



Ministère du Plan  
et du Développement

unicef 

pour chaque enfant

ANALYSE DE LA SITUATION

# DES ENFANTS ET DES FEMMES EN CÔTE D'IVOIRE



ANALYSE DE LA SITUATION

---

# DES ENFANTS ET DES FEMMES EN CÔTE D'IVOIRE

SITAN | 2019



Ministère du Plan  
et du Développement

unicef   
pour chaque enfant

ent

9





# AVANT-PROPOS

Depuis 2011, la stratégie de développement et les politiques publiques mises en œuvre sous la haute égide de S.E.M. Alassane OUATTARA visent, au plan socio-économique :

- la forte croissance de l'économie et sa transformation structurelle par l'industrialisation, notamment par une plus grande transformation locale des produits agricoles d'exportation ;
- la mise à disposition d'infrastructures socio-économiques de qualité, harmonieusement réparties sur l'étendue du territoire national, en soutien à l'activité économique et au bien-être des populations ;
- la promotion de l'emploi et le soutien aux initiatives locales ;
- la réduction de la pauvreté et l'amélioration du bien-être des populations.

Cette stratégie a été déclinée dans les deux (2) plans nationaux de développement (PND 2012-2015 et PND 2016-2020) dont la mise en œuvre a permis d'enregistrer une croissance économique forte et soutenue, d'un taux annuel moyen de plus de 8 % depuis 2012. Les importants investissements réalisés dans les secteurs sociaux et pro-pauvres ont impacté positivement le niveau et les conditions de vie des populations, singulièrement les groupes vulnérables.

La présente étude vise à évaluer la situation des enfants et des femmes à l'aune de ces progrès, en se basant sur une approche fondée sur les droits humains et l'équité. Elle se propose de mesurer les causes des inégalités, les privations et les capacités des différentes parties prenantes, ceci dans l'optique d'aider le pays à respecter ses engagements internationaux, notamment les Agendas 2063 de l'Union africaine et 2030 des Nations Unies sur les objectifs de développement durable (ODD).

Les résultats de la SitAn 2019 montrent l'avancement de la Côte d'Ivoire dans la protection des droits des enfants et des femmes. En effet, ils confirment que durant ces dernières années, des progrès notables ont été enregistrés dans les domaines de l'accès à l'éducation primaire, à l'eau potable et aux soins de santé de qualité pour la mère et l'enfant.

Cependant, la SitAn 2019 relève aussi de nombreux défis auxquels les filles et les garçons doivent encore faire face, notamment dans les domaines de la lutte contre toutes les formes de violences sur les enfants, la pauvreté non monétaire, l'éducation de la jeune fille, la mortalité maternelle et infantile, l'insertion sociale et économique des adolescent(e)s, etc.

Les recommandations formulées dans le rapport sont extrêmement variées et pertinentes pour tous les secteurs en lien avec les droits des enfants et des femmes. Elles permettront d'enrichir les réflexions sur la préparation du nouveau plan national de développement (PND 2021-2025), du cadre programmatique unique du Système des Nations Unies 2021-2025 et du programme de coopération de l'UNICEF 2021-2025.

Cette étude a été réalisée conjointement par le gouvernement de Côte d'Ivoire et l'UNICEF, sous le leadership du ministère du Plan et du Développement. Elle a enregistré la participation de tous les ministères en charge des secteurs sociaux, de la société civile, du secteur privé et des partenaires techniques et financiers (PTF). Elle est le fruit d'un travail d'analyse approfondie de toutes les données existantes en matière de droits des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire et de consultations nationales à différents niveaux.

Nous voudrions remercier sincèrement tous les acteurs qui ont contribué à son élaboration.



**Marc Vincent**  
Représentant UNICEF



**Nialé Kaba**  
Ministre du Plan et du Développement

# TABLE DES

|  |            |
|--|------------|
| <b>AVANT-PROPOS</b>  | <b>5</b>   |
| <b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b>   | <b>8</b>   |
| <b>I. RÉSUMÉ EXÉCUTIF ET RECOMMANDATIONS CLÉS</b>  | <b>17</b>  |
| <b>II. INTRODUCTION</b>  | <b>29</b>  |
| <b>III. ANALYSE DU CONTEXTE NATIONAL</b>   | <b>33</b>  |
| <b>IV. LA RÉALISATION DES DROITS DES ENFANTS</b>   | <b>43</b>  |
| <b>1. Chaque enfant survit et s'épanouit</b>   | <b>43</b>  |
| 1.1 Le droit à la santé  | 43         |
| 1.1.1 Indicateurs clés   | 44         |
| 1.1.2 Analyse causale  | 47         |
| 1.1.3 Déterminants structurels et environnement favorable  | 65         |
| 1.1.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                                  | 71         |
| 1.1.5 Recommandations clés   | 72         |
| 1.2 Le droit des adolescents à la santé  | 73         |
| 1.2.1 Indicateurs clés et analyses causales  | 73         |
| 1.2.2 Planification stratégique et gestion du secteur  | 81         |
| 1.2.3 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                                  | 83         |
| 1.2.4 Recommandations clés   | 84         |
| 1.3 Le droit à la nutrition  | 85         |
| 1.3.1 Indicateurs clés   | 87         |
| 1.3.2 Analyse causale  | 93         |
| 1.3.3 Déterminants structurels et environnement favorable  | 107        |
| 1.3.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                                  | 109        |
| 1.3.5 Recommandations clés   | 111        |
| <b>2. Chaque enfant apprend</b>  | <b>112</b> |
| 2.1 Indicateurs clés   | 113        |
| 2.2 Analyse causale  | 122        |
| 2.3 Déterminants structurels et environnement favorable  | 131        |
| 2.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                                    | 134        |
| 2.5 Recommandations clés   | 135        |
| <b>3. Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation</b> | <b>136</b> |
| 3.1 Chaque enfant a droit à une identité juridique   | 137        |
| 3.1.1 Indicateurs clés   | 138        |
| 3.1.2 Analyse causale et déterminants structurels  | 139        |
| 3.2 Chaque enfant est protégé contre la violence et l'exploitation                                   | 141        |
| 3.2.1 Violences et pratiques néfastes  | 142        |
| 3.2.1.1 Indicateurs clés   | 142        |
| 3.2.1.2 Analyse causale  | 149        |
| 3.2.2 Travail, exploitation et enfants en mobilité   | 152        |
| 3.2.2.1 Indicateurs clés   | 152        |
| 3.2.2.2 Analyse causale  | 158        |

# MATIÈRES

|  |            |
|--|------------|
| 3.2.3 Enfants privés d'environnement familial et autres enfants vulnérables                    | 160        |
| 3.2.4 Enfants en contact et en conflit avec la loi   | 163        |
| 3.2.5 Environnement favorable et déterminants structurels                                      | 164        |
| 3.3 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                              | 169        |
| 3.4 Recommandations clés   | 172        |
| <b>4. Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre</b>                               | <b>172</b> |
| 4.1 Indicateurs clés   | 173        |
| 4.2 Analyse causale  | 187        |
| 4.3 Déterminants structurels et environnement favorable  | 197        |
| 4.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                              | 200        |
| 4.5 Recommandations clés   | 202        |
| <b>5. Chaque enfant a des chances équitables dans la vie</b>                                   | <b>202</b> |
| 5.1 Inclusion sociale  | 203        |
| 5.1.1 Indicateurs clés   | 204        |
| 5.1.2 Analyse causale  | 212        |
| 5.1.3 Déterminants structurels et environnement favorable                                      | 218        |
| 5.1.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                            | 220        |
| 5.1.5 Recommandations clés   | 222        |
| 5.2 Le droit à la participation  | 222        |
| 5.2.1 Indicateurs clés   | 223        |
| 5.2.2 Analyse causale  | 225        |
| 5.2.3 Planification stratégique et gestion du secteur  | 228        |
| 5.2.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations                            | 229        |
| 5.2.5 Recommandations clés   | 231        |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b>   | <b>233</b> |
| <b>ANNEXES</b>   | <b>243</b> |
| <b>1. Questions de recherche</b>   | <b>243</b> |
| 1.1 Chaque enfant survit et s'épanouit   | 243        |
| 1.1.1 Le droit à la santé  | 243        |
| 1.1.2. Le droit à la santé des adolescents   | 243        |
| 1.1.3 Le droit à la nutrition  | 243        |
| 1.2 Chaque enfant apprend  | 243        |
| 1.3 Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation | 244        |
| 1.4 Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre                                     | 244        |
| 1.5 Chaque enfant a des chances équitables dans la vie   | 244        |
| 1.5.1 Inclusion sociale  | 244        |
| 1.5.2 Le droit à la participation  | 244        |
| <b>2. Barrières spécifiques à la lutte contre le travail des enfants</b>                       | <b>245</b> |
| <b>3. Les défis spécifiques à la prise en charge des enfants en conflit avec la loi</b>        | <b>249</b> |
| <b>RÉFÉRENCES</b>  | <b>255</b> |

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

|               |   |
|---------------|---|
| <b>AEJ</b>    | Agence Emploi Jeunes  |
| <b>AEN</b>    | Actions essentielles en nutrition   |
| <b>AEP</b>    | Adduction en eau potable  |
| <b>AFD</b>    | Agence française de développement   |
| <b>AGR</b>    | Activités génératrices de revenus   |
| <b>ANADER</b> | Agence nationale d'appui au développement rural   |
| <b>ANJE</b>   | Alimentation du nourrisson et du jeune enfant   |
| <b>ARDCI</b>  | Assemblée des régions et districts de Côte d'Ivoire   |
| <b>ARV</b>    | Traitement antirétroviral   |
| <b>ASC</b>    | Agent de santé communautaire  |
| <b>ATPC</b>   | Assainissement total piloté par la communauté   |
| <b>BAD</b>    | Banque africaine de développement   |
| <b>BEPC</b>   | Brevet d'études du premier cycle  |
| <b>BID</b>    | Banque islamique de développement   |
| <b>BIT</b>    | Bureau international du travail   |
| <b>BOAD</b>   | Banque ouest-africaine de développement   |
| <b>BPM</b>    | Brigade de protection des mineurs   |
| <b>CAFOP</b>  | Centre d'animation et de formation pédagogique  |
| <b>CAP</b>    | Connaissances, Attitudes, Pratiques   |
| <b>CBM</b>    | Mission chrétienne pour les aveugles  |
| <b>CCAD</b>   | Centre civique d'action pour le développement   |
| <b>CCSCTE</b> | Cadre intégré de coordination des systèmes public et privé de coordination du travail des enfants |
| <b>CDC</b>    | Centre de contrôle des maladies   |
| <b>CDE</b>    | Convention internationale des droits de l'enfant  |
| <b>CDS</b>    | Centre de santé   |
| <b>CE1</b>    | Cours élémentaire 1 <sup>re</sup> année   |
| <b>CE2</b>    | Cours élémentaire 2 <sup>e</sup> année  |
| <b>CEDEAO</b> | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest   |
| <b>CEDEF</b>  | Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes         |
| <b>CEPE</b>   | Certificat d'études primaires et élémentaires   |
| <b>CESEC</b>  | Conseil économique, social, environnemental et culturel   |
| <b>CGPE</b>   | Comités de gestion des points d'eau   |
| <b>CHPM</b>   | Centres d'hébergement provisoire pour mineurs   |
| <b>CICSEF</b> | Comité interministériel de coordination du secteur éducation-formation                            |
| <b>CIFF</b>   | Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance  |
| <b>CIM</b>    | Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants       |



|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>CIP</b>        | Comité interministériel de pilotage   |
| <b>CLCCG</b>      | Groupe de coordination des actions de lutte contre le travail des enfants dans la cacao-culture                 |
| <b>CM1</b>        | Cours moyen 1 <sup>re</sup> année   |
| <b>CM2</b>        | Cours moyen 2 <sup>e</sup> année  |
| <b>CMEF</b>       | Clubs de mères d'élèves filles  |
| <b>CMU</b>        | Couverture maladie universelle  |
| <b>CNAM</b>       | Caisse nationale d'assurance maladie  |
| <b>CNBC</b>       | Corps national du bénévolat communautaire   |
| <b>CNJ-CI</b>     | Conseil national de la jeunesse de Côte d'Ivoire  |
| <b>CNN</b>        | Conseil national de nutrition   |
| <b>CNS</b>        | Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants |
| <b>CNV</b>        | Corps national de volontaires   |
| <b>CODIPOST</b>   | Plateforme de gestion en ligne des ressources humaines du MENETFP   |
| <b>COGES</b>      | Comité de gestion des établissements scolaires  |
| <b>COM</b>        | Centres d'observation des mineurs   |
| <b>CONNAPE</b>    | Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance                     |
| <b>CP1</b>        | Cours préparatoire 1 <sup>re</sup> année  |
| <b>CP2</b>        | Cours préparatoire 2 <sup>e</sup> année   |
| <b>CPE</b>        | Comité de protection de l'enfant  |
| <b>CPN</b>        | Consultation prénatale  |
| <b>CPU</b>        | Cadre programmatique unique des Nations Unies pour l'assistance au développement                                |
| <b>CRM</b>        | Centres de réinsertion des mineurs  |
| <b>CSU</b>        | Couverture sanitaire universelle  |
| <b>CSUS/SSU</b>   | Centres de santé urbains spécialisés en santé scolaire et universitaire   |
| <b>CTA</b>        | Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine   |
| <b>DAL</b>        | Défécation à l'air libre  |
| <b>DAPS-COGES</b> | Direction de l'animation, de la promotion et du suivi des comités de gestion des établissements scolaires       |
| <b>DAR</b>        | Direction de l'assainissement rural   |
| <b>DDEN</b>       | Direction départementale de l'Éducation nationale   |
| <b>DDSH</b>       | Direction départementale de la santé et de l'hygiène publique   |
| <b>DEE</b>        | Dysfonction entérique environnementale  |
| <b>DFID</b>       | Département du développement international britannique  |
| <b>DGS</b>        | Direction générale de la santé du ministère de la Santé et de l'Hygiène publique                                |
| <b>DIJE</b>       | Développement intégré du jeune enfant   |
| <b>DIU</b>        | Dispositif intra-utérin   |
| <b>DLTE</b>       | Direction de la lutte contre le travail des enfants   |
| <b>DPC</b>        | Direction de la police criminelle   |
| <b>DPJEJ</b>      | Direction de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse du ministère de la Justice                 |
| <b>DREN</b>       | Direction régionale de l'Éducation nationale  |
| <b>DRPS</b>       | Direction régionale de la protection sociale  |



|                       |   |
|-----------------------|---|
| <b>DRS</b>            | Direction régionale de la santé   |
| <b>DRSHP</b>          | Direction régionale de la santé et de l'hygiène publique  |
| <b>DS</b>             | District sanitaire  |
| <b>DTC-HepB-P-Hib</b> | Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux, de l'hépatite B et de l' <i>Haemophilus influenzae</i> de type b |
| <b><i>E. coli</i></b> | <i>Escherichia coli</i>   |
| <b>EAH</b>            | Eau, Assainissement, Hygiène  |
| <b>ECIS</b>           | École ivoirienne pour les sourds  |
| <b>EDHC</b>           | Éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté   |
| <b>EDS</b>            | Enquête démographique et de santé   |
| <b>EGMA</b>           | Évaluation des compétences fondamentales en mathématiques   |
| <b>EGRA</b>           | Évaluation des compétences fondamentales en lecture   |
| <b>EHSS</b>           | Enfants hors du système scolaire  |
| <b>ENSEA</b>          | École nationale de la statistique et de l'économie appliquée  |
| <b>ENSESI</b>         | Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel   |
| <b>ENSETE</b>         | Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le travail des enfants                                      |
| <b>ENV</b>            | Enquête sur le niveau de vie des ménages  |
| <b>EPFTE</b>          | Enquête sur les pires formes du travail des enfants   |
| <b>EPN</b>            | Examen de santé postnatal   |
| <b>EPPA</b>           | Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie   |
| <b>ES</b>             | Établissement de santé  |
| <b>ESEC</b>           | Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales   |
| <b>ESPC</b>           | Établissement de santé de premier contact   |
| <b>eTME</b>           | Élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant   |
| <b>FCFA</b>           | Franc de la Communauté financière en Afrique  |
| <b>FCQ</b>            | Formations complémentaires qualifiantes   |
| <b>FDAL</b>           | Fin de la défécation à l'air libre  |
| <b>FDE</b>            | Fonds de développement de l'eau   |
| <b>FEJECI</b>         | Fédération des jeunes entrepreneurs de Côte d'Ivoire  |
| <b>FEMAJECI</b>       | Fédération des mouvements et associations de jeunesse et d'enfance de Côte d'Ivoire                           |
| <b>FENAMEPCI</b>      | Fédération nationale des associations et mouvements d'éducation permanente de Côte d'Ivoire                   |
| <b>FENOPJERICI</b>    | Fédération nationale des organisations professionnelles de la jeunesse rurale de Côte d'Ivoire                |
| <b>FENUJECI</b>       | Fédération nationale des unions de jeunesse communale de Côte d'Ivoire  |
| <b>FIES</b>           | Échelle de mesure de l'insécurité alimentaire basée sur les expériences                                       |
| <b>FIMR</b>           | Fonds d'investissement en milieu rural  |
| <b>FIS</b>            | Fédération ivoirienne de scoutisme  |
| <b>FISF</b>           | Fédération ivoirienne de scoutisme féminin  |
| <b>FNDA</b>           | Fonds national de l'assainissement et du drainage   |
| <b>FNE</b>            | Fonds national de l'eau   |
| <b>FRANC</b>          | Foyer de renforcement des activités de nutrition communautaires   |
| <b>GAVI</b>           | Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation   |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>GBVIMS</b>  | Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre                             |
| <b>GLPE</b>    | Groupe local des partenaires pour l'éducation et l'emploi des jeunes                               |
| <b>GS-EAH</b>  | Groupe sectoriel de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène                                     |
| <b>GSS</b>     | Groupe sectoriel santé   |
| <b>GTOE</b>    | Groupe technique des ONG pour l'éducation  |
| <b>HCDH</b>    | Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme  |
| <b>HCR</b>     | Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés  |
| <b>HFIAS</b>   | Échelle d'insécurité alimentaire des ménages   |
| <b>HPV</b>     | Vaccin contre les infections à papillomavirus humains  |
| <b>HSH</b>     | Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes   |
| <b>HV</b>      | Hydraulique villageoise  |
| <b>HVA</b>     | Hydraulique villageoise avancée  |
| <b>IA</b>      | Instituteur adjoint  |
| <b>ICH</b>     | Indice de capital humain   |
| <b>ICI</b>     | Fondation International Cocoa Initiative   |
| <b>IDG</b>     | Indice de développement du genre   |
| <b>IDH</b>     | Indice de développement humain   |
| <b>IMC</b>     | Indice de masse corporelle   |
| <b>INIPA</b>   | Institut national ivoirien pour la promotion des aveugles  |
| <b>INS</b>     | Institut national de la statistique  |
| <b>IO</b>      | Instituteur ordinaire  |
| <b>IPS</b>     | Indice de parité entre les sexes   |
| <b>IRA</b>     | Infection respiratoire aiguë   |
| <b>ISF</b>     | Indice synthétique de fécondité  |
| <b>ISSAB</b>   | Initiative Structures sanitaires amies des bébés   |
| <b>IST</b>     | Infection sexuellement transmissible   |
| <b>JMP</b>     | Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement          |
| <b>LGBTI</b>   | Lesbienne, gay, bisexuel, transgenre et intersexe  |
| <b>MAC</b>     | Maison d'arrêt et de correction  |
| <b>MACA</b>    | Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan  |
| <b>MADR</b>    | Ministère de l'Agriculture et du Développement rural   |
| <b>MAS</b>     | Malnutrition aiguë sévère  |
| <b>MAS</b>     | Ministère de l'Assainissement et de la Salubrité   |
| <b>MCEE</b>    | Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant                                     |
| <b>MENET</b>   | Ministère de l'Éducation nationale et de l'Enseignement technique                                  |
| <b>MENETFP</b> | Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle |
| <b>MEPS</b>    | Ministère de l'Emploi et de la Protection sociale  |
| <b>MFFE</b>    | Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant  |
| <b>MFM</b>     | Mécanisme de financement mondial   |
| <b>MGF/E</b>   | Mutilation génitale féminine/excision  |
| <b>MH</b>      | Ministère de l'Hydraulique   |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>MICS</b>    | Enquête par grappes à indicateurs multiples  |
| <b>MILDA</b>   | Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action                                     |
| <b>MJDH</b>    | Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme   |
| <b>MMEIG</b>   | Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité maternelle                                |
| <b>MPE</b>     | Micro- et petites entreprises  |
| <b>MPJEJ</b>   | Ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes                               |
| <b>MSCSLP</b>  | Ministère de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Lutte contre la pauvreté             |
| <b>MSHP</b>    | Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique   |
| <b>NEET</b>    | Jeune ni scolarisé, ni en emploi, ni en formation  |
| <b>NIPN</b>    | Plateforme nationale d'information pour la nutrition   |
| <b>N-MODA</b>  | Analyse nationale du chevauchement des privations multiples                                      |
| <b>NPSP</b>    | Nouvelle pharmacie de santé publique   |
| <b>ODD</b>     | Objectifs de développement durable   |
| <b>OEV</b>     | Orphelins et enfants vulnérables   |
| <b>OIDH</b>    | Observatoire ivoirien des droits de l'Homme  |
| <b>OIM</b>     | Organisation internationale pour les migrations  |
| <b>OIT</b>     | Organisation internationale du travail   |
| <b>OMD</b>     | Objectif du millénaire pour le développement   |
| <b>OMS</b>     | Organisation mondiale de la santé  |
| <b>ONEG</b>    | Observatoire national de l'équité et du genre  |
| <b>ONEP</b>    | Office national de l'eau potable   |
| <b>ONG</b>     | Organisation non gouvernementale   |
| <b>ONU CI</b>  | Organisation des Nations Unies en Côte d'Ivoire  |
| <b>ONUSIDA</b> | Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida   |
| <b>OPJ</b>     | Officiers de police judiciaire   |
| <b>OSCN</b>    | Office du service civique national   |
| <b>PACPE</b>   | Programme national d'animation communautaire en protection de l'enfant                           |
| <b>PADEHA</b>  | Programme d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement |
| <b>PALAJ</b>   | Projet d'appui à l'amélioration de l'accès aux droits et à la justice                            |
| <b>PAM</b>     | Programme alimentaire mondial  |
| <b>PANB-PF</b> | Plan d'action national budgétisé de planification familiale                                      |
| <b>PASEC</b>   | Programme d'analyse des systèmes éducatifs de la CONFEMEN  |
| <b>PCIME</b>   | Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance   |
| <b>PCIMNE</b>  | Prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant                               |
| <b>PCV-13</b>  | Pneumocoque 13 (vaccin contre les infections respiratoires)                                      |
| <b>PECI</b>    | Parlement des enfants de Côte d'Ivoire   |
| <b>PECP</b>    | Prise en charge du VIH pédiatrique   |
| <b>PEJEDEC</b> | Projet emploi jeunes et développement des compétences  |
| <b>PEPFAR</b>  | Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique pour la lutte contre le VIH/sida           |
| <b>PEPT</b>    | Programme Eau pour tous  |
| <b>PETS</b>    | Enquête sur la traçabilité des dépenses publiques  |



|                  |   |
|------------------|---|
| <b>PEV</b>       | Programme élargi de vaccination   |
| <b>PF</b>        | Planification familiale   |
| <b>PFC</b>       | Plateformes de collaboration  |
| <b>PFSP</b>      | Programme de filets sociaux productifs  |
| <b>PHAM</b>      | Programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire  |
| <b>PIB</b>       | Produit intérieur brut  |
| <b>PID</b>       | Pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide   |
| <b>PIP</b>       | Programme d'investissements publics   |
| <b>PMH</b>       | Pompes à motricité humaine  |
| <b>PMNDPE</b>    | Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance                           |
| <b>PNCFS</b>     | Plateforme nationale de coordination du financement de la santé                                       |
| <b>PND</b>       | Plan national de développement  |
| <b>PNDPE</b>     | Politique nationale de développement de la petite enfance   |
| <b>PNDS</b>      | Plan national de développement sanitaire  |
| <b>PNHH</b>      | Programme national d'hydraulique humaine  |
| <b>PNIA</b>      | Programmes nationaux d'investissement agricole  |
| <b>PNJ</b>       | Politique nationale de la jeunesse  |
| <b>PNLP</b>      | Plan national de lutte contre le paludisme  |
| <b>PNMIN</b>     | Plateforme nationale d'information multisectorielle pour la nutrition                                 |
| <b>PNMN</b>      | Plan national multisectoriel de nutrition   |
| <b>PNN</b>       | Programme national de nutrition   |
| <b>PNOEV</b>     | Programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables du fait du VIH/sida |
| <b>PNPE</b>      | Politique nationale de protection de l'enfant   |
| <b>PNPJEJ</b>    | Politique nationale de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse                           |
| <b>PNSME</b>     | Programme national de santé de la mère et de l'enfant   |
| <b>PNSSU-SAJ</b> | Programme national de santé scolaire et universitaire – Santé des adolescents et des jeunes           |
| <b>PNUD</b>      | Programme des Nations Unies pour le développement   |
| <b>PNV</b>       | Programme national de volontariat   |
| <b>POS</b>       | Procédures opérationnelles standards  |
| <b>PPAC-PEV</b>  | Plan pluriannuel complet du Programme élargi de vaccinations  |
| <b>Ppm</b>       | Parties par million   |
| <b>PPP</b>       | Partenariats publics-privés   |
| <b>PPPP</b>      | Plateforme de partenariat public-privé du secteur café-cacao  |
| <b>PPU</b>       | Programme présidentiel d'urgence  |
| <b>PREMU</b>     | Projet de renforcement de l'alimentation en eau potable en milieu urbain                              |
| <b>PrEP</b>      | Prophylaxie préexposition   |
| <b>PrEPare</b>   | Programme d'éducation parentale   |
| <b>PRICI</b>     | Projet de renaissance des infrastructures de Côte d'Ivoire  |
| <b>PRSSE</b>     | Projet de renforcement du système de santé et de réponses aux urgences épidémiques                    |
| <b>PSE</b>       | Plan sectoriel Éducation-formation  |
| <b>PSGouv</b>    | Programme social du gouvernement  |



|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>PTF</b>        | Partenaires techniques et financiers  |
| <b>PTME</b>       | Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant  |
| <b>PUR</b>        | Programme d'urgence de réhabilitation post-crise  |
| <b>PVVIH</b>      | Personne vivant avec le VIH   |
| <b>RAM</b>        | Régime d'assistance médicale  |
| <b>RAMA</b>       | Régime alimentaire minimum acceptable   |
| <b>RASS</b>       | Rapport annuel sur la situation sanitaire   |
| <b>RéPEP</b>      | Réseaux publics d'eau potable   |
| <b>RESEN</b>      | Rapport d'état sur le système éducatif national   |
| <b>RGPH</b>       | Recensement général de la population et de l'habitat  |
| <b>RIP-EPT</b>    | Réseau ivoirien pour la promotion de l'éducation pour tous  |
| <b>RNPP</b>       | Registre national des personnes physiques   |
| <b>RSE</b>        | Responsabilité sociale d'entreprise   |
| <b>RSU</b>        | Registre social unique  |
| <b>SARA</b>       | Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé                               |
| <b>SAVA</b>       | Enquête nationale de suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire                                 |
| <b>SCA</b>        | Score de consommation alimentaire   |
| <b>SCAD</b>       | Service civique d'action pour le développement  |
| <b>SDAD</b>       | Schéma directeur d'assainissement et de drainage pour la ville d'Abidjan  |
| <b>SDAM</b>       | Score de diversité alimentaire des ménages  |
| <b>SDMT</b>       | Stratégie de gestion de la dette à moyen terme  |
| <b>SEA</b>        | Système d'évaluation des apprentissages   |
| <b>SE-CONNAPE</b> | Secrétariat exécutif du Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance |
| <b>SIAN</b>       | Semaine d'intensification des activités de nutrition  |
| <b>SIDA</b>       | Syndrome d'immunodéficience acquise   |
| <b>SIE</b>        | Structures islamiques d'éducation   |
| <b>SIGE</b>       | Système d'information et de gestion de l'éducation  |
| <b>SIPE</b>       | Système intégré de protection de l'enfant   |
| <b>SitAn</b>      | Analyse de la situation des enfants et des femmes   |
| <b>SMART</b>      | Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions  |
| <b>SNAJ</b>       | Stratégie nationale d'autonomisation des jeunes   |
| <b>SNIEJ</b>      | Stratégie nationale pour l'insertion et l'emploi des jeunes   |
| <b>SNIS</b>       | Système national d'information sanitaire  |
| <b>SNLVBG</b>     | Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre   |
| <b>SNPS</b>       | Stratégie nationale de protection sociale   |
| <b>SNSC</b>       | Stratégie nationale du service civique  |
| <b>SNU</b>        | Système des Nations Unies   |
| <b>SODECI</b>     | Société de distribution d'eau de Côte d'Ivoire  |
| <b>SONU</b>       | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence   |
| <b>SONUB</b>      | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base   |



|                |  |
|----------------|--|
| <b>SONUC</b>   | Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets   |
| <b>SOSTECI</b> | Système d'observation et de suivi du travail des enfants en Côte d'Ivoire                                  |
| <b>SPARK</b>   | Projet d'achat stratégique et d'alignement des ressources et des connaissances dans le domaine de la santé |
| <b>SPJEJ</b>   | Services de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse   |
| <b>SPJMC</b>   | Services de protection judiciaire pour mineurs en milieu carcéral  |
| <b>SRO</b>     | Sels de réhydratation orale  |
| <b>SSRTE</b>   | Système de suivi et de remédiation du travail des enfants  |
| <b>SUN</b>     | Scaling Up Nutrition   |
| <b>SVA-D</b>   | Supplémentation en vitamine A et déparasitage  |
| <b>SWEDD</b>   | Projet Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel                                       |
| <b>TA</b>      | Taux d'achèvement  |
| <b>TAP</b>     | Taux d'achèvement du primaire  |
| <b>TBS</b>     | Taux brut de scolarisation   |
| <b>TDR</b>     | Test de diagnostic rapide du paludisme   |
| <b>THIMO</b>   | Travail à haute intensité de main-d'œuvre  |
| <b>TIC</b>     | Technologies de l'information et de la communication   |
| <b>TMAM5</b>   | Taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans  |
| <b>TMCM5</b>   | Taux de malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans  |
| <b>TMM5</b>    | Taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans   |
| <b>TMN</b>     | Taux de mortalité néonatale  |
| <b>TMNI</b>    | Taux de mortalité néonatale et infantile   |
| <b>TNA</b>     | Taux net d'admission   |
| <b>TNS</b>     | Taux net de scolarisation  |
| <b>TPCM</b>    | Taux de prévalence contraceptive moderne   |
| <b>TPI</b>     | Traitement préventif intermittent du paludisme   |
| <b>TRECC</b>   | Transformer l'éducation dans les communautés du cacao  |
| <b>TRO</b>     | Traitement par réhydratation orale   |
| <b>UEMOA</b>   | Union économique et monétaire ouest-africaine  |
| <b>UIT</b>     | Union internationale des télécommunications  |
| <b>UNESCO</b>  | Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture                                  |
| <b>UNFPA</b>   | Fonds des Nations Unies pour la population   |
| <b>UNICEF</b>  | Fonds des Nations Unies pour l'enfance   |
| <b>USAID</b>   | Agence des États-Unis pour le développement international  |
| <b>USD</b>     | Dollars des États-Unis   |
| <b>UTZ</b>     | Programme de certification de durabilité pour le café, le cacao et le thé                                  |
| <b>VACS</b>    | Enquête sur la violence contre les enfants   |
| <b>VAE</b>     | Violences, Abus, Exploitation  |
| <b>VAT2+</b>   | Deux doses de vaccin antitétanique   |
| <b>VBG</b>     | Violence basée sur le genre  |
| <b>VIH</b>     | Virus de l'immunodéficience humaine  |



# I. RÉSUMÉ EXÉCUTIF ET RECOMMANDATIONS CLÉS

L'Analyse de la situation des enfants et des femmes (SitAn) en Côte d'Ivoire s'inscrit dans le cadre des efforts visant à améliorer les connaissances sur le niveau de réalisation des droits des enfants et des femmes, les causes des inégalités et des privations et les capacités des différentes parties prenantes. Elle vise également à orienter la préparation du prochain Plan national de développement, du Cadre programmatique unique du Système des Nations Unies et du Programme de coopération de l'UNICEF sur la période 2021-2025.

Conformément aux orientations méthodologiques approuvées par le gouvernement, la SitAn examine successivement la situation des enfants et des femmes au regard des cinq priorités du plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021, à savoir le droit de chaque fille et chaque garçon, quelle que soit son appartenance sociale et ses caractéristiques à : i) la survie et au développement ; ii) l'éducation ; iii) la protection contre toutes les formes de violence, d'abus et d'exploitation ; iv) un environnement sain et propre ; et v) des chances équitables de réussite sociale.

## 1. Chaque enfant survit et s'épanouit

### Le droit des enfants et des femmes à la santé

Près de 9 enfants sur 100 meurent avant leur cinquième anniversaire et le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes est estimé à 645. Malgré les progrès accomplis, près d'une femme enceinte sur deux (48,7 %) n'effectue pas les quatre consultations prénatales (CPN) recommandées, près d'un tiers des accouchements (30,2 %) ont lieu en dehors d'un établissement de santé (ES) et plus d'un quart des naissances (25,8 %) se déroulent sans l'assistance de personnel qualifié. De plus, le taux de couverture vaccinale reste insuffisant, plus de 40 % des enfants de moins de 5 ans et près de la moitié des femmes enceintes ne dorment pas sous une moustiquaire imprégnée (MILDA), seuls 40 % des enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH et 64 % des femmes enceintes séropositives reçoivent un traitement antirétroviral, et moins d'un tiers des enfants de moins de 5 ans ayant de la fièvre, de la diarrhée ou des symptômes d'infection respiratoire aiguë (IRA) sont traités de façon appropriée.

Les barrières à surmonter comprennent : d'une part l'offre et la qualité des services, et d'autre part la demande.

En ce qui concerne l'offre et la qualité des services, il est à noter : i) une couverture en ES encore limitée dans certaines régions ; ii) une couverture en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) insuffisante ; iii) une capacité insuffisante des ES à offrir le paquet complet des SONU de base (SONUB) et un manque de personnels formés en SONU ; iv) des ruptures de stock et des difficultés persistantes pour acheminer les vaccins et les médicaments « jusqu'au dernier kilomètre » ; v) une sous-exploitation des opportunités de dépistage du VIH/sida aux différentes portes d'entrée ; vi) des interventions préventives insuffisantes pour réduire les risques de complications obstétricales et de transmission du VIH de la mère à l'enfant et des maladies de l'enfance (traitement préventif intermittent du paludisme, dépistage du VIH et des IST, vaccination, distribution de MILDA, prévention et traitement de la malnutrition, examens de santé postnatals) ; et vii) une offre de soins et de traitements encore insuffisante et un manque de personnel formé pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et du VIH pédiatrique.

S'agissant de la demande, il est à noter : i) l'existence de coûts directs et indirects pour l'accès aux soins ; ii) le manque de connaissances concernant la santé reproductive et sexuelle, la prévention des maladies et les comportements à adopter en cas de symptômes ; iii) l'autonomisation insuffisante des femmes ; iv) le manque d'information concernant la possibilité d'accéder à des traitements antirétroviraux en cas de test de dépistage positif au VIH/sida et le manque de soutien social, psychologique et financier pour les femmes enceintes et les enfants sous traitement ARV ; et v) le recours à la médecine et aux accoucheuses traditionnelles.

À ces défis s'ajoutent : i) un niveau trop faible de dépenses publiques en faveur de la santé ; ii) une mauvaise allocation des ressources au détriment du secteur primaire ; iii) une coordination sectorielle insuffisante ; et iv) des lacunes persistantes au niveau du Système national d'information sanitaire (SNIS).

### Recommandations clés

- i. Poursuivre les efforts en faveur d'une augmentation annuelle de 15 % minimum des crédits alloués au secteur de la santé afin d'atteindre la cible de 15 % du budget de l'État, et travailler à une allocation conséquente pour les soins de santé primaires dans le but d'améliorer l'efficacité du système.
- ii. Soutenir le déploiement de ressources humaines qualifiées au niveau des centres de santé afin d'assurer une continuité des soins de qualité ainsi que la mise à niveau du plateau technique.
- iii. Accroître les interventions d'offre de services de qualité, tant dans les centres de santé que dans les communautés, afin de stimuler l'utilisation des services de santé.
- iv. Faire de l'accélération de la mise à l'échelle des SONU de base une « priorité nationale ».
- v. Renforcer la prévention des principales maladies évitables par la vaccination de routine, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et les autres interventions de prévention.
- vi. Poursuivre l'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé communautaire.
- vii. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour une bonne disponibilité des médicaments et vaccins à tous les niveaux, et améliorer l'accès aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique.
- viii. Moderniser le système d'information sanitaire pour assurer l'exactitude et la cohérence des données et mettre à l'échelle le monitoring décentralisé pour l'action afin d'améliorer les indicateurs sanitaires.
- ix. Renforcer les actions innovantes au niveau du système de santé, des collectivités locales et des communautés pour lever les goulots qui entravent la demande des services de santé au niveau des ménages.
- x. Renforcer le contrôle citoyen afin d'accroître la qualité des soins et leur fourniture à moindre coût pour les populations défavorisées.
- xi. Offrir des services de qualité aux femmes enceintes VIH+ et à leurs enfants exposés.
- xii. Renforcer la couverture de mise sous traitement antirétroviral (TAR) des femmes enceintes VIH+ et des enfants VIH+.
- xiii. Renforcer le dépistage des enfants et adolescent(e)s à toutes les portes d'entrée hors sites PTME (pesée et vaccination, nutrition, etc.).
- xiv. Renforcer l'intégration de l'offre de services de soins VIH dans les cliniques privées.
- xv. Réviser les messages sur le VIH à communiquer aux femmes enceintes et à leurs conjoints.
- xvi. Mettre en œuvre la stratégie approche famille/*index testing* au niveau national.

### Le droit des adolescents à la santé

Les principales causes de morbidité des adolescents sont le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les cas de diarrhées, les affections buccodentaires, les IST et l'anémie. La prévalence du VIH/sida chez les adolescents continue de diminuer – en 2018, 1 500 nouvelles infections ont été constatées chez les 15-19 ans, les deux tiers concernant des adolescentes –, mais le nombre d'IST diagnostiquées pour cette tranche d'âge est en forte augmentation. Par ailleurs, 12 % des décès maternels impliquent des adolescentes et 15 % des adolescentes souffrent de maigreur, 9 % de surpoids ou d'obésité et 66 % d'anémie (MICS-5). Enfin, le niveau élevé de violences physiques, émotionnelles et sexuelles auquel les enfants sont exposés, la forte prévalence du travail dangereux chez les 12-14 ans (29,2 %) et 15-17 ans (34,6 %) et la consommation grandissante d'alcool et de drogues constituent des risques sanitaires supplémentaires pour les adolescents.

Au cours des dernières années, le gouvernement a multiplié les initiatives, mais plusieurs barrières restent à surmonter, parmi lesquelles : i) le nombre encore insuffisant de centres de santé primaires offrant un continuum de services adaptés aux adolescents et aux jeunes ; ii) la réticence des adolescents à se rendre dans des structures sanitaires fréquentées par les adultes de peur d'y être mal accueillis et jugés par le personnel de santé et les autres patients ; iii) la mauvaise intégration des services offrant des tests et des conseils VIH et IST dans les consultations médicales classiques ; iv) le manque d'information des adolescents concernant la prévention et les modes de transmission du VIH et des IST, les lieux de dépistage et le coût des



examens, la prévention des VBG et des grossesses précoces, la gestion de l'hygiène menstruelle, la prévention de la malnutrition et des comportements à risque, la prévention et le traitement des principales maladies de l'enfance, la promotion de la santé mentale et les risques pour la santé de l'exercice d'un travail dangereux ; et v) la mobilisation insuffisante du secteur privé en faveur de la santé des adolescents, de la prévention de la malnutrition, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, et de la lutte contre le travail des enfants.

À ces difficultés s'ajoutent : i) le manque de moyens budgétaires alloués à ce sous-secteur ; ii) la faiblesse des structures de coordination intersectorielle ; et iii) l'absence d'outils de collecte harmonisés des données et de système d'information multisectoriel intégré.

### Recommandations clés

- i. Intégrer/renforcer l'offre de services de prévention, de conseil et de dépistage du VIH/sida et des IST dans les services assurant la prise en charge des adolescents et des jeunes, et exploiter toutes les opportunités de dépistages (VIH et IST).
- ii. Favoriser l'accès des adolescents à une information de qualité dans la famille, la communauté, les milieux scolaires, associatifs et de loisirs et les services offerts aux adolescents dans les centres de santé au sujet du VIH/sida et des IST.
- iii. Renforcer l'offre et la qualité des soins de santé dédiés aux adolescents en vue d'une meilleure prise en compte de leurs besoins spécifiques.
- iv. Renforcer l'accès des adolescents aux connaissances concernant la santé sexuelle et reproductive (éducation sexuelle complète), les VBG, l'hygiène menstruelle, les risques liés à l'anémie et les comportements à adopter en cas de symptômes (nécessité de rechercher des conseils et un traitement auprès d'un professionnel de santé) dans la famille, la communauté et les milieux scolaires, associatifs et de loisirs.
- v. Mettre en place, aux niveaux central et déconcentré, un cadre institutionnel intersectoriel chargé de :
  - a. favoriser la mise en place de politiques intégrées en faveur des adolescents ;
  - b. planifier des interventions multisectorielles maximisant les synergies en faveur de la santé des adolescents ;
  - c. mener des actions de plaidoyer en faveur d'une augmentation des moyens consacrés à la santé des adolescents.
- vi. Mettre en place une plateforme nationale d'information sur la santé des adolescents afin de disposer d'un véritable système de gestion d'information multisectoriel dans ce domaine.
- vii. Assurer la participation des adolescents à la planification et au suivi-évaluation des politiques, programmes et interventions qui concernent leur santé, leur développement et leur bien-être.

### Le droit des enfants et des femmes à la nutrition

En 2016, 21,6 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique et 6 % de malnutrition aiguë, 16,7 % des enfants étaient nés avec un faible poids, 7,8 % des femmes en âge de procréer étaient trop maigres, 19,4 % étaient en surpoids, 10,1 % étaient obèses et 66,4 % souffraient d'anémie. Les causes immédiates de la malnutrition en Côte d'Ivoire sont liées au fait que : i) 87,5 % des enfants de 6-23 mois n'ont pas accès à un régime alimentaire minimum acceptable ; et ii) l'accès à des soins de santé de qualité reste insuffisant.

Les causes sous-jacentes de la malnutrition renvoient : i) à des pratiques de soins et d'alimentation inadéquates – moins d'un quart (23,5 %) des enfants de moins de 6 mois bénéficient d'un allaitement exclusif et seuls 64,1 % des enfants de 6-23 mois sont allaités tout en recevant des aliments solides, semi-solides ou mous – liées à un manque de connaissance et de conseils en matière de nutrition et d'alimentation, au peu de temps que les mères ont à consacrer à leurs enfants, au nombre encore insuffisant de CPN effectuées par les mères, à l'absence de programme d'éducation parentale en matière de développement intégré du jeune enfant et à la faible proportion d'enfants fréquentant un programme d'éducation préscolaire organisé offrant un paquet de services intégrés en matière de santé, de nutrition et de protection ; ii) à des facteurs environnementaux,

comme la réglementation et le contrôle insuffisants des systèmes alimentaires et le manque de produits à haute valeur nutritionnelle disponibles à un prix abordable, ainsi que l'accès limité à l'eau, l'assainissement, l'hygiène et à des services de prévention et de traitement de la malnutrition ; et iii) à des situations d'insécurité alimentaire en milieu rural, dans certaines régions, résultant de la pauvreté ou de chocs négatifs sur les revenus des ménages les plus vulnérables et de la faiblesse des mécanismes de protection sociale.

L'utilisation des services de santé pour la prévention et le traitement des différentes formes de malnutrition reste faible en raison : i) des barrières communes à l'utilisation des soins de santé en général ; ii) de la faiblesse des activités promotionnelles et préventives menées par le système de santé ; iii) du manque de formation des agents de santé à la détection et à la fourniture de conseils nutritionnels ; iv) d'un manque d'équipements essentiels pour la surveillance de la croissance et du poids et de directives en matière de nutrition dans de nombreux ES ; et v) du faible taux de fréquentation des ES par les enfants âgés de plus d'un an, ce qui réduit l'impact de la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage (SVA-D) en routine.

Au niveau de l'environnement favorable, les principales contraintes comprennent : i) un déficit de financement ; ii) une intégration insuffisante des enjeux multisectoriels de la nutrition dans les politiques et programmes menés par les différents ministères concernés ; et iii) les capacités limitées du Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (CONNAPE) pour assurer le suivi de la situation nutritionnelle et celui de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de nutrition (PNMN) aux niveaux opérationnel et financier.

### Recommandations clés

- i. Mettre en place un plaidoyer fort pour que l'offre proposée par les systèmes alimentaires – globaux et mondialisés, nationaux, locaux – dans des contextes différents (urbain, périurbain et rural) se transforme et réponde de façon satisfaisante aux besoins nutritionnels des enfants, des adolescents et des femmes enceintes et allaitantes.
- ii. Renforcer l'approche multisectorielle pour que les quatre autres grands systèmes clés – la Santé, l'Eau et l'Assainissement, l'Éducation et la Protection sociale – coopèrent plus avec les systèmes alimentaires.
- iii. Évaluer la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de nutrition (PNMN) 2016-2020, développer un dossier d'investissement en nutrition, actualiser le cadre commun de résultats et élaborer le nouveau PNMN 2021-2025.
- iv. Renforcer la participation et l'implication des acteurs de nutrition au développement des différents documents stratégiques (politiques, stratégies et plans nationaux) des secteurs contribuant à la nutrition.
- v. Renforcer les capacités des acteurs de nutrition des différents secteurs impliqués en formations pré-service et post-service.
- vi. Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et des éléments de preuve de qualité pour faire le suivi de la mise en œuvre des actions inscrites dans le Plan national multisectoriel de nutrition.
- vii. Passer à l'échelle et mettre en œuvre des interventions spécifiques en nutrition du système de santé en lien avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) à travers une appropriation et un engagement effectif du ministère de la Santé (supplémentation en vitamine A et déparasitage en routine, promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – ANJE, prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, supplémentation en micronutriments, interventions de promotion de nutrition maternelle).
- viii. Passer à l'échelle et mettre en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition à travers les plateformes multisectorielles communautaires de nutrition et développement de la petite enfance (FRANC), une appropriation et un engagement effectif des communautés et une coordination décentralisée.
- ix. Renforcer l'autonomisation des femmes et la disponibilité et l'utilisation d'aliments de complément à travers la mise en place d'unités locales de fabrication de farines infantiles à haute valeur nutritionnelle par des coopératives agricoles féminines.



## 2. Chaque enfant apprend

En 2016, seuls 14 % des enfants âgés de 36 à 59 mois bénéficiaient d'un programme d'éducation préscolaire organisé en raison : i) de la faible couverture en infrastructures préscolaires, en particulier en milieu rural ; ii) du manque de financements publics et du coût élevé de la scolarisation à ce niveau ; iii) de la méconnaissance par les parents de l'apport de la préscolarisation ; et iv) de la qualité incertaine de l'éducation préscolaire. Au primaire, le taux brut de scolarisation (TBS) est désormais supérieur à 100 %, le taux d'achèvement (TA) à 80 % et la parité est dépassée au bénéfice des filles en moyenne nationale. Toutefois, des inégalités sociales et des disparités régionales demeurent et les acquis scolaires restent insuffisants en raison : i) d'une capacité d'accueil insuffisante ; ii) de l'existence de frais directs et indirects et de coûts d'opportunité ; iii) d'un manque de matériel pédagogique et d'encadrement ; iv) d'un accès limité aux commodités ; v) des obstacles à l'inclusion de nombreux enfants en situation de handicap ; et vi) du rejet par certains parents du système éducatif formel.

Au secondaire général, la participation et l'achèvement progressent, tout comme la parité. Toutefois, le TBS (36 %) et le TA (28,5 %) restent faibles au deuxième cycle, des centaines de milliers d'enfants âgés de 12 à 15 ans sont en dehors du système scolaire et des inégalités de genre et des disparités régionales importantes demeurent. Les barrières à surmonter comprennent : i) un nombre insuffisant d'infrastructures, en particulier en milieu rural ; ii) un accès limité aux commodités de base au premier cycle ; iii) l'existence de frais directs et indirects et de coûts d'opportunité ; iv) l'échec scolaire ; v) les mariages et les grossesses précoces ; vi) les normes sociales défavorables à la scolarisation des filles au-delà du primaire ; et vii) l'insécurité dans et sur le chemin de l'école.

À ces obstacles s'ajoutent : i) une forte dynamique démographique ; ii) un manque d'efficacité des dépenses publiques d'éducation ; et iii) une coordination du secteur encore insuffisante.

### Recommandations clés

- i. Développer la coopération Sud-Sud et lancer des appels à idées afin d'identifier des approches innovantes en matière d'éducation et de renforcer le système de suivi et de redevabilité dans le secteur de l'éducation.
- ii. Consolider le partenariat public-privé afin de faciliter le passage à l'échelle des initiatives pilotes, telles que la transformation des déchets plastiques en infrastructures scolaires.
- iii. Appuyer le renforcement des capacités des autorités régionales et locales et celles des entités en charge des activités extrascolaires.
- iv. Mettre en place un cadre de concertation sur le préscolaire associant tous les ministères concernés (ministère de l'Éducation, ministère de l'Emploi et de la Protection sociale, ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant) pour harmoniser les curricula de l'enseignement préscolaire, en veillant à renforcer les aspects cognitifs et de socialisation.
- v. Élaborer une stratégie nationale en matière de profil de recrutement, de formation continue et de recyclage des enseignants.
- vi. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du programme national d'amélioration des apprentissages fondamentaux, de promotion de la culture de la lecture (en particulier pour les garçons), des mathématiques et des sciences (en particulier pour les filles).
- vii. Appuyer la généralisation des contrats d'objectifs et de performance à tous les niveaux de la chaîne de responsabilité administrative, pédagogique et budgétaire.
- viii. Apporter un soutien à la mise en œuvre de l'arrêté autorisant les filles-mères à demander un report de leur scolarité et mettre en place un programme de soutien parental, en particulier pour les parents adolescents et leurs enfants.
- ix. Appuyer l'élaboration et la mise en place d'un système d'évaluation formative et le suivi de l'intégration des exclus du système scolaire.
- x. Soutenir la mise en place de mécanismes et d'outils de diffusion de l'information sur les opportunités de formation et d'emplois, en ciblant notamment les adolescentes vivant en zones rurales et périurbaines, tout en luttant contre les stéréotypes de genre qui prévalent dans certaines filières et matières.

### 3. Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre les violences et l'exploitation

Entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans déclarés à l'état civil a progressé de 65 % à 71,7 % et celle des enfants dont la naissance est déclarée mais qui n'ont pas de certificat de naissance a reculé de 19,5 % à 12,2 %. Au cours des dernières années, le gouvernement a pris, avec l'aide des partenaires, plusieurs initiatives importantes pour améliorer l'accès des enfants à une identité juridique et le principal défi à relever se situe désormais dans la mise en œuvre de ces différentes mesures.

Près de neuf enfants sur dix (86,5 %) sont victimes de méthodes de discipline violente dès le plus jeune âge et la majorité d'entre eux subissent des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles au cours de leur enfance. De plus, 10,9 % des filles de moins de 15 ans et 27,4 % des filles âgées de 15-19 ans sont victimes de mutilations génitales féminines/excision (MGF/E), tandis que 4,8 % des adolescentes âgées de 15-19 ans sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 32,1 % des femmes âgées de 20-49 ans le sont avant l'âge de 18 ans. Par ailleurs, 31,3 % des enfants âgés de 5-17 ans sont astreints à un travail, les deux tiers d'entre eux (68,7 %) effectuant un travail dangereux.

Certaines catégories d'enfants sont particulièrement vulnérables aux violations de leurs droits comme les enfants vivant en dehors de la sphère parentale, les orphelins, les enfants abandonnés, séparés ou non accompagnés, les orphelins et les enfants vulnérables du fait du VIH/sida (OEV), les enfants en situation de rue, les enfants en situation de handicap et les enfants en contact et en conflit avec la loi.

Les obstacles à surmonter pour une meilleure protection des enfants contre les VAE (Violences, Abus, Exploitation) comprennent : i) une faible disponibilité et une répartition inadéquate des services de prévention et de réponse ; ii) le manque de moyens et la formation insuffisante des agents exerçant dans ces services ; iii) la pauvreté et la grande vulnérabilité des ménages, et la couverture limitée des dispositifs de protection sociale ; iv) un manque de connaissances et d'appropriation des mesures de prévention, de signalement et de répression ; v) le coût et la longueur des procédures judiciaires ; vi) la persistance de barrières à l'accès à une éducation, à des soins de santé de qualité et à un emploi décent ; vii) le fait qu'un grand nombre d'enfants ne sont pas déclarés à la naissance ou n'ont pas de certificat de naissance ; et (viii) des normes sociales négatives facilitant les VAE.

Les contraintes structurelles pesant sur le secteur de la protection ont trait : i) à la persistance d'insuffisances au niveau du cadre juridique et politique ; ii) à la faiblesse des crédits alloués au secteur, en particulier au niveau des services de première ligne (services sociaux et judiciaires) ; iii) à la faiblesse du système national d'information ; et iv) au manque de coordination des interventions, en particulier en matière de lutte contre la violence et les pratiques néfastes.

#### Recommandations clés

- i. Poursuivre le renforcement du système national chargé de la protection des enfants et du bien-être des femmes et des familles en veillant à l'adapter au contexte de la Côte d'Ivoire.
- ii. Veiller à ce que les lois, les règlements et les politiques adoptés en faveur de la protection de l'enfant soient effectivement mis en œuvre sur l'ensemble du territoire, notamment grâce à des allocations budgétaires adéquates.
- iii. Clarifier les rôles et renforcer les capacités des structures et des acteurs en charge de la protection de l'enfant afin d'accroître l'efficacité de la prévention et de la réponse aux violences, aux abus et à l'exploitation des enfants (VAE).
- iv. Appuyer la réforme des centres sociaux, y compris par le renforcement des effectifs et des capacités des agents des services sociaux.
- v. Investir davantage dans les services sociaux et judiciaires afin qu'ils aient les capacités financières, matérielles et humaines de mener des actions de prévention et de répondre efficacement aux besoins de protection des enfants.
- vi. Engager une réflexion en profondeur sur la façon d'influencer les normes sociales qui constituent un goulot d'étranglement important pour chacune des thématiques de la protection de l'enfant.
- vii. Renforcer le système de collecte des données de routine sur la protection de l'enfant afin que les différentes parties prenantes puissent prendre des décisions sur la base de données probantes.





- viii. Utiliser les données probantes collectées lors de projets et pilotes destinés à protéger les enfants des VAE pour concevoir des programmes et des interventions à l'échelle permettant de renforcer durablement le système de protection.
- ix. Veiller à ce que les nouveaux mécanismes mis en place pour faciliter l'enregistrement des naissances soient portés à l'échelle.

#### 4. Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre

L'accès des ménages aux services d'approvisionnement en eau au moins élémentaires reste insuffisant (72,9 %), en particulier en milieu rural (57,8 %), et la proportion des ménages consommant de l'eau contaminée par *E. coli* atteint 78,5 % au niveau national et 94,2 % en zone rurale. Les principales barrières comprennent : i) une couverture en services insuffisante, le coût élevé des infrastructures hydrauliques et le mauvais entretien des installations en milieu rural ; ii) le non-raccordement au réseau public d'eau potable des quartiers précaires et périurbains ; iii) un manque d'investissements pour capter de nouvelles ressources en eau pour faire face à la hausse de la demande en milieu urbain et aux situations de stress hydrique ; et iv) des modalités de stockage de l'eau inadéquates et un faible recours à des méthodes appropriées de traitement de l'eau.

Moins d'un tiers des ménages (32,1 %) ont accès à des services d'assainissement au moins élémentaires et la pratique de la défécation à l'air libre (DAL) concerne encore un ménage sur quatre (25,7 %), dont 43,6 % des ménages ruraux. Les principales barrières ont trait : i) à la prise de conscience insuffisante des dangers de la DAL et de l'utilisation d'installations d'assainissement non améliorées ; ii) au manque d'artisans capables de réaliser des ouvrages durables et adaptés aux besoins des ménages ruraux ; iii) à la faiblesse des réseaux de vente, de distribution et de réparation des produits et équipements d'assainissement en milieu rural ; et iv) au manque d'investissement dans l'entretien et le développement d'infrastructures en milieu urbain et périurbain. Par ailleurs, seuls 19,3 % des ménages ont accès à l'hygiène du fait : i) d'un accès limité en services en eau et en assainissement au moins élémentaires ; ii) du coût des produits et des articles d'hygiène ; iii) d'un manque de connaissances ; et iv) de l'implication insuffisante du personnel de santé dans les activités de promotion de l'hygiène.

L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les institutions restent encore insuffisamment développés : seules 41,4 % des écoles primaires sont dotées d'un point d'eau, à peine la moitié d'entre elles (47,3 %) ont une installation d'assainissement et 19,7 % une installation pour le lavage des mains. Seuls 42,9 % des établissements de santé disposent d'une source d'eau améliorée et disponible. Par ailleurs, l'accès aux services EAH dans les autres lieux publics reste encore très limité.

Les contraintes structurelles pesant sur le secteur ont trait : i) au faible niveau de crédits alloués, notamment en faveur des zones rurales et du sous-secteur de l'assainissement ; ii) à la faiblesse des mécanismes de coordination institutionnelle intersectorielle ; et iii) au manque de documents de stratégies sous-sectorielles.

#### Recommandations clés

- i. Rendre plus robuste et opérationnel le groupe sectoriel EAH en tant que mécanisme de coordination interministérielle pour le secteur EAH, placé au niveau de la primature.
- ii. Élargir la notion de l'« EAH dans les institutions » afin d'inclure, en plus des écoles et des établissements de santé, l'ensemble des lieux publics ; faire évoluer les lois, les règlements, les normes et standards en conséquence et préciser les rôles de chaque entité/ministère concerné.
- iii. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des fonds en faveur du secteur basée sur des évidences permettant de prioriser les besoins des groupes vulnérables et marginalisés.
- iv. Définir une stratégie de renforcement des capacités techniques des acteurs du secteur à tous les niveaux et préparer un plan d'action à court, moyen et long terme. Veiller à ce que cette stratégie prenne en compte la nécessité de renforcer les capacités en planification, budget programme, suivi et exécution du budget.
- v. Mettre en place des mécanismes de suivi et d'évaluation des sous-secteurs « eau potable » et « assainissement » qui puissent soutenir la planification, la prise de décision et la mise en œuvre des différents programmes sectoriels. Veiller à inclure dans ces mécanismes le suivi de la situation en milieu périurbain afin d'informer et d'adapter facilement la planification pour ces zones en mutation rapide.

- vi. Définir une stratégie de partenariat avec le secteur privé afin d'assurer un équilibre gagnant-gagnant entre l'offre et la demande.
- vii. Élargir les interventions en matière d'assainissement à la salubrité, à la gestion des déchets et l'élimination de la défécation à l'air libre.
- viii. Introduire des innovations technologiques pour anticiper et s'adapter aux conséquences du changement climatique sur les plus vulnérables et contribuer à la préservation des ressources en eau.
- ix. Développer et mettre en œuvre, sur tout le territoire, une stratégie nationale de préservation de la qualité de l'eau qui tienne compte de l'ensemble des chaînes d'approvisionnement en eau.
- x. Favoriser l'adoption des bonnes pratiques d'hygiène à grande échelle en s'appuyant sur la méthode de communication dialogique afin d'obtenir un changement effectif de comportement.

## 5. Chaque enfant a des chances équitables dans la vie

### 5.1 Inclusion sociale

L'Enquête sur le niveau de vie des ménages (ENV) de 2015 a montré que 46,3 % des Ivoiriens vivent sous le seuil national de pauvreté monétaire et 10 % en dessous du seuil national d'extrême pauvreté, avec des taux de pauvreté supérieurs à 60 % dans les régions du Nord et du Nord-Ouest. L'ENV 2015 ne fournit pas de données sur la pauvreté monétaire des enfants, mais montre que la pauvreté monétaire touche plus durement les moins de 25 ans puisque 51,4 % d'entre eux vivent en dessous du seuil national de pauvreté, parmi lesquels 62,6 % de ceux résidant en zones rurales.

Selon l'analyse des privations multiples des enfants en Côte d'Ivoire (N-MODA 2018), au niveau national, 64,3 % des enfants et des adolescents subissent au moins trois privations. Les moins de 5 ans sont ceux qui souffrent le plus de privations multiples, avec 74,4 % des enfants de cette tranche d'âge privés dans au moins trois dimensions, contre 59 % des 5-14 ans et 61 % des 15-17 ans. Malgré les progrès accomplis, notamment en matière de scolarisation au primaire, des inégalités de genre demeurent au détriment des filles en matière d'accès au savoir et à l'emploi. Plusieurs catégories d'enfants et d'adolescents sont plus particulièrement exposées à des risques de discriminations comme les enfants en situation de handicap, les enfants atteints d'albinisme, les enfants à risque d'apatridie, les adolescents LGBTI, les orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH/sida et les jeunes des populations clés vulnérables au VIH. Par ailleurs, de nombreux jeunes déscolarisés sans emploi courent un risque de rupture sociale.

Plusieurs facteurs expliquent le niveau élevé de privations et de discriminations subies par les enfants, parmi lesquels : i) un niveau limité de dépenses pro-pauvres en dehors des dépenses d'éducation ; ii) le fait que les dispositifs de protection sociale (filets sociaux productifs et couverture maladie universelle) et d'aide à l'insertion des jeunes (Agences Emploi Jeunes, formations complémentaires qualifiantes, programmes de travaux à haute intensité de main-d'œuvre, programmes d'aide à la création d'activités génératrices de revenus ou assimilées ou de mise en apprentissage, service civique d'action pour le développement – SCAD) commencent à peine à être déployés ; iii) le manque d'information et le scepticisme des bénéficiaires potentiels ; iv) la couverture limitée, la mauvaise répartition géographique et le manque de moyens humains, matériels et financiers des services d'action sociale ; et v) l'absence de stratégie nationale globale de lutte contre toutes les formes de discriminations.

À ces obstacles s'ajoutent : i) la faiblesse des dépenses publiques en matière d'action sociale et de protection sociale en général ; ii) un manque de données concernant les vulnérabilités et les disparités au sein des ménages ; iii) une coordination interministérielle insuffisante pour la mise en œuvre de la Stratégie nationale de protection sociale ; iv) les capacités limitées du secrétariat d'État en charge du Service civique, des services déconcentrés du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) et du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE) et des collectivités locales en matière d'évaluation des besoins, de planification et de coordination des interventions ; et v) un nombre encore limité de partenariats publics-privés dans les domaines de la protection sociale et de l'insertion des jeunes.



## Recommandations clés

- i. Renforcer les capacités des systèmes de collecte de données afin de disposer de davantage d'évidences relatives à la pauvreté monétaire et non monétaire des enfants et aux disparités existant au sein même des ménages, conformément aux recommandations du rapport provisoire sur la mise en œuvre du principe directeur de l'Agenda 2030 « ne laisser personne pour compte<sup>1</sup> ».
- ii. Renforcer les capacités d'analyse des acteurs nationaux, aux niveaux central et décentralisé, y compris dans les zones périurbaines, afin de pouvoir déterminer plus finement les causes profondes de la pauvreté, des vulnérabilités et discriminations affectant les enfants.
- iii. Renforcer les capacités des ministères sociaux à assurer le suivi de la mise en œuvre effective de la couverture maladie universelle (CMU), en particulier pour ce qui concerne l'accès et la qualité des soins et des services inclus dans le panier CMU offerts aux populations les plus défavorisées.
- iv. Renforcer les capacités des ministères sociaux et des collectivités territoriales en matière de planification et d'évaluation des projets afin de mieux anticiper les besoins émergents et d'influencer plus efficacement la préparation et la mise en œuvre des programmes d'investissements publics (PIP).
- v. Appuyer les ministères sociaux pour l'élaboration de la Stratégie nationale de protection sociale post-2020 et son plan d'action budgétisé.
- vi. Appuyer le processus de décentralisation budgétaire et la traçabilité des dépenses dans les secteurs sociaux, y compris celles engagées pour atteindre le « dernier kilomètre ».
- vii. Réaliser un plaidoyer en faveur de l'adoption d'une stratégie nationale de lutte contre l'ensemble des discriminations dont peuvent être victimes les enfants.
- viii. Favoriser les partenariats publics-privés et la collaboration du ministère en charge de la Formation professionnelle avec la Chambre des métiers et les PME-PMI afin de favoriser l'insertion des jeunes, en particulier les plus défavorisés.
- ix. Renforcer les capacités opérationnelles et institutionnelles du secrétariat d'État chargé du Service civique et des autorités locales afin qu'ils puissent contribuer, de manière efficace, à la réinsertion sociale et professionnelle des jeunes les plus marginalisés, y compris ceux vivant avec un handicap.

## 5.2 Participation

Une majorité d'adolescents et de jeunes Ivoiriens ont le sentiment que leur opinion n'est pas prise en compte, en particulier par les autorités locales. De plus, l'engagement social, civique et politique de la jeunesse reste faible, en particulier pour les filles. L'accès des adolescents aux informations et aux compétences de vie leur permettant de faire des choix éclairés et des plaidoyers efficaces reste limité en raison : i) de la faiblesse de la transmission parentale ; ii) des lacunes au niveau du système scolaire et de la non-scolarisation d'un grand nombre d'enfants ; et iii) de l'accès limité, en particulier pour les filles, les jeunes ruraux et les adolescents les plus vulnérables, aux informations disponibles via Internet et les réseaux sociaux.

En concertation avec des organisations de jeunes, le gouvernement a développé une Politique nationale de la jeunesse (2016-2020), qui comprend une stratégie nationale d'autonomisation des jeunes et une stratégie nationale du service civique, et mis en place un Conseil national de la jeunesse de Côte d'Ivoire (CNJ-CI). Les obstacles restant à surmonter comprennent : i) le manque de connaissance parmi la jeunesse des opportunités existantes en matière de participation ; ii) le scepticisme quant à la volonté des responsables politiques d'associer les jeunes à la cocréation de solutions ; iii) l'absence de cadre juridique précis obligeant les autorités nationales et locales à associer les jeunes à l'élaboration des politiques qui les concernent et au suivi de leur mise en œuvre ; et iv) la faiblesse des dépenses affectées à ce domaine au niveau du ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJJE) et du secrétariat d'État en charge du Service civique.

### Recommandations clés

- i. À tous les niveaux, assurer la participation à la prise de décisions de tous les adolescents et des jeunes, en particulier celle des filles, des ruraux et périurbains, de ceux en situation de handicap et de ceux issus des ménages les plus pauvres ou vulnérables.
- ii. Institutionnaliser la participation des enfants, des adolescents et des jeunes dans les instances de décision au niveau central et décentralisé :
  - a. au niveau central :
    - (i) réformer le Parlement des enfants de Côte d'Ivoire (PECI) en veillant à renforcer sa légitimité, à préciser son lien avec le CNJ-CI et à accroître son influence sur les décisions concernant les enfants et les adolescents (via des consultations plus fréquentes et une participation facilitée),
    - (ii) créer un comité consultatif des jeunes en charge de l'orientation et du suivi de la Politique nationale de la jeunesse ;
  - b. au niveau décentralisé : définir les modalités de participation des jeunes aux processus décisionnels des conseils régionaux et municipaux et veiller à leur mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire national.
- iii. Développer un cadre de redevabilité au niveau central et périphérique pour mesurer la participation des jeunes et son impact sur les décisions qui les concernent.
- iv. Renforcer les capacités des institutions centrales et périphériques, notamment le MPJAJ, afin qu'elles puissent davantage accompagner la participation des jeunes.
- v. Renforcer les capacités des adolescents et des jeunes afin qu'ils puissent participer efficacement aux prises de décisions à tous les niveaux (droits des enfants, fonctionnement des institutions, techniques de plaidoyers, budget participatif, etc.).
- vi. Renforcer les plateformes d'engagement des enfants, des adolescents et des jeunes – que ce soit en ligne (notamment U-Report) ou hors ligne dans les communautés ; veiller à la mise en place de systèmes interactifs de questions/réponses et de rétro-information à l'attention des participants à ces plateformes.
- vii. Explorer la possibilité de nouer des partenariats publics-privés afin d'encourager les jeunes à s'exprimer, en tirant parti de l'intérêt que peut représenter pour les entreprises – notamment celles de communication – la multiplication des opportunités de participation.







## II. INTRODUCTION

L'Analyse de la situation des enfants et des femmes (SitAn) en Côte d'Ivoire vise à fournir aux décideurs et aux citoyens des connaissances actualisées sur le niveau de réalisation des droits des enfants et des femmes, les causes des inégalités et des privations, ainsi que les capacités des différentes parties prenantes à améliorer la situation.

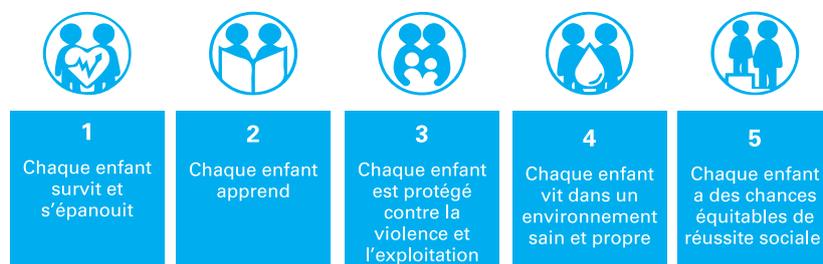
La SitAn 2019 s'inscrit dans le cadre des efforts visant à renforcer le système de planification et de suivi des politiques et programmes sensibles aux droits des enfants et à l'équité de façon à pouvoir atteindre les objectifs de développement définis par le Plan national de développement 2016-2020, l'Agenda mondial pour 2030, et la « Vision 2063 » de l'Union africaine. À ce titre, elle comporte des recommandations pour accélérer les progrès en faveur des enfants qui vont orienter la préparation du prochain Plan national de développement, du Cadre programmatique unique du Système des Nations Unies 2021-2025 et du Programme de coopération de l'UNICEF 2021-2025.

### Méthodologie

L'analyse de la situation des enfants et des femmes se fonde sur les orientations de la vision 2040 de la Côte d'Ivoire, les Objectifs de développement durable (ODD), le Plan stratégique de l'UNICEF (2018-2021), la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), la Convention relative aux droits des personnes handicapées et les observations et recommandations du Comité international des droits de l'enfant.

Conformément aux lignes directrices<sup>2</sup>, l'analyse repose sur une approche basée sur les droits humains et l'équité, qui met un accent particulier sur la prise en compte effective du genre et s'appuie sur un examen exhaustif des données et des résultats fournis par l'enquête à indicateurs multiples (MICS-5), l'analyse des privations multiples des enfants (2018 N-MODA) et les études et évaluations sectorielles ou thématiques (2019 Gender Programmatic Review, Analyse de la cohésion sociale 2019, secteur privé, etc.) les plus récentes.

Suivant les orientations méthodologiques approuvées par le gouvernement, le rapport examine successivement la situation des enfants et des femmes au regard des cinq priorités du plan stratégique de l'UNICEF 2018-2021, à savoir le droit de chaque fille et chaque garçon, quelles que soient son appartenance sociale et ses caractéristiques à : (i) la survie et au développement ; (ii) l'éducation ; (iii) la protection contre toutes les formes de violence, d'abus et d'exploitation ; (iv) un environnement sain et propre ; et (v) des chances équitables de réussite sociale.



Source : UNICEF Strategic Plan, 2018-2021.

Pour chacun des droits considérés, le rapport présente les indicateurs clés permettant de mesurer les progrès réalisés au cours des dernières années, d'apprécier le niveau de disparités et d'identifier les groupes les plus exposés aux privations. Il propose également une analyse causale des principaux goulots d'étranglement et des contraintes structurelles entravant la réalisation des droits des enfants ou exacerbant les inégalités. Enfin, il cherche à identifier les principaux acteurs dont les capacités devraient être renforcées pour assurer une meilleure réalisation des droits des enfants.



Source : Manual on Social Norms and Change, UNFPA, UNICEF, 2016.

L'analyse de la situation a été conduite selon une approche participative impliquant, aux côtés du Bureau-Pays et du Bureau régional de l'UNICEF, le ministère du Plan et du Développement, les services techniques des principaux ministères sociaux, les organisations de la société civile, les organisations de jeunesse, les enfants, le secteur privé et les partenaires techniques et financiers œuvrant dans le domaine des droits des enfants. Des consultations ont également été menées auprès des adolescent(e)s et des jeunes pour recueillir leurs opinions et affiner l'analyse de la réalisation des droits. Sous le leadership du ministère du Plan et du Développement, un comité technique regroupant l'UNICEF et les points focaux du gouvernement a accompagné l'exercice et permis de valider les résultats à chaque étape du processus.

### Structure du rapport

La troisième partie offre un aperçu du contexte général du pays en portant une attention aux contraintes démographiques, à la situation économique et à la gouvernance, aux risques humanitaires, aux questions de genre, aux finances publiques et au secteur privé. La partie IV est composée de cinq chapitres qui portent respectivement sur le droit des enfants à la survie et au développement (santé, nutrition, VIH), à l'éducation, à l'identité juridique et à la protection contre les violences, les abus et l'exploitation, à un environnement sain et propre et à des chances équitables dans la vie (inclusion sociale et participation). Chacun de ces chapitres propose une évaluation de la réalisation des droits dans la dimension considérée, une analyse des obstacles à surmonter et des rôles et capacités des porteurs d'obligations à renforcer et une série de recommandations et de pistes de recherches à considérer pour réduire le manque de connaissances concernant la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire.







## III. ANALYSE DU CONTEXTE NATIONAL

### Profil démographique

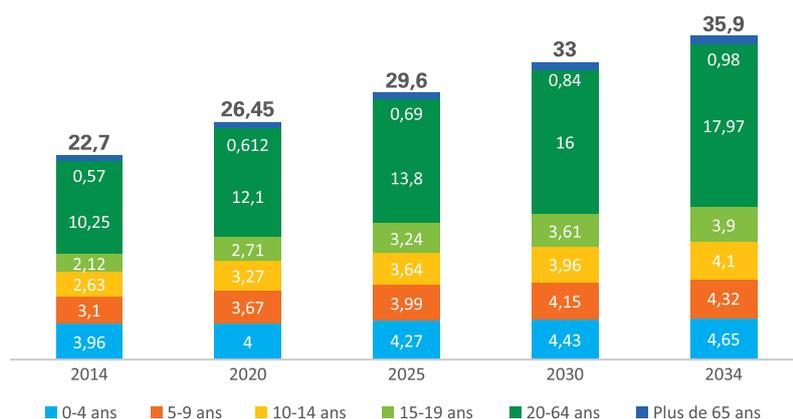
#### • Une population jeune en pleine croissance

Bien que le taux d'accroissement démographique ait reculé de 3,8 % entre 1975 et 1988 à 2,6 % entre 1998 et 2014, la population ivoirienne a continué de croître à un rythme rapide. Selon les dernières données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) réalisé en 2014, elle a ainsi plus que triplé entre 1975 (6,7 millions d'habitants) et 2014 (22,67 millions). Cette dynamique démographique est due, pour l'essentiel, au niveau encore élevé du taux de fécondité. En effet, il apparaît que les effets des autres moteurs de la croissance démographique que sont la réduction de la mortalité néonatale et le solde migratoire<sup>3</sup> ont tendance à se neutraliser sur le long terme<sup>4</sup>.

