leur scolarisation.

<sup>119</sup> CERFODES, ROCARE, Etude sur le bien-être et la sécurité des élèves de Côte d'Ivoire, 2014.

<sup>120</sup> MENET, DMOSS, Etude sur les IST et comportements sexuels en milieu scolaire, 2010.

Des progrès ont été réalisés par le MENET depuis 2013 qui s'est engagé, conformément à la Politique Nationale de Protection de l'Enfant validée en fin 2012, à faire de l'école un environnement apte de protéger les enfants contre la violence et les abus, autant à l'école que dans la communauté. Le Ministère a adopté un document cadre « Protéger les enfants à l'école » qui décrit les enjeux et indique sa vision.<sup>121</sup> Un Plan d'Action Multisectoriel - Politique Nationale de Protection de l'Enfant (PAM-PNPE) engageant le secteur de l'éducation, ainsi que des procédures et des outils, ont été élaborés en novembre 2013. En décembre 2013, le MENET a développé un code de conduite et des obligations professionnelles des effectifs du Ministère. Il interdit et sanctionne les comportements abusifs des acteurs de l'école et clarifie l'obligation de signalement déjà prévue dans la loi.

Désormais, la prévention et la réponse à la violence faite aux enfants sont reconnues comme faisant partie de la mission du système éducatif. Il reste maintenant à intégrer et budgétiser des mesures d'accompagnement dans le cadre du nouveau plan décennal d'éducation. L'adoption de mesures concrètes de protection des élèves filles et garçons contre la violence, dans le cadre de la Politique Nationale de Protection de l'Enfant, s'inscrit également dans le cadre plus large tracé par la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre.

### ***L'éducation sexuelle et la prévention des comportements sexuels à risques***

Avec plus de 5 000 grossesses en milieu scolaire recensées en 2012/2013 dans les écoles primaires et secondaires, les questions de sexualité précoce et comportements sexuels à risques des adolescents sont une préoccupation pour les autorités éducatives. D'après les chiffres disponibles, ces grossesses résultent essentiellement des relations entre pairs, encouragées par la pression sociale et favorables à une sexualité précoce. Les enseignants sont responsables de 4% de ces grossesses.<sup>122</sup> Ce phénomène illustre de façon générale l'absence d'informations des jeunes adolescents sur la sexualité et les moyens de contraception. Les filles font bien souvent l'objet de harcèlement de la part de leurs camarades de sexe masculin.

Ces grossesses précoces constituent un risque majeur pour la santé des filles et de leur enfant, ainsi qu'un risque immédiat pour la scolarité des jeunes mères. Le MENET a réformé sa réglementation autorisant les filles enceintes à poursuivre leur scolarité, mais l'absence de mesures d'accompagnement éducatif et la pression sociale entraînent le plus souvent l'abandon scolaire. Parallèlement, le risque de perception de l'école comme un environnement à risque pour la moralité des filles dans certains milieux culturels impacte négativement les chances de scolarisation de celles-ci. Reconnaisant le problème, le MENET a lancé en mars 2014 un plan d'action pour lutter contre les grossesses précoces.

La poursuite des études secondaires nécessite, pour plusieurs jeunes filles, de se rendre loin de leur résidence en raison d'un faible nombre d'établissements secondaires et de pensionnats, sans accompagnement d'un adulte, entraînant plusieurs problèmes liés aux comportements sexuels à risque. Ces jeunes filles seraient ainsi particulièrement exposées aux abus, y compris dans le cadre de stratégies de survie personnelle, comme le phénomène des « sugar daddies ». Pour résoudre ce problème, le MENET étudie aujourd'hui la possibilité d'ouvrir des collèges de proximité et de promouvoir la création de foyers d'accueil des élèves-filles.

### ***Les enfants handicapés à l'école***

Il n'existe que des statistiques très parcellaires concernant la présence des enfants handicapés dans les écoles, ce qui rend difficile une réelle estimation de leurs besoins spécifiques. Le nombre d'enfants scolarisés dans des écoles spécialisées au niveau primaire est estimé à 1 350. Dans le secondaire 185 enfants sont concernés.

<sup>121</sup> MENET, document cadre protéger les enfants à l'école, 2013.

<sup>122</sup> Rapport du PNSSU 2013.

Cette intégration est renforcée par l'accès des malvoyants dans les écoles secondaires et supérieures avec l'appui de l'Institut des Aveugles et à d'une cellule technique chargée de la transcription, du décodage et d'autres soutiens techniques. Une étude sur les enfants vivant avec des besoins spécifiques et/ou spéciaux dont les résultats sont attendus pour début 2015 a été lancée et devrait permettre de mieux adresser la question.



### **La qualité des acquis scolaires**

Selon l'évaluation du PASEC 2012, les acquis scolaires (savoir, lire, écrire et compter)<sup>123</sup>, entre 1996 et 2009, révèlent une baisse significative des résultats des élèves en deuxième et cinquième année du primaire. Les résultats du test de français pour les élèves de cinquième année en français sont passés d'une moyenne de 45,3 sur 100 en 1996 à 29,2 en 2009. En deuxième année, pour la même période, ils ont chuté de 51,4 à 33,8 sur 100. Ces résultats ont été obtenus dans un climat de conflits politiques, un contexte de PIB en chute libre et de forte baisse des dépenses publiques en éducation. Les résultats des élèves sont particulièrement alarmants dans les régions de Man, de Bouaké et de Korhogo, régions fortement marquées par la crise politique de 2002 à 2010.

Cette contre-performance du système scolaire entraîne un taux d'analphabétisme très élevé, y compris parmi les jeunes générations. Selon l'EDS 2012, en moyenne, 40% des hommes et 60% des femmes sont analphabètes. Parmi les jeunes femmes de 15-24 ans, 56% sont analphabètes. Chez les jeunes hommes de la même tranche d'âge, il est de 33%. En zone rurale, 80% des femmes et 55% des hommes sont analphabètes.

Un parent analphabète et mal informé ne voit pas forcément l'intérêt d'envoyer son enfant à l'école, contribuant à perpétuer le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté monétaire, empêchant ainsi l'accès au savoir et à la participation au développement économique et social. En somme, une génération entière risque de voir ses chances de s'extraire de la pauvreté diminuer.

Cette situation est reconnue comme étant particulièrement préoccupante dans le Plan National de Développement 2012-2015 et constitue un frein à l'ambition de développement à l'horizon 2020. Tous ces éléments induisent une crise de confiance autour de l'école qui n'arrive plus à répondre aux attentes des parents, aux aspirations des jeunes et aux impératifs d'intégration économique.

### **3.3 - GOUVERNANCE SCOLAIRE**

#### **Organisation et gestion des écoles (écoles amie des enfants, décentralisation,)**

Le secteur éducation a opté pour une décentralisation/déconcentration à travers un découpage administratif et pédagogique confiant une responsabilité aux directions nationales, régionales et départementales aux établissements scolaires. Dans la pratique, l'exécution des responsabilités des DRENET se heurte à des conflits de compétences entre structures nationales et décentralisées qui méritent d'être clarifiées.

De plus, la centralisation de la gestion des ressources affectées à l'éducation entraîne un manque de ressources nécessaires pour accomplir les missions du fait de la centralisation de la gestion des ressources affectées à l'éducation.

<sup>123</sup> PASEC: Programme d'analyse des systèmes éducatifs de la CONFEMEN (Conférence des ministres de l'Éducation des pays francophones).

Une telle situation rend difficile la collecte, le traitement, l'analyse des données, la planification et le suivi des activités éducatives à tous les niveaux. Des initiatives sont en cours pour responsabiliser davantage les directions régionales, les inspections de l'enseignement et les directions d'écoles dans la planification et la gestion de l'éducation. L'approche « Ecole Amie des Enfants » est l'une des stratégies que le MENET envisage pour la planification de l'éducation à partir de la base avec une implication active des populations locales à travers les organisations communautaires (COGES, CMEF, etc).

En harmonie avec les priorités nationales, chaque école doit être accompagnée par le MENET afin de disposer d'un plan de développement à moyen terme (3 ans) en s'appuyant sur l'expérience relative à l'approche école amie des enfants. Ce processus de planification à la base a pris du retard car il devait se nourrir en amont des normes consensuelles définissant les contours du concept « Ecole Amie des Enfants » dans le contexte de la Côte d'Ivoire. Ce n'est qu'en 2013 que ces normes ont été adoptées.

### **Financement, utilisation et efficacités des ressources affectées à l'éducation**

Le financement de l'éducation est assuré à travers le budget de l'Etat et les différentes contributions des partenaires bilatéraux et multilatéraux. La majorité du budget 2012 accordé à l'éducation est dépensée pour le fonctionnement (91%), limitant ainsi les possibilités d'investissements pour accroître les capacités d'accueil. Les fonds accordés par les partenaires au développement ont été orientés vers les investissements nécessaires pour rattraper le retard accusé pendant la crise.<sup>124</sup>

Bien que le budget global de l'Etat ait augmenté entre 2012 et 2013 de 14,5%, la part accordée au secteur éducation a baissé en valeur absolue de 628 milliards FCFA à 555 milliards FCFA, ramenant la part de l'éducation dans le budget total de 18,4% à 14,2%.<sup>125</sup> Sur la même période, dans le cadre du Plan d'Action à Moyen Terme du Secteur de l'Education (PAMT), le secteur éducation a pu mobiliser des fonds additionnels de près de 40 milliards de FCFA à travers le Partenariat Mondial pour l'Education (GPE) et d'autres bailleurs.

La gestion du budget de l'éducation aux services de l'éducation au niveau décentralisé relève des structures régionales et locales du Ministère de l'Economie et des Finances. Ceci occasionne des retards et des coûts supplémentaires dans l'exécution des plans d'activités des directions régionales, des inspections et des écoles.

L'analyse des dépenses fait ressortir qu'un enfant scolarisé dans le primaire coûte à l'Etat 76 138 FCFA contre 349 312 FCFA au niveau du secondaire, un montant relativement élevé en comparaison avec d'autres pays au même niveau de développement. Par exemple, les coûts au Cameroun sont respectivement de 27 000 FCFA et 97 000 FCFA.<sup>126</sup>

Une telle situation budgétaire risque de compromettre les objectifs de scolarisation contenus dans le PAMT, notamment celui d'atteindre l'objectif de 26% du budget total de l'Etat accordé au secteur de l'éducation d'ici 2020. Il apparaît aussi nécessaire de réfléchir à une utilisation efficace et équitable du budget de l'Etat alloué au secteur éducation.

Malgré les efforts consentis pour rendre l'éducation au primaire gratuite et obligatoire, d'autres frais sont prélevés au niveau des écoles par le biais des COGES (participation cantines scolaires, construction de salles de classe, frais d'examen, etc.), constituant une charge pour les familles les plus vulnérables et entraînant parfois des abandons scolaires.

<sup>124</sup> Partenariat Mondial pour l'Education 2013.

<sup>125</sup> Direction Générale du Budget et des Finances, CCM.

<sup>126</sup> Banque Mondiale, Rapport d'état du système éducatif national camerounais, 2003, p. 91 [[http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEDUCATION/Resources/444659-1210786813450/ED\\_CSR\\_Cameroun\\_fr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEDUCATION/Resources/444659-1210786813450/ED_CSR_Cameroun_fr.pdf)].

## CHAPITRE IV : LES ANNEES DE L'ADOLESCENCE : 12-17ANS

### 4.1 - L'ADOLESCENCE, UNE PERIODE CRITIQUE POUR LE DEVELOPPEMENT

#### Adolescents & Jeunes

Une période de transitions critiques: sexualité, capacités cognitives, maturité psychosociale, identité sociale, identité masculine/féminine, sociabilité, apprentissage d'un métier et transition vers la vie d'adulte



L'adolescence est cruciale étant donné l'immense vulnérabilité liée à cette période, notamment en matière de santé reproductive, de VIH-SIDA <sup>127</sup> et de violences. Cette vulnérabilité risque d'entraîner des conséquences préoccupantes sur le présent et l'avenir. Les adolescents et les jeunes représentent près de 35% de la population et nécessitent d'importants besoins sociaux. L'urbanisation croissante a modifié les modes traditionnels d'introduction des jeunes aux questions relatives à la sexualité reproductive et ne tient pas compte de leurs besoins. L'absence d'espaces sociaux et récréatifs pour les jeunes et l'accès non-contrôlé des adolescents aux maquis et aux bars, particulièrement ceux proches des écoles, aggravent la situation.

La puberté (13 ans pour les filles et 15 ans pour les garçons), première étape de l'adolescence, constitue une période essentielle pour le développement de l'enfant. Elle se caractérise par la quête de l'affirmation de soi, la recherche d'identité sociale, l'affirmation de l'identité masculine/féminine, la découverte de la sexualité, l'apprentissage d'un métier et la transition vers la vie adulte.

La période de l'adolescence est une phase du développement avec ses caractéristiques et ses défis propres. Dès le début de la puberté, l'enfant court le risque d'être considéré comme un adulte investi d'un certain nombre de responsabilités, alors que lui-même a des besoins spécifiques liés à son développement physique, cognitif et psychologique inachevés.

Durant l'adolescence, l'enfant se trouve dans une phase d'évolution instinctive, émotionnelle et morale, guidée par des facteurs physiologiques et environnementaux. Le cortex préfrontal, la partie du cerveau permettant d'anticiper et de prévoir, de raisonner et de s'autocontrôler, ne se développe pleinement qu'au début de l'âge adulte. C'est pourquoi les adolescents interprètent et ressentent les événements sur la base d'émotions positives ou négatives. Les émotions négatives violentes peuvent produire des traumatismes importants et des conséquences à long terme sur le bien-être et les comportements futurs.

Ainsi, les enfants et les adolescents se comportent différemment des adultes pour ce qui est de la prise de risques, de l'impulsivité, de l'influence des pairs, de la capacité d'anticipation et de la prise de décision. L'environnement culturel et familial influe sur le développement de l'adolescent. Les troubles qui caractérisent l'adolescence de façon intrinsèque peuvent être amplifiés par un environnement marqué par des conditions de vie difficiles. Tous ces facteurs amènent les adolescents à avoir des comportements à risque qui compromettent le bien-être, la sécurité et le développement.<sup>128</sup>

L'existence d'opportunités d'encadrement et de formes de soutien des adolescents, en particulier pour ceux qui sont en dehors de l'école, est donc impérative pour éviter qu'ils ne s'engagent dans des comportements qui risquent de devenir définitifs.

#### 4.2 - VULNERABILITE DES ADOLESCENTS

##### ***Forte déscolarisation des adolescents***

Les progrès au niveau de l'accès au secondaire ont été faibles avec un taux net de scolarisation passant de 25% en 2006 à 29% en 2012. Les disparités restent exacerbées entre filles et garçons (25% et 33% respectivement), entre zones rurales et zones urbaines (9% et 46% respectivement), et entre régions (13% au Nord-Ouest et 46% à Abidjan). L'enfant le plus pauvre a dix fois moins de chance d'aller à l'école secondaire qu'un enfant issu de la classe la plus aisée.

<sup>127</sup> ONUSIDA définit la vulnérabilité au VIH/SIDA comme un « état résultant d'un ensemble de facteurs échappant au contrôle individuel qui réduisent l'aptitude des individus et des communautés à éviter le risque de VIH ».

<sup>128</sup> Ex: conditions familiales adverses, manque d'éducation et d'information, exclusion de l'école, etc.



L'insuffisance et la mauvaise répartition des infrastructures scolaires font que l'entrée au secondaire est très sélective expliquant ainsi en grande partie cette contre-performance. En effet, pour accéder au secondaire, les écoliers doivent réussir le concours d'entrée en sixième. La note minimale pour réussir ce concours est fixée chaque année en fonction du nombre de places disponibles dans les structures secondaires publiques.

L'effectif des élèves au premier et second cycle diminue considérablement selon la progression des années. Les filles sont plus exposées à l'abandon scolaire, notamment à cause des mariages et grossesses précoces et de l'éloignement des établissements. Pour y pallier, le Gouvernement a adopté une stratégie de mise en place de collèges de proximité et de structures d'hébergement pour les filles afin d'accélérer leur accès à l'éducation secondaire.

Abidjan se distingue par des pourcentages d'enfants en dehors de l'école secondaire particulièrement élevés : 36% en moyenne, dont 48% de filles de 12-15 ans et 23% de garçons. Les coûts élevés d'accès dans les écoles secondaires (notamment dans les établissements privés) expliquent pourquoi les couches les plus pauvres d'Abidjan voient leur accès limité. Les filles sont particulièrement exposées aux différents risques urbains (par exemple le risque de grossesse précoce) avec pour conséquence les abandons scolaires.

Tableau 2: Estimation de l'indice de vulnérabilité en rapport avec l'âge, le sexe et le niveau d'étude

(%) Enfants en âge d'aller au 1er cycle du secondaire (12-15 ans) non- inscrits au primaire ou au secondaire	Général	Garçons	Filles	Urbain	Rural	Plus pauvres	Plus riches
Nord	65,5	57,8	71,4	42,5	78,3	82,4	35,1
Nord-Ouest	56,9	48,4	68,1	34,0	62,2	61,0	25,0
Sud-Ouest	51,4	46,1	56,9	33,6	60,2	67,9	36,3
Centre-Ouest	41,5	30,0	52,8	33,4	47,6	56,9	29,7
Centre-Nord	37,2	32,8	41,7	34,2	40,8	59,1	28,8
Abidjan	36,3	22,7	45,8	36,3	NA	NA	29,1
Ouest	35,1	25,5	47,7	35,0	35,2	37,0	35,1
Nord-Est	33,2	33,8	32,4	25,1	34,5	50,9	19,4
Centre-Est	32,3	28,7	35,8	28,1	35,7	70,9	24,7
Centre	30,9	26,5	36,8	18,1	39,8	41,1	18,5
Sud sans Abidjan	27,4	20,4	34,5	21,3	32,7	38,7	8,2

Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005.

L'indice de vulnérabilité estimé à partir de données de l'EISCI 2005 et l'EDSCI-III 2011-2012 montre que le sexe, l'âge, le niveau d'étude et le statut matrimonial sont des facteurs associés à la très grande vulnérabilité. Selon les projections démographiques de l'INS 2012, sur 7 828 417 d'adolescents âgés de 10 à 19 ans, 2 982 505 (38%) sont en dehors de l'école contre 4 845 912 (62%) qui y sont inscrits. En outre, selon les statistiques scolaires 2011-2012, seuls 17% des adolescents ont achevé l'école secondaire.

Plus de la moitié des adolescents se retrouvent donc en dehors de l'école alors qu'ils commencent leur sexualité active et avec un accès restreint aux informations et aux services de prévention et de soins. L'insuffisance d'informations et de compétences de vie courante sont les déterminants d'une grande vulnérabilité, en particulier chez les jeunes filles non-scolarisées, chez les 15-19 ans et chez les jeunes ayant une activité sexuelle ou un mariage précoce.

Bien que le profil des enfants en dehors de l'école ne soit pas encore bien identifié, le fait d'être une fille, d'habiter en zone rurale, d'être né d'un ménage pauvre ou d'une famille nombreuse impacte significativement la probabilité pour un enfant d'être non-scolarisé.<sup>129</sup> L'EDSCI-III 2011-2012 montre clairement qu'un enfant né dans un ménage pauvre, rural et analphabète a très peu de chances d'être scolarisé. De tous les enfants actuellement exclus de l'école, le trois-quarts se trouvent dans des zones rurales et le deux-tiers appartient au quintile le plus pauvre.

### **Exposition à la manipulation politique**

Le manque d'éducation de base et de compétences essentielles met les jeunes dans une position de frustration et de précarité, notamment parmi les jeunes diplômés en zones urbaines. Ce phénomène constitue un risque de manipulation par les partis politiques avec, comme conséquence, l'exacerbation de la violence et des conflits. Les jeunes et les adolescents scolarisés sont également exposés à la violence politique. On note en effet que durant la crise, l'école ivoirienne a eu sa part de responsabilités dans la diffusion de la violence, surtout au niveau des lycées et des universités. Les syndicats d'étudiants, comme la FESCI (Fédération Estudiantine et Scolaire de Côte d'Ivoire), ont contribué à la politisation de l'école du primaire au supérieur avec comme conséquences des violences et exactions commises dans les campus, en particulier dans ceux d'Abidjan. Pendant près de vingt ans, la FESCI s'est écartée de son mandat premier en se transformant en instrument de propagande au profit de certains partis politiques.<sup>130</sup>

### **Sexualité, unions et grossesses précoces**

Les adolescents sont exposés à des risques accrus de prostitution, de violences sexuelles et de consommation de drogue.<sup>131</sup> Selon une étude de l'Organisation du Corridor Abidjan-Lagos (OCAL), 32% des jeunes filles interrogées sur le corridor Abidjan-Noé sont exposées aux violences sexuelles.<sup>132</sup> La précarité et l'insuffisance de services conviviaux destinés aux jeunes renforcent cette exposition.

Les rapports sexuels sont précoces, particulièrement en milieu rural. En effet, 46% des adolescentes des 15-19 ans y sont sexuellement actives, comparé à 19% en milieu urbain. Par ailleurs, 20% des femmes de 25-49 ans ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et 66% avant l'âge de 18 ans. Chez les femmes de plus de 20 ans, l'âge médian au premier rapport sexuel est de 17 ans. Parallèlement, en moyenne, elles ont 10 ans de moins que leurs partenaires masculins. Les adolescents utilisent peu le préservatif (39%).

Les statistiques sonnent l'alarme sur l'exposition des filles aux harcèlements et abus sexuels commis par des personnes majeures. Cette vulnérabilité induit l'adoption par les filles d'un comportement sexuel à risque. En conséquence, elles sont exposées à des risques importants d'infections aux IST et VIH/SIDA, de grossesses précoces et non-désirées entraînant des avortements à risque, la mortalité maternelle et la déscolarisation.

<sup>129</sup> Rohen d'Aigle, Pierre et Mohamed Diaby. Notes sur la situation des « enfants hors des écoles » en Côte d'Ivoire, décembre 2013.

<sup>130</sup> Magali Chelipi, Quand la guerre s'invite à l'école, 2012 ; Sany, Joseph. Education and conflict in Côte d'Ivoire, 2010.

L'insuffisance en information et en éducation de la jeune fille, accentuée par des normes sociales qui entravent l'hygiène menstruelle, sont des éléments de discrimination structurelle des adolescentes. L'inaccessibilité financière aux serviettes hygiéniques oblige plusieurs d'entre elles à utiliser des morceaux de pagne à l'entretien inadéquat entraînant des conséquences sur la santé, la dignité et l'éducation de la jeune fille.

Parmi les hommes, 12% ont déclaré avoir eu leurs premiers rapports sexuels avant l'âge de 15 ans, et 40% avant 18 ans. Les nouvelles infections chez les 15-19 ans, qui étaient relativement faibles en 2005 (0,3%), ont atteint 2,1% en 2012, soit un taux d'incidence de 1,8% et une proportion de nouvelles infections dépassant 80%.

Les jeunes garçons sont aussi exposés aux risques d'IST et d'infection au VIH/SIDA. On constate une forte vulnérabilité des 20-24 ans, tranche d'âge où l'on dénombre le plus grand nombre d'infections. Les nouvelles infections, qui étaient de 2,5% chez les 20-24 ans selon l'EDIS 2005, sont passées à 4,5% dans la cohorte des survivants selon l'EDSCI-III 2011-2012, soit un taux d'incidence de 2%. Sur les 14 000 nouvelles infections estimées par an chez les 15-24 ans, 62% sont observées chez les garçons de 20-24 ans qui ont comme partenaires des adolescentes de 15-19 ans. Dans la tranche des 15-24 ans, la prévalence est passée de 1,4% en 2005 à 3,2% en 2012.

Les groupes à hauts risques d'infections, tels les professionnels du sexe et les homosexuels, sont sujets à une forte stigmatisation. Cette situation limite l'accès aux services d'informations, de prévention et de prise en charge qui sont déjà insuffisants. Seulement 18% de jeunes âgés de 15-24 ans ont eu un contact avec un service de santé sexuelle et reproductive. De même, seulement 3,2% des jeunes âgés entre 15 et 19 ans ont été dépistés pour le VIH/SIDA et reçus un résultat.

Près d'une adolescente de 15 à 19 ans sur trois (30%) est enceinte ou a déjà eu un enfant. Cette proportion est de 19% dans un milieu urbain contre 46% pour un milieu rural. Seulement 2% des adolescentes de 15 à 19 ans utilisent des moyens de contraception moderne (le condom, les pilules contraceptives, le stérilet, les implants, les injectables, etc.) comparé à 14%, au niveau national.

Moins les filles sont instruites et plus elles sont pauvres, plus elles ont des enfants tôt. On estime que 39% des filles de 15-19 ans sans aucune instruction ont commencé leur vie procréative et près d'un-tiers a déjà eu une naissance vivante, contre 14% des filles du même âge qui ont atteint le niveau secondaire. 54% des jeunes filles des ménages les plus pauvres ont commencé leur maternité contre près de 15% chez les adolescentes des ménages les plus riches.<sup>133</sup>

Selon le MENET, en 2013, il y a eu 5 076 grossesses en milieu scolaire déclarées sur la base d'un certificat médical de constatation de la grossesse. Ce chiffre pourrait être considérablement sous-estimé alors que plusieurs filles se voient contraintes d'abandonner leur scolarité des suites de leur incapacité à se procurer un certificat dont le coût est estimé entre 35 000 et 50 000 FCFA.

Il relève de la responsabilité du système éducatif de résoudre cette problématique qui contribue à accroître les échecs scolaires et accentue le cycle intergénérationnel de pauvreté. Les communautés ont également un rôle important à jouer pour enrayer certaines pratiques néfastes comme les mariages précoces. Elles doivent aussi se mobiliser afin de briser les tabous qui entourent la sexualité et favoriser la communication entre parents et enfants.

<sup>131</sup> Voir Rapport d'analyse des connaissances, Attitudes et Pratiques des professionnel(le)s du sexe dans dix-huit villes de la Côte d'Ivoire.

<sup>132</sup> La Croix Bleue avec la collaboration du Programme de Lutte contre le SIDA chez les Populations Hautement Vulnérables (PLS-PHV).

<sup>133</sup> EDSCI-III 2011-2012 Tableau 5.11 p.85.



**12% des filles sont engagées dans une union avant l'âge de 15 ans, 36% avant l'âge de 18 ans.**

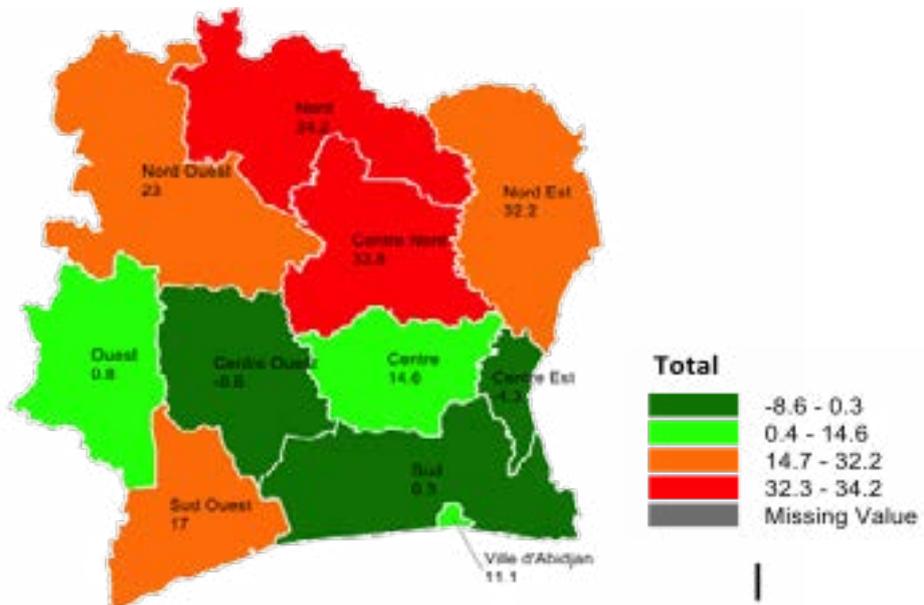
Les mariages précoces sont sous-tendus par des normes sociales et culturelles, notamment l'appréhension du risque de procréation en dehors du mariage et le prestige pour la famille d'une bonne union. Le mariage des filles est perçu comme une stratégie de survie par les ménages les plus pauvres. Les facteurs économiques, tel l'allègement des charges liées à la prise en charge de la fille ou le bénéfice tiré du paiement de la dot, jouent un rôle important dans la décision des parents de marier leurs filles.

#### **Les comportements sexuels à risque chez les adolescents**

82% des adolescents de 15-19 ans n'ont pas une bonne connaissance du VIH-SIDA. La sexualité précoce associée à la faible utilisation du préservatif chez les adolescents les expose aux grossesses précoces et aux risques d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST). Les jeunes femmes âgées de 18 ans et plus ont des connaissances limitées sur la disponibilité et les opportunités d'accès aux services de santé de la reproduction. L'organisation patriarcale de la société limite l'autorité des services. Cette situation entraîne un taux de prévalence aux IST de 7,3% des adolescents de 15-19 ans (8% pour les filles, 5% pour les garçons) comparé à un taux de 5% au niveau national chez les 15-49 ans. Le profil de la vulnérabilité au VIH en 2012 (basé sur le niveau des connaissances de l'épidémie, de sa transmission, des rapports sexuels à risque, de l'accès aux services de prévention et de prise en charge) montre que pratiquement tous les adolescents sont exposés au VIH, dont 84% sont vulnérables. Les facteurs associés à la vulnérabilité sont surtout liés à une sexualité précoce et un écart d'âge de 10 ans entre la jeune fille et son partenaire. La vulnérabilité des adolescents de 15-19 ans s'est accrue, notamment chez les filles (+31%) et chez les jeunes ayant un niveau d'étude supérieur (+33%)<sup>134</sup>.

<sup>134</sup> Analyse comparative de la vulnérabilité au SIDA et la réponse chez les adolescents et les jeunes en Côte d'Ivoire (2005-2012), ONUSIDA, Université de Montréal, USI, 2013

Figure 13: Taux de progression de la vulnérabilité des adolescents et jeunes de 15 et 24 ans entre 2005 et 2012 en fonction des régions



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005.

L'enquête EDSCI-III 2011-2012 montre que la prévalence de VIH dans la population des 15-24 ans a diminué de 3,2% en 2005 à 1,3% en 2012. Les jeunes des régions de Sud-Ouest et Centre-Ouest sont particulièrement affectés avec respectivement 3,7%, 2% et 1,2% de prévalence contre une moyenne nationale de 1,3%.

La prévalence chez les femmes est presque le double de celle des hommes au niveau national (4,6% comparé à 2,7% respectivement). La féminisation de l'infection au VIH est beaucoup plus accentuée parmi les jeunes de 15-24 ans, avec une prévalence de 1,1% chez les garçons et de 9,5% chez les filles, soit un ratio de 1 à 7. Et ce, malgré une baisse de la prévalence chez les jeunes filles de 15-24 ans entre 2005 et 2012 (Analyse comparative 2005-2012).<sup>135</sup>

Figure 14: Taux de prévalence VIH 2005

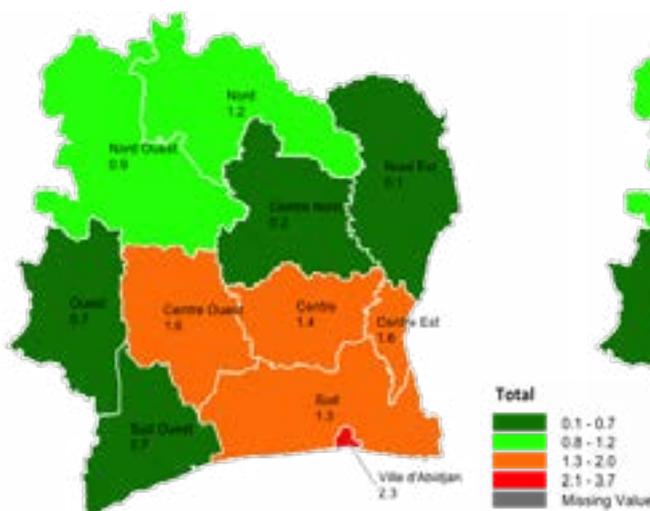
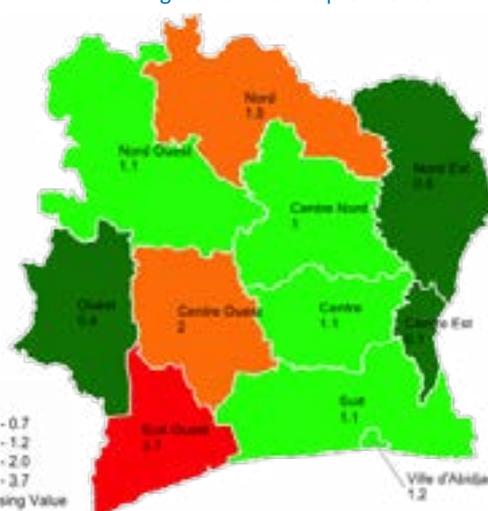


Figure 15: Taux de prévalence VIH 2012



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005.

<sup>135</sup> Analyse comparative de la vulnérabilité au SIDA et la réponse chez les adolescents et les jeunes en Côte d'Ivoire (2005-2012), ONUSIDA, Université de Montréal, USI, 2013

La majorité des filles âgées de 12-18 ans n'ont pas d'expériences de vie courante favorables à la prévention des comportements à risques. Elles ont un accès limité aux informations et aux services adaptés de santé de la reproduction. Les faibles ressources des ménages auxquelles elles appartiennent les prédisposent à adopter des comportements à risque en échange d'avantages. C'est le cas des rapports sexuels intergénérationnels dans lesquels les jeunes filles sont contraintes de s'engager et qui constituent un des facteurs d'exposition au risque d'infections sexuellement transmissibles.

Une partie des jeunes filles se retrouvent dans des situations de prostitution. Dans 18 villes de Côte d'Ivoire où une étude a été réalisée, un professionnel du sexe sur deux (54%) est âgé de moins de 25 ans et 18% sont des adolescents.<sup>136</sup> Les unions associées aux rapports sexuels précoces et forcés participent à banaliser la relation sexuelle chez les adolescentes, les prédisposant à la multiplication des partenaires et à la prostitution.

Selon cette même étude, 58% des professionnels du sexe auraient contracté un mariage avant l'âge de 20 ans. L'usage des drogues et de l'alcool concerne une bonne partie des professionnels du sexe : 62% consomment de l'alcool et 7% des drogues dure. La proportion d'adolescentes reste inconnue, mais réelle.

Les adolescents scolarisés ne sont pas outillés en informations et en compétences de vie courante en matière de sexualité et d'IST du fait de l'insuffisance d'enseignement en santé scolaire. Cette tendance est plus marquée chez les jeunes en dehors de l'école qui fréquentent moins les centres d'écoutes et de conseils, pourtant construits aussi bien pour eux que pour leurs pairs scolarisés.<sup>137</sup>

### ***L'offre de services de santé sexuelle et reproductive des adolescents est limitée et inéquitable***

En Côte d'Ivoire, 450 000 personnes vivent avec le VIH-SIDA, dont 60 000 adolescents et jeunes (UNAIDS 2012). Il est estimé que 14 000 jeunes de 15-24 ans sont infectés chaque année.<sup>138</sup> La plus grande partie des ressources dédiées à la lutte contre le VIH sert essentiellement au financement des ARV et autres intrants.<sup>139</sup> Très peu de ressources sont dédiées à la prévention. Il n'y a que 30 centres d'écoute et de conseil sur l'ensemble du territoire. Les services appropriés aux adolescents et jeunes ne sont pas intégrés dans les services de santé.

### ***Usage de drogues***

La prévalence d'usage de drogues est mal connue en Côte d'Ivoire, mais mérite une attention particulière. L'étude réalisée sur les femmes dans 18 villes de Côte d'Ivoire montrent qu'à Abidjan, chez les professionnelles du sexe, 16% consomment la cocaïne, 2,6% l'héroïne et 17% le cannabis. Dans les villes de l'intérieur du pays, les taux sont respectivement de 24%, 2% et 28%.<sup>140</sup>

<sup>136</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Analyse des connaissances, attitudes et pratiques des professionnels du sexe dans 18 villes de Côte d'Ivoire. ENSEA, PUMLS.<sup>1</sup>

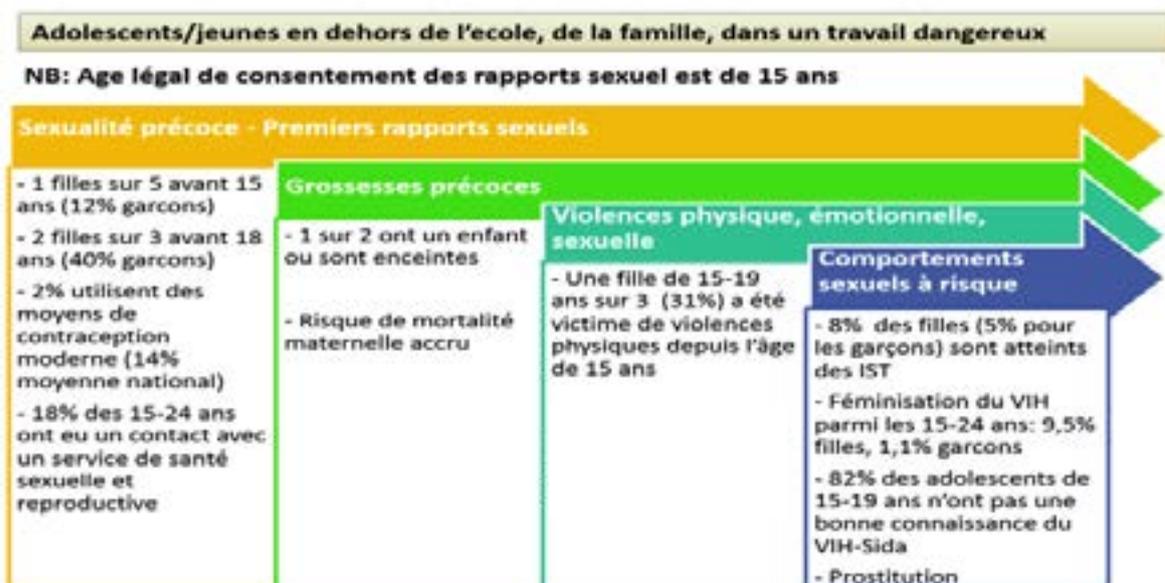
<sup>37</sup> ONUSIDA, Analyse comparative de la vulnérabilité au SIDA et la réponse chez les adolescents et les jeunes en Côte d'Ivoire (2005-2012), Université de Montréal, USI, 2013.

<sup>138</sup> Analyse secondaire comparative, EDS 2005-2012.

<sup>139</sup> Etude en cours : 13% du GFAMT, 7% PEPFAR.

<sup>140</sup> Voir Rapport d'analyse des connaissances, Attitudes et Pratiques du professionnel (le)s du sexe dans dix-huit villes de la Côte d'Ivoire.

## LES ANNEES DE L'ADOLESCENCE : 12-19 ANS EN COTE D'IVOIRE UN POTENTIEL HUMAIN ÉRODÉ PAR LES VULNÉRABILITÉS



Source : OMS, Etude Mondiale sur la violence, 2008.

### 4.3 - NEGLIGENCES, ABUS ET VIOLENCES UN RISQUE REEL POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN CÔTE D'IVOIRE, UNE MENACE POUR LE CAPITAL HUMAIN

Les violences et les abus à l'encontre des enfants découlent avant tout des perceptions, attitudes et comportements dictés par les normes sociales dominantes. Certes, la pauvreté, la fragilisation des cellules familiales et la violence des rapports sociaux induite par une décennie de crise politico-militaire ont naturellement accru les risques de violences et d'abus à l'encontre des enfants. Mais l'exposition des enfants aux violations dépend surtout de la façon dont leur statut est défini, leurs besoins compris et le respect de leur intégrité physique et psychologique reconnu.

L'enfant a une place particulière dans l'organisation familiale et communautaire. Son statut diffère notamment selon les groupes sociaux, l'âge et le sexe de l'enfant. Ce statut détermine les droits et les devoirs de l'enfant : ce qu'il est en droit de recevoir et ce que l'on attend de lui. Identifier la « ligne de partage » entre enfants et adultes est importante pour comprendre les raisons de certaines pratiques relatives aux enfants dans une communauté donnée.

L'adolescence n'est pas systématiquement reconnue comme une phase de croissance et de développement. Ce phénomène entraîne les enfants directement à un statut d'adulte, sans tenir compte de leur immaturité physiologique et psychologique. Or, du fait de cette immaturité, la violence a un impact démultiplié et parfois irréversible sur l'enfant et l'adolescent, comparativement à une victime adulte.

La violence renvoie à tout acte physique ou verbal qui porte gravement atteinte à l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant et est de nature à entraver son développement. La maltraitance affecte le bien-être physique et l'équilibre psychologique de l'enfant, détruit son sentiment de sécurité et affecte son estime de soi.

Un enfant maltraité développe anxiété, agressivité, sentiments de honte et de culpabilité, des troubles psychosomatiques (maux d'estomac, maux de tête) et des symptômes dépressifs (tristesse, repli sur soi, isolement volontaire, phobies). Son développement est compromis de par son aspect physique (croissance et développement moteur), psychoaffectif (relations avec autrui et au niveau de ses compétences) et social (intégration sociale).

L'impact dramatique de la violence ne se fait pas sentir seulement sur les victimes, mais entraîne un coût pour la société et le système de santé. La transmission de la violence est intergénérationnelle : les enfants abusés ou maltraités ont plus de chances d'être des parents abuseurs ou maltraitants et les garçons victimes de violences ont plus de chances de commettre des actes de violence contre leur partenaire intime.<sup>141</sup> Parallèlement, la violence subie pendant l'enfance ou l'adolescence accroît les risques de comportements sexuels à risques et de dépendances à l'alcool et aux substances psychotropes une fois l'âge adulte atteint. L'exposition répétée au stress émanant d'une maltraitance durant l'enfance altère les systèmes hormonaux et cérébraux. Elle augmente aussi les risques de maladie chronique.<sup>142</sup>

Certaines formes de violences sont perçues comme des formes de socialisation comme les châtimts corporels, le travail et les mutilations génitales féminines (MGF). Toutefois, ces normes sociales peuvent cacher des formes extrêmes de maltraitance. Parallèlement, lorsque la violence est reconnue, son impact sur l'enfant est minimisé. Les réponses proposées sont inadéquates au bien-être et à l'intérêt supérieur de l'enfant. La réalité des risques de violences faites aux enfants intervient dans trois sphères : familiale, communautaire et institutionnelle.

### **Les violences physiques et émotionnelles**

La méconnaissance des besoins fondamentaux, en particulier émotionnels des enfants, et le recours aux châtimts corporels, à la violence verbale et psychologique dans le processus d'éducation des enfants demeurent des pratiques largement répandues et acceptées. En Côte d'Ivoire, plus d'une mère sur trois considère correct la punition physique comme méthode d'éducation..

Selon la MICS 2006, 71% des enfants âgés de 2-14 ans subissent des corrections physiques mineures. Un enfant sur cinq (21%) est victime de corrections physiques **sévères**<sup>143</sup>. La problématique ne réside pas dans l'efficacité de la fessée ou de la tape sur les mains comme outil pédagogique valable, mais de souligner l'ampleur des corrections physiques graves à l'encontre des enfants dans la sphère domestique. Les corrections sévères ont un impact négatif à long terme sur le développement psycho-émotionnel de l'enfant et peuvent résulter à des comportements à risques, voire à la violence.<sup>144</sup> Derrière un cadre éducatif familial éventuellement répressif peuvent ainsi se cacher des formes extrêmes de maltraitance.

On constate très peu d'écarts de la prévalence de la violence physique sévère entre les sexes (21%), les milieux urbain et rural (22% contre 21%) et le niveau de revenu (19% chez les plus riches et 21% chez les plus pauvres).<sup>145</sup> Autrement dit, la violence contre les enfants concerne indifféremment filles et garçons et traverse toutes les couches de la société. Le niveau d'instruction supérieure de la mère apparaît être le facteur le plus influent : 17% des enfants ayant une mère avec un niveau d'instruction secondaire ou plus sont victimes de punitions physiques sévères, comparé à 22% pour ceux qui ont une mère sans instruction. Les enfants les plus exposés sont dans la région du Nord-Ouest (31%), comparé au Centre-Ouest (14%).<sup>146</sup>

<sup>141</sup> VAC/GBV study in South Asia, 2013.

<sup>142</sup> OMS, Etude Mondiale sur la violence, 2008 ; University of Georgia, Child Maltreatment victims lose 2 years of quality, 2008.

<sup>143</sup> MICS 2006 - châtimts corporels sévères : Frapper avec un objet ; Frapper au visage/a la tête ; Passer sur le corps du feu ou un instrument chaud.

<sup>144</sup> Etude sur la violence et la santé publique, OMS 2002.

<sup>145</sup> 17% des enfants de moins de 5 ans et 22% des enfants de 5-14 ans ont subi des corrections physiques sévères (17%).

<sup>146</sup> Toutes les données ci-dessous proviennent de la MICS 2006.

Les violences verbales sont très répandues et touchent 87% des enfants, filles comme garçons<sup>147</sup>. Ces violences, si elles sont fréquentes ou prolongées dans le temps, affectent l'estime de soi, la relation aux autres et, plus globalement, ses compétences de vie courante.

Selon l'EDSCI-III 2011-2012, une fille sur quatre âgées de 15-17 ans (25%) et environ un tiers des filles de 15-19 ans (31%), ont été victimes de violences physiques depuis l'âge de 15 ans. Des écarts très importants existent entre le Nord-Ouest (49%), Abidjan, le Sud et le Sud-Ouest (environ 40%), et le Centre (23%).<sup>148</sup>

### ***Les violences sexuelles: un phénomène répandu et toléré***

Selon l'EDSCI-III 2011-2012, 4,7% des filles de 15-19 ans ont subi des violences sexuelles de la part de leur partenaire intime dans les 12 mois précédant l'enquête.<sup>149</sup> La prévalence chez les jeunes filles reflète l'incidence chez les femmes de 15 à 49 ans (4.5%). Contre toute attente, la violence sexuelle ne s'inscrit pas dans un contexte de violence urbaine, car il n'y a pas de différence entre milieux urbains et ruraux. Les filles sont les plus exposées dans les régions de l'Ouest (8%), le Nord-Ouest (7%) et Abidjan (6%). Dans ces régions, une proportion très importante des femmes estime qu'il est justifié qu'un homme batte sa femme en cas de refus de rapports sexuels (58% au Nord-Ouest et Ouest 29% ; 26% au Nord).

Les études prouvent que les violences sexuelles ont été exacerbées au moment de la crise politico-militaire dans certaines zones. Une enquête menée en 2008 dans les huit départements les plus touchés par la crise (incluant l'Ouest, le Centre et Abidjan) a démontré que 20% des filles et femmes âgées de 15-49 ans avaient déjà été victimes de violences sexuelles dans l'année précédente.

Il n'existe pas de données nationales permettant de mesurer correctement l'ampleur réelle des violences sexuelles exercées pendant l'enfance et l'adolescence contre les garçons ou contre les filles. Dans quatre DRENET de Côte d'Ivoire, il est estimé que près d'un enseignant sur deux (47%) a admis avoir des relations sexuelles avec les élèves, ce qui laisse présager l'ampleur et la banalisation des abus sexuels sur les mineurs dans les écoles. Ces abus ne sont pas perçus comme tels et leur impact sur les enfants est minimisé, entraînant peu de répression contre les agresseurs. Selon l'enquête menée en 2014 auprès des élèves du primaire et du secondaire, 5% des étudiants déclarent avoir été victimes de violences sexuelles.<sup>150</sup>

### ***Limites dans l'accès des victimes aux services et dans la répression des abus***

Rares sont les enfants victimes qui dénoncent l'abus dont ils ont fait l'objet. Selon l'EDSCI-III 2011-2012, seules 35% des filles de 15-19 ans victimes de violences ont recherché une assistance. Plusieurs facteurs expliquent ce phénomène: le traumatisme vécu, la difficulté à prendre conscience et/ou à mettre des mots sur ce qui s'est passé, le sentiment de honte et de culpabilité, la crainte d'être rejeté(e) par la famille ou la communauté, l'absence d'information sur les recours possibles.