Selon la MICS-5, le nombre moyen d'enfants par femme ne diminue que lentement, étant passé de 5,4 en 1998 à 5 en 2012 et 4,6 en 2016. De plus, si le taux de fécondité se situe à des niveaux inférieurs à la cible nationale retenue par le Plan national de développement 2016-2020 (3 enfants par femme en moyenne en 2020) chez les femmes les plus riches et celles vivant en zone urbaine, il reste élevé chez les femmes les plus pauvres (6,7), chez celles qui n'ont pas été scolarisées (5,5) et celles qui vivent en milieu rural (6) ou dans les régions de l'Ouest (6,2) et du Centre-Ouest (5,8). Cette situation s'explique par un usage encore très limité de la contraception : selon les estimations<sup>5</sup>, à peine 20 % des femmes en union âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive moderne.

Du fait du niveau actuel du taux de fécondité, les projections de l'Institut national de la statistique (INS) indiquent que, dans les années à venir, la population devrait continuer de croître (+24,8 % entre 2020 et 2030) et l'explosion démographique des jeunes se poursuivre à un rythme soutenu : le nombre des moins de 20 ans devrait augmenter de 18 % pour atteindre 16,15 millions en 2030 contre 13,65 en 2020.

#### Évolution de la population en fonction de l'âge—Projections RGPH 2014 (en millions)



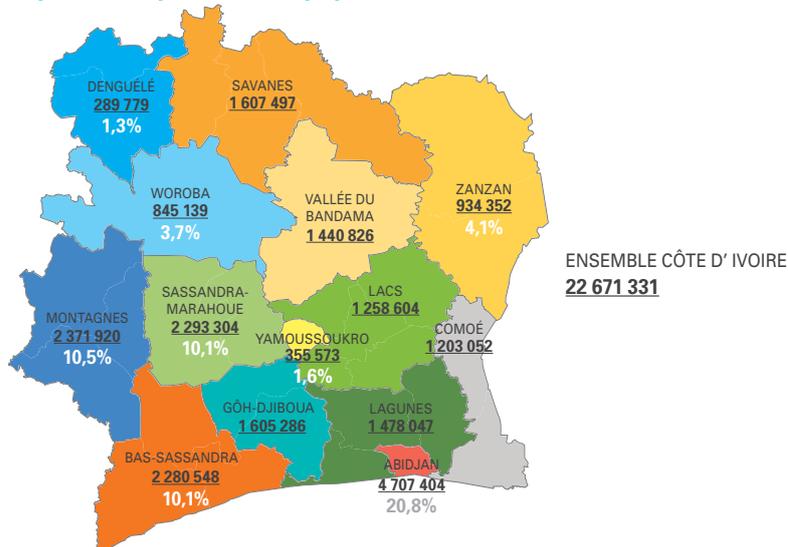
Source : RGPH 2014 – Projections 2014-2034.

Comme l'a montré l'exemple de plusieurs pays émergents, l'ampleur des efforts financiers à consentir pour faire face à l'explosion démographique des jeunes pourrait être atténuée si la Côte d'Ivoire parvenait à faire baisser rapidement son taux de dépendance (le ratio des inactifs par rapport aux actifs)<sup>6</sup> en dessous de 65 %. Selon les projections de l'INS pour la période 2014-2034, en l'absence d'une baisse plus rapide de la fécondité, cette fenêtre d'opportunité ne devrait cependant pas être atteinte avant 2033-2034. De plus, il n'est pas certain, malgré les efforts entrepris dans le cadre des plans de développement, que la Côte d'Ivoire puisse remplir, dès la prochaine décennie, les autres conditions nécessaires pour pouvoir bénéficier d'un dividende démographique<sup>7</sup>.

### • L'urbanisation de la population

En parallèle à l'explosion démographique des jeunes, la Côte d'Ivoire connaît une urbanisation croissante de sa population, qui se traduit notamment par le développement rapide de vastes quartiers périurbains. Selon les résultats du RGPH 2014, plus de la moitié de la population vit désormais en zone urbaine<sup>8</sup> et plus d'un cinquième à Abidjan<sup>9</sup>.

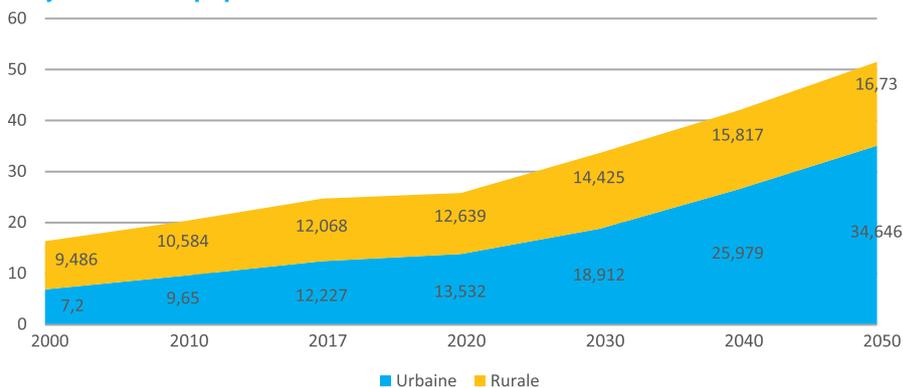
#### Répartition spatiale de la population



Source : RGPH 2014.

Selon les projections de la Division de la population des Nations Unies révisées en 2018, le phénomène d'urbanisation devrait s'accélérer dans les décennies qui viennent, sous l'effet combiné de la mécanisation de l'agriculture, de l'appauvrissement des terres cultivables et des opportunités économiques plus importantes offertes par les villes : en 2030, 57,3 % de la population, soit près de 19 millions de personnes, devrait ainsi habiter en zone urbaine, avec une concentration sur Abidjan (38 % des urbains) et les villes de Bouaké, Daloa, Korhogo et Yamoussoukro (13 %), le reste de la population urbaine (49 %) se répartissant dans des villes de moins de 300 000 habitants<sup>10</sup>.

#### Projection de la population urbaine et rurale (en millions)



Source : Division de la population des Nations Unies, Projection de la population urbaine – Révision 2018.

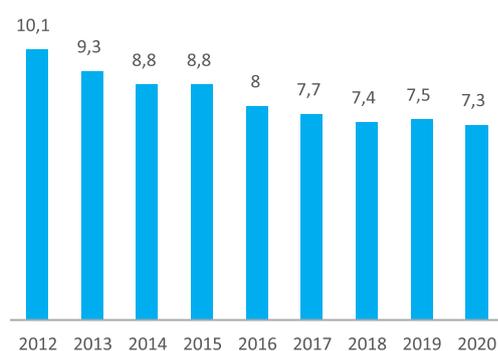
L'urbanisation de la population devrait se traduire par des opportunités supplémentaires pour améliorer plus rapidement la situation des enfants, notamment en donnant aux ménages la possibilité d'avoir un niveau de vie plus élevé et un meilleur accès aux services sociaux de base. Toutefois, ces bénéfices ne seront pas automatiques. Pour se matérialiser, ils nécessiteront des investissements importants en infrastructures et en moyens humains, notamment dans les quartiers périurbains, à la fois à Abidjan (population prévue en 2040 : 10 millions d'habitants<sup>11</sup>) et dans les villes secondaires du pays, afin de lutter efficacement contre la montée de la pauvreté<sup>12</sup> et de réduire les risques sanitaires, sécuritaires et environnementaux pour les enfants<sup>13</sup>.



## Économie politique et gouvernance

Depuis 2012, l'économie ivoirienne est une des plus dynamiques du continent africain, avec des taux de croissance du PIB supérieurs à 7 %. Par ailleurs, la Côte d'Ivoire a connu une amélioration sensible de sa gouvernance globale<sup>14</sup>, en particulier de respect de l'état de droit, de transparence, de redevabilité et de lutte contre la corruption<sup>15</sup>. Dans les années à venir, la croissance économique devrait se poursuivre, tirée par l'industrie (la construction) et le secteur des services (communications, transports, finances), dont la contribution au PIB se situe respectivement autour de 25 % et 31 %<sup>16</sup>. Toutefois, certains risques socio-économiques susceptibles d'affecter le bien-être et le développement des enfants demeurent.

### Taux de croissance annuel du PIB réel



Source : MEF/MPD. 2019 et 2020 : prévisions.

Le premier est lié à la place qu'occupe la production agricole – en particulier la culture du cacao – dans l'économie et aux fragilités structurelles de ce secteur. Bien que sa contribution à la croissance du PIB soit tendanciellement en recul (19,8 % en 2018), le secteur primaire fournit encore près d'un emploi sur deux et est la première source de devises du pays (60 % des exportations en 2018, dont 40 % pour le seul cacao). Or la production agricole reste exposée aux fluctuations des cours sur les marchés internationaux ainsi qu'aux aléas climatiques, ce qui rend les ménages, notamment ceux vivant dans les zones rurales, particulièrement vulnérables aux chocs.

De plus, en dépit d'une demande mondiale dynamique, les exportations de cacao ivoirien pourraient être affectées par : (i) la stagnation de la production consécutive au manque de terres disponibles, au vieillissement des plantations, à la réduction de la main-d'œuvre agricole du fait de l'exode rural et à l'impact du changement climatique qui assèche les terres cacaoyères et réduit leur fertilité<sup>17</sup>; (ii) l'apparition de nouveaux concurrents sur le marché mondial; et (iii) des pressions exercées par les États-Unis et l'Union européenne pour que les produits agricoles ivoiriens, en particulier le cacao, soient certifiés de façon à garantir qu'ils n'ont pas été obtenus en ayant recours au travail forcé, au travail des enfants, à la déforestation, etc.

Le second risque est lié au fait que la croissance reste insuffisamment inclusive, ce qui, dans le contexte des élections présidentielles de 2020, pourrait exacerber les tensions. Selon le FMI, le PIB par habitant s'élevait en 2019 à 1 720 USD, plaçant la Côte d'Ivoire dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure<sup>18</sup>. Toutefois, la Côte d'Ivoire ne se situe qu'au 165<sup>e</sup> rang sur 189 de l'indice de développement humain (IDH)<sup>19</sup> et au 149<sup>e</sup> rang sur 157 de l'indice de capital humain (ICH)<sup>20</sup>, et une très grande partie de la population continue de vivre dans la grande pauvreté : en 2015, 46,3 % de la population vivait ainsi en dessous du seuil national de pauvreté, dont 56,8 % de la population rurale, 44 % de la population urbaine hors Abidjan et 22,7 % de la population d'Abidjan<sup>21</sup>. Face à cette situation, le gouvernement a lancé un programme social (PSGouv) pour les années 2019-2020 qui vise à renforcer le volet social du PND et le caractère inclusif de la croissance au moyen de douze mesures phares en faveur des secteurs sociaux clés.

En matière de gouvernance, l'un des défis importants à relever pour améliorer l'efficacité des interventions en faveur des enfants et des femmes a trait au renforcement des compétences et des moyens financiers des collectivités territoriales<sup>22</sup>. Selon une étude conduite en 2019 par l'UNICEF et l'Assemblée des régions et districts de Côte d'Ivoire, les compétences reconnues aux collectivités territoriales n'ont pas encore toutes été effectivement transférées<sup>23</sup>, les dotations de l'État restent insuffisantes et les recettes propres des collectivités territoriales sont encore trop limitées pour qu'elles puissent investir de manière significative dans les domaines où les enfants subissent les privations les plus importantes<sup>24</sup>.

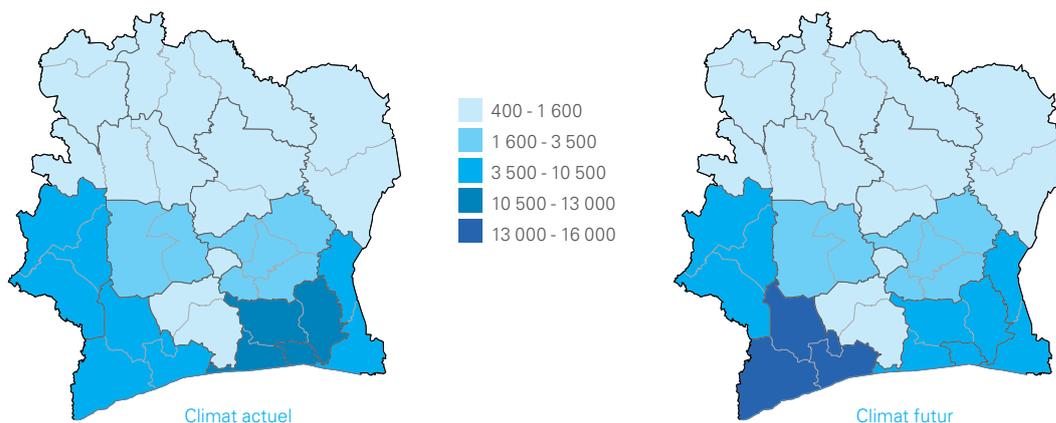
## Profil de risque humanitaire

Depuis la fin de la crise post-électorale, qui avait affecté en 2010-2011 plus de deux millions de personnes, dont 600 000 déplacées et 180 000 réfugiées dans les pays limitrophes, la Côte d'Ivoire n'a pas eu à faire face à des situations d'urgence humanitaire majeure. Toutefois, le pays est régulièrement confronté à des catastrophes naturelles dont l'intensité pourrait s'accroître dans les années à venir, en raison des effets du changement climatique. Par ailleurs, la fragilité de la cohésion sociale et la volatilité de l'environnement régional exposent la Côte d'Ivoire à des risques de violences, qui pourraient déboucher, dans certaines régions, sur des situations d'urgence, en particulier à l'approche des échéances électorales de 2020 (élections présidentielles) et dans le contexte de la crise des pays du Sahel.

### • Le risque de catastrophes naturelles

Chaque année, environ 60 000 Ivoiriens (0,3 % de la population), vivant principalement dans le sud du pays (district d'Abidjan et des Lagunes, districts de la Comoé, du Bas-Sassandra et des Montagnes), sont affectés par des inondations<sup>25</sup>. En 2017 et 2018, les pluies diluviennes ont fait, à Abidjan, une vingtaine de morts ; et en 2019, une dizaine de décès et plusieurs centaines de sinistrés. Selon les projections, en raison des variations attendues de la pluviométrie et de l'élévation du niveau de la mer, les risques de tempêtes et d'érosion du littoral pourraient s'accroître dans les années à venir, entraînant des inondations plus fréquentes et des phénomènes de submersions marines le long du littoral<sup>26</sup>.

### Nombre annuel moyen des personnes affectées par les inondations dans chaque district



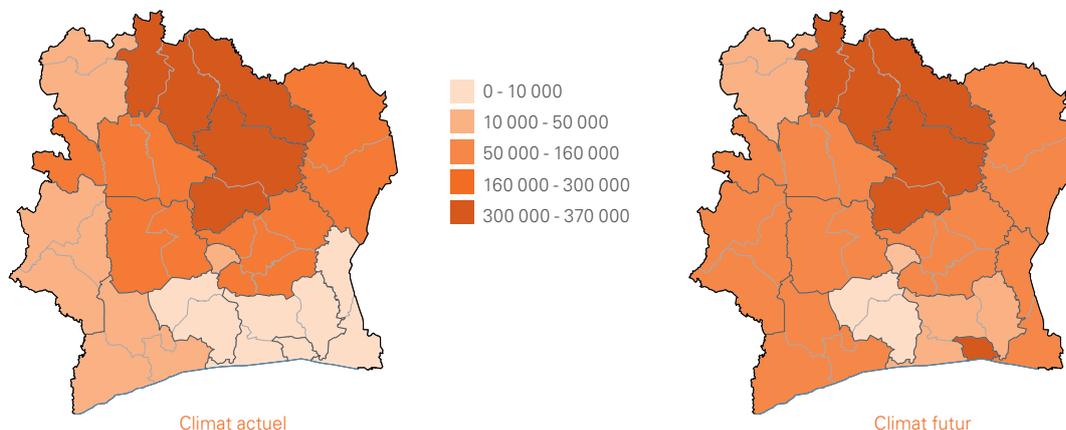
Source : CIMA, UNISDR (2018).

Le premier risque climatique auquel est confrontée la Côte d'Ivoire reste cependant la sécheresse qui affecte, en moyenne, 1,3 million de personnes par an (5,4 % de la population), principalement dans les districts des Savanes et de la Vallée du Bandama. La sécheresse accroît fortement la vulnérabilité (le secteur primaire fournit un emploi sur deux) et l'insécurité alimentaire des ménages. Elle peut également entraîner des déplacements importants de population en quête de terres nouvelles pour cultiver ou faire paître leurs troupeaux, avec des risques accrus de déforestation et de tensions avec les communautés autochtones. Selon les projections, sous l'effet du changement climatique, la proportion de la population affectée par la sécheresse devrait augmenter pour atteindre 7,9 % après 2050 et concerner aussi les districts d'Abidjan et de l'Ouest jusqu'ici relativement épargnés par le phénomène<sup>27</sup>. Dans le Sud-Ouest, la hausse des températures risque de réduire la fertilité des terres et de condamner de nombreuses plantations de cacao, obligeant les planteurs à se déplacer pour trouver de nouvelles aires cultivables<sup>28</sup>.

Face à ces risques, le gouvernement a développé une stratégie nationale de lutte contre les changements climatiques (2014), ratifié l'accord de Paris sur le climat (2015), pris l'engagement, dans le PND 2016-2020, de réduire de 28 % les émissions de CO<sub>2</sub>, adopté la loi relative à l'aménagement, la protection et la gestion intégrée du littoral (2017)<sup>29</sup> ainsi que des mesures pour améliorer le drainage des eaux pluviales et lutter contre le déboisement et la dégradation des forêts<sup>30</sup>. Il est toutefois important que ces efforts se poursuivent, notamment afin de renforcer

le niveau de mobilisation des services de l'État, des collectivités territoriales et l'implication de la population. Si la Côte d'Ivoire se situe au 134<sup>e</sup> rang sur 181 pays dans le classement établi par le Notre Dame Global Adaptation Initiative (ND-GAIN) en termes de vulnérabilité au changement climatique, elle n'est encore qu'au 159<sup>e</sup> rang sur 191 en ce qui concerne l'état de préparation du pays.

### Nombre annuel moyen de personnes affectées par la sécheresse dans chaque district



Source : CIMA, UNISDR (2018).

### • Les risques de violences

Depuis 2012, la situation sécuritaire s'est améliorée sur l'ensemble du territoire ivoirien. Toutefois, la cohésion sociale de la Côte d'Ivoire reste fragile en raison de la persistance d'un niveau élevé de pauvreté<sup>31</sup> et d'inégalités<sup>32</sup>, des limites du processus de réconciliation nationale<sup>33</sup> et des tensions intercommunautaires existant dans de nombreux points du pays, en particulier dans les régions de l'ouest, du nord et du centre<sup>34</sup>.

Les tensions intercommunautaires se nourrissent des rivalités grandissantes pour l'utilisation des terres et l'accès aux ressources naturelles comme l'eau, les forêts, les minerais. Ces tensions sont aggravées par : (i) le désordre régnant au niveau des droits fonciers que ni la loi coutumière ni la loi moderne ne parviennent à réguler; (ii) le développement de l'orpaillage clandestin pratiqué par des migrants allochtones ou étrangers; (iii) le sentiment qu'ont des communautés autochtones d'être spoliées de leurs terres ou de ne pas bénéficier des mêmes opportunités socio-économiques que les allochtones ou les étrangers au motif que les chefs coutumiers auraient été corrompus par ces derniers et que le pouvoir central favoriserait délibérément les gens du nord ou de l'est; (iv) la forte présence de populations étrangères sur le territoire et la régulation insuffisante des flux migratoires<sup>35</sup>; (v) la présence d'un grand nombre de jeunes désœuvrés et défiants à l'égard de toute forme d'autorité; et (vi) la lutte acharnée pour le contrôle du pouvoir local, dans un contexte d'affaiblissement des chefferies traditionnelles.

Un autre facteur de fragilité susceptible de déboucher sur des situations d'urgences humanitaires est lié au contexte régional, marqué par la montée en puissance des mouvements djihadistes au Mali et au Burkina Faso, deux pays avec lesquels la Côte d'Ivoire partage plus de 1 100 km de frontières et dont de nombreux ressortissants vivent sur le territoire ivoirien<sup>36</sup>. Bien que la Côte d'Ivoire ait jusqu'ici été relativement épargnée par les attaques terroristes<sup>37</sup> et que le nord du pays ait connu au cours des dernières années un rattrapage important sur le plan économique et social, il est à craindre que les similarités socio-économiques observées dans d'autres pays de la région<sup>38</sup> et la déstabilisation du Mali et du Burkina Faso ne favorisent les infiltrations des organisations terroristes sur le territoire ivoirien et ne débouchent sur des attaques entraînant des déplacements importants de populations et un durcissement durable des rapports interconfessionnels, voire des violences à caractère ethno-religieux<sup>39</sup>.

Enfin, les élections présidentielles de 2020 et législatives de 2021 pourraient conduire à une aggravation de l'ensemble des fragilités que connaît le pays et déboucher sur des incidents graves. En effet, sous l'effet de l'intensification de la compétition politique pour la conquête du pouvoir, il est probable que les différents candidats seront tentés, au cours de la campagne, d'attiser les fractures et tensions sociales existant dans le pays<sup>40</sup>, au

risque d'alimenter de nouveaux cycles de violence. Bien qu'une généralisation de la violence débouchant sur une situation d'urgence humanitaire à l'échelle du pays ne soit pas le scénario le plus probable, des violences localisées sont à redouter<sup>41</sup> et il apparaît essentiel de renforcer, dès à présent, les systèmes d'alerte précoce et les mécanismes locaux, régionaux et nationaux de prévention et de régulation des conflits, en veillant à établir une forte interconnexion entre les différents niveaux<sup>42</sup>.

### Profil de genre

La Côte d'Ivoire a ratifié la plupart des instruments internationaux reconnaissant l'égalité des droits aux femmes comme aux hommes<sup>43</sup>. Au cours des dernières années, elle a fait évoluer son cadre juridique, développé des politiques et pris diverses mesures afin de réduire les inégalités basées sur le genre dans les différents domaines de la vie sociale<sup>44</sup>. Toutefois, la Côte d'Ivoire appartient toujours aux groupes des pays où le niveau d'égalité hommes-femmes dans l'indice de développement humain est le plus bas et ne se classe qu'au 157<sup>e</sup> rang sur 162 de l'indice d'inégalité de genre<sup>45</sup>.

En effet, si la parité est désormais atteinte au niveau de l'enseignement primaire, elle ne l'est toujours pas au secondaire ; selon la MICS-5, la proportion des jeunes femmes âgées de 15-24 ans qui sont analphabètes (63,8 %) est de 15 points supérieure à celle des jeunes hommes du même âge (47,2 %) ; le taux de chômage des femmes en âge de travailler (54 %) dépasse de 20 points celui des hommes (33 %)<sup>46</sup> ; en 2014, le revenu moyen d'une femme ayant son emploi principal en milieu rural (35 485 FCFA, environ 60 USD) était près de quatre fois inférieur à celui d'un homme (127 435 FCFA, environ 217 USD) ; moins de 10 % des femmes détiennent un certificat foncier contre 22 % pour les hommes ; seuls 8 chefs de village sur les 8 000 que compte le pays sont des femmes ; les femmes ne dirigent que 20 % des entreprises du secteur formel et ne comptent que pour 30 % des effectifs de la fonction publique, occupant principalement des fonctions subalternes ; alors qu'elles représentent 85 % de la population active agricole, elles n'occupent que 22,4 % des postes de cadre dans la fonction publique et 11,4 % des postes de député à l'Assemblée nationale<sup>47</sup>. Ces résultats s'expliquent par la persistance de pratiques discriminatoires, l'influence des normes sociales patriarcales et les résistances socioculturelles à l'égalité de genre, en particulier en milieu rural, qui contribuent à maintenir les femmes dans un état de grande vulnérabilité économique et de forte dépendance politique<sup>48</sup>.

### Finances publiques

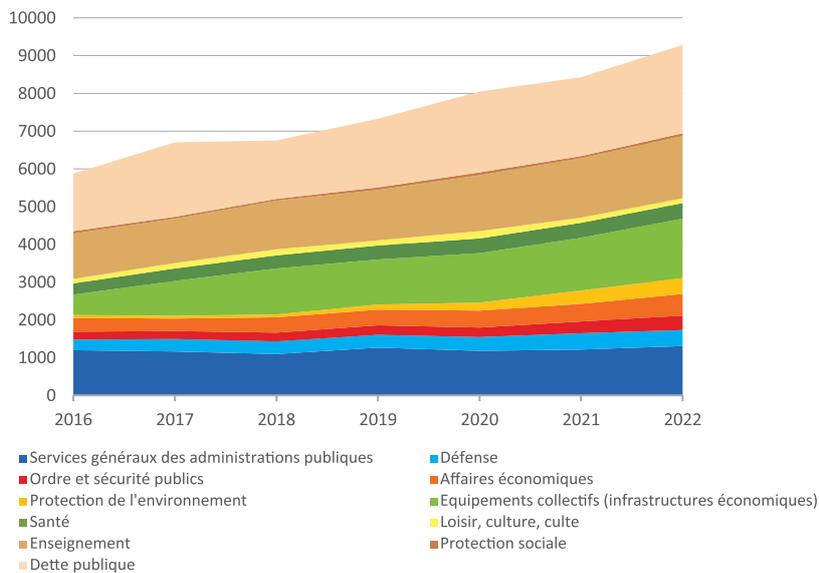
Depuis plusieurs années, le gouvernement a entrepris des efforts pour améliorer la gestion des finances publiques<sup>49</sup>, ce qui a permis à la Côte d'Ivoire d'atteindre les principaux objectifs du Programme économique et financier conclu avec le Fonds monétaire international (FMI) et de maintenir à un niveau modéré le risque de surendettement extérieur<sup>50</sup>, tout en augmentant les investissements publics de 5 % du PIB en 2012 à 6,5 % du PIB en 2018 et les dépenses pro-pauvres de 7,9 % du PIB en 2012 à 9,34 % en 2016 et 9,9 % en 2018<sup>51</sup>.

Pour les années 2020-2022, le gouvernement s'est engagé à continuer de moderniser l'administration des impôts, faciliter le recouvrement des recettes, réformer la fiscalité indirecte, y compris la TVA, renforcer la fiscalisation du secteur informel et la fiscalité sur les ressources naturelles, moderniser le cadastre, lutter contre la fraude et l'évasion fiscale et maintenir l'endettement au niveau prévu par la stratégie de gestion de la dette à moyen terme (SDMT), en limitant la masse salariale (grâce à des départs volontaires et à la réduction des embauches en dehors des secteurs de l'éducation et de la santé), en développant les partenariats publics-privés et en maintenant constantes en termes de ratio du PIB les dépenses en capital<sup>52</sup>.

Selon les projections économiques et budgétaires pour 2020-2022<sup>53</sup>, le contexte budgétaire reste favorable à une augmentation des dépenses publiques en faveur des biens et services essentiels au bien-être des enfants : les prévisions en matière de dépenses sectorielles indiquent, en effet, que les efforts d'investissements dans les secteurs sociaux (y compris les recrutements) et l'amélioration des conditions de vie des populations vont se poursuivre<sup>54</sup> ; de plus, les ressources extérieures budgétaires de l'État devraient augmenter, passant de 2,25 milliards d'USD en 2019 à plus de 2,9 milliards en 2020 pour se situer entre 2,5 et 2,8 milliards en 2021 et 2022<sup>55</sup>. Enfin, il existe des marges de manœuvre pour aller au-delà des prévisions de dépenses actuelles, que ce soit au moyen d'une meilleure rationalisation des dépenses<sup>56</sup>, d'une augmentation de la pression fiscale<sup>57</sup> ou de la mobilisation de ressources supplémentaires via des mécanismes de financement innovants<sup>58</sup>.



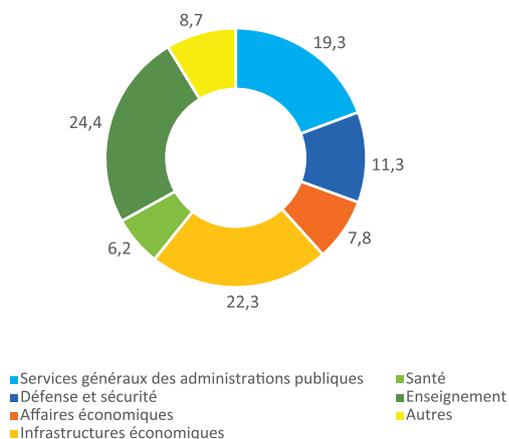
### Dépenses de l'Etat par fonction 2016-2022 (en milliards de FCFA)\*



Source : SEPMBPE/DGBF

\* 2016, 2017, 2018 : budget exécuté ; 2019 : budget adopté ; 2020 : projet de budget ; 2021, 2022 : projections

### Répartition des dépenses de l'Etat hors dette par grande fonction 2020-2022 (en %)



Source : SEPMBPE/DGBF.

## Secteur privé

Le secteur privé en Côte d'Ivoire emploie environ 80 % de la population active. Au cours des dernières années, il a été à l'origine de la plupart des créations nettes d'emplois (86,6 % en 2017), qui ont eu lieu principalement dans les branches d'activité du commerce, de l'industrie manufacturière, du bâtiment et des travaux publics (BTP), de l'enseignement privé et de l'agriculture<sup>59</sup>. Toutefois, le secteur privé ivoirien reste très fragile car il se compose à plus de 98 % d'entreprises<sup>60</sup> de petite taille (exploitation familiale, microentreprises, PME), opérant dans l'informel<sup>61</sup>, et confrontées à de nombreux défis parmi lesquels : i) un accès limité à des services financiers adaptés et aux informations sur les opportunités de marché ; ii) des compétences souvent insuffisantes en gestion des affaires ; iii) des difficultés à recruter du fait de faiblesses persistantes au niveau du système d'éducation et de formation ; et iv) des incertitudes persistantes concernant la sécurité et le climat des affaires<sup>62</sup>.

Face à cette situation, le gouvernement a, dans le cadre du PND 2016-2020<sup>63</sup>, multiplié les initiatives destinées à faciliter : (i) l'implantation d'acteurs internationaux de référence dans les secteurs structurants de l'économie (une cinquantaine d'entreprises multinationales sont déjà implantées en Côte d'Ivoire) ; (ii) le développement de

champions nationaux dans les secteurs stratégiques porteurs de croissance ; (iii) la densification et le changement d'échelle pour la modernisation des très petites entreprises (TPE) et des petites et moyennes entreprises (PME) nationales ; (iv) la transition des entreprises du secteur informel vers le secteur formel ; (v) la mise en œuvre d'un cadre novateur de régulation des secteurs stratégiques ; et (vi) la conclusion de partenariats publics-privés (PPP) pour financer la réalisation des grands chantiers d'infrastructures du PND<sup>64</sup>. Ces initiatives ont permis d'améliorer significativement le climat des affaires, la Côte d'Ivoire passant de la 177<sup>e</sup> à la 110<sup>e</sup> place (sur 190) dans le classement *Doing Business* du Groupe de la Banque mondiale et se classant désormais au 11<sup>e</sup> rang des 54 pays du continent africain. De nombreux défis restent toutefois à relever, que ce soit en matière d'accès au crédit, d'amélioration du capital humain ou de transition des entreprises privées vers le secteur formel.

En Côte d'Ivoire, le cadre législatif et réglementaire est porteur de nombreuses obligations pour les acteurs du secteur privé en matière de lutte contre le travail des enfants<sup>65</sup>, de commercialisation des substituts du lait maternel<sup>66</sup> et d'enrichissements des aliments en micronutriments<sup>67</sup>. Par ailleurs, le gouvernement invite régulièrement les représentants des grands groupes nationaux et multinationaux et des plateformes d'affaires et les partenaires au développement à échanger sur les questions concernant l'accès des jeunes à l'emploi, l'amélioration du capital humain et l'adéquation entre formation et emploi et l'accès de la population aux services sociaux de base, notamment pour la mise en œuvre du PSGouv<sup>68</sup>. Cependant, les résultats de ces concertations ne sont pas encore visibles. La Côte d'Ivoire dispose également d'un cadre de dialogue institutionnel important sur les questions du travail des enfants – le Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CNS) – qui réunit, sous la présidence de la Première dame de Côte d'Ivoire, le gouvernement, les partenaires techniques et financiers (PTF) et les acteurs du secteur privé<sup>69</sup>. Enfin, plusieurs entreprises multinationales, leurs fondations et les grands groupes privés nationaux<sup>70</sup> investissent, dans le cadre de la responsabilité sociale d'entreprise (RSE), en faveur de l'éducation, de la santé, de l'assainissement, de la lutte contre l'exploitation des enfants, de la prévention de la déforestation et de la participation des jeunes.

En pratique cependant, il apparaît que les contrôles menés par l'inspection du travail, l'inspection de la santé et de la sécurité au travail et les différents agents chargés de la répression des fraudes<sup>71</sup> restent rares et ne concernent, pour l'essentiel, que les acteurs du secteur formel. De plus, les efforts engagés pour impliquer les entreprises locales dans la fabrication d'aliments de complément de bonne qualité et la recherche de solutions innovantes, abordables et adaptées aux besoins des populations les plus vulnérables dans les domaines du traitement de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène n'ont pas encore abouti<sup>72</sup>. Par ailleurs, si les initiatives destinées à lutter contre le travail des enfants sont particulièrement développées chez les acteurs du secteur du cacao, elles sont pratiquement inexistantes chez les autres acteurs du secteur agricole et ceux du secteur minier. Enfin, de façon générale, de nombreuses opportunités d'impliquer les acteurs du secteur privé dans l'amélioration de la situation des enfants et des femmes restent encore inexploitées du fait : (i) de la persistance d'un environnement encore trop peu favorable au développement des investissements sociaux des entreprises privées et à la RSE (faiblesse des mécanismes incitatifs comme la défiscalisation des projets à impact social positif), en particulier pour les microentreprises, les PME et les moyennes entreprises<sup>73</sup> ; (ii) d'un manque de données probantes et d'analyses spécifiques permettant de mieux cerner le rôle que pourrait jouer le secteur privé en tant que fournisseur de services pour les enfants dans les domaines sociaux clés.







# IV. LA RÉALISATION DES DROITS DES ENFANTS

## 1. Chaque enfant survit et s'épanouit

La survie des nourrissons et des jeunes enfants, en particulier ceux qui sont les plus vulnérables et marginalisés, dépend de leur accès et celui de leur mère à des services de santé adéquats et performants et à une alimentation adaptée et diversifiée. Lorsqu'ils grandissent, les enfants ont besoin pour s'épanouir de protection, de stimulation, mais aussi de soins de santé primaires de qualité et d'un régime alimentaire équilibré et riche en nutriments. En Côte d'Ivoire, les taux toujours très élevés de mortalité néonatale, infanto-juvénile et maternelle et la proportion de mères et d'enfants souffrant de malnutrition et d'infections montrent que le droit à la survie et à l'épanouissement n'est toujours pas assuré pour un grand nombre d'enfants. Ces dernières années, le gouvernement a élaboré plusieurs documents stratégiques et multiplié, avec l'aide des partenaires, les interventions visant à renforcer l'offre et la demande en services de santé de qualité et à améliorer l'état nutritionnel des enfants. Il apparaît toutefois essentiel que ces efforts se poursuivent et s'intensifient afin que la Côte d'Ivoire soit en capacité d'atteindre, d'ici 2030, les Objectifs du développement durable 2 et 3 qu'elle a priorisés en matière de santé, de bien-être et de nutrition<sup>74</sup>.

### 1.1 Le droit à la santé

Le droit à la santé constitue l'un des droits fondamentaux reconnus par la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE). Par l'article 24 de la CDE, les États parties à la Convention se sont engagés à garantir à tous les enfants l'accès à des services de santé et de rééducation et à prendre les mesures appropriées pour : (i) réduire la mortalité infanto-juvénile; (ii) fournir une assistance et des soins médicaux, en développant en particulier les soins de santé primaires; (iii) lutter contre les maladies et la malnutrition; (iv) assurer des soins prénatals et postnatals aux mères; et (v) développer les soins préventifs, les conseils aux parents et les services en matière de planification familiale.

Au cours des dernières décennies, la réalisation du droit des enfants à la santé a connu plusieurs avancées, grâce notamment aux efforts déployés, avec l'appui des partenaires, pour accroître l'offre et la qualité des prestations, améliorer la couverture vaccinale, lutter contre le VIH et le paludisme et renforcer la gouvernance du système de santé. Ces progrès ont permis à la Côte d'Ivoire de réaliser partiellement, en 2015, l'Objectif du millénaire pour le développement relatif à la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies graves (OMD 6). Ils n'ont, en revanche, pas été suffisants pour qu'elle puisse atteindre les cibles des OMD en matière de mortalité infantile (OMD 4) et maternelle (OMD 5)<sup>75</sup>. Depuis 2016, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de développement (PND 2016-2020) et conformément aux cibles de l'objectif de développement durable en matière de santé et de bien-être (ODD 3), le gouvernement a adopté plusieurs documents stratégiques<sup>76</sup> et pris des initiatives importantes en vue de renforcer l'accès à des services maternels, néonataux et infantiles de qualité, d'assurer une meilleure gestion financière du système de santé, de sensibiliser les communautés pour accroître la demande de soins et changer les pratiques, et de généraliser progressivement à l'ensemble de la population la couverture maladie universelle (CMU)<sup>77</sup>.

Il est trop tôt pour apprécier l'impact de ces réformes car (i) les dernières enquêtes nationales sur l'état sanitaire de la population (MICS-5) et les capacités opérationnelles du système de santé (SARA) datent de 2016; (ii) les données plus récentes fournies par le Système national d'information sanitaire (SNIS) ne sont pas suffisamment désagrégées pour suivre l'évolution des disparités en matière d'accès et comportent trop peu de données sur la qualité des services fournis; (iii) certaines initiatives n'ont pas encore été lancées faute de financement<sup>78</sup>; et (iv) d'autres sont toujours en phase de montée en puissance et n'ont pas fait l'objet d'évaluation (CMU, santé communautaire<sup>79</sup>). Toutefois, sous réserve que les crédits accordés au secteur de la santé augmentent, comme le gouvernement s'y est engagé, et que la gouvernance du système soit renforcée, un consensus se dégage pour considérer que ces différentes initiatives sont de nature à accélérer les progrès de la Côte d'Ivoire vers la mise en place d'une couverture sanitaire universelle (CSU) au bénéfice de l'ensemble de la population, y compris des indigents, et à lui permettre d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé des enfants et des mères dans les années à venir.

### La santé et le bien-être – Cibles des ODD priorisées par la Côte d'Ivoire

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

**Cible 3.1 :** D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle en dessous de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes.

- Indicateur 3.1.1 : Taux de mortalité maternelle.
- Indicateur 3.1.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

**Cible 3.2 :** D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au plus.

- Indicateurs 3.2.1 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.
- Indicateur 3.2.2 : Taux de mortalité néonatale.

**Cible 3.3 :** D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées, et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles.

- Indicateur 3.3.1 : Nombre de nouvelles infections au VIH pour 1 000 personnes séronégatives, par sexe, âge et appartenance à un groupe de populations à risque.
- Indicateur 3.3.2 : Incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants.

**Cible 3.7 :** D'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

- Indicateur 3.7.1 : Proportion de femmes en âge de procréer qui utilisent des méthodes modernes de planification familiale.
- Indicateur 3.7.2 : Taux de natalité chez les adolescentes (15-19 ans) du même groupe d'âge.

**Cible 3.8 :** Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.

- Indicateur 3.8.2 : Proportion de la population consacrant une grande part de ses dépenses ou de ses revenus domestiques aux services de soins de santé. *(Le gouvernement et les PTF travaillent actuellement à la révision du libellé de cet indicateur afin qu'il reflète davantage les enjeux actuels, dans le contexte de la mise en place progressive de la CMU.)*

#### 1.1.1 Indicateurs clés

L'analyse qui suit repose, pour l'essentiel, sur : i) les résultats de la MICS-5 et de l'Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (enquête SARA) ; ii) les données collectées lors de la mise en œuvre de certains projets pilotes ; et iii) les données fournies par le Système national d'information sanitaire (SNIS).

##### 1.1.1.1 Mortalité infanto-juvénile

Le taux de mortalité infanto-juvénile en Côte d'Ivoire diminue à un rythme plus rapide que lors de la dernière décennie (2005 : 125 ; 2012 : 108), mais il reste élevé, à 96 ‰ en 2016, selon la MICS-5, ou à 88,8 ‰ en 2017, selon les dernières estimations du Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité infantile<sup>80</sup>. Le taux de mortalité infanto-juvénile se situe encore plus de 10 points au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne<sup>81</sup> (78 ‰) et plus de 20 points au-dessus de la cible du PNDS 2016-2020 pour 2020 (66 ‰). Près de 9 enfants sur 100 meurent ainsi chaque année avant d'atteindre l'âge de 5 ans.

Entre 2012 et 2016, la baisse a été plus rapide en milieu urbain (-22 points) qu'en milieu rural (-17 points), sauf en ce qui concerne la mortalité néonatale. Cette dernière a diminué de 11 points en milieu rural contre 5 en milieu urbain et le taux de mortalité néonatale (TMN) en milieu rural (33 ‰) est désormais inférieur d'un point à celui observé en milieu urbain (34 ‰). Tous les enfants ont bénéficié de la baisse de la mortalité infanto-juvénile, mais ceux issus des ménages pauvres (quintile 2 : -36 points) et ceux dont la mère a reçu une éducation primaire (-36 points) en ont davantage profité que les enfants dont la mère n'a reçu aucune instruction (-13 points) et ceux vivant dans les ménages les plus pauvres (quintile 1 : -3 points).

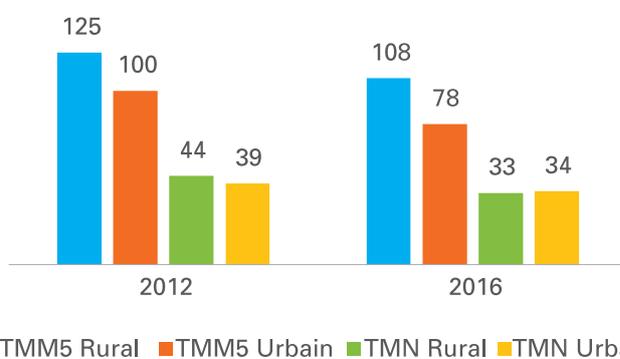


### Décès des enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances vivantes



Source: EDS-III, MICS-5

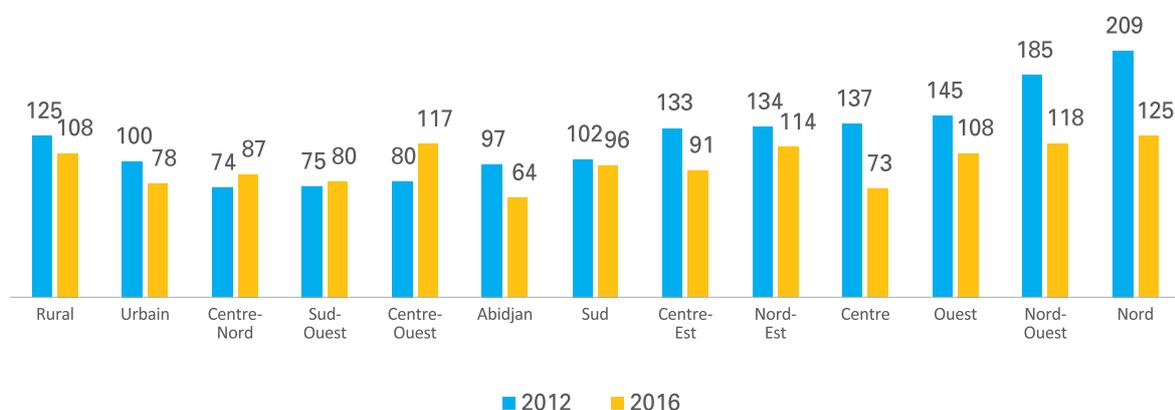
### Taux de mortalité néonatale et infanto-juvénile en milieu rural et urbain (%)



Source: EDS-III, MICS-5

Le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) a fortement baissé dans les régions où il était très élevé en 2012 (Nord : -84 points, Nord-Ouest : -67 ; Centre : -64 ; Centre-Est : -42 ; Ouest : -37 ; Nord-Est : -20), ainsi qu'à Abidjan (-33). Il a, en revanche, augmenté dans les régions où il était plus faible comme le Centre-Ouest (+27 points), le Centre-Nord (+13) et le Sud-Ouest (+5). Cette évolution est liée à la hausse de la mortalité néonatale, infantile (TMNI) et juvénile dans le Centre-Nord et le Centre-Ouest et à la hausse de la mortalité néonatale et infantile dans le Sud-Ouest pour des raisons qui restent à déterminer.

### Mortalité infanto-juvénile en fonction des régions (%)

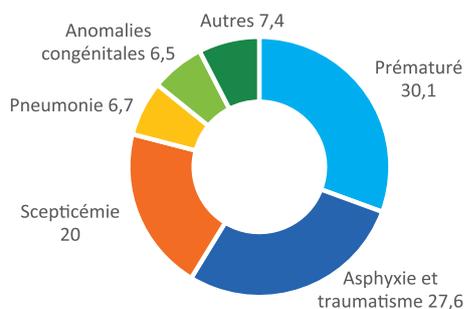


Source: EDS-III, MICS-5

### La mortalité néonatale

Selon l'OMS, 38,9 % des décès des enfants de moins de 5 ans surviennent au cours des 28 premiers jours<sup>82</sup>. Les principales causes de la mortalité néonatale sont la prématurité (30,1 %), l'asphyxie et le traumatisme néonatal (27,6 %), la septicémie (20 %), la pneumonie (6,7 %) et les anomalies congénitales (6,5 %).

#### Causes des décès chez les enfants de 0-27 jours en % (2017)

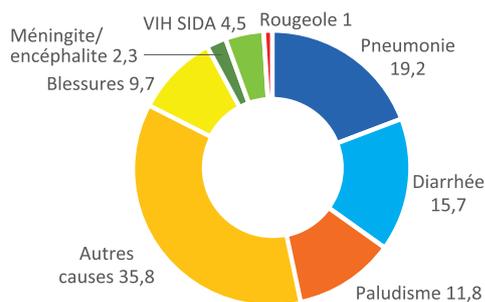


Source : MCEE 2019.

### La mortalité des enfants âgés de 1 à 59 mois

Les dernières données disponibles du Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant (MCEE) indiquent qu'en 2019, les principales causes de la mortalité postnatale étaient la pneumonie (19,2 %), la diarrhée (15,7 %) le paludisme (11,8 %), les autres causes (35,8 %), les blessures (9,7 %) et le VIH/sida (4,5 %)<sup>83</sup>. Même si en 2017, le paludisme était toujours la première cause de morbidité des enfants de moins de 5 ans (incidence de 281 % selon le RASS 2017<sup>84</sup>), la part du paludisme dans les causes de décès des enfants de moins de 5 ans a fortement baissé, passant de 38 % en 2012 à 11,8 % en 2017<sup>85</sup>. Dans 45 % des cas, la cause sous-jacente du décès est liée à l'état nutritionnel de l'enfant et de la mère<sup>86</sup>.

#### Causes des décès chez les enfants âgés de 1 à 59 mois en % (2017)



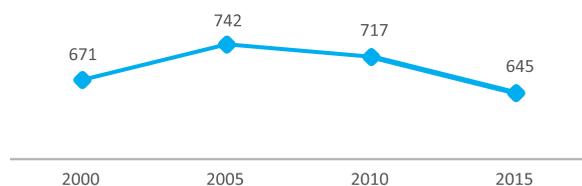
Source : MCEE 2019.

#### 1.1.1.2 Mortalité maternelle

Les données les plus récentes du Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG) indiquent que la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire recule depuis 2005 (742 décès pour 100 000 naissances vivantes), mais à un rythme lent. Le nombre de femmes qui décèdent pendant la grossesse, l'accouchement ou dans les deux mois qui suivent l'accouchement pour 100 000 naissances vivantes reste élevé (645). L'Objectif du millénaire pour le développement (OMD 5), qui était de réduire la mortalité maternelle des trois quarts entre 1990 (745) et 2015 pour ramener le taux de mortalité maternelle à 186, n'a ainsi pas pu être atteint.



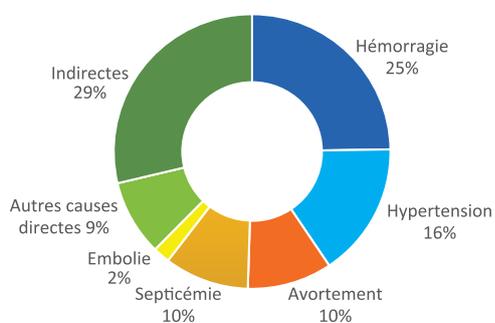
## Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes



Source : MMEIG 2015.

Les dernières estimations de l'OMS (2014)<sup>87</sup> indiquent que les principales causes directes de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire sont les hémorragies (25 %), l'hypertension (16 %), les complications liées aux avortements non médicalisés (10 %) et la septicémie (10 %).

## Causes de mortalité maternelle, 2014 (%)



Source : OMS 2014.

Les données de l'OMS ne précisent pas la nature des causes indirectes de la mortalité maternelle en Côte d'Ivoire, mais la dernière évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et les centres urbains en fournit une estimation<sup>88</sup>. En 2017, 33,8 % des décès maternels survenus dans les établissements fournissant des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) étaient dus à des causes obstétricales indirectes, avec de très grandes disparités entre les régions, cinq d'entre elles présentant des taux supérieurs à 50 %<sup>89</sup> et cinq autres des taux inférieurs à 3 %<sup>90</sup>. L'évaluation montre également que 50,1 % des complications obstétricales indirectes prises en charge par les SONU étaient la conséquence du paludisme, 23,7 % résultaient d'une anémie sévère, 17 % du VIH/sida, 1,7 % d'une hépatite et 7,6 % d'autres causes indirectes<sup>91</sup>.

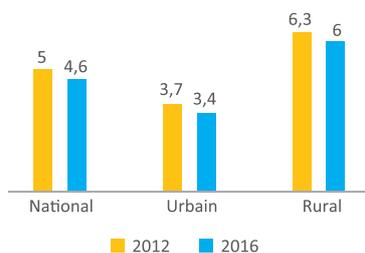
### 1.1.2 Analyse causale

Les causes sous-jacentes de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et de leurs mères sont clairement identifiées. Elles ont trait : (i) à la forte prévalence des mutilations génitales féminines/excisions (MGF/E) qui augmente les risques de contamination à certaines infections comme le VIH, et de complications obstétricales, comme l'hémorragie du post-partum, la dystocie et les fistules obstétricales<sup>92</sup>; (ii) au nombre élevé de grossesses précoces; (iii) à l'utilisation insuffisante des services de planification familiale, de soins prénatals et de soins postnatals de qualité; (iv) au manque d'efficacité dans le référencement et la gestion des complications obstétricales; (v) à l'accès insuffisant aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique<sup>93</sup>; (vi) au manque d'accès à une nutrition de qualité; et (vii) à l'accès insuffisant des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène gérés en toute sécurité. Les causes sous-jacentes de la mortalité maternelle et infantile liées à la nutrition sont abordées dans le sous-chapitre consacré au droit à la nutrition et celles liées à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène sont analysées dans le chapitre « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre ».

### 1.1.2.1 Fécondité et grossesses précoces

Selon la MICS-5, l'indice synthétique de fécondité (ISF) a diminué, au niveau national, de 5 en 2012 à 4,6 en 2016. Il reste cependant très supérieur à la moyenne en milieu rural (6), chez les mères les plus pauvres (6,7), dans les régions de l'Ouest (6,2) et du Centre-Ouest (5,8) ainsi que dans les ménages dont le chef de famille est d'ethnie Mandé du Sud (5,2), Gur (5,2) ou d'ethnie non ivoirienne (5,1). Un haut niveau de fécondité est généralement associé à des taux élevés de mortalité infanto-juvénile et maternelle : en effet, il est souvent le signe d'un nombre élevé de grossesses précoces qui comportent des risques importants pour la survie de l'enfant et de la mère. Selon la MICS-5, les taux de mortalité néonatale et de mortalité infantile des enfants dont la mère a moins de 20 ans sont ainsi supérieurs de 4 et 16 points respectivement à ceux des enfants dont la mère est âgée de 20 à 34 ans.

#### Indice synthétique de fécondité



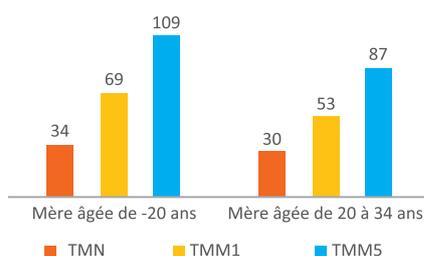
Source : EDS-III, MICS-5.

La MICS indique que 3,1 % des femmes âgées de 20-24 ans avaient accouché avant l'âge de 15 ans et 25,4 % d'entre elles avant d'atteindre l'âge de 18 ans. Les accouchements avant 15 et 18 ans étaient les plus fréquents dans le Nord-Ouest (-15 ans : 9,1 % ; -18 ans : 38 %), l'Ouest (-15 ans : 8,8 % ; -18 ans : 34 %), le Nord (-15 ans : 2,7 % ; -18 ans : 38,7 %), les zones rurales (-15 ans : 5,2 % ; -18 ans : 35,2 %), les ménages les plus pauvres (-15 ans : 5,8 % ; -18 ans : 40,2 %) et les ménages dont le chef est d'ethnie Krou (-15 ans : 6,7 % ; -18 ans : 30,6 %) ou Gur (-15 ans : 2,8 % ; -18 ans : 33,8 %).

Les facteurs qui contribuent aux grossesses précoces sont multiples et comprennent : i) la précocité des premiers rapports sexuels<sup>94</sup> ; ii) des normes sociales encourageant la procréation dans une optique d'élargissement de la famille ; iii) la forte incidence des violences basées sur le genre et l'impunité dont bénéficient leurs auteurs ; iv) un faible niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive ; et v) un recours limité aux méthodes contraceptives modernes<sup>95</sup>.

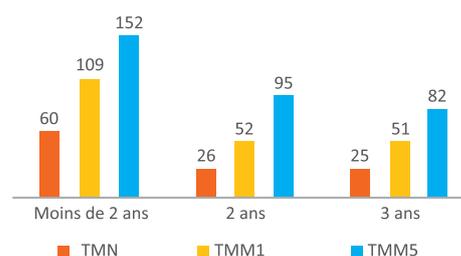
Les grossesses précoces sont aussi favorisées par la pratique persistante des mariages précoces. Selon la MICS-5, au niveau national, 7,7 % des jeunes filles sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 32,1 % avant l'âge de 18 ans. Si en milieu urbain, le mariage ou l'union avant l'âge de 15 et 18 ans concerne respectivement 4,9 % et 21,9 % des jeunes filles, en milieu rural, 11 % des filles sont mariées avant leurs 15 ans et 43,5 % avant leurs 18 ans. Les facteurs favorisant les mariages précoces sont examinés dans le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

#### Taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en fonction de l'âge de la mère (%)



Source : MICS-5.

#### Taux de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile en fonction de l'intervalle avec la dernière naissance (%)



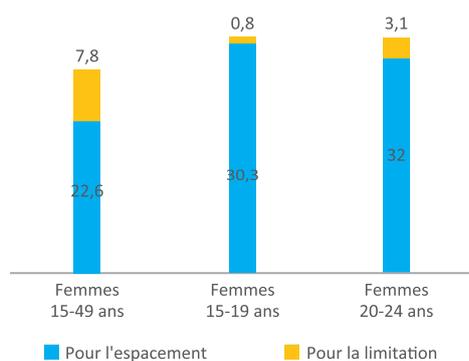


### 1.1.2.2 Planification familiale

La planification familiale (PF) contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile car elle permet l'espacement des naissances<sup>96</sup>, donne la possibilité de retarder les grossesses et réduit les risques d'avortement dangereux pour la survie de la mère. Or plusieurs indicateurs montrent que l'accès à la planification familiale demeure insuffisant : selon la MICS-5, en 2016, 30,5 % des femmes de 15-49 ans avaient des besoins non satisfaits en matière de contraception. La proportion de femmes de cet âge ayant des besoins non satisfaits pour l'espacement des naissances est de 22,6 %, mais elle s'élève à 30,3 % pour les femmes âgées de 15-19 ans et à 32 % pour celles âgées de 20-24 ans. En 2014, l'OMS estimait que 10 % des décès maternels sont dus chaque année à des avortements dangereux. La pratique des avortements est, en effet, courante en Côte d'Ivoire – l'Enquête PMA2020 sur l'avortement a estimé leur nombre entre 209 000 et 288 000 en 2017 – et 60 % d'entre eux sont réalisés dans des conditions dangereuses pour la survie de la mère<sup>97</sup>.

Même s'il progresse au plan national, le taux de prévalence contraceptive moderne (TPCM) reste faible, autour de 20 %<sup>98</sup>, avec de fortes variations entre les régions (Abidjan : 19,4 % ; Nord-Ouest : 4,8 %) et un écart de plus de 15 points par rapport à la cible retenue pour 2020 (36 %) par le Plan d'action national budgétisé de planification familiale 2015-2020.

#### Besoins non satisfaits en matière de contraception (%)



Source : EDS-III, MICS-5

### 1.1.2.3 Mutilations génitales féminines/excision

Selon la MICS-5, le taux de prévalence des MGF/E chez les femmes de 15-49 ans ne diminue que très lentement et se situe encore à 36,7 % contre 38,2 % en 2012. Quant au pourcentage de filles âgées de 0-14 ans ayant subi une forme quelconque de MGF/E, tel que rapporté par les mères âgées de 15-49 ans, il est stable depuis 2012, à 10,9 %.

#### Proportion de femmes de 15-49 ans ayant subi une MGF/E (%)



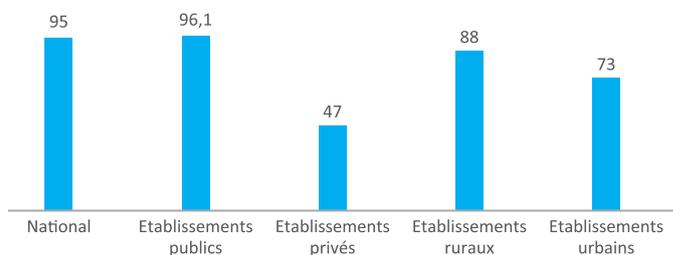
Source : EDS-III, MICS-5

La MICS-5 montre que le risque de MGF/E a fortement diminué en milieu urbain (-6,9 points), mais qu'il a augmenté en milieu rural (+5 points). Les disparités régionales sont très grandes : le Nord-Ouest a le taux de MGF/E le plus élevé du pays (75,2 %, -4,3 points depuis 2012), suivi par le Nord (73,7 %, stable depuis 2013), l'Ouest (62,1 %, +5 points depuis 2012) et le Centre-Nord (42 %, -9,1 points). Après avoir cru fortement au cours de la précédente décennie, le risque de MGF/E a fortement diminué à Abidjan, passant de 36,1 % à 24,6 %. En revanche, par rapport à 2012, il a augmenté dans les provinces où le taux de prévalence était plus faible : c'est le cas notamment du Centre-Est (23,7 %, + 8,2), du Nord-Est (25 %, +5,1), du Sud (26,1 %, +3,2) et du Sud-Ouest (34,8 %, +6,5). Les facteurs contribuant à la persistance de la pratique des MGF/E sont abordés dans le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

### Barrières du côté de l'offre et de la capacité opérationnelle

En 2017, 95 % des établissements sanitaires (96,1 % de ceux du secteur public) disposaient d'un service de PF offrant au moins trois méthodes de contraception modernes, soit une hausse de 4 points de pourcentage par rapport à 2016 (SARA 2016). Les disparités régionales étaient limitées puisque des services de PF étaient disponibles dans tous les établissements publics de 14 régions sanitaires et dans plus de 84 % de ceux des six autres. Selon l'Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (enquête SARA 2016), la proportion des services de santé offrant la PF est supérieure en milieu rural (88 %) qu'en milieu urbain (73 %) et les méthodes les plus offertes sont les injectables progestatifs (71 % des établissements sanitaires), les pilules contraceptives orales combinées (67 %), les pilules contraceptives progestatives (59 %), le préservatif masculin (49 %) et les implants (47 %)<sup>99</sup>. Toutefois, en 2016, seuls 47 % des établissements sanitaires (ES) du secteur privé offraient la PF, seuls 56 % des ES disposaient d'au moins un agent formé en PF – avec des taux particulièrement faibles dans les régions de Gôh (12 %), d'Agnéby-Tiassa-Mé (28 %), du Hambol (31 %) et de la Marahoué (32 %) –, seuls 47 % des ES avaient reçu des directives concernant la PF, avec de fortes disparités entre les régions (8 % Lôh-Djiboua, 18 % Indénié-Djuablin, 25 % Gôh) et seuls 18 % et 15 % des ES disposaient respectivement de préservatifs féminins et de dispositifs intra-utérins (DIU).

### Proportion d'établissements sanitaires offrant la planification familiale (%)



Source : SARA (2016)

Par ailleurs, la proportion d'agents de santé communautaires (ASC) formés en PF est longtemps restée faible (3,8 % en 2013 selon le Plan d'action national budgétisé de planification familiale [PANB-PF] 2015-2020). Suite à la mise en œuvre du plan de santé communautaire couvrant les années 2017-2020, tous les ASC ont bénéficié d'une formation dans le domaine de la planification familiale, mais il n'y a pas encore eu d'évaluation pour mesurer la proportion d'ASC effectivement en capacité d'apporter des conseils en matière de PF.

### Barrières du côté de la demande

Même s'il existe peu d'études récentes sur le sujet, il apparaît que les principales barrières à l'accès à la contraception se situent au niveau de la demande. Outre les obstacles affectant l'accès des femmes aux soins de santé en général, comme le manque de moyens financiers, la distance et la nécessité d'obtenir une autorisation (voir la section suivante « Consultations prénatales » pour plus de précisions), certains freins sont plus spécifiques à la demande en matière de PF et affectent tout particulièrement celle des jeunes. Dans une société qui valorise encore fortement le fait d'avoir de nombreux enfants, le principal frein à la demande de PF tient à la croyance, y compris parmi des étudiants, que la contraception nuit à la santé de la femme et réduit sa fertilité<sup>100</sup>.



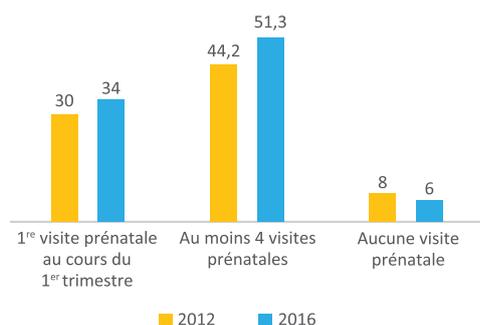


L'étude du ministère de l'Éducation sur les grossesses en milieu scolaire (2016) a ainsi montré qu'avant de tomber enceintes, 67,3 % des filles-mères n'avaient pas connaissance de l'existence de cellules ou de clubs de santé dans leur établissement scolaire engagés dans la prévention des grossesses précoces<sup>101</sup>. Une étude sur l'accès aux services de santé des adolescents en Côte d'Ivoire a également montré que les jeunes sont souvent réticents à se rendre dans les établissements sanitaires, en particulier pour des motifs liés aux IST et à la contraception par peur d'être jugés et moqués, que ce soit par la communauté ou par le personnel de santé<sup>102</sup>. Le fait que la planification familiale et la contraception restent des sujets tabous dans de nombreuses familles renforce cette crainte d'être stigmatisés<sup>103</sup>.

#### 1.1.2.4 Consultations prénatales

Des consultations prénatales (CPN) précoces et régulières sont importantes pour assurer un bon suivi de la grossesse et de la santé de la mère, prévenir la transmission des infections à l'enfant et préparer l'accouchement. Selon l'enquête SARA, 90 % des établissements de santé et 95 % des établissements publics offrent des soins prénatals et la MICS-5 a montré que 93,3 % des femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête ont bénéficié de soins prénatals effectués par un agent de santé. Cependant, elles ne sont que 34 % à avoir effectué leur première consultation prénatale (CPN1) au cours du premier trimestre de grossesse et seulement 51,3 % (contre 44,2 % en 2012) à avoir effectué les quatre visites recommandées (CPN4).

#### Proportion de femmes ayant effectué des consultations prénatales (%)



Source : EDS-III, MICS-5

Il existe de fortes disparités liées aux caractéristiques socio-économiques et au lieu de résidence en matière de CPN avec des taux de non-consultation encore très élevés dans le Nord (17,8 %), le Nord-Est (15,9 %) et le Nord-Ouest (12,4 %), parmi les femmes les plus pauvres (12,7 %), celles n'ayant pas reçu d'éducation (8,6 %) et celles dont le chef de ménage est du groupe ethnique Gur (12,8 %). Si 83,6 % des femmes des ménages les plus riches (Q5) effectuent les quatre visites prénatales recommandées, elles ne sont que 32,1 % parmi les femmes des ménages les plus pauvres (Q1) à le faire. Selon le RASS 2017, le taux de couverture en CPN4 a connu une forte baisse en 2017, passant de 44,1 % en 2016 à 31,7 %, alors que la cible nationale était de 63 % (Programme national de santé de la mère et de l'enfant ou PNSME). Cette situation serait la conséquence d'un taux record d'abandon de la CPN qui se situait à 63,5 % en 2017 contre 48,5 % en 2016. En 2017, les taux de couverture en CPN4 étaient les plus faibles dans les régions du Gôh (23,4 %), du Haut-Sassandra (24 %) et du Béliér (24,4 %).

#### Barrières du côté de la demande

Des recherches complémentaires sont nécessaires afin de préciser les déterminants exacts de la faible fréquentation des CPN et des abandons dans certaines régions. L'enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire de 2018<sup>104</sup> n'a pas mis en évidence de problèmes de connaissance majeure, que ce soit pour le moment auquel il convient de réaliser la première CPN (connu de 80,9 % des enquêtés) ou le nombre de CPN recommandées (connu par 77,5 %). Cette enquête indique également que plus des trois quarts des enquêtés considèrent que la norme de CPN est de 4 au sein de leur communauté. En revanche, l'enquête montre que seuls 62,4 % des enquêtés étaient favorables à ce que la CPN1 ait lieu au cours du premier trimestre de la grossesse. Faute d'étude plus récente et plus ciblée, il reste pertinent d'analyser les freins limitant la fréquentation des CPN en s'appuyant sur les résultats de l'EDS-III concernant les barrières à l'accès des femmes aux soins de santé en général.

Selon l'EDS-III, les principaux obstacles sont le manque de moyens financiers pour 67 % des femmes interrogées, la distance à parcourir pour 40 %, et la nécessité d'obtenir la permission pour s'y rendre dans 24 % des cas. Bien que les soins prénatals soient fournis gratuitement depuis l'entrée en vigueur de la politique de gratuité ciblée des soins pour les mères et les enfants de moins de 5 ans en 2012, il existe, en effet, des coûts additionnels comme l'achat de différents articles (carnet de santé, couverture du carnet, thermomètre) et des frais de médicaments lorsque les médicaments gratuits ne sont pas disponibles, ou bien encore des coûts de service pour réaliser des examens, comme l'analyse de la protéinurie<sup>105</sup>.

À cela s'ajoutent des frais de transport éventuels, car même si la couverture en établissement de santé progresse et que la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un centre de santé est passée de 44 % en 2012 à 67,3 % en 2017, contre 23,1 % vivant entre 5 et 15 km et 9,6 % à plus de 15 km, dans les régions sanitaires de Kabadougou-Bafing-Folon (22 % contre 27 % en 2015<sup>106</sup>), Hambol (22 %) et Worodougou-Béré (20 %), plus de 20 % de la population vit toujours à plus de 15 km d'un centre de santé public<sup>107</sup>.

#### Distance d'un centre de santé (% de la population)



Source : RASS 2017.

Enfin, il apparaît que seules 64,2 % des femmes parlent avec leur époux de la CPN (60 % seulement dans le nord du pays contre 70,2 % à Abidjan)<sup>108</sup> et qu'une majorité des femmes ne sont pas en mesure de prendre les décisions concernant leur santé sans l'accord de leur mari/conjoint<sup>109</sup>. Or ce dernier n'a pas toujours conscience de l'importance des CPN, en particulier d'une CPN précoce lorsque la grossesse est peu visible ou semble se dérouler sans difficulté apparente. Cette réticence peut être d'autant plus forte si le conjoint doit, de surcroît, prendre en charge des frais de transport et des coûts annexes<sup>110</sup> ou faire en sorte que sa femme soit accompagnée lorsque les normes sociales de sa communauté excluent qu'une femme puisse se rendre seule à la consultation. Un dernier frein à la demande de soins prénatals est lié au recours fréquent à l'automédication et aux accoucheuses traditionnelles ou matrones de village pour assurer le suivi de la grossesse, en particulier en milieu rural<sup>111</sup>. Lorsque ces dernières ne sont pas associées par les agents de santé communautaires et les centres de santé (CDS) au suivi de la grossesse, elles peuvent encourager les femmes à ne pas effectuer les CPN et à accoucher à domicile<sup>112</sup>.

#### Barrières liées à la qualité

Des données anecdotiques indiquent qu'il existe une barrière à la fréquentation des CPN qui résulte du manque d'attractivité des CDS et du caractère inadapté de l'accueil proposé à des femmes qui ne sont pas malades, mais viennent consulter tout en étant en bonne santé.

#### Capacité de diagnostic

Selon la MICS-5, la capacité de diagnostic s'est améliorée depuis 2012. À l'occasion d'une CPN, 91 % des femmes se sont fait prendre la tension; 81,4 % ont effectué un test d'urine (84,6 % en 2012) et 85,35 % un test sanguin (72,3 % en 2012). Par ailleurs, la proportion de femmes issues des ménages les plus pauvres ayant effectué un test sanguin a augmenté de près de 6 points (77,5 %, contre 71,7 % en 2012) et la proportion de celles qui ont fait un test VIH et en connaissent le résultat a doublé, passant de 19,7 % à 42 %.

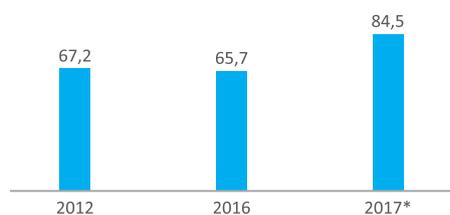
#### Soins préventifs et curatifs

##### • Prévention du tétanos

Selon la MICS-5, le taux de couverture en VAT2+ (au moins deux doses de vaccin antitétanique) qui immunise la femme enceinte et protège l'enfant à naître contre le tétanos néonatal a reculé de 67,2 % en 2012 à 65,7 % en 2016, avec un niveau de couverture en forte baisse dans le Nord (47,7 % en 2016 contre 66,9 % en 2012) et toujours faible dans le Nord-Ouest (54,5 %), le Sud-ouest (50,6 %) et parmi les femmes des ménages les plus pauvres (54,6 %). Toutefois, selon le RASS 2017, le taux de couverture en VAT2+ a progressé entre 2016 et 2017 pour atteindre 84,5 %, 15 districts sanitaires sur 83 ayant un taux de couverture supérieur à la cible PEV pour 2017 de 92 %.



### Couverture en VAT2+ des femmes enceintes (%)



Source : EDS-III, MICS-5 ; \*RASS 2017.

Une étude sur les raisons de la non-vaccination ou de la vaccination incomplète des mères d'enfants de 0-11 mois, citée par le Plan pluriannuel complet du PEV 2016-2020 (PPAC-PEV 2016-2020), montre que les principaux goulots d'étranglement dans ce domaine sont : (i) le manque d'information dans 39,1 % des cas, 22,7 % des femmes enceintes ne connaissant pas le calendrier vaccinal du VAT et 11,9 % d'entre elles ignorant la nécessité même de la vaccination ; (ii) le manque de motivation des mères dans 35,8 % des cas, les mères se montrant souvent négligentes ; et (iii) des obstacles liés à l'offre, à la qualité des services et au coût de la vaccination dans 20 % des cas<sup>113</sup>.

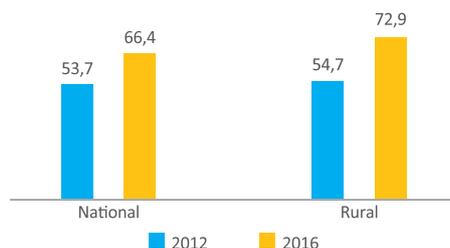
Selon l'étude sur l'équité dans l'accès aux soins de santé<sup>114</sup>, 36 % des femmes enceintes interrogées ont dû payer pour une activité de vaccination pendant leur grossesse, pour un coût variant de 100 à 5300 FCFA. Selon le Plan pluriannuel complet du Programme élargi de vaccinations (PPAC-PEV) 2016-2020, même si le nombre de jours de rupture en dessous du stock de réserve au niveau central était nul en 2015, les services de vaccination connaissent régulièrement des ruptures de vaccins et de consommables sur le terrain pour des raisons diverses (mauvaises planifications, retard dans le dédouanement). Cette situation est confirmée par l'enquête SARA (2016) qui montre que si 83 % des établissements offrant des soins prénatals disposent du VAT, cinq régions sanitaires ont des taux de disponibilité inférieurs à 75 %, parmi lesquelles Indénié-Djuablin (54 %), Hambol (60 %), Haut-Sassandra (63 %), Abidjan 1 (64 %) et Abidjan 2 (73 %).

#### • Prévention de l'anémie

L'anémie sévère chez la femme enceinte peut avoir des conséquences néfastes pour la mère (risque accru d'infections, risque d'hémorragie importante à la naissance, risque de choc cardiovasculaire) et l'enfant (naissance prématurée, retard de croissance intra-utérin, etc.). En 2017, l'anémie était la seconde cause des complications obstétricales dans les SONU (23,7 %). L'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI 2016) a montré que la prévalence de l'anémie a fortement augmenté chez les femmes âgées de 15-49 ans, passant de 53,7 % en 2012 (forme légère : 38,9 % ; modérée : 14,3 % ; sévère : 0,5 %) à 66,4 % en 2016 (légère : 45,4 % ; modérée : 19,6 % ; sévère : 1,5 %). La dégradation est particulièrement importante en milieu rural (72,9 % contre 54,7 % en 2012) et dans les régions du Nord-Ouest (81,1 %, dont 3,9 % d'anémie sévère, contre 57 % en 2012) et du Nord (77,3 % contre 52,8 %)<sup>115</sup>. L'EPPA-CI 2016 ne fournit pas d'indication sur le niveau d'anémie des femmes enceintes, mais il est très probablement supérieur de plusieurs points à celui des femmes âgées de 15 à 49 ans : en 2012, le taux d'anémie des femmes enceintes était de 63,6 % avec des taux de prévalence de l'anémie modérée (31,4 %) et sévère (1,8 %) trois fois plus élevés que ceux observés, en moyenne, chez les femmes en âge de procréer.