La difficulté pour un enfant de trouver du secours réside notamment dans sa situation de dépendance vis-à-vis des adultes. La maltraitance d'origine familiale met l'enfant en porte-à-faux avec sa famille. Parallèlement, les parents minimisent l'impact à moyen et long terme de la violence commise sur l'enfant et se heurtent aux pesanteurs socioculturelles, ainsi qu'aux pressions communautaires et institutionnelles. Dans la gestion des cas de violences commises sur les mineurs, l'intérêt collectif et la cohésion sociale priment sur l'intérêt de l'enfant.

<sup>147</sup> Définir le contenu indicateur MICS 2013.

<sup>148</sup> Victime des actes suivants : bousculer ou secouer ; jeter un objet; gifler ou tordre le bras; frapper à coups de poings ou à l'aide d'un objet, donner des coups de pieds ou trainer à terre; étrangler ou brûler, menacer avec un couteau, un pistolet ou une autre arme.

<sup>149</sup> EDSCI-III 2011-2012.

<sup>150</sup> MENET, 2014, op. cit.

L'ignorance de l'impact de la violence, les pesanteurs socioculturelles, le tabou du recours à la justice formelle font que les familles préfèrent requérir aux mécanismes traditionnels de justice. De plus, l'ignorance des mécanismes formels, leurs coûts prohibitifs et la faible efficacité des services chargés d'appliquer la loi sont de nature à décourager toute initiative.

Une fois l'obstacle de l'accès aux services levé, la qualité de la prise en charge de l'enfant-victime est compromise par le déficit de personnel formé de façon adéquate, l'absence de procédures spécifiques pour assurer un continuum dans la prise en charge et le déni fréquent de justice.

Une prise en charge holistique des victimes de violences sexuelles prenant en compte les aspects psychosociaux, médicaux et juridiques n'est pas intégrée dans les différents plans nationaux. Les réponses demeurent partielles et ne sont pas pérennes.

La prise en charge des enfants victimes par les services sociaux ne repose pas sur des protocoles particuliers. Il n'existe pas de procédures pénales et de mesures particulières pour les enfants victimes et les témoins concernés. Les professionnels des services laissent aux familles la responsabilité de porter plainte, en dépit de leur obligation de signaler toute infraction pénale commise (article 55 du Code de Procédures Pénales). Par exemple, des enfants peuvent arriver dans une structure sanitaire, y être soigné pour un cas de paludisme tout en présentant des stigmates de maltraitance ou être un cas avéré de violences sexuelles, et repartir en famille sans que le signalement soit fait aux services sociaux et/ou au procureur pour enquête et assistance.

La prise en charge médicale des enfants victimes de violence est limitée en raison de la non-disponibilité des kits de prophylaxie post-exposition pour la prévention du VIH dans les centres de santé de premier contact. De plus, l'accès à l'information est insuffisant au niveau des communautés.

L'élément déclencheur de l'action juridique à l'encontre des auteurs de violences sexuelles est le certificat médical dont le coût est estimé à 50 000 FCFA. Cette somme relativement élevée décourage les familles des victimes à initier les procédures juridiques.

Compte tenu de tous ces facteurs limitatifs, seuls les cas extrêmes relatifs aux abus sexuels commis par des adultes extérieurs à la famille et à la communauté ont de fortes chances d'être portés à la connaissance des autorités. Les enfants victimes de violence ou d'abus le sont à trois égards : les traumatismes liés à la violence, la réponse inadéquate et la stigmatisation au sein de la communauté. Tolérée et banalisée, la violence faite aux enfants porte le risque de transmission intergénérationnelle.

### ***La circulation et le placement des enfants en dehors de la sphère parentale***

En Côte d'Ivoire, près d'un ménage sur trois (30%) accueille des enfants de moins de 18 ans vivant sans leurs parents biologiques, des enfants dit placés. La circulation et le placement des enfants en dehors de la sphère parentale touchent tous les enfants et augmentent avec l'âge. Seulement un enfant sur deux habite avec ses deux parents alors que 7% des moins de 5 ans, 21% des 5-9 ans, 30% des 10-14 ans et 41 % des 15-17 ans ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques.<sup>151</sup> Les filles sont plus nombreuses que les garçons à vivre sans leurs parents dans une situation de placement.<sup>152</sup> La quasi-totalité des enfants placés (80%) ont leurs deux parents en vie.<sup>153</sup>

Les régions Centre (31%), Centre-Est (24%) et Sud (23%) ont les proportions les plus élevées d'enfants placés. Il n'y a pas de différences majeures dans les caractéristiques des ménages d'accueil qu'ils soient ruraux (27%) ou urbains (33%), riches (25%) ou pauvres (17%) ou selon le niveau d'instruction du chef de ménage.

<sup>151</sup> EDSCI-III 2011-2012, Tableau 19.3, p.370.

<sup>152</sup> Filles 33%, garçons 19%.

<sup>153</sup> 16,1% des enfants ayant leurs deux parents en vie et 3,7% ayant un parent en vie.

La circulation et le placement des enfants en dehors de la cellule familiale résultent de traditions inscrites dans un contexte socioculturel et historique. Ils sont aussi influencés par des mutations sociales et économiques ainsi que la paupérisation des familles au cours des dernières décennies. La dynamique de placement peut répondre à des stratégies de scolarisation ou de formation des enfants, mais peut aussi traduire une stratégie de résilience et de survie du ménage d'origine ou du ménage d'accueil.

Les enfants ne vivant pas avec leurs parents biologiques encourent de plus grands risques de privations et de mauvais traitements que ceux résidant avec leurs parents biologiques.

Il n'y a pas de différences entre les enfants placés et les enfants du chef de ménage en ce qui concerne l'implication dans les affaires économiques familiales. Par contre, les enfants placés travaillent davantage à l'extérieur de leur foyer d'accueil, notamment parmi les adolescents de 12-14 ans (14% des 12-14 ans placés contre 11,8% des 12-14 ans vivant avec leurs deux parents).<sup>154</sup>

**Les enfants orphelins.**

Près d'un enfant sur 10 (9%) des moins de 18 ans a perdu au moins un de ses parents.<sup>155</sup> Cette proportion augmente avec l'âge, pour atteindre un enfant sur cinq de 15-17 ans.<sup>156</sup> Un ménage sur sept (14%) comprend des enfants orphelins.<sup>157</sup> Lorsque les deux parents sont vivants mais vivent séparés, l'enfant a plus de chance de vivre avec sa mère qu'avec son père (13,7% des enfants contre 7,2%). En cas de décès de la mère seulement, l'enfant a deux fois plus de risques d'être placé et d'être éloigné du parent survivant qu'en cas de décès du père.<sup>158</sup>

Les enfants orphelins des deux parents ont deux fois moins de chances de fréquenter l'école que ceux vivant avec leurs deux parents biologiques. Les filles orphelines des deux parents sont doublement pénalisées. Elles ont deux fois moins de chance d'être scolarisées que les filles non-orphelines ou celles vivant avec au moins un de leurs parents. Elles ont aussi deux fois moins de chance que les garçons orphelins.<sup>159</sup>

Figure 16: Impact de la vulnérabilité des adolescents sur les enjeux de la paix et la cohésion sociale en Côte d'Ivoire



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012.

<sup>154</sup> EDSCI-III 2011-2012, Tableau 19.6, p374.

<sup>155</sup> Un enfant sur cent a perdu ses deux parents.

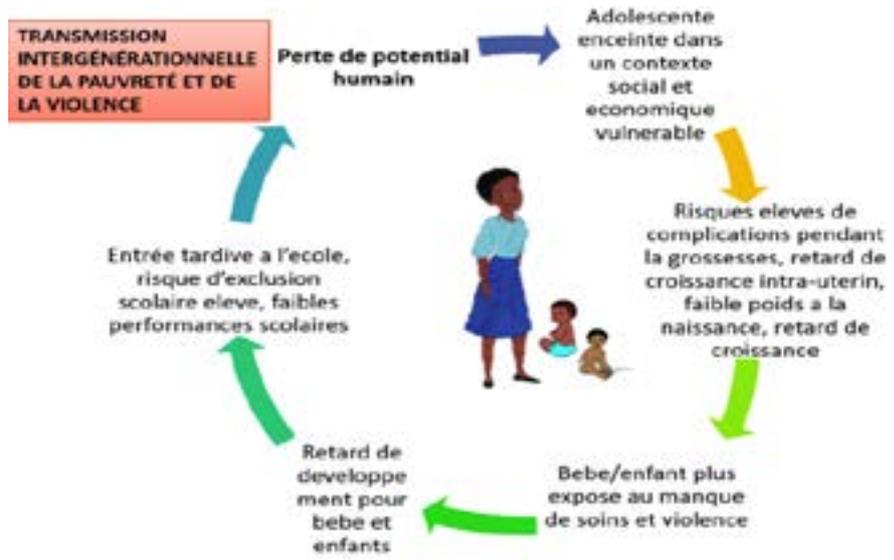
<sup>156</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 19.3 p. 370.

<sup>157</sup> 2% des ménages accueillent des orphelins de deux parents et 12% des orphelins d'un seul parent.

<sup>158</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 19.3 p. 370.

<sup>159</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 19.4 p. 371.

Figure 17: Transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de la violence



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012.

**Les enfants en institution**

En Côte d'Ivoire, le nombre d'enfants en institutions et leurs conditions de vie sont largement méconnus. Les enfants privés d'encadrement parental du fait d'un abandon anonyme ou sur décision de justice font l'objet de placements en institutions, faute d'un réseau professionnalisé et encadré de familles d'accueil. La Côte d'Ivoire compte quatre pouponnières, deux orphelinats publics, et trois villages SOS. Une étude menée en 2013/2014 a recensé 60 structures privées offrant des services d'hébergement.

En Côte d'Ivoire, il n'existe pas de standards nationaux en matière de prise en charge alternative, de critères et de modalités de placements et de services d'accueil en institution. Une grande partie des structures privées opèrent sans l'agrément des autorités administratives et sans faire l'objet de contrôles périodiques. Les enfants y sont placés pour des durées plus ou moins longues, voire indéterminées pour les handicapés non-adoptables.

En Côte d'Ivoire, le recours au placement en institution est la mesure privilégiée contrairement à ce que préconisent les conventions internationales. Ces enfants placés en institution vivent et grandissent à l'écart, privés des liens affectifs et des stimulations d'un encadrement à base familiale et communautaire. Dans l'isolation des centres, faute de mécanismes de contrôle et de sanctions administratives, les enfants sont exposés aux risques de négligence et de maltraitance.

**4.4 - L'UTILISATION ABUSIVE ET DANGEREUSE DU TRAVAIL DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS**

Le travail des enfants est promu et toléré même à un âge précoce. Cependant, la nature ou les conditions de ce travail ne sont pas toujours adaptées à l'enfant et peuvent basculer très facilement dans des situations abusives ou dangereuses.

L'EDSCI-III 2011-2012 définit comme préjudiciable, le travail concernant les enfants ayant exercé (i) une activité économique pendant au moins une heure pour les 5-11 ans et (ii) 14 heures ou plus chez les 12-14 ans, et/ou (ii) ont effectué des travaux domestiques pour 28 heures ou plus par semaine, dans la semaine précédant l'enquête.



Parallèlement pour le BIT, le travail est à abolir dans les cas de (i) tous les enfants économiquement actifs âgés de moins de 14 ans, c'est-à-dire ceux ayant effectué une heure de travail et ; (ii) tous les enfants travailleurs de 14-17 ans effectuant un travail dangereux.<sup>160</sup> Parmi les pires formes de travail, on trouve le travail dangereux, le travail forcé et la traite.<sup>161</sup>

Tableau 3: Enfants de 5 à 14 ans au travail

Caractéristiques	% qui travaille
<b>TRANCHES D'ÂGE</b>	
5-11	43%
5-14	39%
12-14	28%
<b>SEXE DE L'ENFANT</b>	
Filles	42%
Garçons	36%
<b>QUINTILE DE BIEN ETRE</b>	
Le plus pauvre	57%
Intermédiaires	42%
Le plus Riche	15%
<b>REGIONS OU LA MOITIE OU PLUS DES ENFANTS TRAVAILLE</b>	
Nord-Ouest,	58%
Nord	54%
Ouest	52%
Nord-Est	51%
Sud-ouest	50%

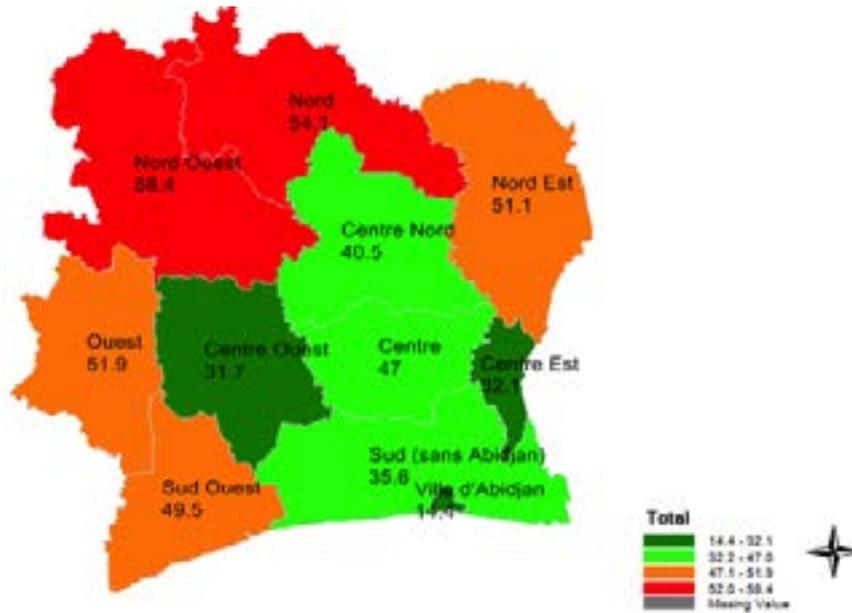
Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Tableau 19.6 page 374.

En Côte d'Ivoire, un enfant sur trois âgé de 5-14 ans travaille, soit 1,6 millions d'enfants. Le milieu de vie détermine les risques pour un enfant de travailler : les enfants vivant dans les ménages pauvres, en zone rurale, dans un ménage dirigé par un chef non-instruit ont deux à trois fois plus de chances de travailler que les autres enfants. Plus de la moitié de la population des enfants des régions du Nord-Ouest, Nord, Ouest et Nord-Ouest travaille. Une plus grande proportion de filles (42%) que de garçons (36%) travaille en comparaison avec les garçons (36%).

<sup>160</sup> Le travail est jugé dangereux pour un enfant : (i) lorsqu'il est exercé dans les mines, les carrières, les lieux de construction ou dans tout milieu mentionné dans l'Arrêté n°009MEMEASS/CAB du 19 janvier 2012 ; (ii) lorsqu'il est effectué de nuit ou (iii) ou s'il dure plus de quarante heures par semaine.

<sup>161</sup> MEMEASFP/BI, Enquête sur les PFTE, 2013.

Figure 18 : Travail des enfants 5-14 ans

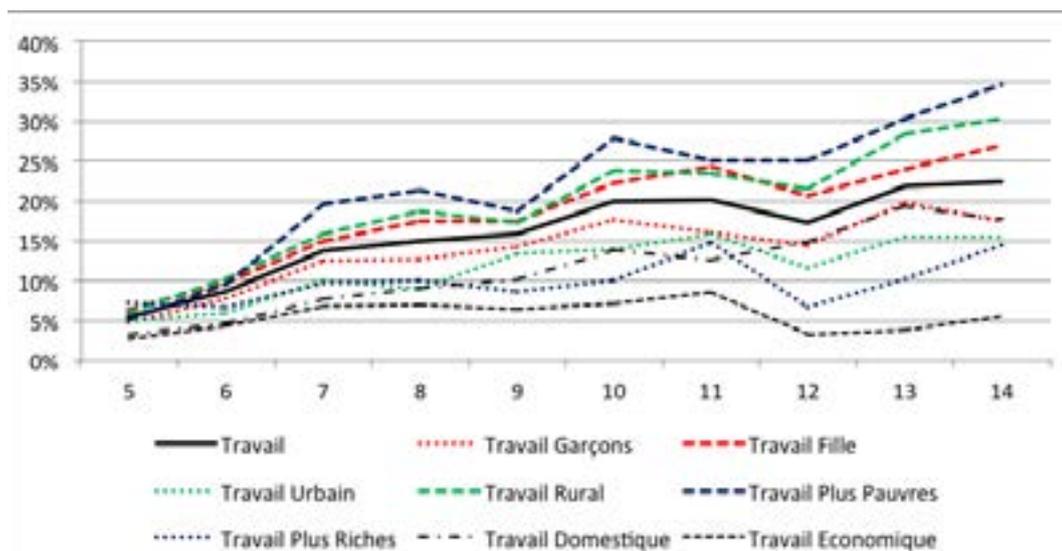


Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012, Enquête sur les Indicateurs du SIDA 2005.

La pauvreté est un facteur aggravant de l'utilisation de la force de travail des enfants : la proportion des 12-14 ans impliquée dans une activité économique pendant 14 heures ou plus augmente considérablement chez les enfants des ménages les plus pauvres (43% contre 9% chez les ménages les plus riches), sans différence de genre.

Le graphique 21 présente l'étendue et la précocité du travail, et ce, dès l'âge de 5 ans. Il affecte particulièrement les filles et les enfants issus d'un milieu rural ou de ménages pauvres. Le pourcentage des enfants mis au travail augmente très rapidement avec l'âge, notamment à partir de 12 ans, âge auquel 20 à 35% des enfants défavorisés travaillent. Pour les enfants vivant dans les ménages urbains pour riches, et pour les garçons, les risques de travail préjudiciable sont deux fois moins élevés (10 et 20% des enfants).

Graphique 21: Utilisation de la force de travail des enfants : 12-14 ans.



Source : INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS 2011-2012.

### Travail des enfants dans et en dehors du cadre familial

Près de deux adolescents sur trois de 12-14 ans (61%) exercent une activité économique dans un cadre familial et 13% en dehors du ménage. On estime que 3% des adolescents font plus de 28 heures de travaux domestiques par semaine. La majorité de ces enfants ne perçoivent pas de rémunération.<sup>162</sup>

### Relations entre travail des enfants et scolarité

Le travail des enfants entraîne un parcours scolaire défavorable, plaçant l'enfant dans une situation préjudiciable à son développement. Ainsi, 42% des enfants de 5-14 ans qui travaillent en Côte d'Ivoire ne fréquentent pas l'école.<sup>163</sup> Les enfants impliqués dans une activité économique sont les premiers à abandonner l'école.

Le travail occasionne une réduction du temps consacré à l'étude, au repos et aux loisirs, affectant le développement psychosocial et la réussite scolaire. On observe ainsi une baisse de scolarisation parmi les enfants travailleurs au fur et à mesure qu'ils grandissent. Chez les adolescents de 12-14 ans, seulement 38% des enfants travailleurs sont scolarisés, comparé à une moyenne de 64% pour cette tranche d'âge.<sup>164</sup> Le type d'occupation économique chez les enfants travailleurs influence aussi la scolarisation. Ils sont 64% à exercer une activité économique y compris 26% pour plus de 14 heures par semaine.

### Travail abusif ou dangereux et le travail forcé des enfants

Les données du BIT nous renseignent davantage sur la nature et les conditions du travail des enfants de 5 à 17 ans. Les enfants consacrent de nombreuses heures au travail ou sont engagés dans un travail dangereux pour leur survie et leur développement. En moyenne, les 5 à 13 ans travaillent 30 heures par semaine et le 14 ans et plus consacrent 37 heures au travail par semaine. Les enfants scolarisés impliqués dans les activités économiques travaillent en moyenne 25 heures par semaine.

Le pourcentage d'enfants actifs économiquement a augmenté de 32% entre 2008 et 2011, principalement dans les régions avoisinantes celle des Lagunes et d'autres qui n'ont pas été affectées par les conflits.<sup>165</sup>

On estime que, sur 29% des enfants de 5 à 17 ans actifs économiquement, 70% sont en danger dû à leur implication dans un travail à abolir, soit 1 622 140 enfants en 2011. Parmi eux, 56% sont dans le secteur agricole, 22% dans le travail domestique et 16% dans le commerce. Parmi eux, les enfants âgés de 5-13 ans travaillent en moyenne 50 heures par semaine, tandis que les enfants âgés de 14 ans et plus, travaillent en moyenne 56 heures. La grande majorité des enfants (84%) est impliquée dans les activités économiques avec leurs parents en qualité d'aides. 7% d'entre eux sont employés et 5% d'enfants travaillent à leur propre compte.

Tableau 4: Taux d'occupation des enfants de 5 à 17 ans entre 2008 et 2011

	Ensemble		Economiquement occupés		Travail des enfants**		Travail dangereux***		Travail forcé***		Traite****	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
TOTAL	7,581,338		2,213,708	29,2	1,622,140	73,3	517,888	31,9	97,719	6,0	77,782	79,6

Source : Enquête sur les PFTE, MEMEASFP/BIT, 2013.

<sup>162</sup> 4,6 % des enfants de 5-11 ans exercent une activité économique sans être payés et un 1,5% en étant payés. Chez les 12-14 ans, 7,3% des enfants de 12-14 ans exercent une activité économique sans être payés et 5,5% reçoivent un salaire.

<sup>163</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 19.7 p. 377.

<sup>164</sup> INS, Enquête Démographique et de Santé EDS-MICS2011-2012 Tableau 19.7 p. 377.

<sup>165</sup> Etude du BIT

Les enfants économiquement actifs dans les régions Sud Comoé (50%), Denguelé (46%), Savane (43%), Vallée du Bandama (38%), Sud Bandama (36%), Bas Sassandra (35%) sont les plus exposés à un travail dangereux.

L'étude évalue que 74% des garçons travailleurs sont dans le secteur de l'agriculture. Parmi eux, 21% se trouvent exposés à un travail dangereux. Dans le commerce, 58% des garçons sont exposés au danger. En ce qui concerne les filles qui travaillent, 38% sont employées dans le travail domestique, 37% dans l'agriculture et 22% dans le commerce. Parmi celles employées dans l'agriculture, 19% font un travail dangereux. 42% des filles (90 535) qui travaillent dans le commerce font un travail dangereux.

Tableau 5: Fréquence de répartition des enfants (garçons et filles) par secteur d'activité

Garçons dans un travail à abolir	Garçons dans un travail dangereux	Filles dans un travail à abolir	Filles dans un travail dangereux	Total enfants dans un travail dangereux	
Agriculture	642 466	180 394 28%	270 176	70 914 26%	251 308
Commerce	78 836	50 274 64%	172 181	90 535 53%	140 809
Travail domestique	81 327	2 026 15%	274 927	69 855 25%	81 881
Mines	6 999	6 999 100%	9235	9 235 100%	16 234
Transport	17 162	14 148 82%	3 882	3882 100%	18 030
<b>TOTAL</b>					<b>508 262</b>

Source : Enquête sur les PFTE, MEMEASFP/BIT, 2013.

### Le secteur cacaoyer occupe une place centrale en Côte d'Ivoire – le premier pays producteur mondial

L'activité cacaoyère est caractérisée par un réseau dense de petits producteurs pratiquant une agriculture familiale. On estime à plus de 600 000 le nombre de plantations de taille moyenne ou réduite (moins de 3,5 ha). Une étude nationale commanditée en 2002 par l'OIT et l'USAID avait permis d'estimer à 616 500 le nombre d'enfants travaillant dans la production de cacao.<sup>166</sup> Les enfants non-scolarisés sont davantage impliqués dans toutes les tâches de production, comme l'épandage des pesticides (avec pour corollaire des affections respiratoires et dermatologiques) et le nettoyage de terres. Les enfants souffrent de divers maux : les morsures d'insectes et de serpents, les blessures par machette, le port de lourdes charges et la fatigue extrême.