Pendant la grossesse, une supplémentation préventive en fer accompagné d'acide folique est recommandée. En 2011-2012, 79 % des femmes enceintes avaient pris une supplémentation en fer pendant la grossesse de leur dernier-né et 25 % d'entre elles l'avaient fait pendant plus de 90 jours. Selon l'enquête SARA, le taux de disponibilité des comprimés de fer et d'acide folique dans les établissements de santé offrant des soins prénatals était élevé, à environ 85 %, une seule région, le Bélier, ayant un taux nettement inférieur (45 %).

### Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de reproduction (%)



Source : EDS-III, EPPA-CI 2016.

Lorsque la prévalence de l'anémie est supérieure à 40 % parmi les femmes enceintes, l'OMS recommande l'administration de vermifuge. Selon l'EDS-III, seules 37,2 % des femmes avaient pris des vermifuges, avec de fortes disparités régionales (22,1 % dans le Centre, 51,4 % à Abidjan) pour des raisons qui restent à clarifier. Selon l'enquête SARA, il ne semble pas y avoir de rupture de stock de comprimés d'albendazole puisqu'en 2016, ils étaient disponibles dans près de 82 % des établissements de santé<sup>116</sup>, les régions sanitaires les moins bien dotées étant le Haut-Sassandra (70 %), la Marahoué (72 %), le Bélier (74 %) et l'Indénié-Djuablin (76 %).

#### • Prévention du paludisme

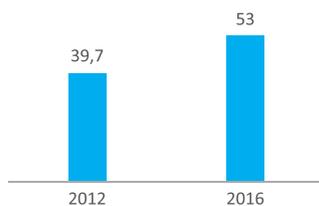
Le paludisme est responsable de la majorité des complications obstétricales dans les SONU en Côte d'Ivoire, que ce soit directement ou indirectement en aggravant la sévérité des formes d'anémie affectant les femmes enceintes. Le paludisme peut aussi entraîner des conséquences graves sur le fœtus et le nouveau-né. La stratégie de prévention du paludisme chez la femme enceinte repose sur l'administration d'au moins trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine (SP/Fansidar) au cours de la grossesse et la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) qui se fait à partir de la première CPN.

Selon la MICS-5, la proportion de femmes ayant reçu deux doses ou plus de SP/Fansidar (SP2) durant leur grossesse, dont une au cours d'une CPN, a plus que doublé, passant de 17,6 % en 2012 à 46,7 % en 2016. Selon le RASS 2017, des progrès importants ont cependant eu lieu depuis 2015 et la couverture nationale en SP3 a atteint 35,6 % en 2017, avec un taux maximal dans la région sanitaire de Cavally-Guémon (50,9 %) et un taux minimal dans celle de Worodougou-Béré (22,9 %). Malgré ces progrès, le taux de couverture reste très insuffisant au regard de la cible de 60 % retenue pour la couverture en SP3 en 2017.

L'enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire indique que plus de 90 % des enquêtés perçoivent la gravité du paludisme pendant la grossesse et croient en l'efficacité du traitement préventif intermittent du paludisme (TPI) chez la femme enceinte<sup>117</sup>. En revanche, seuls 22,6 % des enquêtés savent que trois doses de SP sont nécessaires, le niveau de connaissance concernant le TPI étant plus élevé à Abidjan (75,6 %) que dans le reste du pays.

Selon la MICS-5, la proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA) la nuit précédant l'enquête est passée de 39,7 % en 2012 à 53 %, avec des niveaux élevés parmi les femmes enceintes des ménages les plus pauvres (71 %), celles n'ayant reçu aucune instruction (57,6 %) et celles vivant en milieu rural (68,4 %). Cette proportion est cependant très faible à Abidjan (13 %) et plus généralement en milieu urbain (34,5 %) ainsi que dans la région du Nord-Est (43,6 %).

#### Proportion de femmes enceintes ayant dormi sous une MILDA (%)



Source : EDS-III, MICS-5

Le RASS 2017 indique que la proportion de femmes enceintes vues en CPN1 et ayant reçu des MILDA a reculé de 73,3 % en 2016 à 65,8 % en 2017, avec des régions sanitaires affichant des taux particulièrement bas comme le Gôh (41,4 %), le Worodougou-Béré (49,4 %) et Abidjan 1 Grands-Ponts (51,6 %) pour des raisons qui restent à déterminer.

En effet, la gratuité dans la distribution des MILDA lors des consultations prénatales pour les femmes enceintes semble effective et l'enquête SARA 2016 a montré que les moustiquaires sont disponibles dans 85 % des ES offrant des CPN, avec des niveaux de disparités régionales modérés<sup>118</sup>. Selon l'enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire<sup>119</sup>, les raisons les plus souvent citées pour justifier la faible utilisation des MILDA sont : (i) leur inconfort en cas de fortes chaleurs pendant la nuit (50 % des enquêtés); (ii) leur odeur (plus d'un tiers des enquêtés); (iii) les doutes concernant l'efficacité des moustiquaires (seuls 54 % des enquêtés considèrent les moustiquaires comme efficaces); (iv) le fait qu'elles soient trouées et qu'un tiers seulement des enquêtés s'estiment compétents pour les réparer; et (v) la couleur blanche des moustiquaires qui est associée par certaines familles à la couleur des lindeuls.

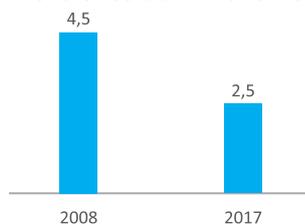




#### • La transmission mère-enfant du VIH/sida

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes continue de diminuer et se situerait, selon l'enquête PNLS Enda Santé réalisée en 2017 à 2,5 %, contre 4,5 % en 2008<sup>120</sup>. Selon cette étude, le niveau de prévalence est plus faible chez les femmes enceintes de moins de 25 ans (1,5 % pour les 20-24 ans), celles qui n'ont pas été scolarisées (1,7 %) et celles qui vivent en milieu rural (1,6 %). Des disparités régionales importantes existent avec un taux de prévalence minimum de 0,7 % dans la région sanitaire de Poro-Tchologo-Bagoué, et des taux maximaux à Abidjan 2 (4 %), Abidjan 1 Grands-Ponts (3,9 %) et Bounkani-Gontougo (3,4 %).

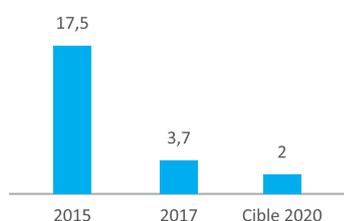
#### Prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%)



Source : Enquête PNLS Enda Santé 2017.

Dans le cadre de la stratégie visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant (eTME) afin d'éliminer le VIH pédiatrique, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a adopté, en 2015, l'Option B+ qui consiste à initier un traitement antirétroviral (ARV) chez les femmes dépistées séropositives dès la grossesse et en la délégation de tâches autrefois réservées aux seuls médecins aux infirmières et aux sages-femmes. Selon le rapport PNLS 2018, en 2018, 83 % des femmes enceintes venues en CPN1 ont eu accès à un service PTME et 95,3 % des femmes enceintes venues en CPN et testées positives ont bénéficié d'un traitement ARV<sup>121</sup>. Selon plusieurs estimations, le taux de transmission mère-enfant est désormais inférieur à 5 %<sup>122</sup> contre 17,5 % en 2015<sup>123</sup> et la prévalence chez les femmes non dépistées est estimée à seulement 0,6 %<sup>124</sup>.

#### Estimations du taux de transmission mère-enfant (%)



Source : Spectrum 2015, RASS 2017 et Plan stratégique national de lutte contre le VIH et les IST 2016-2020.

Toutefois, en Côte d'Ivoire, 17 000 personnes sont nouvellement infectées chaque année (UNAIDS<sup>125</sup>), parmi lesquelles 2 600 enfants de moins de 14 ans et près de 1 500 âgés de 15-19 ans (dont une majorité de filles : 88 %<sup>126</sup>) et plusieurs gaps restent à surmonter pour pouvoir mettre en œuvre intégralement la stratégie des 3x90<sup>127</sup> et obtenir l'élimination de la transmission mère-enfant de façon durable.

- **Du côté de l'offre** : la proportion de structures de santé maternelle et infantile du secteur public qui offrent la PTME a continué de progresser, passant de 79 % en 2016 à 84 % en 2017, mais elle reste encore insuffisante et quasi nulle dans le secteur privé (2 % en 2018) où la PTME est, de surcroît, payante. Le second test VIH prévu par les directives nationales est trop rarement réalisé alors même que, pour des raisons diverses, le premier test donne parfois des résultats erronés ou mal interprétés : selon le RASS 2017, l'incidence du VIH mesurée chez les femmes VIH négatives en CPN était, en 2017, de 4,5 %. Faute d'un second test, 4 000 à 4 500 femmes qui avaient pourtant effectué des CPN n'ont ainsi pas pu bénéficier d'un traitement préventif et de conseils en temps utile et entre 1 000 à 1 250 enfants sont nés infectés alors qu'ils auraient pu être protégés.

On constate, par ailleurs, que seules 45 % des régions sanitaires disposent d'une plateforme pour mesurer la charge virale si bien que les résultats sont souvent communiqués avec retard<sup>128</sup>. Enfin, le taux de couverture en traitement antirétroviral des femmes enceintes séropositives est encore trop faible (64 %)<sup>129</sup>. Des problèmes de rupture de stock en ARV ont été signalés, en particulier à Abidjan. Ils résulteraient d'une mauvaise planification des besoins et de l'absence de stocks de réserve de médicaments pour trois mois au niveau des districts.

Les principaux obstacles à l'eTME se situent, cependant, du côté de la demande de services en PTME et au niveau de la rétention dans le traitement<sup>130</sup>.

- **Du côté de la demande :** la demande de CPN reste encore trop faible en raison du manque de moyens, de la distance à parcourir et de la nécessité pour beaucoup de femmes d'obtenir l'autorisation et l'argent du mari pour se rendre au centre de santé. Il existe certaines barrières spécifiques à la demande de PTME comme le refus de certaines femmes testées positives d'accepter le résultat des tests et de venir ensuite suivre un traitement. Cette réaction s'explique par la croyance persistante que le VIH/sida ne peut être soigné et par la crainte qu'elles éprouvent – non sans raison – que leur compagnon, en particulier si ce dernier est polygame, les rejette s'il apprend leur séropositivité. Lorsque les femmes enceintes acceptent le résultat du test mais choisissent de ne pas informer leur mari et le reste de la famille de leur séropositivité, le suivi du traitement s'avère difficile car elles doivent se cacher pour prendre leurs médicaments et ont du mal à justifier la nécessité de se rendre régulièrement au CDS. Enfin, même lorsque le mari et la famille sont au courant, les contraintes financières et de distance, le stress et l'insuffisance de soutien psychologique continuent d'avoir un fort impact négatif sur la rétention durable du couple mère-enfant dans les soins, avec une proportion de pertes de vue pouvant dépasser les 20 % dans certains districts sanitaires. Des projets pilotes menés dans plusieurs districts sanitaires, dans le cadre de l'initiative OTHA (Optimiser l'accès au traitement du VIH) ont montré que le taux de pertes de vue de la PTME peut être ramené de 20 à 2 % si les femmes enceintes infectées sont suivies et conseillées par des agents communautaires spécialement formés, reçoivent des kits de fidélisation à chaque visite au centre offrant la PTME et bénéficient d'un appui pour devenir plus autonomes financièrement<sup>131</sup>.

#### 1.1.2.5 Accouchement assuré par du personnel qualifié et soins postnatals

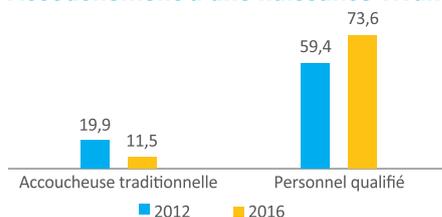
Accoucher dans un établissement de santé avec du personnel qualifié, pouvoir bénéficier d'un système efficace de référence et de gestion des urgences en cas de complications obstétricales et recevoir des soins postnatals sont des éléments essentiels pour pouvoir espérer réduire la mortalité maternelle et néonatale<sup>132</sup>.

#### Accouchement assisté par du personnel qualifié

Selon la MICS-5, 69,8 % des femmes ont accouché d'un enfant vivant dans une structure de santé en 2016, soit 12,4 points de plus qu'en 2012. Entre 2012 et 2016, les hausses les plus importantes ont été enregistrées en milieu rural (57,4 %, +14,7 points), parmi les mères n'ayant aucun niveau d'instruction (63,7 %, +13,7 points), parmi les femmes des ménages du quintile moyen (Q3 : 76,3 %, +23,7 points) et dans les régions du Centre (84,7 %, +43,3 points), de l'Ouest (60,3 %, +29,9 points), du Centre-Nord (72,3 %, +17,4 points), du Nord (65,2 %, +15,6 points) et de l'Ouest (53,3 %, +14,3 points). En revanche, la progression a été moins rapide pour les femmes des ménages les plus pauvres (43,6 %, +10,4 points) et pauvres (62,1 %, +11 points) et celles vivant en milieu urbain (88,4 %, +6,4 points).

La proportion de femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié lors de l'accouchement a également fortement progressé, passant de 59,4 % en 2012 à 73,6 % en 2016. L'écart entre le milieu rural (61,3 %) et le milieu urbain (92,2 %) et entre les femmes des ménages les plus pauvres (48,8 %) et celles des ménages les plus riches (95,1 %) est en recul de 10 points, mais il reste très prononcé. Les disparités entre les régions, dont l'ampleur a pratiquement été divisée par deux, demeurent aussi importantes, avec un taux minimal de 59,4 % dans l'Ouest et maximal de 94,4 % à Abidjan. Entre 2012 et 2016, la proportion d'accouchements réalisés sans assistance est passée de 2,6 % à 1,6 % et le taux maximal observé dans la région du Nord-Ouest a reculé de 18,7 % à 3,2 %. Enfin, la part des accouchements ayant eu lieu avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle a diminué de 19,9 % au niveau national en 2012 (27,9 % en milieu rural) à 11,5 % en 2016 (17,4 % en milieu rural) avec de très fortes baisses dans le Centre (4,4 % contre 35,7 % en 2012), l'Ouest (22,8 % contre 36,5 %), le Nord (14,5 % contre 25,3 %) et le Nord-Ouest (12 % contre 25,9 %), mais un recul plus modeste dans le Sud-Ouest (25,2 % contre 28,9 %) et une hausse dans le Centre-Ouest (16,6 % contre 11,9 %) pour des raisons qui restent à déterminer.

#### Accouchement d'une naissance vivante selon le type d'assistance (%)



Source : EDS-III, MICS-5.



La part de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé (67 %) et la proportion de centres de santé publics offrant des services d'accouchement (autour de 90 %) étant restées quasiment inchangées depuis 2015, les progrès réalisés en matière d'accouchements assurés par du personnel qualifié semblent résulter, avant tout, de la mise en œuvre de la politique de gratuité ciblée couvrant les accouchements et les soins néonataux, mais aussi des campagnes d'information et des efforts de sensibilisation entrepris par les ASC et les agents de santé.

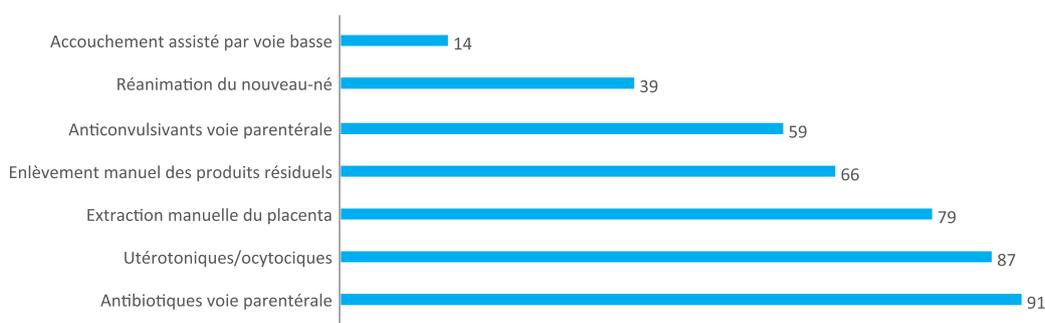
### Gestion des complications obstétricales

S'agissant de la gestion des complications obstétricales, la couverture effective en soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) n'a que peu progressé – le taux de satisfaction des besoins en SONU était estimé en 2017 à 6,9 %<sup>133</sup> – et la situation reste préoccupante avec des taux de mortalité maternelle et néonatale élevés.

#### • Capacités SONUB

En 2017, l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence<sup>134</sup> a montré que seules 4,4 % des structures sanitaires censées offrir les sept services SONUB de base<sup>135</sup> étaient effectivement en capacité de le faire : les soins les plus couverts sont l'administration parentérale d'antibiotiques (91 %) et d'utérotoniques/ocytociques (87 %), et l'extraction manuelle du placenta (79 %).

#### Disponibilité des éléments traceurs SONUB (% des établissements de santé)



Source : SARA 2016.

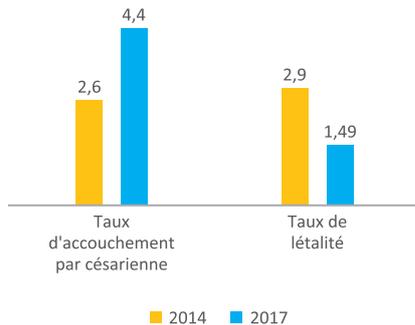
Cette évaluation a également mis en évidence l'existence de grandes disparités au niveau régional avec des taux de disponibilité particulièrement bas pour l'administration d'anticonvulsivants dans les régions sanitaires de Gôh (23 %) et Marahoué (33 %), pour la réanimation néonatale dans le Haut-Sassandra (13 %) et l'Agnéby-Tiassa-Mé (19 %) et pour l'accouchement assisté par voie basse dans le Haut-Sassandra (0 %), l'Indénié-Djuablin (0 %), le Gbôklé-Nawa-San Pedro (4 %), le Bounkani-Gontogo (5 %) et le Kabadougou-Bafing-Folon (5 %).

Ces observations recourent globalement celles de l'enquête SARA (2016) qui avait montré que seuls 12 des 21 éléments traceurs relatifs à la capacité opérationnelle des établissements à fournir des SONUB étaient disponibles dans l'ensemble des ES. Les utérotoniques injectables et les listes de contrôle et autres aides aux soins essentiels étaient disponibles dans 95 % des établissements, les kits d'accouchement dans 91 % d'entre eux, les lits d'accouchement dans 89 % et le partogramme dans 85 %. En revanche, seuls 55 % des ES disposaient d'un transport d'urgence, 37 % de matériel de stérilisation et des directives pour les soins essentiels d'accouchement, 34 % de sulfate de magnésium injectable, 32 % d'appareil d'aspiration, 31 % de lampe d'examen, 19 % d'aspirateur manuel ou kit D&C, 10 % de ventouse obstétricale manuelle et 7 % de ballon et masque facial. En ce qui concerne la formation, seuls 42 % des membres du personnel étaient formés en soins essentiels d'accouchement personnel et 34 % à la réanimation du nouveau-né.

#### • Capacités SONUC

Selon le RASS 2017, la proportion d'accouchements par césarienne a atteint 4,4 % en 2017 contre 2,6 % en 2014<sup>136</sup> et le taux de létalité lié aux complications obstétricales directes dans les SONUC a diminué de 2,9 % en 2014 à 1,49 % en 2017. Toutefois, ces deux indicateurs restent encore trop bas au regard des normes OMS<sup>137</sup>. Seules trois régions sanitaires (Bélier : 6,7 % ; Haut-Sassandra et Abidjan : 2,5 %) ont un taux de césarienne conforme aux directives de l'OMS, tandis que la pratique de la césarienne reste extrêmement peu développée dans les régions de Gbêkê (0,2 %), Worodougou-Béré (1,1 %) et Cavally-Guémon (2,1 %).

### Évolution du taux d'accouchement par césarienne et du taux de létalité liée aux complications obstétricales dans un SONUC (%)

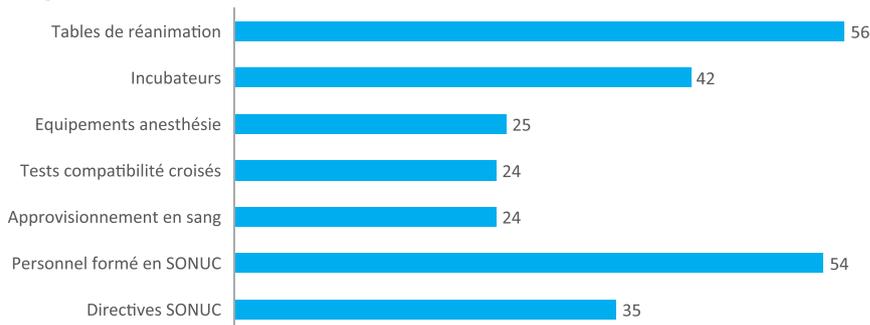


Source : RASS 2017.

Les disparités en matière de létalité liée aux complications obstétricales directes dans les SONUC restent, par ailleurs, très marquées : l'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence a montré que le taux de létalité était très élevé dans les régions du Cavally-Guémon (20 %), du Tonkpi (12,44 %) et du Bounkani-Gontougo (3,69 %) alors qu'il se situait à un niveau admissible dans les régions de Marahoué (0,58 %), du Sud Comoé (0,63 %) et d'Abidjan 1-Grands Ponts (0,8 %) <sup>138</sup>.

Ces résultats insatisfaisants s'expliquent par l'insuffisance de l'offre en soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets dans le pays et par la capacité opérationnelle encore trop limitée des établissements censés fournir l'ensemble des fonctions SONUC. L'évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence <sup>139</sup> a ainsi montré que seuls 18 % des besoins du pays en structures SONU complets sont actuellement couverts <sup>140</sup>. La transfusion sanguine n'est ainsi disponible que dans les deux tiers (76 %) des établissements de référence et la césarienne dans moins de la moitié d'entre eux (48 %). Au niveau de la transfusion sanguine, les taux de disponibilité étaient les plus faibles dans les régions sanitaires du Cavally-Guémon (33 % des établissements de référence), de Tonkpi (50 %) et de Lôh-Djiboua (50 %). S'agissant de la césarienne, les régions ayant les taux de disponibilité les plus bas étaient le Cavally-Guémon (17 %), le Tonkpi et le Lôh-Djiboua (25 %), ainsi que le Marahoué et le Bounkani-Gontougo (33 %). Comme l'a également montré l'enquête SARA, cette situation tient en grande partie à la faible disponibilité de plusieurs éléments traceurs SONUC.

### Disponibilité des éléments traceurs SONUC (% des établissements de santé)



Source : SARA 2016.

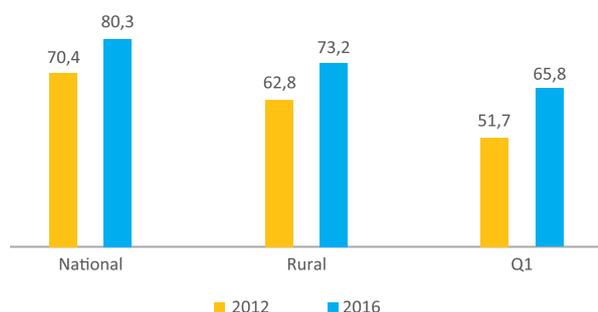
#### 1.1.2.6 Soins postnatals

Des progrès importants ont été observés en matière d'offre de soins postnatals, mais ils demeurent également insuffisants. Selon la MICS-5, la proportion de femmes âgées de 15-49 ans qui ont reçu des soins postnatals dans les deux premiers jours après la naissance est passée de 70,4 % en 2012 (EDS-III) à 80,3 % en 2016.

L'amélioration a été importante pour les femmes les plus pauvres (65,8 % en 2016 contre 51,7 % en 2012), celles n'ayant reçu aucune instruction (76,8 % contre 66,8 %) et celles vivant en zone rurale (73,2 % contre 62,8 %). La situation s'est améliorée dans les régions du Centre (85,2 % en 2016 contre 60,4 % en 2012), du Nord-Ouest (71,5 % en 2016 contre 53,5 % en 2012), de l'Ouest (79 % contre 53,1 %) et du Sud-Ouest (88,2 % contre 68,6 %). En revanche, elle s'est légèrement dégradée dans les régions du Nord et du Nord-Est pour des raisons qu'il reste à déterminer.



### Femmes ayant reçu des soins postnatals dans les deux premiers jours suivant la naissance en fonction du lieu de résidence et du niveau de richesse du ménage (%)

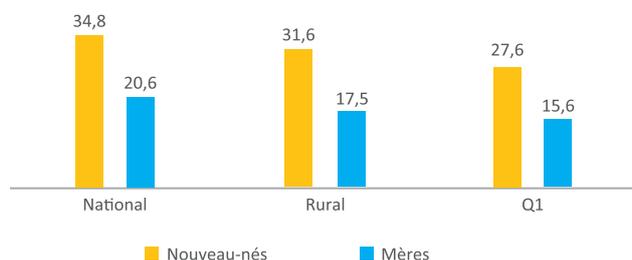


Source : EDS-III, MICS-5

En ce qui concerne les soins postnatals pour les nouveau-nés, des progrès encore plus importants ont été réalisés, la proportion de nouveau-nés ayant bénéficié d'un examen de santé postnatal dans les deux jours suivant la naissance étant passée de 33,7 % en 2012 à 83,1 % en 2016. Des disparités persistent cependant entre les nouveau-nés issus des milieux ruraux (77,6 %) et urbains (91,4 %), entre ceux dont la mère n'a pas reçu d'instruction (80,4 %) et celles ayant été au moins jusqu'au secondaire (90,7 %) et entre ceux des ménages les plus pauvres (70,7 %) et ceux des ménages les plus riches (92 %)<sup>141</sup>. La situation s'est améliorée dans l'ensemble des régions sanitaires, mais deux d'entre elles affichent encore des taux inférieurs à 75 % : le Nord-Est (66,2 %) et le Nord-Ouest (73,2 %).

En revanche, la proportion de mères et de nouveau-nés ayant eu une visite d'examen de santé postnatal (EPN)<sup>142</sup> afin de vérifier leur état de santé au-delà des deux jours suivant la naissance et de fournir des conseils et des services de médecine préventive est toujours particulièrement faible, puisque seuls 34,8 % des nouveau-nés et 20,6 % des mères ont en bénéficié (MICS-5), parmi lesquels 31,6 % des nouveau-nés et 17,5 % des mères vivant en zone rurale. Les taux d'accès aux visites d'EPN sont les plus bas pour les nouveau-nés (27,6 %) et les mères (15,6 %) des ménages les plus pauvres et ceux des régions du Nord (nouveau-nés : 13,7 % ; mère : 7,4 %). Cette situation résulte des barrières limitant l'accès des femmes aux soins de santé déjà décrites pour les CPN (voir ci-dessus), mais aussi d'insuffisances dans le suivi effectué par les agents de santé communautaires et les activités de stratégies avancées des centres de santé.

### Proportion de mères et de nouveau-nés ayant eu une visite d'examen de santé postnatal après les deux jours suivant la naissance (%)



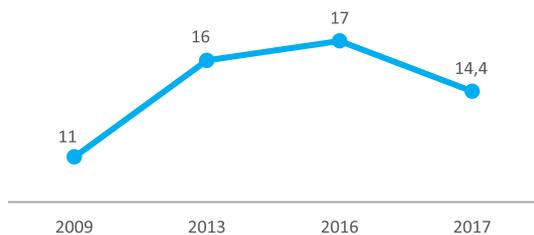
Source : MICS-5

#### 1.1.2.7 Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance

##### Infections respiratoires aiguës

Selon les dernières estimations du Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant (MCEE) en 2017, le pourcentage de décès liés aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans était de 14,4 %, contre 17 % en 2016, 16 % en 2013 et 11 % en 2009. Les données de routine indiquent que le taux d'incidence des IRA chez les enfants de moins de 5 ans était de 187,3 ‰ en 2017, avec un maximum dans les régions sanitaires d'Abidjan 2 (260,5 ‰), du Tonkpi (251,3 ‰) et du Bélier (235,3 ‰) et un minimum dans le Worodougou-Béré (89,5 ‰), le Hambol (94,5 ‰) et le Kabadougou-Bafing-Folon (132,3 ‰)<sup>143</sup>.

### Pourcentage de décès infanto-juvéniles liés aux IRA



Source : MCEE 2019.

Les facteurs contribuant à la persistance d'un taux de décès élevé du fait des IRA sont multiples et difficiles à déterminer avec précision. Les enfants dont le système immunitaire est affaibli par des infections comme le VIH ou la rougeole, par la malnutrition, notamment les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas exclusivement allaités, et ceux qui vivent dans un environnement où l'air est pollué par l'utilisation de combustibles solides comme le bois et le charbon de bois pour cuisiner courent un risque important de contracter des IRA<sup>144</sup>.

S'agissant de la prévention des IRA, la MICS-5 montre que le taux de couverture en DTC-HepB-Hib3 ou Penta 3 des enfants de 12-23 mois a peu progressé entre 2012 (63,8 %) et 2016 (67,9 %) et que seuls 48,8 % des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses de PCV-13 introduit en 2014 dans le calendrier de routine afin de renforcer l'immunisation contre les infections à pneumocoque. Pour les deux vaccins, les taux de couverture sont les plus bas lorsque l'enfant est issu des ménages les plus pauvres (Penta 3 : 55,6 % ; PCV-13-3 : 42 %), sa mère n'a pas reçu d'instruction (Penta 3 : 60,2 % ; PCV-13-3 : 41,7 %) ou lorsqu'il réside dans les régions du Nord (Penta 3 : 51,7 % ; PCV-13-3 : 28,4 %), du Nord-Ouest (Penta 3 : 52,1 % ; PCV-13-3 : 34,7 %) ou de l'Ouest (Penta 3 : 60,2 % ; PCV-13-3 : 38,1 %).

L'enquête sur l'équité dans l'accès aux soins de santé montre que les principales raisons de la non-vaccination ou d'un taux d'abandon important<sup>145</sup> se situent du côté de la demande et tiennent à la négligence des parents (42 %), à leur ignorance du calendrier vaccinal (19 %), à l'absence de temps pour venir jusqu'au centre en raison des occupations de la mère (13 %) et aux effets secondaires (réels ou allégués) des vaccins comme la fièvre ou les éruptions cutanées (5 %)<sup>146</sup>.

À ces raisons s'ajoutent des obstacles en matière de coûts : bien que la vaccination des enfants de moins de 5 ans soit en théorie gratuite pour les vaccins du PEV, 28 % des mères enquêtées – 39 % dans le district sanitaire de Soubré, Korhogo – affirment qu'on leur a demandé de l'argent pour vacciner leur enfant, pour un montant variant entre 100 FCFA et 1 000 FCFA. Ces coûts de services et autres frais annexes peuvent dissuader les parents qui vivent dans les régions les plus reculées et disposent de peu de ressources de faire vacciner leur enfant et contribuent également au taux élevé d'abandon<sup>147</sup>. Enfin, on observe dans certaines communautés un refus ou une réticence à faire vacciner les enfants pour des raisons de croyances<sup>148</sup>, de normes sociales<sup>149</sup> ou du fait de rumeurs diverses<sup>150</sup>.

Depuis 2015, des efforts ont été entrepris par le gouvernement et les partenaires pour développer un Plan pluriannuel (PPA) pour la vaccination (2016-2020), prévenir toute rupture de stocks de vaccins au niveau central et atteindre davantage d'enfants dans les zones reculées<sup>151</sup>. Les données de routine font état d'une amélioration importante de la couverture vaccinale des enfants de moins de 5 ans. En 2017, les taux de couverture des enfants de moins de 5 ans en Penta 3 et PCV-13 se situaient respectivement à 97,6 % et 96 %. Pour les deux vaccins, les taux de couverture les plus faibles se concentrent dans les districts sanitaires de Toulepleu (70,8 % pour le Penta 3 ; 70 % pour le PCV-13-3) dans le Cavally-Guémon, de Didiévi (75,9 % pour le Penta 3 ; 77 % pour le PCV-13-3) dans le N'Zi-Ifo et de Treichville-Marcory dans la région sanitaire d'Abidjan 2 (80,3 % pour le Penta 3 ; 79,9 % pour le PCV-13-3)<sup>152</sup>. Il est à noter toutefois que les estimations de la couverture vaccinale réalisées par l'OMS et l'UNICEF sont inférieures d'environ 18 points pour le PCV-13-3 (81 %) et de 14 points de pourcentage pour le taux du Penta 3 (82 %)<sup>153</sup>.

En ce qui concerne le traitement des cas de pneumonie par antibiotique, la MICS-5 indique que très peu de progrès ont été réalisés entre 2012 et 2016, avec seulement 30,5 % des enfants avec des symptômes d'IRA dans les deux semaines précédant l'enquête traités avec des antibiotiques en 2016, contre 28,9 % en 2012. L'enquête SARA a mis en évidence des lacunes importantes en matière de formation du personnel et de présence des directives PCIME<sup>154</sup>, mais elle n'a pas signalé l'existence de rupture de stock d'amoxicilline<sup>155</sup> et il semble que les barrières à l'accès aux soins des enfants atteints de pneumonie se situent principalement du côté de la demande.

Selon la MICS-5, lorsque des enfants de moins de 5 ans ont des symptômes d'IRA, des conseils ou un traitement dans les établissements de santé ou auprès de prestataires de santé ne sont recherchés que dans 44 % des cas.



Même si ce taux est en augmentation par rapport à 2012 (38,2 %), il reste faible, en particulier pour les filles (39,4 % contre 47,3 % si l'enfant est un garçon) et les enfants vivant en zone rurale (40,8 % contre 49,4 % en zone urbaine)<sup>156</sup>.

Cette situation s'explique par plusieurs facteurs : en premier lieu, il apparaît que dans 12 % des cas, des conseils et un traitement ont été recherchés auprès d'autres sources comme les tradipraticiens. Par ailleurs, il apparaît que seules 16,8 % des mères ou des personnes qui gardent les enfants connaissent au moins deux signes d'alerte de la pneumonie, cette proportion étant encore plus faible en milieu rural (13,3 %), parmi les mères des ménages les plus pauvres (13,6 %) et dans les régions du Nord-Est (6,9 %) et du Sud-Ouest (8,9 %). Au niveau national, seules 13,8 % des mères ou des gardiennes pensent qu'un enfant devrait être amené immédiatement dans un établissement de santé s'il a des difficultés respiratoires.

### Diarrhée

Selon les dernières estimations du MCEE, en 2017, le pourcentage de décès liés aux maladies diarrhéiques chez les enfants de moins de 5 ans était de 9,9 %, contre 9 % en 2016, 10 % en 2013 et 7 % en 2009. Selon la MICS, la prévalence de la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans a peu diminué entre 2012 et 2016, passant de 17,9 % à 15,2 %.

#### Pourcentage de décès infanto-juvéniles liés à la diarrhée



Source : MCEE 2019.

Comme pour les IRA, l'absence de progrès tient à une multitude de facteurs, parmi lesquels la persistance de pratiques d'alimentation inadaptées, comme le non-respect de l'allaitement exclusif<sup>157</sup>, la forte prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans<sup>158</sup> qui affaiblit leur système immunitaire et forme un cercle vicieux avec les maladies diarrhéiques, et un accès limité à l'hygiène, à l'eau potable et à un assainissement amélioré<sup>159</sup>. La situation nutritionnelle des enfants et leur niveau d'accès à l'eau potable, à l'hygiène et l'assainissement sont abordés plus longuement dans le sous-chapitre consacré au droit à la nutrition et le chapitre « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre ».

La MICS-5 a mis en évidence le très faible taux de couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois contre la diarrhée : au niveau national, ce taux n'est que de 16,3 % pour les trois doses, avec des taux inférieurs à 5 % dans le Centre, le Nord et le Nord-Ouest. Toutefois, le rotareq n'a été introduit dans le PEV qu'en 2016 et les dernières données disponibles indiquent que le taux de couverture des enfants de moins de 5 ans se situait à 54 % en 2017<sup>160</sup>. Ce taux reste très en deçà des cibles retenues par le Plan pluriannuel complet du PEV 2016-2010 pour 2017 (70 %) et 2018 (80 %). Compte tenu de sa récente introduction dans le PEV, les causes sous-jacentes de la faible couverture vaccinale en rotavirus n'ont pas fait l'objet d'une étude spécifique, mais elles sont probablement identiques aux barrières identifiées pour l'extension de la couverture vaccinale des enfants contre les IRA (voir plus haut).

En ce qui concerne le traitement des enfants ayant la diarrhée, il existe plusieurs goulots d'étranglement : alors que l'OMS et l'UNICEF recommandent que les enfants atteints de diarrhée reçoivent des sels de réhydratation orale (SRO) et du zinc afin de réduire la durée de l'infection et favoriser la récupération, seuls 16,5 % des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée ont reçu des SRO et 5,6 % une combinaison de SRO et de zinc.

Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, parmi lesquels : i) des ruptures de stocks, car en 2016, l'enquête SARA a montré que le zinc n'était disponible que dans 32 % des établissements offrant des services préventifs et curatifs pour l'enfant avec des taux extrêmement bas dans le Tonkpi (8 %), le Gôh (9 %) et le Bélier (16 %). Selon l'enquête SARA, les SRO étaient disponibles dans 75 % des établissements, mais plusieurs régions sanitaires affichaient des taux beaucoup plus bas comme Worodougou-Béré (disponibilité : 52 %), l'Indénié-Djuablin (53 %) ou le Haut-Sassandra (59 %) ; ii) le manque de formation du personnel des établissements de santé et de disponibilité des directives en PCIME : selon l'enquête SARA, au niveau national, seuls 42 % du personnel

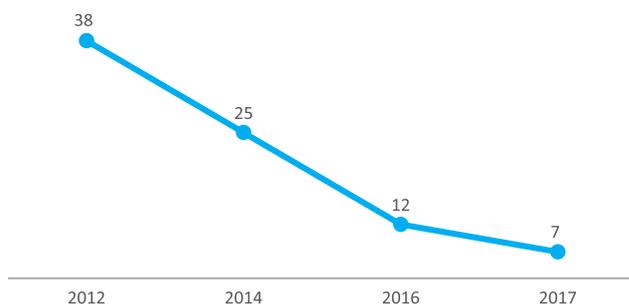
des établissements de santé offrant des services préventifs et curatifs de l'enfant sont formés à la PCIME ; iii) le recours pour traiter la diarrhée à des liquides maison recommandés (comme la bouillie de mil/riz, la feuille de goyave, l'eau sucrée et salée) dans 25,7 % des cas ; et iv) le niveau particulièrement faible de recherche de conseils et de traitement lorsque l'enfant a la diarrhée.

En effet, même si les mères et les gardiennes d'enfants ont une meilleure appréciation de la gravité des maladies diarrhéiques que des IRA<sup>161</sup>, des conseils ou un traitement dans les établissements de santé ou auprès de prestataires de santé ne sont recherchés que dans 32,2 % des cas de diarrhée, contre 44 % en cas de symptômes d'IRA. Si l'on tient compte des 15,4 % des cas où des conseils et un traitement sont recherchés auprès d'autres sources, comme les tradipraticiens, on peut considérer que 52,4 % des enfants de moins de 5 ans ne bénéficient d'aucun conseil ni traitement lorsqu'ils ont la diarrhée. La probabilité de rechercher des conseils et traitements auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé en cas de diarrhée varie assez peu en fonction du niveau de richesse (Q1 : 30,8 % ; Q5 : 34,7 %), du sexe de l'enfant (garçon : 31,9 % ; fille : 32,6 %) ou entre milieu rural (33 %) et urbain (30,9 %). On constate en revanche de fortes disparités entre les régions avec un taux minimal dans le Centre-Ouest (24,9 %), le Nord-Ouest (25,5 %) et le Nord-Est (25,9 %), et maximal dans l'Ouest (46,4 %).

### Paludisme

Selon les dernières estimations du Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant (MCEE 2019), le pourcentage de décès liés au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 38 % en 2012 à 25 % en 2014, 12 % en 2016 et 7 % en 2017, avec plus de 3000 morts par an. Cependant, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans reste élevée : 281,8 ‰ en 2017 (RASS 2017).

#### Pourcentage de décès infanto-juvéniles liés au paludisme



Source : MECC 2019.

Selon les estimations de l'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI), les tests de diagnostic rapide (TDR) et ceux de gouttes épaisses montrent que les enfants des ménages les plus pauvres et ceux vivant en zone rurale et dans les régions de l'Ouest (TDR positif : 78,2 % ; test de gouttes épaisses positif : 60,2 %), du Sud-Ouest (TDR : 58,3 % ; gouttes épaisses : 62,8 %), du Centre-Ouest (TDR : 70 % ; gouttes épaisses : 46 %) du Nord-Ouest (TDR : 57,1 % ; gouttes épaisses : 48,8 %), du Nord-Est (TDR : 58,5 % ; gouttes épaisses : 46 %) et du Centre-Est (TDR : 45,4 % ; gouttes épaisses : 43 %) sont les plus à risque de contracter le paludisme. À l'inverse, les enfants vivant à Abidjan ont un taux de prévalence extrêmement bas (TDR : 1 % ; gouttes épaisses : 3 %) <sup>162</sup>. Les données de routine pour l'année 2017 confirment que l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans reste élevée, avec un taux de 281,8 ‰ en 2017. Les régions sanitaires les plus affectées sont en revanche différentes de celles identifiées par la MICS-5 puisqu'arrivent en tête le Gbêké (373 ‰) dans le Centre-Nord et l'Agnéby-Tiassa-Mé (352,4 ‰) et le Sud-Comoé (350,9 ‰) dans le Sud <sup>163</sup>.

La réduction observée ces dernières années du nombre de décès dus au paludisme parmi les enfants de moins de 5 ans s'explique par les efforts entrepris conjointement par le Plan national de lutte contre le paludisme (PNLP-CI) et les partenaires (notamment à travers le Partenariat RBM <sup>164</sup>) pour renforcer les stratégies de prévention.

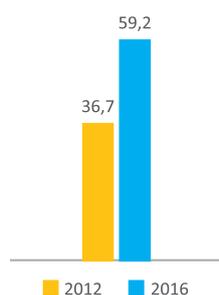
La proportion d'enfants ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) est ainsi passée de 36,7 % en 2012 à 59,2 % en 2016. Selon les données de la MICS-5, on trouve proportionnellement le plus d'enfants dormant sous MILDA dans les foyers les plus pauvres (71,4 %) et les zones rurales (69,8 %). Il n'existe pas de différence basée sur le genre, mais de fortes disparités entre régions, la proportion d'enfants dormant sous MILDA n'étant que de 27,6 % à Abidjan, 45,8 % dans le Nord-Est, 51,2 % dans le Nord et 60,4 % dans le Nord-Ouest, contre 71 % dans le Sud-Ouest et le Sud et 74,9 % dans le Centre-Ouest.





Il existe plusieurs barrières à la généralisation de la stratégie de prévention du paludisme par la MILDA. Du côté de l'offre de moustiquaires imprégnées, la gratuité dans la distribution des MILDA lors des consultations de routine pour les enfants de moins d'un an semble effective et l'enquête SARA n'a pas mis en évidence de rupture de stock importante, le taux de disponibilité dans les services de lutte contre le paludisme (ces centres sont présents dans 99 % des établissements de santé) étant de 78 %. Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de corrélation entre la disponibilité des moustiquaires imprégnées et la proportion d'enfants dormant sous MILDA : en effet, dans les régions sanitaires où la proportion d'enfants dormant sous MILDA est la plus faible, le taux de disponibilité est soit proche de la moyenne (Abidjan 1 : 75 % ; Abidjan 2 : 77 %), soit supérieur à celle-ci de 6 points (Bounkani-Gontougo et Poro-Tchologo-Bagoué : 84 %).

### Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous MILDA (%)

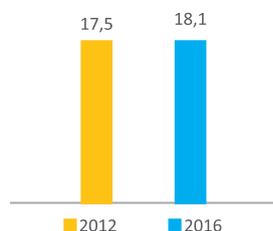


Source : EDS-III, MICS-5

Du côté de la demande, plusieurs obstacles à l'utilisation de la MILDA ont été identifiés. Si au niveau national, l'usage des MILDA progresse dans les ménages<sup>165</sup>, leur inconfort (50 % des enquêtés), les doutes quant à leur efficacité (46 %), leur odeur (plus d'un tiers des enquêtés) et les difficultés rencontrées pour les entretenir et les réparer sont souvent mis en avant pour justifier leur non-utilisation<sup>166</sup>. L'enquête CAP (2017) a montré que le manque de connaissance au sujet du paludisme dans une partie de la population constituait également un obstacle à l'utilisation des MILDA : 15 % environ des personnes interrogées ne croient pas que les moustiques soient la cause principale du paludisme et 20 % d'entre elles ne pensent pas que le moyen d'éviter le paludisme soit de dormir sous une moustiquaire<sup>167</sup>.

Depuis 2005, la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide (PID) constitue l'une des stratégies prioritaires en matière de prévention du paludisme retenue par la Côte d'Ivoire dans ses plans stratégiques successifs. Mais sa mise en œuvre, dans le cadre du programme national de lutte contre le paludisme, n'est effective que depuis 2019.

### Proportion d'enfants ayant le paludisme et traités avec des antipaludéens (%)



Source : EDS-III, MICS-5.

En ce qui concerne l'accès des enfants à des traitements antipaludéens, les dernières données de la MICS indiquent que très peu de progrès ont été réalisés. Le pourcentage d'enfants qui ont eu de la fièvre dans les deux semaines précédant l'enquête et qui ont reçu un antipaludéen n'était que de 18,1 % en 2016, soit à peine 0,6 point de plus qu'en 2012. Parmi ces enfants, 64,1 % seulement ont bénéficié d'un traitement avec combinaison d'artémisinine (CTA) conformément aux recommandations de l'OMS en cas de paludisme sans complications causé par *P. falciparum*<sup>168</sup>. Les filles (19 %), les enfants des ménages riches (Q4 : 23,4 %), ceux vivant en milieu urbain (20,4 %) ou dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (24,4 %) ont davantage accès à ces traitements que les garçons (17,1 %), ceux qui vivent en milieu rural (16,6 %), les enfants des ménages les plus pauvres (13,8 %) et ceux dont la mère

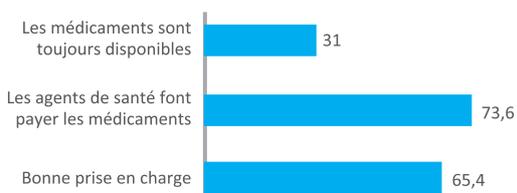
n'a aucune instruction (16,3 %). Les enfants vivant dans la région du Centre-Est et à Abidjan (21,7 %) ont davantage de chance de recevoir ce type de traitement que ceux vivant dans le Nord-Ouest (12,1 %) et le Nord-Est (13,7 %).

Les obstacles au traitement des enfants par antipaludéens ne semblent pas se situer du côté de l'offre. En effet, l'enquête SARA indique que le pourcentage de disponibilité des éléments traceurs pour les services de lutte contre le paludisme est de 77 %, avec une capacité de diagnostic de 90 %, 78 % des agents formés au diagnostic et au traitement du paludisme et des médicaments antipaludéens disponibles dans 87 % des établissements. Les goulots d'étranglement se situent plutôt au niveau du comportement des ménages lorsque l'enfant a de la fièvre et des pratiques des agents de santé concernant la facturation des médicaments antipaludéens. Selon les dernières données de la MICS, la proportion d'enfants ayant eu de la fièvre et pour lesquels des conseils ou traitements ont été recherchés a certes progressé de 33,8 % en 2012 à 45,2 % en 2016, mais elle reste trop faible, en particulier parmi les enfants des familles les plus pauvres (35,4 %), ceux vivant en milieu rural (41,2 %) et ceux qui vivent dans les régions du Nord-Ouest (37,4 %), du Centre-Nord (38,6 %) et du Centre-Ouest (40,4 %).

L'enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme montre que seuls 83,1 % des hommes, 78,7 % des femmes et 74,4 % des habitants des zones rurales savent que la fièvre est un symptôme du paludisme. Par ailleurs, seuls 50,4 % des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête perçoivent la gravité du paludisme et seules 62,5 % considèrent comme une norme communautaire le fait d'emmener un enfant ayant de la fièvre dans un établissement de santé, dans un délai de 24 heures et en premier recours<sup>169</sup>.

Un second obstacle à l'accès au traitement se situe au niveau des pratiques des agents de santé. L'enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme montre que seules 65,4 % des personnes interrogées considèrent qu'elles sont bien prises en charge par les agents de santé lorsqu'elles cherchent des soins contre la fièvre. De façon plus préoccupante, alors que depuis 2012, le gouvernement a décidé de rendre gratuits les traitements de tous les cas de paludisme diagnostiqués dans les centres de santé, 73,6 % des personnes interrogées affirment que les agents de santé leur font payer les médicaments. Il semble, en effet, que certains agents de santé prétextent des ruptures de stocks de médicaments antipaludéens pour prescrire aux enfants des traitements payants. Ce phénomène expliquerait que seules 31 % des personnes interrogées perçoivent que les médicaments sont toujours disponibles au centre de santé, alors qu'aucune rupture importante de stock d'antipaludéens n'avait été rapportée par l'enquête SARA.

### Opinions sur la prise en charge de la fièvre dans les CDS (%)



Source : USAID, Breakthrough Action (2018).

### VIH pédiatrique

Au cours des dernières années, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne la réduction des nouvelles infections au VIH/sida des enfants de moins de 5 ans. Grâce au dépistage accru lors des CPN et au renforcement des services offrant la PTME<sup>170</sup>, la proportion d'enfants nés de mères séropositives dépistés séropositifs à la naissance a été ramenée de 3,7 % en 2016 à 2,9 % en 2017<sup>171</sup> et le nombre d'enfants de moins de 5 ans vivant avec le VIH est passé de 14 000 en 2014 à 8 900 en 2018<sup>172</sup>.

Par ailleurs, la proportion d'enfants nés de mères séropositives ayant bénéficié d'un test dans les deux mois suivant leur naissance est passée de 28 % en 2015 à 56,3 % en 2017<sup>173</sup>. Enfin, la proportion de structures sanitaires offrant une prise en charge du VIH pédiatrique (PECP) a continué d'augmenter de 83 % en 2017 à 85 % en 2018<sup>174</sup>.

Malgré ces progrès, le VIH/sida reste la cause de 4,6 % des décès des enfants âgés de 1 à 59 mois et on estime que chaque année, sur 20 000 enfants âgés de 0 à 9 ans qui vivent avec le VIH, 9 % décèdent en raison de l'infection<sup>175</sup>.

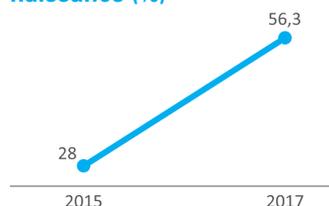
La persistance d'un nombre élevé de cas de VIH pédiatrique et de décès d'enfants si jeunes s'explique tout d'abord par une capacité de détection et de recherche encore insuffisante des cas non couverts par la PTME<sup>176</sup> : même si la proportion d'enfants âgés de moins d'un an et nés de mère vivant avec le VIH ayant pu bénéficier d'un test





virologique dans les deux mois suivant leur naissance a doublé entre 2015 et 2018, plus de 40 % d'entre eux n'y ont toujours pas accès<sup>177</sup>. Plus généralement, on constate que le dépistage aux différentes portes d'entrée que sont les consultations générales, les services d'hospitalisation, les centres de prise en charge de la tuberculose, les services de nutrition et les centres sociaux chargés notamment des enfants vulnérables reste insuffisamment développé.

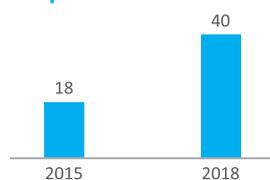
### Proportion d'enfants nés de mères VIH+ ayant bénéficié d'un test dans les deux mois suivant leur naissance (%)



Source : Unicef, Base de données mondiale VIH, 2019.

Un autre goulot d'étranglement se situe au niveau de la proportion encore trop faible d'enfants détectés qui ont accès à un traitement ARV : bien que le taux de couverture progresse fortement depuis cinq ans, la proportion d'enfants âgés de 0-14 ans vivant avec le VIH et ayant reçu des ARV n'était encore que de 40 % en 2018<sup>178</sup>.

### Proportion d'enfants de moins de 15 ans dépistés VIH+ et recevant des ARV (%)



Source : UNICEF, Base de données mondiale VIH, 2019.

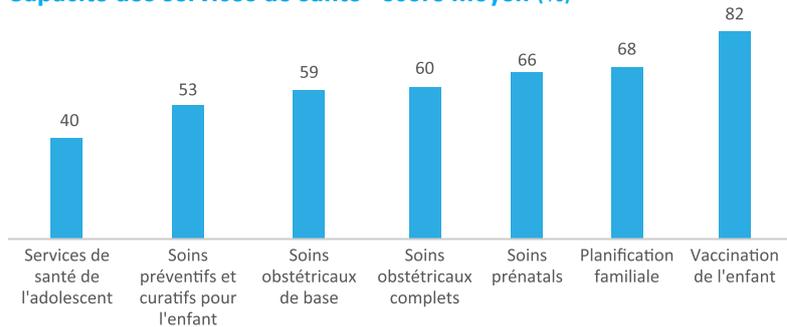
Cette situation tient à : a) la réduction, depuis 2017, du nombre de structures offrant une prise en charge en ARV alors même que la file active ARV chez les enfants augmente<sup>179</sup>; et à b) un taux encore élevé d'abandon des traitements qui s'explique par (i) des intolérances diverses aux médicaments prescrits (cachets trop gros à avaler, goût du sirop de névirapine, dose trop importante par rapport au poids de l'enfant), (ii) des ruptures de stock en ARV au niveau des districts, consécutives à des négligences dans la planification et les commandes<sup>180</sup>, (iii) le fait que trop peu de mères bénéficient de conseils et de suivi de la part des agents de santé communautaires, (iv) le fait qu'un grand nombre d'enfants ne sont pas élevés par leurs parents biologiques<sup>181</sup> et (v) la facturation de frais additionnels (comme les vaccins hors PEV) par les agents de santé<sup>182</sup>.

#### 1.1.3 Déterminants structurels et environnement favorable

Depuis la fin de la crise politico-militaire, le gouvernement a, avec l'appui des PTF, engagé des réformes et réalisé des investissements importants dans le secteur de la santé qui ont permis d'améliorer l'accès aux soins. Entre 2013 et 2017, les taux de fréquentation et d'utilisation des infrastructures sanitaires sont ainsi passés respectivement de 31,3 % à 52,7 % et de 27,5 % à 47,7 %, et le nombre d'établissements de santé de premier contact (ESPC) a augmenté de 1 753 à 2 252. Par ailleurs, la proportion de la population vivant à moins de 5 km d'un établissement de santé a progressé de 42 % en 2012 à 67 % en 2017.

Cependant, de fortes disparités demeurent et la qualité des services reste faible<sup>183</sup> : en 2017, 9,6 % de la population vivait toujours à plus de 15 km d'un établissement de santé, un district sanitaire sur cinq ne disposait pas de bloc opératoire, un district sanitaire sur quatre n'avait pas de service de radiologie, 3,6 % des districts sanitaires n'avaient pas de dépôt de sang et l'on comptait, en moyenne, une ambulance pour quatre établissements sanitaires<sup>184</sup>. De plus, la capacité opérationnelle moyenne des services n'était que de 40 % en matière de santé des adolescents, de 53 % pour la santé infantile, de 59 % pour les soins obstétricaux de base et de 60 % pour les soins obstétricaux complets<sup>185</sup>. Comme le soulignent le Plan national de développement sanitaire 2016-2020 et le Dossier d'investissement 2020-2023 présenté en 2019 par le gouvernement, une augmentation substantielle des ressources mobilisables en faveur de la santé et la poursuite des réformes sectorielles sont nécessaires pour pouvoir progresser rapidement vers la réalisation d'une couverture sanitaire universelle.

### Capacité des services de santé - score moyen (%)



Source : SARA, 2016.

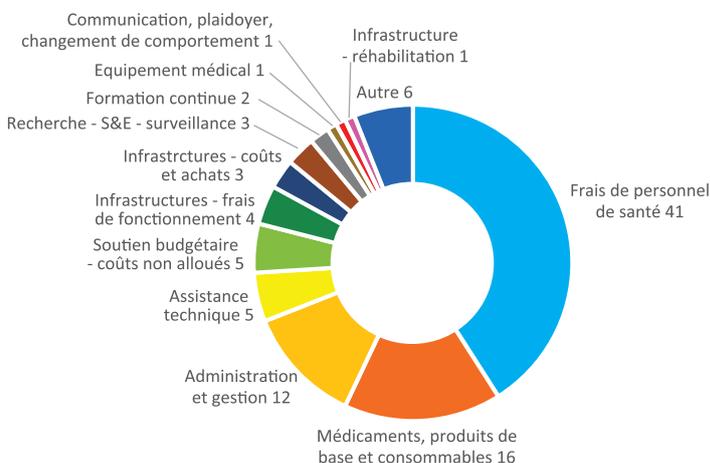
#### 1.1.3.1 Contraintes de financement

Bien qu'elles soient restées constantes par rapport au PIB (autour de 1 %), les dépenses publiques dans le secteur de la santé ont augmenté entre 2011 et 2018 du fait de la forte croissance économique<sup>186</sup>. Toutefois, ces dépenses n'ont jamais représenté plus de 6 % du budget de l'État<sup>187</sup>, soit un niveau très en deçà de la cible de 15 % retenue par les chefs d'États africains en 2001 à Abuja et fixée par le Plan national de développement sanitaire (2016-2020) pour pouvoir disposer d'un système de santé offrant à l'ensemble de la population des soins de qualité. Ce taux est aussi inférieur à celui observé dans les autres pays d'Afrique subsaharienne (7 %) et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (8,16 %).

Le faible niveau de dépenses publiques dans le secteur de la santé a des conséquences négatives sur la couverture et la capacité opérationnelle des centres de santé publics et explique que la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes reste sous-financée<sup>188</sup>. Il conduit également à laisser une part excessive des dépenses totales de santé à la charge des ménages : en 2016, 48 % des dépenses totales de santé ont été financées directement par les ménages contre 26 % par l'État<sup>189</sup> et 47 % des dépenses de santé des ménages ont été consacrées aux dépenses de pharmacie, que ce soit pour acheter des médicaments non pris en charge par le système de gratuité (cas des médicaments contre les maladies non transmissibles) ou pour se procurer des médicaments censés être délivrés gratuitement mais non disponibles au niveau des prestataires publics. Compte tenu de la proportion encore très limitée de la population couverte par une assurance maladie<sup>190</sup>, la part élevée des dépenses de santé à la charge des particuliers crée un risque important d'enlèvement plus profond dans la pauvreté, en particulier pour les ménages les plus vulnérables<sup>191</sup>.

Au-delà du niveau insuffisant de dépenses publiques, le système de santé souffre également d'une mauvaise allocation des ressources. Plus de 40 % du budget du ministère de la Santé est ainsi consacré au paiement des salaires du personnel et 12 % au financement de l'administration contre seulement 8 % aux investissements.

#### Répartition des dépenses du ministère de la Santé par catégorie de coûts - 2016-2018 (%)

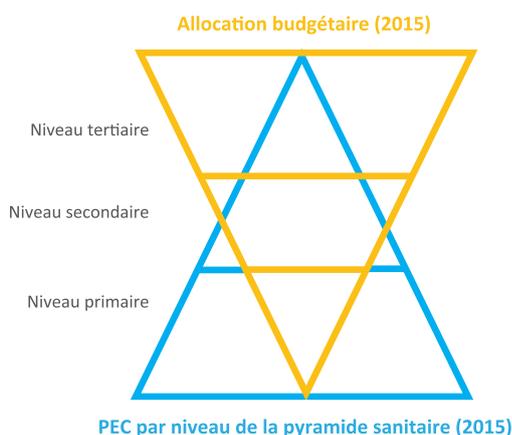


Source : Dialogue national sur le financement de la santé 2019.



Par ailleurs, le niveau primaire de la pyramide sanitaire, qui assure la prise en charge de 75 % des maladies, ne reçoit que 29 % des crédits de fonctionnement hors salaire du ministère de la Santé contre 47 % pour le niveau tertiaire (CHU et instituts spécialisés) où pourtant seules 2 % des maladies sont prises en charge<sup>192</sup>.

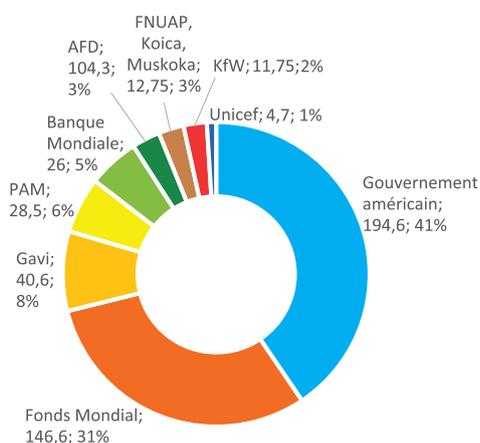
### Répartition des dépenses de fonctionnement hors salaire du ministère de la Santé et proportion de prise en charge des maladies par niveaux de la pyramide sanitaire



Source : Investir dans les soins de santé primaires, UNICEF, 2017.

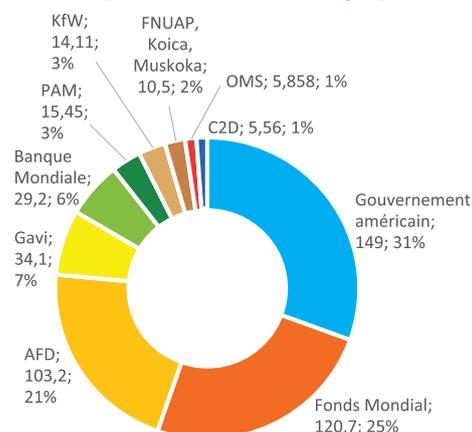
À ces contraintes s'ajoute un niveau élevé de dépendance du système de santé à l'égard des financements extérieurs, en particulier pour la prise en charge des maladies infectieuses. Plus des deux tiers des financements externes servent, en effet, à alimenter des programmes verticaux de lutte contre le VIH/sida et les IST (46 % des dépenses totales), le paludisme (25 %), les autres maladies infectieuses (3 %) et la tuberculose (2 %)<sup>193</sup>. Or, le montant des financements externes varie fortement selon les années et reste difficile à anticiper, ce qui contribue à fragiliser la viabilité des investissements réalisés pour la prise en charge de certaines maladies<sup>194</sup>. En septembre 2019, les financements octroyés par le Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique pour la lutte contre le VIH/sida (PEPFAR) ont ainsi diminué de 40 %, avec pour conséquence un retrait du programme de 40 districts et un moindre suivi des PVVIH dans les zones concernées. À partir de 2022, la Côte d'Ivoire risque d'être confrontée à une accélération de la réduction des financements de l'Alliance globale pour les vaccins et l'immunisation (GAVI). Selon une étude sur l'impact des transitions en matière d'éligibilité aux fonds et programmes d'aide internationaux, cette réduction pourrait avoir un impact financier équivalent à 10 % du montant total des dépenses publiques réalisées en 2015 en matière de santé<sup>195</sup>. Afin d'éviter de mettre en péril la viabilité de la réponse vaccinale, le gouvernement va donc devoir accroître de manière substantielle son niveau de contribution au programme de vaccination dans les années à venir<sup>196</sup>.

### Contribution des principaux bailleurs internationaux au secteur de la santé 2016-2018 (en milliards de FCFA; %)



Source : Cartographie des financements, Dialogue national sur le financement de la santé 2019.

### Financements annoncés par les bailleurs au secteur de la santé 2019-2020 (en milliards de FCFA; %)



La mise en œuvre progressive de la CMU – dont la réussite est en partie conditionnée à l'amélioration rapide de la couverture et de la qualité de l'offre de soins de santé primaires – pourrait créer une dynamique favorable à une hausse des dépenses publiques en matière de santé. À l'occasion du dialogue national sur le financement de la santé organisé en avril 2019, le gouvernement a pris des engagements dans ce sens parmi lesquels celui d'augmenter le budget de la santé de 15 % par an, d'accroître la part du budget de la santé dans celui de l'État et d'allouer en priorité des crédits aux infrastructures et aux soins de santé primaires<sup>197</sup>. Ces engagements pourraient être financés par : (i) une rationalisation des dépenses via une réorientation des crédits de la santé tertiaire vers la santé primaire, une meilleure programmation et une meilleure gestion des dotations de financement ; et (ii) une augmentation des prélèvements fiscaux et parafiscaux, la Côte d'Ivoire ayant encore un niveau de pression fiscale inférieur (16,2 % du PIB en 2018) à la norme fixée dans ce domaine par l'UEMOA.

Au-delà de la hausse nécessaire des dépenses publiques et d'une contribution accrue des bailleurs traditionnels, de nouvelles ressources devront également être mobilisées : en effet, comme le montre le Dossier d'investissement pour la santé présenté en 2019 par le gouvernement, les besoins de financement non couverts par l'État et les bailleurs s'élèvent pour les années 2020-2023 à 1 059 milliards de FCFA (1,8 milliard d'USD) sur un budget total de 1 413 milliards de FCFA (environ 2,4 milliards d'USD). Le recours à des mécanismes de financements innovants comme l'extension des partenariats publics-privés ou la mobilisation de l'épargne des communautés ivoiriennes résidant à l'étranger pourrait ainsi être envisagé<sup>198</sup>. La mobilisation de ces nouvelles ressources devrait être facilitée par l'adhésion récente de la Côte d'Ivoire au Mécanisme de financement mondial (MFM)<sup>199</sup>, la définition en commun avec l'ensemble des parties prenantes du secteur de sept priorités<sup>200</sup> et la mise en place d'une Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS)<sup>201</sup>.

### 1.1.3.2 Planification stratégique et gestion du secteur

#### Coordination

En 2016, le gouvernement a adopté un Plan national de développement sanitaire (PNDS) dont l'un des axes stratégiques consiste à renforcer, à tous les niveaux, la coordination de l'ensemble des parties prenantes (ministères, entités décentralisées, PTF, ONG, secteur privé, communauté, praticiens) et à veiller à l'alignement de leurs interventions sur les priorités sectorielles nationales. À cet effet, le PNDS a créé un comité interministériel de pilotage (CIP) placé sous l'autorité du Premier ministre<sup>202</sup>, un Comité national de suivi de la mise en œuvre du PNDS dont le secrétariat est assuré par la Direction générale de la santé assistée de celle en charge de la planification et des comités régionaux présidés par les préfets. En pratique cependant, ces différentes structures se réunissent rarement. La coordination se fait principalement à un niveau technique par l'intermédiaire du Groupe sectoriel santé (GSS) – présidé par l'OMS et rassemblant les PTF et les ONG concernés – et ses quatre sous-groupes thématiques (santé mère-enfant, médicaments, financement et urgences sanitaires), à l'exception des questions relatives à la nutrition et au VIH/sida qui sont abordées dans des cadres de coordination spécifiques<sup>203</sup>. Les directions du ministère de la Santé participent aux réunions des sous-groupes thématiques selon les thématiques à aborder.

De façon générale, il apparaît que les efforts faits en matière de coordination restent encore trop limités. Cette situation s'explique par : (i) le leadership relativement faible du MSHP ; (ii) une appropriation insuffisante du PNDS et des documents stratégiques par les autres ministères<sup>204</sup> ; (iii) une planification stratégique insuffisamment robuste pour conduire les PTF à aligner leurs interventions sur les priorités nationales<sup>205</sup>, en raison notamment du manque de moyens et de capacités techniques des directions départementales et régionales et des limites du système national d'information sanitaire (SNIS, voir plus bas) ; et (iv) l'existence d'intérêts et de stratégies divergentes au niveau des PTF et des partenaires de mise en œuvre<sup>206</sup>.

Toutefois, la présentation par le gouvernement en 2019 d'un Dossier d'investissement pour la santé et la création d'une Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS), chargée de réunir l'ensemble des parties prenantes en vue notamment d'assurer le suivi de la mise en œuvre des stratégies définies par le Plan national de développement (PND) et le Plan national de développement sanitaire, pourraient ouvrir la voie à des progrès plus rapides dans ce domaine dans les années qui viennent.

#### Gestion du système

Depuis l'adoption du PNDS, le MSHP a engagé plusieurs réformes qui ont permis de renforcer le niveau primaire de la pyramide sanitaire (agents de santé communautaires, dispensaire isolé, centre de santé) et d'améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services et de soins de santé.



Plusieurs problèmes importants demeurent toutefois, parmi lesquels : (i) l'insuffisante coordination entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire ; (ii) la faiblesse des mécanismes de redevabilité, en particulier en ce qui concerne l'utilisation des ressources et la qualité des prestations fournies ; (iii) la faible capacité de planification et de suivi des directions départementales et régionales et le faible leadership des structures déconcentrées ; (iv) l'insuffisante opérationnalisation des systèmes de maintenance des infrastructures et des équipements au niveau central et déconcentré ; et (v) la faiblesse des organes de gestion des établissements sanitaires et le non-respect des procédures et textes réglementaires en vigueur, souvent faute de connaissance.

Alors que le secteur privé de la santé (établissements de santé, pharmacies, grossistes-répartiteurs, entreprises pharmaceutiques, instituts de formation) a connu, au cours des dernières années, un développement rapide et qu'il est appelé à jouer un rôle clé pour permettre au système de santé de faire face à la hausse de la demande de soins et de médicaments suscitée par la généralisation progressive de la CMU, il reste encore très peu encadré et supervisé par le MSHP et insuffisamment associé aux différentes stratégies visant à améliorer le fonctionnement du système dans son ensemble.

### Système national d'information sanitaire

Au cours des dernières années, la capacité du système national d'information sanitaire (SNIS) à collecter des données de qualité a connu des améliorations importantes : les outils de gestion de l'information ont été actualisés aux différents niveaux de la pyramide sanitaire. De plus, le système intègre désormais les données de l'ensemble des CHU et celles de la santé communautaire. Enfin, le logiciel DHIS2 a été déployé et permet de recueillir les données clés en matière de santé, de VIH et de nutrition dans tous les districts sanitaires, ce qui renforce les capacités de suivi des interventions et de planification au niveau décentralisé.

Plusieurs défis restent à relever, parmi lesquels : (i) la non-intégration dans le SNIS des données sanitaires des structures privées et des autres ministères que le MSHP ; (ii) la rupture fréquente des outils de collecte et de gestion de l'information sanitaire ; (iii) l'utilisation de plusieurs logiciels non inter-reliés et l'absence d'un cadre formel assurant la rétro-information du niveau central vers le niveau déconcentré ; et (iv) le manque de personnel formé et dédié à la gestion des données dans les établissements sanitaires.

Une réflexion devrait être engagée en ce qui concerne le volume, la qualité, le niveau de désagrégation et l'actualisation en temps réel des données collectées : dans certains domaines, le nombre d'indicateurs suivis apparaît en effet excessif au regard de leur utilisation pour la prise de décision au niveau sanitaire ; à l'inverse, de nombreuses informations relatives à la qualité des prestations fournies ne sont toujours pas captées<sup>207</sup>. Une désagrégation plus poussée de certaines données et la mise en place de systèmes de traitement automatisé auraient par ailleurs l'avantage de doter le secteur d'un système d'alerte précoce. Enfin, il apparaît nécessaire de renforcer les capacités en matière de suivi-évaluation et d'analyse des données au niveau périphérique (ESPC et districts sanitaires) et d'accroître la redevabilité des acteurs.

### Approvisionnement en médicaments et en intrants stratégiques

Grâce à la création en 2013 d'une Nouvelle pharmacie de santé publique (NPSP)<sup>208</sup> et à l'appui technique et financier apporté par les partenaires de développement pour renforcer les capacités de distribution des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et améliorer les conditions de stockage au niveau des centres de santé, des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières années en matière de disponibilité des médicaments, des vaccins et aux autres intrants.

Toutefois, la chaîne d'approvisionnement et de distribution publique manque toujours d'efficacité au niveau décentralisé, contrastant avec la bonne disponibilité des intrants au niveau de la Nouvelle pharmacie de santé publique : de fréquentes ruptures de stock continuent d'être observées en milieu rural, le taux de disponibilité des médicaments de spécialité et des médicaments génériques reste faible dans le secteur public et les délais pour obtenir un réapprovisionnement du stock de base sont excessivement longs (59 jours en moyenne, mais jusqu'à 79 jours dans les hôpitaux publics du niveau tertiaire)<sup>209</sup>.

Cette situation s'explique par : (i) les difficultés logistiques persistantes et le manque de financement pour acheminer les commandes « jusqu'au dernier kilomètre » ; (ii) le faible niveau de développement de l'industrie pharmaceutique locale, dont la production annuelle couvre à peine 10 % des besoins de la population ; (iii) un manque de suivi dans la gestion des stocks et la planification des commandes au niveau des centres de santé ; et (iv) l'absence de dépôts périphériques à l'intérieur du pays.

Les fréquentes ruptures de stocks de médicaments dans les structures sanitaires publiques sont à l'origine du niveau élevé de dépenses des ménages dans les pharmacies privées. Comme une partie importante de la population ne dispose pas des ressources suffisantes pour pouvoir acheter des médicaments aux tarifs pratiqués par le secteur privé, ces ruptures contribuent également au développement d'un marché parallèle de médicaments illicites et contrefaits dont les conséquences sanitaires peuvent être désastreuses<sup>210</sup>.

Afin d'améliorer l'efficacité de la chaîne d'approvisionnement publique et lutter contre le développement des marchés de médicaments contrefaits, plusieurs options devront être considérées, parmi lesquelles : (i) la mise en place de partenariats public-privé permettant de sous-traiter à des acteurs privés les composantes de la chaîne d'approvisionnement publique les moins performantes ; (ii) l'adoption de solutions innovantes permettant d'acheminer les médicaments et les intrants jusqu'au dernier kilomètre à moindre coût ; et (iii) le renforcement des contrôles afin d'améliorer la qualité des médicaments disponibles et de réduire les risques sanitaires liés aux médicaments contrefaits.

La mise en place progressive de la CMU offre une opportunité unique de renforcer l'accessibilité de la population à des médicaments et à des intrants de qualité. En effet, elle devrait tout d'abord conduire à un passage à l'échelle de l'achat stratégique des médicaments génériques appartenant au panier fixé par le MSHP et réduire ainsi les coûts d'approvisionnement dans le secteur public. Par ailleurs, sous réserve que l'accord passé à ce sujet début 2019 entre le MSHP et la NPSP soit respecté concernant l'approvisionnement des pharmacies privées, elle devrait permettre à la population de se procurer les médicaments génériques appartenant au panier CMU à un prix abordable aussi bien auprès des acteurs du secteur public de la santé qu'auprès des pharmacies privées<sup>211</sup>.

### Ressources humaines

Suite aux efforts entrepris depuis plusieurs années en matière de recrutement, le nombre de personnels de santé a fortement progressé<sup>212</sup> et la Côte d'Ivoire respecte, au niveau national, les normes internationales fixées par l'OMS en la matière<sup>213</sup>. Par ailleurs, depuis 2018, la Côte d'Ivoire a déployé 11 000 agents de santé communautaires (ASC) à travers le territoire qui sont chargés d'assurer des interventions au profit des familles et des communautés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, du VIH<sup>214</sup>, de la promotion des pratiques familiales essentielles, de l'hygiène et de l'assainissement. En dotant les ASC d'un statut officiel et en les intégrant à la pyramide sanitaire, le MSHP, dispose, pour la première fois, des moyens d'atteindre les 33 % de la population vivant encore à plus de 5 km d'un ESPC. Malgré ces avancées, on constate un manque persistant de personnel qualifié dans plusieurs districts sanitaires et une mauvaise répartition des effectifs, en particulier en ce qui concerne les médecins, avec une forte concentration dans les régions du sud du pays, notamment à Abidjan : en 2017, 48 districts sanitaires sur 83 avaient moins d'un médecin pour 10 000 habitants, avec un ratio de seulement 0,3 médecin à Gagnoa, Bangolo et Guitry contre 3,3 à Cocody Bingerville et 3,1 à Jacqueville.

La répartition des infirmiers et des sages-femmes dans les régions est meilleure, mais leur nombre reste également insuffisant dans de nombreuses zones reculées du pays<sup>215</sup>, en particulier au regard de la charge de travail particulièrement lourde qui est la leur<sup>216</sup>. Enfin, on constate un déficit en matière d'agents de santé communautaires dans les zones urbaines, ce qui réduit la qualité de la prise en charge des patients souffrant de maladies « urbaines » comme le VIH/sida<sup>217</sup>.

S'ils se confirment, les recrutements de personnel prévus d'ici 2022<sup>218</sup> devraient contribuer à améliorer la situation, y compris en termes de charge de travail et de continuité du service proposé. Pour que ces effectifs supplémentaires permettent d'offrir des services de meilleure qualité à l'ensemble de la population, il est toutefois nécessaire que le MSHP : (i) renforce son système d'information, aussi bien au niveau central que décentralisé, en matière de ressources humaines et de charge de travail effective des personnels, y compris ceux exerçant au sein du secteur privé ; (ii) veille à ce que la planification en matière de ressources humaines devienne plus efficace et rationnelle et réponde davantage aux besoins réels ; (iii) adopte de nouvelles normes (deux infirmiers et deux sages-femmes) en matière d'effectifs pour les centres de santé ruraux afin de permettre une rotation sans remettre en cause la continuité du service ; (iv) mette en place des mesures incitatives (primes, avancements de carrière) afin d'encourager la mobilité des personnels de santé vers les zones les plus reculées ; (v) travaille avec les instituts de formation publics et privés afin d'améliorer la formation initiale et continue des personnels déployés dans les ESPC ; et (vi) renforce les contrôles, en particulier sur les établissements du secteur privé, afin de s'assurer qu'ils respectent la réglementation en matière de qualifications et les normes en matière d'effectifs.



## Préparation et réponse aux risques sanitaires

Au cours des dernières années, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne la préparation et la réponse du système de santé aux risques sanitaires. Tirant les enseignements de la crise survenue suite à l'épidémie d'Ebola dans les pays voisins, le gouvernement a mis en place un Comité national de gestion des urgences<sup>219</sup> et adopté, avec l'appui technique et financier des PTF, un plan de contingence d'un montant de 57,14 milliards de FCFA (environ 100 millions d'USD). Ce plan a permis de mener des actions de communication et de sensibilisation au sujet de la maladie à virus Ebola (MVE), d'améliorer la surveillance épidémiologique au sein des communautés et au niveau des frontières, de créer un centre opérationnel d'urgence, un laboratoire de référence, un dépôt stratégique et trois centres de prise en charge et de former, sous l'égide de l'Institut national de l'hygiène publique, une dizaine d'équipes multidisciplinaires d'intervention (soit environ 400 personnes)<sup>220</sup>.

### 1.1.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveaux   | Acteurs principaux  | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|---|---|--|---|
| Communauté internationale                                       | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales   | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alignement encore trop limité de l'assistance technique et des ressources financières sur les priorités nationales</li> </ul>  |
| État central  | MSHP  | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de dépenses publiques encore insuffisantes</li> <li>• Manque de leadership pour assurer la coordination interministérielle</li> <li>• Faiblesse dans la planification stratégique</li> </ul>  |
| Services déconcentrés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales de la santé et de l'hygiène publique (DRSHP); directions départementales de la santé et de l'hygiène publique (DDSHP); centre communal, préfets et sous-préfets, chefs de village | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les directions régionales et départementales de la santé ne disposent pas d'un statut juridique leur permettant d'avoir un compte bancaire et d'assurer la gestion directe des ressources financières</li> <li>• Faible redevabilité des préfets, sous-préfets et chefs de village dans les résultats sanitaires de leur localité</li> </ul> |
| Autorités locales   | Autorités régionales et municipales<br>Directions de santé  | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de coordination avec les DDSHP et les DRSHP, y compris lors de la construction des structures de santé</li> <li>• Faible redevabilité des autorités régionales et municipales en ce qui concerne les résultats sanitaires</li> </ul>  |
| Société civile  | ONG locales, organisations professionnelles, membres de la diaspora   | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacité limitée dans la mobilisation de ressources en faveur de la santé</li> </ul>   |

| Niveaux           | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|-------------------|---|---|--|
| Secteur privé     | Entreprises privées du secteur, entreprises privées hors secteur, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc. | Mobilisation de ressources, fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé, plaidoyer, contribution dans le cadre des activités de RSE   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faiblesse de l'offre de soins (fourniture de services de santé et de médicaments) du secteur privé, notamment en milieu rural où fait encore défaut un modèle économique rentable</li> <li>• Contribution marginale du secteur privé à l'offre de services de maintenance et d'entretien des infrastructures sanitaires</li> <li>• Forte dépendance du secteur privé de la santé aux financements publics</li> <li>• Faible contribution du secteur privé non sanitaire à la mobilisation des ressources en faveur de la santé</li> <li>• Faible développement des politiques de RSE pour la prévention et la prise en charge des soins des employés, notamment en vue d'améliorer leur productivité</li> </ul> |
| Communautés       | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible mobilisation pour la promotion des pratiques familiales essentielles comme la vaccination des enfants, l'utilisation régulière de la moustiquaire, etc.</li> </ul>   |
| Parents, familles | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs  | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible adhésion/acceptabilité des pratiques familiales essentielles comme la vaccination des enfants, l'utilisation régulière de la moustiquaire, etc.</li> </ul>   |

### 1.1.5 Recommandations clés

- i. Poursuivre les efforts en faveur de l'augmentation du budget alloué au secteur de la santé et travailler à une allocation conséquente pour les soins de santé primaires dans le but d'améliorer l'efficacité du système.
- ii. Soutenir le déploiement de ressources humaines qualifiées au niveau des centres de santé afin d'assurer une continuité de soins de qualité ainsi que la mise à niveau du plateau technique.
- iii. Accroître les interventions d'offre de services de qualité, tant dans les centres de santé que dans les communautés, afin de stimuler l'utilisation des services de santé.
- iv. Faire de l'accélération de la mise à l'échelle des SONU de base une « priorité nationale ».
- v. Renforcer la prévention des principales maladies évitables par la vaccination de routine, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et les autres interventions de prévention.
- vi. Poursuivre l'opérationnalisation de la stratégie nationale de santé communautaire.
- vii. Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour une bonne disponibilité des médicaments et vaccins à tous les niveaux et répondre efficacement à l'accès insuffisant aux services de prévention et de prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) et du VIH pédiatrique.
- viii. Moderniser le système d'information sanitaire pour assurer l'exactitude et la cohérence des données et mettre à l'échelle le monitoring décentralisé pour l'action afin d'améliorer les indicateurs sanitaires.
- ix. Renforcer les actions innovantes au niveau du système de santé, des collectivités locales et des communautés pour lever les goulots qui entravent la demande des services de santé au niveau des ménages.
- x. Renforcer le contrôle citoyen afin d'accroître la qualité des soins et leur fourniture à moindre coût pour les populations défavorisées.

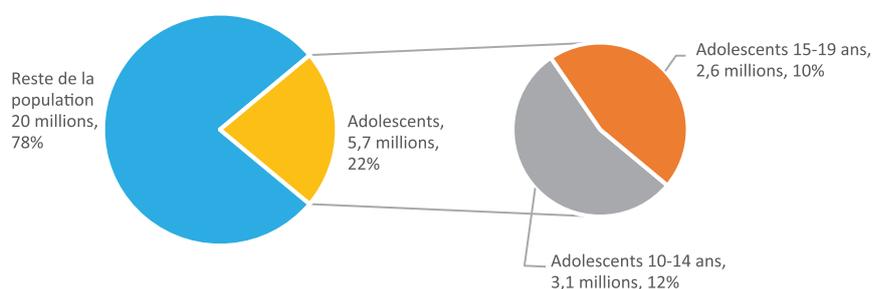


## 1.2 Le droit des adolescents à la santé

Les enfants qui atteignent l'adolescence ont surmonté les années où le risque de mortalité est le plus élevé. Toutefois, de nombreux dangers menacent leur survie et leur santé comme les accidents, la violence, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses précoces et les avortements à risque, la malnutrition, l'anémie, les comportements à risque (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme notamment), les affections buccodentaires et les problèmes de santé mentale.

En 2019, on compte en Côte d'Ivoire plus de 5,5 millions d'enfants âgés de 10 à 19 ans (3,1 millions âgés de 10 à 14 ans et 2,6 millions âgés de 15-19 ans – RGPH 2014, projections 2034), soit plus d'un cinquième de la population totale. Les questions relatives à la santé des adolescents constituent de ce fait un enjeu essentiel pour le respect des droits des enfants à la survie et au développement.

### Population adolescente en Côte d'Ivoire (millions et %)



Source : RGPH, Projections 2014-2034.

### 1.2.1 Indicateurs clés et analyses causales

La Côte d'Ivoire ne dispose ni d'outils de collecte harmonisés ni d'un système d'information multisectoriel intégré permettant de suivre l'état de santé des adolescents de façon régulière. Le système d'information du MSHP collecte régulièrement des données sur l'état sanitaire de l'ensemble de la population. Toutefois, en dehors de quelques indicateurs concernant le VIH/sida, les tranches d'âge utilisées pour désagréger les données sanitaires assimilent encore trop souvent les 10-14 ans aux enfants et les 15-19 ans aux adultes ou aux jeunes en général (15-24 ans)<sup>221</sup>. De son côté, le Programme national de santé scolaire et universitaire – Santé Adolescents et jeunes (PNSSU-SAJ) du MSHP produit des statistiques sur les causes principales de consultation des services scolaires universitaires/Santé des adolescents et jeunes (SSU-SAJ). Il est toutefois difficile de les utiliser pour évaluer et suivre l'état sanitaire des adolescents, car la proportion des élèves et étudiants ayant bénéficié d'une visite médicale reste relativement faible (14,14 %) et les données collectées : (i) concernent l'ensemble des enfants du préscolaire à l'enseignement supérieur; (ii) ne prennent pas suffisamment en compte les adolescents qui se trouvent hors du système scolaire ou en apprentissage; et (iii) ne sont ventilées que par niveau scolaire et non en fonction de l'âge.

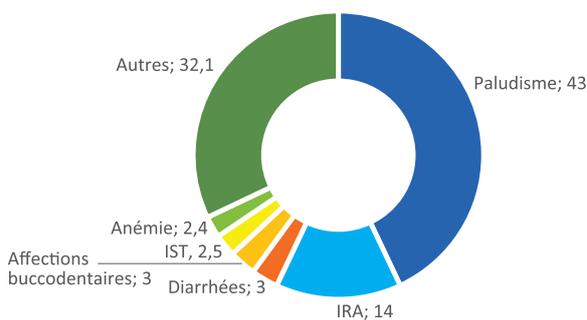
Depuis quelques années, le système d'information de gestion de l'éducation (SIGE) du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP), le Système intégré de protection de l'enfance (SIPE) et le Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE) fournissent des statistiques relatives aux grossesses précoces et aux violences physiques et émotionnelles subies par les adolescents, en particulier les filles. Toutefois, ces données ne sont pas systématiquement ventilées en prenant en compte la classe d'âge des 10-19 ans ou des 15-19 ans<sup>222</sup>. En outre, elles sont souvent partielles car le SIPE et le GBVIMS ne couvrent encore qu'une partie limitée du territoire et les établissements scolaires, les centres sociaux et les directions régionales ne transmettent pas les informations sur les cas dont ils ont connaissance de manière uniforme et systématique. Enfin, ces données ne permettent pas vraiment de dégager des tendances, car les systèmes d'information sont encore en phase de montée en puissance et il est difficile de distinguer ce qui relève d'une hausse de l'incidence de ce qui résulte des progrès réalisés en matière de collecte et de signalement.

L'analyse qui suit repose donc, pour l'essentiel, sur les quelques indicateurs fournis par l'EDS-III, la MICS-5, les bases de données VIH de l'UNICEF et d'ONUSIDA, les données partielles collectées par le MSHP, le MENETFP, le MFFE, les résultats préliminaires de la première enquête VACS réalisée en Côte d'Ivoire en 2018 et les statistiques issues d'enquêtes épidémiologiques datant parfois de plusieurs années.

### Causes de morbidité

Selon le rapport du PNSSU-SAJ 2018-2019, les principales pathologies diagnostiquées dans les services de santé scolaire et universitaire sont le paludisme (43 % des cas), les infections respiratoires aiguës (environ 14 % des cas), les cas de diarrhées (environ 3 %), les affections buccodentaires (3 %), les IST (2,5 %) et les cas d'anémie (2,4 %) <sup>223</sup>. Il n'existe pas d'étude ayant mis en évidence des vulnérabilités spécifiques aux adolescents en ce qui concerne les maladies de l'enfance et il semble que les taux d'incidence élevés chez les enfants d'âge scolaire en matière de paludisme et d'IRA s'expliquent par les mêmes facteurs que ceux analysés pour les enfants de moins de 5 ans, à savoir une utilisation insuffisante des MILDA, une méconnaissance persistante des symptômes et une sous-estimation de la gravité du paludisme, une couverture vaccinale en Penta 3 et en PCV-13 encore insuffisante <sup>224</sup> et l'utilisation de combustibles solides pour cuisiner <sup>225</sup>.

### Principales pathologies diagnostiquées par les services de santé scolaire et universitaire (%)

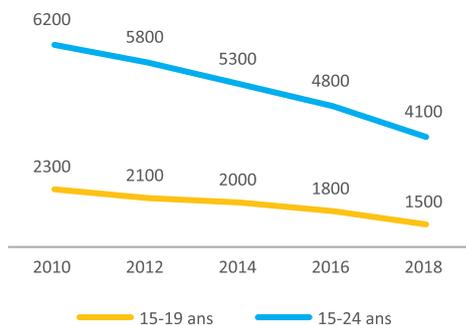


Source : PNSSU-SAJ 2018-2019.

### VIH/sida et IST <sup>226</sup>

En 2018, 25 000 adolescents âgés de 10-19 ans vivaient avec le VIH, parmi lesquels 56 % de filles. Entre 2013 et 2018, le taux de prévalence chez les 10-19 ans a diminué de 0,9 % à 0,61 %. Toutefois, le taux de prévalence chez les adolescentes (1,07 %) est toujours plus de six fois supérieur à celui des adolescents (0,16 %), 1 500 nouvelles infections ont été constatées en 2018 chez les 15-19 ans et, pour cette tranche d'âge, 75 % des nouvelles infections concernent les filles <sup>227</sup>. Enfin, bien qu'en progrès, la proportion d'adolescents de 15-19 ans vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement ARV n'était, en 2017, que de 37 % <sup>228</sup>.

### Nombre de nouvelles contaminations par an chez les 15-19 ans et les 15-24 ans



Source : Unicef, Base de données mondiale VIH, 2019; UNAIDS 2019.

Il n'existe pas d'étude épidémiologique récente sur la prévalence des IST autres que le VIH chez les adolescents en Côte d'Ivoire ni de données de routine ventilées par tranche d'âge permettant de déterminer le taux d'incidence chez les 10-19 ans ou les 15-19 ans. Le système d'information sanitaire ne fournit en effet le taux d'incidence que pour les « 15 ans et plus » qui s'élevait, en 2017, à 27,1 ‰ sur le plan national, avec un maximum dans les régions sanitaires de Worodougou-Béré (45,1 ‰), Sud-Comoé (44,2 ‰) et Kabadougou-



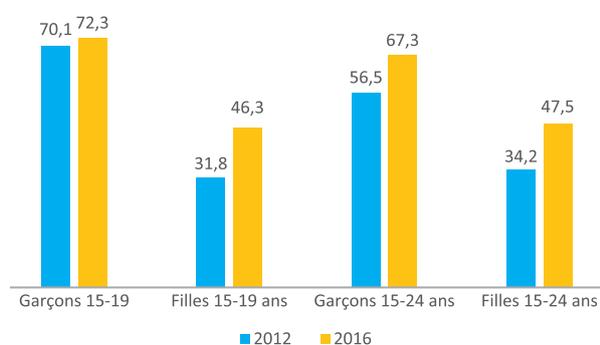
Bafing-Folon (41,6 %) et un minimum dans les régions sanitaires d'Abidjan 1 Grands-Ponts (19,1 %) et de Lôh-Djiboua (20 %) (RAS 2018).

Bien que datant de 2011-2012, les informations recueillies dans le cadre de l'EDS-III permettent toutefois de prendre la mesure des risques sanitaires auxquels sont confrontés les adolescents du fait des IST : au cours des douze mois précédant l'enquête, 8,4 % des filles et 6,2 % des garçons âgés de 15-19 ans et ayant eu des rapports sexuels déclaraient ainsi avoir déjà eu un ou des symptômes d'IST (EDS-III). L'EDS-III montre également que le risque de contracter une IST est plus élevé chez les adolescents et les jeunes (filles 15-24 ans : 9,4 % ; garçons : 6,5 %) que chez les adultes plus âgés (7,6 % des femmes et 5,4 % des hommes âgés de 15-49 ans)<sup>229</sup>. Les statistiques du PNSSU indiquent de surcroît que le nombre d'IST diagnostiquées dans les services de santé scolaire et universitaire a augmenté de 50 % entre 2014-2015 (6 538 cas) et 2018-2019 (9 767 cas)<sup>230</sup>.

La persistance des contaminations par le VIH et les autres IST chez les adolescents, notamment chez les filles, s'explique par : (i) la précocité des rapports sexuels en Côte d'Ivoire<sup>231</sup> ; (ii) la prévalence élevée des violences sexuelles à l'encontre des filles, des adolescentes et des jeunes femmes<sup>232</sup> ; (iii) la couverture encore insuffisante en vaccin contre l'hépatite B (le taux de couverture vaccinale du Hep-B3 chez les 12-23 mois a été estimé à 82 % en 2018<sup>233</sup>) ; (iv) le retard pris pour introduire le vaccin contre le papillomavirus (HPV) dans le Programme élargi de vaccination (PEV)<sup>234</sup> ; (v) les possibilités encore très limitées d'accéder à la prophylaxie préexposition (PrEP), y compris pour les populations clés les plus vulnérables<sup>235</sup> ; et (vi) les progrès limités réalisés en matière d'utilisation du préservatif.

Selon la MICS-5, 46,3 % des adolescentes et 72,3 % des adolescents âgés de 15-19 ans rapportent avoir utilisé un préservatif au cours des douze mois précédant l'enquête, lors de leur premier rapport sexuel avec un partenaire non marital, non cohabitant.

### Proportion d'adolescents et de jeunes ayant utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel avec un partenaire non marital, non cohabitant (%)



Sources : EDS-III, MICS-5.

Toutefois, les taux d'utilisation restent encore insuffisants et varient fortement en fonction du revenu et des régions. La MICS ne fournit pas de taux d'utilisation de préservatif désagrégés par quintile de richesse et lieu de résidence pour les 15-19 ans, mais ceux concernant les 15-24 ans<sup>236</sup> illustrent l'ampleur des disparités : seuls 22,1 % des filles et 40,4 % des garçons âgés de 15-24 ans vivant dans les ménages les plus pauvres ont utilisé un préservatif lors d'un rapport à risque contre 59,6 % des filles et 83,1 % des garçons vivant dans les ménages les plus riches. Dans la région du Nord, le taux d'utilisation des filles n'est que de 29,4 % et celui des garçons de 43,2 %. Par ailleurs, le niveau de connaissance des adolescents concernant les modes de transmission du VIH reste insuffisant : selon la MICS-5, seuls 65,1 % des adolescentes et 70,6 % des adolescents âgés de 15-19 ans savent qu'une personne qui paraît en bonne santé peut avoir le VIH.

Ces résultats décevants s'expliquent par l'impact limité des campagnes de sensibilisation et des programmes donnés à l'école concernant la santé reproductive et sexuelle<sup>237</sup>, ces derniers ne tenant pas assez compte de la précocité de l'entrée dans la sexualité des jeunes et se focalisant trop exclusivement sur la promotion de l'abstinence au détriment de la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST)<sup>238</sup>.

S'agissant de la détection du VIH et des autres IST et de l'accès au traitement, plusieurs défis restent également à relever tant en raison de barrières du côté de l'offre et de la qualité des services proposés que de la demande.

- **Barrières du côté de l'offre et de la qualité des services**

a) **VIH** : les activités de conseil et de dépistage du VIH/sida sont menées dans tous les districts sanitaires du pays, mais les services offrant des tests et des conseils VIH restent mal intégrés dans les consultations médicales classiques et de nombreuses occasions de dépistage restent ainsi inexploitées<sup>239</sup>.

b) **Autres IST** : il n'existe pas de données concernant la proportion d'adolescents venus consulter pour des IST et ayant bénéficié d'un traitement adapté, mais l'enquête SARA avait montré que seuls 7 % des ES peuvent réaliser un diagnostic rapide de la syphilis (2 % en milieu rural, 15 % en milieu urbain). De surcroît, seuls 54 % des ES disposent des directives nationales sur les IST et 34 % seulement d'un agent formé au diagnostic et au traitement des IST.

- **Barrières du côté de la demande**

Les résultats de la MICS-5 montrent que seuls 16,3 % des filles et 7,9 % des garçons âgés de 15-19 ans ont effectué un test et reçu les résultats au cours des douze mois précédant l'enquête.

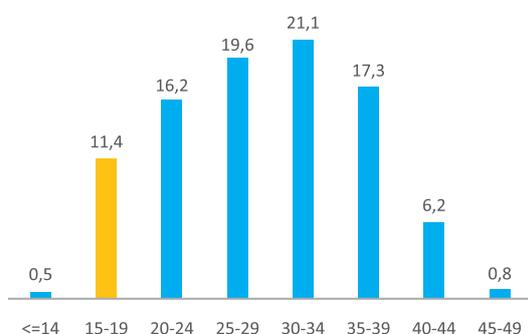
Plusieurs facteurs contribuent à ces résultats insuffisants, parmi lesquels : (i) le manque de connaissance chez les adolescents des lieux de dépistage (selon la MICS-5, 44,1 % des filles et 50,9 % des garçons âgés de 15-19 ans ne savent pas où se rendre pour se faire dépister); (ii) les coûts liés aux consultations et aux traitements, la politique de gratuité ciblée n'incluant pas les frais de santé des adolescents et seule une minorité bénéficiant d'une couverture médicale<sup>240</sup>; (iii) le recours à la médecine traditionnelle, jugée plus efficace et moins coûteuse; (iv) le nombre encore insuffisant de centres de santé primaires offrant un continuum de services adaptés aux adolescents et aux jeunes; et (v) la réticence à se rendre dans des structures sanitaires fréquentées par les adultes.

Comme l'a montrée une étude qualitative menée dans les régions sanitaires de Gbêkê et Hambol, les adolescents ne souhaitent pas se rendre dans des établissements de santé où viennent consulter des adultes, car : (i) ils ont peur d'y croiser des personnes de leur communauté et d'y être moqués, jugés et stigmatisés, dans un contexte où il est souvent délicat de parler des questions de santé et de sexualité au sein des familles; et (ii) le personnel de santé se montre à leur égard souvent peu accueillant, méprisant, voire hostile<sup>241</sup>.

### Grossesses et accouchements précoces

Avec 645 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2015, la Côte d'Ivoire affiche l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde<sup>242</sup>. Selon le rapport national sur la surveillance des décès maternels, 12 % des décès maternels concernent des adolescentes (0,5 % pour les moins de 14 ans et 11,4 % pour celles âgées de 15 à 19 ans)<sup>243</sup>. Ce chiffre s'explique par le taux de natalité très élevé des adolescentes<sup>244</sup> (124), en particulier parmi celles issues des ménages très pauvres (226) et celles vivant dans la région du Nord-Ouest (224).

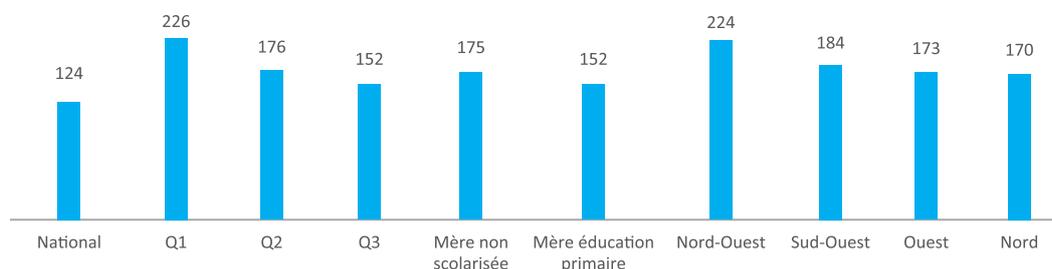
### Répartition des décès maternels par tranche d'âge (%)



Source : Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire 2017.



### Taux de natalité des adolescentes en fonction de caractéristiques socio-économiques et du lieu de résidence (pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans)



Source : MICS-5.

Selon la MICS-5, 3,1 % des filles âgées de 15-19 ans ont eu une naissance avant l'âge de 15 ans, mais cette proportion dépasse les 5 % chez les filles des ménages les plus pauvres (5,8 %) ou dont la mère est sans instruction (5,3 %) et 9,1 % chez celles vivant dans la région du Nord-Ouest. Par ailleurs, 25,4 % des filles âgées de 20-24 ans ont eu une naissance avant l'âge de 18 ans et cette proportion dépasse les 38 % chez celles vivant dans les régions du Nord-Ouest et du Nord et 40 % chez celles des ménages les plus pauvres. Outre leurs conséquences sur la survie de la mère, les grossesses précoces se traduisent également par un faible poids à la naissance, ce qui a un impact négatif sur la santé et le développement de l'enfant<sup>245</sup>.

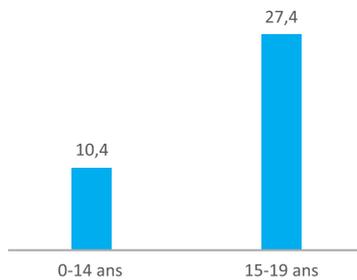
Le gouvernement a engagé depuis plusieurs années des campagnes de sensibilisation contre les grossesses précoces<sup>246</sup>, en particulier en milieu scolaire. Ces efforts ont permis de faire reculer le nombre de grossesses scolaires au niveau du primaire<sup>247</sup>. Toutefois, le nombre de grossesses scolaires recensées au niveau du secondaire continue d'augmenter<sup>248</sup>. Par ailleurs, les interventions dans les milieux défavorisés pour atteindre les adolescentes déscolarisées restent encore insuffisantes. Les facteurs qui contribuent aux grossesses précoces sont nombreux et complexes. Ils comprennent notamment : i) la précocité des premiers rapports sexuels<sup>249</sup> ; ii) des normes sociales encourageant la procréation dans une optique d'élargissement de la famille ; iii) la persistance de la pratique des mariages précoces<sup>250</sup> ; iv) la forte incidence des violences basées sur le genre et l'impunité dont bénéficient leurs auteurs<sup>251</sup> ; v) le faible niveau de connaissances des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive<sup>252</sup>, y compris des dispositifs de prévention<sup>253</sup> ; vi) le manque de communication parents-enfants sur les questions de sexualité<sup>254</sup> ; vii) une autonomisation précoce et forcée des jeunes filles dans un contexte marqué par la grande vulnérabilité financière des parents<sup>255</sup> ; et viii) un recours très limité aux méthodes contraceptives modernes.

Outre les barrières générales en matière d'accès à la PF, les adolescentes de moins de 16 ans font également face à une barrière légale, puisque selon les termes de la loi, elles ne peuvent obtenir de moyens de contraception qu'avec l'autorisation préalable des parents, ce qui, en pratique, est rarement envisageable.

Face aux conséquences négatives que peut avoir une grossesse précoce sur leurs relations avec leur famille<sup>256</sup>, leur scolarisation<sup>257</sup> et leur statut social<sup>258</sup>, de nombreuses jeunes filles ont recours à des avortements clandestins. L'avortement est illégal en Côte d'Ivoire et il n'existe pas de données sur le nombre d'avortements réalisés par les adolescentes<sup>259</sup>. Toutefois, selon l'enquête PMA2020, entre 209 000 et 288 000 avortements illégaux ont eu lieu en 2017, dont 60 % dans des conditions dangereuses pour la survie de la mère, et il est probable qu'un nombre important d'entre eux ont été réalisés à l'initiative d'adolescentes ou de leur famille<sup>260</sup>.

Les MGF/E contribuent à augmenter la morbidité et la mortalité des mères adolescentes en raison des risques de contamination à certaines infections, y compris au VIH/sida, et des complications obstétricales qu'elles entraînent comme l'hémorragie du post-partum, la dystocie et les fistules obstétricales. Selon la MICS-5, 27,4 % des adolescentes âgées de 15-19 ans et 10,4 % des filles âgées de 0-14 ans avaient subi des MGF/E en 2016.

### Pourcentage de filles âgées de 0-14 ans et 15-19 ans ayant subi des MGF/E

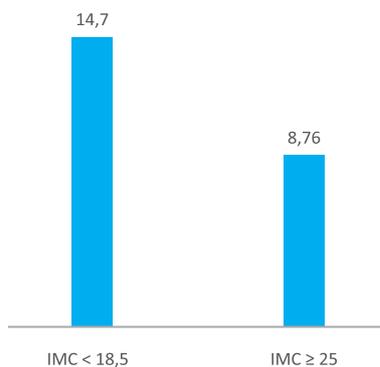


Source : MICS-5

### Malnutrition et anémie ferriprive

La sous-nutrition a une influence néfaste sur le développement physique et cognitif d'un adolescent et peut entraîner chez l'adolescente des complications importantes durant la grossesse et l'accouchement<sup>261</sup>. La MICS-5 ne fournit pas de données concernant l'état nutritionnel des adolescents en Côte d'Ivoire, mais des analyses secondaires ont fait apparaître des problèmes de sous-nutrition et de surnutrition chez de nombreuses adolescentes. Bien qu'en recul de 1,7 point de pourcentage par rapport à 2012, la proportion d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ayant un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup> s'élevait encore, en 2016, à 14,7 %. Par ailleurs, 8,76 % des adolescentes étaient en surpoids ou obèses en 2016 contre 9,5 % en 2012.

### État nutritionnel des adolescentes âgées de 15-19 ans



Source : MICS-5.

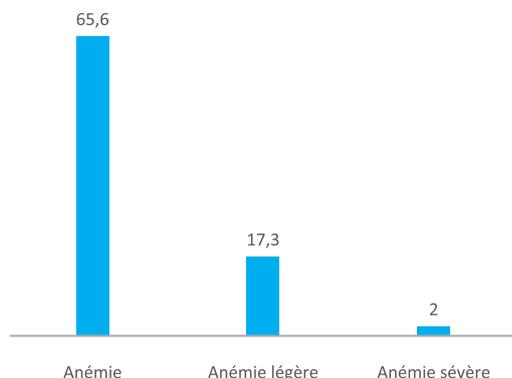
L'anémie constitue également un enjeu important pour la santé des adolescents. Sous sa forme légère et modérée, elle réduit la capacité d'action et la motivation et peut conduire à un épuisement physique, émotionnel ou psychologique. Sous sa forme sévère, elle peut avoir des conséquences néfastes au niveau cardiovasculaire et pulmonaire et lors de l'accouchement, que ce soit pour la mère (risque accru d'infections, risque d'hémorragie importante à la naissance, risque de choc cardiovasculaire) ou pour l'enfant (naissance prématurée, retard de croissance intra-utérin, etc.).

L'EDS-III avait montré que 42,9 % des adolescents de 15-19 ans (niveau d'hémoglobine inférieur à 13,0 g/dL) et 53,9 % des adolescentes du même âge (niveau d'hémoglobine inférieur à 12,0 g/dL) souffraient d'anémie. L'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI) réalisée en 2016 n'a pas mesuré le taux d'anémie des adolescents, mais elle a montré que celui des adolescentes avait augmenté pour atteindre 65,6 %, en 2016, dont 17,3 % d'anémie légère et 2 % d'anémie sévère.





### Prévalence de l'anémie chez les adolescentes de 15-19 ans (%)



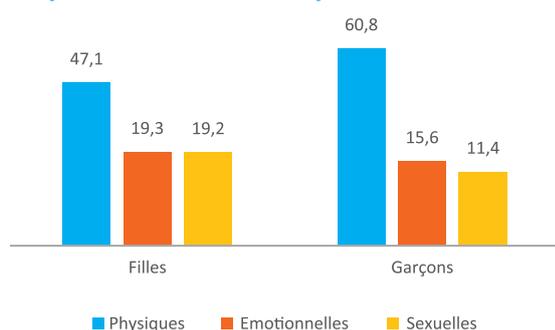
Source : EPPA-CI 2016.

L'enquête SARA n'ayant pas mis en évidence de ruptures de stock en comprimés de fer et d'acide folique ou en vermifuge dans les structures sanitaires<sup>262</sup>, ce haut niveau d'anémie chez les adolescents s'explique par : (i) l'ampleur de la malnutrition et des carences alimentaires affectant la population résultant de la pauvreté, du manque de diversité des régimes alimentaires et du manque de connaissances nutritionnelles ; (ii) la forte incidence des cas de paludisme ; (iii) la détection insuffisante des cas d'anémie lors des consultations médicales et la prescription insuffisante de traitements préventifs et curatifs ; et (iv) le manque de connaissance des adolescents et de leurs parents concernant les risques liés à l'anémie et la nécessité de rechercher des conseils et un traitement auprès d'un professionnel de santé.

### Violences et santé mentale

Il existe assez peu de statistiques concernant les violences subies par les adolescents. Selon les résultats préliminaires de la première enquête VACS réalisée en 2018, 60,8 % des garçons et 47,1 % des filles âgés de 13-24 ans déclarent avoir subi des violences physiques au cours de leur enfance, 19,3 % des filles et 15,6 % des garçons de cette tranche d'âge des violences émotionnelles et 19,2 % des filles et 11,4 % des garçons des violences sexuelles.

### Proportion des 13-24 ans ayant subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles par genre (%)



Source : résultats préliminaires VACS 2018.

Les statistiques transmises par le SIGE du MENETFP montrent que les enfants scolarisés au niveau du secondaire sont particulièrement exposés à la violence, avec, en 2018, 11 003 cas recensés, dont 1 542 cas de coups et blessures et 661 bastonnades, 299 cas de viol, 316 cas de harcèlement et 196 cas d'attouchement sexuel.

Les données très partielles fournies par le SIPE du MFFE dans ce domaine indiquent qu'en 2018, 1 195 cas d'abus ont été pris en charge par les services sociaux, dont près des deux tiers (69 %) concernaient des faits de maltraitance physique, 15 % des faits de maltraitance psychologique, et 16 % les deux types d'abus. 91 % des

victimes étaient des adolescents âgés de 10 à 18 ans, dont 51 % de garçons et 70 % d'entre elles avaient entre 15 et 18 ans. Les statistiques du SIPE indiquent également que 556 cas de violences sexuelles ont été pris en charge par les services sociaux en 2018. 98 % des victimes étaient des filles, 82 % des adolescentes (10-18 ans) et 45 % étaient âgées de 10 à 14 ans.

Les violences subies pendant l'enfance et l'adolescence, la précarité et la pauvreté et l'éclatement de la cellule familiale sont susceptibles d'avoir des conséquences néfastes à court et long terme sur l'équilibre émotionnel et la santé mentale des adultes en construction que sont les adolescents<sup>263</sup>. Des dispositifs comme les plateformes de prise en charge des violences basées sur le genre (VBG) créées au sein des centres sociaux<sup>264</sup> et les trois services spécialisés de l'Institut national de santé publique<sup>265</sup> ont été mis en place, mais leur nombre demeure insuffisant.

### Travail dangereux

L'exercice d'un travail considéré comme dangereux au sens de l'article 3 de la Convention de l'OIT n° 182<sup>266</sup> constitue un risque important pour la santé, la sécurité et le bien-être des adolescents. En Côte d'Ivoire, les adolescents sont particulièrement exposés à ce risque puisque, selon la MICS-5, 29,2 % des adolescents âgés de 12-14 ans et 34,6 % de ceux âgés de 15-17 ans effectuent un travail dangereux.

Au cours de la dernière décennie, la Côte d'Ivoire a renforcé son cadre légal et réglementaire<sup>267</sup> et développé plusieurs politiques et stratégies sectorielles visant à lutter contre l'exploitation des enfants. L'impact de ces mesures reste difficile à mesurer, mais les données anecdotiques et les statistiques officielles indiquent que la réglementation sur le travail dangereux reste mal appliquée en raison : (i) du nombre insuffisant d'inspections, en particulier dans le secteur informel ; et (ii) de l'absence de sanctions en cas de violation.

Plusieurs facteurs contribuent, par ailleurs, à maintenir à un niveau élevé la proportion d'adolescents astreints à un travail dangereux, parmi lesquels : (i) le nombre encore élevé d'adolescents se trouvant en dehors du système scolaire<sup>268</sup>; (ii) l'hypertrophie du secteur informel et le recours à des technologies obsolètes et à des modes de production encore trop peu innovants propices au non-respect du droit du travail et au recours massif à une main-d'œuvre infantile<sup>269</sup>; (iii) le manque de connaissance des adolescents, des parents, des tuteurs, des employeurs, des organisations syndicales et des communautés en ce qui concerne la législation du travail, les seuils d'intensité, les niveaux de dangerosité des tâches à respecter en fonction de l'âge et les conséquences à long terme du travail dangereux sur le développement et le bien-être des adolescents<sup>270</sup>; et (iv) la pauvreté et la vulnérabilité des ménages.

### Consommation de tabac, d'alcool et de drogues

Le tabagisme ne constitue pas, à l'heure actuelle, un problème sanitaire majeur chez les adolescents en Côte d'Ivoire. La comparaison des résultats de l'EDS-III et de la MICS-5 indique même que la consommation de tabac est en recul chez les 15-19 ans : 0,2 % des adolescentes et 3,2 % des adolescents de cette tranche d'âge consommaient des produits du tabac en 2016 contre respectivement 0,5 % et 6,2 % en 2012.

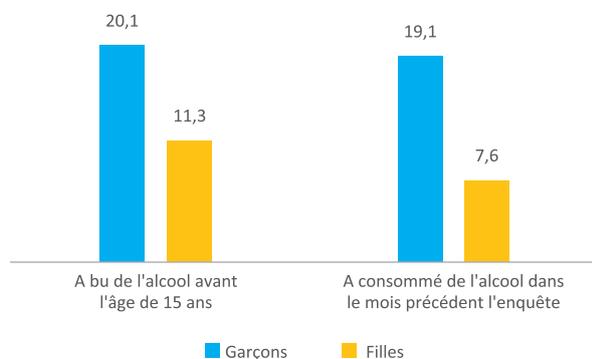
La situation est en revanche plus préoccupante en ce qui concerne l'alcool. La consommation d'alcool dès l'adolescence a des conséquences néfastes sur le développement du système nerveux central, favorise les comportements à risque pouvant déboucher sur des traumatismes, des décès prématurés et des problèmes de santé et de dépendance à l'âge adulte. Selon la MICS-5, 11,3 % des adolescentes et 20,1 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans ont bu de l'alcool avant l'âge de 15 ans, et 7,6 % des filles et 19,1 % des garçons du même âge ont consommé une boisson alcoolisée au cours du mois précédant l'enquête. Les données de la MICS-5 concernant les 15-19 ans n'ont pas été ventilées en fonction du lieu de résidence mais du milieu socio-économique. Il est toutefois probable que de grandes disparités existent en ce qui concerne l'âge de la première consommation, la fréquence de la consommation et la quantité d'alcool consommée. Les résultats d'une enquête réalisée en 2011 à Abidjan auprès de 2854 élèves âgés de 10 à 24 ans (dont 1396 filles) avaient ainsi montré que 51,51 % des adolescents de 10-14 ans et 84,62 % des 15-20 ans avaient déjà consommé de l'alcool et que 7,53 % des adolescents de 10-14 ans et 19,84 % des adolescents et jeunes de 15-20 ans en consommaient régulièrement<sup>271</sup>.

Il existe peu de statistiques et d'enquêtes nationales permettant d'évaluer le niveau de consommation de drogues par les adolescents<sup>272</sup>. Toutefois, des données anecdotiques<sup>273</sup>, une évaluation conduite en milieu scolaire<sup>274</sup>, une enquête réalisée sur la santé des personnes usagères de drogue à Abidjan<sup>275</sup> et une autre menée à Abidjan dans les fumeurs, les centres de prise en charge des usagers et les lieux de détention<sup>276</sup> montrent que la consommation de drogue se répand dans la jeunesse, les drogues les plus consommées étant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne,



le crack, les produits pharmaceutiques non enregistrés, la colle, le batanan et les médicaments détournés comme les antitussifs, le diazépam, l'éphédrine, le Rivotril, le valium ou le tramadol<sup>277</sup>.

### La consommation d'alcool par les adolescents âgés de 15-19 ans



Source : EDS-III & MICS-5.

Plusieurs facteurs expliquent la tendance croissante des jeunes à consommer de l'alcool ou des drogues :

- (i) le manque de moyens mis en faveur de la prévention : le MENETFP a introduit dans les programmes de cours d'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté (EDHC) la question des dangers de l'alcoolisme et de la drogue. Toutefois, ces efforts de communication et de prévention ont un impact incertain et ne bénéficient, par définition, qu'aux adolescents scolarisés. Si l'on recense plusieurs ONG actives en matière de lutte contre la drogue, leurs actions de prévention restent limitées par l'absence d'une véritable stratégie nationale de lutte contre la drogue<sup>278</sup> ;
- (ii) l'omniprésence de la publicité pour des boissons alcoolisées et le financement de nombreuses activités destinées aux jeunes par les entreprises qui les commercialisent ;
- (iii) l'émergence au sein d'une partie de la jeunesse de nouveaux modèles de réussite (chef de gang, trafiquant de drogue, etc.) où le recours à la violence et la consommation d'alcool et de stupéfiants sont considérés comme la norme<sup>279</sup> ;
- (iv) l'apparition de nouveaux circuits d'approvisionnements et la facilité qu'il y a à se procurer ces substances, pour un coût relativement modeste, notamment dans les nombreux fumoirs ouverts à proximité même des écoles ;
- (v) la pauvreté et le mal-être social auquel sont confrontés de nombreux adolescents et jeunes.

### 1.2.2 Planification stratégique et gestion du secteur

Depuis plusieurs années, le gouvernement de la Côte d'Ivoire a pris conscience de l'urgence de renforcer la prévention en matière de santé des adolescents et des jeunes, d'améliorer l'offre et la qualité des services et soins de santé proposés et, face à la réticence des adolescents et des jeunes à fréquenter les mêmes structures sanitaires que les adultes, à stimuler la demande en créant des structures sanitaires qui leur soient dédiées.

En matière de prévention, des campagnes de sensibilisation ont ainsi été menées, notamment contre les grossesses à l'école, les mariages précoces, les violences basées sur le genre ; des messages clés en matière de prévention et d'information ont été intégrés dans les programmes scolaires et de nombreux adolescents ont bénéficié, avec l'aide des partenaires, de programmes de compétences de vie ; une ligne verte (107) a été mise en place pour donner des informations concernant la planification familiale, la prévention du VIH, des IST et des VBG.

En ce qui concerne les soins proposés aux adolescents et aux jeunes, le ministère de la Santé a ainsi mis en place, depuis 2001, le Programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU/MSHP) qui assure la coordination transversale des différents programmes de santé destinés aux élèves et l'intégration des interventions dans les ministères compétents en matière d'éducation et de jeunesse, comme le MENETFP

ou le ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEJ). Il a, par ailleurs, financé la création de nouveaux services de santé scolaire et universitaire (centres de santé urbains spécialisés en santé scolaire et universitaire, CSUS/SSU) destinés aux adolescents et aux jeunes scolarisés. Entre 2001 et 2015, leur nombre est ainsi passé de 47 à 160, parmi lesquels 73 structures indépendantes et 97 intégrées à des établissements de santé de premier contact<sup>280</sup>. Enfin, avec l'aide des PTF, le MSHP a formé aux services de planification familiale la quasi-totalité des prestataires de santé des CSUS/SSU.

Ces efforts ont permis d'accroître le nombre de visites médicales systématiques de détection en milieu scolaire, notamment en milieu rural et périurbain, celui des actions menées en matière de prévention et de promotion de la santé auprès des élèves et des étudiants, ainsi que le nombre d'adolescents ayant accès aux méthodes contraceptives dans le cadre des activités des CSUS/SSU. Toutefois, les crédits alloués à la santé des adolescents et des jeunes scolarisés n'ont jamais dépassé 1 % du budget total du ministère de la Santé et la couverture en infrastructures spécialisées dans la prise en charge des adolescents (SSU et centres de santé urbains spécialisés – CSUS) est demeurée très insuffisante au regard des besoins et mal répartie sur le territoire. Par ailleurs, la qualité des soins fournis est restée faible, en raison d'un manque d'équipement, de la vétusté des locaux, du nombre insuffisant de personnel médical et du manque de personnel d'appui tel que les assistants sociaux, les aides-soignants, les agents d'hygiène et les psychologues<sup>281</sup>.

En outre, la politique de gratuité au sein des CSUS/SSU a été fréquemment remise en cause en raison de ruptures de stock récurrentes en médicaments et intrants spécifiques. Enfin, les efforts faits pour renforcer la santé scolaire et universitaire n'ont profité qu'aux enfants scolarisés. Or, en 2014, on comptait 756 000 jeunes âgés de 12 à 15 ans hors du système scolaire (RGPH 2014) et le taux brut de scolarisation était inférieur à 40 % et 9 % respectivement dans l'enseignement secondaire et dans l'enseignement supérieur<sup>282</sup>.

Face à ce constat, le gouvernement a adopté, en 2016, une Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes (2016-2020) et intégré cette politique dans le Plan national de développement sanitaire (2016-2020), la Stratégie nationale de protection des jeunes et la Politique nationale de la jeunesse (2016-2020).

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette nouvelle politique, plusieurs initiatives importantes ont été prises, parmi lesquelles :

- en 2018, le Programme national de santé scolaire et universitaire (PNSSU) a été rebaptisé PNSSU/Santé des adolescents et des jeunes (SAJ) et son mandat élargi pour permettre aux adolescents et jeunes se trouvant en dehors du système scolaire de bénéficier également d'un accès gratuit aux soins de santé dans les CSUS/SSU ;
- afin d'améliorer la qualité de ses services, le PNSSU-SAJ a renforcé la présence des travailleurs sociaux dans 70 % des SSU-SAJ et entrepris de mettre à niveau le personnel pour une meilleure prise en charge psychologique des adolescents et des jeunes ;
- dans le cadre de la mise en œuvre de la couverture maladie universelle et de l'enrôlement en 2018 des étudiants, des investissements ont été engagés afin de réhabiliter les CSUS/SSU ;
- pour réduire les barrières à la demande de soins liées aux coûts, le ministre de la Santé a décidé, le 19 mars 2019, d'élargir la politique de la gratuité ciblée au sein du système de santé à l'ensemble des enfants de moins de 15 ans ainsi qu'aux jeunes femmes âgées de 15-24 ans<sup>283</sup>.

Trois défis restent toutefois à relever pour améliorer sensiblement l'état de santé des adolescents en Côte d'Ivoire.

**Le premier défi** concerne l'insuffisance ou le manque de données harmonisées et d'analyse conjointe entre les différents ministères en charge de la santé des adolescents et des jeunes<sup>284</sup>.

**Le deuxième défi** a trait à la faiblesse des mécanismes intra- et intersectoriels chargés d'orienter la politique nationale de santé des adolescents et des jeunes, de coordonner et d'assurer le suivi au niveau national et décentralisé des interventions et d'assurer un plaidoyer en faveur d'une augmentation des ressources mises à disposition.

**Le troisième défi** est budgétaire. L'amélioration de l'état de santé des adolescents et des jeunes nécessite, en effet, d'accroître la couverture en infrastructures spécialisées, de mettre en place des réseaux de soins dédiés aux adolescents, d'améliorer la qualité des prestations de services offertes, de renforcer les compétences du personnel de santé en poste, de former et de recruter de nouveaux agents spécialisés en santé des adolescents



et des jeunes. En 2016, le Plan national stratégique estimait notamment nécessaire d'intégrer des services de santé pour adolescents et jeunes dans les hôpitaux généraux, les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHR, CHU), de construire au moins 30 CSUS/SSU supplémentaires, dont 10 dans les communes d'Abidjan et 20 à l'intérieur du pays, de réhabiliter et mettre aux normes les SSU existants, d'augmenter sensiblement le nombre de visites médicales et d'introduire la spécialité « santé adolescents-jeunes » dans les curricula de formation, etc.

Selon ce plan stratégique, un effort important doit également être réalisé pour développer une stratégie prévoyant la mise en place d'outils de communication en rapport avec les différents risques sanitaires auxquels sont confrontés les adolescents et les jeunes et renforçant les interventions IEC/CCC<sup>285</sup> au niveau des CSUS/SSU et dans les communautés. En 2016, les besoins de financement pour la mise en œuvre de la politique nationale ont été chiffrés par le plan stratégique à 7,034 milliards de FCFA sur cinq ans, soit environ 12 millions d'USD.

### 1.2.3 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveaux   | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|---|--|--|---|
| Communauté internationale                                       | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales  | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de PTF actifs dans ce secteur (UNICEF, UNFPA, Fonds mondial, DFID)</li> <li>• Coordination informelle et limitée</li> <li>• Synergies réduites entre les interventions</li> </ul>  |
| État central  | Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique; ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle; ministère de l'Emploi et de la Protection sociale; ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes; ministère de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Lutte contre la pauvreté; ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de mécanisme de coordination intra- et intersectorielle formalisé</li> <li>• Le comité national de pilotage, qui devait réunir sous l'autorité du MSHP les principaux ministères concernés, les ONG et les PTF, n'est pas opérationnel</li> <li>• Constitution en 2016 d'une <i>task force</i> thématique qui ne s'est pas réunie depuis un an</li> <li>• Absence de système d'information intersectoriel intégré permettant de suivre l'état de santé des adolescents, d'analyser les tendances, de planifier les futures interventions et d'évaluer l'impact des mesures prises dans ce domaine</li> <li>• Manque de leadership du PNSSU/SAJ pour rassembler les partenaires et influencer les finances publiques</li> </ul> |
| Services déconcentrés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, centre communal, préfets et sous-préfets, chefs de village  | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de santé des adolescents et de protection sociale  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les plateformes de collaboration ne sont toujours pas en place</li> <li>• Faible capacité en matière de collecte et d'analyse des données au niveau déconcentré</li> <li>• Manque de leadership et d'intérêt pour les questions de santé des adolescents au sein des directions régionales/départementales de la santé</li> </ul>  |
| Autorités locales   | Autorités régionales et municipales  | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible implication des collectivités locales</li> </ul>  |



| Niveaux          | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|------------------|---|---|--|
| Société civile   | ONG locales, organisations confessionnelles, membres de la diaspora   | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de coordination des interventions en région des ONG actives pour la santé des adolescents et des jeunes</li> <li>• Manque de moyens pour porter les interventions à l'échelle</li> </ul> |
| Secteur privé    | Entreprises privées du secteur, entreprises privées hors secteur, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc. | Mobilisation de ressources, fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé, plaidoyer.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation du secteur privé faible, voire inexistante</li> </ul>   |
| Communautés      | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation insuffisante des communautés</li> <li>• Persistance de normes sociales défavorables à la santé des adolescentes (mariages et grossesses précoces)</li> </ul>                      |
| Parents, famille | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs  | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible implication des parents dans l'éducation des adolescents à la santé et à la sexualité</li> </ul>   |

#### 1.2.4 Recommandations clés

##### VIH/sida et IST

- i. Intégrer/renforcer l'offre de services de prévention, de conseil et de dépistage du VIH/sida et des IST dans les services assurant la prise en charge des adolescents et des jeunes, et exploiter toutes les opportunités de dépistage (VIH et IST).
- ii. Favoriser l'accès des adolescents à une information de qualité dans la famille, la communauté, les milieux scolaires, associatifs et de loisirs et les services offerts aux adolescents dans les centres de santé au sujet du VIH/sida et des IST.
- iii. Renforcer l'offre et la qualité des soins de santé dédiés aux adolescents en vue d'une meilleure prise en compte de leurs besoins spécifiques.

##### Grossesses et accouchements précoces, malnutrition et anémie ferriprive

- iv. Renforcer les connaissances des adolescents dans la famille, la communauté et les milieux scolaires, associatifs et de loisirs au sujet de la santé sexuelle et reproductive (éducation sexuelle complète), des VBG, de l'hygiène menstruelle, des risques liés à l'anémie et des comportements à adopter en cas de symptômes (nécessité de rechercher des conseils et un traitement auprès d'un professionnel de santé).



### Travail dangereux

- v. Engager un plaidoyer avec les acteurs du secteur privé afin qu'ils :
  - a. intensifient leur participation aux programmes en faveur de la santé des adolescents, notamment sur les lieux de travail ;
  - b. respectent davantage les dispositions du Code du travail relatives au travail des enfants, notamment en matière de travail dangereux ;
  - c. prennent davantage en compte les enjeux de santé des adolescents dans le développement de leurs produits, leur communication-marketing, etc.

### Planification stratégique et gestion du secteur

- vi. Mettre en place, aux niveaux central et déconcentré, un cadre institutionnel intersectoriel chargé de :
  - a. favoriser la mise en place de politiques intégrées en faveur des adolescents ;
  - b. planifier des interventions multisectorielles maximisant les synergies en faveur de la santé des adolescents ;
  - c. suivre leur mise en œuvre et mener des actions de plaidoyer en faveur d'une augmentation des moyens consacrés à la santé des adolescents.
- vii. Mettre en place une plateforme nationale d'information sur la santé des adolescents afin de disposer d'un véritable système de gestion d'information multisectoriel dans ce domaine.
- viii. Accroître le montant des crédits alloués à la santé des adolescents afin de renforcer l'offre et la qualité des soins préventifs et curatifs et des activités promotionnelles dédiés aux adolescents.
- ix. Assurer la participation des adolescents à la planification et au suivi-évaluation des politiques, programmes et interventions qui concernent leur santé, leur développement et leur bien-être.

## 1.3 Le droit à la nutrition

L'accès à une nutrition de qualité et en quantité suffisante joue un rôle essentiel dans la survie et le développement de l'enfant. Les carences, les excès ou les déséquilibres de l'apport alimentaire pendant la grossesse et au cours des deux premières années de la vie augmentent, en effet, fortement les risques de mortalité et de morbidité de l'enfant et de la mère. On estime ainsi que la malnutrition sous toutes ses formes est la cause sous-jacente de 45 % des cas de mortalité infanto-juvénile<sup>286</sup> et qu'en Côte d'Ivoire, elle est liée, chaque année, aux décès de près de 42 000 enfants de moins de 5 ans<sup>287</sup>. La malnutrition a également des conséquences à long terme puisqu'elle affecte durablement le développement physique et cognitif de l'enfant, avec des risques accrus d'échec et/ou de retard scolaires, de décès ou d'incapacités prématurées à l'âge adulte et de faible productivité dont le coût annuel pour l'économie est estimé, en Afrique, à 11 % du PIB<sup>288</sup>.

#### Cibles fixées par les États membres de l'OMS en matière de nutrition pour 2025

1. **Retard de croissance** : réduire de 40 % le nombre d'enfants de moins de 5 ans présentant un retard de croissance.
2. **Anémie** : réduire de 50 % l'anémie chez les femmes en âge de procréer.
3. **Petit poids à la naissance** : réduire de 30 % l'insuffisance pondérale à la naissance.
4. **Surpoids** : pas d'augmentation du pourcentage d'enfants en surpoids.
5. **Allaitement** : porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 50 %.

En matière de lutte contre les différentes formes de malnutrition, la Côte d'Ivoire fait face, à l'image d'un nombre croissant de pays, au triple fardeau que constituent la sous-nutrition (malnutrition aiguë et malnutrition chronique), la faim invisible (résultant de carences en vitamines et micronutriments essentiels) et la surnutrition (surpoids et obésité) entraînant des maladies chroniques non transmissibles. Depuis une vingtaine d'années, des initiatives importantes ont été prises afin d'améliorer l'état nutritionnel de la population ivoirienne, notamment celle des enfants, des adolescent(e)s et des femmes en âge de procréer, parmi lesquelles : (i) l'adoption d'un Programme national de nutrition (PNN) en 2001 ; (ii) la mise en place, en 2014, d'un Secrétariat technique permanent (STP) du

Conseil national de nutrition (CNN) rattaché à la Primature, remplacé et élargi en 2019 par un Secrétariat exécutif du Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (SE-CONNAPE) situé au même niveau; (iii) l'adoption d'une Politique nationale de nutrition en 2015 et d'un Plan national multisectoriel de nutrition (PNMN 2016-2020); (iv) la prise en compte de la nutrition dans les plans nationaux de développement (PND), les plans nationaux de développement sanitaire (PNDS) et les programmes nationaux d'investissement agricole (PNIA 1 et 2); (v) la mise en œuvre de mesures réglementaires en faveur de la fortification des aliments en micronutriments (iode, fer, acide folique et vitamine A); (vi) l'adoption d'une note de politique sur l'allaitement et d'un Plan national multisectoriel pour l'allaitement optimal et l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 2019; et (vii) l'adoption de la Politique nationale de développement de la petite enfance (PNDPE) en 2019.

### Objectifs spécifiques et sectoriels du Plan national multisectoriel de nutrition 2016-2020

#### • Objectifs spécifiques

1. Retard de croissance : réduire de 29,8 % à 20 % la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans.
2. Malnutrition aiguë : réduire de 7,5 % à 5 % la malnutrition aiguë globale.
3. Insuffisance pondérale : réduire de 14,9 % à 10 % la prévalence de l'insuffisance pondérale.
4. Faible poids à la naissance : réduire de 14,8 % à 12 % la prévalence du faible poids de naissance.
5. Surpoids : réduire de 10 % la prévalence du surpoids chez les populations ciblées.
6. Anémie : réduire la prévalence de l'anémie de 75 % à 60 % chez l'enfant et de 54 % à 42 % chez la femme en âge de procréer.
7. Iode : éliminer les troubles dus aux carences en iode.

#### • Objectifs sectoriels

1. Apport calorique minimal : réduire de 20,5 % à 15 % la proportion de la population n'atteignant pas le niveau minimum d'apport calorique.
2. Allaitement : accroître le taux d'allaitement maternel exclusif de 12 % à 50 %.
3. Actions essentielles en nutrition : amener 40 % de la population à les adopter.
4. CMU : couvrir 80 % de la population.
5. Insécurité alimentaire : ramener la proportion des ménages en insécurité alimentaire en milieu rural en dessous de 10 %.

Les résultats de la MICS-5 montrent que des progrès ont eu lieu en matière de réduction de la malnutrition chronique et aiguë, ce qui a permis d'accroître substantiellement les chances de survie des enfants de moins de 5 ans. En revanche, très peu d'avancées ont été constatées en matière d'alimentation maternelle, du nourrisson et du jeune enfant et de réduction des carences en micronutriments si bien qu'un nombre encore très élevé d'enfants et d'adolescents ivoiriens ne peuvent s'épanouir et réaliser leur plein potentiel. Par ailleurs, la proportion de femmes en âge de procréer en surpoids ou obèses a continué d'augmenter, en particulier en milieu urbain.

Pour que la Côte d'Ivoire puisse atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés en matière de nutrition, tant au niveau national qu'international, une intensification des interventions et une amélioration de la gouvernance sectorielle apparaissent nécessaires. Les efforts doivent porter à la fois sur les interventions spécifiques et sur les interventions sensibles à la nutrition. Ces efforts devront, en outre, être mis en œuvre de manière multisectorielle de façon à ce que l'ensemble des systèmes alimentaires<sup>289</sup> fonctionnent en synergie avec les autres systèmes (santé, éducation, EAH, protection sociale) et permettent aux enfants, notamment les plus vulnérables, d'avoir un accès durable à une alimentation nutritive favorisant leur croissance et leur développement.



## Le deuxième Objectif de développement durable : « Faim Zéro »

**Cible 1 :** D'ici à 2030, éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation vulnérable, y compris les nourrissons, ait accès tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante.

**Cible 2 :** D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées.

**Cible 3 :** D'ici à 2030, doubler la productivité agricole et les revenus des petits producteurs alimentaires, en particulier les femmes, les autochtones, les exploitants familiaux, les éleveurs et les pêcheurs, y compris en assurant l'égalité d'accès aux terres, aux autres ressources productives et intrants, au savoir, aux services financiers, aux marchés et aux possibilités d'ajout de valeur et d'emploi autres qu'agricoles.

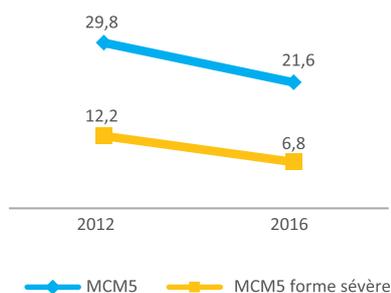
**Cible 4 :** D'ici à 2030, assurer la viabilité des systèmes de production alimentaire et mettre en œuvre des pratiques agricoles résilientes qui permettent d'accroître la productivité et la production, contribuent à la préservation des écosystèmes, renforcent les capacités d'adaptation aux changements climatiques, aux phénomènes météorologiques extrêmes, à la sécheresse, aux inondations et à d'autres catastrophes, et améliorent progressivement la qualité des terres et des sols.

### 1.3.1 Indicateurs clés

#### Malnutrition chronique

L'un des indicateurs de la malnutrition chronique est le retard de croissance qui est défini par un indice taille-pour-âge inférieur à -2 écarts-types (-2 ET) de la médiane des standards de l'OMS 2006. Selon la MICS-5, entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant de malnutrition chronique (MCM5) a diminué de 29,8 % à 21,6 % et celle atteinte par la forme sévère de malnutrition chronique (indice taille-pour-âge inférieur à -3 écarts-types ou -3 ET) a été divisée par deux, passant de 12,2 % à 6,8 %. Si cette tendance se confirmait, la Côte d'Ivoire pourrait atteindre la cible fixée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 de réduire, d'ici 2025, le nombre d'enfants en retard de croissance de 40 %<sup>290</sup>.

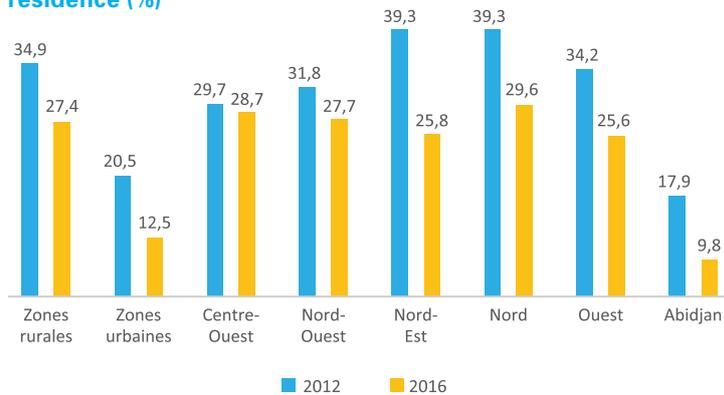
#### Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans (%)



Source : EDS-III, MICS-5.

Une analyse des données de la MICS montre que les progrès ont bénéficié à l'ensemble de la population : l'écart entre le taux de MCM5 (TMCM5) des enfants dont la mère n'a aucune instruction (23,6 %) et celui des mères ayant au moins terminé le secondaire (15,4 %) a ainsi été divisé par deux. L'écart entre le TMCM5 des enfants des ménages les plus pauvres et celui des plus riches est estimé à 21,4 % et n'a pratiquement pas évolué. Entre 2012 et 2016, les régions du Nord, du Nord-Est et de l'Ouest qui enregistraient des TMCM5 proches du seuil critique de 40 % ont connu des améliorations importantes (-13,5 points dans le Nord-Est, -9,7 points dans le Nord et -8,6 points dans l'Ouest).

### Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans en fonction du lieu de résidence (%)

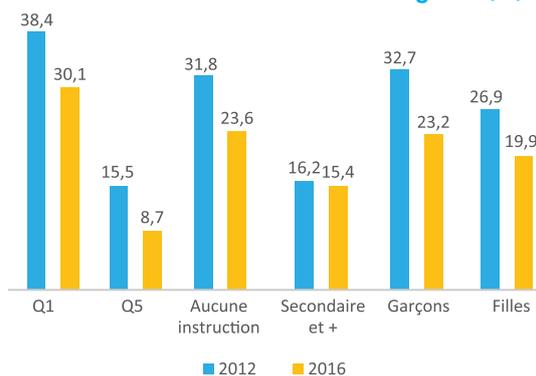


Source : EDS-III, MICS-5.

Toutefois, de fortes disparités demeurent : le TMCM5 reste ainsi fortement corrélé négativement au niveau d'instruction de la mère et de richesse du ménage, l'écart d'un peu plus de 20 points entre le TMCM5 des plus pauvres (30,1 %) et celui des plus riches (8,7 %) n'ayant pratiquement pas évolué. De plus, si en matière de malnutrition chronique sévère, l'écart entre le taux de prévalence en zone rurale et en zone urbaine a été réduit d'un tiers entre 2012 et 2016, le TMCM5 en milieu rural est toujours supérieur d'environ 15 points à celui observé en milieu urbain et la vitesse de diminution du TMCM5 en milieu urbain (-39,0 % entre 2012 et 2016) est près du double de celle observée en milieu rural (-21,5 %).

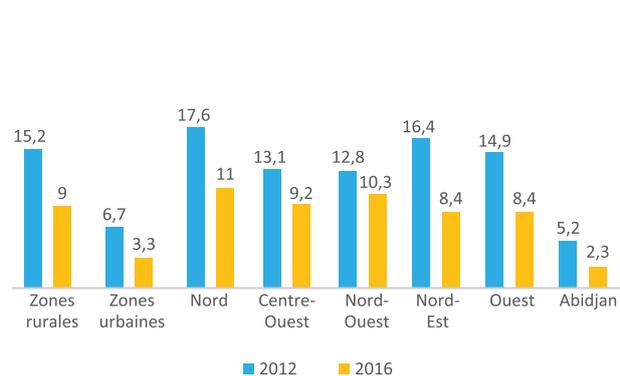
En 2016, 23,2 % des garçons souffraient de malnutrition chronique contre 19,9 % des filles. Cet écart lié au genre, que l'on retrouve dans la plupart des pays subsahariens et qui pourrait s'expliquer, entre autres, par une plus forte vulnérabilité des garçons aux maladies congénitales et périnatales<sup>291</sup> et des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant différentes selon le sexe (comme l'introduction précoce de l'alimentation de complément chez les garçons<sup>292</sup>), a toutefois été ramené de 5,8 points en 2012 à 3,8 points en 2016<sup>293</sup>.

### Malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans en fonction des caractéristiques socioéconomiques, de l'éducation de la mère et du genre (%)



Source : EDS-III, MICS-5.

### Prévalence de la malnutrition chronique sévère chez les moins de 5 ans en fonction du lieu de résidence (%)

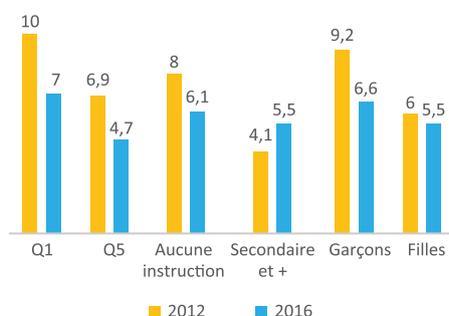


### Malnutrition aiguë

La MICS-5 montre que le taux de malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans (TMAM5) a diminué de 7,5 % en 2012 à 6,0 % en 2016 et que la malnutrition aiguë sévère touchait 1,2 % des enfants de moins de 5 ans en 2016 contre 1,7 % en 2012. La malnutrition aiguë est négativement corrélée avec le niveau d'instruction de la mère (sans instruction : 6,1 % ; secondaire et + : 5,5 %) et la richesse du ménage (Q1 : 7,0 % ; Q5 : 4,7 %), mais à un degré moindre que la malnutrition chronique. Comme pour le retard de croissance, les garçons sont davantage affectés par la malnutrition aiguë que les filles, mais l'écart entre le taux de prévalence (garçon : 6,6 % ; fille : 5,5 %) a été divisé par trois entre 2012 et 2016.

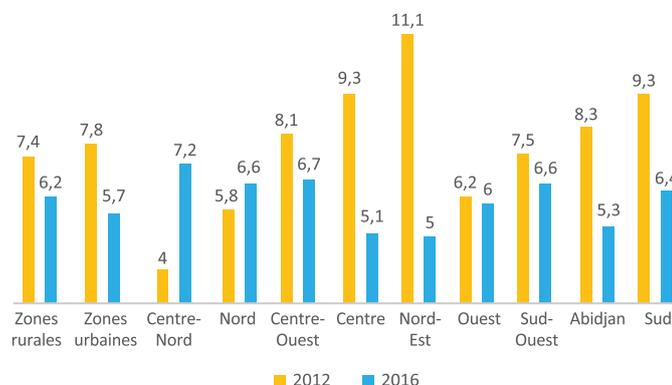


### Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans en fonction des caractéristiques socioéconomiques et du genre (%)



Source : EDS-III, MICS-5.

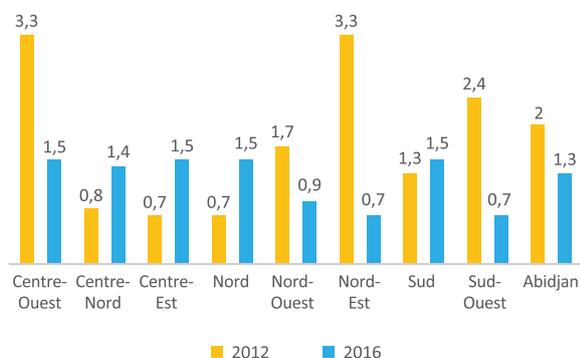
### Prévalence de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans en fonction du lieu de résidence (%)



Des disparités en fonction du lieu de résidence demeurent, mais elles sont en recul. Alors qu'en 2012, trois régions affichaient des TMAM5 supérieurs ou proches du seuil d'alerte de 10 % (le Nord-Est : 11,1 % ; le Centre : 9,3 % ; le Sud : 9,3 %), le taux maximal de MAM5 était en 2016 de 7,2 % (Centre-Nord).

Entre 2012 et 2016, la prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) a fortement diminué dans le Centre-Ouest, le Nord-Est, le Sud-Ouest et à Abidjan, mais a augmenté dans le Centre-Nord, le Centre-Est, le Nord et le Sud. En 2016, le taux maximal de MAS était de 1,5 % (Centre-Ouest, Centre-Est, Nord et Sud) alors qu'il se situait au-dessus du seuil d'urgence de 2 % en 2012 dans quatre régions (Centre-Ouest, Nord-Est, Sud-Ouest et Abidjan).

### Prévalence de la malnutrition aiguë sévère chez les moins de 5 ans en fonction du lieu de résidence (%)

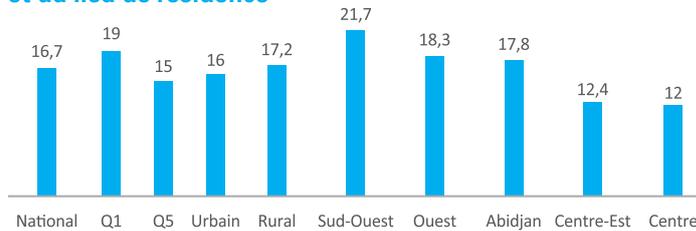


Source : EDS-III, MICS-5.

### Malnutrition à la naissance

Selon la MICS-5, aucun progrès n'a été observé en ce qui concerne le faible poids à la naissance (moins de 2500 g). En effet, la proportion d'enfants nés avec un faible poids a augmenté entre 2012 et 2016, passant de 14,2 % à 16,7 %. Le risque de naître avec un faible poids est plus élevé chez les enfants des ménages les plus pauvres (19 %) et ceux des régions du Sud-Ouest (21,7 %), de l'Ouest (18,3 %) et d'Abidjan (17,8 %). Les enfants nés avec une insuffisance pondérale sont davantage vulnérables aux maladies et courent un risque plus élevé de retard de croissance : en 2016, 10,4 % des enfants de moins de 6 mois souffraient ainsi déjà d'un retard de croissance et 10,3 % étaient émaciés. La proportion d'enfants en retard de croissance est la plus élevée chez ceux âgés de 36 à 47 mois (27,4 %). La prévalence de la malnutrition aiguë est maximale chez les enfants âgés de 6 à 11 mois (11,5 %), mais diminue fortement à partir du 18<sup>e</sup> mois. Selon les dernières données de routine disponibles du système de santé, la proportion d'enfants avec un poids inférieur à 2500 grammes à la naissance se situait à 11,5 % en 2017, avec un maximum dans le Gôh (15 %) et un minimum à Abidjan 2 (9,5 %) <sup>294</sup>.

### Pourcentage de naissances vivantes avec un faible poids à la naissance en fonction du niveau de richesse et du lieu de résidence

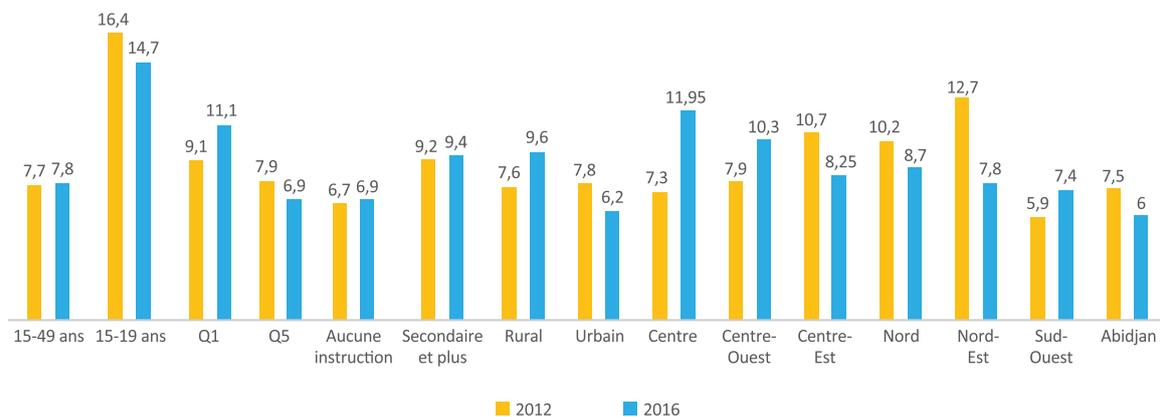


Source : MICS-5.