Selon l'étude la plus récente sur le Travail des enfants en Côte d'Ivoire (ENSETTE 2014)<sup>167</sup>, il apparaît que l'exposition des enfants au travail à abolir et au travail dangereux s'est légèrement aggravée. Plus d'un enfant âgé de 5 à 17 ans sur quatre est économiquement occupé, avec en moyenne 35 heures de travail auxquelles s'ajoutent 12 heures hebdomadaires de tâches ménagères. Parmi ces enfants, 1 424 996 enfants sont engagés dans un travail à abolir, soit un enfant sur cinq âgés de 5-17 ans en Côte d'Ivoire (20%). Ce phénomène touche davantage les filles, que ce soit en zone urbaine ou rurale et intervient dans un cadre essentiellement familial (64 % de ces enfants sont des aides familiaux et 9% salariés). Les enfants dans les régions des Montagnes, Worodougou, Denguelé, Moyen Cavally, des Savanes et du Bafing sont plus exposés (près de quatre enfants sur dix). Les enfants impliqués dans un travail à abolir sont d'abord dans l'agriculture (49%), même si plus d'un tiers est dans les services (38,5%), et un enfant sur dix est dans l'industrie (12,4%).

<sup>166</sup> IITA, OIT, CEPRASS: "Les pratiques de travail dans la production cacaoyères en Côte d'Ivoire, 2002.

<sup>167</sup> Enquête nationale sur la Situation de l'Emploi et du travail des Enfants, rapport descriptif sur le travail des enfants, Ministère du Plan et du Développement / BIT, Aout 2014.

Parmi les enfants âgés de 5 à 17 ans astreints à un travail à abolir, 539 177 sont victimes de travail dangereux, soit 37,8%. Les enfants des régions de l'Agnéby, d'Abidjan, du Sud Comoé ou des Lagunes sont les plus exposés au travail dangereux. Ce phénomène touche particulièrement les filles, et s'inscrit essentiellement dans un cadre familial (50% d'aide familiaux) même si la proportion d'enfants travailleurs indépendants est importante (36%). Ces enfants travaillent en moyenne 51 heures par semaine filles comme garçons (respectivement 52 et 50 heures). Le danger est lié essentiellement au volume horaire de travail (77%), mais 22% de ces enfants travaillent la nuit, 195 ont une occupation dangereuse, et près de 4% sont dans une branche d'activité dangereuse.

En attendant les résultats d'une enquête nationale sur le travail des enfants dans les plantations de cacao en 2014<sup>168</sup>, on estime aujourd'hui à 155 149 le nombre d'enfants travaillant de façon dangereuse ou abusive dans la production de cacao.<sup>169</sup> Ces enfants représentent 17% des enfants engagés dans un travail à abolir dans le secteur agricole. Cependant, le caractère dangereux n'est pas tant lié au type de culture qu'au type de tâches réalisées dans l'agriculture. Ainsi, la grande majorité (57%) des enfants engagés dans un travail à abolir dans le secteur agricole cultive les céréales.

**La traite toucherait 77 782 enfants en Côte d'Ivoire** selon les dernières estimations<sup>171</sup>.

Le travail domestique est le secteur d'activité où la traite des enfants est le plus répandu : 41,6% des enfants victimes de traite le sont dans ce secteur. Le phénomène pèse principalement sur les filles en milieu urbain. La traite interne touche 89,1% des enfants concernés par la traite dans le travail domestique et 10,9% sont victimes de traite transfrontalière. Les enfants victimes de la traite interne proviennent de la région des Lagunes (16,2%), Montagnes (15,8%), Haut Sassandra (9,3%) et Zanzan (8,4%). Quant à la traite internationale, les principaux pays pourvoyeurs sont la Guinée (29,8%), le Burkina Faso (28,5%), le Ghana (26,8%) et le Sénégal (14,8%).



<sup>168</sup> L'étude sera menée par l'Université de Tulane, New Orleans (Etats-Unis).

<sup>169</sup> Estimations tirées des résultats de l'enquête sur les PFTE du MEMEASFP/BIT (2013) : 17% des 912 612 enfants engagés dans un travail à abolir dans l'agriculture le sont dans le cacao.

<sup>170</sup> Enquête nationale sur la Situation de l'Emploi et du travail des Enfants, rapport descriptif sur le travail des enfants, Ministère du Plan et du Développement / BIT, Aout 2014.

<sup>171</sup> MEMEASFP/BIT, Enquête sur les PFTE, 2013.

Tableau 6: Taux d'enfants touché par la traite des enfants en Côte d'Ivoire

Traite des enfants	Nombre total	%	Filles	Garçons	Filles	Garçons	5-13 ans	14-17 ans
Agriculture	14085	18%	6880	7205	49%	51%		
Commerce	15849	20%	12123	3726	76%	24%	53%	47%
Travail domestique	33860	44%	31878	1982	94%	6%		
Autres	13988	18%						
TOTAL	77782	100%						

Source : Enquête sur les PFTE, MEMEASFP/BIT, 2013

#### 4.5 - COMPORTEMENTS DELICTUEUX DES ADOLESCENTS: DES RISQUES ELEVES DE PRIVATION DE LIBERTE

Le système judiciaire en Côte d'Ivoire protège peu les droits des enfants en tant que victimes ou auteurs d'infraction. L'écart entre le traitement des auteurs d'abus contre les enfants (tolérance) et le traitement réservé aux mineurs qui ont commis une infraction (vision punitive) est une problématique qui nécessite d'être relevée.

Le principe de la spécialisation de la justice des mineurs est une réalité dans les différents textes. Les mineurs bénéficient d'un privilège de juridiction (art. 756 du Code de Procédure Pénale). L'irresponsabilité pénale bénéficie aux mineurs de 10 ans, tandis que l'excuse absolutoire de minorité bénéficie aux mineurs de 13 ans. La majorité pénale est fixée à 18 ans.

Malgré l'existence d'un cadre légal et institutionnel spécifique, la justice des mineurs en Côte d'Ivoire présente encore des insuffisances et de nombreux défis à relever.<sup>172</sup> Les magistrats chargés d'appliquer la loi dans le domaine des enfants sont au nombre de 34, soit un magistrat en charge dans chacune des juridictions. N'empêche, dans 70% des juridictions, les magistrats cumulent plusieurs fonctions, affectant ainsi le niveau de spécialisation attendu. Le personnel d'encadrement est constitué de 260 travailleurs sociaux et d'éducateurs responsables de la prise en charge des mineurs dans les structures rattachées à la Direction de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (DPJEJ) ou aux tribunaux. Cependant, il est réparti inégalement sur le territoire et ses objectifs ne sont pas clairement définis. Une Brigade de Protection des Mineurs a été créée en 1981 à Abidjan, avec une compétence territoriale nationale depuis 2006 par le biais de la Police criminelle. Mais cette brigade n'est fonctionnelle qu'à Abidjan et la loi n'oblige pas la Police judiciaire à transférer les mineurs détenus vers la Brigade

En termes des structures d'encadrement, la Côte d'Ivoire compte trois centres d'observation des mineurs (Abidjan, Bouaké et Man), un centre de rééducation à Dabou et quatre centres d'accueil d'origine associative. Sur les 23 établissements pénitentiaires de Côte d'Ivoire, seulement quatre disposent de quartiers réservés exclusivement aux mineurs, huit prévoient des cellules séparées pour la nuit et dix ne font aucune séparation entre mineurs et adultes.

D'une manière générale, l'administration de la justice des mineurs est encore orientée vers la répression et la privation de libertés. Un enfant qui a commis une infraction doit nécessairement être puni et « payer » pour la faute qu'il a commise.

<sup>172</sup> Voir le Rapport analytique de l'Etat des lieux de la justice pour mineurs en Côte d'Ivoire, MJDH, DPJEJ, 2013.

Sous la responsabilité des forces policières, les enfants subissent des violences et sont soumis à des traitements peu respectueux de leur dignité humaine et besoins de protection au cours des interpellations : déshabillage systématique, menottes, injures, menaces, sévices corporels, etc.<sup>173</sup>. Ils doivent aussi faire face à l'absence de commodités dans les lieux de garde à vue, à la cohabitation avec des adultes dans 39% des cas et à la quasi inexistence d'assistance juridique, médicale, alimentaire ou psychoaffective.<sup>174</sup>

Les forces policières sont également peu respectueuses des dispositions relatives aux délais de garde à vue<sup>175</sup>. Selon une enquête en 2010, 61% des enfants ont subi une garde à vue de plus de 72 heures. Or, le délai légal de la garde à vue est de 48 heures renouvelable une seule fois sur avis du Procureur de la République.<sup>176</sup>

En 2012, 865 mineurs ont fait l'objet de poursuites judiciaires sur la base de soupçons d'infractions à la loi pénale. On estime que 92% d'entre eux sont des garçons. La plupart des infractions commises par les mineurs pourraient être assimilées à des actes de survie, à un manque d'éducation ou à l'absence de conscience civique. Mais le fonctionnement du système ne permet pas de s'appuyer sur une analyse de la situation sociale personnelle du mineur. Les travailleurs sociaux n'interviennent pas durant la phase policière et manquent de moyens durant la phase judiciaire pour mener les enquêtes sociales.<sup>177</sup> Ainsi, dans 34% des cas, la recherche des familles ne se fait pas faute de moyens alloués aux travailleurs sociaux. La privation de liberté est la mesure la plus courante au sein des juridictions ivoiriennes, soit 82,50% des mesures prises par les magistrats.<sup>178</sup>

De nombreux mineurs sont mis sous observations de justice ou sous mandat de dépôt sans que cet élément ne soit porté à la connaissance de leurs responsables légaux, ce qui est une grave violation de la procédure pénale.<sup>179</sup> Or ces référents sont indispensables pour lever la garde ou libérer provisoirement l'enfant, car le juge doit être en mesure de remettre l'enfant à quelqu'un ou à une structure sociale adaptée. Ainsi, en l'absence de telles structures d'accueil, les mineurs se retrouvent privés de liberté sans limite de délai jusqu'à ce qu'un référent soit trouvé.<sup>180</sup> Cette situation, une violation de la procédure pénale, est totalement contraire aux standards internationaux relatifs aux conditions de mise en œuvre de mesures de privation de la liberté.

#### Encadré i

*« Nous concevons uniquement une justice punitive qui n'a d'autre but que de châtier. (...) Je soutiens qu'il existe une autre forme de justice, une justice réparatrice qui était le fondement de la jurisprudence africaine traditionnelle. Dans ce contexte-là, le but recherché n'est pas le châtiement ; en accord avec le concept d'ubuntu, les préoccupations premières sont la réparation des dégâts, le rétablissement de l'équilibre, la restauration des relations interrompues, la réhabilitation de la victime, mais aussi celle du coupable auquel il faut offrir la possibilité de réintégrer la communauté à laquelle son délit ou son crime ont porté atteinte. »*

**Desmond Tutu**

<sup>173</sup> 8% des mineurs interrogés affirment avoir été l'objet de sévices corporels par les policiers au cours de leur arrestation. 60% des mineurs affirment avoir mangé un repas par jour ou moins.

<sup>174</sup> Cf. Graphiques 8, 9, 10 et 11 sur les services existants et proposés aux mineurs durant la phase policière.

<sup>175</sup> Cf. Rapport « Etat des lieux » où il est noté que « 61% des enfants ont été en gardés à vue plus de 72 heures. Or, le délai légal de la garde à vue est de 48 heures renouvelable une fois sur avis du Procureur de la République ».

<sup>176</sup> BICE, 2010.

<sup>177</sup> Cf. Graphique 43 sur la recherche des parents durant la phase judiciaire. Dans 34% des cas, la recherche de famille ne se fait pas. La plupart du personnel éducatif ne bénéficiant pas de budget alloué à leurs frais de transport, alors les parents retrouvés par le personnel éducatif des juridictions se fait sur leurs fonds propres. Seul le Service d'Assistance Educative d'Abidjan dispose d'un budget alloué au transport. Dans 66% des cas, la recherche de familles est systématique.

<sup>178</sup> Cf. Graphique 74 « Etat des lieux sur la justice pour enfants en Côte d'Ivoire, p. 97 « Suite donnée aux affaires impliquant les mineurs ».

<sup>179</sup> Quelque soit la mesure prise par le juge, l'article 770 du CPP prévoit que les parents ou référents doivent être prévenus et que le mineur pourra bénéficier d'office d'un défenseur.

<sup>180</sup> Exemple d'une mineure ayant passé deux ans en garde provisoire depuis le 27 novembre 2011, au COM d'Abidjan pour une infraction de vol portant sur des numéraires et divers objets.

La mesure d'ordonnance de garde provisoire pour placer au sein des maisons d'arrêt et de corrections (MAC) a pour effet de priver l'enfant de sa liberté sans qu'il puisse bénéficier des garanties dues en principe aux prévenus. Le mineur est retenu pour une période indéterminée, en moyenne entre 2 et 4 mois en attendant qu'un parent se présente.<sup>181</sup> L'enfant est alors au contact du monde carcéral et ne bénéficie d'aucun accompagnement éducatif et social en vue de sa réinsertion. De nombreux enfants sont gardés en détention parce qu'ils ne peuvent justifier aucun référent parental. La plupart des enfants en infraction avec la loi sont en rupture avec leur famille.

En septembre 2013, selon les données fournies par la Direction de l'Administration Pénitentiaire, 168 mineurs séjournaient dans les 23 prisons fonctionnelles du pays, soit 1,6% de la population carcérale du pays.<sup>182</sup>

L'issue la plus fréquemment rencontrée, après une période sous ordonnance de garde provisoire (OGP) est la remise aux parents sans jugement ni suivi pour une réinsertion sociale.

Les mesures prises par les procureurs et les juges des enfants en Côte d'Ivoire traduisent en définitive une vision punitive et carcérale des enfants en conflit avec la loi, contrairement aux textes nationaux et internationaux qui préconise la primauté de l'action éducative. Il n'existe quasiment aucune alternative à l'emprisonnement ou aux sanctions financières. La notion de mesure alternative ou de justice réparatrice n'est pas maîtrisée par les juges des enfants.<sup>183</sup> Les textes restent assez évasifs sur le sujet, se limitant à mentionner le principe des mesures éducatives sans en préciser le type et le contenu.

De nombreux textes nationaux sont encore imprécis, inappliqués ou entrent en contradiction avec les standards internationaux. Des efforts de révision législative sont ainsi nécessaires afin de remédier à ces carences qui nuisent aux droits des enfants à un traitement adapté, qu'ils soient victimes, témoins ou en conflit avec la loi.

La nouvelle politique sectorielle du Ministère de la Justice inclut une composante sur la justice des mineurs. Un plan national de réforme de la justice pour mineurs est en cours d'adoption et des travaux de révision législative ont débuté en septembre 2013 afin de proposer des modifications de la législation relative à la justice juvénile.

Le système de l'administration de la justice des mineurs doit poursuivre l'objectif général d'assurer aux enfants soupçonnés ou convaincus d'infraction une réponse juste et équitable, capable de satisfaire à la fois le principe de justice, la demande sociale de cohésion communautaire et le souci de sécurité publique. Il doit aussi assurer le développement positif des enfants dans le respect de leurs droits spécifiques.

Le système juridique et administratif doit prendre en compte les priorités suivantes : i) Être conforme avec la Convention des Nations unies relative aux Droits de l'Enfant (CDE) pour que les enfants qui transitent dans le système de justice soient sujets de droits (garantisme) ; ii) Assigner la primauté à la dimension éducative du système prenant en compte que les enfants sont des personnes en développement ; iii) Être adapté à la réalité socioculturelle pour valoriser et renforcer la cohésion communautaire.

<sup>181</sup> La consultation des registres du COM d'Abidjan durant l'état des lieux a permis de constater parfois que les délais de garde provisoire peuvent varier entre six mois et un an, voire plus, alors que la bonne pratique judiciaire des magistrats viserait à limiter la durée des OGP à trois mois.

<sup>182</sup> En septembre 2013, la population carcérale comptait un total 10 502 détenus.

<sup>183</sup> Cf. Graphique 75 sur les mesures prises suite à une infraction. La privation de liberté est la tendance la plus courante au sein des juridictions ivoiriennes. Il ressort que sur la période 2011-2012, les mineurs en infraction et privés de libertés représentent 84% contre 16% placés en milieu ouvert.

Il est prioritaire d'assurer le respect du principe d'Etat de droit pour tous, y compris des mineurs. Parallèlement, il est de nécessaire de prendre en compte les dimensions spécifiques liées à la personne en développement, ce qui signifie de mettre en place des procédures judiciaires adaptées et qui garantissent les droits spécifiques des adolescents, quand ils sont accusés d'une infraction, et leur assurer un accompagnement véritablement pédagogique et structurant. Les procédures et les mesures applicables devraient permettre à l'adolescent qui a enfreint la loi de:

- Prendre la mesure de ses comportements et des conséquences sur lui-même et sur la communauté (responsabilité individuelle et sociale) ;
- Trouver, si possible, un moyen de réparer le tort commis (réparation) ;
- Se positionner par rapport aux règles et aux valeurs du contrat social et développer des nouvelles aptitudes sociales (intégration positive à la communauté) ;
- Changer de comportements (prévention d'infractions futures).

Pour respecter la condition de personne en développement, le système devra éviter le plus possible la privation de liberté. L'emprisonnement est en effet préjudiciable aux enfants de par sa nature. Il s'appuie sur des institutions fermées qui fonctionnent comme des institutions totales<sup>184</sup> ou institutions disciplinaires<sup>185</sup>. Les institutions se caractérisent par leur coupure du monde extérieur, ce qui est clairement contraire à un objectif de réintégration. La prise en charge et la régulation de tous les aspects de la vie des personnes vivants en institution contribue à la destruction de leur identité, ce qui est particulièrement dévastateur pour l'enfant. L'emprisonnement, ou la privation de liberté, est une mesure de rééducation contre productive parce que, en séparant l'adolescent de la communauté qu'il est censé intégrer de manière positive, elle bloque son développement.

Enfin, la prise en compte des pratiques communautaires en matière de règlement des litiges peut appuyer une approche fondée davantage sur la prévention et la conciliation que sur la répression. Ces pratiques pourraient permettre aux adolescents ayant commis des infractions mineures d'éviter d'être absorbé par le système de justice d'Etat, un principe fondamental de la justice des mineurs.

D'une manière générale, il est souhaitable de recourir aux pratiques traditionnelles pour favoriser un recours déterminé à la dé-judiciarisation et aux mesures alternatives à l'emprisonnement à base communautaire pour soutenir une justice réparatrice des liens sociaux.

#### 4.6 - UN SYSTEME DE PROTECTION DE L'ENFANT EN CONSTRUCTION

Le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, abus et exploitation est un droit fondamental de la personne humaine. L'Etat a pour obligation impérieuse de prévenir la violence faite aux personnes et secourir toute personne victime, à fortiori s'il s'agit d'un enfant. Ce droit réaffirmé dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) dans son article 34 répond à la vulnérabilité spécifique des enfants afin de garantir à chacun d'entre eux toutes les chances de réaliser leur potentiel humain.

La Politique Nationale de Protection de l'Enfant (PNPE), adoptée en octobre 2013, propose une vision du système national de protection de l'enfant. Elle contient les principes et les objectifs ainsi que les stratégies principales autour de la prévention, de l'assistance aux victimes, de la lutte contre l'impunité et du renforcement organisationnel. Cette politique s'inscrit dans le cadre du Plan National de Développement (PND) 2012-2015 et est en phase avec la Stratégie Nationale de Protection Sociale, un socle incontournable du PND.

<sup>184</sup> Goffmann, E. Asylums, 1961.

<sup>185</sup> Foucault, Michel. Surveiller et punir, 1975.

Elle est assortie d'un plan d'action de mise en œuvre pour la période 2014-2018. Le secteur public de la protection de l'enfant repose sur le pivot central des services d'action sociale et constitue ainsi un domaine spécialisé de la protection sociale non-contributive des populations vulnérables. Cette responsabilité centrale des services sociaux ne doit pas occulter la dimension multisectorielle de la protection de l'enfant et les responsabilités qui doivent parallèlement être assumées par les autres secteurs d'intervention publique concernés (justice, sécurité, santé, éducation, communication).

***Un réseau important de services d'action sociale mais inégalement répartis sur le territoire ivoirien***

En Côte d'Ivoire, les principales structures d'action sociale du public sont : 108 centres sociaux, 17 centres d'éducation spécialisée, 43 centres de protection de la petite enfance dont 43 publics et 27 privés, et 85 Centres d'Action Communautaire pour l'Enfance. Il existe également des institutions spécialisées : deux orphelinats, quatre pouponnières et trois villages SOS. Depuis 2011, les services d'action sociale sont assurés par le Ministère de la Solidarité, de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MSFFE) et le Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP). Le MSFFE a le mandat de coordonner et d'assurer le suivi de l'action sociale pour la protection de l'enfant.

Comparativement aux autres pays de la région, la Côte d'Ivoire offre un dispositif de services d'action sociale riche, mais inégalement réparti sur le territoire et sans corrélation avec la cartographie des vulnérabilités et des besoins sociaux.

L'Institut National de Formation Sociale (INFS) qui est, certes, un atout, quoique budgétivore, forme chaque année environ 500 travailleurs sociaux diplômés déployés dans différents secteurs de la fonction publique. Les travailleurs sociaux des services d'action sociale demeurent en nombre insuffisant et sont inégalement déployés sur l'ensemble du territoire. Le déploiement des services ne cadre pas avec la carte de pauvreté. La moitié des travailleurs sociaux étant actifs dans la région des Lagunes<sup>186</sup>.

**Dans la moitié des départements, les centres sociaux n'existent pas.**<sup>187</sup> Seulement un département sur cinq dispose d'un centre d'éducation spécialisée. Le personnel social des régions de l'Ouest et du Centre du pays est de moins de vingt travailleurs sociaux chaque alors que ces régions font face à d'importants besoins de protection.

**Les structures d'action sociale opèrent sans que leur mandat et leur fonctionnement ne soient définis avec précision.** L'absence d'autonomie de caisse des services d'action sociale handicape la prestation de services d'assistance, en particulier pour la prise en charge d'urgence. La standardisation des prestations de services aux enfants ayant besoin de protection spéciale reste à mettre en place au niveau national pour chacun des services concernés. Des procédures multisectorielles de signalement, de référencement et de prise en charge ont été développées en 2013, mais elles doivent encore être opérationnalisées à l'échelle nationale, y compris avec une formation subséquente de tous les professionnels concernés. Les professionnels des services de l'action sociale, de la santé, de l'éducation, de la sécurité et de la justice doivent avoir leurs compétences renforcées en matière de détection, de référence et de prise en charge des enfants victimes de violence et des handicapés.

<sup>186</sup> on relève un personnel pour 52 000 personnes au niveau national contre 13 000 pour des régions des Lagunes, selon la cartographie du MSFFE.

<sup>187</sup> Le nombre d'agents sociaux dans un centre ne dépasse pas deux ou trois personnes.

Dans le cadre de la loi sur la décentralisation, les communes sont appelées à jouer un rôle central dans le secteur de l'action sociale, mais cette fonction n'est pas encore pleinement assumée. La vision de la nouvelle politique nationale de protection de l'enfant est de garantir un service de protection spécialisée en direction des victimes de violations graves, en particulier les enfants, ancré dans les mairies situées dans des localités dépourvues de centre social.

La prévention constitue un axe majeur et prioritaire de la protection de l'enfant. La communauté a un rôle primordial à jouer dans la prévention et la réponse aux abus faits aux enfants. Autour de l'enfant et de ses parents, la famille élargie, la chefferie et la notabilité constitue des cercles d'influence clés. Les mécanismes communautaires de régulation des conflits jouent un rôle d'autant plus fort aujourd'hui que pendant la décennie de crise (2002-2011). Les rapports entre l'administration de l'Etat et les populations se sont affaiblies.

Néanmoins, un accompagnement venant de l'extérieur s'avère nécessaire par le biais d'animations de proximité et relayé par des campagnes de communication de masse pour éveiller les consciences, alerter sur les risques, mobiliser et encourager les pratiques communautaires protectrices et mettre fin aux abus et pratiques néfastes. Seul un lien fort entre l'autorité décentralisée et les communautés peut soutenir la détection, le signalement et la prise en charge des enfants victimes, de même que la répression des abus.

Le chef traditionnel - auxiliaire supposé de l'administration publique - exerce son pouvoir dans un système de droit parallèle fondé sur des normes sociales qui ne sont pas toujours en adéquation avec celles de l'Etat ou qui prennent peu en considération l'intérêt supérieur de l'enfant.<sup>188</sup> Les professionnels en charge de l'application de la loi, de même que les professionnels des services sociaux, sont aussi issus de leur milieu avec ces normes sociales. La faiblesse des condamnations en matière d'excision ou d'exploitation des enfants, la mutation dans d'autres établissements scolaires des enseignants ayant commis des abus sexuels sur des élèves illustrent ces forces contradictoires.<sup>189</sup> L'accès à la justice pour les enfants et leurs familles, de même que la poursuite des auteurs des abus à l'encontre des enfants constitue un défi majeur aujourd'hui en Côte d'Ivoire.

Le système de suivi et d'inspection de l'action sociale est limité.<sup>190</sup> La production périodique de statistiques nationales sur les besoins sociaux et la réponse n'est pas soutenue par un système national d'information de routine. La dispersion des services d'action sociale sous des tutelles ministérielles différentes impacte négativement sur l'organisation efficiente, la qualité et le suivi des services d'action sociale destinés aux populations les plus vulnérables, et en particulier les enfants en situation de détresse ou de grave danger. Un système de détection et de suivi à base communautaire est souvent absent.

#### 4.7 - FORMATION-EMPLOI DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES

Les limites de l'encadrement de l'enfant, de la petite enfance à l'adolescence, liées aux défaillances du système scolaire contraignent l'insertion des adolescents et des jeunes dans la vie économique, sociale et politique. Ceci entraîne des frustrations et un sentiment d'exclusion qui peut s'exprimer dans la désaffection sociale et éventuellement dans la violence.<sup>191</sup>

<sup>188</sup> Ex. violence, mariage précoce, MGF, travail précoce.

<sup>189</sup> Les premières condamnations prononcées à l'encontre d'exciseuses ne datent seulement que de mars 2012, soit 14 ans après l'adoption de la loi réprimant les MGF, ce qui en constitue un exemple flagrant.

<sup>190</sup> Un sous-système d'information de routine est en cours d'élaboration concernant certains phénomènes tels que le travail des enfants, la violence, etc.

<sup>191</sup> Joseph Sany, Education and conflict in Côte d'Ivoire, 2010.

La redynamisation des programmes d'emploi dans le contexte de reconstruction post-crise visant l'émergence économique et sociale reste encore largement insuffisante pour absorber la demande. Cela se traduira par l'identification des secteurs porteurs d'emploi d'avenir en vue de faire face aux besoins de développement du pays en conformité aux orientations économiques du Plan National de Développement. Un obstacle majeur à la création d'emplois est le manque de diversification et la concurrence internationale de l'économie ivoirienne.

Au regard de la situation de l'enseignement technique professionnel dont la capacité d'accueil est très limitée, et face aux échecs scolaires au niveau de l'enseignement primaire et du secondaire, il apparaît clairement que les jeunes ivoiriens manquent d'alternatives pour mieux s'insérer dans la vie professionnelle ou pour acquérir les compétences de vie nécessaires à leur passage à l'âge adulte et devenir ainsi des citoyens capables de contribuer à la cohésion sociale du pays.

L'enseignement technique et la formation professionnelle sont gérés par deux ministères : le Ministère de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Technique et le Ministère d'État, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle. L'apprentissage des enfants non-scolarisés de 14 ans et plus est sous la tutelle du ministère de l'Emploi.

Aujourd'hui, il y a des passerelles de l'enseignement général à l'enseignement technique à trois niveaux ouvrant à l'insertion professionnelle: après la classe de cinquième, c'est l'accès au concours de CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle); après la classe de seconde, l'accès au BT (Brevet de Technicien); et après le Baccalauréat, le BTS (Brevet de Technicien Supérieur). Le système demeure cependant sélectif et il est nécessaire de trouver une solution pour augmenter l'accès aux formations professionnelles pour ceux qui ne peuvent pas continuer le parcours général. Une des solutions serait de faciliter des passerelles assouplies entre les dispositifs du MENET et du ministère de l'Emploi pour faciliter l'apprentissage et l'insertion de tous les jeunes dans la vie économique, indépendamment de leur scolarisation.<sup>192</sup>

Le MENET a sous sa responsabilité seulement trois lycées techniques publics sur l'ensemble du territoire, basés à Abidjan et à Yamoussoukro. Ces lycées couvrent plusieurs domaines de formation et recrutent au niveau du Brevet d'Études du Premier Cycle (BEPC). Le cursus de formation débouche sur le baccalauréat technique. Le ministère en charge de l'Emploi est responsable des centres de formation professionnelle qui accueillent les enfants sur concours et en fonction des choix des parents.

Au total, 378 établissements techniques et professionnels ont été recensés en 2011-2012, dont seulement 59 sont publics. Abidjan accueille 54% de ces établissements et 64% des élèves. Le secteur tertiaire (commerce, services, etc.) arrive en première position en matière de nombre d'élèves, car les établissements offrant ce domaine de formation accueillent à eux seuls 72,55% des effectifs totaux. Le secteur agricole n'intéresse pas les jeunes : seulement 35 élèves ont été inscrits en 2012.

En somme, la qualité de l'enseignement technique et professionnel est souvent décriée à cause de son coût élevé limitant l'accès à un plus grand nombre de jeunes comme le confirment certains rapports sur la formation et l'emploi en Afrique de l'Ouest et du Centre.<sup>193</sup> En Côte d'Ivoire, 5% des élèves de l'enseignement secondaire sont en filières techniques et professionnelles, comparé à 13,7% en Afrique subsaharienne (19% en RDC et 21% au Cameroun).<sup>194</sup>

<sup>192</sup> Réunion avec le Directeur de Cabinet Adjoint des Programmes, MEN, 6 décembre 2013.

<sup>193</sup> Au Tchad et au Niger, moins de 5% des élèves du secondaire s'inscrivent dans le TEVT national plus tard (Source: Banque Mondiale, discussion paper 2012).

<sup>194</sup> Base de données UNESCO IYPE, Pole de Dakar 2012.

Dès 2012, la nouvelle administration a entamé un recadrage de son programme d'Enseignement Technique et Formation Professionnelle (ETFP) visant à mieux adapter la formation à la demande de la sphère productive.<sup>195</sup> Pour les jeunes issus du cycle primaire, il est prévu d'initier l'apprentissage pré-professionnel en vue d'identifier les talents et les orienter dans les écoles adéquates.

Ces mesures visent à réguler le flux des élèves qui arriveront sur le marché et à offrir des opportunités également à ceux qui arrêtent leurs études générales en fin du primaire ou du premier cycle secondaire. Des formules diversifiées sont planifiées, notamment ciblant l'ensemble des métiers en partenariat avec le secteur privé pour accueillir 30% des jeunes qui, en fin de primaire ou collège, ne poursuivront pas d'études générales.

Comme l'indique le tableau 7, les deux structures de formation ont accueilli un total de 59 146 élèves au cours de l'année scolaire 2011-2012 pour tout niveau d'étude confondu, allant de la formation qualifiante au baccalauréat technique. On note une augmentation de 27% des effectifs d'élèves entre 2010-2011 et 2011-2012.

L'indice de parité est passé de 0,90 à 0,95. Dans les établissements privés, les filles sont même plus nombreuses que les garçons. Au niveau du baccalauréat professionnel, le nombre de filles est également supérieur à celui des garçons. L'intérêt manifesté par les filles pour l'enseignement technique et professionnelle doit être soutenu afin d'améliorer leur insertion économique et favoriser leur autonomisation. Cependant, parmi les 3 477 enseignants, seulement 642 sont des femmes (18%). Les modèles féminins sont encore rares et doivent être encouragés de manière à soutenir la demande d'éducation des filles au niveau de l'enseignement technique et professionnel sur le long-terme.

Tableau 7: Effectif total des scolarisés de l'ETFP par diplômés et par niveau selon le sexe 2010-2011 et 2011-2012.

Filière	2010-2011			2011-2012		
	Filles	Garçons	Ensemble	Filles	Garçons	Ensemble
BAC	10 569	11 658	22 227	15 980	15 271	31 251
Brevet d'Etude Premier cycle	1 538	1 796	3 334	1 500	1 568	3 068
Brevet Professionnel	178	265	443	137	454	591
Bac Technique	4 247	6 730	10 977	5 783	8 109	13 892
Brevet Technicien Supérieur	1 706	1 234	2 940	1 322	1 321	2 643
Certificat Aptitude Professionnelle	1 855	2 163	4 018	3 444	3 190	6 634
Certificat de Qualification Professionnelle	90	36	126	233	164	397
Formation Qualifiante	1 888	542	2 430	487	183	670
<b>Total général</b>	<b>22 071</b>	<b>24 424</b>	<b>46 495</b>	<b>28 886</b>	<b>30 260</b>	<b>59 146</b>

Source : Synthèse des annuaires statistiques 2010-2011 et 2011-2012 du Ministère d'Etat, Ministère de l'Emploi, des Affaires Sociales et de la Formation Professionnelle (MEMEASFP).

Près de 2,86% du budget de l'Etat est alloué à ce sous-secteur, mais seulement 17% des élèves bénéficient d'une bourse d'études. Seulement 21,50% des élèves ont pu réussir aux examens d'enseignement technique en 2012. Ajouté à la faible capacité d'accueil des trois établissements d'enseignement technique, ces échecs expliquent le désintérêt des jeunes pour ce niveau d'enseignement.

<sup>195</sup> Programme Enseignement Technique et de Formation Professionnelle (ETFP). Source: Plan d'Actions à Moyen Terme (PAMT) 2012-2014.

La formation technique et professionnelle est soutenue par la communauté internationale, ce qui a permis au Gouvernement d'initier certains projets d'appui à la formation avec une stratégie de réinsertion professionnelle utilisant des nouvelles approches.<sup>196</sup> En réponse à la crise, le Ministère du Travail a mis en place le Projet d'insertion socio-économique pour les populations vulnérables de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, le PRISE, visant à accompagner les jeunes vulnérables et marginalisés de l'Ouest du pays dans leur insertion économique et sociale en perspective d'assurer la cohésion sociale.

Cependant, le chômage des jeunes et leur insertion dans la formation et l'emploi font partie des questions cruciales auxquelles la Côte d'Ivoire est confrontée. La création de gains de productivité dans le secteur formel et informel constitue un défi majeur que devra relever l'enseignement technique et professionnel par une meilleure articulation de l'offre de formation avec le tissu économique et le marché de l'emploi. En effet, le secteur informel occupe 90% d'une population active qui ne dispose pas de formation de base adéquate, de protection sociale ou d'accompagnement pour lui permettre de mieux s'insérer dans le tissu économique avec un emploi durable et autonome.

L'articulation entre éducation-formation-emploi devra faciliter l'insertion professionnelle des jeunes dans le monde du travail et les préparer à s'adapter à une économie mondialisée. Dans le contexte de la Côte d'Ivoire, l'ouverture du marché national aux importations a provoqué la fermeture de nombreuses entreprises industrielles et le licenciement sans aucun plan de formation alternative pour faciliter la reconversion des jeunes notamment.

#### 4.8 - JEUNES POUR LA COHÉSION SOCIALE ET LA CONSTRUCTION DE LA PAIX

En Côte d'Ivoire, les conflits ont été influencés par un contexte de vulnérabilités multiples des jeunes. Le pays se doit donc, pour tourner la page à une décennie de violences, mobiliser sa jeunesse autour de la paix, la réconciliation et la cohésion sociale.

Le nombre restreint d'opportunités, de plateformes et de canaux d'engagement des jeunes dans la réconciliation, au niveau national ou local, ou dans un débat politique critique et non-violent renforce le sentiment des jeunes d'être exclus d'une citoyenneté active.

Cette situation limite le rôle potentiel des jeunes de moins de 18 ans, près de la moitié de la population, à contribuer à une transformation sociale positive. Une telle exclusion constitue un facteur potentiellement déstabilisant du pays. A titre d'illustration, les missions de la Commission Dialogue, Vérité et Réconciliation n'avaient pas pour vocation d'écouter les jeunes victimes. Si la jeunesse est incapable de participer et de contribuer au dialogue constructif, à la réconciliation et à l'engagement pour la paix et s'ils ne voient pas les bénéfices de la paix, la société pourrait rebasculer facilement dans le conflit.<sup>197</sup>

Le processus de paix et de réconciliation ne peut être entamé avant une analyse multidimensionnelle du conflit. Interpeace a été mandaté à cet effet pour mener une recherche participative.<sup>198</sup> Des consultations ont été conduites avec les populations des régions de l'ouest, y compris des jeunes, à Duékoué, Bloléquin et Guiglo. Cette recherche met en garde contre une analyse unidimensionnelle dans cette région, qui est celle des conflits fonciers, et souligne qu'un sentiment d'inégalité entourant l'accès à la terre est au cœur des violences.

<sup>196</sup> Banque Mondiale, Union Européenne, Coopération Française, la Coopération Allemande et la PNUD.

<sup>197</sup> Smith, Alan et al. Youth, Education and Peacebuilding, UNSECO Centre, University of Ulster.

<sup>198</sup> Interpeace et PNUD, Dynamiques et capacités de gestion des conflits à l'Ouest de la Côte d'Ivoire, Janvier 2013.

La construction de la paix doit viser davantage la transformation du conflit, focalisant sur les relations entre groupes qui sont ou ont été dans une situation de conflit.<sup>199</sup> Les programmes éducatifs impliquant les jeunes devraient présenter des solutions équitables en termes d'accès à l'enseignement et au développement national. Plusieurs chercheurs pensent qu'il faut investir dans le capital humain et que la scolarisation diminue la probabilité de participation dans un conflit.<sup>200</sup>

En Côte d'Ivoire, la majorité légale est établie à 21 ans. De même, la société reconnaît généralement à cet âge le statut adulte. Néanmoins, selon les aires culturelles, les jeunes peuvent être reconnus comme adulte avant ou après cet âge. Ainsi, l'enfant est adulte dès l'âge de 18 ans chez les Malinkés tandis qu'il faut atteindre l'âge de 28 ans pour l'être chez les Sénoufos. Cette contradiction entre les conceptions modernes et traditionnelles de la jeunesse constitue souvent un handicap à la participation des jeunes dans les affaires qui les concernent. Du fait que les adolescents sont considérés comme des enfants, les adultes décident à leur place, y compris parfois contre leurs grés et intérêts.

L'exode rural rompt avec les traditions, ouvrant ainsi la voie de la recherche d'une nouvelle identité et autonomie. Cette recherche d'identité semble plus importante chez les migrants nouvellement installés en ville. Ils sont à cheval sur la culture villageoise et urbaine, et doivent s'adapter à un nouvel univers où dominent la compétition et la concurrence entre individus. Ce contexte les rend vulnérables et exposés à de nouveaux risques sociaux.

Des expériences intéressantes ont démontré que les jeunes et les adolescents peuvent jouer un rôle clé dans les initiatives de développement local. Leur participation dans les associations ainsi qu'aux clubs scolaires (hygiène-santé, clubs messagers de la paix) et au théâtre participatif a démontré qu'ils peuvent être des agents de changement importants. Reconnaisant l'importance de mettre en valeur la contribution potentielle des jeunes au développement national, le Ministère de la Jeunesse, des Sports et Loisirs a créé un volontariat des jeunes.<sup>201</sup>

Plusieurs initiatives de promotion de paix et réconciliation impliquant la jeunesse ont vu le jour ces dernières années. Dans le domaine de l'éducation, il s'est mis en place l'enseignement obligatoire de la matière "éducation aux droits humains et civiques" (EDHC) au niveau primaire et secondaire.<sup>202</sup> Ce volet n'est pas nouveau. Déjà en 1983, un volet éducation civique et morale (ECM) avait été introduit dans les programmes scolaires en Côte d'Ivoire. En 2009, l'ECM s'est transformé en EDHC, ajoutant surtout des notions de droits et de savoir vivre ensemble. Tout récemment, l'EDHC est devenue un enseignement spécifique avec une centaine d'enseignants recrutés et formés dans la matière. L'idée est de passer des messages de paix sans que l'école ne devienne de nouveau un lieu de réunions politiques.<sup>203</sup> Le programme d'éducation à la paix et la tolérance (PEPT) est enseigné obligatoirement à l'école. Ces approches ont permis de développer chez les enfants des compétences de vie courante ("life skills") dans la promotion de paix et de tolérance aussi bien à l'école que dans leur communauté. Selon une récente étude, les activités de promotion de paix semblent pour l'instant assez déconnectées des politiques d'éducation, en dépit de quelques initiatives intéressantes.<sup>204</sup>

Ces dernières années, des efforts de la société civile et des partenaires techniques et financiers contribuent à l'implication des jeunes dans les initiatives de réconciliation et de consolidation de la paix à travers notamment le renforcement de leurs capacités en matière de gestion des conflits, de la promotion de la tolérance et du dialogue et de la coexistence pacifique.

<sup>199</sup> Smith, Alan et al. Op. cit.

<sup>200</sup> Op. cit.

<sup>201</sup> Jeunesse Volontaire pour la Reconstruction de la Côte d'Ivoire Nouvelle (JEVORCINO)

<sup>202</sup> Education aux Droits de l'Homme et aux Citoyen

<sup>203</sup> "Quand la guerre s'invite à l'école", Magali Chelphi-den Hamer avec ROCARE, 2013.

<sup>204</sup> op. cit.

Par exemple, le Parlement des Jeunes de Côte d'Ivoire a été formé sur les principes de la transformation des conflits en réconciliation. Ces efforts restent toutefois limités et insuffisamment coordonnés. De plus, l'influence négative des intérêts politiques compromet la crédibilité de ces initiatives auprès des communautés.

Ce chapitre souligne les nombreuses entraves au développement et à la participation des adolescents. Il est urgent pour la Côte d'Ivoire de se mobiliser autour des générations futures, à savoir les enfants et adolescents, ainsi que les filles déjà mères et leurs enfants, afin de briser à moyen terme le cycle intergénérationnel de la pauvreté et de la violence. La réponse aux problèmes auxquels les jeunes sont confrontés devra être holistique, comme le suggère le graphique 18.

Figure 19: Programmatiques multisectoriels de quatre axes pour la réalisation du dividende démographique

### 4 AXES PROGRAMMATIQUES MULTISECTORIELS POUR LA RÉALISATION DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE



Source : UNICEF, Section des Politiques Sociales, Présentation à la SMR du Bureau CIV 2014.

## CHAPITRE V : POLITIQUES SOCIALES INCLUSIVES

### 5.1 L'ÉQUITÉ ET LES POLITIQUES SOCIALES EN CÔTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire a une tradition de planification et de politiques sociales. Depuis la fin des années 1990, des études prospectives ont été conduites pour envisager le futur désiré du pays à l'horizon 2020. Les politiques sectorielles qui ont été élaborées n'adressaient pas systématiquement les questions de l'équité. Avec l'avènement de la crise socio-politique qui a aussi en partie ses racines dans les disparités régionales, le Gouvernement a remis l'équité, la cohésion sociale et la consolidation de la paix au cœur des politiques sociales.

En termes d'intentions politiques, le PND et les plans sectoriels (PNDS, PAMT, PNPE, SNPS) intègrent des dimensions d'équité en réponse aux inégalités structurelles en Côte d'Ivoire afin de réaliser une société équitable souscrivant aux principes de l'égalité de droit, d'accès aux services sociaux et de partage dans la richesse du pays.

La nouvelle stratégie du Plan National de Développement (PND) 2012-2015 se veut « socialement solidaire et inclusive pour adresser frontalement le combat contre la pauvreté et la vulnérabilité dans la dignité ».<sup>205</sup>



<sup>205</sup> A travers une meilleure répartition des richesses, commerce équitable pour les produits de rente, désenclavement des villages, distribution équitable des postes de santé et des écoles.

Au niveau de la santé (PNDS), elle se veut garante « d'un accès aux soins de santé, notamment pour les populations les plus vulnérables ». En ce qui concerne l'éducation (PAMT), la stratégie prévoit de doubler la couverture de l'éducation préscolaire, favorisant les régions rurales et les enfants vulnérables ou défavorisés.<sup>206</sup> Quant à la nouvelle Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS), elle s'inscrit dans une initiative globale du système des Nations unies à travers un « socle de protection sociale » (voir l'encadré ii). Cette stratégie prévoit de mettre en œuvre un système plus complet et équitable, tout en donnant la priorité à des programmes qui réduisent la vulnérabilité des couches à plus hauts risques.

#### Encadré ii : L'Initiative des Nations Unies pour un socle universel de protection sociale

***Les socles de protection sociale sont un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale définies au niveau national visant à assurer à toute personne dans le besoin, tout au long de sa vie, un minimum d'accès à des soins essentiels de santé et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale.***<sup>207</sup>

Disposer d'un revenu suffisant pour se nourrir de manière appropriée, avoir accès à l'éducation, à un logement, à l'eau potable et à un assainissement de base, être en bonne santé et pouvoir participer à la vie culturelle, s'exprimer librement et partager ses connaissances, tels sont des droits humains dont chacun devrait pouvoir jouir à tout moment, des droits qui créent des sociétés plus fortes, plus justes et plus solidaires, et constituant la base permettant la paix et la prospérité à plus long terme. Aujourd'hui, à l'échelle mondiale, quatre personnes sur cinq ne bénéficient pas d'un niveau de protection sociale permettant la réalisation de ses droits humains. Garantir un niveau de base de protection sociale et une vie décente pour ces personnes est une priorité et une obligation en vertu des instruments des droits humains. Tel est l'objectif de l'initiative des Nations Unies pour un socle universel de protection sociale, adopté en avril 2009. Cette approche a été reprise en juin 2012 par la Conférence Internationale du Travail, représentant 183 Etats-membres de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), dont la Côte d'Ivoire.

## 5.2 - LA PROTECTION SOCIALE EN CÔTE D'IVOIRE

La protection sociale est définie comme un ensemble de mesures publiques et privées qui visent à réduire la vulnérabilité des populations exposées aux risques et aux chocs. Les transferts monétaires, les exemptions de frais pour certains services sociaux et autres filets sociaux de sécurité aident les populations les plus démunies à disposer d'un minimum de moyens de subsistance et à mener une vie plus digne.

En 2011, le bureau d'études Oxford Policy Management a réalisé un diagnostic sur les interventions de protection sociale en vigueur en Côte d'Ivoire.<sup>208</sup> Bien que les mécanismes de solidarité et d'entraide se soient affaiblis au fil du temps en raison de la modernisation de la société, le système actuel de protection sociale est resté largement informel. Cette situation a miné la cohésion sociale. La protection sociale est essentiellement limitée à l'assurance sociale, matérialisée par l'assurance maladie. Elle est limitée au secteur public et aux plus grandes entreprises du secteur privé dans deux systèmes parallèles, prenant en compte à peine 10% de la population.<sup>209</sup>

<sup>206</sup> Les coûts du PAMT sont de 125,7 milliards de FCFA dont 113,4 milliards (90,2%) consacrées à l'Education de base.

<sup>207</sup> Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive (2011) : Rapport du groupe consultatif, présidé par Michelle Bachelet, mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS.

<sup>208</sup> Tome I: Etat des lieux, Défis et Perspectives de Renforcement de la Protection Sociale, Oxford Policy Management pour le Gouvernement de la Côte d'Ivoire et l'UNICEF, janvier 2012.