### État nutritionnel de la mère

L'état nutritionnel de la mère influence celui de l'enfant avant même sa naissance et les mères qui ont souffert de malnutrition chronique dans leur enfance ont un risque accru d'avoir un enfant en retard de croissance, perpétuant alors le cercle vicieux qui relie sous-nutrition, morbidité et pauvreté sur plusieurs générations<sup>295</sup>. Des analyses secondaires des données de la MICS-5 ont montré que près de 7,8 % des femmes âgées de 15-49 ans ont un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 18,5 kg/m<sup>2</sup>, sans changement significatif par rapport à 2012 avec un pourcentage de 7,7 % (EDS-III). Par ailleurs, en dépit d'une baisse de 1,7 point entre 2012 et 2016, la proportion des adolescentes ayant un IMC inférieur à 18,5 reste toujours très élevée à 14,7 %, ce qui accroît fortement leur risque d'avoir un enfant souffrant lui-même de malnutrition et de subir des complications importantes durant la grossesse et l'accouchement<sup>296</sup>. Les données de la MICS-5 montrent qu'entre 2012 et 2016, la proportion de femmes en âge de procréer souffrant de maigreur a reculé en milieu urbain (6,2 %) et dans les ménages les plus riches (6,9 %), mais a augmenté en milieu rural (9,6 %) et dans les ménages les plus pauvres (11,1 %). La proportion de femmes trop maigres est de 9,4 % parmi les diplômées de l'enseignement secondaire contre 6,9 % chez les femmes sans instruction, sans évolution significative depuis 2016. Les régions où, en 2012, la proportion des femmes de 15-49 ans souffrant de maigreur était la plus élevée (Nord-Est, Centre-Est, Nord) ont vu leur situation s'améliorer tandis qu'elle s'est dégradée dans les régions du Centre et du Centre-Ouest.

### Proportion de femmes de 15-49 ans ayant un IMC inférieur à 18,5 en fonction de l'âge, des caractéristiques socio-économiques et du lieu de résidence (%)



Source : EDS-III, MICS-5.

Comme l'a souligné le dernier rapport sur la nutrition mondiale (2018), au niveau de la malnutrition, la Côte d'Ivoire fait face à trois fardeaux : le retard de croissance, le surpoids et l'anémie<sup>297</sup>.

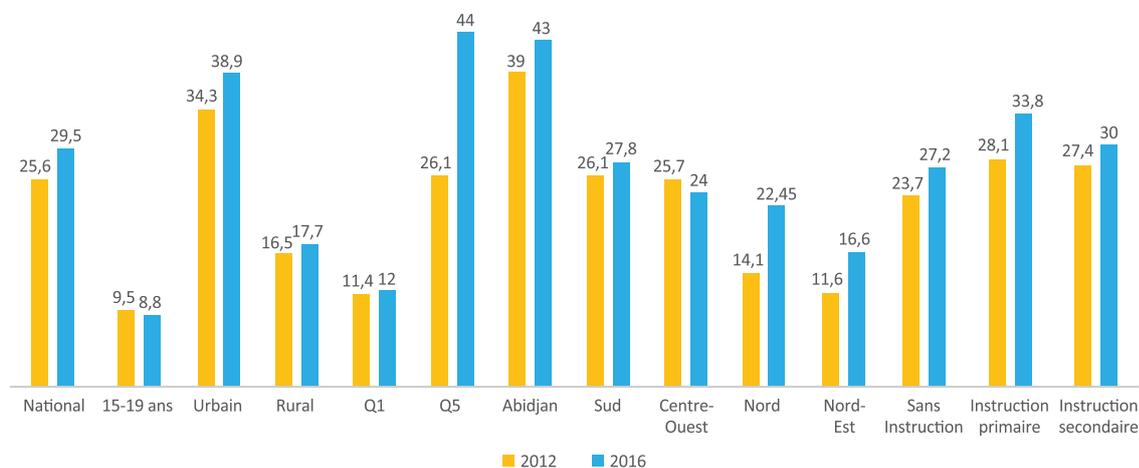
### Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité pendant la grossesse sont associés à un risque accru d'hypertension, de prééclampsie et de diabète gestationnel<sup>298</sup>. Des analyses secondaires des données de la MICS-5 ont montré que la proportion des femmes de 15-49 ans en surpoids (IMC supérieur ou égal à 25 kg/m<sup>2</sup>) est passée de 19,0 % en 2012 à 19,4 % en 2016 et que celle des femmes de 15-49 ans souffrant d'obésité (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup>) a fortement augmenté de 6,6 % en 2012 à 10,1 % en 2016. Si la proportion des adolescentes de 15-19 ans en surpoids ou obèses est en légère diminution, étant passée de 9,5 % en 2012 à 8,8 % en 2016, le risque pour les femmes en



âge de procréer de souffrir de surpoids ou d'obésité est en augmentation, quels que soient le lieu de résidence ou les caractéristiques socio-économiques. Il est toutefois le plus élevé parmi les femmes des ménages les plus riches (44,0 %), celles vivant à Abidjan (43,0 %) ou en milieu urbain (38,9 %).

### Proportion des femmes de 15-49 ans en surpoids ou obèses (%)

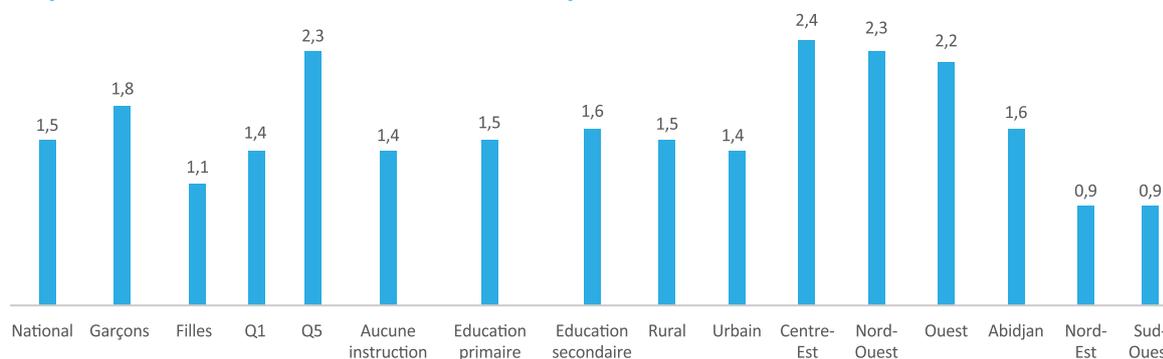


Source : EDS-III, MICS-5.

L'obésité infantile est liée à toute une série de complications sanitaires graves et à un risque accru d'apparition précoce de maladies, dont le diabète et les cardiopathies<sup>299</sup>. Entre 2012 et 2016, la proportion des enfants de moins de 5 ans en surpoids (poids-pour-taille se situant au-dessus de 2 écarts-types de la médiane de la population de référence) a diminué de 3,0 % à 1,5 %.

Elle est plus importante chez les garçons (1,8 %) que chez les filles (1,1 %) et est corrélée positivement avec le niveau de richesse du ménage. Il n'y a pas de différence entre les zones urbaines (1,4 %) et rurales (1,5 %), mais trois régions ont un taux supérieur à 2 % (Centre-Est : 2,4 % ; Nord-Ouest : 2,3 % ; Ouest : 2,2 %) et deux un taux inférieur à 1 % (Nord-Est et Sud-Ouest) pour des raisons qui restent à déterminer. Avec la progression de l'urbanisation, la consommation croissante de produits transformés et ultra-transformés et la baisse du niveau d'activité physique de la population, le risque existe de voir, comme pour les mères, les cas de surpoids et d'obésité se multiplier chez les enfants dans les années à venir, illustrant la transition nutritionnelle en cours en Côte d'Ivoire.

### Proportion des enfants de moins de 5 ans en surpoids (%)



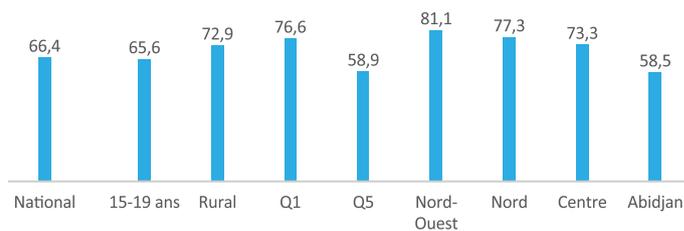
Source : MICS-5.

### Carences en micronutriments

La carence en fer représente la forme la plus courante des carences en micronutriments. L'organisme a besoin de fer pour fabriquer de l'hémoglobine – la protéine présente dans les globules rouges qui transportent l'oxygène dans l'organisme –, mais aussi plusieurs enzymes dont ont besoin les muscles, le cerveau et le système immunitaire pour fonctionner.

Même si des carences en acide folique (folate), en vitamine A, en acide ascorbique, en riboflavine et en minéraux divers peuvent également contribuer à l'anémie, celle-ci est un bon marqueur de la carence en fer. Selon l'enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie en Côte d'Ivoire (EPPA-CI), la prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49 ans a augmenté de plus de 13 points entre 2012 (53,7 %) et 2016 (66,4 %). La dégradation est particulièrement importante en milieu rural, avec une prévalence de l'anémie de 72,9 % en 2016 contre 54,7 % en 2012. Les régions où les taux d'anémie sont les plus élevés sont le Nord-Ouest (81,1 %, dont 3,9 % d'anémie sévère) et le Nord (77,3 %, dont 2,9 % d'anémie sévère). Bien que légèrement moins affectées que les adultes, les adolescentes ont également vu leur taux d'anémie augmenter, passant de 53,9 % en 2012 à 65,6 % en 2016.

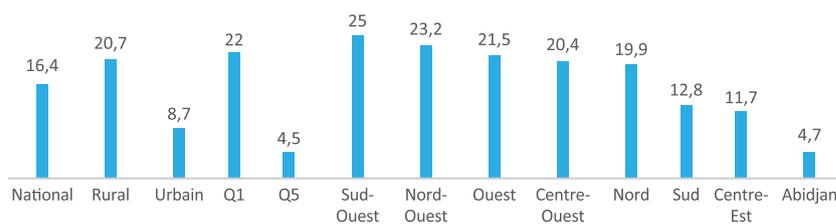
#### Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15-49 ans en fonction des caractéristiques socioéconomiques et du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5.

Les nourrissons et les jeunes enfants ont besoin d'apports importants en fer pour leur croissance<sup>300</sup>. Il est difficile d'apprécier l'évolution dans la durée du taux d'anémie des enfants de moins de 5 ans, car l'EDS-III et l'EPPA-CI ont utilisé des seuils différents<sup>301</sup>. Selon l'EPPA-CI, en 2016, la proportion des enfants de moins de 5 ans souffrant d'anémie (niveau d'hémoglobine inférieur à 8,0 g/dL) était de 16,4 % en 2016, mais atteignait 28,4 % pour les enfants âgés de 12 à 17 mois et 26,3 % pour ceux de 18 à 24 mois. Le taux d'anémie chez les enfants de moins de 5 ans varie peu en fonction du genre (garçon : 16,8 % ; filles : 16,1 %), mais est corrélé négativement avec le niveau de richesse du ménage dans lequel vit l'enfant (Q1 : 22 % ; Q5 : 4,5 %). Le risque pour un enfant de souffrir d'anémie est plus élevé en milieu rural (20,7 %) qu'en milieu urbain (8,7 %) et dans les régions du Sud-Ouest (25 %), du Nord-Ouest (23,2 %), de l'Ouest (21,5 %), du Centre-Ouest (20,4 %) et du Nord (19,9 %), contre 4,7 % à Abidjan.

#### Prévalence de l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans en fonction des caractéristiques socioéconomiques et du lieu de résidence (%)



Source : EPPA-CI 2016.

La vitamine A protège les enfants contre la xérophtalmie (perte de la vision) et renforce leur système immunitaire, ce qui permet de réduire la mortalité infantile liée aux infections, en particulier les maladies diarrhéiques et la rougeole<sup>302</sup>. En Côte d'Ivoire, l'enquête nutritionnelle de mortalité<sup>303</sup> de 2004 avait montré que la proportion d'enfants âgés de 6-59 mois courant un risque d'hypovitaminose A était de 60 %<sup>304</sup>. Selon une enquête transversale mesurant l'anthropométrie, la parasitémie palustre et le statut en micronutriments<sup>305</sup>, la carence en vitamine A affectait, en 2007, 24,1 % des enfants de 6-59 mois, dont 28,0 % en milieu rural et 20,3 % en milieu urbain.

La carence en iode des mères accroît le risque de décès maternel et de fausse couche. Les enfants nés de mères présentant des carences en iode sont exposés à des risques importants de retard de développement physique et cognitif et à des troubles divers comme celui du langage ou la surdité<sup>306</sup>. Le niveau de carence en iode des mères et des enfants n'a pas fait l'objet d'études récentes. Selon l'enquête nutritionnelle de mortalité, la prévalence des goitres chez les enfants d'âge préscolaire et scolaire (qui est un témoin de la carence en iode) était de 4,8 %





en 2004. Sur la base des données des résultats de l'EDS-III indiquant que 92 % des ménages avaient du sel iodé, l'élimination des carences en iode au sein de la population a pu paraître réalisable dans un avenir proche. En analysant la teneur en iode du sel testé, la MICS-5 a cependant montré que seuls 67,3 % des ménages utilisaient du sel ayant, conformément aux recommandations de l'OMS, une teneur en iode supérieure à 15 parties par million (Ppm), ce qui suggère qu'en 2016, 315 000 nouveau-nés (32,7 % des 965 000 naissances vivantes enregistrées cette année-là) n'étaient pas protégés de façon adéquate contre le risque de carence en iode.

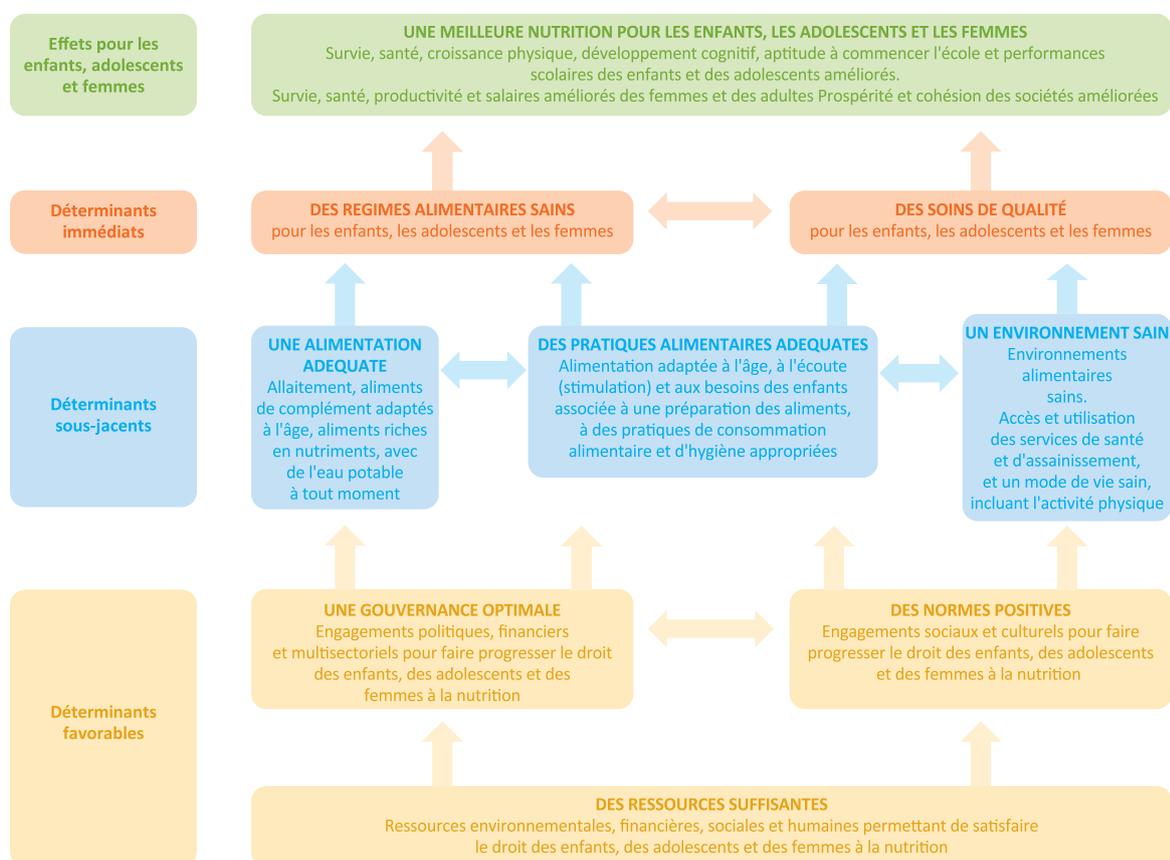
Les carences en micronutriments comme le zinc (un constituant essentiel d'un grand nombre d'enzymes jouant un rôle central dans la croissance et la fonction immunitaire), le calcium et le magnésium (deux micronutriments permettant de réduire le risque d'hémorragies du post-partum et de mortalité maternelle) sont mal connues et il apparaît urgent de renforcer la collecte des données relatives aux carences en micronutriments conformément aux recommandations du rapport mondial sur la nutrition (2018)<sup>307</sup>.

### 1.3.2 Analyse causale

Dans le cadre de sa nouvelle stratégie mondiale en matière de nutrition maternelle et infantile pour la période 2020-2030<sup>308</sup>, l'UNICEF a développé, sur la base du cadre d'analyse adopté en 1990 et des études et articles de références parus depuis<sup>309</sup>, un nouveau cadre conceptuel qui vise à mieux appréhender, dans leur complexité, les déterminants immédiats, sous-jacents et favorables de la nutrition des enfants, des adolescents et des femmes en âge de procréer. Intégrant les connaissances les plus récentes en matière de nutrition, ce nouveau cadre conceptuel reconnaît la nature évolutive et multiple de la malnutrition maternelle et infantile et suggère les meilleures approches à adopter afin de répondre de manière efficace aux défis à relever dans ce domaine.

L'analyse causale développée dans ce sous-chapitre s'appuie sur le nouveau cadre conceptuel adopté par l'UNICEF en matière de nutrition. Elle ne le suit toutefois que partiellement, plusieurs données et indicateurs utilisés par le nouveau cadre conceptuel n'étant pas encore disponibles pour la Côte d'Ivoire.

#### Cadre conceptuel des déterminants de la nutrition maternelle et infantile



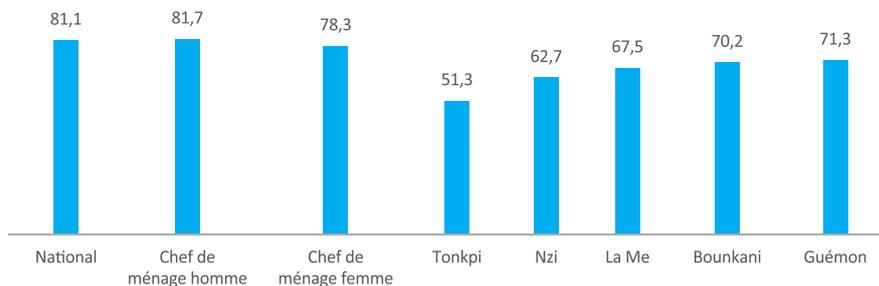
Source: UNICEF. Maternal and Child Nutrition UNICEF Strategy 2020–2030. UNICEF: New York; 2019.

### Déterminants immédiats

- Régime alimentaire optimal pour les enfants, les adolescents et les femmes

Au niveau national, selon l'enquête nationale de suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire (SAVA 2018), 18,9 % des ménages ivoiriens n'ont pas une consommation alimentaire acceptable (score de consommation alimentaire<sup>310</sup> ou SCA < 35,5) et 6,6 % ont une consommation alimentaire pauvre (SCA < 21)<sup>311</sup>. La proportion de ménages ayant accès à une consommation alimentaire acceptable est plus importante lorsque le ménage est dirigé par un homme (81,7 %) que par une femme (78,3 %). La proportion de la population ayant une consommation alimentaire pauvre dépasse les 10 % dans sept régions : Tonkpi (31 %), Indénié-Djuablin (22,3 %), N'Zi (14,2 %), Bélier (14,2 %), La Mé (13,6 %) Guémon (13,4 %) et San Pedro (11,4 %).

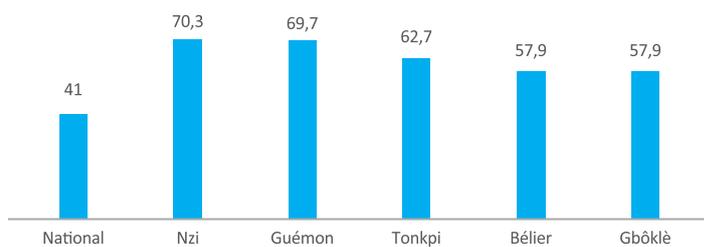
### Score de consommation alimentaire acceptable en fonction du genre du chef de ménage et du lieu de résidence



Source : SAVA 2018.

Le régime alimentaire est, par ailleurs, peu diversifié car basé, pour l'essentiel, sur la consommation de tubercules, de racines et de céréales. Selon l'enquête SAVA 2018, le calcul du score de diversité alimentaire des ménages (SDAM) montre que seuls 30,2 % des ménages ont une bonne diversité alimentaire et que 41 % des ménages ont une diversité alimentaire faible (46 % des ménages dirigés par une femme et 41 % de ceux dirigés par un homme). Les régions où la proportion des ménages ayant une diversité alimentaire faible est la plus élevée sont N'Zi (70,3 %), Guémon (69,7 %), Tonkpi (62,7 %), Bélier (57,9 %) et Gbôklè (57,9 %).

### Score de diversité alimentaire faible en fonction du lieu de résidence



Source : SAVA 2018.

Le problème de l'inadéquation du régime alimentaire se manifeste de façon encore plus marquée au niveau du régime alimentaire du jeune enfant.

- Régime alimentaire du jeune enfant

Entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants de 6 à 23 mois qui bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable en termes de diversité alimentaire minimale et de fréquence minimum des repas (RAMA)<sup>312</sup> a presque été multipliée par trois, mais elle reste très faible à 12,5 %, avec un écart de plus d'un point entre les filles (11,9 %) et les garçons (13,2 %).

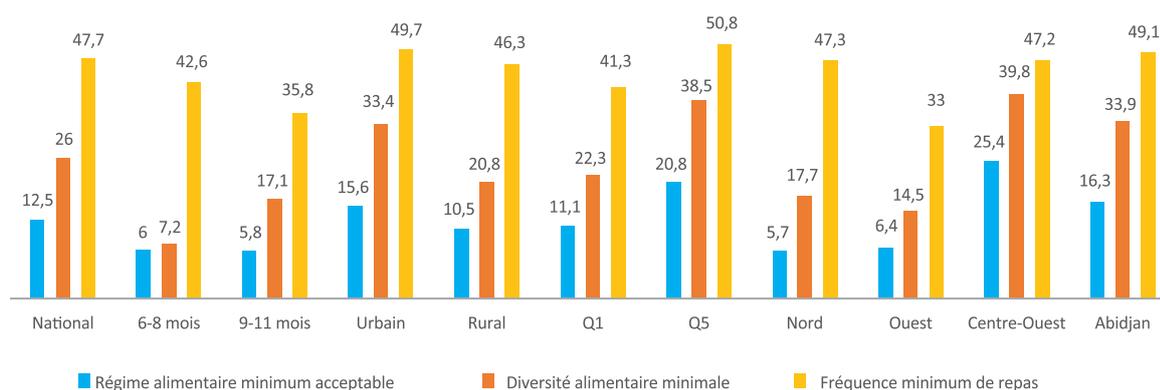




La situation des enfants de moins de 12 mois est la plus insatisfaisante puisque seuls 6 % des enfants de 6-8 mois et 5,8 % des enfants de 9-11 mois ont un régime alimentaire acceptable du fait d'une trop faible diversité de leur consommation alimentaire, et pour les 9-11 mois d'une fréquence des repas très insuffisante. Les enfants des ménages ruraux (89,5 %), ceux dont la mère n'a reçu aucune instruction (88,2 %), ceux vivant dans les ménages les plus pauvres (Q1 : 88,9 %) et dans les régions du Nord (94,3 %), de l'Ouest (93,6 %) et du Sud-Ouest (91,4 %) courent le plus de risques de ne pas recevoir un RAMA. Toutefois, les niveaux de richesse et d'instruction scolaire ne sont que faiblement corrélés à l'accès à un régime alimentaire minimum acceptable : seuls 15,5 % des enfants de mères ayant eu au moins une éducation secondaire et 20,8 % des enfants des ménages les plus riches reçoivent un RAMA. Dans le Centre-Ouest, où le taux d'accès à un RAMA est le plus élevé, seuls un quart des 6-23 mois en bénéficient (25,4 %).

Comme l'avait déjà constaté l'EDS-III, l'ampleur des disparités régionales s'explique, en grande partie, par les écarts en termes d'accès à une diversité alimentaire minimale : la proportion d'enfants recevant une diversité alimentaire minimale est ainsi particulièrement faible dans l'Ouest (7,9 % en 2012 ; 14,5 % en 2016), le Sud-Ouest (2,8 % en 2012 ; 17,1 % en 2016) et le Nord (6,9 % en 2012 ; 17,7 % en 2016). En revanche, la MICS montre qu'elle a fortement progressé dans le Centre-Ouest (39,8 % en 2016 contre 5,3 % en 2012) et le Centre (22 % en 2016 contre 5,9 % en 2012) pour des raisons qui restent à déterminer. Entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants ayant reçu des repas à la bonne fréquence a progressé de 40,2 % à 47,7 %, mais cette amélioration en moyenne cache des baisses importantes dans le Nord (54,8 % en 2012 contre 47,3 % en 2016), le Nord-Ouest (44,9 % en 2012 contre 30,2 % en 2016) et l'Ouest (42,5 % en 2012 contre 33 % en 2016).

### Régime alimentaire minimum acceptable (% des enfants de 6 à 23 mois)



Source : MICS-5.

Si, en Côte d'Ivoire, la question du régime alimentaire minimum acceptable du jeune enfant continue de se poser avant tout en termes de quantité et de diversité de l'alimentation, de nouveaux enjeux apparaissent, sous l'effet de la transition alimentaire en cours au sein de la population et de la consommation grandissante par les enfants âgés de moins de 5 ans – en particulier ceux ayant entre 2 et 5 ans – de produits sans intérêt nutritionnel comme les produits ultra-transformés. Selon une étude menée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et dont les résultats ont été publiés en 2019, 36,7 % des enfants âgés de 6 à 23 mois (27,6 % en milieu rural et 45,9 % en milieu urbain) et 50,1 % de ceux âgés de 2 à 5 ans (32,5 % en milieu rural et 64,9 % en milieu urbain) avaient consommé des aliments ultra-transformés (comme des collations salées ou sucrées ou des boissons sucrées) au cours des 24 heures précédant l'enquête<sup>313</sup>. Cette évolution, qui affecte plus particulièrement les enfants vivant en milieu urbain et ceux issus des ménages les plus riches, pourrait conduire, dans les années à venir, à une forte augmentation du nombre de cas de surpoids, d'obésité et de maladies chroniques non transmissibles liées à la nutrition.

### Pratiques d'alimentation des enfants de 6-8 mois selon les caractéristiques socio-économiques

Des analyses secondaires des données de la MICS-5 montrent que seuls 5,2 % des enfants âgés de 6-8 mois bénéficient d'un régime alimentaire minimum acceptable. La probabilité d'avoir un apport alimentaire minimum acceptable est corrélée au niveau de richesse du ménage (Q1 : 3,6 % ; Q2 : 3,9 % ; Q3 : 4,3 % , Q4 : 5,2 %) et au niveau d'éducation de la mère (sans instruction : 4,3 %, primaire : 4,9 %). Toutefois, seuls 11,1 % des enfants des ménages les plus riches et 9,3 % des enfants dont la mère a au moins effectué des études secondaires en bénéficient. Les conseils prodigués lors des CPN (une CPN : 6,9 % ; plus de trois CPN : 9,8 %) et de l'accouchement par un professionnel de santé (accouchement à domicile : 4,6 % ; accouchement dans un établissement de santé public : 7,9 % ; accouchement dans un établissement de santé privé : 7,4 %) ont une influence positive sur le régime alimentaire dont bénéficie l'enfant. La probabilité d'avoir un apport alimentaire minimum acceptable varie du simple au double selon que la mère n'a qu'un seul enfant (8,2 %) ou plus de quatre (4,1 %). Il existe un écart important entre les enfants du milieu rural (3,7 %) et ceux vivant en zone urbaine (7,6 %) et des disparités selon les régions, avec des taux maximums dans le Centre-Ouest (8,3 %) et à Abidjan (8,2 %) et minimums dans l'Ouest (2,2 %), le Sud-Ouest (2,5 %) et le nord (2,6 %).

Seuls 65,5 % des enfants âgés de 6-8 mois sont nourris conformément aux recommandations relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) en matière d'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous. L'introduction d'aliments solides, semi-solides ou mous est légèrement plus fréquente chez les garçons (66,3 %) que chez les filles (64,8 %). Elle est fortement corrélée avec le niveau d'éducation de la mère (sans instruction : 61 % ; instruction secondaire et plus : 84 %), le niveau de richesse du ménage (Q1 : 43,6 % ; Q5 : 73,5 %) et le nombre de CPN effectuées (une consultation : 62,3 % ; plus de trois consultations : 76,2 %). Elle est plus répandue chez les enfants nés dans un établissement de santé public (69,3 %) que chez ceux nés à domicile (58,9 %) ou dans un établissement privé (51,3 %). Elle est plus fréquente en milieu urbain (71,6 %) qu'en milieu rural (61 %) et dans le Centre-Ouest (85 %), à Abidjan (75,3 %) et le Sud (75,2 %), les régions de l'Ouest (50,8 %), du Sud-Ouest (52,2 %) et du Centre-Nord (53,7 %) enregistrant les taux les plus faibles.

En matière de diversification alimentaire, la situation des 6-8 ans est préoccupante puisque seuls 16,8 % d'entre eux bénéficient d'une alimentation suffisamment diversifiée, parmi lesquels 17 % des garçons et 16,5 % des filles. La probabilité d'avoir une alimentation suffisamment diversifiée augmente avec le niveau de richesse du ménage (Q1 : 11,6 % ; Q5 : 27,2 %) l'éducation de la mère (sans instruction : 14 % ; secondaire et plus : 28,2 %) et le nombre de CPN (une CPN : 15,8 % ; plus de trois CPN : 30,0 %). Elle est aussi plus élevée lorsque l'accouchement a eu lieu dans un établissement de santé privé (24,5 %) que lorsqu'il a eu lieu dans un établissement public (20,5 %) ou à domicile (14,5 %). Le nombre total de naissances de la mère influence aussi la diversification alimentaire : 25,2 % des enfants ont accès à une alimentation suffisamment diversifiée lorsque la mère n'a qu'un seul enfant contre seulement 14,2 % si elle a plus de quatre enfants.

Enfin, les enfants vivant en milieu urbain ont pratiquement deux fois plus de chance de bénéficier d'une diversification alimentaire minimum (22,2 %) que ceux qui vivent en milieu rural (13,2 %). Les régions où la proportion d'enfants ayant une diversification alimentaire minimum est la plus basse sont le Sud-Ouest (10,1 %), l'Ouest (10,4 %), le Nord-Est (12,0 %), le Nord (12,6 %) et le Centre (12,7 %) et celles où elle est la plus haute sont le Centre-Ouest (23,9 %), Abidjan (20,5 %) et le Sud (20,3 %).

Enfin, un quart seulement (25,4 %) des enfants de cette tranche d'âge – sans différence significative en fonction du genre – prend le nombre minimum de repas recommandé. La probabilité de prendre un nombre minimum de repas s'accroît avec le niveau de richesse (Q1 : 22,1 % ; Q5 : 28,6 %) et d'instruction (sans instruction : 23,4 % ; secondaire et plus : 32,2 %) et diminue lorsque le nombre d'enfants de la mère augmente (une naissance : 34,2 % ; plus de quatre naissances : 23,0 %). Le lieu de l'accouchement (à domicile : 28,4 % ; dans un établissement de santé public : 33,6 % ; dans un établissement de santé privé : 32,1 %) et le nombre de CPN (une CPN : 29,4 % , plus de trois CPN : 34,2 %) ont une influence sur la probabilité de prendre le nombre minimum de repas recommandé, mais celle-ci reste modérée. L'écart entre le milieu rural (23,8 %) et le milieu urbain (27,9 %) est également assez modeste. Il existe en revanche des disparités régionales plus marquées entre le Centre-Ouest (33,9 %) et le Nord-Est (29,6 %) et la région de l'Ouest (15,6 %) pour des raisons qui restent à déterminer.

#### • Soins de qualité pour les enfants, les adolescents et les femmes

Les enfants, les adolescents et les femmes ont besoin de soins de qualité, car il existe une interaction fatale entre la malnutrition et les infections contractées, en particulier chez les enfants. En effet, la malnutrition affaiblit le système immunitaire, exposant l'enfant à un risque accru d'accès infectieux graves, fréquents et prolongés. En retour, ces infections répétées peuvent réduire l'appétit, entraîner des troubles de l'absorption intestinale des nutriments, accentuer l'anémie et le retard de croissance et aggraver l'état nutritionnel des enfants, avec des conséquences potentiellement mortelles dans les cas les plus graves<sup>314</sup>.

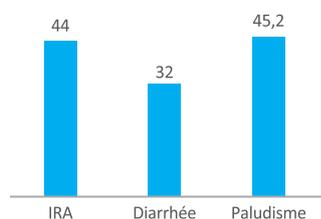


Selon le Groupe d'estimations épidémiologiques chez la mère et l'enfant (Maternal and Child Epidemiology Estimation Group – MCEE), les principales causes de la mortalité postnatale des enfants de moins de 5 ans en Côte d'Ivoire sont la pneumonie (19,2 %), la diarrhée (15,7 %), le paludisme (11,8 %) et le VIH/sida (4,5 %) <sup>315</sup>. Cependant, dans 45 % des cas de décès des enfants de moins de 5 ans, la malnutrition sous toutes ses formes constitue la cause sous-jacente.

En dehors des maladies infectieuses classiques, d'autres maladies et troubles de la santé sont susceptibles d'influencer l'état nutritionnel, la croissance et le développement cognitif des enfants, des adolescents et des femmes. C'est le cas notamment de la dysfonction entérique environnementale (DEE), un trouble subclinique résultant d'une exposition chronique à des agents pathogènes fécaux qui agressent et endommagent les intestins, réduisant la capacité de l'organisme à absorber les nutriments. La DEE fait l'objet d'un nombre croissant d'études qui ont montré : (i) qu'elle est fortement associée au retard de croissance et à la carence en fer <sup>316</sup>, notamment parmi les personnes vivant en situation de pauvreté <sup>317</sup> et les enfants résidant dans des environnements insalubres <sup>318</sup>; et (ii) qu'elle est potentiellement corrélée avec un retard cognitif et une moindre réussite scolaire chez l'enfant <sup>319</sup>. Jusqu'ici, cependant, aucune étude n'a encore été publiée sur le sujet concernant la Côte d'Ivoire. Compte tenu des liens mis en évidence par de nombreux travaux récents <sup>320</sup> entre le microbiome intestinal et la santé physique et mentale, il apparaît également probable que des perturbations au niveau de la flore intestinale entraînent des dysfonctionnements au niveau du système immunitaire, favorisent le surpoids et l'obésité et retardent le développement des capacités cognitives des enfants.

Or, l'accès des enfants et des mères à des soins de santé de qualité reste limité, en raison de la couverture en établissement de santé (ES) encore insuffisante dans certaines régions <sup>321</sup>, des ruptures de stock en médicaments gratuits et un manque de personnel formé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). De plus, comme l'a montré la MICS-5, lorsque des enfants de moins de 5 ans ont des symptômes d'IRA, de diarrhée ou de paludisme, des conseils ou un traitement dans les établissements de santé ou auprès de prestataires de santé ne sont recherchés que dans respectivement 44 %, 32 % et 45,2 % des cas <sup>322</sup>. Pour plus de détails sur l'accès aux soins de santé, voir le sous-chapitre « Le droit à la santé ».

### Recherche de conseils et de soins en cas d'IRA, de diarrhée et de paludisme pour les enfants de moins de 5 ans (%)



Source : MICS-5.

### Déterminants sous-jacents

#### • Pratiques de soins et d'alimentation adéquates

L'allaitement maternel, la fourniture d'une alimentation complémentaire à un âge approprié et correspondant aux besoins de l'enfant (cf. « *responsive feeding* »), la stimulation cognitive et la recherche de soins en cas d'infection contribuent à prévenir les formes de malnutrition, notamment la malnutrition chronique chez l'enfant.

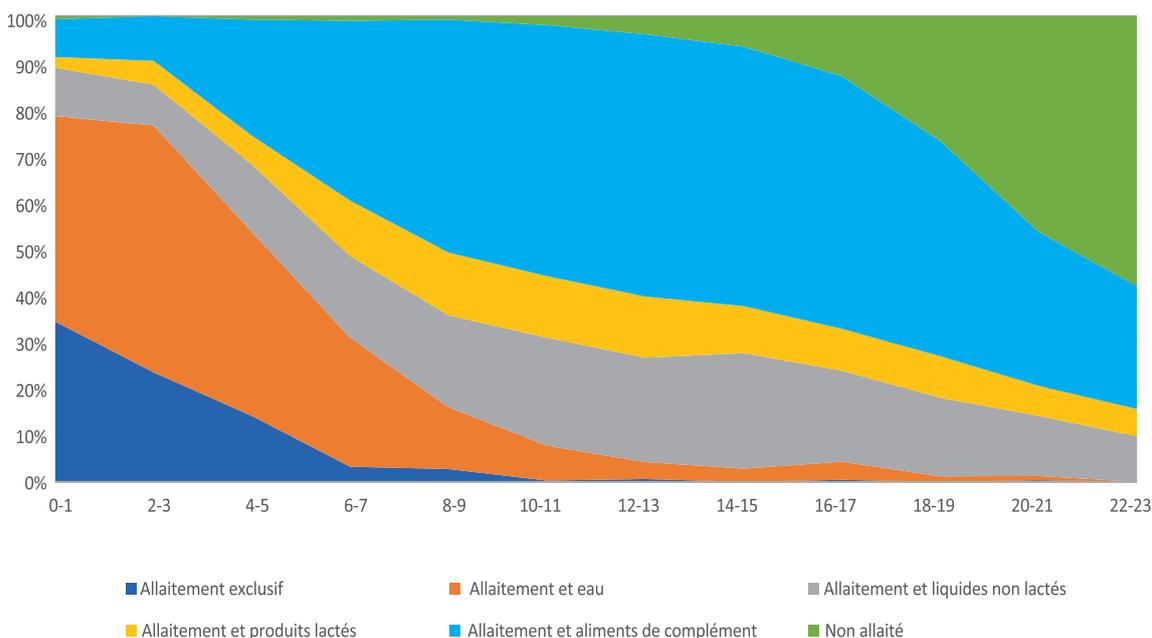
Le lait maternel contient tous les nutriments dont l'enfant âgé de moins de 6 mois a besoin. En assurant une protection efficace contre la diarrhée et les infections et une meilleure récupération en cas de maladie, la pratique de l'allaitement exclusif au cours des six premiers mois de la vie : (i) contribue à réduire le nombre de cas de morts subites du nourrisson et, de manière générale, la mortalité néonatale et infantile; (ii) permet de prévenir les risques de surcharge pondérale et d'obésité; et (iii) favorise le développement cognitif et l'amélioration des performances scolaires de l'enfant <sup>323</sup>.

L'allaitement a également comme bénéfices de réduire le risque d'hémorragie du post-partum en retardant temporairement la fertilité de la mère, de contribuer à l'espacement des naissances et, enfin, de diminuer le risque de cancer du sein et des ovaires. Les bénéfices économiques d'un allaitement optimal sont aussi importants et se caractérisent par des revenus plus élevés pour les adultes, une réduction des dépenses de santé sur le long terme et des gains plus importants liés à l'augmentation de la productivité.

L'OMS recommande une initiation précoce à l'allaitement maternel, c'est-à-dire dès la première heure suivant la naissance, un allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois et, à partir du sixième mois, l'introduction d'aliments complémentaires variés, riches en nutriments et de consistance appropriée, tout en poursuivant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus. Ces recommandations ont été intégrées depuis 2012 dans les directives concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE).

Selon la MICS-5, le pourcentage d'enfants ayant été allaités au sein dès la première heure est passé de 30,8 % en 2012 à 36,6 % en 2016. La pratique de l'allaitement précoce est corrélée négativement avec le niveau de richesse du ménage (Q1 : 39,0 % ; Q5 : 35,4 %) et le niveau d'instruction de la mère (aucune instruction : 39,7 %, secondaire et plus : 30,3 %). Cependant, de fortes disparités régionales demeurent : la proportion d'enfants ayant bénéficié d'une initiation à l'allaitement maternel dès la première heure suivant la naissance est de 60,4 % dans le Centre-Nord et de 56 % dans le Nord, contre seulement 24,5 % dans le Centre-Est, 25,8 % dans le Nord-Est et 29,4 % à Abidjan. De plus, il apparaît que la probabilité qu'un nouveau-né bénéficie d'une initiation précoce à l'allaitement maternel reste plus élevée lorsque l'accouchement est assisté par une accoucheuse traditionnelle (39,9 %) ou a lieu à domicile (38,4 %) que lorsqu'il a lieu dans un établissement de santé public (36,2 %), par un agent de santé qualifié (35,9 %) ou dans un établissement de santé privé (30,3 %). Alors que le taux d'accouchement assisté par du personnel qualifié a fortement progressé pour atteindre 73,6 % contre 59,4 % en 2012, ces résultats décevants illustrent le manque de formation en conseils en nutrition des personnels de santé en charge des accouchements.

#### Pratiques alimentaires du nourrisson et du jeune enfant par classe d'âge (%)

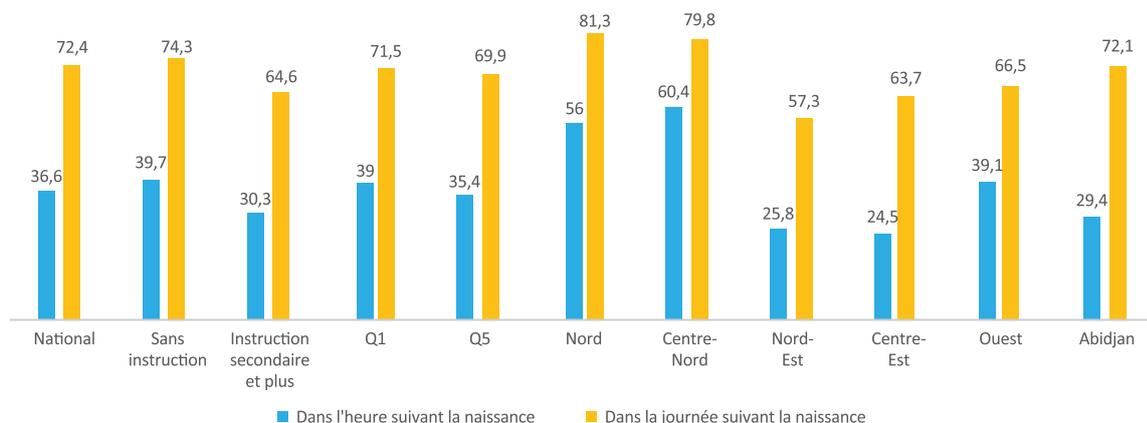


Source : MICS-5.

La pratique de l'allaitement au sein dans la journée suivant la naissance est davantage répandue et continue de progresser, 72,4 % d'enfants en ayant bénéficié en 2016 contre 66,2 % en 2012. L'allaitement au sein est négativement corrélé au niveau d'instruction de la mère (aucune instruction : 74,3 % ; secondaire et plus : 64,6 %), mais évolue peu en fonction du niveau de richesse des ménages. Pour des raisons qui restent à déterminer, cette pratique reste encore peu suivie dans certaines régions comme le Nord-Est (57,3 % en 2016), le Centre-Est (63,7 % en 2016), et l'Ouest (66,5 % en 2016) alors qu'elle s'est généralisée dans le Nord (81,3 % en 2016) et le Centre-Nord (79,8 % en 2016).



### Initiation précoce à l'allaitement maternel (%)

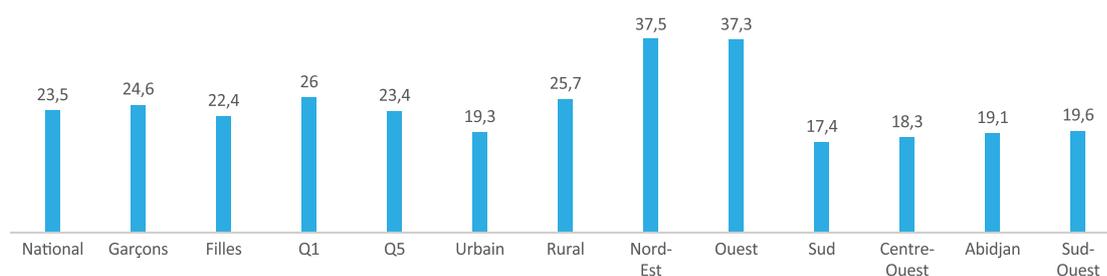


Source : MICS-5.

Enfin, bien qu'en recul, la pratique qui consiste à donner aux enfants autre chose que du lait maternel, comme de la nourriture pré lactée, reste répandue puisqu'elle concernait 44,0 % des enfants en 2016 contre 65,6 % en 2012. Il apparaît que ce sont les ménages les plus pauvres (52,7 %) et les enfants dont l'accouchement a eu lieu à domicile (56,5 %) qui sont plus susceptibles de recevoir ce type de nourriture. Cette pratique est très peu répandue dans le Nord (19,4 %) et le Sud (27,7 %), mais elle est majoritaire dans le Centre-Ouest (64,5 %) et le Sud-Ouest (64,9 %) pour des raisons qu'il conviendrait d'étudier.

La pratique de l'allaitement exclusif pour les enfants de moins de 6 mois a progressé entre 2012 (12,1 %) et 2016 (23,5 %), mais elle reste également trop peu pratiquée, son taux étant inférieur de moitié à la cible retenue par l'Assemblée mondiale de la Santé pour 2025 (50 %). Le pourcentage d'enfants exclusivement allaités varie peu en fonction du niveau d'éducation de la mère et n'est que faiblement corrélé (négativement) au niveau de revenu du ménage (Q1 : 26,0 % ; Q5 : 23,4 %). Les garçons (24,6 %) en bénéficient un petit peu plus que les filles (22,4 %). On observe surtout des disparités importantes entre milieu urbain (19,3 %) et rural (25,7 %) et entre régions, le Nord-Est (37,5 %) et l'Ouest (37,3 %) ayant les taux les plus élevés et le Sud (17,4 %), le Centre-Ouest (18,3 %), Abidjan (19,1 %) et le Sud-Ouest (19,6 %) les taux les plus faibles.

### Allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois (%)



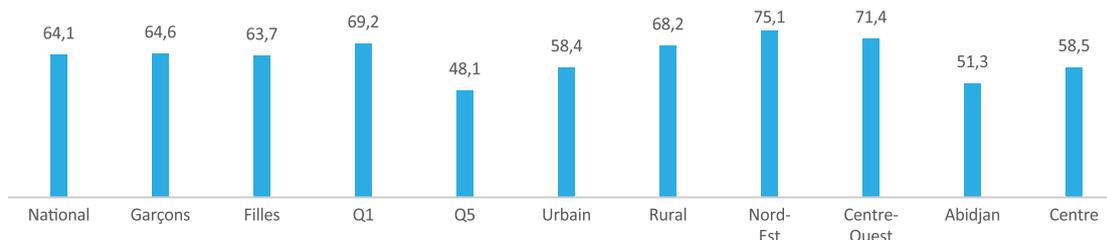
Source : MICS-5.

Enfin, s'agissant de l'introduction, à partir du sixième mois, en complément du lait maternel, d'aliments riches en nutriments et à la consistance adaptée à l'enfant afin que ce dernier puisse se développer rapidement et réduise son éventuel retard de croissance, les résultats de la MICS montrent que plusieurs problèmes demeurent : en effet, seuls 64,1 % des enfants de 6-23 mois sont allaités tout en recevant des aliments solides, semi-solides ou mous. La pratique est corrélée négativement avec le niveau d'instruction de la mère (aucune instruction : 66,4 % ; secondaire et plus : 56,8 %) et de richesse du ménage (Q1 : 69,2 % ; Q5 : 48,1 %) et est davantage répandue en milieu rural (68,2 %) et dans les régions du Nord-Est (75,1 %) et du Centre-Ouest (71,4 %) qu'en milieu urbain (58,4 %) et dans les régions du Centre (58,5 %) ou à Abidjan (51,3 %).

La situation est particulièrement préoccupante pour les enfants de 6-23 mois qui ne sont pas allaités, car seuls 6,7 % d'entre eux ont un régime alimentaire minimum acceptable. En effet, lorsque la mère interrompt l'allaitement,

elle n'a souvent pas les moyens ni même les connaissances pour fournir à l'enfant au moins deux repas lactés et plus généralement une alimentation variée et adaptée aux besoins de l'enfant, ce qui accroît les risques de malnutrition : la MICS-5 montre ainsi qu'en milieu rural, seuls 1,1 % des enfants âgés de 6-23 mois non allaités ont un régime alimentaire minimum acceptable contre 11,9 % en milieu urbain. Seuls 4,9 % des enfants de cette tranche d'âge non allaités et issus des ménages les plus pauvres reçoivent au moins deux repas lactés par jour contre 44,9 % des enfants des ménages les plus riches.

#### Enfants de 6-23 mois allaités de façon appropriée (recevant des aliments solides, semi-solides ou mous) (%)



Source : MICS-5.

#### • Barrières aux pratiques de soins et d'alimentation adéquates

Les barrières à l'adoption de l'allaitement au sein précoce et exclusif et à la prolongation de l'allaitement au-delà de 6 mois sont multiples et tiennent à la fois à des croyances concernant l'alimentation, à un manque de connaissances en matière de nutrition et d'alimentation, à la place de la femme dans la société (qui manque souvent de temps à consacrer à ses enfants), au nombre encore trop limité de femmes effectuant les quatre consultations prénatales, aux pratiques de soins souvent inadaptées et à l'absence de programme d'éducation parentale en matière de développement intégré du jeune enfant.

Selon une étude CAP de 2017, 62,5 % des personnes interrogées pensent ainsi qu'il est nécessaire que l'enfant reçoive d'autres types d'aliments à côté du lait maternel avant l'âge de 6 mois. Certaines mères donnent de l'eau tiède contenant du beurre de karité à leur enfant afin que le lait coincé dans sa gorge puisse descendre dans son ventre. D'autres sont convaincues qu'en lui donnant de la bouillie de mil, l'enfant reçoit les vitamines dont il a besoin pour grandir et devenir fort<sup>324</sup>. L'enquête qualitative menée dans le cadre de l'analyse de la situation nutritionnelle (2015) a montré qu'il est courant que l'on donne de l'eau ou tout autre liquide à un enfant dès le plus jeune âge avant et après chaque tétée, lorsqu'il pleure, qu'il est malade ou souffre de la chaleur<sup>325</sup>.

L'arrêt brutal de l'allaitement serait également justifié dans certaines communautés par l'idée que la mère n'a pas une alimentation assez riche pour pouvoir allaiter l'enfant durablement et qu'un allaitement prolongé risquerait de mettre sa santé en danger. Toutefois, au-delà des croyances, il existe un manque de connaissances en matière de nutrition et d'alimentation infantile qui explique notamment que seuls 17,7 % des enfants de 6-23 mois non allaités des ménages les plus riches reçoivent un régime alimentaire minimum acceptable. Enfin, le manque d'autonomisation de la femme est également un facteur à prendre en compte : la mère allaitante est souvent sous la pression du conjoint pour qu'elle cesse d'allaiter et reprenne rapidement les rapports sexuels. Par ailleurs, il est rare qu'elle obtienne un soutien de la part de membres de la famille pour assumer les charges qui lui incombent dans le foyer au-delà du premier mois après l'accouchement. Elle n'a ainsi souvent pas le temps et l'énergie d'allaiter l'enfant à la fréquence et la demande requises, ce qui contribue à l'introduction précoce d'aliments de complément et à un sevrage prématuré.

Le fait que près de la moitié des femmes (48,7 %) n'effectuent toujours pas les quatre consultations prénatales recommandées contribue également à limiter l'adoption de l'allaitement exclusif des enfants de moins de 6 mois. En effet, des analyses secondaires des données de la MICS-5 montrent que la pratique de l'allaitement exclusif est aussi fortement influencée par le nombre de CPN effectuées : 34,5 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités exclusivement lorsque la mère a effectué plus de trois consultations prénatales alors qu'ils ne sont que 16,9 % dans le cas où la mère n'a effectué qu'une seule CPN.

Comme l'ont montré plusieurs études, l'intégration de la nutrition dans les programmes d'éducation parentale et de développement intégré de la petite enfance constitue un des moyens les plus efficaces et les moins coûteux



d'améliorer l'état nutritionnel de l'enfant et de favoriser son développement physique, émotionnel et cognitif sur le long terme en créant un cercle vertueux entre nutrition, protection et stimulation<sup>326</sup>.

En Côte d'Ivoire cependant, l'offre de services dans ce domaine reste extrêmement limitée. Il n'existe pas d'indicateur spécifique permettant de suivre l'évolution du taux de couverture des programmes d'éducation parentale et de développement intégré de la petite enfance mis en place par certaines ONG et les complexes socioéducatifs. Toutefois, la Côte d'Ivoire ne compte que 47 complexes socioéducatifs, inégalement répartis sur le territoire, et plusieurs indicateurs indirects de la MICS-5 permettent de prendre la mesure des besoins non satisfaits en matière de développement intégré de la petite enfance : environ 40 % des enfants âgés de 36 à 47 mois et un tiers de ceux âgés de 48 à 59 mois accusent un retard en matière de développement cognitif, physique ou socio-émotionnel. Moins d'un enfant âgé de 36 à 59 mois sur trois (28,7 %) participe à des activités de promotion d'apprentissage et de préparation scolaire avec un membre adulte du ménage, parmi lesquels à peine un enfant sur huit (12,8 %) avec sa mère et moins d'un enfant sur vingt (4,9 %) avec son père. Par ailleurs, moins de la moitié des enfants de moins de 5 ans (45,0 %) disposent d'au moins deux types différents de jouets et seuls 1,3 % d'entre eux vivent dans un ménage ayant au moins trois livres pour enfant. Le taux de fréquentation dans le secteur préscolaire organisé (TFS) des enfants âgés de 36 à 59 mois n'était, en 2016, que de 14,3 %<sup>327</sup>, avec de très fortes disparités entre les enfants des ménages les plus riches (TFS : 51,4 %) et ceux des ménages les plus pauvres (TFS : 1,5 %).

Face à ce constat, le gouvernement multiplie depuis trois ans, avec l'appui des partenaires, les initiatives en faveur de l'allaitement du nourrisson et de la nutrition du jeune enfant.

Dans le cadre du Plan sectoriel éducation-formation 2016-2020, il a entrepris de développer un Programme d'éducation parentale (PrEPare) et décidé de mettre à disposition des enfants d'âge préscolaire un paquet de services intégrés en matière de santé, de nutrition et de protection. Un projet pilote de développement intégré du jeune enfant (DIJE) a été développé dans ce sens avec l'UNICEF. Jusqu'ici cependant, le Programme d'éducation parentale n'a toujours pas pu être finalisé.

La mise en œuvre du Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE), qui bénéficie du soutien financier de la Banque mondiale (prêt de 50 millions de dollars) et de la fondation Power of Nutrition<sup>328</sup> (don d'environ 10 millions d'USD) et de l'appui de l'UNICEF pour mobiliser et renforcer la coordination des PTF, devrait toutefois permettre de progresser rapidement dans ce domaine. Lancé fin 2018, le PMNDPE vise, en effet, à accroître d'ici cinq ans la couverture des interventions de nutrition et de développement de la petite enfance dans quatorze régions administratives<sup>329</sup> à travers la mise en place de Foyers de renforcement des activités de nutrition communautaires (FRANC).

Par ailleurs, en novembre 2019, le gouvernement a adopté, suite au travail mené conjointement avec les partenaires clés dans le domaine, dont l'UNICEF, la Politique nationale du développement de la petite enfance, et le vice-président a lancé une campagne nationale sur l'allaitement et le développement de la petite enfance couplée à la campagne régionale concernant la promotion de l'allaitement exclusif appelée « *L'allaitement seulement, pas d'eau* ».

#### • Environnement sain

Le nouveau cadre conceptuel adopté par l'UNICEF fait référence à « l'environnement sain » comme l'un des déterminants sous-jacents de la nutrition maternelle et infantile. Par cette notion, il s'agit de prendre en compte, non seulement les questions d'accès et d'utilisation des services de santé et d'eau, d'assainissement ou d'hygiène, mais aussi la nature de l'environnement alimentaire dans lequel évolue la population ainsi que les modes de vie des enfants et des femmes, y compris la pratique éventuelle d'activités physiques.

Plusieurs documents clés publiés récemment<sup>330</sup> et le Rapport sur la situation des enfants dans le monde 2019<sup>331</sup> soulignent l'importance du rôle joué par les systèmes alimentaires – qu'ils soient traditionnels, modernes ou mixtes – dans l'existence des différentes formes de malnutrition affectant les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et allaitantes. En favorisant la consommation d'aliments ultra-transformés, riches en graisses saturées, en acides gras trans, en sucres et en sel, les systèmes alimentaires modernes tendent, en particulier, à satisfaire les besoins énergétiques de la population au détriment de ses besoins nutritionnels.

En Côte d'Ivoire, du fait de l'urbanisation croissante et de la transition nutritionnelle en cours, les enfants, les adolescents et les femmes enceintes et allaitantes sont en interaction avec des systèmes alimentaires traditionnels,

modernes et mixtes. La mise en place de réglementations et d'actions de promotion adaptées aux différents contextes locaux apparaît, de ce fait, urgente afin que les différents systèmes alimentaires fournissent une alimentation infantile et maternelle saine, sûre et abordable, y compris pour les populations vulnérables.

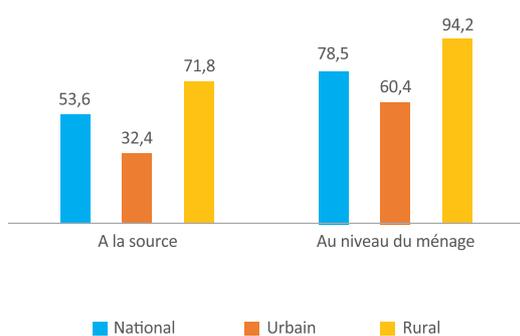
Au cours des dernières années, le gouvernement a renforcé la réglementation en matière de commercialisation des substituts du lait maternel<sup>332</sup> et rendu obligatoire l'enrichissement du sel en iode, de la farine en fer et acide folique et de l'huile en vitamine A<sup>333</sup>. Il est essentiel que cet effort se poursuive afin de rendre les environnements alimentaires favorables à une alimentation infantile et maternelle saine, en rendant notamment obligatoire un étiquetage nutritionnel facile à comprendre, en protégeant davantage la population contre les techniques de commercialisation abusive de produits sans valeur nutritionnelle et en renforçant les contrôles et les sanctions en cas d'infraction.

En l'absence d'étude spécifique permettant d'évaluer l'impact de l'environnement alimentaire au sens large sur la réalisation du droit des enfants à la nutrition en Côte d'Ivoire, l'analyse qui suit portera exclusivement sur l'influence de l'accès et de l'utilisation des services d'eau, d'assainissement, d'hygiène et de santé.

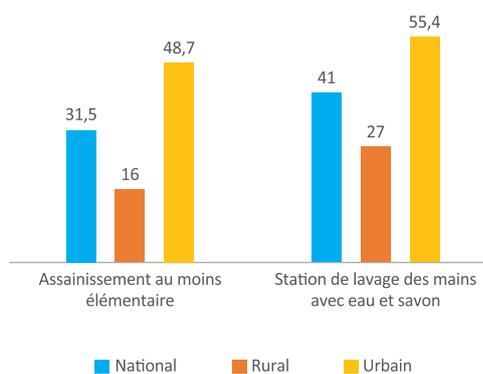
Comme l'ont montré plusieurs études, le manque d'accès à une eau potable non contaminée, à l'hygiène et à des systèmes d'assainissement favorise les infections chez les enfants, notamment les maladies diarrhéiques et l'entéropathie environnementale, et alimente le cercle vicieux maladie-malnutrition<sup>334</sup>. Selon la MICS-5, 78,5 % des ménages consomment de l'eau de boisson contaminée par l'*Escherichia coli* (*E. coli*), parmi lesquels 94,2 % des ménages ruraux et 60,4 % des ménages urbains. De plus, seuls 41 % des ménages ont un endroit pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon et seuls 31,5 % des ménages ont accès à des services d'assainissement au moins élémentaires<sup>335</sup>. Le pourcentage d'enfants de moins de 2 ans dont les matières fécales sont évacuées en toute sécurité n'est que de 54,4 % (39,7 % en milieu rural ; 28,0 % dans le Nord-Est).

Il existe aussi une forte corrélation entre l'utilisation de combustibles fossiles dans les ménages, le risque d'IRA et la malnutrition. Selon la MICS-5, 71,3 % des ménages (95,8 % des ménages ruraux) utilisent des combustibles solides pour cuisiner. Le Plan national multisectoriel de nutrition (2016-2020) prend en compte la lutte contre l'insalubrité à travers son résultat stratégique 6 qui vise à améliorer l'hygiène et l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement dans les zones à forte prévalence de la malnutrition. La question de l'accès des enfants aux services Eau, Assainissement et Hygiène (EAH) est abordée plus en détail dans le chapitre « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre ».

**Proportion d'eau de boisson contaminée par l'*E. coli* en fonction du lieu (%)**



**Accès à l'assainissement et à l'hygiène (%)**



Source : MICS-5.

Les services de santé jouent aussi un rôle fondamental dans la prévention et le traitement de la malnutrition aiguë et des infections qui aggravent l'état nutritionnel de l'enfant et de la mère. Les barrières à l'accès des mères à des soins de santé de qualité et à la prise en charge adaptée des maladies du nouveau-né et de l'enfant (PCIMNE) sont analysées en détail dans le sous-chapitre consacré au droit à la santé. Elles sont liées, pour l'essentiel, à la pauvreté, à la distance à parcourir pour se rendre au centre de santé, au manque d'autonomie des femmes et à la qualité insuffisante des soins offerts, notamment au niveau des traitements prescrits<sup>336</sup>.

À ces problèmes s'ajoutent, dans le cas plus spécifique de la lutte contre la malnutrition : (i) l'accent mis par le système de santé sur les interventions curatives au détriment des activités promotionnelles et préventives des différentes formes de malnutrition ; (ii) le fait que les enfants âgés de 1 à 5 ans soient rarement en contact avec le système de santé, sauf en cas de maladies graves ; et (iii) un déficit de formation des agents de santé et un manque de disponibilité des directives PCIME dans les établissements sanitaires<sup>337</sup>.



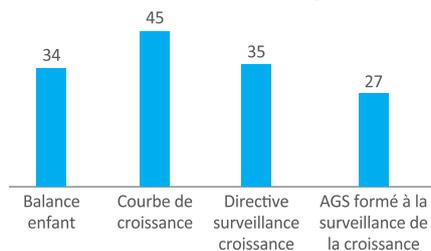


Dans le cadre du Programme national de nutrition adopté en 2001, les services de santé mènent de multiples activités de type curatif, préventif et promotionnel destinées spécifiquement à lutter contre la malnutrition. Ces activités comprennent notamment des interventions à base communautaire, l'Initiative Structures sanitaires amies des bébés (ISSAB)<sup>338</sup>, le suivi et la promotion de la croissance des enfants, le suivi du gain pondéral des femmes enceintes, la prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère, la prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH/sida, la supplémentation en vitamine A et en fer et le déparasitage.

Le traitement de la malnutrition aiguë est disponible dans 85 % des établissements de santé. Toutefois, le taux de disponibilité est inférieur à 75 % dans les régions du Sud-Comoé (69 %) du Kabadougou-Bafing-Folon (73 %) et du Haut-Sassandra (74 %) et la qualité des services reste encore trop faible : 66 % des établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs pour l'enfant n'ont ainsi pas de balance pour enfant. Dans le Hambol, aucun établissement ne dispose de balance pour enfant tandis que seuls 7 % en disposent dans le Lôh-Djiboua<sup>339</sup>.

S'agissant de la détection de la malnutrition chronique, seuls 63 % des établissements de santé qui offrent des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant disposent d'un service de surveillance de la croissance. Les services de surveillance de la croissance sont rares dans le secteur privé (32 %) et dans les districts/régions sanitaires du Tonkpi (33 %), d'Abidjan 1 (37 %), du Bélier (40 %) et du Sud-Comoé (41 %). De plus, nombre de ces services ne disposent pas des équipements essentiels : seuls 45 % des établissements de santé ont une courbe de croissance (la proportion n'est que de 4 % dans le Gôh, 11 % dans le Haut-Sassandra et 12 % dans le Bélier), seuls 35 % ont les directives sur la surveillance de la croissance (3 % dans le Gôh et 10 % dans le Haut-Sassandra) et seul 27 % du personnel est formé à la surveillance de la croissance (1 % dans la Marahoué ; 6 % dans le N'Zi-Iffou ; 7 % dans le Haut-Sassandra)<sup>340</sup>.

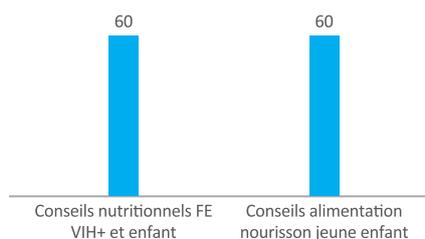
#### Présence des équipements essentiels pour la détection de la malnutrition chronique dans les établissements de santé offrant des soins préventifs et curatifs pour l'enfant (%)



Source : SARA 2016.

Au niveau de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), les conseils nutritionnels pour les femmes enceintes séropositives et leur enfant et en alimentation pour le nourrisson et le jeune enfant ne sont disponibles que dans 60 % des établissements de santé et, dans cinq régions sanitaires, le taux de disponibilité est inférieur à 50 % : le Bounkani-Gontougo (24 % pour les conseils nutritionnels et 28 % pour les conseils en alimentation), le Gôh (40 % et 43 %), la Marahoué (47 % et 42 %), le Poro-Tchologo-Bagoué (43 % et 43 %) et N'Zi-Iffou (49 % et 49 %)<sup>341</sup>.

#### PTME - Disponibilité des conseils nutritionnels pour les femmes enceintes VIH+ et leurs enfants et des conseils en alimentation du nourrisson et du jeune enfant (% des ES)



Source : SARA 2016.

L'EDS-III avait montré que la couverture assurée par la distribution de routine dans les centres de santé en vitamine A, en fer et en déparasitage était insuffisante : en 2012, seuls 60,8 % des enfants âgés de 6-59 mois avaient reçu des

suppléments en vitamine A (dans les six mois précédant l'enquête), 36,7 % seulement des vermifuges (dans les six mois précédant l'enquête) et à peine 13,4 % des suppléments de fer (dans les sept jours précédant l'enquête). Selon l'enquête SARA, 85 % des établissements offrant des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant disposaient de supplémentation en fer, mais seulement 53 % de supplémentation en vitamine A, avec des taux de disponibilité très bas dans le Lôh-Djiboua (14 %), la Marahoué (21 %) et le Béliér (37 %).

L'intégration du dépistage de la malnutrition aiguë et de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage dans les journées nationales de vaccination et l'organisation, en 2018, d'une semaine d'intensification des activités de nutrition (SIAN 2018) ont permis, en partie, de pallier la faiblesse de la couverture des interventions nutritionnelles. Toutefois, des analyses secondaires des données de la MICS-5 ont mis en évidence la difficulté de coupler vaccination et supplémentation en vitamine A : en effet, alors que suite aux campagnes de supplémentation menées en 2014 et 2015, plus de 85 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ciblés avaient été protégés par deux doses de vitamine A (85,0 % en 2014 et 91,4 % en 2015), à peine 4,4 % des enfants de 6-59 mois ont été à la fois vaccinés contre la rougeole et ont reçu les deux doses de vitamine A en routine avant 12 mois. Or si pour 46,2 % des enfants, la non-supplémentation s'explique par le fait qu'ils n'ont pas été vaccinés contre la rougeole, dans 47,6 % des cas, il apparaît qu'ils ont bien été vaccinés, mais n'ont pas reçu de supplémentation en vitamine A.

Une autre étude réalisée en 2019 afin d'évaluer la mise en œuvre de la supplémentation en vitamine A et du déparasitage (SVA-D) en routine dans 40 districts a confirmé le faible niveau d'appropriation par les personnels de santé de ce type d'intervention. En effet, entre janvier et novembre 2019, seuls 9,0 % des enfants âgés de 6 à 59 mois ont reçu une SVA et 6,1 % de ceux âgés de 12 à 59 mois ont bénéficié d'un déparasitage. Selon cette étude, les principaux goulots d'étranglement identifiés pour le SVA-D en routine sont : (i) un manque de leadership et d'appropriation des districts sanitaires pour mettre en œuvre la stratégie de routine ; (ii) la difficulté d'atteindre les enfants (12-59 mois) qui ont très peu de contacts avec le système de santé ; (iii) un manque de formation et d'implication des agents de santé communautaires ; (iv) une mauvaise transmission des données au système national d'information sanitaire ; et (v) la faiblesse de la chaîne logistique et d'approvisionnement au niveau décentralisé.

Au-delà des barrières au niveau de l'offre, de la qualité et du coût, l'enquête de couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage et au dépistage de la malnutrition aiguë<sup>342</sup> a, en effet, mis en évidence l'existence d'un goulot d'étranglement lié au manque de connaissance des ménages en matière d'interventions relatives à la prévention de la malnutrition : seuls un tiers des ménages enquêtés connaissent, en effet, la vitamine A et seuls 44 % d'entre eux connaissent le déparasitant. Alors qu'ils sont 87,5 % à avoir déjà conduit leur enfant au centre de santé (CDS) uniquement pour se faire vacciner et 41,6 % pour le faire peser, ils ne sont que 34,1 % à l'avoir conduit au CDS afin qu'il puisse recevoir une supplémentation en vitamine A.

Face à ce constat, le gouvernement a pris, au cours des dernières années, plusieurs initiatives importantes :

- (i) Afin d'accroître l'offre et la qualité des services de santé, le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a lancé, en 2015, avec le soutien de la Banque mondiale, le Projet de renforcement du système de santé et de réponse aux urgences épidémiques (PR SSE) qui comprend un volet « nutrition ». Compte tenu de la faiblesse des fonds alloués, du nombre limité de districts sanitaires couverts (12 sur 112) et de la dispersion des interventions, l'impact du PR SSE sur l'amélioration de l'offre et de la qualité des services promotionnels, préventifs et curatifs en matière de nutrition reste faible au niveau national. Toutefois, l'UNICEF travaille actuellement avec le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique sur l'extension de la couverture géographique du PR SSE en matière de nutrition. De plus, dans le cadre de la planification du Projet d'achat stratégique et d'alignement des ressources et des connaissances dans le domaine de la santé (SPARK<sup>343</sup>), des discussions stratégiques ont été engagées, au cours du second semestre 2019, entre le MSHP et la Banque mondiale afin de mettre à l'échelle les programmes de prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë sévère, de supplémentation en vitamine A et de déparasitage (SVA-D) en routine et l'Initiative Structures sanitaires amies des bébés (ISSAB).
- (ii) Le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique a développé, avec l'aide des PTF, un plan stratégique de santé communautaire (2017-2021) afin d'améliorer l'offre et de stimuler la demande des populations les plus éloignées des infrastructures sanitaires<sup>344</sup>. Ce plan renforce le cadre institutionnel et organisationnel de la santé communautaire en créant un statut d'agent de santé communautaire (ASC) et comprend des interventions visant à accroître la mobilisation et l'engagement des communautés en faveur de la nutrition. Les interventions des ASC en faveur de la nutrition comprennent notamment la promotion des actions essentielles en nutrition (AEN) et des bonnes pratiques en matière d'alimentation, de consommation d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement, la distribution de médicaments et de produits de supplémentation et la charge des cas de malnutrition. La mise en œuvre du plan stratégique de santé communautaire est



encore trop récente pour pouvoir en faire un bilan. Il apparaît cependant que la santé communautaire reste encore trop peu mobilisée sur les questions de nutrition, seul un indicateur assez peu spécifique sur les quinze retenus pour assurer le suivi du rapportage concernant directement le secteur. De plus, bien que le système national d'information sanitaire ne permette pas d'apprécier le niveau d'activités des services promotionnels et préventifs, comme le dépistage de la malnutrition, il semble que ces derniers restent rares et irréguliers et que la santé communautaire n'apporte, en matière de nutrition, que des services curatifs.