<sup>209</sup> Une session parlementaire extraordinaire s'est ouverte le 17 février 2014 pour débattre, entre autres, d'un projet de loi relatif à la Couverture maladies universelle (CMU) qui devra couvrir progressivement toute la population.



L'expansion de l'assurance sociale sans système de subventionnement ne semble pas être une piste viable, compte tenu de la faible capacité de contribution des ménages. La protection sociale non-contributive est peu développée, tels que les transferts en espèces pour ménages très pauvres, les allocations familiales et les services d'accompagnement des familles et individus en difficulté. En 2013, au titre des mesures urgentes préconisées par le PND, les organes chargés de la coordination et du suivi des études techniques pour une Couverture Maladie Universelle (CMU) ont été mis en place.

Dans la lutte contre les inégalités, on note un léger progrès dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Après une courte période de gratuité généralisée, la gratuité est actuellement ciblée, principalement pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, à titre provisoire et avant leur intégration dans une future CMU.<sup>210</sup> Parallèlement, d'autres services sont offerts gratuitement, notamment les vaccinations, la thérapie antirétrovirale et le traitement de la tuberculose. Cependant, la faiblesse de l'offre, caractérisée entre autre part par la rupture de l'approvisionnement, et la mauvaise répartition du personnel soignant sur le territoire national empêchent les pauvres de profiter pleinement de cette gratuité.

Au niveau de l'éducation, la suppression des frais d'inscription officiellement décrétée en 2001 a allégé le fardeau financier des familles, mais l'effet bénéfique de cette mesure se heurte à des frais informels imposés par de nombreuses écoles en raison de la mise en place tardive du budget de l'Etat. Toutefois, d'autres frais formels continuent d'exister, notamment les droits d'examen. Les cantines scolaires, qui sont d'ailleurs souvent payantes, fonctionnent dans la moitié des écoles primaires, mais de façon discontinue sur l'année scolaire. En outre, le nombre de rations est limité et une contribution est demandée aux élèves, excluant de fait les enfants des familles les plus pauvres.

Une analyse conduite en parallèle de l'étude OPM a montré qu'un programme de transferts monétaires ciblant les ménages ayant en leur sein des enfants de moins de 5 ans pourrait réduire l'écart de pauvreté de 16% au niveau de la population, tout en stimulant l'augmentation de la scolarisation et l'utilisation des services de santé par les enfants des ménages les plus pauvres.<sup>211</sup> En termes de financement, cet investissement représenterait 1,8% du PIB. Néanmoins, l'analyse souligne les difficultés de ciblage et la faiblesse du cadre institutionnel de la mise en œuvre d'un tel programme.

L'analyse a mis en exergue l'impact potentiel d'un programme de Travaux publics à Haute Intensité de Main d'Œuvre (THIMO) mis en œuvre à grande échelle. Selon le scénario établi, 700 000 chômeurs d'âge 18-39 ans seraient embauchés pendant 6 mois de l'année au salaire minimum en vigueur en Côte d'Ivoire. Le programme réduirait l'écart de pauvreté au niveau des ménages bénéficiaires de 23% et l'écart de pauvreté au niveau de la population ivoirienne de 15%.

<sup>210</sup> Après la fin de la crise postélectorale, le Gouvernement accordait la gratuité des soins à toute la population pour une durée limitée d'avril 2011 à février 2012.

<sup>211</sup> Tome II: Une première analyse du rôle, de l'impact, des coûts et de la faisabilité de diverses options de programmes de transferts sociaux monétaires, Oxford Policy Management pour le Gouvernement de la Côte d'Ivoire et l'UNICEF, janvier 2012.

Néanmoins, les coûts relatifs à un programme de telle envergure, soit 2,7% du PIB, risque d'entraîner la création d'un programme moins ambitieux pour démarrer.

L'absence d'un cadre politique cohérent représente un sérieux goulot d'étranglement pour mieux orienter et harmoniser les actions. La proportion du budget de l'Etat allouée à la protection sociale reste largement insuffisante, stagnant autour de 0,7% depuis des années. L'absence d'un cadre politique cohérent représente un sérieux goulot d'étranglement pour mieux orienter et harmoniser les actions. La proportion du budget de l'Etat allouée à la protection sociale reste largement insuffisante, stagnant autour de 0,7% depuis des années. Le nouveau Gouvernement se penche actuellement sur une restructuration du cadre politique, tout en ciblant la couverture et le renforcement des structures d'actions sociales particulièrement dans les régions défavorisées.

En Côte d'Ivoire, l'Etat a créé le Comité Interministériel de Protection Sociale (CIPS) réunissant neuf ministères et mandaté pour donner des orientations générales pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de la Protection Sociale. Cette stratégie se décline selon quatre axes : (i) l'amélioration du niveau de vie des plus pauvres en privilégiant la promotion de la protection sociale à travers les THIMO et par des transferts sociaux directs aux ménages sans capacité de travail; (ii) l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, eau potable et assainissement) et de l'investissement dans le capital humain par la consolidation de la gratuité des services sociaux de base (iii) l'accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, de violences, d'exploitation, de discrimination et d'exclusion par le renforcement de l'action sociale, (iv) l'atteinte progressive d'un niveau plus élevé de protection sociale dans le secteur formel et informel par la consolidation des systèmes de sécurité sociale et l'élargissement de la couverture maladie universelle.

La SNPS s'intègre dans le PND à travers le troisième axe relatif à l'accès aux services sociaux de base avec équité. Il s'agit maintenant pour le Gouvernement de s'engager dans la mise en œuvre effective du Plan d'Action à Moyen Terme de la SNPS en définissant son cadre institutionnel et en identifiant des sources pérennes pour son financement.

### 5.3 - LES ENFANTS ET LE BUDGET PRO-PAUVRE

L'allègement de la dette après le point d'achèvement de l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ) et les bonnes prévisions de croissance économique permettaient, en 2013, d'atteindre 600 milliards de FCFA au titre des investissements pour relancer l'économie nationale, le plus haut niveau atteint depuis une trentaine d'années. Les secteurs pro-pauvres du budget de l'Etat, selon la nomenclature budgétaire qui concerne les programmes de coopération avec l'UNICEF, sont ceux relatifs à l'éducation, la santé, les affaires sociales et l'eau et l'assainissement.<sup>212</sup> Le niveau de désagrégation de la nomenclature budgétaire telle qu'elle est disponible dans les annexes des communications en Conseil des Ministres qui ont servi comme source fiable pour les besoins de cette analyse, ne permet toujours pas d'isoler de façon spécifique toutes les dépenses pour les enfants. Toutefois certaines lignes budgétaires dans leurs libellés contiennent des éléments qui touchent des problématiques des enfants comme par exemple : « *Construction et équipements (y compris kits pédagogiques et cantines scolaire)* » (éducation) ; « *Structures sanitaires (hors personnel) Niveau primaire et secondaire* » (santé).

<sup>212</sup> Les autres secteurs pro-pauvres, selon la nomenclature budgétaire, sont: agriculture, développement rural, ressources halieutiques et élevage, électricité, infrastructures routières, artisanat, tourisme.

Tableau 8: Dépenses budgétaires des secteurs pro-pauvres 2008-2013 (en milliards de FCFA)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dépenses totales	1,962	2,650	2,961	3,089	3,391	3,884
Dépenses pour les secteurs pro-pauvres**	727	838	885	840	980	1,337
%	37	32	30	27	29	34

Source : Ministère de l'Économie et des Finances, Communications en Conseil des Ministres\*\* tous les secteurs pro-pauvres inclus : éducation, santé, eau et assainissement, affaires sociales, agriculture, développement rural, ressources halieutiques et élevage, électricité, infrastructures routières, artisanat, tourisme, etc.

L'évolution de la part des dépenses pro-pauvres dans les dépenses budgétaires totales montre une baisse de 37% en 2008 à 27% en 2011, avant d'amorcer une hausse depuis 2012 passant de 29% à 34% en 2013.

A partir de 2009, la baisse peut s'expliquer en partie par des postes budgétaires concurrents au nombre desquels, les dépenses de sortie de crise comme l'identification des populations, la ré-insertion des ex-combattants et les opérations électorales qui ont été des opérations lourdes en termes de financement. En 2011, suite à la crise post-électorale, les dépenses budgétaires qui sont prises en compte ici ont couvert une période de huit mois sur douze.<sup>213</sup>

D'une manière générale, la part de l'exécution budgétaire de tous les secteurs pro-pauvres dans le budget global est restée constante et égale à 24% de 2012 à 2013. D'un secteur à l'autre les évolutions sont différentes. Ainsi l'exécution des dépenses du secteur « Eau et Assainissement » a presque doublé en termes absolus alors que les dépenses de santé ont baissé. Il convient de noter toutefois que même à l'intérieur du secteur « Eau et Assainissement », l'assainissement est le parent pauvre.

Tableau 9: Budgets des secteurs pro-pauvres (selon le mandat de l'UNICEF) et budget de l'Etat ivoirien (en milliards de FCFA)

	2012 (Exécution)	2013 (Exécution)
<b>Budget de l'Etat</b>	<b>3,391</b>	<b>3,884</b>
<b>Secteur Education</b>	<b>628</b>	<b>686</b>
%	19%	18%
<b>Secteur Santé</b>	<b>138</b>	<b>106</b>
%	4%	3%
<b>Secteur Eau et Assainissement</b>	<b>49</b>	<b>118</b>
%	1%	3%
<b>Secteur Affaires Sociales</b>	<b>14</b>	<b>24</b>
%	0,4%	0,7%
<b>Secteurs pro-pauvres (Education-Santé-Eau-Assainissement-Affaires sociales)</b>	<b>829</b>	<b>934</b>
<b>% Secteurs pro-pauvres/Budget de l'Etat</b>	<b>24%</b>	<b>24%</b>

Source : Direction Générale du Budget et des Finances.

<sup>213</sup> Par exemple, la préparation à l'organisation des élections présidentielles.

### Financement du secteur de la santé

Sur la période 2007 à 2010, les dépenses nationales de santé se sont accrues en moyenne de 11,4% par an, passant de 565,2 milliards de FCFA à 779,4 milliards de FCFA en 2010. Les dépenses nationales de santé sont financées par l'Etat, le privé et les partenaires au développement. En 2010, l'Etat contribuait à hauteur de 18,4% au financement total du secteur. L'allocation du budget de l'Etat au MSLS ne représentait que 4% en moyenne de 2006 à 2010, loin de l'engagement de 15% pris au sommet d'Abuja en 2001.<sup>214</sup> La part des investissements dans le budget reste très modeste, la plupart étant allouée aux dépenses courantes.<sup>215</sup> Dans le financement total, les versements directs aux ménages représentent plus de la moitié des contributions, démontrant ainsi le fardeau financier important qui pèse sur eux. Il ressort que le secteur privé (ménages et entreprises) mobilise de loin la plus importante part des fonds dans le système de la santé (voir tableau 10). Les bailleurs de fonds sont la principale source de financement dans le sous-secteur VIH-SIDA, représentant plus de 80% de son financement.

Tableau 10 : Dépenses nationales de santé et sources de financement 2010

Source de financement	2010 (en milliards de FCFA)	%
<b>Public</b>	143,1	18,4%
<b>Privé (hors ménages)</b>	116,6	14,9%
<b>Ménages</b>	440,2	56,5%
<b>Bailleurs de fonds</b>	79,5	10,2%
<b>Total des dépenses</b>	779,4	100,0%

Source : PNDS 2012-2015.

Les dépenses de santé du ministère sont inégalement réparties entre différents postes clés. Les dépenses affectées au poste 04.01 « Système de santé primaire » représentent 28% des dépenses totales de santé de l'Etat en 2012 contre 19% pour le poste 04.06 « CHU et Institutions médico-spécialisés ». Ces proportions sont respectivement de 35% et 17% à la fin 2013.

L'administration publique représente la principale catégorie de dépenses du MSLS avec 38% en 2010. Les hôpitaux constituent le second poste d'affectation des ressources, avec presque un tiers du budget du MSLS au détriment des dispensaires, ces derniers pourtant constituant le premier niveau de contact dans le système de référence.<sup>216</sup> En Côte d'Ivoire, les assurances privées ont une faible capacité de mobilisation des ressources, dû au fait qu'elles ont un faible effectif d'adhérents avec des revenus stables, principalement en milieu urbain. Par ailleurs, le système de mutuelles du risque de maladie est encore à l'état embryonnaire. Le besoin est urgent en zone rurale où près du deux-tiers de la population est pauvres. Dans ce contexte, la mise en place par le Gouvernement ivoirien d'un système CMU<sup>217</sup>, qui comprendra une couverture dans le secteur informel, est justifiée.

### Dépenses courantes versus dépenses en investissement

Dans les secteurs de l'éducation et de la santé, les dépenses de fonctionnement surpassent de loin les dépenses d'investissement entre 2008 et 2013. Cet écart est plus prononcé pour l'éducation où les dépenses d'investissement ne représentent que 7% des dépenses totales.<sup>218</sup> Malgré une augmentation à partir de 2012, le niveau actuel reste insuffisant pour répondre aux objectifs d'un système éducatif de qualité.

<sup>214</sup> En 2010, le budget de l'Etat exécuté était de 2 526,2 milliards de FCFA, dont 109,2 pour le budget MSCS exécuté. Source: PNDS 2012-2015, avril 2012.

<sup>215</sup> 3,6% et 96,4% respectivement. Source : MSLS.

<sup>216</sup> Le niveau primaire n'a bénéficié que d'une allocation de 4% en 2010.

<sup>217</sup> Couverture Maladies Universelle.

<sup>218</sup> 31 milliards de FCFA d'investissements par rapport à 420 milliards en moyenne par an.

De plus, lors des rares contractions budgétaires touchant simultanément les deux types de postes de dépenses, les coupes affectant les dépenses de fonctionnement sont largement inférieures à celles des investissements.

Tableau 11: Dépenses budgétaires des secteurs de l'éducation et de la santé 2008-2013 (en milliards de FCFA)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Education</b>						
<b>Dépenses Courantes</b>	<b>440</b>	<b>509</b>	<b>559</b>	<b>490</b>	<b>543</b>	<b>615</b>
<i>Dont kits scolaires</i>	-	2.5	3.0	3.3	4.0	3.0
<b>Dépenses d'Investissement</b>	<b>34</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>59</b>	<b>71</b>
<i>Dont Construction et équipements (y compris kits pédagogiques et cantines scolaire)</i>	-	53.0	43.0	29.2	59.0	71.0
<b>Santé</b>						
<b>Dépenses Courantes</b>	86	93	96	95	131	80
<i>Dont Structures sanitaires (hors personnel)- Niveau primaire et secondaire</i>	-	7.2	8.5	7.3	18.5	19.4
<b>Dépenses d'Investissement</b>	14	25	19	11	30	15
<i>Dont Construction et équipements</i>	-	23.8	18.0	10.4	28.4	43.5

Source : Direction Générale du Budget et des Finances, Communications en Conseil des Ministres.

L'Etat consacre en moyenne 3 milliards de FCFA à l'achat de kits scolaire soit moins de 1% des dépenses d'éducation. En revanche la quasi-totalité des dépenses d'investissement dans le secteur concerne la construction et l'équipement incluant les kits pédagogiques et les cantines scolaires.

#### **Financement du secteur de l'eau et assainissement**

Globalement, les dépenses du secteur de l'eau et de l'assainissement sont passées de 49 milliards de FCFA en 2012 à 118 milliards de FCFA à la fin 2013. Au titre de l'assainissement et de la salubrité, l'Etat a consacré, à travers le programme présidentiel d'urgence, 8 milliards de FCFA en 2012 et 12 milliards de FCFA en 2013, contre respectivement 8 milliards de FCFA et 13 milliards de FCFA pour l'eau. Les dépenses en assainissement sont toutefois orientées vers les grandes infrastructures coûteuses en milieu urbain et ne prennent pas suffisamment en compte les besoins des populations, notamment en milieu péri-urbain et rural via des interventions à faible coût.

#### **Analyse du budget de l'éducation par niveau d'enseignement**

La part totale du budget de l'Etat destinée aux dépenses en éducation se situe autour de 18,4% en 2012 et 20% en 2013. La part de l'éducation dans les dépenses courantes de l'Etat en 2012 a augmenté pour atteindre celle de 2008, soit 27,5%. Quant aux dépenses de personnel, elles constituent la composante la plus élevée avec 68,8%. La contribution des ménages représente un tiers des dépenses courantes en éducation. L'enseignement primaire, première des priorités de l'Etat, bénéficie de l'allocation la plus importante suivi par l'enseignement supérieur (voir tableau 12).

Tableau 12: Répartition intra-sectorielle des ressources du secteur Education (%) 2012

<b>Préscolaire et Primaire*</b>	41,5
<b>Secondaire - Premier Cycle</b>	18,9
<b>Secondaire - Second Cycle</b>	10,3
<b>Supérieur</b>	22,7
<b>Formation Professionnelle</b>	6,6
<b>Total des dépenses</b>	100,0

Source : MENET, \*Le budget du préscolaire est insignifiant.

Depuis 2003, l'Etat octroie des ressources directement aux collectivités décentralisées pour la construction de salles de classes. Compte tenu de la déconnexion avec les structures tutelles du MENET (les collectivités locales se trouvent sous la tutelle du Ministère d'Etat, Ministère de l'Intérieur), il est difficile pour le MENET d'avoir un rapport précis des interventions.

Il semble qu'un renforcement des capacités locales de collecte de données de façon concertée pourrait mitiger ce goulot d'étranglement. Depuis 1995, la Côte d'Ivoire a développé un partenariat en éducation avec le secteur privé. Pour l'exercice budgétaire 2010, l'Etat a consacré 4 milliards de FCFA aux établissements privés du primaire et 19 milliards de FCFA à l'enseignement privé secondaire. Dans le cycle secondaire, les subventions aux établissements privés comptent pour plus de 60% des ressources. Au supérieur, 70% des dépenses sont dédiées aux subventions des universités et grandes écoles dans le privé. Une telle situation est évidemment au détriment du fonctionnement des établissements d'enseignement public. En général, l'enseignement de base, un des plus chers de la région AOC, coûte cher au pays et à la population. Le coût par élève dans le préscolaire est même de 2,5 fois le coût d'un élève au primaire.<sup>219</sup>

Le système d'action sociale est actuellement partagé entre deux ministères selon la thématique ou le groupe cible, tandis que chaque structure d'action sociale est appelée à remplir une mission définie pour répondre à toute vulnérabilité ou tout risque affectant une personne. A l'instar de la pyramide sanitaire, le dispositif d'action sociale pourrait être mieux organisé dans un système unique, permettant une prestation de services à plusieurs niveaux capable de répondre à toutes les vulnérabilités. Le premier niveau, celui de l'action sociale de base, viserait à répondre à la vulnérabilité du plus grand nombre de personnes de façon préventive ; et le deuxième niveau offrirait une réponse plus spécialisée à toute personne victime ou à risque aigu de violation de son intégrité physique ou psychologique. Ainsi, le budget de l'action sociale serait, lui aussi, plus efficient, plus efficace et plus transparent. Enfin, la part du budget de l'Etat dédiée à l'action sociale demeure largement insuffisant par rapport aux immenses besoins.<sup>220</sup>

<sup>219</sup> En 2012, le coût unitaire du préscolaire était de 252 000 FCFA par enfant (500 US\$), et le coût unitaire du primaire de 102 000 FCFA (200 US\$).

<sup>220</sup> 16,8 milliards de FCFA à savoir 0.4%, décaissé en 2013 (jusqu'au 30 septembre 2013).



## CONCLUSION

Après une décennie de crise socio-politique marquée notamment par un fort ralentissement économique, la Côte d'Ivoire connaît depuis 2012 une croissance économique forte avec des taux de plus de 8%. Elle projette de maintenir voire d'améliorer cette croissance dans les années à venir. Pour ce faire, l'Etat a de plus en plus recours aux financements privés pour son développement, au détriment de l'aide publique. Durant la période de crise, l'aide publique au développement s'est accrue à partir de 2006 et se stabilise. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire, considérée comme un pays à revenu intermédiaire, projette une stratégie de financement de l'économie qui table sur une croissance des capitaux privés et des investissements privés étrangers contre une stabilisation des engagements à moyen termes relevant de l'aide publique au développement.

La population connaît une croissance rapide, avec un taux annuel d'un peu plus de 2%, et est constituée majoritairement de jeunes, avec 75% de moins de 35 ans. Ces deux caractéristiques mettent une pression croissante sur les services sociaux. Elles pourraient cependant se traduire en dividendes démographiques si le pays réussit à assurer le développement du potentiel humain des jeunes et à générer suffisamment d'emplois bien rémunérés et dignes d'eux.

Pour ce faire, le pays devrait d'abord investir dans la santé, l'éducation et la protection des enfants qui constituent les générations futures de la Côte d'Ivoire, et ensuite accompagner davantage les adolescents et les jeunes d'aujourd'hui.

Malgré la relance économique amorcée depuis 2012, le taux de pauvreté monétaire reste généralisé et affecte notamment les régions Nord et Ouest. La pauvreté est plus élevée en milieu rural (62%) qu'en milieu urbain (29%). Bien que la pauvreté ait augmenté parmi tous les groupes socio-économiques, elle frappe particulièrement les producteurs de coton (76%). Le conflit post-électoral a probablement précipité dans la pauvreté des milliers de personnes affectées par la crise.

Sur le plan de la pauvreté multidimensionnelle, les privations des enfants sont multiples et se chevauchent. Deux enfants sur trois (66%) de moins de cinq ans ont un à trois de leurs droits fondamentaux violés sur un total de six dimensions. Les enfants qui souffrent simultanément de plusieurs violations de leurs droits sont le plus souvent privés d'assainissement et de santé. En effet, 21% d'entre eux souffrent simultanément de trois à cinq autres types de privation. La distribution des privations, selon les spécificités sociales, montre un nombre plus élevé de privations pour les enfants vivant dans des ménages de plus de trois enfants. Le niveau d'éducation de la mère et l'enregistrement des naissances demeurent des facteurs déterminants des privations multidimensionnelles. Les enfants vivant en milieu rural subissent plus de privations que ceux des zones urbaines.

Les privations multiples et cumulatives sont importantes dans les régions du Nord et de l'Ouest, deux régions qui ont été fortement affectées par les migrations économiques et les conflits des deux dernières décennies. Une analyse approfondie révèle que : (i) les privations en matière d'assainissement, d'eau et de santé sont fortement associées (80% des enfants de moins de 5 ans) ; (ii) 11 % des enfants âgés entre 5 et 14 ans sont à la fois privés en éducation et travaillent ; et (iii) 20% des enfants de moins de cinq ans sont privés pour les dimensions de la santé, l'eau et l'assainissement au niveau national (39% des enfants dans le Sud-Ouest). Les enfants ne vivant pas avec leurs parents (21 %) encourrent des risques accrus de privations et de mauvais traitements.

Les privations n'épargnent pas les enfants vivant dans des ménages non-pauvres. Même si la corrélation avec la pauvreté monétaire est indéniable, la cause des privations n'est clairement pas que financière, notamment dans les zones rurales. Ce fait marquant démontre que de résoudre la question de la pauvreté monétaire ne suffit pas à garantir l'accès aux services essentiels. D'autres solutions doivent être apportées, que ce soit investir dans les secteurs sociaux de bas, comme la mise en place d'un socle minimal de protection sociale, ou travailler sur les changements de comportements afin d'augmenter le niveau de la demande pour ces services.

Il existe au niveau de la société ivoirienne de fortes inégalités structurelles sur le plan social, économique et géographique, ce qui freine le processus de développement inclusif et la consolidation de la paix. La vision du Gouvernement est de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent d'ici 2020. Pour ce faire, le Plan National de Développement (PND 2012-2015) se fonde sur plusieurs axes stratégiques, incluant la consolidation de la paix, l'accroissement de la création de richesses, l'amélioration du cadre de vie et l'accès dans l'équité des populations, particulièrement celui des femmes et des enfants à des services sociaux de qualité. Cette vision demande un renouvellement profond de la stratégie de développement de la Côte d'Ivoire dans l'optique d'enclencher simultanément une transformation structurelle de l'économie et une transformation sociale afin que le développement économique puisse profiter à tous.

La paupérisation et la fragilisation des cellules familiales, ainsi que la violence des rapports sociaux induite par une décennie de crises politico-militaires, ont accru les risques de violences et d'abus à l'encontre des enfants. Les normes sociales font que de nombreuses formes de violence à l'égard de l'enfant ne sont pas perçues comme telles, mais plutôt considérées comme des formes d'éducation et de socialisation, comme les châtiments corporels, les mutilations génitales féminines ou le travail des enfants. Les enfants grandissent dans un environnement familial marqué par des rapports inégaux entre leurs parents et une violence domestique qui sous-tendent des inégalités de statuts socio-culturels et économiques basées sur le genre. La violence faite aux enfants a un coût pour la société : elle se transmet de génération en génération, favorise les violences basées sur le genre, aggrave les risques d'exclusions scolaires et sociales et constitue également un facteur de risques pour les maladies chroniques.

Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires, la mortalité infanto-juvénile estimée à 108 pour 1 000 naissances demeure encore élevée. Bien que ce taux se situe légèrement en dessous de la moyenne d'Afrique subsaharienne (121 en 2010) et connaît une tendance à la baisse, il reste inquiétant que plus d'un enfant sur neuf n'atteigne pas l'âge de 5 ans. Entre 2005 et 2011, la mortalité maternelle a augmenté de 543 à 614 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui signifie que toutes les trois heures on déplore deux décès maternels. Cependant, il existe des disparités importantes selon les régions avec les pires scores dans les régions Nord, Nord-Ouest, Sud-Ouest et Ouest, le niveau d'instruction de la mère, le milieu rural ou urbain et le niveau de pauvreté. Des écarts très importants en termes d'accès et d'utilisation des services de santé essentiels concourent à cette disparité entre les régions. La mortalité infanto-juvénile est en rapport avec les principales maladies du jeune enfant (paludisme, diarrhée, infections respiratoires) tandis que la mortalité maternelle est due aux hémorragies, dystocies, éclampsie, avortements et les infections post-partum.

La Côte d'Ivoire reste le pays le plus touché de l'Afrique de l'Ouest par le VIH avec une séroprévalence de 3,7 % en 2012. La principale cause du SIDA chez les enfants est la transmission de la mère à l'enfant. En dépit des efforts fournis pour éliminer la transmission mère-enfant, la couverture et l'accès aux services d'ETME restent faibles.

On estime que 51% des centres de santé offrent des services de CPN et de PTME, et seules 41% des femmes enceintes séropositives ont accès aux ARV, très loin de l'objectif de 90%. Le passage prochain de l'option B à l'Option B+ (trithérapie combinée en une dose) devrait permettre d'accroître l'accès des femmes enceintes séropositives aux ARV et devrait être accompagné d'un renforcement du système de santé et du système communautaire. La place des accoucheuses traditionnelles reste prépondérante puisqu'elles assurent 20% des accouchements. Les soins offerts par celles-ci sont généralement plus accessibles d'un point de vue géographique, culturel et financier. Cependant, les sages-femmes sont pour la plupart analphabètes avec des pratiques basées sur des connaissances traditionnelles et empiriques qui ne permettent pas toujours de comprendre les signes de danger. Il faut donc assurer la mise à niveau et le suivi des accoucheuses traditionnelles en les intégrant dans le système de santé à base communautaire.

Même si l'éloignement et les normes de genre constituent un problème réel pour l'utilisation des soins liés à la grossesse et aux accouchements, les barrières financières restent de loin un obstacle majeur à l'utilisation des services. Il est donc important de renforcer la politique de gratuité ciblée, voire d'accélérer sa mise en place par la politique de couverture médicale universelle.

D'importantes occasions manquées constatées doivent être exploitées par les services de santé pour mieux accompagner la femme et l'enfant durant les périodes cruciales de la maternité et après l'accouchement. En effet, alors que plus de 90 % des femmes enceintes bénéficient d'une première consultation prénatale, près de la moitié d'entre elles ne continue pas les visites jusqu'à l'accouchement. Il en est de même en matière de vaccination (DCT1/3), avec seulement la moitié des enfants de 12 à 23 mois qui est complètement vacciné.

Cette situation est tributaire de l'offre et de l'utilisation des services de santé qui demeurent faibles dans un système de santé fragile, inéquitable et vertical, avec une quasi-absence d'une approche de santé à base communautaire. L'approvisionnement en médicaments et intrants essentiels reste confronté à des difficultés structurelles entraînant des ruptures fréquentes de stocks. De même, les infrastructures, équipements et fournitures de santé sont insuffisants, inégalement répartis et mal entretenus. Finalement, les ressources humaines sont insuffisantes et inégalement réparties avec près de 40% du personnel de santé exerçant dans la Région des Lagunes (Abidjan) où vit seulement 24% de la population totale du pays.

On constate également des insuffisances en matière d'allocation des ressources au secteur de la santé. La part du budget de l'Etat allouée au ministère de la Santé reste faible, en moyenne 4%, loin du 15% promis lors du Sommet d'Abuja. La moitié de ce budget est consacrée aux salaires. La pyramide sanitaire est totalement inversée avec le niveau tertiaire qui englutit la plus grande part des ressources (30%) par rapport au niveau primaire (4%), dont la demande est très faible.

Afin de promouvoir la demande des services de santé (vaccination, paludisme, IRA, diarrhée, santé maternelle, ETME), la qualité de l'offre doit être améliorée et la communication pour le développement doit être renforcée. Ainsi, toute stratégie sur la survie de la mère et de l'enfant devra passer par une amélioration de l'accueil et la qualité des services de santé, accompagnée par des actions de communication axées sur le changement des comportements et des normes sociales qui limitent l'utilisation des soins maternels. Ces actions devraient cibler les usagers, le personnel de santé et les groupes ou régions les plus défavorisés. Enfin, la faible prévalence contraceptive mérite une attention particulière afin d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des moyens contraceptifs modernes.

En vue de réduire rapidement la mortalité des enfants, il faut intervenir pendant la période de grossesse en assurant les consultations prénatales de qualité, l'assistance à l'accouchement et la prise en charge des affections du nouveau-né. Il faudra en outre éliminer la défécation à l'air libre, améliorer les pratiques d'hygiène, comme le lavage de mains au savon, et augmenter l'accès à l'eau potable.

L'accès à un assainissement amélioré est insuffisant en Côte d'Ivoire, surtout en milieu rural où la majorité pratique la défécation à l'air libre. Très peu de progrès ont été réalisés depuis 1990 dans ce domaine qui nécessite d'inciter des changements de comportements individuels et communautaires. Depuis l'introduction de l'approche de l'assainissement total piloté par la communauté (ATPC) en 2010, seulement 370 villages sur plus que 8 000 en total, ont mis fin à la défécation à l'air libre (FDAL). L'accès à l'eau, bien que relativement bon, pose des problèmes d'équité en milieu rural et urbain : environ 20% de la population n'a toujours pas accès à l'eau. À cet effet, la qualité de l'eau n'est pas contrôlée systématiquement. Il n'y a donc pas d'informations permettant de savoir si l'eau consommée est potable même si elle provient de sources dites améliorées. L'introduction de forages à faible coût des suites de la demande du ministre en charge des Infrastructures Economiques en 2012 n'a pas été effective à ce jour. Pour les écoles, la couverture en infrastructures WASH est extrêmement faible et l'éducation à l'hygiène dans les écoles est quasiment absente. On observe que plusieurs centres de santé ne disposent pas d'eau. La pratique du lavage des mains est encore un comportement faiblement adopté.

Concernant la nutrition, en plus de la tranche d'âge traditionnelle de 12 à 36 mois, la malnutrition chronique sévit chez les moins de six mois, ce qui démontre les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que le mauvais état nutritionnel de la femme enceinte, caractérisé par un faible poids pour 14 % des naissances.

La malnutrition aiguë n'est pas nécessairement liée au niveau économique des ménages. En 2012, les enfants vivant dans les ménages les plus riches souffraient autant de malnutrition aiguë que ceux vivant dans les ménages les plus pauvres. Par contre, la malnutrition chronique est liée au niveau économique des ménages. Seuls les plus pauvres présentaient un niveau plus élevé que la moyenne nationale, tandis que les enfants des ménages moyens et prospères ont un niveau de retard de croissance inférieure à la moyenne nationale. La prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère (PCIMAS) concerne seulement les régions du Nord et de l'Ouest avec des problèmes d'approvisionnement en intrants et en collecte de données issus des centres nutritionnels.

Bien qu'ayant connu une amélioration de 4% en 2006 à 12% en 2012, le taux d'allaitement exclusif demeure très bas en comparaison avec ceux des pays de la sous-région. Les activités communautaires en matière de promotion d'allaitement maternel sont localisées dans la ville d'Abidjan, entraînant ainsi des inégalités d'accès aux prestations. S'agissant de la supplémentation en micronutriments, la supplémentation en fer dont la carence touche plus de la moitié des enfants et des femmes n'a pas encore commencé. Les campagnes de vaccination offrent l'opportunité très souvent d'administrer la dose adéquate de fer aux enfants de moins de 5 ans. Toutefois, cette supplémentation entraîne des problèmes des coûts additionnels dont le financement n'est pas encore totalement et de manière systématique pris en charge par le Gouvernement lors des campagnes de masse.

Dans le domaine de l'éducation, des progrès ont été réalisés au cours des dix dernières années en matière de scolarisation primaire.

Cependant, de fortes disparités existent en termes de scolarisation, particulièrement selon les régions ou le genre, avec un indice de parité des sexes de 0,9.

Le Nord, le Nord-Est et le Sud-Ouest sont les régions les plus affectées en matière de sous-scolarisation des filles.

L'éducation préscolaire demeure très faible et majoritairement réservée aux enfants des centres urbains et, plus particulièrement, ceux issus des familles aisées. Deux facteurs expliquent ce phénomène : (i) le coût d'accès élevé, (ii) la faible prise de conscience des familles et des communautés des effets bénéfiques de l'éveil des jeunes enfants et de leur préparation à une scolarisation primaire de qualité. Seulement 4,5% des enfants de 3 à 5 ans y accèdent, et ce, malgré la volonté affichée du Gouvernement de créer une classe de grande section dans chaque nouvelle école primaire dans le Plan Sectoriel de l'Éducation.

La Côte d'Ivoire compte toujours un grand nombre d'enfants non-scolarisés, principalement des enfants issus de milieux ruraux et/ou de familles pauvres. Les filles sont plus à risque. Suite aux différentes campagnes de sensibilisation menées par l'institution scolaire et les ONG dans le nord de la Côte d'Ivoire, région à dominante musulmane, on dénote des facteurs socio-culturels qui consignent la fille au foyer, lui attribuant le rôle de mère procréatrice et de mère nourricière. Cependant, la pauvreté reste l'élément clé de ce blocage.

La continuité de l'éducation n'est pas assurée à tous les enfants. En effet, 54% des enfants n'ont pas complété un cycle primaire et 30% ne vont pas à l'école du tout. Ces enfants deviendront très majoritairement des adultes analphabètes. Le taux de transition du primaire au premier cycle secondaire est de 66%, mais très peu d'enfants achèvent ce cycle du fait des fortes déperditions.

De plus, les enfants qui accèdent à l'école ne tirent pas profit de l'éducation en termes d'acquisitions scolaires et d'apprentissage, avec comme conséquences des niveaux élevés de redoublements et d'abandons. Le taux élevé de redoublement, qui était de 21,6% en 2007 au niveau primaire, 18% dans au premier cycle secondaire et 19 % au second cycle, réduit les capacités d'accueil, accroît les coûts de l'éducation pour l'Etat et pour les familles et crée des goulots d'étranglement, notamment au niveau de l'inscription au CP1 et en 6ème. Du fait de la fréquence des redoublements et des abandons en cours de cycle, une proportion des ressources publiques est perdue. Dans le primaire, l'efficacité interne est faible : 35 % des ressources sont perdues. Sans acquis solides, aussi bien dans les disciplines fondamentales qu'en matière de compétences essentielles de vie, les enfants et les adolescents sont démunis face aux défis qu'ils doivent relever pour s'insérer harmonieusement dans la société et pour continuer à apprendre tout au long de leur vie.

Les offres alternatives d'éducation ne sont pas suffisamment mises à contribution faute d'une vision orientée sur les objectifs de l'éducation pour tous. Le système éducatif ne répond pas aux aspirations de certaines familles et communautés qui souhaiteraient voir l'école jouer un rôle plus actif dans la formation du citoyen de demain autour des valeurs d'intégrité, de responsabilité et de solidarité. Cette vision sera orientée sur la préparation des jeunes à la prise en main de leur avenir et ce, en conformité avec l'évolution socio-économique du pays dont l'émergence constitue le leitmotiv.

La gestion du système éducatif n'est pas encore orientée vers la recherche de l'efficacité et de l'efficience au vu de l'utilisation peu rationnelle et trop centralisée des ressources allouées par l'Etat et les partenaires au développement.

Cette situation impacte négativement le fonctionnement des écoles et des structures déconcentrées de l'éducation et affecte sérieusement les résultats scolaires avec comme conséquences la prise en charge des coûts de fonctionnement de l'école par les familles. Elle pose un réel défi à la politique de la gratuité de l'éducation de base.

Les conflits ont eu un impact sur l'école et les allégeances politiques ont remis en cause les relations entre les élèves et les enseignants d'une part, et entre les enseignants d'autre part. Le traumatisme psychologique et les séquelles physiques ont eu des effets sur les relations au sein des communautés et ont miné la cohésion sociale et les relations entre communautés. Ainsi, l'école pourrait servir de cadre de réconciliation et de consolidation de la paix à condition qu'elle retrouve sa finalité première : permettre le dialogue, la rencontre et le brassage entre les communautés. Pour ce faire, l'éducation doit être réorientée autour de quatre piliers: (i) apprendre à connaître, (ii) apprendre à faire, (iii) apprendre à être soi-même, et (iv) apprendre à vivre ensemble. De plus, l'école doit favoriser l'apprentissage des compétences essentielles nécessaires pour s'insérer dans son environnement socio-culturel et s'adapter en permanence aux mutations du monde moderne. Cette vision de l'éducation est nécessaire pour accompagner l'objectif de développement de faire de la Côte d'Ivoire un pays émergent prônant la paix et la cohésion sociale.

En vue de reformer le système éducatif pour une école pertinente et un meilleur apprentissage pour tous les enfants, il est nécessaire de mettre en œuvre une éducation obligatoire de 3 à 16 ans (Loi de 1995), d'effectuer des réformes institutionnelles avec un focus sur la redevabilité et l'amélioration de la gouvernance au niveau local et d'assurer une distribution plus équitable des ressources. La promotion de la qualité de l'éducation devra se faire à travers le recrutement et la formation des enseignants pour favoriser une pédagogie centrée sur l'enfant et l'adoption de programmes d'enseignement répondant aux besoins de développement sociaux et économiques de la société, tout en préparant l'enfant à mieux s'insérer dans un environnement en pleine mutation.

Dans la perspective du développement du plan décennal de l'éducation, il y a lieu de faire une analyse approfondie de l'organisation scolaire (cartes et calendriers scolaires) pour qu'elle réponde aux attentes et aux contraintes des populations locales. Une attention particulière devra être portée à la traduction opérationnelle du plan décennal au niveau de l'école et des communautés. Cela passera par le transfert de l'autorité de gestion et la dotation de moyens vers les communautés afin qu'elles assurent le leadership local de la gestion de l'éducation de base pour leurs enfants.

L'approche « école amie des enfants » constitue une base de réflexions et d'orientation pour asseoir un système équitable et inclusif permettant d'atteindre les normes de qualité intégrant les éléments influant sur le savoir, le savoir-faire, le savoir-être et le savoir-vivre en société de l'enfant. Elle contribuera à la cohésion sociale de la société ivoirienne sérieusement affectée par les crises et les conflits des trois dernières décennies. Une école « amie des enfants » est aussi une école qui les protège contre toutes les formes d'abus, de violence ou d'exploitation, dans la sphère scolaire comme dans la sphère communautaire ou familiale. L'école doit mettre en place la réglementation, les dispositifs et les ressources humaines, préparer et assurer l'information des élèves, des parents et des autres membres de la communauté éducative pour prévenir la violence à l'école. Elle doit aussi renforcer la détection, le signalement et la référence des enfants victimes dans ou hors de l'école afin d'assurer le premier niveau de prise en charge.

L'éducation à la paix devra être prise en compte dans les programmes d'enseignement pour mieux préparer le citoyen de demain à la sensibilité aux conflits et à la promotion d'une culture de paix. L'expérience en cours au niveau du MENET servira à mieux orienter cette réflexion en s'appuyant sur les acquis et difficultés relevées.

De plus, il faudra promouvoir et créer de nouvelles passerelles entre les types d'enseignements (enseignement général, technique et professionnel) afin que chaque enfant puisse avoir la possibilité de développer ses talents et ses potentialités, en harmonie avec l'objectif d'émergence de la Côte d'Ivoire.

Malgré les efforts menés par le Gouvernement et ses partenaires, les enfants en Côte d'Ivoire continuent d'être exposés à de multiples formes de violence, abus et exploitation. La violence faite aux enfants est socialement tolérée et banalisée. Son impact sur le bien-être et le développement de l'enfant continue d'être méconnu ou minimisé. Un enfant sur cinq (21%) est victime de corrections physiques sévères. Cette violence est indifférente du genre, des niveaux de revenus et du milieu de vie, mais elle est plus élevée au Nord-Ouest (49%). On estime que 5% des élèves du primaire et secondaire ont déjà été victimes de viols.

Un enfant sur cinq (21%) ne vit pas avec ses parents et encourt des risques accrus de privations et de mauvais traitements. L'activité économique en dehors du ménage augmente chez les enfants qui ne vivent ni avec leur père ni avec leur mère; 6,9% des 5-11 ans placés et 14% des 12-14 ans placés. L'excision persiste et affecte les droits et le bien-être des enfants. On évalue une vulnérabilité accrue dans les régions Nord-Ouest (80%), Nord (74%) et Ouest (57%). Cette tradition néfaste perdure alors que 82% des femmes et des hommes pensent qu'elle doit être abandonnée. Les actions menées à ce jour sont dispersées et selon une approche à base communautaire. La loi qui criminalise l'excision a été appliquée pour la première fois quinze ans après son adoption en 2013.

La prévention par la communication (C4D) joue un rôle fondamental dans le domaine de la protection de l'enfant, mais celle-ci est encore dispersée aussi bien en termes de couverture que de cohérence des messages, faute de plans nationaux de communication ciblés et coordonnés. Les services d'action sociale devant conduire le travail de prévention pour un changement de normes sociales et de comportement dans les communautés ont une capacité limitée et sont fortement dépendants des domaines d'intérêt des bailleurs (OEV, travail cacao, VBG, etc).

L'identification et le signalement des enfants victimes restent un défi majeur en raison du silence des enfants victimes (inconscience de la violation, honte, ignorance des recours) et l'absence de relais des adultes (abus non-perçus comme tels, impact minimisé). On estime que 35% des filles de 15-19 ans victimes de violences ont cherché une assistance, alors que 59% des élèves victimes de violences physiques et 56% de ceux victimes de violences sexuelles se sont abstenus de les signaler.

La qualité de la prise en charge de l'enfant victime est affectée par : (i) un déficit de personnel formé ; (ii) l'absence de standards et procédures spécifiques assurant un continuum de prise en charge ; et (iii) le déni fréquent de justice. La prise en charge de ces enfants par les services sociaux ne repose pas sur des protocoles particuliers. Il n'existe pas de procédures et mesures particulières pour les enfants impliqués dans une procédure pénale.

L'accès des familles et des enfants à la justice est limité. Le traitement réservé aux mineurs demeure inadapté, qu'ils soient victimes, témoins ou en conflit avec la loi. Ces lacunes restent liées à une législation obsolète sur les droits des mineurs (au civil et au pénal), des carences institutionnelles (standards, organisation fonctionnelle, formation du personnel, et financement des services), et des normes sociales peu favorables à l'intérêt de l'enfant. Une culture de l'impunité nie le droit des enfants victimes à la réparation et à la réhabilitation et une culture répressive encourage l'incarcération des enfants en conflit avec la loi. Seulement 8 maisons d'arrêt et de correction sur 33 disposent d'une section pour les mineurs.

Le taux d'enregistrement à l'Etat civil est remonté de 10 points en 6 ans, mais n'a pas retrouvé son niveau d'avant la crise : 65% en 2012, 55% en 2006 et 70% en 2000. 35% des enfants de moins de 5 ans et 24% des moins de 18 ans sont non-enregistrés, soit environ 2 800 747 enfants non-enregistrés, dont 745 000 élèves recensés. Des disparités importantes selon les régions et le milieu de vie demeurent, affectant en particulier les enfants des régions de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Nord, des zones rurales et des ménages pauvres. Cette exclusion mine les bases d'une bonne planification du développement de même que les efforts de construction d'une paix durable. Les populations sont éloignées des services d'état civil en raison de : (i) un faible intérêt accordé à la déclaration de l'enfant au moment de sa naissance dû à l'ignorance de la loi et à la méconnaissance des procédures, et (ii) des dysfonctionnements des services d'état civil aggravés par la crise décennale (réseaux agents secondaires ; déconnexion avec le dispositif sanitaire et les services administratifs; carences de réglementation, formation, approvisionnement, suivi, fiabilité de l'archivage et centralisation des données de l'Etat civil; gouvernance au niveau local).

Des campagnes massives d'information doivent être menées périodiquement pour alerter les populations sur l'importance de l'enregistrement à l'Etat civil et les informer des procédures pour le faire. Le système d'état civil doit faire l'objet de profondes réformes dans son fonctionnement et sa gestion pour un enregistrement plus systématique des faits d'état civil, une gestion plus efficiente et sécurisée des données de l'Etat civil et la délivrance de documents, ainsi que la production de statistiques nationales périodiques. En particulier, l'intégration des structures sanitaires dans le système d'état civil, le développement de mécanismes de déclaration et d'enregistrement plus accessibles aux populations, l'informatisation des services d'état civil et la mise en réseau doivent pouvoir améliorer l'accessibilité, la performance et la fiabilité du système.

La stabilisation de la situation socio-politique de la Côte d'Ivoire depuis la fin de la crise post-électorale a permis le retour progressif des populations déplacées à leurs lieux d'origine et une reprise des activités économiques. Cependant, une large partie de la population se trouve toujours dans une situation de vulnérabilité aiguë, sans moyens à court terme de s'en sortir ou de faire face à de nouveaux chocs et aux aléas de la vie. En outre, les crises ont accéléré l'affaiblissement des mécanismes traditionnels d'entraide informelle sans qu'un système de protection sociale moderne et à large couverture ne prenne la relève. Les programmes existants s'appliquent principalement à la petite minorité de la population exerçant dans le secteur formel de l'économie (dans le cas de l'assurance sociale) ou sont ad hoc, épars et non-intégrés (dans le cas de la protection sociale non-contributive).

Par l'adoption d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale (mai 2014), le Gouvernement de la Côte d'Ivoire vise à ériger progressivement un système plus complet et plus efficace de protection sociale, tout en priorisant des mesures et des programmes qui réduisent la vulnérabilité des couches les plus pauvres et à risques. Elle encadre ainsi les efforts des pouvoirs publics pour réduire la précarité des populations les plus vulnérables, notamment par le renforcement de leurs capacités pour leur permettre de mieux gérer les risques sans recourir à des mécanismes néfastes d'adaptation.

La protection sociale accompagne les politiques nationales et sectorielles de promotion de la croissance, de l'emploi, de la fiscalité, de protection environnementale, de promotion de la paix et de la bonne gouvernance. En effet, le Gouvernement reconnaît que les dispositifs de protection sociale devraient jouer un rôle crucial dans l'autonomisation des couches les plus pauvres de la population, le renforcement de la capacité des ménages à gérer les risques sociaux, le développement du capital humain, la redistribution des fruits de la croissance, le renforcement de la cohésion sociale et la consolidation de la paix.