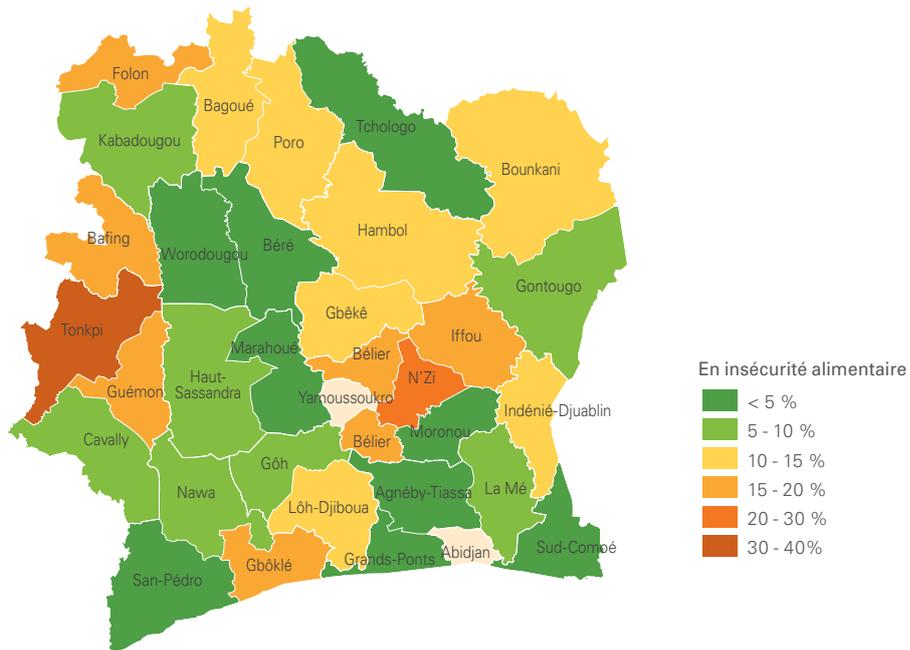
(iii) En 2019, le gouvernement a décidé d'étendre progressivement à l'ensemble de la population le bénéfice de la couverture maladie universelle (CMU) avec l'objectif d'enrôler, d'ici 2025, 40 % de la population<sup>345</sup>. Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact qu'aura la CMU sur l'augmentation de la demande en matière de conseils et de soins nutritionnels. Pour améliorer durablement l'état nutritionnel des enfants et des mères, il est toutefois nécessaire que la montée en puissance de la CMU s'accompagne : (i) de l'adoption par les centres de santé de stratégies fixes afin d'améliorer durablement l'offre et la qualité des services proposés en matière de nutrition et de stratégies avancées permettant d'atteindre les 66 % d'Ivoiriens qui vivent à moins de 5 km d'une installation sanitaire mais qui ne la fréquentent qu'en cas de maladie grave ; (ii) de la mise en place de plateformes communautaires à vocation préventive et de l'intégration dans le rapportage des agents de santé communautaires d'indicateurs de nutrition liés à la demande et non uniquement à l'offre de service ; (iii) de la mise en place au niveau des districts, en remplacement des points focaux nutrition souvent absorbés par d'autres tâches, de véritables coordinateurs sectoriels dédiés en charge d'assurer le suivi de la mise en œuvre des interventions sur le modèle des coordinateurs du Programme élargi de vaccination (PEV) ; et (iv) d'un fort accompagnement des familles et des communautés afin de leur faire prendre conscience du rôle fondamental que joue la nutrition dans le développement et la santé des enfants et obtenir des changements de comportement stimulant la demande en matière de suivi de l'état nutritionnel et d'interventions nutritionnelles préventives et thérapeutiques de qualité.

• **Insécurité alimentaire**<sup>346</sup>

Il n'existe pas d'enquête récente concernant l'insécurité alimentaire des ménages urbains. Celle de 2012, basée sur l'échelle d'insécurité alimentaire des ménages (HFIAS), avait estimé que 71 % des ménages d'Abidjan étaient en insécurité alimentaire (8,8 % en insécurité légère ; 27,6 % en insécurité modérée et 34,6 % en insécurité sévère).

Pour les ménages ruraux, il existe, en revanche, une enquête sur le suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire réalisée en 2018<sup>347</sup>. Cette enquête, qui s'appuie sur la méthode CARI (Consolidated Approach to Reporting Indicators of food security), a montré que 10,9 % des ménages ruraux sont en insécurité alimentaire (10,8 % sous la forme modérée et 0,1 % sous la forme sévère)<sup>348</sup>.

**Cartographie de la prévalence de l'insécurité alimentaire modérée**

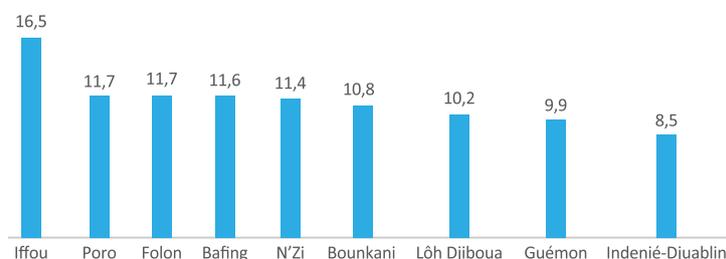


Source : SAVA 2018.

Les ménages les plus à risque sont ceux dont les revenus dépendent de l'assistance (16 %) et de l'agriculture vivrière (12 %) (10,1 % pour ceux qui dépendent de l'agriculture de rente)<sup>349</sup>, ainsi que ceux qui ont en leur sein au moins une personne vulnérable (12,7 %)<sup>350</sup>. L'insécurité alimentaire varie fortement en fonction du niveau de richesse du ménage puisque 20,8 % des ménages les plus pauvres sont en insécurité alimentaire (20,7 % sous sa forme modérée) contre 8,6 % des ménages du quintile de dépenses mensuelles moyen et 5,5 % des ménages les plus riches.

Les régions les plus affectées par l'insécurité alimentaire sévère sont Bagoué (2 %) dans le Nord et Gontougo (1 %) dans le Nord-Est. Huit régions ont un taux d'insécurité alimentaire modéré supérieur à 15 % : Tonkpi (38 %) et Guémon (16 %) dans l'Ouest, N'Zi (28 %), Iffou (18 %) et Béliér (15,6 %) dans le Centre, Gbôklé (15,8 %) dans le Centre-Nord et Bafing (15,7 %) et Folon (15,4 %) dans le Nord-Ouest. Sur les 10,9 % de ménages en insécurité alimentaire, la moitié (5,6 %) le sont de manière chronique<sup>351</sup> et l'autre moitié de façon transitoire. Les régions les plus touchées par l'insécurité alimentaire chronique sont Iffou (16,5 %) et N'Zi (11,4 %) dans le Centre, Poro (11,7 %) dans le Nord, Folon (11,7 %) et Bafing (11,6 %) dans le Nord-Ouest, Bounkani (10,8 %) dans le Nord-Est, Lôh Djiboua (10,2 %) dans le Sud, Guémon (9,9 %) dans l'Ouest et Indénié-Djuablin (8,5 %) dans le Centre-Est.

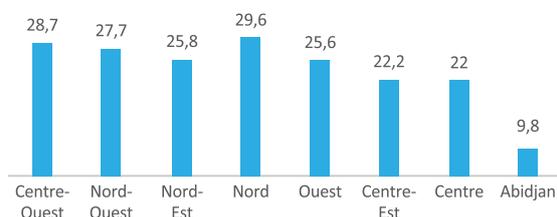
#### Prévalence de l'insécurité alimentaire chronique (% des ménages)



Source : SAVA 2018

Bien qu'il soit difficile de comparer les grandes régions retenues par la MICS-5 et les régions administratives utilisées pour désagréger les données de l'enquête, il est intéressant de constater que sept de ces huit régions administratives font partie des sept grandes régions où le taux de malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans est supérieur ou égal à 22 % (Nord : 29,6 % ; Centre-Ouest : 28,7 % ; Nord-Ouest : 27,7 % ; Nord-Est : 25,8 % ; Ouest : 25,6 % ; Centre-Est : 22,2 % ; Centre : 22 %)<sup>352</sup>.

#### Prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans en fonction du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5

L'insécurité alimentaire apparaît essentiellement liée à un problème d'accès et/ou d'utilisation des aliments résultant de la pauvreté et de chocs temporaires ou transitoires sur leurs revenus (décès et maladie, pluies irrégulières, inondations, sécheresse, épizooties, baisse de transferts de revenus des migrants et des cours du cacao et de l'anacarde) et non à un problème de disponibilité alimentaire<sup>353</sup>.

Au cours des dernières années, le gouvernement a pris, avec le soutien des PTF et conformément au résultat stratégique 5 du Plan national multisectoriel de nutrition (2016-2020)<sup>354</sup>, plusieurs initiatives importantes susceptibles de renforcer la sécurité alimentaire, la résilience des ménages et l'accès de la population, notamment celle des





enfants, à une meilleure alimentation. Dans le cadre des programmes nationaux d'investissement agricole (PNIA 1 et 2), un appui apportant a été apporté sur le plan technique et financier au renforcement des capacités des petits producteurs engagés dans la production vivrière afin d'améliorer les techniques de production, de conservation, de transformation des productions et réduire les pertes post-récoltes de façon à accroître la diversité du régime alimentaire de la population, notamment celui des moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes. Entre 2012 et 2017, la production vivrière est ainsi passée de 12 à 17,5 millions de tonnes<sup>355</sup>.

Afin de réduire les coûts d'acheminement des productions agricoles vers les grands centres urbains, conformément au résultat stratégique 3 du PNMN 2016-2020, le gouvernement finance également des travaux visant à reprofiler les routes de terre et les pistes rurales, dont seules 15 % actuellement sont considérées comme étant en bon état<sup>356</sup>.

Avec le soutien de la Banque mondiale, un programme de filets sociaux productifs (PFSP) a été lancé dans douze régions du centre, du nord et de l'ouest du pays, avec pour objectif de sortir, d'ici 2020, 650 000 personnes de l'extrême pauvreté au moyen de transferts monétaires (144 000 FCFA par an, soit environ 240 USD), d'activités génératrices de revenus, principalement dans les secteurs de l'agriculture, du petit élevage, de l'agroforesterie, du petit commerce et de l'artisanat et de la fourniture d'infrastructures sociales d'appoint. Enfin, afin de lutter contre l'abandon scolaire et la malnutrition, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP) a adopté, dans le cadre de la stratégie « une école, une cantine », un programme national de pérennisation des cantines scolaires<sup>357</sup> et apporté, dans le cadre du projet régional SWEDD, un appui alimentaire au profit de 2 000 jeunes filles vulnérables âgées de 10 à 16 ans et scolarisées dans des collèges du nord du pays<sup>358</sup>.

En l'absence d'évaluation des projets dans leur phase pilote et compte tenu du fait que la décision de les porter à l'échelle est encore récente et que certains programmes ne sont, en réalité, toujours pas mis en œuvre faute de financement suffisant<sup>359</sup>, l'impact de ces initiatives est difficile à apprécier. Pour avoir un impact durable sur la sécurité alimentaire et l'état nutritionnel des enfants et des mères, il apparaît toutefois essentiel qu'elles s'accompagnent d'interventions multisectorielles visant à accroître, à tous les niveaux des systèmes alimentaires, l'offre et la demande en produits nutritifs et diversifiés à un prix abordable<sup>360</sup>.

### 1.3.3 Déterminants structurels et environnement favorable

#### Contrainte budgétaire

Le secteur de la nutrition souffre d'un déficit de financement et d'une très grande dépendance à l'égard des bailleurs de fonds. En raison de la multiplicité des ministères concernés<sup>361</sup> et de l'absence d'un récapitulatif des crédits alloués au secteur dans le budget de l'État, il est difficile de retracer l'évolution des dépenses publiques en faveur de la nutrition. Le ministère de l'Agriculture et du Développement rural (MADR), celui de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP) et le Secrétariat exécutif du Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (SE-CONNAPE) rattaché à la Primature<sup>362</sup> disposent des ressources budgétaires les plus importantes pour ce secteur. Entre 2018 et 2019, les crédits alloués par la Primature au PNMN ont fortement progressé, passant de 707 millions de FCFA à 3 352 milliards de FCFA, soit environ 5,6 millions d'USD. En revanche, les crédits alloués par le MADR et le MSHP au secteur de la nutrition sont plus difficiles à déterminer. Par ailleurs, si le montant des interventions directes et sensibles à la nutrition est désormais chiffré et retracé dans le Programme d'investissement public, les données recueillies par l'Institut national de la statistique pour les années 2016-2018 n'ont pas encore été validées. Enfin, les investissements en faveur de la nutrition ne figurent pas dans le récapitulatif des allocations et des dépenses de l'État par axe stratégique 2016-2020 ni dans celui du Plan social du gouvernement 2019-2020.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Programme national d'investissement agricole 2017-2025 (estimé à 4 325,4 milliards de FCFA, soit environ 7,24 milliards d'USD), le gouvernement avait estimé le montant des investissements nécessaires à l'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle nationale à environ 1 084 milliards de FCFA (environ 1,8 milliard d'USD) et annoncé vouloir porter les crédits consacrés au secteur agricole de 3 à 10 % du total des dépenses du budget de l'État, conformément aux engagements de Maputo<sup>363</sup>. Depuis 2016 toutefois, la part des crédits alloués au secteur agricole dans le budget de l'État a reculé de 3,16 % à 2,12 % en 2019 et la part des ressources affectées aux interventions sensibles à la nutrition reste limitée. En matière de nutrition, le ministère de l'Agriculture ne dispose, en effet, toujours pas d'un véritable programme, mais continue d'investir dans des projets spécifiques relativement modestes, comme celui destiné à appuyer l'agriculture sensible à la nutrition et le développement des capacités des petits producteurs pour un montant de 640 millions de FCFA en 2019 (environ 1 million d'USD).

Pour la période 2016-2020, le Plan national de développement sanitaire (PNDS) prévoyait que le MSHP augmente son niveau de dépenses totales annuelles d'environ 30 % sur cinq ans en FCFA courants et porte la part des dépenses totales consacrées à la lutte contre la malnutrition de 1,62 % en 2016 à 3 % en 2020, soit près de 60 milliards de FCFA (près de 100 millions d'USD). Or entre 2016 et 2019, la part des dépenses de santé dans le budget de l'État (5,1 % du total) n'a pas progressé, la part des crédits consacrés à la prise en charge de la malnutrition dans les dépenses de maladie du MSHP a reculé de 0,14 % en 2017 à 0,01 % en 2018 et le montant des crédits alloués au Programme national de nutrition est resté constant, à 200 millions de FCFA<sup>364</sup>.

En 2016, le gouvernement et la Banque mondiale ont évalué les besoins de financements nécessaires à la mise en œuvre du PNMN 2016-2020 à 267 milliards de FCFA (environ 450 millions d'USD) sur cinq ans. Le gouvernement s'est engagé à prendre à sa charge 15 % du total des investissements (environ 40 milliards de FCFA), les 85 % restants devant être financés par les bailleurs de fonds. Dans l'attente de la mise en place d'un véritable système d'information sectoriel<sup>365</sup> et de la préparation d'un véritable dossier d'investissement en faveur de la nutrition en Côte d'Ivoire, les contributions des bailleurs en faveur de la nutrition sont toutefois restées, jusqu'ici, relativement modestes.

Les financements les plus importants sont allés principalement : (i) au renforcement de la prise en compte de la nutrition par le système de santé (financement du contrat de désendettement ou C2D pour l'amélioration de la demande et de l'offre de soins et de services de santé maternelle, infantile et de nutrition – environ 13 millions de dollars, dont 3 millions pour la nutrition<sup>366</sup> et projets Nutrition PRSSE 1 et 2 de la Banque mondiale pour un montant de 1,1 million d'USD); (ii) à l'amélioration de la disponibilité des produits agricoles et des capacités des producteurs agricoles; et (iii) à la mise en place d'une plateforme nationale d'information pour la nutrition (NIPN) pour un montant de 2 millions d'USD (financement de l'Union européenne, du DFID, de la Fondation Bill-&Melinda-Gates et de l'UNICEF).

Le niveau d'engagement des bailleurs en faveur du secteur devrait toutefois augmenter dans les années qui viennent, avec le lancement (i) du projet SPARK de la Banque mondiale (montant promis de 10 millions d'euros) qui vise à améliorer et étendre l'offre et la qualité des interventions spécifiques à la nutrition dans le système de santé dans la totalité des 112 districts et (ii) du Projet multisectoriel de nutrition et de développement de la petite enfance (PMNDPE) financé par la Banque mondiale (prêt de 50 millions de dollars) et la fondation Power of Nutrition<sup>367</sup> (don d'environ 10 millions d'USD), dont l'objectif est d'accroître la couverture des interventions de nutrition et de développement de la petite enfance dans 14 régions administratives<sup>368</sup> grâce à la mise en place de plateformes communautaires dénommées Foyers de renforcement des activités de nutrition communautaires (FRANC)<sup>369</sup>.

#### Planification stratégique et gestion du secteur

Au-delà des contraintes financières, l'insuffisante intégration des enjeux multisectoriels de la nutrition dans les politiques et les programmes menés en Côte d'Ivoire s'explique par l'absence, jusqu'à une période récente, de cadre de coordination permettant de mobiliser les différents ministères concernés et les bailleurs en vue d'une planification conjointe des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition au niveau national et décentralisé.

Suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire au mouvement Scaling Up Nutrition (SUN) en 2013, cette lacune a été, en partie, comblée avec (i) la création d'une plateforme de coordination multisectorielle des interventions de nutrition – le Conseil national pour la nutrition (CNN), rebaptisé récemment Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (CONNAPE) – (ii) la mise en place d'un groupe de travail nutrition des partenaires techniques et financiers, coprésidé par l'UNICEF et la Banque africaine de développement, qui a été remplacée en 2019 par « Transformer l'éducation dans les communautés du cacao » (TRECC), et (iii) la constitution d'un réseau des agences des Nations Unies pour le SUN présidé par l'UNICEF.

Placé sous l'autorité du vice-président, logé à la Primature, le CONNAPE comprend un comité décisionnel<sup>370</sup>, un comité technique présidé par le point focal SUN (le directeur de cabinet du Premier ministre) et un secrétariat exécutif (anciennement secrétariat technique permanent). Le CONNAPE dispose également d'organes déconcentrés – les comités régionaux et sous-préfectoraux – chargés, sous l'autorité des préfets et sous-préfets, de coordonner l'ensemble des activités multisectorielles et associatives en matière de nutrition au niveau local et de suivre leur mise en œuvre.



Grâce à son ancrage au niveau de la Primature, au leadership du vice-président et à l'appui technique et financier des bailleurs, la plateforme de coordination multisectorielle bénéficie d'un fort leadership qui a permis d'obtenir plusieurs avancées importantes comme l'élaboration d'une politique nationale de nutrition (PNN), d'une politique de développement du jeune enfant, d'un Plan national multisectoriel de nutrition chiffré pour la période 2016-2020 et d'autres documents clés comme le guide des FRANC et celui relatif à la stratégie de mobilisation communautaire.

En pratique cependant, en raison d'un manque d'anticipation des différents acteurs concernés qui entraîne fréquemment des conflits d'agenda, la planification et la mise en œuvre des différentes activités stratégiques en matière de nutrition restent insuffisantes. Même si le secrétariat exécutif du CONNAPE a su placer la nutrition au cœur de la communication gouvernementale et mobiliser des financements, notamment en faveur des stratégies préventives communautaires, de l'allaitement et du développement du jeune enfant, il n'est pas pleinement parvenu à faire en sorte que les ministères alignent systématiquement leur stratégie sur les axes principaux du Plan national multisectoriel de nutrition 2016-2020, intègrent davantage d'indicateurs relatifs à la nutrition dans leurs systèmes d'information et informent le CONNAPE, de manière régulière, des progrès réalisés dans la mise en œuvre du PNMN. De ce fait, les ministères continuent de mener des interventions essentiellement transversales et ne tirent pas parti des synergies existant sur le terrain. Par ailleurs, au niveau local, les différentes entités compétentes en matière de nutrition (préfectures et services déconcentrés des ministères techniques) disposent généralement d'assez peu de moyens matériels et humains pour assurer la collecte d'informations, la planification et le suivi des différentes interventions spécifiques et sensibles à la nutrition ou développer des stratégies multisectorielles au niveau communautaire.

Dans les mois qui viennent, des progrès importants pourraient néanmoins être réalisés en matière de pilotage du secteur et de mise en œuvre effective du PNMN. En effet, une plateforme nationale d'information pour la nutrition (NIPN) ancrée au niveau du secrétariat exécutif est en cours d'élaboration et devrait permettre aux acteurs du secteur de disposer d'un système d'information multisectoriel et d'indicateurs spécifiques et sensibles à la nutrition sur lesquels s'appuyer pour évaluer la situation, mesurer l'impact des stratégies et projets menés jusqu'ici, planifier de manière conjointe les futures interventions, développer des plaidoyers en faveur d'une mobilisation accrue des ressources et mettre durablement en œuvre l'approche multisectorielle en matière de nutrition.

Par ailleurs, une stratégie d'intervention multisectorielle au niveau communautaire en nutrition et développement du jeune enfant, développée par le SE-CONNAPE avec l'aide du groupe des PTF Nutrition sous le lead de l'UNICEF, a été finalisée et adoptée en juillet 2019. Cette stratégie, qui sera mise en œuvre dans un premier temps dans le nord du pays grâce au lancement du PMNDPE, devrait ouvrir la voie à une véritable opérationnalisation du plan multisectoriel au niveau communautaire en s'attaquant aux barrières du côté de la demande de services : elle devrait notamment conduire à une augmentation de la couverture des interventions communautaires préventives, particulièrement dans le cadre de la mise en place des FRANC, et au renforcement de la coordination et de l'alignement des interventions des partenaires ; elle devrait également faciliter la mobilisation des financements en faveur des interventions multisectorielles et renforcer, à terme, l'appropriation du PNMN par les différents ministères.

### 1.3.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveaux                   | Acteurs principaux   | Rôles   | Principales carences (gaps)   |
|---------------------------|--|---|---|
| Communauté internationale | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales (Réseau des Nations Unies pour le SUN et coordination des PTF pour la nutrition placés sous le lead de l'UNICEF) | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Synergie insuffisante dans l'évaluation des besoins et dans la planification des interventions</li> <li>• Convergence trop faible dans la mise en œuvre des interventions au niveau infrarégional</li> </ul> |

| Niveaux   | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|---|--|--|---|
| État central  | Ministères compétents pour le secteur (vice-président, Premier ministre <i>via</i> le Secrétariat exécutif du Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance ou SE-CONNAPE, ministère de la Santé et de l'Hygiène publique ou MSHP, ministère de l'Agriculture et du Développement rural ou MADR) | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacités du CONNAPE insuffisantes pour assurer le suivi de la situation nutritionnelle</li> <li>• Difficultés du CONNAPE à assurer le suivi financier et opérationnel de la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de nutrition (PNMN)</li> <li>• Manque d'appropriation du PNMN par les différents secteurs concernés et alignement insuffisant des politiques et stratégies des différents ministères sur les priorités du PNMN</li> <li>• Manque de coordination des programmes du secteur de la santé ayant un impact sur l'état nutritionnel de la population</li> <li>• Faible intégration et synergie insuffisante entre les différentes interventions du MSHP sur le terrain</li> <li>• Manque de moyens financiers pour mettre à l'échelle l'offre de services de nutrition au sein du système de santé, soutenir la demande de services et favoriser les changements de comportements</li> </ul> |
| Services déconcentrés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, centre communal, préfets (comités régionaux de nutrition) et sous-préfets (comités sous-préfectoraux de nutrition), chefs de village  | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible priorité accordée par les responsables des services déconcentrés aux activités en lien avec la nutrition</li> <li>• Ressources humaines et financières limitées et compétences techniques insuffisantes pour assurer la collecte et l'analyse des données ainsi que le suivi et l'évaluation des interventions</li> <li>• Au niveau des régions et des districts sanitaires, le manque de ressources humaines qualifiées, de moyens financiers et matériels et d'équipements et l'absence de points focaux dédiés exclusivement à la nutrition ont un impact négatif sur la mise en œuvre des interventions de santé en lien avec la nutrition</li> </ul>   |
| Autorités locales   | Autorités régionales et municipales  | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le niveau municipal/communal où est censée se cristalliser l'approche multisectorielle en nutrition, notamment au niveau communautaire, ne dispose pas des ressources humaines, techniques (notamment de suivi/évaluation) et financières pour mettre en œuvre les interventions spécifiques et sensibles</li> </ul>   |
| Société civile  | ONG locales, organisations confessionnelles, membres de la diaspora  | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le réseau de la société civile ivoirienne engagée pour la nutrition (SCIEN), mis en place dans le cadre du SUN, mène des actions de sensibilisation et de plaidoyer, bénéficie du soutien d'ONG internationales et est intégré à la coordination nationale où il participe notamment au suivi/évaluation des investissements en nutrition. Toutefois, sa capacité de proposition et d'influence reste limitée</li> </ul>   |
| Secteur privé   | Entreprises privées du secteur, entreprises privées hors secteur, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc.  | Mobilisation de ressources, fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé, plaidoyer   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La contribution du secteur privé pour rendre les systèmes alimentaires plus sains reste insuffisante en raison du manque de contrôle et de sanctions en cas de non-respect de la réglementation (notamment celle relative à la commercialisation des substituts du lait maternel)</li> </ul>   |



| Niveaux          | Acteurs principaux   | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|------------------|--|---|--|
| Communautés      | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances et mobilisation insuffisante pour la mise en œuvre des pratiques optimales en nutrition</li> <li>• Manque de moyens pour acheter des aliments de compléments à forte valeur nutritionnelle</li> <li>• Faible autonomisation des femmes dans de nombreuses communautés</li> </ul>  |
| Parents, famille | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs   | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances des familles et des parents en ce qui concerne les causes de la malnutrition et les conséquences d'une nutrition inadéquate pour le jeune enfant, l'adolescent ou la femme en âge de procréer</li> <li>• Implication insuffisante et trop faible influence des femmes dans les processus décisionnels concernant l'alimentation de leurs enfants et le traitement de la malnutrition aiguë</li> </ul> |

### 1.3.5 Recommandations clés

- i. Mettre en place un plaidoyer fort pour que l'offre proposée par les systèmes alimentaires – globaux et mondialisés, nationaux, locaux – dans des contextes différents (urbain, périurbain et rural) se transforme et réponde de façon satisfaisante aux besoins des enfants, des adolescents et des femmes enceintes et allaitantes à travers :
  - a. la stimulation de la demande d'aliments nutritifs et sains, par des stratégies innovantes (développement d'e-communautés à travers les réseaux sociaux et l'utilisation d'applications digitales);
  - b. le renforcement de l'offre en denrées nutritives;
  - c. l'amélioration de l'environnement alimentaire (développement et mise en place des cadres législatifs et réglementaires pour la mise en œuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, de la taxation des aliments ultra-transformés et de l'étiquetage de l'information nutritionnelle des aliments commercialisés).
- ii. Renforcer l'approche multisectorielle pour que les quatre autres grands systèmes clés – la Santé, l'Eau et l'Assainissement, l'Éducation et la Protection sociale – coopèrent plus avec les systèmes alimentaires et améliorent l'état nutritionnel et le développement des enfants et des adolescents et l'état nutritionnel et la productivité des femmes en âge de procréer.
- iii. Renforcer et clarifier les rôles de chaque acteur du secteur de la nutrition : gouvernement ivoirien – la vice-présidence, le SE-CONNAPE (Primature) et les secteurs ministériels concernés –, Système des Nations Unies, organisations de la société civile, acteurs du monde académique, secteur privé et parlementaires.
- iv. Évaluer la mise en œuvre du Plan national multisectoriel de nutrition (PNMN) 2016-2020, développer un dossier d'investissement en nutrition, actualiser le cadre commun de résultats et élaborer le nouveau PNMN 2021-2025.
- v. Renforcer la participation et l'implication des acteurs de la nutrition au développement du Plan national de développement 2021-2025 et des différents documents stratégiques (politiques, stratégies et plans nationaux) des secteurs contribuant à la nutrition pour (i) les rendre plus redevables et augmenter l'appropriation envers la nutrition, (ii) passer à l'échelle les interventions spécifiques et sensibles à la nutrition, particulièrement au niveau communautaire, et (iii) améliorer la cohérence entre les différents documents stratégiques des secteurs contributifs et les documents stratégiques multisectoriels de nutrition ancrés à la Primature.
- vi. Renforcer les capacités des acteurs de nutrition des différents secteurs impliqués en formations préservice et post-service.
- vii. Collecter, analyser et utiliser régulièrement des données et éléments de preuve de qualité pour orienter la définition et la mise en œuvre des actions et suivre les progrès en matière de nutrition (PNMIN).

- viii. Suivre les investissements annuels en nutrition du gouvernement et des partenaires en nutrition.
- ix. Passer à l'échelle et mettre en œuvre des interventions spécifiques en nutrition par le système de santé en lien avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) à travers une appropriation et un engagement effectif du ministère de la Santé (supplémentation en vitamine A et déparasitage en routine, promotion des pratiques optimales d'ANJE, prise en charge intégrée de la malnutrition aiguë, supplémentation en micronutriments, interventions de promotion de nutrition maternelle).
- x. Passer à l'échelle et mettre en œuvre des interventions spécifiques et sensibles à la nutrition à travers les plateformes multisectorielles communautaires de nutrition et développement de la petite enfance (FRANC), une appropriation et un engagement effectif des communautés et une coordination décentralisée.
- xi. Renforcer l'autonomisation des femmes et la disponibilité et l'utilisation d'aliments de complément à travers la mise en place d'unités locales de fabrication de farines infantiles à haute valeur nutritionnelle par des coopératives agricoles féminines.

## 2. Chaque enfant apprend

Le droit à l'éducation constitue un des droits fondamentaux des enfants. Consacré à l'article 28 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CDE), ce droit implique que tous les enfants, filles comme garçons, en particulier ceux qui sont les plus vulnérables, puissent accéder à l'instruction, y compris en situation d'urgence ou de transition, et qu'ils bénéficient d'une éducation de qualité, adaptée à leurs besoins et leur permettant de réaliser leur plein potentiel au cours de leur vie d'adulte<sup>371</sup>.

Depuis plusieurs décennies, la Côte d'Ivoire multiplie les initiatives afin d'améliorer l'accès, la parité et l'achèvement dans l'enseignement primaire<sup>372</sup>, mais elle n'a toutefois pas été en mesure d'atteindre, en 2015, le second Objectif du millénaire pour le développement (OMD 2) qui visait à donner à tous les enfants les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires. En effet, en 2014, le taux d'achèvement au primaire n'était que de 63,9 %, avec un écart de plus de 5 points entre filles (58,8 %) et garçons (63,9 %), et plus de deux millions d'enfants en âge d'être scolarisés se trouvaient hors du système scolaire<sup>373</sup>.

Face à ce constat, le gouvernement a adopté la loi du 17 septembre 2015 rendant la scolarisation obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans, et mis en œuvre, dans le cadre de l'axe stratégique 2 du Plan national de développement (2016-2020) relatif au développement du capital humain et du bien-être social, un ambitieux plan sectoriel Éducation-Formation (2016-2025) et un plan stratégique d'accélération de l'éducation des filles (2016-2018). Ces efforts ont permis de réaliser des progrès significatifs en matière d'accès, de rétention et de parité au niveau de l'enseignement primaire et secondaire premier cycle.

Toutefois, les disparités liées aux revenus et aux lieux de résidence demeurent importantes. Par ailleurs, au niveau de l'enseignement préscolaire et du secondaire général second cycle, la participation est insuffisante et les inégalités sociales sont toujours très marquées. Enfin, les enquêtes nationales et internationales montrent que la qualité des acquis d'apprentissage reste faible et que de nombreux jeunes n'ont pas les compétences requises pour pouvoir faire face aux multiples défis qui se posent à eux, tant sur un plan individuel que collectif. Pour pouvoir atteindre, d'ici 2030, la cible 4.1 des Objectifs du développement durable relative à l'accès de tous les enfants à un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, il est essentiel que la Côte d'Ivoire amplifie les efforts en matière d'enrôlement et de rétention à tous les niveaux et qu'elle place désormais la qualité au cœur de ses priorités.





## Éducation – Cibles des ODD priorisées par la Côte d'Ivoire

ODD 4 : Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Cible 4.1 : D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons suivent, sur un pied d'égalité, un cycle complet d'enseignement primaire et secondaire gratuit et de qualité, les dotant d'acquis.

- Indicateur 4.1.1 : Le taux d'achèvement.

Cible 4.7 : D'ici à 2030, faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables, des droits de l'homme, de l'égalité des sexes, de la promotion d'une culture de paix et de non-violence, de la citoyenneté mondiale et de l'appréciation de la diversité culturelle et de la contribution de la culture au développement durable.

- Indicateurs 4.7.1 : Degré d'intégration de i) l'éducation à la citoyenneté mondiale et ii) l'éducation au développement durable, y compris l'égalité des sexes et le respect des droits de l'homme, dans a) les politiques nationales d'éducation, b) les programmes d'enseignement, c) la formation des enseignants et d) l'évaluation des étudiants.

## 2.1 Indicateurs clés

### 2.1.1 Enseignement préscolaire

Entre les années scolaires 2014-2015 et 2018-2019, le nombre total d'enfants scolarisés au niveau du préscolaire a progressé de 144 128 (dont 72 007 filles) à 188 147 (dont 94 906 filles), soit une hausse de 30,5 %. Cependant, le taux brut de scolarisation (TBS) dans les structures préscolaires du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP) reste inférieur à 10 % et n'augmente que très lentement (7,4 % en 2014-2015; 9,4 % en 2018-2019) alors que la cible du Plan sectoriel éducation-formation 2016-2020 était de 24,9 % pour 2018.

Lorsqu'on analyse le taux de fréquentation dans le secteur (TFS) de l'éducation préscolaire organisée<sup>374</sup>, calculé par l'EDS-III et la MICS-5 des enfants âgés de 36 à 59 mois, on constate une progression plus forte de la scolarisation entre 2012 (4,5 %) et 2016 (14,3 %), mais un niveau d'accès encore faible.

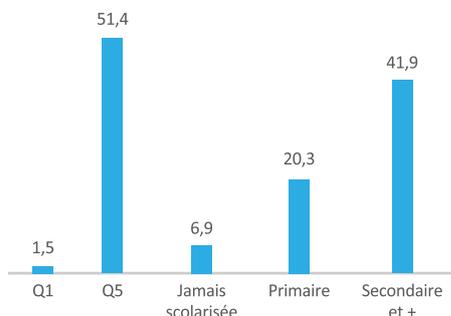
### Enfants de 36-59 mois fréquentant un programme d'éducation préscolaire organisée (%)



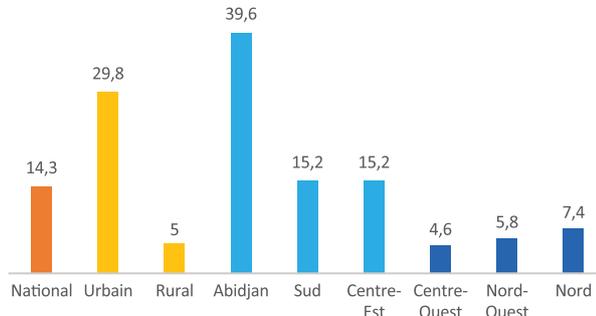
Source : EDS-III, MICS-5.

Selon la MICS-5, l'accès à un programme d'éducation préscolaire organisée est très fortement déterminé par les caractéristiques socioéconomiques des ménages : le taux d'accès à un programme d'éducation préscolaire varie ainsi de 1 à 7 en fonction du niveau d'éducation de la mère (jamais scolarisée : 6,9 % ; secondaire et plus : 41,9 %). En comparant les données de la MICS-5 et celles de l'EDS-III, on constate que l'accès au préscolaire a surtout progressé parmi les enfants des ménages les plus riches, dont plus de la moitié fréquentaient un programme préscolaire en 2016 (2012 : 15,4 % ; 2016 : 51,4 %). En revanche, le taux de fréquentation des enfants des ménages les plus pauvres n'a progressé que de façon marginale entre 2012 (0,9 %) et 2016 (1,5 %).

**Accès des enfants de 36-59 mois à un programme d'éducation préscolaire organisée en fonction du niveau de richesse du ménage et de l'éducation de la mère (%)**



**Proportion d'enfants de 36-59 mois fréquentant un programme d'éducation préscolaire organisée en fonction du lieu de résidence (%)**



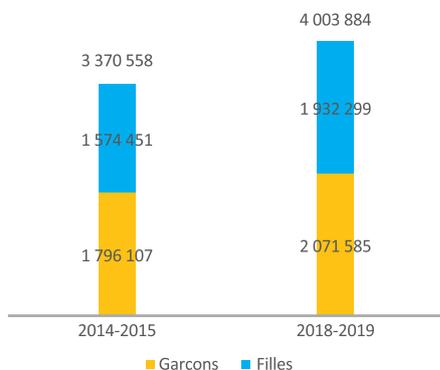
Source : MICS-5.

Les disparités d'accès liées aux lieux de résidence des enfants sont également très prononcées : selon la MICS-5, les enfants vivant en milieu urbain (29,8 %) ont six fois plus de chance que ceux de milieu rural (5 %) de fréquenter un programme d'éducation préscolaire. L'écart entre les régions est aussi très marqué avec un taux maximal dans le district d'Abidjan (39,6 %) et des taux minimums dans les régions du Centre-Ouest (4,6 %), du Nord-Ouest (5,8 %) et du Nord (7,4 %). Par ailleurs, en 2018-2019, les enfants des ménages ruraux représentent 52 % des élèves du primaire et seulement 21,7 % des élèves du préscolaire.

### 2.1.2 Enseignement primaire

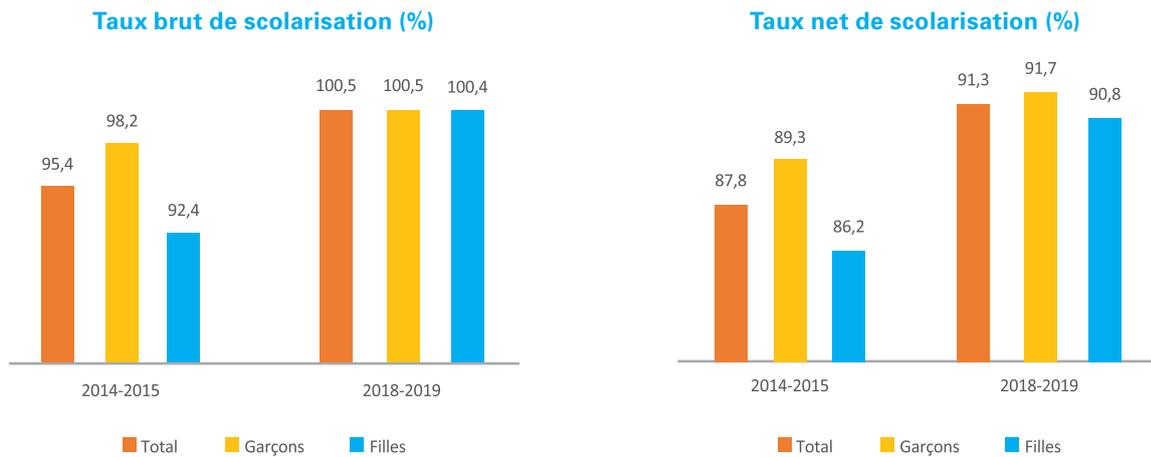
Entre les années scolaires 2014-2015 et 2018-2019, le nombre total d'enfants scolarisés au primaire a augmenté de plus de 18 % pour dépasser les 4 millions. Le TBS dans le primaire a continué de progresser pour dépasser les 100 %, l'écart entre les filles et les garçons ayant pratiquement disparu. Cette évolution positive se confirme au niveau du taux net de scolarisation (TNS) et du taux net d'admission (TNA) : 91,3 % des enfants ayant l'âge officiel sont désormais scolarisés dans le primaire (soit plus d'un point au-dessus de la cible du plan sectoriel 2016-2025 pour 2018) et le taux net d'admission a progressé de 3,5 points depuis 2014-2015 pour se situer à 3 points au-dessus de la cible.

#### Nombre d'enfants scolarisés dans le primaire par sexe



Source : SIGE 2014-2015, SIGE 2018-2019.

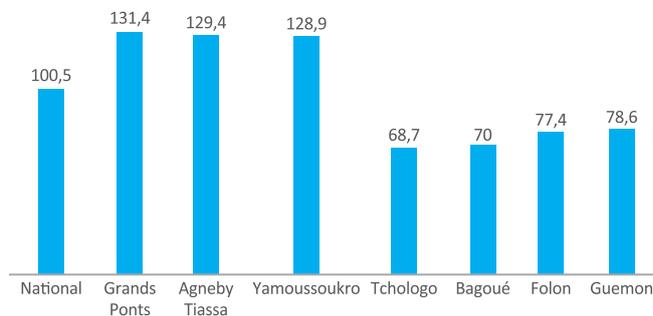
L'analyse combinée du TBS et du TNS montre qu'il existe toujours au niveau du primaire un nombre important d'enfants inscrits au CP2-CE1 de façon précoce (17,9 % des élèves inscrits au CP2-CE1 n'ont que 6 ans) ou avec retard (et ayant, de ce fait, plus de 11 ans en fin de cycle).



Source : SIGE 2014-2015, SIGE 2018-2019.

Par ailleurs, on observe de très grandes disparités régionales au niveau du taux brut de scolarisation. Selon les données du SIGE pour l'année 2018-2019, le TBS est supérieur à 100 % dans 20 régions sur 33, avec des taux maximums dans les Grands-Ponts (131,4 %) l'Agnéby Tiassa (129,4 %) et le district de Yamoussoukro (128,9 %) et des taux inférieurs à 85 % dans le Tchologo (68,7 %), la Bagoué (70 %), le Folon (77,4 %), le Guémon (78,6 %), le Bounkani (83,3 %) et le Béré (83,9 %).

#### TBS en fonction de la région de résidence (%)

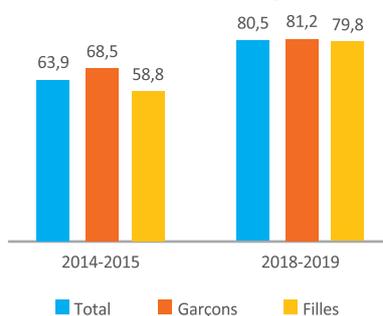


Source : SIGE 2018-2019.

Entre les années scolaires 2014-2015 et 2018-2019, l'indice de parité des sexes du TBS a progressé, passant de 0,94 à 1, soit la cible retenue par le plan sectoriel pour 2025. Si l'on prend en compte le fait que le taux de féminité parmi les 6-11 ans n'est que de 0,94 au primaire, alors la parité entre les sexes au niveau du primaire a basculé en défaveur des garçons<sup>375</sup>. Cette évolution s'explique par les campagnes de sensibilisation menées dans les régions à faible TBS, la distribution de kits scolaires, la mise en place des clubs de mères d'élèves filles (CMEF), la protection des enfants en milieu scolaire, la mise en œuvre des normes des écoles amies des enfants et amies des filles, la célébration des journées « Filles excellentes » et la mise en œuvre du Plan stratégique d'accélération de l'éducation des filles 2016-2018. De fortes disparités régionales demeurent cependant : si le TBS des filles est supérieur à celui des garçons dans 13 des 33 régions, il se situe à des niveaux particulièrement bas dans les provinces du Tchologo (65,4 %) et de la Bagoué (68,1 %).

Entre les années scolaires 2014-2015 et 2018-2019, le taux d'achèvement du primaire (TAP) a également très fortement progressé (+16,6 points) et l'écart entre les sexes est passé de 10 à 1,4 points. Le TAP (80,5 %) se situe ainsi plus de 3 points au-dessus de la cible retenue pour 2018 par le plan sectoriel. Cette évolution s'explique, en partie, par l'abaissement de la proportion de redoublants à tous les niveaux du primaire, qui est passée de 15,2 % en 2014-2015 à 8,7 % en 2018-2019.

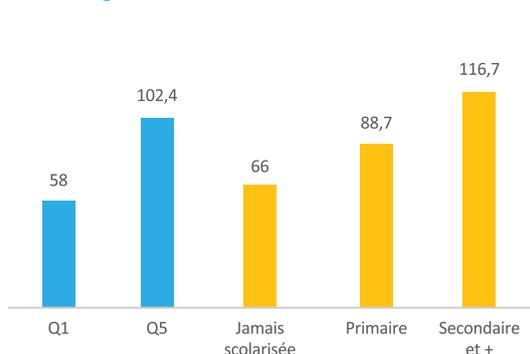
## Taux d'achèvement du primaire (%)



Source : SIGE 2014-2015, SIGE 2018-2019.

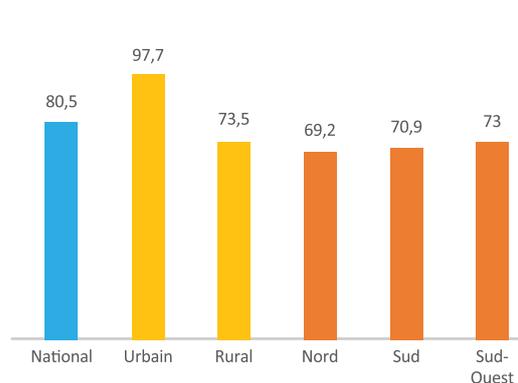
La MICS-5 montre que les caractéristiques socioéconomiques du ménage de l'enfant et son lieu de résidence déterminent fortement le TAP : les enfants des ménages les plus riches et ceux dont la mère a un niveau d'éducation secondaire ou plus ont pratiquement deux fois plus de chance de terminer le primaire que ceux des ménages les plus pauvres et ceux dont la mère n'a jamais été scolarisée. Il existe un écart de 24,2 points entre le TAP des enfants vivant en milieu urbain (97,7 %) et celui de ceux qui vivent en milieu rural (73,5 %). Enfin, le TAP est inférieur de 10 points à la moyenne nationale dans les grandes régions du Nord et du Sud.

## TAP en fonction du niveau de richesse du ménage et de l'éducation de la mère (%)



Source : MICS-5.

## TAP en fonction du lieu de résidence (%)

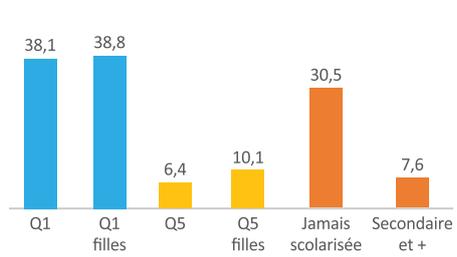


Par ailleurs, il apparaît que le risque de ne pas être scolarisé au primaire à l'âge officiel reste élevé : selon la MICS-5, 23,2 % d'enfants en âge d'aller à l'école primaire (6-11 ans) ne sont pas scolarisés et 55 % d'entre eux sont des filles. Le risque de ne pas être scolarisé au primaire à l'âge officiel varie fortement en fonction du lieu de résidence, du niveau d'instruction de la mère et du niveau de richesse du ménage : il est deux fois plus élevé en zone rurale (29,1 %) qu'en zone urbaine (14,7 %), quatre fois plus grand chez les enfants dont les mères n'ont pas été scolarisées (30,5 %) que chez ceux dont la mère a achevé au moins l'école secondaire (7,6 %), et six fois plus élevé chez les enfants des ménages les plus pauvres par rapport à ceux des ménages les plus riches. Les enfants des ménages les plus pauvres ont six fois plus de risque d'être dans cette situation que ceux des ménages les plus riches. La proportion d'enfants de 6-11 ans non scolarisés au primaire est la plus élevée dans les régions du Nord (42,8 %) et du Nord-Ouest (36,8 %).

En outre, la collecte de routine du MENETFP (2018-2019) a mis en évidence une forte concentration d'enfants fréquentant des écoles communautaires et des structures islamiques d'éducation (SIE) non intégrées et qui ne sont donc pas considérés comme scolarisés selon le système officiel.

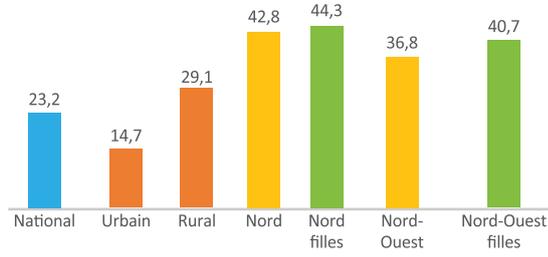


**Proportion d'enfants et de filles en âge d'aller à l'école primaire (6-11 ans) et non scolarisés selon le niveau de richesse du ménage et d'éducation de la mère (%)**



Source : MICS-5.

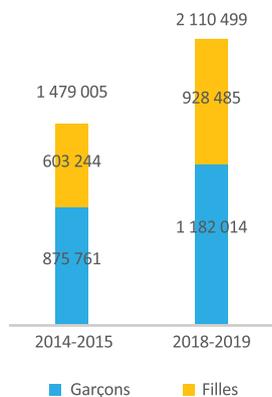
**Proportion d'enfants en âge d'aller à l'école primaire (6-11 ans) et non scolarisés en fonction du lieu de résidence (%)**



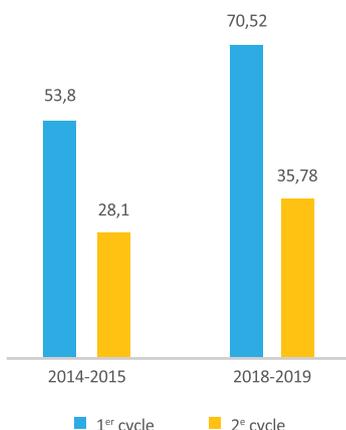
### 2.1.3 Enseignement secondaire général

Entre 2014-2015 et 2018-2019, le nombre total d'enfants scolarisés au secondaire général est passé de 1,47 million à 2,11 millions (1,6 million au premier cycle; 0,5 million au deuxième cycle), soit une progression des effectifs de plus de 42 %. Au cours de cette même période, la part des filles dans le total des effectifs a progressé, passant de 41 à 44 % du total. Le taux de transition s'élevait ainsi en 2018 à 84,09 % (83,20 % pour les filles; 84,85 % pour les garçons).

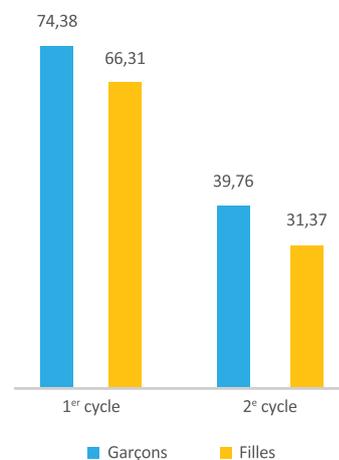
**Nombre d'enfants scolarisés dans le secondaire par sexe**



**TBS 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles du secondaire général (%)**



**TBS en fonction du sexe (%)**

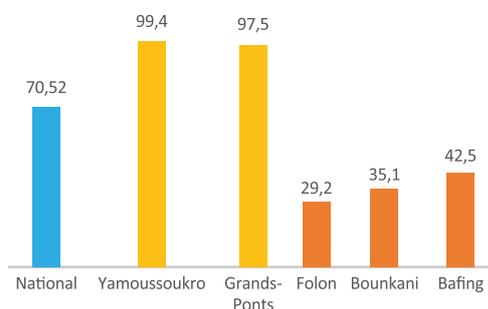
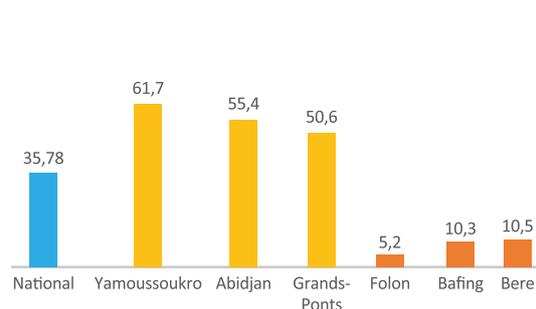


Source : SIGE 2014-2015, SIGE 2018-2019

Au 1<sup>er</sup> cycle, depuis 2014-2015, le TBS a gagné plus de 16 points pour atteindre 70,5 % et la progression a été encore plus forte chez les filles (+ 20 points), l'écart entre le TBS des filles et celui des garçons passant de 14 points à 8 points au cours de la période.

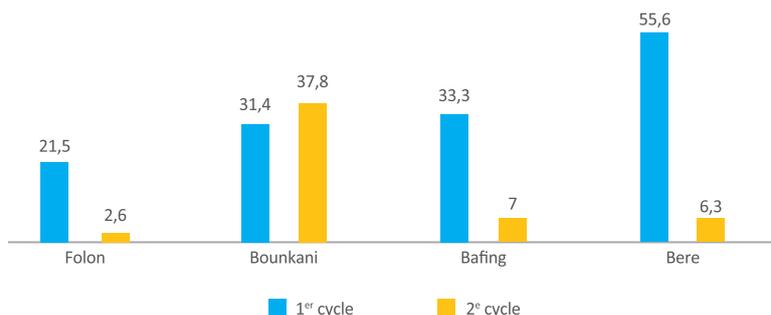
Au 2<sup>e</sup> cycle, le TBS a progressé de plus de 7 points, mais reste inférieur à la cible du plan sectoriel Éducation-formation (PSE) de 36 %. De plus, l'écart entre le TBS des filles et des garçons n'a que peu diminué et l'indice de parité entre les sexes (IPS), bien que supérieur à la cible 2018 du PSE (0,77), reste encore trop faible (0,79).

L'accès au secondaire 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles reste fortement dépendant du lieu de résidence avec environ 60 points d'écart entre la région de Folon, qui a les TBS les plus bas aux 1<sup>er</sup> (29,2 %) et 2<sup>e</sup> cycles (5,2 %) et le district de Yamoussoukro qui a les taux les plus élevés (1<sup>er</sup> cycle : 99,4 % ; 2<sup>e</sup> cycle : 61,7 %).


**TBS du 1<sup>er</sup> cycle en fonction du lieu de résidence (%)**

**TBS du 2<sup>e</sup> cycle en fonction du lieu de résidence (%)**


Source : SIGE 2014-2015, SIGE 2018-2019.

Dans les régions où le TBS est le plus bas, l'accès des filles est encore plus limité que celui des garçons au 1<sup>er</sup> cycle (Folon : 21,5 % ; Bounkani : 31,4 % ; Bafing : 33,3 %) et au 2<sup>e</sup> cycle (Folon : 2,6 % ; Béré : 6,3 % ; Bafing : 7 %).

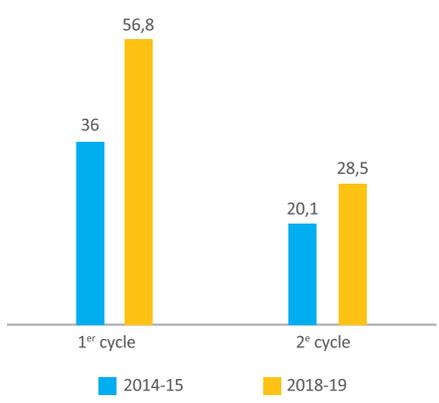
**Régions où le TBS des filles au secondaire est le plus faible (%)**


Source : SIGE 2018-2019.

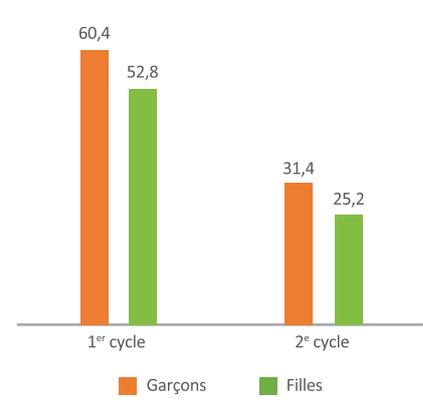
En ce qui concerne l'achèvement, on constate une progression de plus de 20 points au niveau du premier cycle (+20,8 points) – soit près de 9 points au-dessus de la cible retenue par le plan sectoriel pour 2018 – et un recul des disparités de genre, même si ces dernières demeurent importantes (IPS 2018-2019 de 0,87 contre 0,78 en 2014-2015). Le taux d'achèvement au second cycle progresse également, mais dans une moindre mesure (+8,4 points) et se situe pratiquement 5 points au-dessus de la cible du PSE pour 2018. Les disparités de genre reculent également, mais à un rythme moins rapide qu'au premier cycle et restent élevées (0,8 en 2018-2019 contre 0,73 en 2014-2015). Toutefois, on constate que les taux transversaux de survie (ou taux de rétention) – disponibles encore seulement pour l'année 2017 – ont peu progressé pour le premier cycle (69,7 % ; cible : 70 %) et sont en fort recul pour le second cycle (74,3 %), se situant 18 points en dessous de la cible retenue pour 2017 (92 %). Ces derniers résultats donnent à penser que les taux d'achèvement sont probablement surestimés en raison de la présence de redoublants qui ne sont pas comptabilisés comme tels, puisqu'ils se sont inscrits en dernière année après avoir redoublé au moins une fois au cours du cycle<sup>376</sup>.



Taux d'achèvement au 1<sup>er</sup> cycle et au 2<sup>e</sup> cycle (%)



Taux d'achèvement en fonction du genre (%)



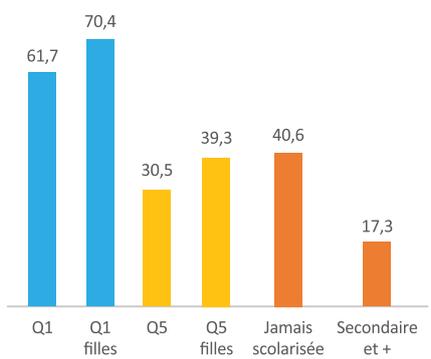
Source : SIGE 2014-15, SIGE 2018-19.

Selon la MICS-5, 41,5 % des enfants en âge d'aller à l'école secondaire (12-18 ans), parmi lesquels 34 % de garçons et 49,1 % de filles – soit un écart de 15 points – ne sont pas scolarisés.

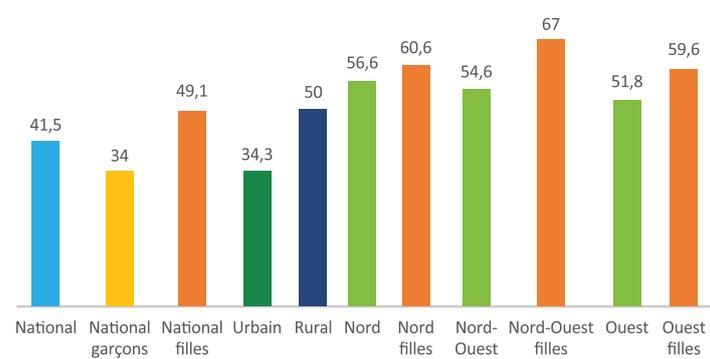
La non-scolarisation au secondaire est corrélée avec le niveau de pauvreté et le faible niveau d'éducation de la mère : 61,7 % des enfants âgés de 12-18 ans venant des ménages les plus pauvres (dont 70,4 % des filles) et 40,6 % de ceux dont la mère n'a pas été scolarisée ne sont pas scolarisés au secondaire, contre 30,5 % des enfants des ménages les plus riches (dont 39,3 % des filles) et 17,3 % de ceux dont la mère a étudié au moins jusqu'au secondaire.

Le lieu de résidence détermine aussi fortement la non-scolarisation au secondaire. En zone rurale, la moitié des enfants en âge d'aller à l'école secondaire ne sont pas scolarisés (dont 57,2 % des filles et 43,5 % des garçons) contre un tiers en zone urbaine (dont près de 43 % des filles et 25 % des garçons). Le risque de non-scolarisation est particulièrement important dans les provinces du Nord (56,6 %), du Nord-Ouest (54,6 %) et de l'Ouest (51,8 %), en particulier pour les filles (MICS-5).

Proportion d'enfants en âge d'aller à l'école secondaire (12-18 ans) et non scolarisés selon le niveau de richesse du ménage et d'éducation de la mère (%)



Proportion d'enfants en âge d'aller à l'école secondaire (12-18 ans) et non scolarisés en fonction du lieu de résidence (%)



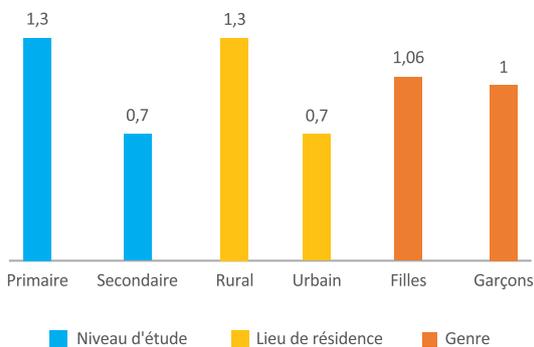
Source : MICS-5.

### 2.1.4 Enfants hors du système scolaire, analphabétisme et insertion professionnelle

En 2014, le 4<sup>e</sup> Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2014) avait estimé que 2,067 millions d'enfants en âge d'être scolarisés se trouvaient en dehors du système scolaire, parmi lesquels 1,265 million d'enfants âgés de 6 à 11 ans et 0,756 million âgés de 12 à 15 ans.

Les filles (51,4 % du total des enfants hors du système scolaire) et les enfants vivant en zone rurale (65,9 % du total) courent davantage de risques de se trouver en dehors du système que les garçons et les enfants vivant en zone urbaine. Parmi les enfants âgés de 6-11 ans en dehors du système scolaire, 9,7 % (environ 110 000 enfants) n'entrent jamais à l'école et 7,65 % ont été scolarisés mais ont abandonné (environ 86 000 enfants). Parmi les 12-15 ans hors du système scolaire, 32 % ont abandonné au 1<sup>er</sup> cycle et 68 % n'auront jamais accès au secondaire<sup>377</sup>.

#### Enfants en âge d'être scolarisés et hors du système scolaire (6-15 ans) en fonction du niveau d'étude, du lieu de résidence et du sexe (en millions)

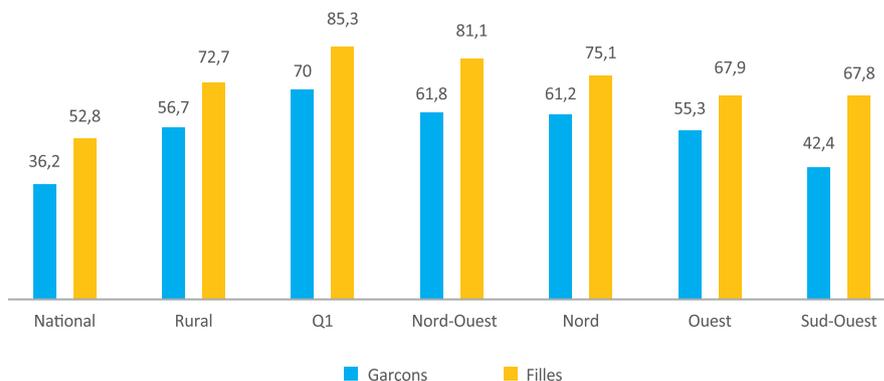


Source : RGPH 2014.

Les efforts entrepris pour accroître l'accès et l'espérance de vie scolaire ont permis de ramener le nombre d'enfants hors du système scolaire (EHSS) à 1,6 million en 2017. Toutefois, ces progrès restent trop lents et l'espérance de vie scolaire trop faible puisque 27 % des enfants d'âge scolaire sont toujours exclus.

L'analphabétisme, conséquence des insuffisances et des dysfonctionnements du système éducatif depuis plusieurs décennies, affecte, selon la MICS-5, 36,2 % des jeunes hommes et 52,8 % des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans, sans amélioration majeure depuis 2012<sup>378</sup>. Le taux d'analphabétisme est particulièrement élevé chez les jeunes femmes des milieux ruraux (72,7 % contre 56,7 % pour les jeunes hommes) et des ménages les plus pauvres (85,3 % contre 70 % pour les jeunes hommes). Les régions du Nord-Ouest, du Nord, de l'Ouest et du Sud-Ouest sont celles où la proportion d'analphabètes parmi les jeunes de 15-24 ans est la plus forte, avec des écarts entre garçons et filles oscillant entre 12 et 25 points.

#### Proportion de jeunes de 15-24 ans analphabètes selon le lieu de résidence, le genre et le niveau de vie (%)

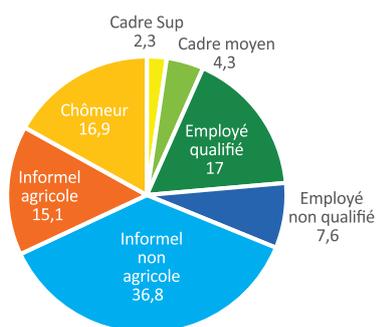


Source : MICS-5.



Le système éducatif semble également peu performant en matière de préparation à l'entrée sur le marché du travail. Selon une étude de la Banque mondiale, en 2013, seul un quart des jeunes Ivoiriens de 25-34 ans ayant un diplôme du secondaire occupaient un emploi qualifié sur le marché du travail et près de 17 % étaient sans emploi<sup>379</sup>. Pour plus de détails sur l'insertion professionnelle des jeunes, notamment les plus vulnérables, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

### Insertion professionnelle des 25-34 ans diplômés du secondaire (%)



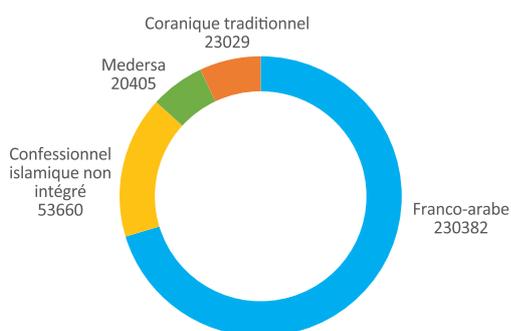
Source : Banque mondiale, *Le défi des compétences*, 2017.

Parmi les 1,6 million d'EHSS, certains sont inscrits dans des écoles communautaires informelles, d'autres dans des écoles privées dites « écoles boutiques », d'autres enfin dans des structures islamiques d'éducation ou SIE (franco-arabes, medersas et coraniques) qui ne sont pas enregistrées auprès du ministère de l'Éducation et ne fournissent aucune garantie quant à la qualité de l'enseignement dispensé ou au respect des droits des enfants dans les classes.

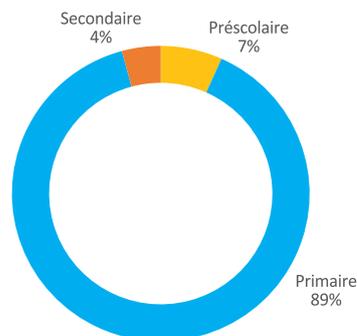
En 2018-2019, les données du SIGE indiquent que 429366 enfants étaient scolarisés dans les structures islamiques d'éducation et 327476 enfants (76 % du total, dont 45 % de filles) dans des structures islamiques d'éducation non intégrées (SIE) dans le système formel. Selon les statistiques du MENETFP, les effectifs scolarisés dans les SIE non intégrées se concentrent dans le district d'Abidjan (48549, soit 15 % du total), et les régions de la Nawa (33720, soit 10 %), du Haut-Sassandra (22597, soit 5,4 %), du Loh-Djiboua (20171, soit 7 %), de la Bagoué (19636, soit 6 %) et du Gontougo (17061, soit 5 %).

Les enfants qui fréquentent ces écoles étudient dans des conditions d'hygiène et de promiscuité déplorables, sont exposés à des risques de maltraitements psychologiques et physiques importants, peuvent être contraints de mendier pour leurs enseignants et n'acquièrent pas les connaissances de base nécessaires à leur insertion professionnelle ultérieure<sup>380</sup>.

### Répartition des effectifs d'élèves par type de structures islamiques d'éducation non intégrées au système éducatif (%)

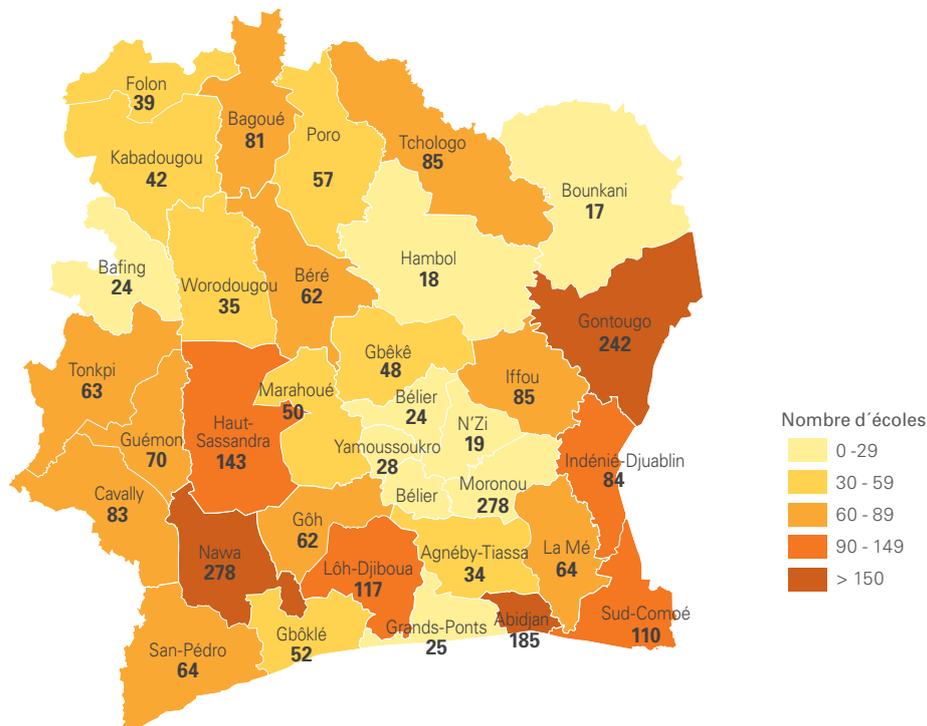


### Proportion des élèves par tranche d'âge dans les structures islamiques d'éducation (%)



Source : SIGE 2018-2019.

### Nombre de structures islamiques d'éducation (2017-2018)



Source : Direction des stratégies, de la planification et des statistiques - DSPS 2019

## 2.2 Analyse causale

### 2.2.1 Goulots d'étranglement – Barrières du côté de l'offre

#### 2.2.1.1 Enseignement préscolaire

Depuis 2014-2015, la couverture éducative a été renforcée, mais elle reste trop limitée, en particulier en milieu rural : le nombre de classes a augmenté de 38 % dans le secteur privé et de 61 % dans le secteur public. Toutefois, 65 % des écoles préscolaires se trouvent en milieu urbain et il n'existe pratiquement aucune école préscolaire privée en milieu rural.

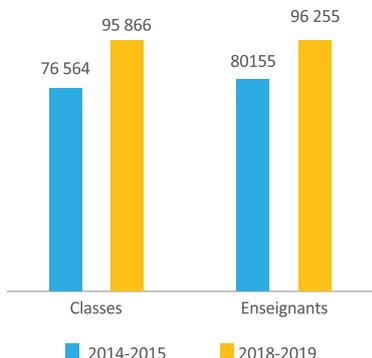
Dans plusieurs régions, confrontés à l'absence de structures publiques comme privées, les parents choisissent d'envoyer leurs enfants dans les SIE non intégrées dès le préscolaire. Par ailleurs, l'État consacre moins de 2 % des dépenses totales d'éducation à ce secteur et, jusqu'à l'adoption du plan sectoriel Éducation/formation 2016-2025, l'enseignement préscolaire n'était pas considéré comme une priorité. L'impact du plan sectoriel sur l'enseignement préscolaire est encore difficile à mesurer. En 2018-2019, seules 13 % des écoles primaires publiques disposent d'une classe préprimaire pour les enfants de moins de 5 ans avec un maximum à Abidjan (33 %) et dans le Folon (27 %) et un minimum dans le N'Zi (1 %) <sup>381</sup>. Le développement de l'offre communautaire pour les enfants de 4 à 5 ans en milieu rural reste très limité : alors que la cible du PSE était de 4,7 %, les structures communautaires n'accueillaient que 0,3 % du total des effectifs à ce niveau en 2018 (cible 2025 : 19 %).

#### 2.2.1.2 Enseignement primaire

Les efforts entrepris sur le plan budgétaire, législatif et normatif et l'intégration d'écoles communautaires dans le secteur public ont permis d'accroître le nombre de classes de 25 % entre 2014-2015 et 2018-2019, de réduire le ratio d'élèves par classe de 50 en 2014-2015 à 43 en 2018-2019 ainsi que la proportion d'élèves devant parcourir plus de 3 km pour se rendre à l'école primaire (de 9,8 % en 2014-2015 à 8,2 % en 2018-2019). Toutefois, en 2018, plus de 18000 enfants n'ont pas pu être inscrits au CP1 à cause de la faiblesse de la capacité d'accueil (SIGE 2018-2019).

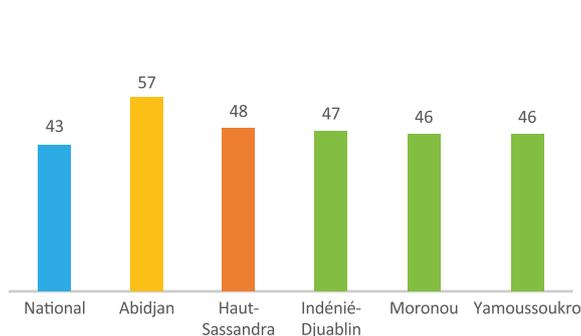


### Nombre de classes et d'enseignants – éducation primaire



Source : SIGE 2014-2015 & 2018-2019.

### Ratio élèves par maître (Primaire – Secteur public)



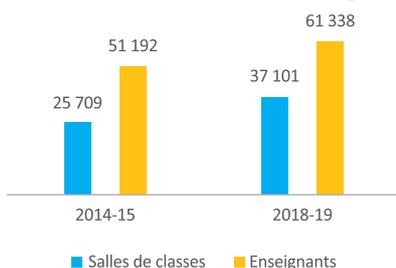
Source : SIGE 2016-2017, 2017-2018 & 2018-2019.

Afin de faciliter la réinsertion des enfants hors du système scolaire dans l'enseignement primaire, des classes passerelles pédagogiques ont été créées depuis 2007. En 2018-2019, 147 classes passerelles ont accueilli 4 235 élèves, parmi lesquels 50,4 % de filles et 53 % d'enfants vivant en milieu rural, 22,6 % d'enfants de moins de 9 ans et 31,2 % d'enfants de 15 ans et plus. En 2018, cependant, la moitié des classes passerelles étaient concentrées dans six régions, situées principalement dans le Centre-Ouest, le Sud-Ouest et le Sud (Abidjan : 22 ; Haut-Sassandra : 20 ; Bagoué : 15 ; Lôh-Djiboua : 12 ; San Pedro : 11 ; Gbôklé : 11), tandis que neuf régions en restaient totalement dépourvues (Bélier, N'Zi, Yamoussoukro, Béré, Kabadougou, Cavally, Gontougo, Hambol et Maharoué) malgré la présence de nombreux EHSS. De plus, la cible arrêtée par le plan sectoriel (accueillir 30 000 EHSS âgés de 10 à 13 ans chaque année) est encore loin d'être atteinte. Enfin, en 2017, la proportion des enfants issus des classes passerelles et intégrés dans le système éducatif formel était de 82 % contre une cible attendue de 100 %<sup>382</sup>.

#### 2.2.1.3 Enseignement secondaire général

Afin d'accompagner la hausse des effectifs consécutive, notamment dans le 1<sup>er</sup> cycle, à l'abaissement de la note d'admission en 6<sup>e</sup> à 85 points à partir de l'année 2013-2014 et à l'adoption de la loi du 17 septembre 2015 rendant la scolarisation obligatoire jusqu'à 16 ans, l'État a entrepris la construction et la réhabilitation de nombreuses infrastructures d'accueil. Avec l'appui des PTF et des conseils régionaux, il a ainsi (i) créé plus de 70 collèges de proximité en milieu rural (dans les régions de Tonkpi, Sud-Comoé, Moronou, Indénié-Djuablin, Gontougo, Guémon, Haut-Sassandra, La Mé), (ii) étendu des lycées existants, (iii) recruté des professeurs au collège et au lycée et (iv) adopté des mesures afin d'optimiser l'utilisation des salles de classe et des enseignants. Entre 2014-2015 et 2018-2019, le nombre de classes du secondaire général a ainsi augmenté de 44 % et celui des enseignants de 19 %, tandis que le taux d'utilisation des salles de classe est passé de 1,2 en 2016 à 1,8 en 2017, soit un niveau supérieur à la cible de 1,5 retenue par le plan sectoriel pour 2025. Enfin, la proportion des lycées publics de jeunes filles disposant d'un internat fonctionnel est passée de 62,5 % en 2016 à 83 % en 2017. Ces efforts se reflètent dans la part qu'occupent les dépenses d'investissement dans les dépenses d'éducation du secondaire 1<sup>er</sup> cycle (8 % en 2015) et 2<sup>e</sup> cycle (6,2 % en 2015)<sup>383</sup>.

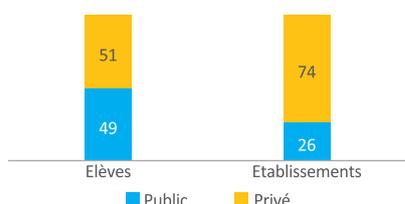
### Nombre de classes et d'enseignants 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles



Source : SIGE 2016-2017, 2017-2018 & 2018-2019.

L'augmentation de l'offre au secondaire a aussi reposé, pour une part importante, sur les subventions directes octroyées par l'État au secteur privé (120 000 FCFA par élève et par an) qui représente 74 % du total des établissements du secondaire et scolarise 51 % des élèves à ce niveau. Entre les années scolaires 2014-2015 et 2018-2019, la proportion de classes dans le secteur privé a progressé de 37 % à 53 %. La question de la soutenabilité et de l'équité d'un tel système dans la durée est toutefois posée<sup>384</sup>.

#### Proportion des établissements et élèves du secondaire par statut (%)



Source : SIGE 2018-2019.

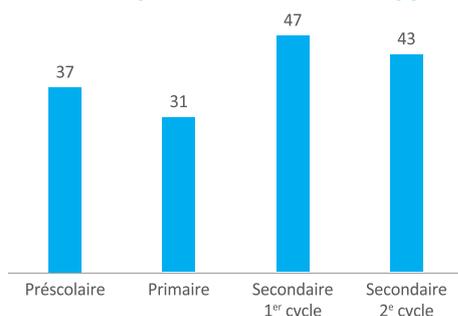
Dans les années à venir, la poursuite du renforcement de l'offre scolaire en milieu rural apparaît nécessaire. En 2015, 92 % des salles de classe du secondaire 1<sup>er</sup> cycle et 96 % de celles du 2<sup>e</sup> cycle se trouvaient en milieu urbain et seuls 5,4 % des élèves du 1<sup>er</sup> cycle étaient issus du milieu rural (RESEN, 2016). Une étude sur les collèges de proximité a montré que si le ratio élèves par classe dans cinq collèges de proximité des Directions régionales de l'Éducation nationale (DREN) de Odienné, Korhogo, Bondoukou, Man et Bouaké était de 43, il dépassait les 123 dans cinq collèges « classiques » situés dans les mêmes DREN<sup>385</sup>.

### 2.2.2 Goulots d'étranglement – Barrières du côté de la demande

#### 2.2.2.1 Enseignement préscolaire

Du côté de la demande, les principales barrières se situent au niveau du coût élevé de la préscolarisation, les familles devant prendre à leur charge 37 % des dépenses. Des frais de fournitures ont été instaurés (6 000 FCFA minimum en milieu rural et 16 000 FCFA en milieu urbain) et 87 % des établissements n'ont pas de cantines fonctionnelles (SIGE 2018-2019). La faiblesse de la fréquentation s'explique aussi par la méconnaissance par de nombreux parents de l'apport de la préscolarisation dans le développement intégré du jeune enfant. En effet, le Programme d'éducation parentale (PrEPare) est en cours d'élaboration et les campagnes de sensibilisation prévues par le PSE pour le développement des centres communautaires sont en phase d'expérimentation. Cette faiblesse est également liée aux incertitudes concernant la qualité de l'enseignement préscolaire actuel. Même si l'évaluation standardisée des compétences dans les pays francophones (enquête PASEC, 2014) indique que les élèves ayant bénéficié d'un enseignement préscolaire ont, au primaire, des résultats supérieurs à ceux qui n'ont pas fréquenté le préscolaire (34,7 points pour la lecture et 15,1 points en mathématiques), ces écarts restent trop modestes, en particulier dans certaines régions (les élèves habitants dans le sud et l'ouest du pays obtenant en moyenne des scores inférieurs à ceux d'Abidjan et du nord) pour inciter les parents à se sacrifier pour scolariser leurs enfants à ce niveau<sup>386</sup>.

#### Part des dépenses d'éducation supportées par les familles selon les sous-secteurs (%)



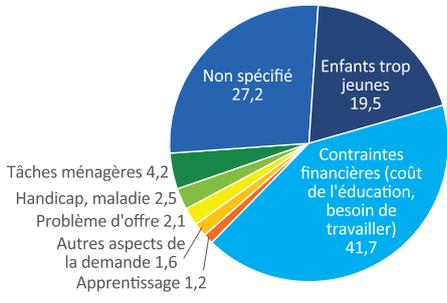
Source : RESEN 2016.



**2.2.2.2 Enseignement primaire et secondaire**

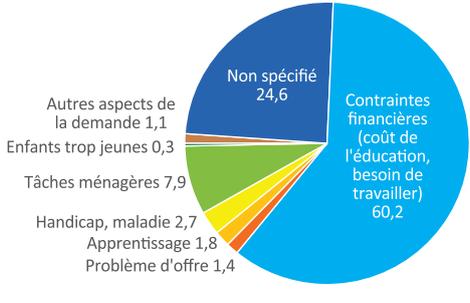
Selon le RESEN 2016, les principales causes de la non-scolarisation des enfants en âge d'être scolarisés au primaire et au secondaire et se trouvant hors du système scolaire sont les frais directs et indirects et le coût d'opportunité de la scolarisation pour 41,7 % des 6-11 ans et 60,2 % des 12-15 ans.

**Causes de non-scolarisation des 6-11 ans en 2013 (%)**



Source : RESEN 2016.

**Causes de non-scolarisation des 12-15 ans en 2013 (%)**



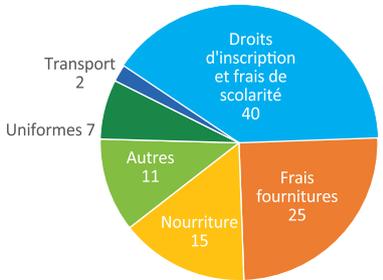
• **Les coûts directs et indirects**

Les familles supportent 31 % du total des dépenses d'éducation au primaire, 47 % au secondaire 1<sup>er</sup> cycle et 43 % au secondaire 2<sup>e</sup> cycle (RESEN, 2016)<sup>387</sup>.

Depuis 2013, le ministère en charge de l'Éducation nationale s'est efforcé de réduire le coût que représente pour les familles l'achat de fournitures au niveau primaire en distribuant des kits scolaires. Toutefois, alors que 97 % des élèves du primaire avaient reçu un kit scolaire en 2017-2018, seuls 68,2 % en ont reçu en 2018-2019. Par ailleurs, des observations de terrain ont montré que dans de nombreux cas, ces kits n'étaient disponibles qu'à la fin du premier trimestre, ce qui oblige souvent les ménages à acheter eux-mêmes des fournitures afin d'éviter que l'enfant ne soit pénalisé dans son apprentissage en début d'année. En ce qui concerne les frais de nourriture, on constate que la proportion d'écoles primaires ne disposant pas de cantine a augmenté de 62 % en 2014-2015 à 67,1 % en 2018-2019 et qu'il n'existe pas de programme national de distribution de repas gratuits<sup>388</sup> ou de dispositif d'aide permettant aux enfants des ménages les plus pauvres de prendre un repas gratuitement. Par ailleurs, dans les établissements qui disposent d'une cantine, la Direction des cantines scolaires n'a fourni de repas payants (25 FCFA) que pendant 18 jours sur les 120 que compte l'année scolaire<sup>389</sup>.

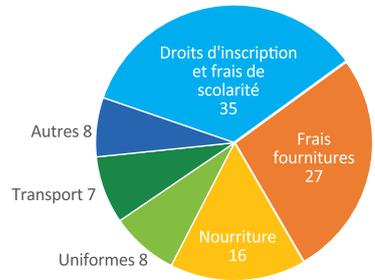
Au secondaire, l'État accorde des subventions aux collèges et lycées privés qui accueillent les élèves n'ayant pas obtenu de place dans les établissements publics. Ces subventions sont généralement trop faibles<sup>390</sup> par rapport aux frais de scolarité exigés par ces écoles privées. Ainsi, les familles doivent souvent payer des sommes supplémentaires élevées, ce qui conduit parfois à la non-scolarisation ou à l'abandon précoce.

**Composition des dépenses scolaires des ménages pour le primaire en 2013 (%)**



Source : RESEN 2016.

**Composition des dépenses scolaires des ménages pour le secondaire 1<sup>er</sup> cycle en 2013 (%)**



Le coût et la difficulté pour les parents de se procurer l'acte de naissance de leur enfant ont aussi longtemps constitué un frein à la demande de scolarisation<sup>391</sup>. Toutefois, cette contrainte apparaît désormais réduite depuis la décision prise en 2012 par le ministre en charge de l'Éducation nationale d'autoriser l'inscription au CP1 des enfants

dépourvus d'un extrait de naissance. En 2018-2019, 1 141 942 élèves du primaire ne disposaient pas d'extrait de naissance, parmi lesquels 30 % étaient au CP1 et 75 % vivaient en zone rurale<sup>392</sup>. Une opération spéciale organisée en 2017-2018 par le ministère de la Justice, en collaboration avec plusieurs ministères techniques et avec l'appui de l'UNICEF, a permis l'enregistrement de plus d'un million d'enfants au niveau de l'école primaire. Pour plus d'informations sur l'enregistrement des naissances, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

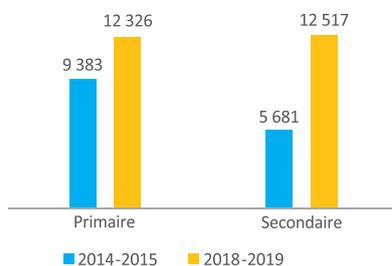
#### • Les coûts d'opportunité

Selon le RESEN 2016, l'utilisation des enfants pour effectuer des tâches ménagères est le second frein à la demande d'éducation, que ce soit au primaire (4,2 % des causes de non-scolarisation des 6-11 ans) ou, plus encore, au secondaire premier cycle (7,9 % des causes de non-scolarisation des 12-15 ans). Compte tenu des inégalités de genre observées dans le partage des tâches domestiques, les filles sont davantage exposées au risque de non-scolarisation pour ce motif que les garçons.

#### • La maladie et le handicap

Le RESEN 2016 montre que la maladie et le handicap des enfants constituent le troisième motif de non-scolarisation des 6-15 ans (2,5 % des 6-11 ans ; 2,7 % des 12-15 ans). Les dernières données disponibles montrent que des efforts importants ont été faits par le ministère en charge de l'Éducation nationale avec la collaboration de plusieurs ministères techniques afin d'inclure davantage d'enfants vivant en situation de handicap dans le système éducatif. Entre 2014-2015 et 2018-2019, leur nombre au primaire a ainsi progressé de 30 % (12 326 enfants en 2018-2019, contre 9 383 en 2014-2015) et de 120 % au secondaire (12 517 en 2018-2019 contre 5 681 en 2014-2015). En outre, le MENETFP a lancé, avec le MEPS et le MFFE et l'appui des PTF (CBM et Union européenne), une initiative pilote destinée à intégrer les pensionnaires de l'École ivoirienne pour les sourds (ECIS) dans les écoles ordinaires dès le CE1.

#### Enfants vivant avec un handicap et scolarisés dans le primaire et le secondaire général



Source : SIGE 2014-2015 & SIGE 2018-2019.

En 2017, toutefois, on estimait que 48 000 enfants en situation de handicap, parmi lesquels 20 000 enfants âgés de 6 à 11 ans, étaient toujours exclus du système scolaire<sup>393</sup>. Cette situation s'explique par une combinaison de facteurs, parmi lesquels l'insuffisance d'institutions spécialisées, d'équipements et de salles adaptés aux handicaps des enfants<sup>394</sup>, l'attitude souvent négative des autres élèves et des parents d'élèves à l'égard des enfants en situation de handicap ou malades, la non-qualification des enseignants en matière de prise en charge de ces enfants, et la conviction, chez de nombreux parents, que des handicaps comme la surdité sont des formes d'arriération mentale rendant inutile tout effort en matière d'éducation<sup>395</sup>.

#### • Les causes non spécifiées

Parmi les causes non spécifiées de non-scolarisation (environ un quart du total, selon l'étude dont les résultats sont présentés dans le RESEN 2016), on peut également citer l'existence chez les parents de croyances les conduisant à refuser que leurs enfants suivent une éducation formelle au motif qu'elle favoriserait la diffusion de valeurs incompatibles avec leurs traditions, leur mode de vie ou leur religion. Pour de nombreux parents, le système éducatif formel encadre mal les enfants, ne les prépare pas (notamment les filles) au rôle attendu dans leur communauté (épouse, mère) et les encourage même à contester l'autorité et à rechercher des cadres de socialisation alternatifs, y compris dans des groupes violents. Le rejet du système éducatif formel semble particulièrement fort dans la communauté peulh, ainsi que parmi certaines des communautés originaires du Mali ou du Burkina Faso<sup>396</sup>.





## La demande de scolarisation dans les structures islamiques d'éducation (SIE)

La demande de SIE s'explique par plusieurs facteurs :

- i) L'absence de structures formelles d'éducation à une distance raisonnable du lieu d'habitation : ce facteur joue un rôle important, en particulier au niveau du préscolaire où l'offre éducative reste particulièrement limitée, singulièrement dans les zones reculées et défavorisées.
- ii) Des attentes éducatives spécifiques et variées de la part des familles et communautés musulmanes : pour certaines, les SIE proposent un encadrement éducatif et une formation morale très supérieurs à ceux offerts par le système formel, marqué par la crise de l'autorité des maîtres, les grèves à répétition, etc. Pour d'autres, l'enrôlement dans une SIE est l'occasion pour l'enfant d'acquérir au contact d'un maître coranique un savoir-être et une pratique de la religion – voire dans certains cas des connaissances ésotériques – conformes à leur vision du monde ; pour les communautés peulhs, la scolarisation au sein des SIE est le moyen de préserver leur identité culturelle et de perpétuer certaines pratiques dont le mariage précoce des filles.
- iii) La gratuité de la scolarité : en contrepartie de la pratique de la mendicité par les élèves garçons et de la réalisation de tâches ménagères par les élèves filles, de nombreuses écoles coraniques accueillent en effet gratuitement les élèves.

S'agissant de la déscolarisation des 12-15 ans, qui frappe tout particulièrement les enfants vivant en zones rurales et les filles<sup>397</sup>, le rapport RESEN 2016 a permis d'identifier plusieurs déterminants :

- dans 27 % des cas, la déscolarisation est liée à la pauvreté des ménages, à leur incapacité à payer les frais directs et indirects et à la nécessité des enfants de quitter l'école pour participer avec leur famille aux récoltes ou occuper un emploi et gagner leur vie. Selon la MICS-5, 31,3 % des enfants de 5-17 ans sont, en effet, impliqués dans des activités économiques ou domestiques, parmi lesquels 19 % des enfants de cette tranche d'âge vivant en zone urbaine et 41,3 % de ceux qui vivent en zone rurale, avec des taux d'activité des enfants particulièrement élevés dans les régions du Nord-Ouest (50,7 %), du Nord (48,4 %), du Nord-Est (45,2 %) et de l'Ouest (43,3 %) ;
- la seconde cause de déscolarisation est l'échec scolaire (13,4 % des cas). Les mesures prises depuis dix ans pour réduire les redoublements, qui contribuent à surcharger les classes, à augmenter les coûts d'opportunité de la scolarisation et à accroître les risques de décrochage et d'abandon, ont fini par produire des effets. Le taux de redoublement est ainsi passé de 13,6 % en 2014-2015 à 8,7 % en 2018-2019 dans le primaire et de 15,3 % à 13 % dans le secondaire général. Malgré cette évolution positive, le taux de redoublement reste élevé en CE2 (12,4 % en 2018-2019 contre 18,4 % en 2014-2015), en fin de premier cycle (26 % en 2018-2019 contre 31 % en 2014-2015) et de second cycle (26 % en 2018-2019 contre 42 % en 2014-2015). Cette situation s'explique par le fait que de nombreux élèves rencontrent de graves difficultés d'apprentissage pour des raisons multiples qui tiennent aux mauvaises conditions d'enseignement et à l'absence d'un suivi adapté aux besoins de l'enfant de la part des enseignants et des parents, en particulier lorsque ces derniers n'ont pas été scolarisés<sup>398</sup> ;
- la mise en apprentissage chez un employeur ou un maître artisan (6,3 % des cas) et le manque d'inclusivité du système éducatif (2,1 % des cas) constituent les troisième et quatrième motifs de sortie du système scolaire formel pour cette tranche d'âge ;
- enfin, dans 1,4 % des cas, la déscolarisation résulte d'une grossesse en cours de scolarité ou d'un mariage précoce.

Indépendamment des barrières restant à surmonter pour limiter au maximum le nombre de grossesses en milieu scolaire et mettre un terme à la pratique néfaste des mariages précoces, le fait d'avoir un enfant ou de se marier en cours de scolarité ne devrait pas, en soi, entraîner une déscolarisation définitive de la jeune fille. En mars 2019, le MENETFP a pris un arrêté qui autorise explicitement les filles-mères à demander un report de leur scolarité<sup>399</sup>.

## 2.2.3 Défis en matière de qualité

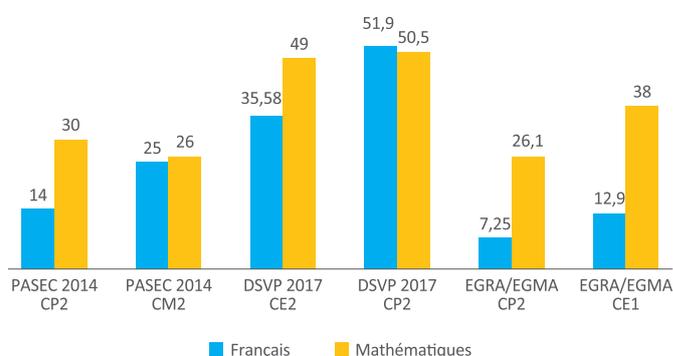
### 2.2.3.1 Acquis scolaires

S'agissant du préscolaire, les résultats des évaluations standardisées des compétences dans les pays francophones (enquête PASEC 2014) ont montré que les élèves étant allés à l'école maternelle ont, au primaire, des résultats à peine supérieurs aux autres élèves. Dans le primaire, les résultats du PASEC 2014 sont décevants :

en deuxième année du primaire, seuls 14 % des élèves avaient des compétences suffisantes en lecture et seuls 30 % d'entre eux en mathématiques. À la fin du cycle primaire, les résultats étaient meilleurs en lecture (25 % des enfants avaient des compétences minimales), mais plus faibles en mathématiques (26 %). De plus, le PASEC 2014 a montré que les performances des filles étaient inférieures à celles des garçons en mathématiques, au début comme à la fin de la scolarité<sup>400</sup>.

L'évaluation normalisée des acquis scolaires à la fin des sous-cycles CP2 et CE2, réalisée en 2017 par le MENETFP, a confirmé le faible niveau des acquis au niveau du CP2 et du CE2 : les résultats sont très insuffisants en français/lecture (35,58 items réussis sur 100), moyens pour les mathématiques (49,08) et passables pour le EDHC (59,27) à la fin du CP2. À la fin du CE2, les résultats sont meilleurs en français (51,9 items sur 100) – avec toutefois une très grande hétérogénéité entre les élèves –, mais stagnent en mathématiques (50,5) et ne sont que de 49,5 items sur 100 en étude du milieu (histoire-géographie, EDHC, sciences et technologie). Enfin, un écart important existe entre le nombre d'items réussis en milieu urbain (58 sur 100) et en milieu rural (38,63).

### Acquis scolaires en français et en mathématiques



Source : PASEC 2014 & Rapport de performance Éducation-formation 2017.

Au secondaire 1<sup>er</sup> cycle, une étude du MENETFP a montré que, dans le nord du pays, le score moyen enregistré en lecture pour les nouveaux entrants en 6<sup>e</sup> n'est que de 38,1 points sur 100<sup>401</sup>. Enfin, les résultats préliminaires d'une évaluation réalisée en 2019 et concernant les apprentissages de base en lecture (EGRA) et en mathématiques (EGMA) dans les classes de CP2 et CE1 confirment l'ampleur des défis à relever : en CP2, le score moyen au test EGRA n'est, en effet, que de 7,25 sur 100 et le score au test EGMA de 26,1 sur 100. Au CE1, les scores sont légèrement plus élevés (EGRA : 12,9 sur 100 ; EGMA : 38 sur 100), mais témoignent toujours de très grandes difficultés en matière d'apprentissage<sup>402</sup>.

En dépit de ces mauvais résultats, le taux de réussite au certificat d'études primaires et élémentaires (CEPE) est élevé, à la fois pour les filles (83,74 %) et pour les garçons (83,42 %), et le taux de réussite au brevet d'études du premier cycle (BEPC) progresse (60,14 %)<sup>403</sup>, celui des filles (60,87 %) dépassant désormais celui des garçons (59,54 %).

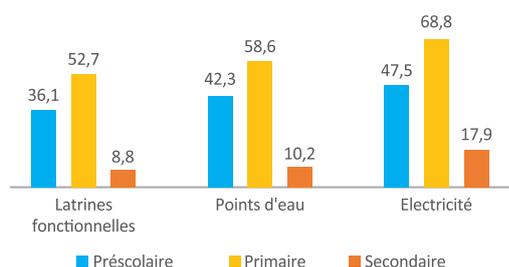
Au niveau du secondaire 2<sup>e</sup> cycle, la proportion d'élèves inscrits dans les séries scientifiques n'augmente pas. De plus, si le taux de réussite au bac (46,09 %) a progressé de 6 points entre 2015 et 2018 (avec un écart de 5 points favorable aux filles), il reste encore trop bas, avec des taux inférieurs à 35 % dans 11 des 41 DREN/DDEN du pays (SIGE 2018-2019).

#### 2.2.3.2 Accès aux commodités

Jusqu'en 2014, les dimensions des salles de classe et les normes de construction variaient selon qu'elles étaient construites par l'administration publique, les ONG ou par les communautés. Depuis 2014, un arrêté ministériel a harmonisé les dimensions des salles de classe (61,16 m<sup>2</sup>) de la grande section de maternelle au 1<sup>er</sup> cycle du secondaire général. L'arrêté précise également la composition des modules du primaire (trois classes incorporant un bureau et un magasin, une galerie ouverte et des coins de lecture, auxquels s'ajoute une grande section de maternelle) et du secondaire 1<sup>er</sup> cycle (huit salles de classe, une salle d'études et un bureau des professeurs). Cet arrêté oblige, au niveau du primaire, la construction d'infrastructures d'accompagnement, comme le bloc de latrines avec trois cabines, un système de lave-mains et un urinoir. Malgré ces efforts, l'accès aux commodités reste limité.



### Proportion d'écoles ne disposant pas d'accès aux commodités essentielles en fonction de leur niveau (%)



Source : SIGE 2018-2019.

#### • Enseignement préscolaire

Si, selon le SIGE 2018-2019, le nombre d'écoles du préscolaire a progressé de 1 991 à 3 151 entre 2014-2015 et 2018-2019, 36,1 % de ces écoles n'ont pas de latrines fonctionnelles, 42,3 % ne disposent pas de points d'eau et 47,5 % n'ont pas accès à l'électricité. Toutefois, il existe des variations importantes selon les régions. Dans le district d'Abidjan, 94 % des écoles ont accès à des latrines fonctionnelles, 92,2 % des classes ont accès à un point d'eau et 93,2 % ont de l'électricité. Par contraste, la proportion d'écoles du préscolaire ayant accès à des latrines fonctionnelles n'est que de 26,1 % dans le Guémon, de 27,3 % dans le Folon et de 30 % dans le Tonkpi ; seules 13,8 % des écoles de la région de Boukani et 21,6 % de celles du Tonkpi ont accès à un point d'eau ; 6,9 % des classes du Boukani et 9,1 % de celles des Grands-Ponts ont accès à l'électricité.

#### • Enseignement primaire

La situation est encore plus préoccupante dans l'enseignement primaire, car plus de la moitié des écoles ne disposent ni de points d'eau ni de latrines fonctionnelles et près de 70 % n'ont pas d'électricité. L'accès à un point d'eau est particulièrement limité dans les écoles communautaires (92,5 % n'en disposent pas), les écoles publiques (62,1 %) et les écoles situées en milieu rural (63,4 %). Dans les régions du Bafing et du Béré, à peine une école publique sur six dispose d'un point d'eau (Bafing : 14,2 % ; Béré : 17,4 %). Au niveau national, 92,6 % des écoles communautaires, 63,4 % des écoles rurales et 56,4 % des écoles publiques n'ont pas de latrines fonctionnelles. Dans les écoles publiques, le manque de latrines fonctionnelles est le plus criant dans les régions de la Marahoué (77,9 %), du Haut-Sassandra (70,5 %) et du Worodougou (70 %). Par ailleurs, 96,8 % des écoles communautaires, 88 % des écoles rurales et 73,6 % des écoles publiques n'ont pas accès à l'électricité. En matière d'accès à l'électricité, les disparités régionales sont également très importantes avec un taux maximum de 85,8 % pour les écoles publiques d'Abidjan et des taux minimums dans le Béré (4,3 %), le Cavally (6,2 %) et le Boukani (6,6 %).

#### • Enseignement secondaire

À ce niveau, la situation est plus satisfaisante puisqu'en 2018-2019, 89,8 % des établissements disposent d'un point d'eau, 58 % ont un dispositif de lave-mains, 91,2 % ont des toilettes fonctionnelles, 82,1 % ont de l'électricité et 66,5 % sont clôturés. En raison de la construction de nouveaux établissements qui n'intègrent pas systématiquement toutes les commodités de base, on observe toutefois un recul du taux d'accès à l'ensemble des commodités de base tant au niveau du 1<sup>er</sup> cycle (30,81 % en 2017 contre 43,4 % en 2016) que du 2<sup>e</sup> cycle (43 % en 2017 contre 49,2 % en 2016).

#### 2.2.3.3 Matériel pédagogique

Même si les modèles testés dans le RESEN 2016 pour mesurer l'effet des facteurs influençant le niveau des acquis n'ont pas permis d'établir une relation stable et positive entre la disponibilité de manuels scolaires et les résultats des élèves, plusieurs études ont établi que le manque de manuels scolaires affecte négativement l'apprentissage des enfants<sup>404</sup>. Ce point a été confirmé par l'évaluation normalisée conduite par le MENETFP en 2017 : les élèves qui ont un manuel de français et de mathématiques ont de meilleures performances que ceux qui n'en ont aucun (écart de 10,6 points en français et 10,8 en mathématiques)<sup>405</sup>. Or au niveau du préscolaire, la plupart des écoles communautaires et publiques ne disposent pas du matériel pédagogique adapté pour répondre aux besoins des enfants qu'elles accueillent. En effet, les écoles maternelles publiques ne reçoivent aucune aide de l'État pour leurs dépenses de fonctionnement hors salaires et dépendent exclusivement des contributions financières des parents pour financer l'achat du petit matériel pédagogique et des consommables, ce qui s'avère généralement insuffisant, en particulier en milieu rural.

Au primaire, la proportion des élèves qui reçoivent un kit scolaire est en recul depuis 2017 (68,2 % en 2018) et celle des élèves ayant un manuel de français et un manuel de mathématiques, bien qu'en hausse entre 2017 et 2018, ne s'élève respectivement qu'à 42,7 % et 40,3 %. En outre, le ratio livre par élève a progressé aux CE1, CE2, CM1 et CM2, mais il reste faible et diminue fortement en CP1 et CP2. Par ailleurs, on ne trouve de salle multimédia que dans 1,1 % des écoles primaires (2017) et dans 16,4 % des établissements du secondaire (cible du PSE 2018 : 30 %).

**Disponibilité des manuels de lecture par niveau au primaire (% des élèves)**



**Disponibilité des manuels de mathématiques par niveau au primaire (% des élèves)**



Source : SIGE 2017-2018 & 2018-2019.

### 2.2.3.4 Encadrement

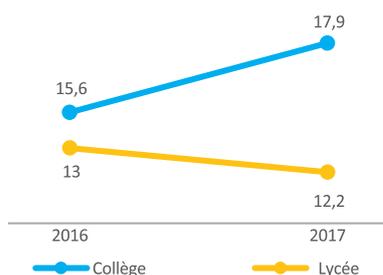
Au niveau du préscolaire, l'enseignement est encore assuré par des bénévoles peu formés et peu motivés dans les écoles communautaires et dans un tiers des écoles privées (RESEN 2016). Dans les écoles publiques, la majorité des enseignants sont des instituteurs ordinaires (IO) ou des instituteurs adjoints (IA) formés dans les centres d'animation et de formation pédagogique (CAFOP) pour enseigner à l'école primaire et au préscolaire.

Au primaire, la réforme des CAFOP a permis d'améliorer le référentiel de formation. La proportion des bénévoles et des élèves stagiaires parmi les enseignants du secteur public a fortement diminué, passant respectivement de 12 % à 7,25 % et de 11,5 % à moins de 5 %, entre 2014-2015 et 2018-2019. La proportion de bénévoles dans les écoles primaires publiques reste toutefois encore élevée au niveau du CP2 (10,2 %) et du CE2 (9,1 %).

Dans l'enseignement primaire et secondaire, les modèles testés dans le RESEN 2016 ont montré que la présence d'une femme comme enseignante a un impact positif sur la rétention et la qualité des acquis des filles, car elle contribue à remettre en cause les stéréotypes de genre, offre des modèles de réussite alternatifs et permet de répondre plus facilement aux besoins spécifiques des filles<sup>406</sup>. En 2018-2019, les femmes représentaient 56 % des effectifs des élèves-maîtres en formation au sein des centres d'animation et de formation pédagogique, contre 46 % en 2014-2015. Malgré ce progrès, notamment dans la formation des enseignantes, et le lancement récent de l'initiative « Enseignantes protectrices des filles »<sup>407</sup>, la proportion des femmes au sein du corps enseignant reste faible, tant au niveau du primaire (32,1 % du total des enseignants en 2018-2019, contre 28 % en 2014-2015) que du secondaire général (13,5 %, stable depuis 2014-2015).

À tous les niveaux, l'absentéisme des enseignants lié aux grèves (3332 heures perdues en 2016, 24372 en 2017), aux déplacements pour collecter eux-mêmes leur paie/solde, aux arrêts maladie, à la participation à des journées d'animation pédagogique, ou à des affectations de poste trop tardives continue d'affecter la qualité de l'enseignement que reçoivent les élèves. En 2017, le nombre d'heures de service effectif moyen des professeurs a atteint 17,9 heures au collège, mais il a diminué au lycée (12,2 heures). L'utilisation efficiente des enseignants reste ainsi un défi au regard des cibles à atteindre en 2025 (collège : 20 heures ; lycée : 16 heures) et de la charge réglementaire en vigueur (collège : 21 heures ; lycée : 18 heures).

### Nombre d'heures de service effectif d'un enseignant au collège et au lycée



Source : Rapport de performance Éducation-formation 2017.





## 2.3 Déterminants structurels et environnement favorable

### 2.3.1 Contrainte démographique

Selon les projections basées sur le Recensement général de la population et de l'habitat de 2014, la population en âge d'être scolarisée (6-16 ans) s'élève en Côte d'Ivoire à 7 147 868 élèves (6-11 ans : 4 215 577 ; 12-16 ans : 2 932 291), soit 27,75 % de la population totale. Si l'on tient compte des enfants âgés de 3 à 5 ans et susceptibles de fréquenter l'enseignement préscolaire (2 302 062 enfants en 2019), la population en âge d'être à l'école s'élève actuellement à 9,5 millions d'élèves, soit 36,7 % de la population totale. D'ici 2025, le poids relatif des enfants en âge d'être scolarisés dans la population totale devrait légèrement diminuer pour atteindre 35,96 %. Cependant, en nombre absolu, d'ici 2025, les effectifs potentiels du primaire et du secondaire (les enfants âgés de 6-16 ans) devraient croître de 14,7 % (soit 1 053 774 élèves supplémentaires), avec une hausse de 10 % au primaire (456 111 élèves supplémentaires) et de 20 % au secondaire (597 663 élèves supplémentaires).

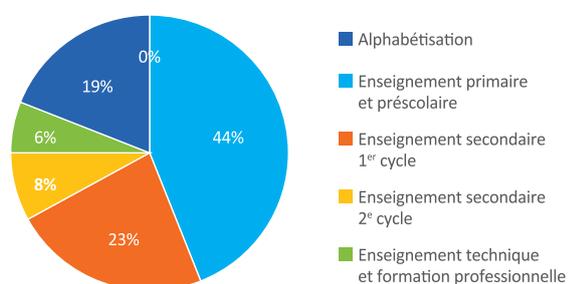
Au niveau du préscolaire, la hausse des effectifs potentiels liée à la croissance démographique devrait être un peu moins importante (+7 % d'ici 2025, soit 163 076 enfants supplémentaires). Toutefois, compte tenu de la volonté du gouvernement de développer l'offre et la demande de services à ce niveau, les effectifs du préscolaire devraient connaître une augmentation significative.

### 2.3.2 Contrainte budgétaire

Face à la nécessité de construire massivement des salles de classe et de recruter des milliers d'enseignants par an afin de mettre en œuvre la politique de scolarisation obligatoire pour les 6-16 ans, des efforts budgétaires importants en faveur de l'éducation et de la formation ont été consentis au cours des dernières années. Comme le prévoit le plan sectoriel 2016-2025, les dépenses publiques dans le secteur de l'éducation et de la formation sont ainsi passées de 762 milliards de FCFA en 2014 à 1 179 milliards de FCFA en 2016 pour atteindre 1 341 milliards de FCFA (environ 2,26 milliards d'USD) en 2019<sup>408</sup>, soit une augmentation de plus de 7,5 % par an depuis 2010 en FCFA constants. En tendance, la Côte d'Ivoire consacre à l'éducation et à la formation un peu plus de 5 % de son PIB et environ 25 % de son budget national, conformément aux recommandations internationales dans ce domaine<sup>409</sup>. Au sein de ce budget, deux tiers des dépenses (67 %) vont aux sous-secteurs du préscolaire, du primaire et du secondaire 1<sup>er</sup> cycle, ce qui correspond aux priorités arrêtées par le plan national. Sur la période 2011-2018, 44 % des dépenses totales d'éducation-formation ont été allouées aux sous-secteurs du primaire et du préscolaire et 23 % au secondaire 1<sup>er</sup> cycle.

Toutefois, compte tenu de la dynamique démographique du pays et des progrès réalisés en termes d'enrôlement, la dépense par élève du primaire, bien qu'en progression depuis 2011, se situe à un niveau inférieur à celui observé dans les années 2000 (13,4 % du PIB/habitant en 2015 contre 16,4 % en 2007) et la dépense par élève du secondaire est en recul de 26,7 % du PIB/habitant en 2014 à 23,5 % du PIB/habitant en 2015<sup>410</sup>.

### Estimation de la répartition des dépenses totales d'éducation-formation par sous-secteur (2011-2018)

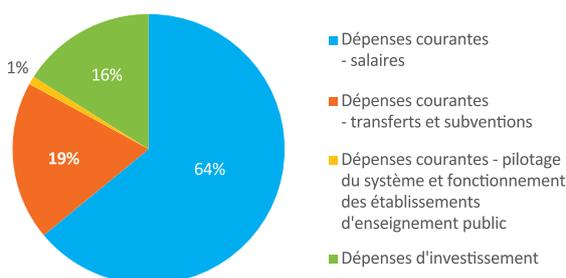


Source : Rapport de performance éducation-formation 2017.

De plus, l'essentiel des dépenses d'éducation et de formation est consacré au paiement des dépenses courantes. Bien qu'en recul depuis plusieurs années<sup>411</sup>, les dépenses courantes représentent encore 84 % du total des dépenses totales d'éducation-formation. Les trois quarts de ces dépenses sont affectés au paiement des salaires, le reste servant essentiellement à financer les subventions qui permettent aux élèves du secondaire n'ayant pas

pu obtenir de place dans le secteur public d'être scolarisés dans des établissements privés. De ce fait, la part des dépenses courantes allouées au fonctionnement des établissements du secteur public (achat de biens et de matériel d'éducation, financement des services et des dépenses sociales) et au pilotage du système reste à un niveau particulièrement faible, ne représentant que 4 % du total des dépenses courantes hors salaires, soit à peine 1 % du total des dépenses d'éducation-formation. Cette situation se reflète clairement au niveau du budget alloué aux comités de gestion des établissements scolaires (COGES<sup>412</sup>) qui s'élevait, en 2018, à 1,3 milliard de FCFA (environ 2,18 millions d'USD) alors que les besoins annuels avaient été évalués en 2014 à 8,5 milliards de FCFA (environ 14,3 millions d'USD)<sup>413</sup>.

#### Pourcentage des dépenses courantes et d'investissement dans le total des dépenses d'éducation-formation en 2017



Source : Rapport de performance éducation-formation 2017.

Depuis plusieurs années, les dépenses d'investissement sont en augmentation et représentaient, en 2017, 16 % du total des dépenses d'éducation-formation<sup>414</sup>. Comme le souligne le plan sectoriel 2016-2025, il est essentiel que la part des dépenses d'investissement dans les dépenses totales continue de croître (la cible du plan sectoriel est de 18 % pour 2020) afin de financer la construction des salles de classe et la mise en place de nouveaux équipements et faire ainsi face à la hausse attendue des effectifs.

La dépendance du secteur éducation-formation aux financements extérieurs, bien que supérieure à celle prévue par le plan sectoriel pour la période 2017-2020 (7 %<sup>415</sup>), reste limitée, s'élevant à 15,6 % du total des ressources en 2017. En 2017, les principaux bailleurs extérieurs du secteur étaient l'Agence française de développement (6,3 % du total des ressources du secteur), l'Union européenne (4,2 %) et le Partenariat mondial pour l'éducation (1 %).

Une étude de la Banque mondiale a montré qu'en l'absence d'une utilisation plus efficace des dépenses totales du secteur, l'augmentation de l'espérance de vie scolaire de 8 à 14 ans pourrait entraîner, en 2025, des besoins en financement supérieurs à 9 % du PIB, soit une hausse de près de 4 points par rapport au niveau actuel<sup>416</sup>.

Face à ce défi, de nouvelles ressources budgétaires devront probablement être mobilisées. Pour ce faire, plusieurs mécanismes de financement innovants pourraient être envisagés comme : (i) la création d'obligations pour l'éducation libellées en devises locales afin de mobiliser une partie de l'épargne nationale au profit de l'amélioration du système éducatif sans avoir recours à l'impôt<sup>417</sup>; (ii) la création de fonds de capital-risque pour l'éducation afin de soutenir des initiatives spécifiques dans le secteur éducatif; (iii) le lancement d'obligations pour l'éducation à l'attention des communautés expatriées de manière à pouvoir capter une partie des transferts envoyés par les migrants<sup>418</sup>; (iv) la conclusion de partenariats public-privé pour la construction et la maintenance d'établissements scolaires; (v) l'instauration d'une taxe de solidarité numérique sur les produits et services des technologies de l'information et de la communication (TIC); ou (vi) des micro-dons issus des transactions bancaires individuelles.

Il apparaît également essentiel que la part des dépenses courantes dans le total des dépenses d'éducation et de formation continue de diminuer. Parmi les pistes envisagées pour atteindre un tel objectif figurent : (i) la mise en place d'une nouvelle politique de ressources humaines liant la rémunération des enseignants à la performance et instaurant des contrôles plus efficaces; (ii) une meilleure gestion de l'affectation des enseignants afin de corriger les inégalités géographiques et les déséquilibres observés en termes d'effectifs entre le primaire et le secondaire 1<sup>er</sup> cycle; (iii) la réforme du système de subventions aux établissements privés qui pourrait être remplacé par des aides directes aux ménages, attribuées non plus seulement en fonction de la réussite scolaire de l'élève, mais aussi en tenant compte des ressources dont dispose la famille; et (iv) la rationalisation des dépenses en personnel non enseignant et en équipements<sup>419</sup>.



### 2.3.3 Planification stratégique et gestion du système

Au cours des sept dernières années, des mesures ont été prises afin (i) d'améliorer la coordination des différents ministères en charge du secteur de l'éducation, (ii) de renforcer la concertation avec les partenaires non étatiques et (iii) de rendre le système plus efficace. Plusieurs défis restent toutefois à relever afin d'assurer la mise en œuvre effective de ces mesures.

#### • Coordination interministérielle

Un Comité interministériel de coordination du secteur éducation-formation (CICSEF) est chargé, sous l'autorité du Premier ministre, (i) d'assurer le suivi et la mise en œuvre des politiques éducatives, (ii) d'informer la hiérarchie des éventuels dysfonctionnements et contre-performances du secteur, (iii) de coordonner la mise en œuvre des politiques et plans stratégiques, (iv) de conduire des réflexions stratégiques et (v) de mobiliser les financements nécessaires. Jusqu'ici, cependant, le CICSEF n'a jamais pu se réunir, son organe technique, la *task force*, n'étant que partiellement opérationnel.

#### • Coordination entre le gouvernement et les partenaires non étatiques

Le dialogue sectoriel entre le gouvernement et les partenaires non étatiques s'effectue à travers le Groupe local des partenaires pour l'éducation et l'emploi des jeunes (GLPE) qui rassemble, depuis 2015, le coordonnateur national de la *task force*, onze PTF et les représentants de deux coalitions nationales de la société civile<sup>420</sup>. Si les discussions au sein du GLPE ont favorisé l'alignement des initiatives éducatives de ses membres sur les objectifs du plan sectoriel éducation-formation, elles n'ont pas encore permis d'aboutir à des actions concertées reposant sur des mécanismes de financement communs<sup>421</sup>.

#### • Systèmes d'information et d'évaluation

Un système d'information et de gestion de l'éducation (SIGE) se déploie progressivement depuis 2016, permettant au MENETFP de collecter et de générer un nombre croissant de données sectorielles actualisées. Toutefois, le SIGE doit encore être renforcé afin d'améliorer la fiabilité et la pertinence des données collectées (notamment en matière d'équité, d'efficacité, d'intégration des enfants vivant avec un handicap ou de suivi des violences et des conflits en milieu scolaire, etc.) et de rendre plus systématique son utilisation dans la planification opérationnelle du secteur. Par ailleurs, bien qu'il ait récemment mené deux évaluations des apprentissages au niveau primaire, le MENETFP ne dispose toujours pas d'un système opérationnel d'évaluation des apprentissages (SEA).

#### • Gestion des ressources humaines

Plus de 100 000 enseignants et autres membres du personnel scolaire sont désormais inscrits dans le système informatisé de suivi du déploiement des enseignants qui est relié aux DREN (CODIPOST). Toutefois, le déploiement des enseignants reste encore trop déconnecté des besoins réels identifiés aux niveaux local et régional<sup>422</sup> et il n'existe toujours pas de programme d'incitation encourageant le volontariat pour certaines affectations en échange d'avantages de natures diverses (points pour la carrière, indemnités de motivation, etc.).

#### • Comités de gestion des établissements scolaires (COGES)

Suite à de nombreuses controverses (détournements de fonds, levées de fonds injustifiées<sup>423</sup>), des efforts ont été entrepris pour rendre plus transparent le fonctionnement des COGES, via notamment la mise en place de systèmes de paiement électronique. La généralisation des COGES à l'ensemble des établissements et le renforcement durable de leurs capacités de gestion et d'appui nécessitent cependant (i) un soutien renforcé aux initiatives prises par certains COGES en matière de création d'activités génératrices de revenus, (ii) une implication plus grande des parents dans leur fonctionnement et (iii) une augmentation des moyens qui leur sont alloués par le MENETFP.

## 2.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveaux   | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|---|--|--|---|
| Communauté internationale                                       | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales  | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les discussions au sein du GLPE n'ont toujours pas permis d'aboutir à des actions concertées reposant sur des mécanismes de financement communs</li> </ul>   |
| État central  | Ministères compétents pour le secteur : MENETFP, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, ministère de l'Emploi et de la Protection sociale, ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le Comité interministériel de coordination du secteur éducation-formation (CICSEF) et son organe technique – la <i>task force</i> – ne sont toujours pas opérationnels</li> <li>Il n'existe pas encore de stratégie nationale pour l'intégration des enfants en dehors de l'école en complément de la loi de 2015 rendant obligatoire la scolarisation des enfants âgés de 6 à 16 ans</li> <li>La coordination entre la <i>task force</i>, les directions techniques et les directions de planification du MENETFP n'est pas assez systématisée pour assurer un suivi et une appropriation optimale du plan sectoriel éducation-formation (PSE 2016-2025), y compris en matière de préparation et de réponse du secteur aux urgences</li> <li>La Direction du genre créée récemment ne dispose pas encore de capacités techniques suffisantes en matière de programmation ni des effectifs nécessaires à son bon fonctionnement, tant au niveau central que déconcentré</li> </ul> |
| Services déconcentrés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, centre communal, préfets et sous-préfets, chefs de village  | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le niveau déconcentré a toujours très peu d'influence sur les prises de décisions au sein du MENETFP, y compris en matière de gestion du système de l'information</li> <li>Le niveau déconcentré reste très peu associé au dispositif d'analyse de l'information</li> <li>Le niveau d'appropriation du PSE par les structures déconcentrées demeure insuffisant</li> </ul>   |
| Autorités locales   | Autorités régionales et municipales  | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les conseils régionaux mènent des actions en matière d'éducation, mais il y a une difficulté de coordination ainsi qu'une faible traçabilité des dépenses publiques entre les niveaux central et déconcentré</li> <li>Les actions mises en œuvre par les collectivités locales ne sont toujours pas alignées sur les priorités du plan sectoriel éducation-formation</li> </ul>  |
| Société civile  | ONG locales, organisations confessionnelles, membres de la diaspora  | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Le contrôle citoyen dans la mise en œuvre du plan sectoriel ne reflète pas la diversité de la société civile</li> </ul>  |



| Niveaux          | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|------------------|---|---|--|
| Secteur privé    | Entreprises privées du secteur éducation ; fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie ; entreprises privées avec politiques RSE et fondations privées (+ conseil café-cacao) ; PME privées et secteur informel hors du secteur éducation (orpaillage, agriculture, services, etc.) | Fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé (établissements préscolaires, primaires et secondaires)<br>Formation et amélioration de l'employabilité des jeunes<br>Plaidoyer en faveur de l'adaptation des curricula éducatifs aux besoins du marché du travail<br>Financement des activités liées à l'éducation (construction, programmes pour améliorer la qualité de l'éducation, formations professionnelles) dans le cadre de leurs politiques RSE (particulièrement en prévention du travail des enfants)<br>Engagement en faveur du respect de la législation limitant le recours au travail des enfants et de la loi sur la scolarisation obligatoire des enfants âgés de 6 à 16 ans | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de lisibilité du rôle des acteurs du secteur privé (entreprises et fondations) dans la mise en œuvre du plan sectoriel éducation-formation (contributions directes, alignement sur les priorités nationales)</li> <li>• Le Groupe local des partenaires pour l'éducation et l'emploi des jeunes (GLPE) ne dispose pas d'un groupe ad hoc (associant les chambres de commerce et les chambres des métiers) en charge de faciliter la coordination et le partage d'information entre les acteurs publics et privés</li> <li>• Absence de stratégie de prévention des conséquences négatives du travail des enfants sur la scolarisation et les acquis d'apprentissage adaptée à chaque secteur d'activité</li> </ul> |
| Communautés      | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes sociales font encore souvent obstacle à la mise en œuvre des stratégies de mobilisation sociale en faveur de l'éducation des filles, de l'éducation de la petite enfance et de l'intégration des structures islamiques dans le secteur éducatif formel</li> </ul>  |
| Parents, famille | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs  | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les normes sociales et le poids des traditions constituent un goulot d'étranglement majeur pour la demande d'éducation et le maintien des enfants à l'école, en particulier pour les filles</li> <li>• Les coûts directs et indirects de la scolarisation restent un obstacle majeur à la scolarisation des enfants pour de nombreuses familles</li> <li>• Le suivi de la scolarité des enfants reste insuffisant dans de nombreuses familles</li> </ul>  |

## 2.5 Recommandations clés

- i. Développer la coopération Sud-Sud et lancer des appels à idées afin d'identifier des approches innovantes en matière d'éducation et de renforcer le système de suivi et de redevabilité dans le secteur de l'éducation.
- ii. Consolider le partenariat public-privé afin de faciliter le passage à l'échelle des initiatives pilotes, telles que la transformation des déchets plastiques en infrastructures scolaires qui pourrait être utilisée comme plateforme pour la fourniture de services intégrés (cantines scolaires, acquisition de compétences pour la protection de l'environnement, la lutte contre le changement climatique et la réduction des autres risques environnementaux).
- iii. Appuyer le renforcement des capacités des autorités régionales et locales et celles des entités en charge des activités extrascolaires pour assurer la continuité de l'offre éducative en situation d'urgence et la consolidation de la paix.

- **Préscolaire**

- iv. Mettre en place un cadre de concertation sur le préscolaire associant tous les ministères concernés (ministère de l'Éducation, ministère de l'Emploi et de la Protection sociale, ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant) pour harmoniser les curricula de l'enseignement préscolaire, en veillant à renforcer les aspects cognitifs et de socialisation.

- **Primaire et secondaire**

- v. Élaborer une stratégie nationale en matière de profil de recrutement, de formation continue et de recyclage des enseignants.
- vi. Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre du programme national d'amélioration des apprentissages fondamentaux, de promotion de la culture de la lecture (en particulier pour les garçons), des mathématiques et des sciences (en particulier pour les filles).
- vii. Appuyer la généralisation des contrats d'objectifs et de performance au niveau de la chaîne de responsabilité administrative, pédagogique et budgétaire.

- **Offres alternatives d'éducation et de formation**

- viii. Apporter un soutien à la mise en œuvre de l'arrêté autorisant les filles-mères à demander un report de leur scolarité et mettre en place un programme de soutien parental, en particulier pour les parents-adolescents et leurs enfants.
- ix. Appuyer l'élaboration et la mise en place d'un système d'évaluation formative et le suivi de l'intégration des exclus du système scolaire.
- x. Soutenir la mise en place de mécanismes et d'outils de diffusion de l'information sur les opportunités de formations et d'emplois, en ciblant notamment les adolescentes vivant en zones rurale et périurbaine, tout en luttant contre les stéréotypes de genre qui prévalent dans certaines filières et matières.

### 3. Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation

Pour pouvoir se développer de façon harmonieuse, chaque enfant doit être protégé contre toutes les formes de violence et d'exploitation. Les mauvais traitements subis pendant l'enfance peuvent être à l'origine de problèmes de santé physique et mentale et de retards de développement affectif et cognitif qui empêchent les enfants de réaliser leur plein potentiel.

Tous les enfants ont besoin d'un cadre protecteur, mais certains, comme les enfants en mobilité, les enfants dont la naissance n'a pas été déclarée, les enfants orphelins et vulnérables, les enfants en situation de rue ou de handicap et les enfants impliqués dans des procédures judiciaires ou en détention sont plus particulièrement exposés aux risques de violation de leurs droits et doivent pouvoir bénéficier de mesures de protection spécifiques.

En matière de protection de l'enfant, la Côte d'Ivoire a ratifié la quasi-totalité des conventions internationales et élaboré des politiques et stratégies ambitieuses comme la Politique nationale de protection de l'enfant (2014), la Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (2014), la Politique nationale de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (2015) et le Programme national d'animation communautaire en protection de l'enfant (2015). En outre, le gouvernement a pris des mesures importantes pour lutter contre le travail des enfants et les violences en milieu scolaire, ainsi que pour faciliter l'enregistrement des naissances. La révision, en 2018, du Code de procédure pénale et l'adoption, en 2019, d'un nouveau Code pénal ont permis d'accroître les garanties dont bénéficient les mineurs en contact ou en conflit avec la loi. Dans les mois à venir, l'adoption des projets de loi présentés par le gouvernement sur la minorité, le mariage, l'adoption et la filiation devrait permettre de renforcer le cadre juridique actuel.

En dépit de ces avancées, un grand nombre d'enfants subissent toujours des violences physiques, émotionnelles et sexuelles, sont victimes d'exploitation et restent privés d'identité juridique. La mise en œuvre des politiques et des stratégies se heurte en effet sur le terrain à de nombreux obstacles liés à la faiblesse des acteurs du système de protection, à la pauvreté et au manque de connaissance de la population et à la persistance de normes sociales défavorables. Pour pouvoir atteindre les objectifs 5, 8 et 16 des Objectifs de développement durable (ODD), des efforts importants doivent être engagés afin de : (i) garantir à chaque enfant une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances ; (ii) accroître les capacités des mécanismes communautaires en matière





de prévention, détection, médiation et référencement; (iii) améliorer rapidement la couverture et les moyens matériels et financiers des services et dispositifs de protection (centres sociaux, plateformes, services de police, inspection du travail, services de protection judiciaire de l'enfance, service de détection et de remédiation du travail des enfants, structure de protection de remplacement, centres de transit, centre d'orientation des mineurs, maisons d'arrêt et de correction); et (iv) renforcer la gestion stratégique du système de protection, en termes de planification, de transparence, de coordination des acteurs et de collecte et d'analyse de l'information.

## Protection de l'enfant – Indicateurs des ODD

### ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Cible 5.2 : Éliminer de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violences faites aux femmes et aux filles, y compris la traite et l'exploitation sexuelle et d'autres types d'exploitation.

- Indicateur 5.2.1 : Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des douze mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge.
- Indicateur 5.2.2 : Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des douze mois précédents par une personne autre que leur partenaire intime, par âge et lieu des faits.

Cible 5.3 : Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que le mariage des enfants, le mariage précoce ou forcé et la mutilation génitale féminine.

- Indicateur 5.3.1 : Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en couple avant l'âge de 15 ans ou de 18 ans.
- Indicateur 5.3.2 : Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant subi une mutilation ou une ablation génitale, par âge.

### ODD 8 : Travail décent et croissance économique

Cible 8.7 : Prendre des mesures immédiates et efficaces pour supprimer le travail forcé, mettre fin à l'esclavage moderne et à la traite d'êtres humains, interdire et éliminer les pires formes de travail des enfants, y compris le recrutement et l'utilisation d'enfants-soldats et, d'ici à 2025, mettre fin au travail des enfants sous toutes ses formes.

ODD 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et inclusives aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

Cible 16.2 : Mettre un terme à la maltraitance, à l'exploitation, à la traite et à toutes les formes de violence et de torture dont sont victimes les enfants.

Cible 16.3 : Promouvoir l'état de droit aux niveaux national et international et donner à tous l'accès à la justice dans des conditions d'égalité.

- Indicateur 16.3.1 : Proportion de victimes de violences au cours des 12 mois précédents ayant signalé les faits aux autorités compétentes ou à d'autres mécanismes de règlement des différends officiellement reconnus.
- Indicateur 16.3.2 Proportion de la population carcérale en instance de jugement.

Cible 16.9 : D'ici à 2030, garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances.

- Indicateur 16.9.1 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant été enregistrés par une autorité d'état civil, par âge.

## 3.1 Chaque enfant a droit à une identité juridique

L'enregistrement de la naissance est un droit fondamental reconnu par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 24.2) et la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE, article 7). La non-déclaration de la naissance à l'état civil constitue, en effet, un obstacle majeur au droit à l'identité et à la nationalité de l'enfant et peut entraver l'exercice d'autres droits, comme le droit à l'éducation, le droit à la santé ou encore le droit à une protection adaptée à chaque âge, notamment en cas de contact ou de conflit avec la loi.

En Côte d'Ivoire, depuis 1964<sup>424</sup>, la déclaration des naissances est obligatoire et s'effectue au centre d'état civil du lieu de naissance (mairie, sous-préfecture ou centre d'état civil secondaire). Elle est gratuite lorsqu'elle a lieu dans les trois mois qui suivent la naissance. Au-delà des trois mois, elle nécessite l'établissement d'un jugement supplétif par le tribunal du lieu de naissance<sup>425</sup>.

Au cours des années 2000, en raison de la crise politico-militaire, des déplacements de populations, de la destruction et du pillage de plusieurs centres d'état civil et de l'impossibilité d'obtenir des jugements supplétifs dans certaines parties du territoire, la proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant leur naissance enregistrée a fortement baissé (55 % en 2006)<sup>426</sup>.

Avec la fin de la crise, le gouvernement a adopté des mesures exceptionnelles afin de résorber le stock de naissances non déclarées. Les naissances des enfants nés entre septembre 2002 et avril 2011 ont ainsi pu être enregistrées gratuitement jusqu'en juillet 2014 selon les procédures régulières.

### 3.1.1 Indicateurs clés

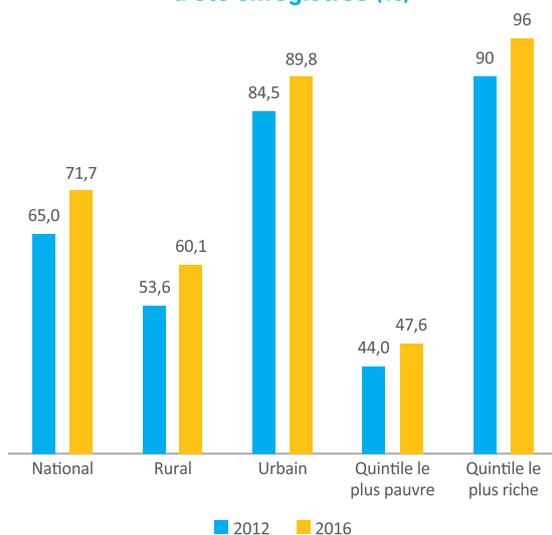
#### • Enregistrement des naissances

La comparaison des derniers résultats de la MICS-5 avec ceux de l'EDS-III montre qu'entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans n'ayant pas leur naissance enregistrée à l'état civil a diminué de 35 % à 28,3 %. Si la MICS-5 n'a pas révélé de différences significatives fondées sur le genre en matière d'enregistrement des naissances (garçons : 72,5 % ; filles : 70,9 %), elle a mis en évidence la persistance de disparités importantes liées au lieu de résidence de l'enfant et au niveau socio-économique du ménage dans lequel il vit.

En 2016, un enfant vivant en zone rurale courait quatre fois plus de risque de ne pas avoir sa naissance enregistrée avant l'âge de 5 ans (39,9 % n'avaient pas leur naissance enregistrée) qu'un enfant vivant en zone urbaine (10,2 %). De même, en 2016, un enfant sur deux dans la région du Centre-Ouest et environ un enfant sur trois dans les régions de l'Ouest et du Sud-Ouest n'étaient pas enregistrés à l'état civil, contre un sur quinze dans le district d'Abidjan.

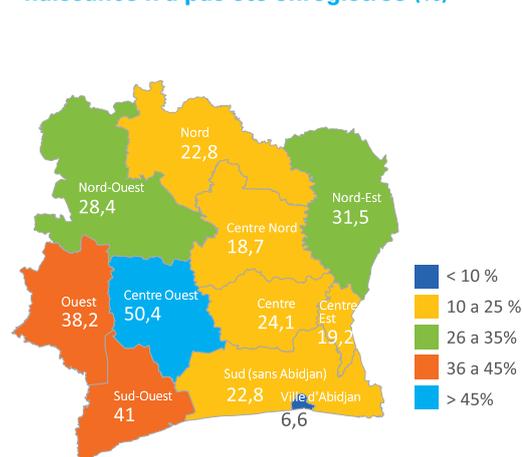
Selon les données les plus récentes de la MICS, le taux de non-déclaration variait du simple au triple selon que la mère n'avait reçu aucune instruction (34,3 %) ou qu'elle avait au moins terminé les études secondaires (10,3 %). Enfin, plus de la moitié des enfants de moins de 5 ans (52,4 %) vivant dans les ménages les plus pauvres n'étaient pas déclarés contre 3,9 % de ceux vivant dans les ménages les plus riches.

Enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée (%)



Source : EDS-III & MICS-5.

Enfants de moins de 5 ans dont la naissance n'a pas été enregistrée (%)

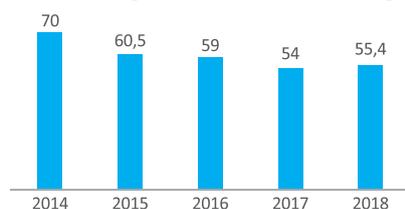


Source : MICS-5

Les statistiques de l'état civil révèlent, par ailleurs, l'existence d'une tendance croissante des parents à déclarer les naissances de manière tardive. Alors que 70 % des naissances étaient enregistrées dans les délais légaux en 2014, cette proportion n'était plus que de 55,4 % en 2018<sup>427</sup>.



### Pourcentage de naissances enregistrées dans les délais légaux (%)

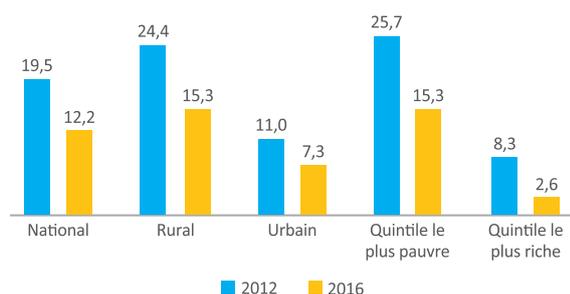


Source : Annuaire statistique de l'état civil.

#### • Certificats de naissance

Entre 2012 et 2016, la proportion d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance est enregistrée et ne disposant pas d'un certificat de naissance a également reculé, passant de 19,5 % à 12,2 % (sans différence entre les garçons et les filles). Bien qu'également en recul depuis 2012, les disparités en matière de possession de certificats de naissance liées au lieu de résidence et au niveau socio-économique du ménage restent prononcées : en 2016, 15,3 % des enfants dont la naissance était enregistrée n'avaient pas de certificat de naissance en milieu rural contre 7,3 % en milieu urbain. De même, 15,3 % des enfants des ménages les plus pauvres ayant leur naissance enregistrée n'avaient pas de certificat contre 2,6 % des enfants des ménages les plus riches. Au total, un enfant sur deux ne disposait pas de certificat de naissance en milieu rural (54,7 %) contre moins d'un enfant sur cinq en milieu urbain (16,8 %). À Abidjan, un enfant âgé de moins de 5 ans sur dix n'avait pas de certificat de naissance contre plus d'un cas sur deux dans les régions du Centre-Ouest (63,3 %), du Sud-Ouest (55,5 %) et de l'Ouest (54,8 %).

### Enfants de moins de 5 ans déclarés mais sans certificat de naissance (%)



Source : EDS-III & MICS-5.

Les informations collectées par les DREN en 2017 ont confirmé l'actualité du problème, estimant le nombre d'enfants fréquentant l'école primaire et n'ayant pas de certificat de naissance à plus de 1,16 million.

### 3.1.2 Analyse causale et déterminants structurels

En 2017, le ministère de l'Intérieur a conduit, avec le soutien de l'UNICEF, une évaluation du système d'enregistrement des faits d'état civil qui a permis d'identifier les principales barrières à l'enregistrement des naissances et à la délivrance des certificats<sup>428</sup>. Ces barrières sont nombreuses et se situent tout autant du côté de l'offre et de la qualité que de la demande.

#### • Barrières du côté de l'offre et de la qualité

L'éloignement des centres d'état civil des populations est régulièrement cité comme un problème majeur : selon l'annuaire 2018 des statistiques d'état civil du ministère de l'Intérieur et de la Sécurité, le rayon d'action du centre d'état civil se situe entre 7 et 10 km dans la majorité des régions (15 sur 33). Dans 12 % des régions, cependant, le rayon d'action est supérieur à 10 km.

Ces contraintes sont aggravées par l'existence de fréquentes ruptures de stock en registres de déclaration des faits d'état civil et en imprimés qui obligent les parents à venir au bureau d'état civil plusieurs fois pour pouvoir effectuer leur démarche. Au-delà même des coûts de transport et du temps de travail perdu, ces dysfonctionnements créent un risque important de découragement et d'abandon des démarches, en particulier en zone rurale. Ce risque est d'autant plus élevé que nombre d'usagers se plaignent du faible niveau de compétence des agents de l'état civil et de l'absence de commodités dans de nombreux centres.



#### • Barrières du côté de la demande

Du côté de la demande, les barrières sont liées aux coûts des démarches à effectuer, aux pratiques de certains agents d'état civil ainsi qu'au manque de connaissances et aux attentes de la population.

Lorsqu'elle est effectuée dans les délais légaux, la déclaration de naissance est gratuite. Toutefois, en dehors de toute obligation légale, certains agents exigent que la mère ou le père soient physiquement présents lors de la déclaration de naissance et que les personnes déclarantes fournissent des documents attestant de leur identité. Comme de nombreux parents ne disposent pas de ces documents et n'ont pas la possibilité de se les procurer en raison du coût ou des complexités administratives à surmonter, ils décident souvent d'abandonner les démarches ou de les différer au maximum dans le temps.

Lorsque la déclaration n'a pas été faite dans les trois mois qui suivent la naissance, le coût élevé du jugement supplétif peut constituer un obstacle supplémentaire. En effet, les déclarants doivent alors déboursier 15000 FCFA, auxquels peuvent s'ajouter des frais annexes liés à la nécessité de fournir des documents probatoires, comme des documents d'état civil de la mère et du père, un certificat médical de la naissance de l'enfant ou, à défaut, un certificat médical d'âge physiologique délivré par un médecin. Au total, l'établissement d'un jugement supplétif peut revenir à 30000 FCFA, ce qui représente un coût prohibitif pour de nombreuses familles et explique pourquoi tant d'enfants issus de familles pauvres ou en situation de grande vulnérabilité ne sont pas déclarés<sup>429</sup>.

De façon générale, il apparaît que la majorité de la population est mal informée des démarches à entreprendre et des délais à respecter pour déclarer un enfant. La gratuité de la déclaration des naissances est aussi mal connue, tout comme l'importance d'un tel acte. Pour de nombreux parents, l'inscription à l'état civil est avant tout vue comme un moyen permettant de contourner la limite d'âge imposée par le MENETFP en matière de scolarisation et de redoublement au niveau du cycle primaire<sup>430</sup>.

À ces barrières s'ajoutent des obstacles juridiques spécifiques pour les enfants nés de parents inconnus ou de parents apatrides sur le territoire.

#### • Obstacles juridiques spécifiques pour les enfants apatrides ou en risque d'apatridie

En 2013, la Côte d'Ivoire a ratifié la Convention de 1954 relative au statut des apatrides et celle de 1961 sur la réduction des cas d'apatridie. En 2017, elle a adopté le plan d'action de Banjul visant à éradiquer l'apatridie dans les pays de la CEDEAO d'ici 2024 et développé un plan d'action national à cet effet. Cependant, le Code de la nationalité ne permet toujours pas d'accorder automatiquement la nationalité ivoirienne aux enfants nés sur le territoire ivoirien de parents inconnus ou à ceux qui, nés sur le territoire ivoirien, ne peuvent acquérir la nationalité de leurs parents, ces derniers étant eux-mêmes apatrides. Pour ces enfants, la loi ne prévoit en effet l'acquisition automatique de la nationalité ivoirienne qu'en cas d'adoption légale entreprise par un citoyen ivoirien.

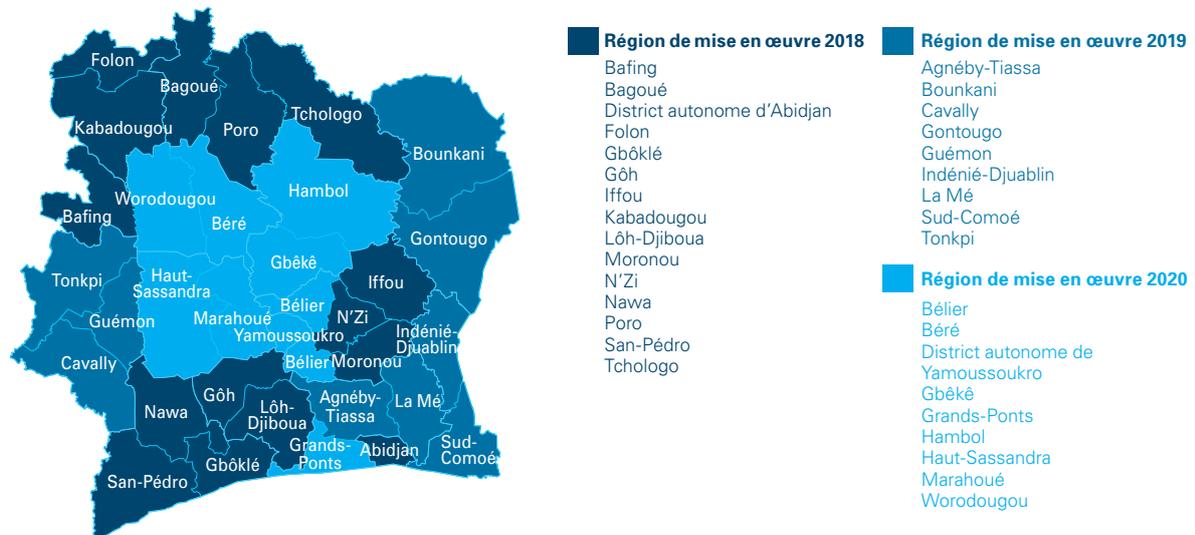
En pratique, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et les cliniques juridiques interviennent fréquemment afin d'obtenir, par le biais d'un jugement supplétif, l'enregistrement de la naissance de ces enfants menacés d'apatridie. Toutefois, de nombreux enfants restent sans documents d'identité ni nationalité reconnue, ce qui les rend particulièrement vulnérables à toutes sortes de violations de leurs droits avec le risque d'une transmission intergénérationnelle du statut d'apatride.

#### • Initiatives et dispositions législatives récentes

Face à cette situation, le gouvernement et les PTF ont pris, au cours des deux dernières années, plusieurs initiatives importantes :

- ils ont mené des campagnes de sensibilisation sur l'importance d'enregistrer les naissances et les décès dans les délais légaux ;
- ils ont conduit des campagnes de régularisation de la situation des enfants non enregistrés à l'état civil, ce qui a permis de donner des extraits d'acte de naissance à plus de 630000 enfants entre 2016 et 2018 ;
- l'UNICEF a soutenu techniquement et financièrement le gouvernement pour la mise en œuvre de nouveaux mécanismes d'enregistrement des naissances dans les délais : ces nouveaux mécanismes ont mis en lien les centres d'état civil avec, d'une part, les services de santé (maternité et vaccination) et, d'autre part, les chefs des communautés. Ces mécanismes d'enregistrement des naissances sont fonctionnels dans 922 maternités sur 1477 et plus de 1733 villages sur 8000. Des projets pilotes ont, en outre, été initiés par l'UNICEF afin que les maternités sensibilisent les mères sur l'importance de déclarer la naissance de leur enfant, les informent de la procédure à suivre et leur remettent un certificat médical de naissance facilitant leurs démarches auprès du centre d'état civil.

## Carte des régions de mise en œuvre du mécanisme d'enregistrement des naissances par le personnel de la santé en Côte d'Ivoire



Conception : Guy Maurel KONAN ; Consultant : SIG UNICEF Côte d'Ivoire ; Suggestion : konanguyamaurel@gmail.com

De plus, en novembre 2018, deux lois importantes ont été adoptées qui devraient permettre de surmonter la plupart des barrières précédemment identifiées :

- la loi n° 2018-863 du 19 novembre 2018 institue une procédure spéciale de déclaration des naissances dans le prolongement de l'opération menée en 2018. Cette procédure permet à toutes les personnes nées sur le territoire de Côte d'Ivoire et dont la naissance n'a jamais été déclarée à l'état civil de se faire enregistrer gratuitement. La procédure spéciale est instituée pour une période d'un an, mais elle peut être prolongée par décret pris en conseil des ministres ;
- la loi n° 2018-862 du 19 novembre 2018 relative à l'état civil vise à moderniser et sécuriser les services d'état civil, et à les rapprocher de la population. Elle précise les documents justificatifs de naissance à produire lors de la déclaration de l'enfant (certificat médical de naissance, carnet d'accouchement, attestation délivrée par l'agent de collecte) ainsi que la procédure à suivre au cas où ces documents feraient défaut (article 43). Elle institue de nouveaux acteurs de l'état civil, les « agents de collecte », qui sont chargés de recueillir et de transmettre des informations au bureau d'état civil dont ils relèvent. Ces agents de collecte seront basés dans les centres de santé (les sages-femmes joueront un rôle clé à ce niveau), dans les villages et dans tout autre lieu qui sera précisé par le décret d'application en cours de préparation. Afin d'éviter les abus constatés par le passé et de restaurer la confiance de la population dans les services d'état civil, la loi renforce les contrôles administratifs et judiciaires sur les agents. Enfin, elle prévoit la création d'un Registre national des personnes physiques (RNPP) et, à terme, la dématérialisation complète des actes et des registres.

Enfin, le 4 octobre 2019, le ministre de la Justice a donné instruction, par voie de circulaire, de faire primer le droit international sur le Code de la nationalité et de délivrer un certificat de nationalité ivoirienne à tout enfant trouvé né de parents inconnus<sup>431</sup>.

Les défis principaux se situent désormais dans la mise en œuvre de ces différentes lois et instructions : au-delà des mesures d'urgence permettant de régulariser le stock de naissances non enregistrées, la réalisation du droit de chaque enfant vivant en Côte d'Ivoire à avoir une identité nécessite encore (i) de réussir l'intégration des nouveaux agents de collectes dans les activités d'enregistrement des naissances, (ii) d'allouer un budget conséquent pour le fonctionnement et la modernisation des services et la création d'un Registre national des personnes physiques (RNPP) et (iii) de mettre en œuvre avec succès les actions de sensibilisation de la population prévues par le Plan de communication en faveur de l'enregistrement des naissances et les activités contenues dans le Plan d'action national (développé mais non encore adopté) pour éradiquer l'apatridie.

### 3.2 Chaque enfant est protégé contre la violence et l'exploitation

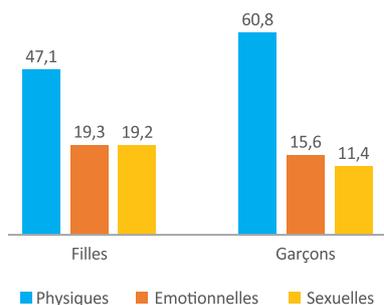
Bien que des avancées importantes aient eu lieu, notamment sur le plan législatif, un grand nombre d'enfants ivoiriens continuent de subir des violences physiques, émotionnelles et sexuelles et d'être victimes de pratiques néfastes, d'abus et d'exploitation.

### 3.2.1 Violences et pratiques néfastes

#### 3.2.1.1 Indicateurs clés

Selon les données préliminaires de l'enquête sur la violence contre les enfants (VACS 2018), la majorité des enfants de Côte d'Ivoire subissent au moins une forme de violence, qu'elle soit physique, émotionnelle ou sexuelle, au cours de leur enfance. L'enquête montre également que le risque de subir au moins une forme de violence est plus élevé pour les garçons (66 % des adolescents et jeunes de 13-24 ans ont subi des violences au cours de leur enfance) que pour les filles (57 %), compte tenu de la surexposition des garçons à la violence physique.