En réalité, la protection sociale se limite à l'assurance sociale, qui n'a qu'une très faible couverture de 10% de la population. L'expansion de l'assurance sociale sans système de subventionnement ne semble pas être une piste viable compte tenu de la faible capacité contributive des ménages. La protection sociale non-contributive est peu développée, tels que les transferts en espèces pour les ménages très pauvres et les allocations familiales. Dans la lutte contre les inégalités, le pays enregistre des progrès dans les secteurs de la santé et de l'éducation à travers, entre autres, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes à titre provisoire.

Néanmoins, la faiblesse de l'offre (les ruptures de stock et la faible répartition équitable du personnel soignant fortement concentré sur Abidjan) empêche les pauvres de profiter pleinement de cette gratuité. De plus, l'absence d'un cadre politique cohérent et la faible allocation des ressources de l'Etat (0,7% du budget) représentent des importants goulots d'étranglement pour la mise en place d'un système intégré de protection sociale efficace et efficient. Une analyse des dépenses pro-pauvres de l'Etat indique que : (i) ces dépenses ont subi une hausse relative à partir de 2012, mais restent bien en dessous des engagements internationaux ; (ii) la proportion des dépenses de fonctionnement dans le budget des secteurs de l'éducation et de la santé augmente par rapport aux dépenses d'investissement et (iii) les ménages contribuent fortement aux dépenses liées aux services sociaux de base (plus que 50% pour la santé).

Des enjeux clés pour le prochain cycle de coopération entre le Gouvernement et l'UNICEF sont de : (i) établir des nouveaux partenariats pour le respect des droits de l'enfant, notamment avec les acteurs du secteur privé et de la société civile ; (ii) renforcer les dispositifs décentralisés de programmation, suivi et évaluation axés sur l'équité pour alimenter le dialogue politique ; (iii) adresser davantage les aspirations et des besoins des jeunes et des adolescents en Côte d'Ivoire ainsi que les défis liés à l'urbanisation ; (iv) renforcer les approches intersectorielles en vue de relever les goulots d'étranglements et les barrières à l'accès aux services de base de manière plus intégrée et effective ; et (v) mettre en œuvre des stratégies axées sur le renforcement de la résilience des communautés et des systèmes, de la redevabilité et de la participation citoyenne, dans une approche de droit.



## MESSAGES CLES ET RECOMMANDATIONS

MESSAGES CLES	RECOMMANDATIONS
<p>1. Deux enfants sur trois sont privés d'un a trois droits fondamentaux et une forte majorité d'entre eux sont privés de plusieurs droits. Les enfants qui souffrent simultanément de plusieurs privations de leurs droits sont le plus souvent privés d'assainissement et de santé. Les privations touchent principalement les enfants vivant dans des ménages de grandes tailles, en milieu rural et d'une mère à faible niveau d'éducation. Les privations touchent principalement le nord et l'ouest de la Côte d'Ivoire, des régions fortement affectées par les migrations économiques et les conflits des deux dernières décennies.</p>	<p>Planifier et mettre en œuvre des interventions bien ciblées sur les régions du nord et de l'ouest, en partenariat avec les divers départements gouvernementaux et les partenaires au développement pour réduire les privations chez les enfants dans tous les domaines.</p>
<p>2. En Côte d'Ivoire, un enfant sur neuf meurt avant l'âge de 5 ans principalement de maladies que l'on peut éviter ou guérir comme le paludisme, les infections respiratoires et la diarrhée. Malgré les efforts fournis par le Gouvernement et ses partenaires et une légère tendance à la baisse, la mortalité infantile demeure parmi les plus élevées au monde. Cette situation s'explique par l'insuffisance de l'offre et la faible utilisation des services de santé qui demeurent inéquitable et avec une quasi absence d'approche de santé à base communautaire.</p>	<p>Réduire les barrières financières pour un meilleur accès aux services de santé et améliorer la qualité de ces services, accompagné d'un focus sur la santé communautaire, y compris des actions de communication à base communautaire axées sur le changement de comportement et des normes sociales qui limitent l'utilisation des services de santé.</p>
<p>3. En Côte d'Ivoire, 30% des enfants souffrent de malnutrition chronique, ou retard de croissance. La malnutrition chronique qui contribuait en 2005 à 33% des décès infantiles, s'est aggravée au cours de la dernière décennie. Elle sévit aussi chez les enfants de moins six mois ce qui s'explique par un faible taux d'allaitement maternel exclusif, par de mauvaises pratiques d'alimentation du jeune enfant et par un mauvais état nutritionnel de la femme enceinte.</p>	<p>Promouvoir les approches communautaires qui contribuent à intensifier les actions essentielles en nutrition y compris les bonnes pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et le respect du code 4 de commercialisation des substituts de lait maternel conformément à l'approche « Scaling Up Nutrition ».</p>
<p>4. Environ 2,8 millions d'enfants ne sont pas enregistrés à l'état-civil ce qui mine les bases d'une bonne planification du développement. Malgré l'obligation de déclarer les enfants trois mois après la naissance et la gratuité de cet acte, la population y accorde un intérêt insuffisant dû à l'ignorance et aux dysfonctionnements des services d'état-civil. Les enfants non-enregistrés d'aujourd'hui, adolescents et adultes de demain, seraient en marge de la vie économique et voient leur participation citoyenne compromise.</p>	<p>Engager une réforme du fonctionnement et de la gestion du système d'état civil pour un enregistrement systématique de toutes les naissances sur le sol ivoirien, une gestion efficiente et sécurisée des données de l'état civil, et la délivrance des documents, ainsi que la production de statistiques nationales périodiques. Ce processus devrait être accompagné d'une forte mobilisation communautaire pour engager les populations à déclarer les naissances et pour les informer sur la procédure à suivre.</p>

MESSAGES CLES	RECOMMANDATIONS
<p>5. Les enfants en Côte d'Ivoire sont exposés à de multiples formes de violence, abus et exploitation par exemple le travail forcé, les châtements corporels, le viol et l'excision. Faisant partie des normes sociales, cette violence est tolérée et banalisée, et son impact sur le développement des enfants est minimisé par la population. Elle s'exerce dans un contexte où un enfant sur cinq ne vit pas avec ses parents ce qui encourt un risque accru de privation et de mauvais traitement. L'identification et le signalement des cas de violence restent un défi majeur en raison du silence des victimes.</p>	<p>Renforcer le système national de protection de l'enfant, à travers la mise en œuvre de la Politique Nationale de Protection de l'Enfant, afin de réduire les violences faites aux enfants, et en particulier les filles, et améliorer la détection de cas et la réponse apportée aux victimes. Ce renforcement doit s'accompagner d'une stratégie de changement de normes sociales afin de changer les perceptions, attitudes et comportements sur la violence faite aux enfants.</p>
<p>6. Les latrines et les points d'eau existants dans les écoles de Côte d'Ivoire sont en mauvais état et seulement une école sur trois dispose d'un point d'eau ou d'une latrine. Cette situation affecte le maintien des jeunes filles à l'école surtout lorsqu'elles atteignent l'âge de la puberté. L'absence d'infrastructure rend difficile l'éducation à l'hygiène dans les écoles alors que cela constitue une étape importante pour le changement de comportement des enfants relatif au lavage des mains et à la prévention des maladies infectieuses. Comme les écoles, les services de santé sont caractérisés par un manque d'infrastructure d'eau qui a un impact important sur la qualité de la prise en charge et la santé de la reproduction</p>	<p>Assurer les investissements publics nécessaires afin que toutes les écoles de Côte d'Ivoire adhèrent aux standards « école amie des enfants » qui incluent l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et l'éducation à l'hygiène.</p>
<p>7. En Côte d'Ivoire, 1,2 million d'enfants sont en dehors de l'école dans un système éducatif marqué par de fortes inégalités entre filles et garçons. Cette situation touche principalement les ménages en milieu rural, les familles pauvres et les filles. La qualité de l'éducation de base fait aussi défaut ce qui entraîne un haut taux de redoublement et d'abandon scolaire. La scolarisation des filles jusqu'à la fin du primaire fait avancer l'amélioration des autres droits des enfants. L'école n'arrive plus à préparer les enfants pour leur insertion professionnelle et dans la société ivoirienne en pleine mutation.</p>	<p>Développer une stratégie claire et opérationnelle pour l'éducation des filles, y compris pour leur maintien à l'école surtout dans les zones à faible scolarisation, soutenir l'abolition complète des frais de scolarité. Investir davantage dans la qualité de l'éducation à travers l'application des normes et standards de l'éducation, la révision des programmes d'enseignements et la mise en place des approches pédagogiques innovantes.</p>

MESSAGES CLES	RECOMMANDATIONS
<p>8. Une majorité de la population en Côte d'Ivoire, surtout en milieu rural, pratique toujours la défécation à l'air libre et peu de progrès ont été réalisés depuis les années 90 afin de mettre fin à cette pratique. Un environnement malsain est propice à la transmission de maladies diarrhéiques qui est la troisième cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans et contribue de façon significative aux retards de croissance. La défécation à l'air libre nécessite un changement de comportement individuel et communautaire.</p>	<p>Intégrer l'approche de l' « Assainissement Total Pilote par la Communauté » dans un programme national de développement communautaire afin d'amener un plus grand nombre de communautés à travers le pays à mettre fin à la défécation à l'air libre et pour assurer que les populations adoptent les bonnes pratiques d'hygiène.</p>
<p>9. La Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par le VIH en Afrique de l'Ouest et la principale cause du SIDA chez les enfants demeure la transmission de la mère à l'enfant. En dépit des efforts fournis, seulement la moitié des centres de santé qui offrent des consultations prénatales fournissent aussi des services de prévention de la transmission mère-enfant et seules 40% des femmes enceintes séropositives ont accès au traitement aux antirétroviraux. Au-delà des défaillances du système, des barrières liées au manque d'information et de communication perdurent.</p>	<p>Etendre à l'échelle nationale le protocole de simplification de la prise en charge médicale des femmes enceintes séropositives (option B+). Cette mesure doit être accompagnée d'un renforcement du système de santé pour assurer une délégation de la prise en charge du personnel médical vers le personnel paramédical, et de l'approche communautaire pour le dépistage et le suivi des personnes séropositives.</p>
<p>10. L'assurance sociale, qui comprend principalement la couverture médicale et les retraites, ne bénéficie qu'à 10% de la population en Côte d'Ivoire essentiellement les travailleurs du secteur formel. L'absence d'un cadre politique cohérent et d'une approche intégrée entre les différents secteurs pour la protection sociale, et l'absence d'un système de transferts sociaux aux plus vulnérables constituent un goulot d'étranglement pour réduire la pauvreté et les inégalités et pour promouvoir leur accès aux services de base. De plus, la protection sociale ne fait pas l'objet d'un financement public adéquat.</p>	<p>Mettre en place un cadre institutionnel qui garantit une approche intégrée pour la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Protection Sociale et pour engager un programme de transferts sociaux vers les plus vulnérables. Cette intervention doit être accompagnée par l'élargissement de l'espace fiscal nécessaire pour le financement de ces mesures.</p>

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : RÉFÉRENCES

- Action contre la Faim (ACF)** : Etude sur les filières Café et Cacao dans les départements de Zouan-Hounien et de Toulepleu, janvier 2012.
- Avi Hakim et al** : Profile épidémiologique du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, 2010.
- Banque Mondiale** : Santé Pauvreté, 2010.
- Banque Mondiale** : Guiding Youth Employment Interventions in sub Saharan Africa, Discussion Paper, August 2012.
- BIT** : Travail domestique décent pour les enfants: Pratiques et Réglementation en Côte d'Ivoire, 2011.
- BIT / Ministère du Plan et du Développement** : Enquête nationale sur la Situation de l'Emploi et du travail des Enfants, rapport descriptif sur le travail des enfants, 2014
- BIT-ENSEA** : Analyse sur les pires formes du travail des enfants en Côte d'Ivoire (selon les données ENV 2008), 2010.
- Centre Suisse de Recherches Scientifiques (CSRS)** : Etude sur les recours aux soins des enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes avec analyse des capacités contributives (Abobo, Yopougon), novembre 2013.
- Chelpi-den Hamer, Magali** : Militarized youth in Western Côte d'Ivoire, African Studies Centre, 2011.
- Chelpi-den Hamer, Magali** : Les enjeux de l'offre éducative en situation de crise, 2010.
- Chelpi-den Hamer, Magali** : ROCARE Quand la guerre s'invite à l'école, 2013.
- CIAI-UNICEF** : Prévention de la malnutrition en contexte urbain: Abidjan-Gobelet, 2013.
- Comité des droits de l'enfant** : Rapport périodique de la Côte d'Ivoire, 2012.
- CIRES** : Equité Sociale et esquisse d'images à long terme de la Société Ivoirienne, 2009.
- CIRES** : La dimension sociale du développement durable en Côte d'Ivoire : le rôle de la croissance et des dépenses sociales, 2009.
- Coulibaly, Dr Nablé Yaya** : PTME et la prise en charge pédiatrique en situation d'urgence : le cas de la Côte d'Ivoire, mai-juillet 2013.
- D'Aigle pierre, Rohen ; Simon, Odile** : Les enfants non scolarisés d'Afrique de l'Ouest et du Centre, février 2013, avec UNICEF Bureau régional, Dakar.
- Fadiha, Prof. Kanvaly** : Elaboration d'une stratégie d'intégration des écoles islamiques dans le système d'enseignement officiel, 2008.
- Fall, Babacar** : Les jeunes rappent pour le développement durable, août 2013.
- Fondation Amigo** : Etat des lieux de la justice pour enfants en Côte d'Ivoire (2012) **Global March** : Cocoa Farming in Côte d'Ivoire, 2013.
- Helen Keller International** : Recherche Formative Pratique d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en Côte d'Ivoire, 2010.
- Human Rights Watch** : "Cette Terre est la richesse de ma famille", 2013.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC)** : Rapport du Système d'Alerte Précoce, 2011.
- IMF** : Africa's got work to do : employment in the new century, IMF Working Paper, 2013.
- INS-UNICEF** : Cartographie de la Pauvreté des Enfants en Côte d'Ivoire, 2010.
- INS-UNICEF** : Multiple Indicator Cluster Survey (MICS), 2006.
- INTERPEACE** : Dynamiques et capacités de gestion de conflits à l'Ouest de la Côte d'Ivoire, 2012.
- Jacquemin, Mélanie, Schlemmer, Bernard : Les enfants en dehors de l'école, Cahiers de Recherche sur l'Education et les Savoirs, 2011.
- Langer, Armin** : Horizontal inequalities and violent conflict : the case of Côte d'Ivoire, 2004
- Médecins du Monde** : Obstacles dans l'utilisation des services en santé sexuelle et reproductive, 2012

- MENET** : Plan d'Action a Moyen Terme-PAMT - Secteur Education 2012-2014.
- MENET** : RESEN, 2009.
- MENET** : Rapport d'Analyse Statistique du Système Educatif 2012-2013.
- MENET** : Projet d'Appui au Secteur Education/Formation (PASEF) 2012.
- Mingat, Alain et al** : **L'équité** : un fil rouge des politiques éducatives nationales (UNICEF, Bureau Regional AOC, Dakar).
- Ministère de l'Agriculture** : Disposition situation alimentaire et nutritionnelle (DISSAN), 2011.
- Ministère de la Famille, de la Femme, et des Affaires Sociales : Protection de l'Enfant en Côte d'Ivoire- cartographie et analyse du système (appui UNICEF, Save the Children), 2010.
- MSLS - INS** : Enquête Démographique et de Santé et à Indicateur Multiples, EDSCI-III, 2012.
- MSLS** : Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015.
- MSLS** : - Compte de la Santé, 2009, 2010, novembre 2013.
- MSLS** : Enquêtes nutritionnelles SMART, 2011, 2012.
- MSLS** : Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services de santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant, 2010.
- Nations Unies** : Rapport sur la situation des droits humains en CI, Conseil des Droits de l'Homme, janvier 2013.
- Norwegian Refuge Council** : Obstacles administratifs et culturels à la déclaration des faits d'état civil en Côte d'Ivoire, 2010.
- Plan International France** : Faire reculer le mariage précoce par l'éducation des filles, octobre 2013.
- Office du Premier Ministre** : Diagnostique enfants dans le cacao dans 18 départements, juin 2008.
- OMS, UNICEF** : Enquête de couverture vaccinale 2013.
- ONU CI** : Les défis de la protection des enfants en conflit avec la loi en Côte d'Ivoire.
- Oxford Policy Management** : Stratégie nationale de Protection Sociale en CI, OPM, 2011.
- Oxford Policy Management** : Plan d'actions 2013-2015, Stratégie Nationale de Protection Sociale, mars 2013.
- Oxford Policy Management** : Etat des lieux, défis et perspectives de renforcement de la Protection Sociale, 2012.
- Oxford Policy Management** : rôle, impact, coût et faisabilité de transferts sociaux monétaires, 2011.
- PAM** : Evaluation rapide des besoins dans la région de Savanes, note de synthèse, aout 2012.
- PASEC** : Evaluation diagnostique de l'Ecole Primaire : pistes d'action.
- PASEC** : Deux évaluations de l'apprentissage entre 1996 et 2009.
- Programme National de Nutrition** : Land scape Analysis, PNN, 2010.
- Programme National de Nutrition** : Enquête nutritionnelle dans 6 régions du Nord et Nord-Ouest, 2012.
- République de Côte d'Ivoire** : Plan National de Développement (PND) 2012-2015
- République de Côte d'Ivoire** : Politique Nationale de Protection de l'Enfant.
- République de Côte d'Ivoire** : Financement de l'Education en Côte d'Ivoire 2007-2012.
- République de Côte d'Ivoire-UNICEF** : Country Programme Document (Executive Board, UNICEF New York), 2009-2013.
- République de Côte d'Ivoire - UNICEF** : Country Programme Management Plan (CPAP), 2009.
- ROCARE** : Alternative crédible ou offre crédible intégrée au système d'éducation primaire en Côte d'Ivoire, 2010, avec MEN.
- Rohner et al** : Micronutrient deficiencies and under nutrition in preschool children and women in reproductive age in Côte d'Ivoire, July 2013
- Save the Children** : Vulnérabilité, violences et violations graves de droits de l'enfant.

- Save the Children** : Evaluation multisectorielle des besoins à Abidjan et ses environs, mai 2011.
- Seka, Firmin** : Analyse comparative de la vulnérabilité au SIDA et de la réponse chez les adolescents et les jeunes en Côte d'Ivoire entre 2005 et 2012, avec ONUSIDA, UNICEF, 2014.
- Sow, Alassane (World Bank) ; Flowers, Rana (UNICEF)** : A Basic Need to Help Children, Op-Ed for the Phnom Penh Post, october 2013.
- Spalthoff, Daniel** : Hand washing with soap in Côte d'Ivoire : a social norms analysis, 2013.
- UNESCO** : Engaging Youth in Planning Education and Peace Building for Social Transformation, discussion paper for IIEP Policy Forum Paris, octobre 2012.
- UNFPA-MSLS** : Enquête sur la disponibilité, la qualité et l'utilisation des services santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant, décembre 2011.
- UNICEF** : Retour à l'école en Côte d'Ivoire: évaluation après réouverture des écoles à travers le pays.
- UNICEF** : Analyse de la situation des enfants en Côte d'Ivoire, 2008.
- UNICEF** : Conflict sensitivity and peacebuilding, Technical Note, 2012.
- UNICEF** : Sondage sur les intentions des communautés vis à vis de la rentrée scolaire du 24 octobre 2011.
- UNICEF** : Consolidated Emergency Report 2011, Côte d'Ivoire.
- UNICEF** : Participation des Jeunes au Processus de Paix-Réconciliation, Note de synthèse du bureau d'Abidjan, janvier 2014.
- UNICEF** : Rapports Annuels, 2011, 2012.
- UNICEF** : Programme d'Education Parentale, UNICEF, Novembre 2012.
- UNICEF** : Every child birth registration, 11 décembre 2013.
- UNICEF** : Silent malnutrition: all eviating Child malnutrition in Côte d'Ivoire, 2013.
- UNICEF** : Santé maternelle, néo-natale et infantile en Côte d'Ivoire 2001-2011.
- UNICEF** : Stunted in India? The first two years are forever, Victor M. Aguayo, 2012.
- UNICEF** : Recours des ménages en cas d'épisode de maladie, 2013.
- Université d'Abidjan (Cocody)** : L'enseignement islamique en Côte d'Ivoire, Débats et Evolutions, Issouf Binaté, 2012.
- Université de Bourgogne (Dijon)** : Etat du Système Educatif Ivoirien.
- University of Indiana** : Conflict analysis, O'Bannon, 2013.
- Université de Montréal** : Vulnérabilité au SIDA et réponse chez les adolescents et les Jeunes en Côte d'Ivoire entre 2005 et 2012, (avec ONUSIDA, USI), 2013.
- Youssif, Elias** : Revue Négro-Africaine de Littérature et de Philosophie, 2012.

## ANNEXE 2 : PÔLES DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

N°	Pôles de développement économiques	Chef-lieu	REGIONS CORRESPONDANTES	Départements concernés
1	Centre	Yamoussoukro	District autonome de Yamoussoukro, N'zi, Iffou, Moronou	Yamoussoukro, Toumodi, Tiébisso, Dimbokro, Bongouanou, Daoukro, M'Bahiakro, Bocanda, Djekanou, Didiévi, Kouassi-Kouassikro, Prikro, Arrah, M'batto, Attiegouakro
2	Centre-Est	Abengourou	Indenie-Djuablin	Abengourou, Agnibilekrou, Bettie
3	Centre-Nord	Bouaké	Gbeke, Hambol	Bouaké, Béoumi, Dabakala, Sakassou, Katiola, Botro Niakaramandougou
4	Centre-Ouest	Daloa	Haut Sassandra, Marahoue, Goh	Daloa, Issia, Vavoua, Gagnoa, Oumé, Bouaflé, Zuenoula, Sinfra,,Zoukougbeu
5	Nord	Korhogo	Poros, Tchologo Et Bagoue	Korhogo, Tengrela, Ferkessedougou, Boundiali, Dikodougou, Sinematiali, Kong, Ouangolodougou, Kouto, M'bengué,
6	Nord-Est	Bondoukou	Gontougo Et Bounkani	Bondoukou, Bouna, Tanda, Nassian, Koun-Fao, Sandegue, Transua, Doropo, Tehini
7	Nord-Ouest	Odienné	Kabadougou Bafing Et Worodougou, Bere, Folon	Odienné, Minignan, Madinani, Touba, Mankono, Seguela, Kani, Gbeleban, Madinani, Samatiguilla, Seguelon, Koro, Ouaninou, Kaniasso, Minignan
8	Ouest	Man	Moyen Cavally, Tonkpi Et Guemon	Man, Danané, Biankouma, Kouibly, Zouhan-Hounien Bangolo, Duekoué, Guiglo, Bolequin, Toulepleu, Sipilou, Facobly
9	Sud	Abidjan	Sud Comoe, District Autonome D'Abidjan, Agnety-Tiassa, GrandsPonnts, Me, Loh-Djiboua	Abidjan Ville, Grand-Lahou, Tiassalé, Alépé, Dabou, Jacqueline, Sikensi, Adzopé, Agboville, Divo, Lakota, Aboisso, Adiaké, Grand-Bassam, Rubino, Azaguié, Taabo, Tiapoum, Akoupe, Yakasse-Attobrou, Guitry,
10	Sud-ouest	San Pedro	SanPedro, Nawa, Gbo-kle	San Pedro, Sassandra, Soubré, Tabou, Buyo, Gueyo, Meagui, Fresco

POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS ÉQUITABLE DANS UN PAYS ÉMERGENT



REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail



**POUR UNE SOCIÉTÉ PLUS ÉQUITABLE  
DANS UN PAYS ÉMERGENT**

.....  
**La Situation de l'Enfant en Côte d'Ivoire 2014**







REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union - Discipline - Travail



**CRC@25** CONVENTION ON THE  
RIGHTS OF THE CHILD