#### Proportion des 13-24 ans ayant subi des violences physiques, émotionnelles ou sexuelles par genre (%)



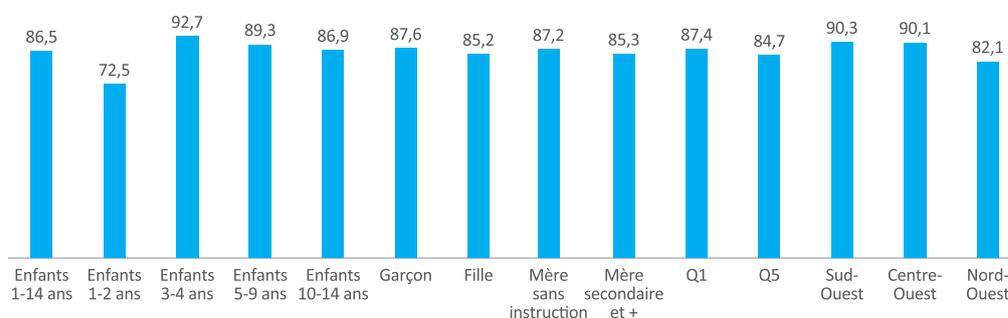
Source : résultats préliminaires VACS 2018.

- **Violences physiques et émotionnelles**

Les résultats préliminaires de l'enquête VACS 2018 montrent que les violences physiques et les agressions psychologiques à l'encontre des enfants sont très répandues en Côte d'Ivoire. Au cours de leur enfance, 60,8 % des garçons et 47,1 % des filles âgés de 13-24 ans ont subi des violences physiques et 19,3 % des filles et 15,6 % des garçons du même âge ont subi des violences émotionnelles.

Les résultats préliminaires de l'enquête VACS 2018 sur les violences subies par les enfants dressent un tableau de la situation conforme à celui suggéré par la MICS-5 sur la base du seul indicateur relatif au recours à des méthodes de discipline violente (agressions psychiques et violences physiques). La MICS-5 a en effet montré qu'au cours du mois précédent l'enquête, 86,5 % des enfants de 1 à 14 ans avaient subi une méthode de discipline violente, 82,8 % une agression psychologique, 64,7 % un châtiment physique, 15,3 % un châtiment physique sévère ; seuls 8,6 % avaient bénéficié d'une méthode de discipline exclusivement non violente. Les données de la MICS montrent que les méthodes de discipline violente affectent un peu plus les garçons (87,6 %) que les filles (85,2 %), mais varient très peu entre les milieux rural (87,1 %) et urbain (85,7 %) ou en fonction des caractéristiques socio-économiques du ménage de l'enfant (Q1 : 87,4 % ; Q5 : 84,7 %).

#### Proportion d'enfants de 1-14 ans ayant subi une méthode de discipline violente (%)



Source : MICS-5.

La pratique des châtiments physiques sévères varie également peu en fonction des caractéristiques socio-économiques des ménages où vit l'enfant. En revanche, il existe un écart d'environ 15 points entre les régions où la pratique des châtiments est la plus répandue (Nord : 25,2 % ; Nord-Est : 24,5 %) et celles où elle est la plus

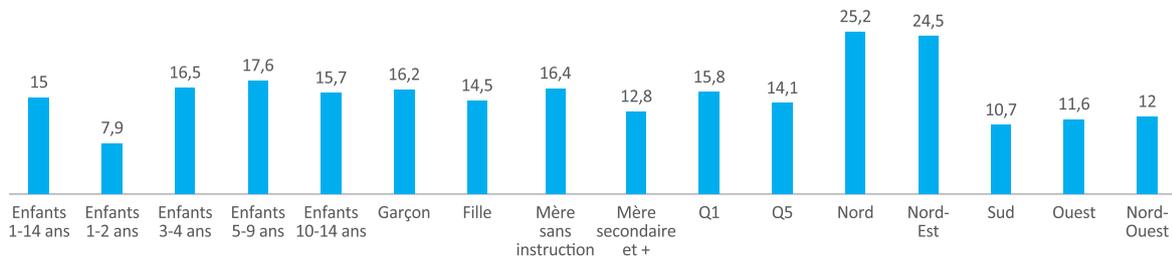


rare (Sud : 10,7 % ; Ouest : 11,6 % ; Nord-Ouest : 12 %). La MICS-5 montre que ce sont les enfants âgés de 3 à 4 ans qui courent le plus de risque de subir une méthode de discipline violente (92,7 %) avec un taux de châtiement physique (78,1 %) et d'agression psychologique (87,1 %) supérieur à celui des enfants des autres tranches d'âge.

Les enfants âgés de 5 à 9 ans sont toutefois ceux qui sont le plus exposés au risque d'avoir à subir un châtiement physique sévère (17,6 % contre 16,5 % pour ceux âgés de 3-4 ans). Même s'ils sont proportionnellement moins exposés que les autres tranches d'âge, 72,5 % des enfants de 1 à 2 ans sont malgré tout victimes de méthodes de discipline violente et 7,9 % de châtiements physiques sévères.

Il est très difficile de savoir si le niveau de violence physique et émotionnelle à l'encontre des enfants est en augmentation, comme certains le suggèrent, ou s'il est simplement mieux connu que par le passé. Sur ce point, les résultats préliminaires de l'enquête VACS ne fournissent pas d'indication car il s'agit de la première enquête de ce type réalisée en Côte d'Ivoire. La comparaison des résultats de la MICS-5 avec ceux de la MICS-4 ne permet pas non plus de mesurer l'évolution tendancielle du recours aux méthodes de discipline violente, car ces enquêtes utilisent des tranches d'âge différentes<sup>432</sup>.

### Proportion d'enfants de 1-14 ans ayant subi un châtiement corporel sévère en fonction de l'âge, du lieu de résidence et de caractéristiques socio-économiques (%)



Source : MICS-5.

Depuis 2017, la Côte d'Ivoire dispose de statistiques partielles sur les cas de violences physiques et émotionnelles subies par les enfants et les adolescents fournies par le Système intégré de protection de l'enfance (SIPE) du ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité et le Système d'information et de gestion de l'éducation (SIGE) du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle. L'interprétation de ces statistiques reste toutefois délicate pour plusieurs raisons : les données du SIPE et du SIGE ne reflètent, par définition, que l'incidence apparente des violences commises à l'encontre des enfants. Or, de nombreux cas ne sont jamais portés à la connaissance des services sociaux et des responsables d'établissements scolaires ; de plus, ces données sont autodéclarées et des observations de terrain suggèrent que le signalement des cas de violence s'effectue selon des modalités qui varient fortement d'un responsable à l'autre, ce qui rend les comparaisons entre régions et types d'établissement (pour les établissements scolaires) pratiquement impossibles à réaliser pour le moment. Enfin, la collecte systématique est toujours en phase de montée en puissance (le SIPE ne couvre ainsi encore que 50 % des services de l'État) si bien que la forte hausse des cas constatés peut refléter tout autant une augmentation de l'incidence que les progrès réalisés en matière de signalement et de collecte.

En dépit de ces incertitudes sur les données, des preuves anecdotiques suggèrent une montée de la violence physique et émotionnelle au sein de la jeunesse :

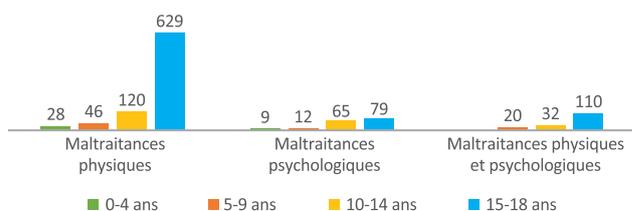
- des modèles de réussite valorisant le recours systématique à la violence pour exister aux yeux des autres (comme ceux de chefs de bande, de leaders du ghetto, de trafiquants de drogue, etc.) sont, en effet, en train d'apparaître, en particulier chez les jeunes les plus vulnérables. Ces nouveaux modèles contribuent à l'émergence, en milieu urbain, de gangs de jeunes violents qui entretiennent un climat d'insécurité jusque dans l'espace scolaire<sup>433</sup> ;
- bien que la majorité des adolescents et des jeunes ivoiriens ne possèdent pas de téléphone portable et aient un accès limité à Internet<sup>434</sup>, le phénomène du harcèlement en ligne se développe à l'instar d'autres pays<sup>435</sup>. Selon un sondage réalisé par la plateforme U-Report, 25 % des 35 410 répondants (25 % de ceux âgés de 0-14 ans et 21 % de ceux âgés de 15-19 ans) affirment avoir été victimes de harcèlement en ligne et 13 % des 18 360 répondants ont déclaré avoir déjà été intimidés ou harcelés en ligne (15 % des 0-14 ans et 12,5 % des 15-19 ans)<sup>436</sup>.



## Statistiques du SIPE et du SIGE sur les violences physiques et émotionnelles

- Selon les données du SIPE, 1 195 enfants âgés de 0 à 18 ans ont été pris en charge par les services sociaux en 2018, soit plus du triple des cas recensés en 2017 (362) et 2016 (320). La majorité des cas (69 %) concerne des faits de maltraitance physique, 17 % des cas d'abus physiques et émotionnels et 14 % des cas de maltraitance psychologique. Près de 70 % des victimes sont des enfants âgés de 15 à 18 ans contre moins de 10 % des enfants de moins de 10 ans. Pour des raisons qui restent à déterminer (couverture améliorée, système de signalement plus performant, meilleure sensibilisation des acteurs de terrain sur le sujet), l'une des évolutions les plus notables depuis 2016 concerne le nombre de garçons pris en charge qui a été multiplié par 20 et représentait 53 % du total des victimes identifiées en 2018.
- Les données du SIGE fournies par le MENETFP indiquent qu'il y a eu en 2018 24 127 cas de violences recensés au primaire (dont 5370 victimes de coups et blessures et 4544 cas de coups et bastonnades) et 11 003 cas (dont 1 542 cas de coups et blessures et 661 de bastonnades) au secondaire. Compte tenu du fait que le système de surveillance est encore en phase de montée en puissance et que les pratiques en matière de signalement diffèrent encore d'un établissement et d'une DREN à l'autre, ces données ne permettent pas encore d'établir de tendances en matière de violences scolaires.

## Nombre de cas de violences physiques et émotionnelles pris en charge par les services sociaux en 2018



Source : SIPE 2018.

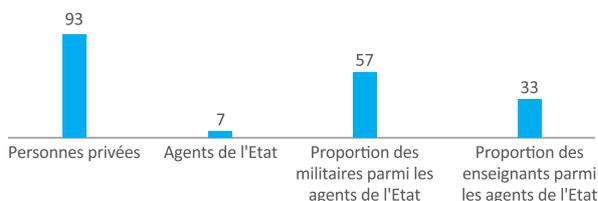
### • Violences sexuelles

Les résultats préliminaires de l'enquête VACS 2018 montrent que 19,2 % des filles âgées de 13 à 24 ans et 11,4 % des garçons du même âge ont été victimes de violences sexuelles pendant leur enfance.

Les résultats préliminaires de l'enquête VACS 2018 et les grandes enquêtes nationales comme la MICS ou l'EDS<sup>437</sup> ne fournissent pas de données sur le profil des victimes et des auteurs des agressions. Des études réalisées à plus petite échelle permettent cependant de disposer de quelques éléments sur ce point.

Une étude réalisée par l'Organisation des Nations Unies en Côte d'Ivoire (ONUSI) et le Haut-Commissariat aux droits de l'Homme a ainsi montré que sur les 1 146 victimes de viols identifiées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 décembre 2015 par la Division des droits de l'Homme de l'ONUSI, 66 % étaient des enfants âgés de 2 à 17 ans, et 99 % d'entre elles étaient des filles<sup>438</sup>. Dans 93 % des cas, les auteurs de viols étaient des personnes privées, inconnues des victimes dans environ 60 % des cas, les voisins et connaissances représentant environ 30 % des auteurs et les membres de la famille 10 %. Les auteurs des 7 % de cas impliquant les agents de l'État étaient majoritairement des membres des forces de sécurité (57 %) et des enseignants (33 %).

## Auteurs des viols répertoriés entre 2012 et 2015 selon différentes caractéristiques (%)

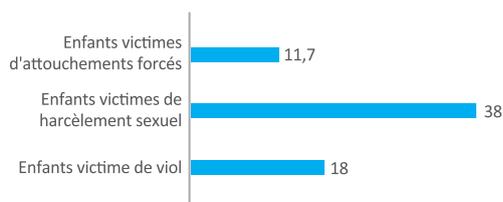


Source : ONUSI-HCDH 2016.



L'étude réalisée par le MENET et l'UNICEF sur le bien-être et la sécurité des élèves dans 51 écoles primaires et 31 écoles secondaires a révélé qu'en 2013-2014, 38 % des élèves, filles comme garçons, avaient été victimes de harcèlement sexuel à l'école, en particulier au niveau du secondaire général, que 11,7 % des élèves avaient subi des attouchements forcés et que 18 % avaient subi un viol<sup>439</sup>. Cette étude a aussi montré que dans la majorité des cas, l'auteur des violences sexuelles en milieu scolaire était un autre enfant, mais que les enseignants pouvaient également être impliqués<sup>440</sup>. Selon le Rapport de performance éducation-formation, en 2017, 2,8 % des élèves du primaire et 15,9 % de ceux du secondaire général ont été victimes de violences sexuelles perpétrées par des enseignants<sup>441</sup>.

### Enfants victimes de VBG selon le type de violation (%)



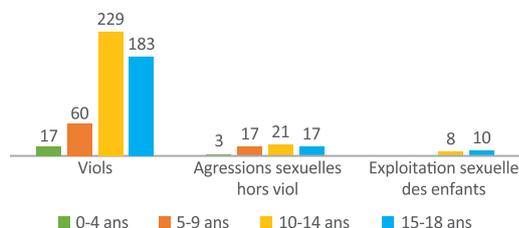
Source : MENET-UNICEF 2015.

Comme dans le cas des violences physiques et émotionnelles, il est très difficile de dégager des tendances concernant la prévalence des violences sexuelles à l'encontre des enfants. En effet, le SIPE et le Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) sont encore en phase de montée en puissance et ne couvrent toujours pas l'ensemble du territoire. De plus, les données du SIPE et du GBVIMS, tout comme celles du SIGE dans ce domaine, sont autodéclarées et les indicateurs ne sont pas harmonisés.

### Statistiques du SIPE, du GBVIMS et du SIGE sur les violences sexuelles

- Les données du SIPE et du Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) montrent qu'en 2018, 566 enfants ont été pris en charge pour des cas de violences sexuelles. 98 % des victimes étaient des filles et plus de 86 % des cas concernaient des viols. Par rapport à 2017 (676), le nombre de cas de VBG pris en charge est en diminution de 16 %, mais reste supérieur de 29 points de pourcentage à celui constaté en 2016 (439). En 2018, le nombre de viols pris en charge s'élevait à 489 (479 filles et 10 garçons), soit un chiffre comparable à celui de 2017 (478, dont 465 filles et 13 garçons), mais en forte hausse (+30 points de pourcentage) par rapport à 2016 (374 viols).
- Selon les données du SIGE, il y a eu, en 2018, 76 cas de viols, 121 cas de harcèlement et 388 cas d'attouchements sexuels au primaire et 299 cas de viols, 316 cas de harcèlement et 196 cas d'attouchements sexuels au secondaire.

### Nombre de cas de violences sexuelles pris en charge par les services sociaux en 2018



Source : SIPE 2018.

### • Mutilations génitales féminines/excision (MGF/E)

Les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E) désignent un certain nombre de pratiques consistant à enlever totalement ou partiellement les organes génitaux externes d'une fille. Les MGF/E constituent une violation

fondamentale des droits des filles pouvant entraîner la mort (sous l'effet d'un choc hémorragique ou d'une commotion cérébrale) et/ou causer des préjudices irréparables parmi lesquels des incontinenances et des infections urinaires, des rapports sexuels douloureux, des risques de stérilité et des complications pendant l'accouchement.

Compte tenu du peu d'informations collectées par les systèmes statistiques de routine dans ce domaine<sup>442</sup>, l'analyse de la prévalence des MGF/E repose exclusivement sur les données de l'EDS-III et de la MICS-5.

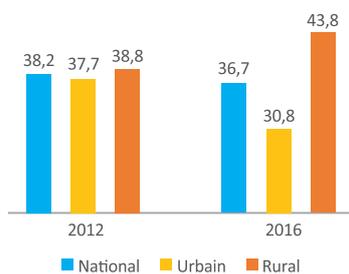
#### Statistiques du SIPE, du GBVIMS et du SIGE en matière de MGF/E

- Le SIPE indique que 23 cas de MGF/E ont été pris en charge par les services sociaux en 2018. Selon le Système de gestion des informations sur la VBG (GBVIMS) du MFFE, aucun cas de MGF/E n'avait été recensé en 2017 et 2016 par les services sociaux.
- Le SIGE indique qu'au cours de l'année scolaire 2017-2018, 109 cas de MGF/E ont été recensés au niveau des élèves du primaire et 180 au niveau du secondaire général.

La Côte d'Ivoire se situe au 15<sup>e</sup> rang des pays les plus affectés par les MGF/E dans le monde<sup>443</sup>. La MICS montre qu'en 2016, 36,7 % des femmes de 15-49 ans avaient subi des MGF/E contre 38,2 % en 2012.

Le risque de MGF/E est en diminution en milieu urbain (30,8 % en 2016 contre 37,7 % en 2012), mais augmente en milieu rural (43,8 % en 2016 contre 38,8 % en 2012), avec des disparités régionales très grandes, le Nord-Ouest (75,2 %), le Nord (73,7 %), l'Ouest (62,1 %) et le Centre-Nord (42 %) ayant les taux de prévalence les plus élevés.

#### Proportion de femmes de 15-49 ans ayant subi une MGF/E (%)



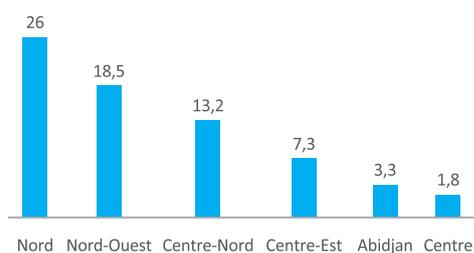
Source : EDS-III & MICS-5.

Chez les adolescentes de 15-19 ans, le taux de prévalence des MGF/E est en recul de 4 points, étant passé de 31,3 % en 2012 à 27,4 % en 2016.

Chez les filles âgées de 0-14 ans, le taux de prévalence des MGF/E est, en revanche, resté pratiquement inchangé à 10,9 % en 2016 contre 10,5 % en 2012.

Le risque est fortement corrélé (négativement) avec le niveau d'instruction de la mère, le niveau de richesse du ménage et est près de 30 fois supérieur lorsque la mère a déjà été excisée que lorsqu'elle ne l'a pas été.

#### Proportion de filles de 0-14 ans ayant subi une MGF/E (%) en fonction des régions

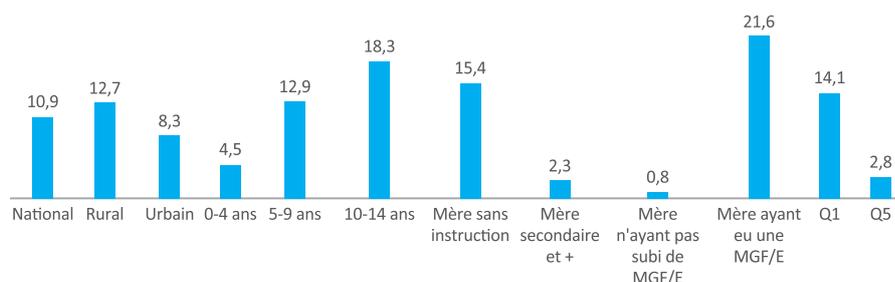


Source : MICS-5.



À l'exception de la région Ouest, qui se situe dans la moyenne nationale (10,8 %), les régions ayant les taux de prévalence les plus élevés sont les mêmes que celles ayant les taux de prévalence des MGF/E les plus élevés chez les femmes âgées de 15-49 ans, avec un taux maximal dans le Nord (26 %), le Nord-Ouest (18,5 %) et le Centre-Nord (13,2 %). Les taux les plus bas se trouvent dans la ville d'Abidjan (3,3 %) et la région Centre (1,8 %).

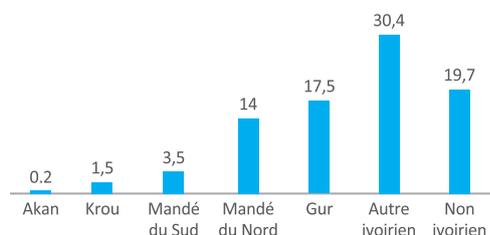
### Proportion de filles de 0-14 ans ayant subi une MGF/E (%) selon le lieu de résidence, l'âge et les caractéristiques socio-économiques du ménage



Source : MICS-5.

La MICS a mis en évidence l'existence de disparités extrêmes au niveau des taux de prévalence en fonction du groupe ethnique de la mère : alors qu'ils sont inférieurs à 3,5 % lorsque la mère est d'origine Akan (0,2 %), Krou (1,5 %) et Mandé du Sud (3,5 %), ils sont supérieurs de 4 à 9 points à la moyenne nationale lorsque la mère est d'origine Mandé du Nord (14 %), Gur (17,5 %) et d'ethnie non ivoirienne (19,7 %) et dépassent les 30 % lorsque la mère est d'un autre groupe ethnique ivoirien (30,4 %).

### Proportion de filles de 0-14 ans ayant subi une MGF/E selon le groupe ethnique de la mère (%)



Source : MICS-5.

#### • Mariages précoces

Les mariages précoces ont des conséquences préjudiciables pour les enfants et les adolescents sur de nombreux plans. Ils s'accompagnent de risques élevés de déscolarisation, de contamination par les IST, de maltraitance et de violence au sein du couple et de grossesses précoces pouvant mettre en danger la santé de la mère et la survie du nouveau-né. En cas de refus de la victime, celle-ci s'expose à des violences graves pouvant aller jusqu'à des crimes d'honneur par le conjoint désigné ou les parents et la famille de l'enfant, surtout lorsque la dot a déjà été versée, mais aussi à des risques de bannissement de la famille et de la communauté. La fugue est souvent la seule alternative, mais en l'absence de structure d'accueil pour les recueillir, les survivantes se trouvent confrontées à des risques élevés de désinsertion sociale, de pauvreté et d'exploitation. Selon les adolescents interrogés dans le cadre d'une enquête menée à San Pedro et dans la commune d'Abobo, lorsqu'une fille de moins de 18 ans ne veut pas se marier malgré l'insistance du père, elle y est, en effet, forcée pour un tiers des répondants d'Abobo et 20 % de ceux de San Pedro et elle prend la fuite pour un tiers des répondants d'Abobo et 46 % de ceux de San Pedro<sup>444</sup>.

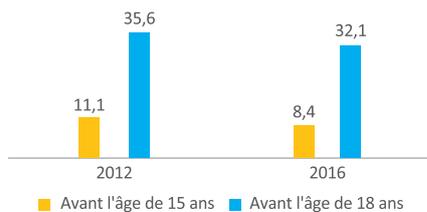
Compte tenu du peu de données collectées jusqu'ici par les services sociaux sur le sujet<sup>445</sup>, l'analyse de la prévalence des mariages précoces repose, pour l'essentiel, sur les résultats de l'EDS-III et de la MICS-5.

### Statistiques du SIPE, du GBVIMS et du SIGE sur les mariages précoces/forcés

- Le SIPE a recensé, en 2018, 38 mariages précoces, dont 10 avant l'âge de 15 ans. Le GBVIMS avait comptabilisé, en 2017, 79 mariages précoces, dont quatre avant l'âge de 15 ans et, en 2016, 55 mariages précoces, dont sept avant l'âge de 15 ans.
- Le SIGE a fait état, pour l'année scolaire 2017-2018, de six cas de mariages forcés impliquant des élèves du primaire et 83 impliquant des élèves du secondaire.

- Mariage avant l'âge de 15 ans : la pratique néfaste des mariages précoces affecte principalement les filles, la proportion des garçons concernés étant pratiquement nulle. Selon les dernières données de la MICS, en 2016, 4,8 % des adolescentes étaient mariées avant l'âge de 15 ans contre 0,2 % des adolescents du même âge. La MICS-5 montre que la proportion des adolescentes de 15-19 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 ans a diminué de 5,6 % en 2012 à 4,8 % en 2016 et que celle des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 ans a reculé de 11,1 % en 2012 à 8,4 % en 2016.
- Mariage avant l'âge de 18 ans : la proportion des femmes âgées de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 18 ans est également en recul, étant passée de 35,6 % en 2012 à 32,1 % en 2016. Le risque de mariage avant l'âge de 18 ans concerne principalement les femmes, mais en 2016, 4,8 % des hommes âgés de 20-49 ans avaient été mariés ou se trouvaient en union avant l'âge de 18 ans.

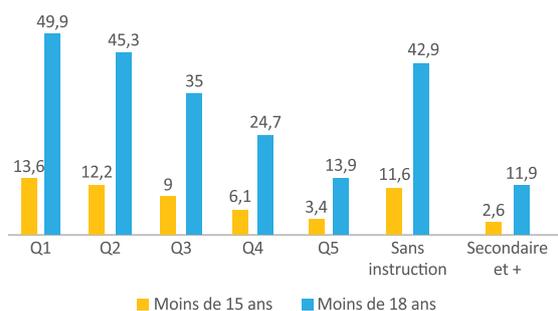
#### Proportion des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 et 18 ans (%)



Source : EDS-III & MICS-5.

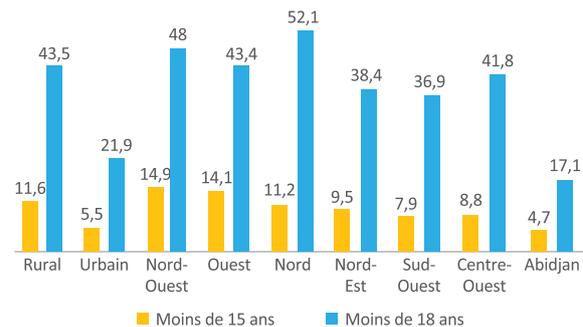
Le phénomène des mariages précoces affecte tout particulièrement les filles vivant en milieu rural. Si en milieu urbain, la proportion de femmes âgées de 20-49 ans en union avant l'âge de 15 ans et 18 ans est respectivement de 5,5 % et 21,9 %, ces proportions atteignent respectivement 11,6 % et 43,5 % en milieu rural. Le risque pour une fille de contracter un mariage précoce est fortement corrélé (négativement) avec son revenu et son niveau d'instruction : dans les ménages les plus pauvres, plus d'une fille sur 10 est mariée avant l'âge de 15 ans et la moitié d'entre elles sont mariées avant l'âge de 18 ans, alors que cette proportion n'est que de 3,4 % avant l'âge de 15 ans et de 13,9 % avant l'âge de 18 ans dans les ménages les plus riches. De même, lorsqu'elles n'ont pas d'instruction, 11,6 % des filles sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 42,9 % d'entre elles avant l'âge de 18 ans, contre respectivement moins de 3 % et de 12 % des filles ayant terminé au moins les études secondaires.

#### Proportion des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 et 18 ans selon certaines caractéristiques socio-économiques (%)



Source : MICS-5.

#### Proportion des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 et 18 ans selon le lieu de résidence (%)

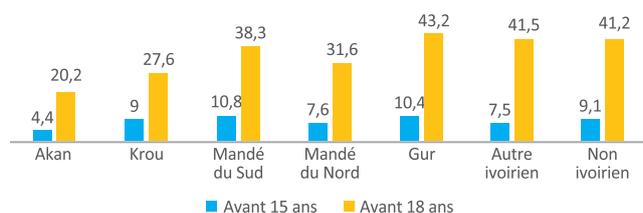




Les régions du Nord-Ouest (14,9 %), de l'Ouest (14,1 %) et du Nord (11,2 %) sont celles qui affichent les taux d'union avant l'âge de 15 ans les plus élevés. La proportion des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 18 ans dépasse les 35 % dans six régions sur onze et avoisine les 50 % dans le Nord (52,1 %) et le Nord-Ouest (48 %).

Même si elles sont moins marquées que pour les MGF/E, les disparités en fonction des origines ethniques sont également importantes en matière de mariage précoce : le risque pour une fille d'être mariée avant l'âge de 15 ans est le plus élevé (environ une fille sur dix) lorsque le chef de ménage est d'origine Mandé du Sud, Gur, non ivoirienne ou Krou et le plus faible lorsque le chef de ménage est Akan (4,4 %). S'agissant du mariage avant 18 ans, il est le plus répandu chez les Gur, les autres ivoiriens, les non-Ivoiriens et les Mandé du Sud et le moins pratiqué chez les Akan et les Krou.

### Proportion des femmes de 20-49 ans mariées ou en union avant l'âge de 15 et 18 ans selon le groupe ethnique du chef de ménage (%)



Source : MICS-5.

#### 3.2.1.2 Analyse causale

##### • Mesures prises contre les violences et pratiques néfastes

Depuis plusieurs années, plusieurs ministères ont pris, avec l'appui des PTF et des ONG, des initiatives pour lutter contre la violence et les pratiques néfastes affectant les enfants :

- le ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant (MFFE) a : (i) développé et mis en œuvre la Politique nationale de protection de l'enfant dotée d'un plan d'action et la Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNLVBG) ; (ii) mis en place un système de gestion des informations sur les VBG (GBVIMS), une ligne d'appels gratuite (116 « Allô, enfants en détresse ») pour faciliter la dénonciation des cas de violence et l'orientation des victimes vers les structures de prise en charge et un Observatoire national de l'équité et du genre (ONEG) ; (iii) créé dans plusieurs régions, avec l'appui des PTF, des plateformes de coordination des acteurs locaux travaillant sur les questions des VBG, de la protection et des orphelins et enfants vulnérables (OEV) ; (iv) adopté des procédures opérationnelles standards (POS) et organisé des sessions de formation pour la prise en charge des victimes de violences et de pratiques néfastes à l'attention des acteurs de la protection ; (v) conduit à travers tout le pays, y compris les écoles, des campagnes de sensibilisation auprès de la population contre la violence et les pratiques néfastes (campagnes « Tolérance zéro aux MGF », campagnes d'éradication des VBG mettant particulièrement l'accent sur la lutte contre les mariages précoces) mobilisant les ONG locales, les leaders communautaires et religieux et des femmes ; (vi) facilité la reconversion de plus d'une centaine d'exciseuses grâce au financement d'activités génératrices de revenus (AGR) ; et (vii) adopté, en 2015, un Programme d'animation communautaire en protection de l'enfance visant à renforcer les capacités des familles et des communautés à assurer leur devoir de protection des enfants ;
- le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle a : (i) créé un groupe de travail sur la protection de l'enfant en milieu scolaire ainsi que divers comités régionaux et locaux de veille et de protection, au niveau des DREN et des établissements<sup>447</sup> ; (ii) élaboré un code de conduite pour les personnels des structures publiques et privées placées sous sa tutelle et destiné à lutter contre les VBG et à promouvoir des relations respectueuses entre les élèves et le personnel éducatif en précisant les sanctions encourues en cas de non-respect ; (iii) mis en place un comité de pilotage du processus « École, amie des enfants, amie des filles » ; (iv) mené des campagnes officielles de prévention et de sensibilisation aux VBG en milieu scolaire ; (v) élaboré, en partenariat avec l'UNESCO, un manuel de formation à l'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté ; (vi) repris, en vue de la généraliser, l'initiative lancée par l'UNICEF et Search For Common Ground des clubs des messagers de paix dans les écoles ; (vii) créé 517 clubs de mères d'élèves filles (CMEF) au sein des écoles afin de permettre aux participantes d'aborder notamment les questions de violence et d'abus en milieu scolaire ; (viii) lancé, avec l'appui de l'UNICEF l'initiative « Enseignantes protectrices des filles » qui permet de désigner et de former une enseignante par école qui

puisse servir de référent et d'appui aux élèves victimes de VBG ; et (ix) intégré dans le SIGE le suivi des cas de violences et de pratiques néfastes en milieu scolaire ;

- le ministère de la Justice et des Droits de l'Homme a : (i) organisé des procès à l'encontre d'exciseuses et de parents ayant fait exciser leur fille<sup>448</sup> ; (ii) déployé avec l'appui des PTF six cliniques juridiques afin d'améliorer l'accès aux droits et à la justice et d'accompagner les victimes de violences et d'exploitation<sup>449</sup> ; (iii) dispensé, par la voie d'une circulaire prise en 2014, les victimes de violence et de VBG de l'obligation de produire un certificat médical pour pouvoir porter plainte ; (iv) adopté la loi du 13 juin 2018 créant des mesures extrajudiciaires et judiciaires protégeant notamment les victimes ; (v) fait adopter un nouveau Code de procédure pénale (loi du 27 décembre 2018) renforçant les dispositions protectrices applicables aux victimes mineures (voir la section « Enfants en contact avec la loi ») ; (vi) fait adopter un nouveau Code pénal (loi du 10 juillet 2019) ; et (vii) présenté un projet de loi sur le mariage alignant l'âge légal du mariage des garçons sur celui des filles (18 ans) et supprimant toute possibilité de mariage dès l'âge de 16 ans, même en cas d'accord des parents<sup>450</sup> ;
- le ministère de la Défense a adopté un code de conduite en matière de violences sexuelles intégré dans le code de déontologie du militaire, et les commandants sur le terrain ont pris l'engagement de prévenir et de dénoncer les VBG commises par leurs éléments.

En l'absence d'enquêtes nationales périodiques et d'études longitudinales sur le sujet et compte tenu du caractère fragmentaire des informations collectées par les systèmes statistiques de routine en matière de protection, il est très difficile d'apprécier l'impact de ces initiatives. Même si la MICS-5 et des données anecdotiques suggèrent certains progrès en matière de MGF/E et de mariages précoces<sup>451</sup>, les observations de terrain pointent la persistance de nombreuses barrières à surmonter pour réduire de façon durable le niveau de violences et de pratiques néfastes dont sont victimes les enfants en Côte d'Ivoire.

#### • Barrières liées à l'offre et à la qualité des services de prévention et de réponse

##### • Dispositifs communautaires et sectoriels

Il existe en Côte d'Ivoire un système de justice traditionnelle et des mécanismes endogènes de protection de l'enfant, mais ces derniers ne sont pas toujours conformes à la législation nationale et internationale en vigueur dans ce domaine. Certaines communautés disposent d'un Comité de protection de l'enfant (CPE) mis en place grâce à un programme ou un partenaire extérieur. Cependant, les membres des CPE manquent souvent de formation sur les questions de protection et ont peu de moyens et d'outils à leur disposition pour remplir leurs missions. De plus, les mécanismes de référence et contre-référence entre les comités et les autres services de prévention et de réponses restent faibles du fait d'un manque de moyens de communication et de transport.

Par ailleurs, le taux de couverture des dispositifs sectoriels de prévention et de signalement est souvent très limité : alors qu'il avait été envisagé de créer un club de mères d'élèves filles (CMEF) dans chacune des 14 000 écoles primaires, on en comptait moins de 500 en 2017 (soit à peine 3,6 % des écoles primaires). De plus, les CMEF n'ont pour budget opérationnel que les revenus tirés des AGR qu'ils ont pu développer. L'initiative « Enseignante protectrice des filles » ne concernait en 2017 que 350 écoles (2,5 % du total des écoles primaires) et le nombre d'enseignantes – malgré les efforts réalisés ces dernières années – reste encore faible (32,1 % des enseignants au primaire et 13,5 % de ceux du secondaire). La ligne téléphonique 116 « Allô, enfants en détresse » reçoit principalement des demandes d'information et sert rarement à dénoncer les actes de violence et les pratiques néfastes. De plus, le service qui gère cette ligne dispose de moyens financiers et humains limités pour traiter ou référer les cas pour lesquels son aide est sollicitée.

##### • Centres sociaux

Le nombre de services sociaux du MFFE (47 complexes socio-éducatifs<sup>452</sup>) et du MEPS (97 centres sociaux) a augmenté, mais il reste encore insuffisant par rapport aux besoins des femmes et des enfants les plus vulnérables. Par ailleurs, ces centres sont souvent mal répartis géographiquement : en effet, ils se concentrent dans les parties Sud et Centre du pays, avec parfois plusieurs structures sur un même territoire et de très fortes disparités au niveau du nombre total de personnes couvertes par centre<sup>453</sup>. De plus, un quart des 52 plateformes dédiées aux VBG du MFFE se trouvent dans le district d'Abidjan. Enfin, le mandat des centres sociaux est souvent inadapté et les moyens des services insuffisants ; plusieurs plateformes dédiées aux VBG ne sont pas opérationnelles et la plupart ont des moyens trop limités pour mener des activités de prévention des violences<sup>454</sup>.





#### • Police – Justice

En dépit de la création de « *gender desks* » dans les commissariats et les brigades de gendarmerie, la police et la gendarmerie restent insuffisamment formées à la prise en charge des cas de violences – notamment ceux liés aux violences sexuelles et conjugales – et de pratiques néfastes<sup>455</sup>. De plus, les moyens disponibles pour la prise en charge juridique et judiciaire des victimes sont insuffisants et encore trop concentrés sur Abidjan, ce qui contribue à perpétuer l'impunité, en particulier dans les zones rurales. Les six cliniques juridiques ouvertes depuis 2013 ont permis d'améliorer la situation, mais leur fonctionnement dépend du soutien financier exclusif des PTF et il n'est pas certain que le gouvernement puisse pérenniser ce dispositif.

Par ailleurs, la police et la gendarmerie ne disposent pas des moyens matériels et budgétaires nécessaires pour établir la véracité des violences subies (expertise psychologique, déplacement et examen sur la scène de crime, enquêtes, confrontation, mise en place de mesures appropriées de sécurité et de confidentialité). Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 13 juin 2018, victimes<sup>456</sup>, témoins et dénonciateurs ne bénéficiaient d'aucun système de protection. Les victimes qui osaient porter plainte et les activistes qui dénonçaient les cas de violences et d'abus, en particulier les MGF/E et les mariages précoces, faisaient ainsi fréquemment l'objet de menaces et d'actes d'intimidation. La loi du 13 juin 2018 devrait normalement changer la situation, mais il reste à voir comment elle sera concrètement appliquée. Enfin, les procès et les condamnations restent rares en matière de MGF/E<sup>457</sup> ou de mariages précoces<sup>458</sup>. La quasi-totalité des mariages précoces sont des mariages coutumiers et/ou religieux qui ont lieu sans qu'un officier d'état civil ait la possibilité de vérifier l'âge des participants.

#### • Barrières du côté de la demande

##### • Connaissances limitées en matière de droits des enfants et appropriation insuffisante des mesures de prévention, de signalement et de répression des violences et abus contre les enfants

Le droit des enfants à être protégé de la violence et des pratiques néfastes MGF/E reste mal connu : une enquête diagnostique des mariages d'enfants précoces et forcés dans les communes de Treichville, Adjamé et Abobo a montré que peu de personnes savent que la loi interdit et punit les mariages précoces et forcés<sup>459</sup>. À l'école, le code de conduite édicté par le MENETFP en 2014 est peu diffusé et mal connu et la plupart des élèves n'ont ainsi pas conscience du fait qu'un enseignant n'a pas à faire usage de la violence à leur égard<sup>460</sup>. Selon l'enquête réalisée en 2015 par le MENET et l'UNICEF dans 51 écoles primaires et 31 écoles secondaires, une majorité d'élèves (62 %) préfèrent ne pas dénoncer ni même parler des maltraitances ou des VBG qu'ils subissent, et 43 % ne considèrent pas les violences sexuelles commises par les enseignants comme des violations inacceptables de leurs droits<sup>461</sup>. De même, le niveau d'appropriation de l'obligation de signalement en cas de suspicion de violences et/ou pratiques néfastes contre un enfant reste faible chez les agents des services en contact avec les mineurs<sup>462</sup>.

##### • Coûts des démarches et des procédures

De plus, en dépit de la circulaire prise par le ministère de la Justice, la police judiciaire et la gendarmerie continuent d'exiger, au niveau local, un certificat médical avant tout dépôt de plainte. Or ce certificat, dont le coût varie entre 30 000 et 50 000 FCFA reste impossible à produire pour la majorité des victimes. De plus, l'instruction et les procédures sont souvent excessivement longues<sup>463</sup> et les victimes, leurs parents ou leurs tuteurs n'ont généralement pas les moyens de supporter les frais de justice restant à leur charge ou d'interrompre leurs activités pour suivre l'avancée des procédures.

##### • Pauvreté et vulnérabilité des familles

La principale raison de la persistance de la pratique des mariages précoces est la pauvreté des familles : comme l'a montrée l'étude diagnostique des mariages d'enfants précoces et forcés dans trois communes d'Abidjan, dans 58 % des cas, c'est l'incapacité des parents à faire face aux charges familiales et aux frais de scolarité qui explique leur choix de marier de façon précoce leur fille et de se décharger ainsi de son avenir sur le futur époux<sup>464</sup>.

##### • Prise de conscience insuffisante quant aux conséquences des violences et abus

La MICS-5 a mis en évidence le fait qu'une partie importante de la population n'a pas conscience des conséquences néfastes des châtiments corporels sur le bien-être et le développement de l'enfant<sup>465</sup> : 30,1 % des répondants, dont une proportion plus importante de femmes (33,5 %) que d'hommes (26,9 %) pensent ainsi qu'un enfant a besoin d'être physiquement puni pour être bien éduqué. Les répondants des ménages les plus pauvres (36,1 %) et ceux qui n'ont pas reçu d'instruction (32,5 %) croient davantage aux vertus éducatives des méthodes de discipline violente que ceux des ménages les plus riches (28,9 %) et ceux qui ont terminé l'école secondaire (24,6 %). Il n'y a pas vraiment d'écart entre les répondants ruraux (30,4 %) et urbains (29,8 %), mais des disparités importantes entre les régions : la proportion de répondants considérant que les châtiments corporels contribuent à l'éducation d'un enfant est maximale dans le Centre-Ouest (38,6 %) et le Nord (36,5 %) et la plus faible dans le Nord-Est (20,9 %).



#### • Certaines normes sociales facilitent les violences et les abus contre les enfants

Les normes sociales liant l'honneur de la famille au contrôle de la sexualité de la jeune fille et à l'absence de relations sexuelles ou de naissances hors mariage favorisent la perpétuation de pratiques néfastes comme les MGF/E et les mariages précoces<sup>466</sup>.

Les données anecdotiques montrent que dans de nombreuses communautés, la pratique des MGF/E reste défendue, non seulement par les matrones-exciseuses qui se considèrent comme les gardiennes d'une tradition ancestrale et tirent en partie leurs moyens de subsistance et leur prestige dans la société de la perpétuation de cette pratique<sup>467</sup>, mais aussi par les parents, en particulier les mères, qui la conçoivent comme un rite initiatique obligatoire dans leur communauté et/ou une obligation de type religieux dont la transgression exposerait la jeune fille, la mère et sa famille à un risque de stigmatisation, de rejet et de perte de statut social. En effet, dans les communautés traditionnelles, la jeune fille non excisée est souvent considérée comme irrespectueuse, dévergondée et impossible à marier<sup>468</sup>.

Il est, par ailleurs, difficile de protéger les enfants des châtiments corporels lorsque la violence reste perçue comme un moyen légitime de discipline et de règlement des conflits : selon la MICS-5, 52,8 % des femmes et 29,5 % des hommes âgés de 15 à 49 ans pensent qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme pour au moins une des six raisons suivantes (sortir sans l'en informer, négliger les enfants, se disputer avec lui, refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, brûler la nourriture et le tromper). Une enquête de base sur la protection de l'enfant dans le département de San Pedro et la commune d'Abobo a montré qu'une majorité de « *caregivers* » et d'adolescents s'attendent à ce que, dans leur communauté, on frappe et on insulte un enfant lorsqu'il désobéit<sup>469</sup>. Selon l'enquête exploratoire sur les VBG en milieu scolaire, de nombreux enseignants doutent de la possibilité d'enseigner en l'absence de châtiments corporels, en particulier avec des effectifs par classe aussi nombreux<sup>470</sup>.

Enfin, les normes sociales patriarcales et les résistances socioculturelles à l'égalité de genre et à la dénonciation publique des violations subies par les enfants encouragent la pratique des arrangements à l'amiable par l'entremise de responsables religieux ou communautaires et perpétuent une culture de l'impunité.

#### • Reproduction intergénérationnelle des violences et des abus

Comme le montre l'étude sur la violence en milieu urbain, les enfants tendent à reproduire les méthodes de discipline violente qu'ils subissent et ont facilement recours à la violence lorsque surgit un différend avec un de leurs pairs ou même un adulte<sup>471</sup>. De même, le risque d'être excisée est près de 30 fois supérieur lorsque la mère a déjà été excisée – le taux de prévalence des MGF/E est de 21,6 % chez les filles âgées de 0-14 ans dont la mère a été excisée – que lorsqu'elle ne l'a pas été (taux de prévalence de 0,8 %).

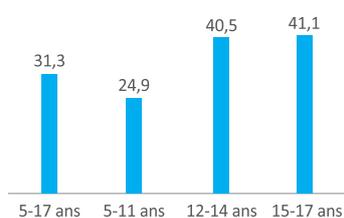
### 3.2.2 Travail, exploitation et enfants en mobilité

#### 3.2.2.1 Indicateurs clés

##### • Travail des enfants

Le concept de « travail des enfants » regroupe l'ensemble des activités qui privent les enfants de leur enfance, de leur potentiel et de leur dignité, et nuisent à leur scolarité, à leur santé et à leur développement physique et mental<sup>472</sup>. Il peut s'agir d'activités économiques ou de tâches domestiques, peu ou pas rémunérées, accomplies à plein temps ou pendant un nombre d'heures trop élevé pour l'âge de l'enfant. Le travail des enfants comprend également des tâches accomplies dans des conditions dangereuses et des activités qui portent atteinte à la dignité de l'enfant et à son estime de soi, comme la servitude ou la prostitution.

#### Proportion d'enfants astreints au travail par tranche d'âge (%)

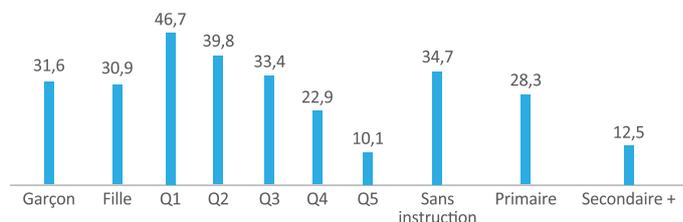


Source : MICS-5.



La source d'information la plus récente et la plus complète sur l'incidence du travail des enfants en Côte d'Ivoire est la MICS-5. Selon cette enquête, 31,3 % des 5-17 ans, soit 2,3 millions, sont en situation de travail des enfants<sup>473</sup>. Les tranches d'âge les plus à risque sont, par ordre décroissant, les 15-17 ans (41,1 %), les 12-14 ans (40,5 %) et les 5-11 ans (24,9 %). Il n'existe pas de variation importante basée sur le genre, le taux d'incidence chez les garçons (31,6 %) et chez les filles (30,9 %) étant très proche.

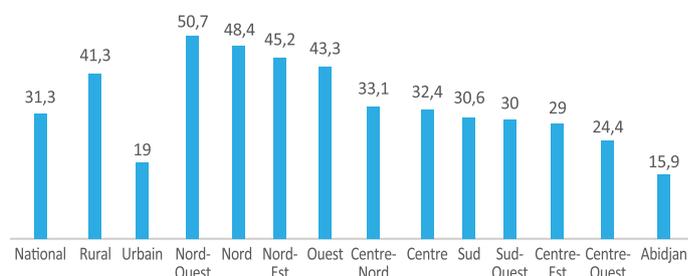
### Enfants de 5-17 ans astreints au travail en fonction du genre et de caractéristiques socio-économiques (%)



Source : MICS-5.

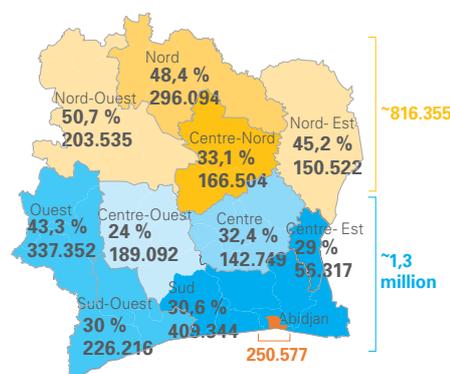
De façon générale, le taux de prévalence du travail des enfants est fortement corrélé (négativement) avec le niveau de richesse du ménage de l'enfant et le niveau d'instruction de la mère : il est ainsi près de cinq fois plus élevé chez les enfants des ménages les plus pauvres (Q1 : 46,7 %) que chez ceux des ménages les plus riches (Q5 : 10,1 %) et varie du simple au triple selon que la mère est sans instruction (34,7 %) ou a au moins reçu une éducation secondaire (12,5 %). Il existe un écart de plus de 20 points entre le taux de prévalence du travail des enfants en milieu rural (41,3 %) et celui observé en milieu urbain (19 %) ainsi que de fortes disparités entre les régions, avec des taux maximums dans le Nord-Ouest (50,7 %), le Nord (48,4 %), le Nord-Est (45,2 %) et l'Ouest (43,3 %) et un taux minimal à Abidjan (15,9 %). Compte tenu de la plus faible densité de population dans la partie nord du pays, il convient toutefois d'observer que près de 62 % des enfants astreints à un travail vivent dans les régions du Sud, du Centre et de l'Ouest du pays.

### Enfants de 5-17 ans astreints au travail en fonction du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5.

### Prévalence du travail des enfants par zone géographique (%)



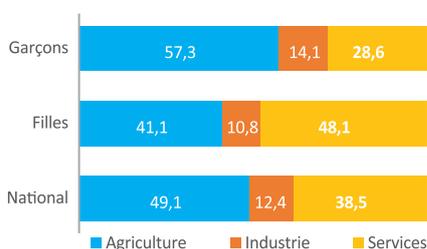
En prenant en compte l'intensité du travail effectué et en distinguant les enfants impliqués dans des activités économiques de ceux astreints à des tâches ménagères, il apparaît que 18,5 % des 5-17 ans sont impliqués dans des activités économiques et 9 % dans des tâches ménagères pour un nombre total d'heures égal ou supérieur au seuil spécifique à chaque âge. Lorsqu'il s'agit d'une activité économique, le risque d'être impliqué dans le travail des enfants pour un nombre d'heures excessif est plus élevé chez les garçons (20,3 %) que chez les filles (16,7 %). Lorsqu'il s'agit de tâches ménagères, ce risque est deux fois plus élevé pour les filles (12,1 %) que pour les garçons (6 %).

#### • Secteurs, branches d'activités et statut

La MICS-5 ne fournit pas de données sur le statut des enfants en situation de travail ni sur les secteurs et branches d'activités concernés. Bien qu'à la différence de la MICS, elles ne prennent pas en compte les tâches ménagères dans le travail des enfants et ne s'intéressent qu'aux enfants économiquement actifs de moins de 14 ans et à ceux de 15-17 ans effectuant un travail dangereux, les dernières enquêtes nationales réalisées sur le sujet fournissent des éléments éclairants.

L'enquête nationale sur la situation de l'emploi et le travail des enfants (ENSETTE) 2013-2014 a ainsi montré que près de la moitié des enfants impliqués dans une activité économique se trouvent dans le secteur agricole (49,1 %) contre un tiers (38,5 %) dans celui des services et 12,4 % dans le secteur industriel. La majorité des garçons (57,3 %) travaillent dans le secteur agricole tandis que les filles sont davantage présentes dans le secteur des services (48,1 %). Selon l'enquête sur les pires formes du travail des enfants (EPFTE 2011), il existe de fortes disparités entre le milieu rural dominé par le travail agricole et le milieu urbain où les secteurs du commerce et du travail domestique emploient la majorité des enfants<sup>474</sup>. La désagrégation des données de l'enquête EPFTE 2011 par type d'activités révèle que les enfants impliqués dans des activités économiques du secteur agricole se consacrent majoritairement (57,5 %) à la culture des céréales et aux autres cultures, contre 17,1 % à celle du cacao, 7 % à celle des légumes, 6,2 % à celle des fruits, noix et plantes pour boisson ou épice, 5,8 % à l'élevage, 3,5 % à la culture de l'hévéa et 1,7 % à celle du café<sup>475</sup>. Les données des systèmes de suivi et de remédiation du travail des enfants<sup>476</sup> et des preuves anecdotiques plus récentes confirment ces données et, sans fournir d'éléments chiffrés, dressent une liste encore plus longue d'activités économiques impliquant des enfants<sup>477</sup>.

#### Enfants de 5-17 ans impliqués dans une activité économique en fonction du secteur d'activité et du genre (%)



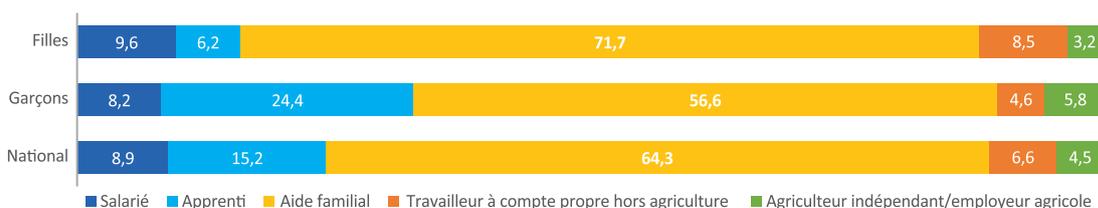
Source : ENSETTE 2013-2014

Selon l'enquête ENSETTE 2013-2014, près de 65 % des enfants impliqués dans une activité économique – et parmi eux, plus de 70 % des filles – travaillent comme aides familiaux contre 15 % (25 % des garçons) comme apprentis et près de 9 % comme salariés. L'aide familiale peut prendre des formes diverses selon les familles et les régions, mais elle est souvent vécue comme un moyen de socialisation et l'occasion d'une transmission intergénérationnelle de savoir-faire<sup>478</sup>.

La législation ivoirienne distingue le travail des enfants du « travail socialisant » qui comprend toute tâche non rémunérée réalisée par un enfant dont l'âge est compris entre 13 et 16 ans, sous la supervision du représentant légal à des fins d'éducation et d'insertion sociale, et qui n'est pas susceptible de porter préjudice à sa santé, son développement physique, mental, moral ou social, son assiduité scolaire ou sa formation professionnelle et son repos hebdomadaire<sup>479</sup>.

Toutefois, compte tenu de la forte prévalence des méthodes de discipline violente, des châtiments corporels et des négligences au sein des familles (voir plus haut), le travail comme aide familial ne protège pas nécessairement l'enfant contre les mauvais traitements et les violences ni contre le risque d'une durée du travail excessive pour son bien-être et son développement<sup>480</sup>. Par ailleurs, bien que l'enquête ENSETTE 2013-2014 ne distingue pas les deux catégories, les enfants qui travaillent comme aide familial, non pas sous la supervision de leurs parents, mais pour des membres de la famille élargie chez qui ils ont été confiés (pratique traditionnelle du confiage ou du *fostering*), peuvent être davantage exposés à des risques de travail trop intensif ou effectué dans des conditions dangereuses<sup>481</sup>.

#### Répartition des enfants astreints à un travail selon le genre, l'âge et le statut dans l'emploi (%)



Source : ENSETTE 2013-2014.



• Travail des enfants et fréquentation scolaire

Le fait pour un enfant de travailler n'est pas nécessairement synonyme de non-scolarisation et d'abandon scolaire, mais la MICS-5 confirme que le risque pour un enfant d'être astreint à un travail augmente en cas de non-scolarisation : en 2016, 39,9 % des enfants âgés de 5-17 ans qui n'étaient pas scolarisés étaient en situation de travail des enfants contre 27,1 % des enfants scolarisés du même âge.

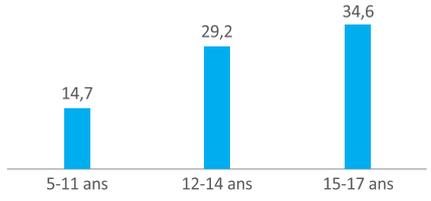
De plus, il semble qu'une partie importante des enfants astreints à un travail n'ont jamais été scolarisés. La MICS-5 ne fournit pas d'éléments précis sur ce point, mais les données du Système d'observation et de suivi du travail des enfants en Côte d'Ivoire (SOSTECI) avait montré, en 2016, qu'environ 30 % des enfants astreints à un travail dans 11 localités des préfectures de San Pedro et Soubré situées en zone cacaoyère n'avaient jamais fréquenté l'école<sup>482</sup>. Enfin, dans les zones rurales, l'absentéisme des enfants scolarisés astreints de façon périodique à un travail (lors des récoltes saisonnières ou en réponse à des chocs économiques divers ou à une demande soudaine de travail des enfants, notamment suite à l'ouverture de sites miniers artisanaux<sup>483</sup>) affecte gravement la qualité des apprentissages et renforce le risque d'échec scolaire et d'abandon<sup>484</sup>.

• Travail dangereux des enfants

Au sens de l'article 3 de la Convention de l'OIT n° 182, sont considérés comme un travail dangereux les travaux qui, par leur nature ou les conditions dans lesquelles ils s'exercent, sont susceptibles de nuire à la santé, à la sécurité ou à la moralité de l'enfant<sup>485</sup>. La MICS-5 montre que 21,5 % des enfants âgés de 5-17 ans, soit 68,7 % du total des enfants astreints à un travail, effectuent un travail dangereux.

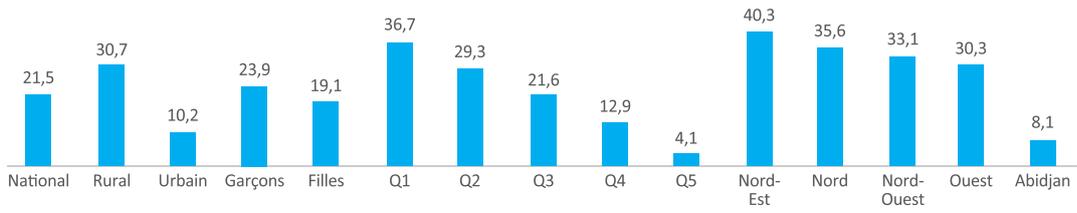
La tranche d'âge la plus à risque est celle des 15-17 ans (34,6 % sont astreints à un travail dangereux), suivie de celles des 12-14 ans (29,2 %) et des 5-11 ans (14,7 %). Le risque d'être astreint à un travail dangereux est plus élevé chez les garçons (23,9 %) que chez les filles (19,1 %), concerne davantage les enfants des ménages les plus pauvres (Q1 : 36,7 % ; Q2 : 29,3 %) et moyens (Q3 : 21,6 %) que ceux des ménages riches (Q4 : 12,9 %) et très riches (Q5 : 4,1 %) et diminue lorsque le niveau d'éducation de la mère augmente (sans instruction : 23,9 % ; secondaire et plus : 6 %). Il existe un écart de plus de 20 points entre le taux de prévalence du travail dangereux chez les enfants de milieu rural (30,7 %) et urbain (10,2 %) et six régions affichent un taux supérieur à la moyenne nationale, le maximum étant observé dans le Nord-Est (40,3 %), le Nord (35,6 %), le Nord-Ouest (33,1 %) et l'Ouest (30,3 %).

Proportion d'enfants astreints à un travail dangereux par tranche d'âge (%)



Source : MICS-5.

Enfants de 5-17 ans impliqués dans le travail dangereux des enfants en fonction du genre, du lieu de résidence et de caractéristiques socio-économiques (%)

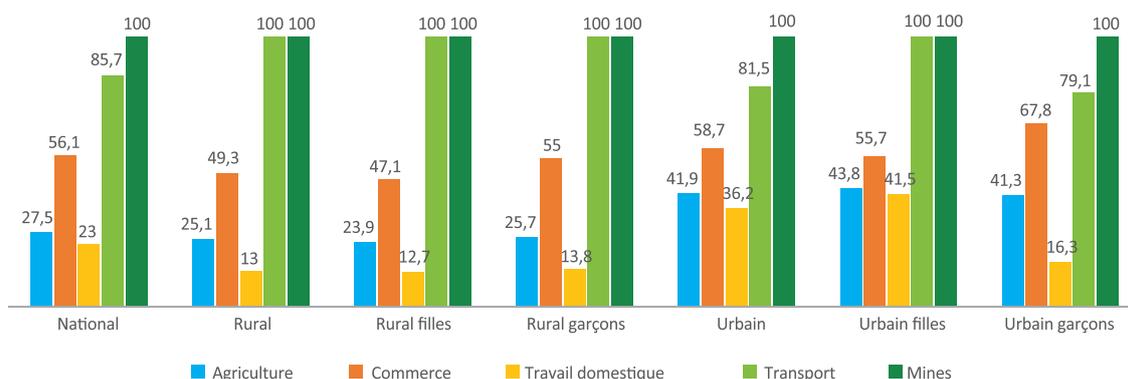


Source : MICS-5.

De manière plus spécifique, des preuves anecdotiques montrent que de nombreux enfants utilisent des outils dangereux, portent des charges lourdes, sont exposés sans aucune protection à des produits dangereux, comme les pesticides et les engrais, à des bruits intenses ou des vibrations, à des émanations de gaz, à la chaleur ou à l'humidité extrême et travaillent parfois dans des conditions d'insalubrité extrême, notamment en participant directement à la collecte des ordures<sup>486</sup>.

L'enquête ENSETE 2013-2014, qui ne prend en compte que les activités économiques, a montré que les secteurs les plus concernés par le travail dangereux des enfants sont le tertiaire, où près de la moitié des enfants travaillent dans des conditions dangereuses (47,5 %) et le secteur primaire (36 %). Selon l'enquête portant sur les pires formes de travail des enfants par type d'activité (EPFTE 2011), tous les enfants qui exercent une activité économique dans les mines, plus des trois quarts de ceux qui sont astreints à un travail dans les transports et plus de la moitié de ceux qui sont dans le commerce travaillent dans des conditions dangereuses. La proportion est moindre dans le secteur agricole (27,5 %) et dans celui du travail domestique (23 %). Toutefois, en milieu urbain, on constate que 36,2 % des enfants et 41,5 % des filles impliqués dans des activités économiques comme domestiques, 67,8 % des garçons travaillant dans le commerce et 43,8 % des filles travaillant dans des activités économiques liées à l'agriculture (agriculture périurbaine) le font dans des conditions dangereuses<sup>487</sup>.

#### Répartition des enfants impliqués dans des activités économiques et effectuant un travail dangereux en fonction du type d'activité, du lieu de résidence et du genre (%)



Source : EPFTE 2011.

#### • Travail forcé des enfants

Les Conventions n° 29 et n° 105 de l'OIT définissent le travail forcé comme « tout travail ou service exigé d'un individu sous la menace d'une peine quelconque et pour lequel ledit individu ne s'est pas offert de son plein gré ». Dans le cas des enfants, l'absence de consentement et la menace sur l'enfant s'apprécient au regard des pressions exercées sur ses parents. Ces derniers peuvent être eux-mêmes astreints au travail forcé ou bien avoir été contraints, en raison d'un endettement ou du fait de rapports de domination, de placer l'enfant chez une tierce personne qui l'exploite, sans pouvoir contrôler ses conditions de vie et de travail.

La dernière enquête nationale traitant de ce sujet (EPFTE 2011) avait estimé que près de 1,3 % des 5-17 ans, soit près de 100000 enfants, étaient victimes de travail forcé en Côte d'Ivoire. Selon cette enquête, près des deux tiers des enfants astreints au travail forcé étaient des filles (68,8 %<sup>488</sup>), une majorité d'entre eux (68,2 %) vivait en milieu urbain, 54,2 % étaient âgés de 5 à 13 ans et 44 % étaient dans le secteur du travail domestique contre 22,3 % dans le secteur agricole et 14,5 % dans celui du commerce. Bien qu'il ne fournisse aucun élément chiffré, le rapport de 2018 du Département d'État américain sur les pires formes de travail des enfants confirme le recours au travail forcé des enfants en Côte d'Ivoire dans les secteurs d'activité du travail domestique, de la vente dans la rue, du commerce et de l'agriculture (y compris pour la production de cacao, de café, d'ananas, de coton, de caoutchouc). Il indique, par ailleurs, que des enfants sont également victimes de travail forcé dans les activités économiques liées au transport, à la restauration, au secteur minier, à la menuiserie, à la construction, aux trafics illégaux comme le commerce de la drogue, à la mendicité forcée et à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales<sup>489</sup>.



#### • Mendicité forcée

Une étude parue en 2019 sur les écoles coraniques non intégrées au système éducatif formel a montré qu'une des formes du travail forcé, à savoir la pratique de la mendicité forcée, était très répandue parmi les élèves talibés garçons, aussi appelés garibous<sup>490</sup>. Bien qu'elle n'ait pas pu quantifier le nombre de victimes<sup>491</sup> ni déterminer avec précision leur nationalité<sup>492</sup>, cette étude a décrit comment certains « maîtres coraniques » détournent la traditionnelle demande d'aumône pour obliger les talibés garçons – souvent sous la menace de violences psychiques et physiques – à leur ramener entre 10 et 500 FCFA par jour à des fins d'enrichissement personnel. Cette forme d'exploitation des enfants, qui s'observe principalement en milieu urbain, se répand d'autant plus facilement que l'État n'exerce pas de contrôle sur ces enseignants et que les parents, en confiant leurs enfants à ces « maîtres coraniques », se déchargent souvent sur eux de leurs responsabilités en matière de prise en charge et d'éducation des enfants. Lorsqu'un enfant victime de mendicité forcée parvient à échapper à l'emprise de son maître, il n'a souvent pas d'autre alternative que de vivre dans la rue, ce qui le place dans une situation de vulnérabilité encore plus grande<sup>493</sup>.

#### • Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales

L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales (ESEC) se définit comme « toutes formes de maltraitance sexuelle commises par un adulte et accompagnées d'une rémunération en espèces ou en nature versée à l'enfant ou à une tierce personne ». Elle constitue une des pires formes de travail des enfants ainsi qu'une forme moderne d'esclavage. Elle expose les enfants à des risques accrus d'IST, notamment le VIH/sida, de grossesses précoces et non désirées et de violences préjudiciables à leur développement psychique et leur équilibre émotionnel. Les enfants victimes d'ESEC sont aussi fréquemment rejetés par leur communauté et traités comme des criminels, ce qui renforce leur vulnérabilité et accentue leur exclusion sociale.

Il existe très peu de données concernant l'exploitation sexuelle des enfants au niveau national<sup>494</sup> et peu d'enquêtes ont été réalisées sur le sujet. Bien que leur échantillon soit de taille réduite, quelques études permettent toutefois d'appréhender l'ampleur du phénomène. L'enquête menée en 2016 dans le cadre du Rapport de la phase 1 de pérennisation et d'extension du SOSTECL a ainsi montré que 5,6 % des enfants astreints à un travail dangereux dans le secteur du commerce étaient engagés dans des activités de prostitution<sup>495</sup>.

Une enquête, réalisée en 2016 par SOS Violences sexuelles et ECPAT (End Child Prostitution and Trafficking) sur la base d'entretiens avec 251 enfants victimes, a montré que les enfants des deux sexes pouvaient faire l'objet d'exploitation sexuelle et que les enfants âgés d'environ 16 ans sont ceux qui courent le plus de risque d'être sexuellement exploités<sup>496</sup>. 53 % des victimes d'ESEC interrogées dans le cadre de cette étude étaient scolarisées et 21,5 % travaillaient dans le secteur informel. Près de 48 % des filles interrogées étaient analphabètes contre moins de 10 % pour les garçons. L'étude montre que la principale forme d'exploitation sexuelle est la prostitution (99 % des victimes), mais que 16 % des victimes avaient été plus spécifiquement exploitées dans le cadre d'une prostitution liée au voyage et au tourisme. 53 % des victimes interrogées vivaient avec d'autres personnes que leurs parents biologiques et 70 % avaient utilisé les TIC pour entrer en contact avec des abuseurs. 90 % des victimes interrogées étaient de nationalité ivoirienne, mais des études antérieures avaient trouvé un taux un peu moins élevé de nationaux parmi les victimes, autour de 80 %<sup>497</sup>. Les victimes de nationalité étrangère venaient principalement du Nigeria et du Burkina Faso et, dans une moindre mesure, du Mali, du Ghana et du Togo<sup>498</sup>.

#### • Enfants en mobilité

Les mouvements d'enfants hors de leur lieu de vie habituel en lien avec un placement (confiage), la scolarisation, la mise en apprentissage, la recherche de travail ou la migration interne ou transfrontalière sont des phénomènes très répandus en Côte d'Ivoire comme dans l'ensemble de la sous-région qui ne posent pas, en tant que tels, de problèmes de protection.

Selon la MICS-5, 20,2 % des enfants vivent sans aucun de leurs parents biologiques et cette proportion atteint 28,5 % chez les 10-14 ans et 42,8 % chez les 15-17 ans. Entre mai 2017 et septembre 2019, 141 mineurs migrants, non accompagnés et séparés (dont la moitié sont des filles) ont reçu une assistance dans le cadre de l'initiative conjointe UE-OIM pour la protection et la réintégration des migrants<sup>499</sup>.

Les logiques qui sous-tendent la mobilité des enfants renvoient à des situations et à des pratiques personnelles, familiales, communautaires et locales très diverses qui vont de la circulation des enfants au sein d'une même famille dans l'espoir qu'ils aient un avenir meilleur à la mise en œuvre de stratégies de survie ou encore à des parcours d'apprentissage quasi initiatiques devant permettre aux jeunes d'entrer dans la vie adulte<sup>500</sup>.

### Perspective en entonnoir des groupes d'enfants vulnérables concernés par la mobilité



Source : Projet régional commun d'étude sur les mobilités des enfants et des jeunes en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Si la mobilité constitue une opportunité pour de nombreux jeunes, elle peut être également forcée (enfants réfugiés, déplacés, chassés de chez eux) et accroître fortement les risques chez les enfants vulnérables (enfants isolés, étrangers, orphelins, enfants pauvres, enfants de parents eux-mêmes en mobilité) de déscolarisation, d'accès limité aux soins, de maltraitance, d'exploitation, voire de traite<sup>501</sup>.

Il existe peu de données sur la traite des enfants en Côte d'Ivoire<sup>502</sup>. L'enquête EPFTE de 2011 avait estimé le nombre d'enfants victimes à plusieurs dizaines de milliers<sup>503</sup> et mis en lumière plusieurs faits saillants, dont (i) une concentration des victimes de la traite dans le travail domestique (40 % du total contre 20 % dans le commerce et 17 % dans l'agriculture), (ii) une surreprésentation des filles (74 % du total des victimes) et (iii) une prédominance de la traite interne (89,1 % des victimes avaient la nationalité ivoirienne)<sup>504</sup>. Au cours des trois dernières années, près de 187 présumés trafiquants d'enfants ont été interpellés par la police et transférés devant les tribunaux. Des preuves anecdotiques suggèrent aussi que des réseaux de traite acheminent des enfants vers l'étranger en vue de leur exploitation, le plus souvent sous la forme de travail forcé, dans les pays d'Afrique du Nord<sup>505</sup> ainsi qu'en Europe, en Arabie saoudite et au Liban<sup>506</sup>. Enfin, il apparaît que la Côte d'Ivoire sert aussi de pays de transit aux trafiquants nigériens qui acheminent des filles en vue de leur exploitation sexuelle en Asie, dans les Émirats arabes unis et en Afrique du Nord<sup>507</sup>.

#### 3.2.2.2 Analyse causale

##### • Mesures prises contre l'exploitation des enfants

En matière de lutte contre le travail, l'exploitation et la traite des enfants, la Côte d'Ivoire dispose d'un cadre juridique robuste fondé sur la loi du 12 janvier 1995 portant Code du travail, les conventions OIT n° 138 et 182 ratifiées en 2002, un arrêté de 2005 dressant la liste des travaux dangereux interdits aux enfants de moins de 18 ans, la loi de 2010 portant interdiction de la traite et des pires formes du travail des enfants et le protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants ratifié en 2011.

Au cours des dernières années, le gouvernement a multiplié les initiatives renforçant le cadre légal et réglementaire dans ce domaine<sup>508</sup>.

Sur la base de ce cadre, la Côte d'Ivoire a développé plusieurs politiques et stratégies nationales sectorielles qui contribuent à la lutte contre le travail des enfants (Stratégie nationale de la protection de l'enfant, Politique nationale de l'emploi, Programme pays pour le travail décent, Stratégie nationale de protection sociale, Programme national de rationalisation de l'orpaillage) et adopté des plans spécifiques comme les deux plans d'action nationaux 2012-2014 et 2015-2017 de lutte contre les pires formes de travail des enfants, le Plan d'action national 2016-2020 de lutte contre la traite, doté d'un budget de plus de 8 milliards de FCFA (environ 13 millions d'USD) et le Plan d'action national 2019-2021 de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants. Le Plan 2019-2021 est doté d'un budget prévisionnel de 76 milliards de FCFA (environ 130 millions d'USD), soit sept fois le montant dépensé dans le cadre du Plan d'action 2015-2017<sup>509</sup>.



Afin de renforcer les synergies entre les interventions de l'État et celles des PTF, de la société civile et du secteur privé (en particulier celles de la filière cacao-café, voir encadré ci-dessous), la Côte d'Ivoire dispose de deux cadres nationaux de coordination :

- le Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CNS) a été créé en 2011 et réunit, sous la présidence de la Première dame de Côte d'Ivoire, des ONG nationales et internationales, des représentants des industriels du café et du cacao, des représentants syndicaux et de coopératives ainsi que les agences du Système des Nations Unies. Le CNS suit la mise en œuvre des projets et programmes dans le domaine de la traite et de l'exploitation des enfants, initie des actions de prévention et de prise en charge des victimes et fait des propositions pour l'abolition du travail des enfants et la réinsertion sociale et professionnelle des enfants travailleurs ;
- le Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CIM) regroupe depuis 2011, sous la coprésidence du ministre du Travail et de la Protection sociale et de la ministre de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, 13 ministères techniques. Il est chargé de définir et de veiller à l'application des orientations du gouvernement et de valider les différents programmes et projets exécutés par les partenaires.

Il existe également des groupes de coordination sectoriels ou intersectoriels comme le Groupe de coordination des actions de lutte contre le travail des enfants dans la cacaoculture (CLCCG), la Plateforme de partenariat public-privé (PPPP) du secteur café-cacao en Côte d'Ivoire et le Cadre intégré de coordination des systèmes public et privé de coordination du travail des enfants (CCSCTE).

### L'engagement du secteur privé en matière de lutte contre le travail des enfants dans la filière cacao

Les principaux acteurs de l'industrie du cacao et du chocolat ont signé, en 2001, le protocole Harkin-Engel qui vise à éliminer les pires formes de travail des enfants et le recours au travail forcé des adultes dans les plantations de cacao en Afrique de l'Ouest. Ce protocole prévoit la mise en place d'un système de suivi et de remédiation du travail des enfants et le développement d'un mécanisme de certification garantissant l'absence de main-d'œuvre infantile dans la chaîne d'approvisionnement. Les objectifs du protocole n'ont cependant pas pu être atteints dans les délais prévus (originellement 2005 puis 2008 et maintenant 2020).

Sur la base de ce protocole et sous l'influence des principes directeurs des Nations Unies relatifs aux entreprises et aux droits de l'Homme<sup>510</sup>, les principaux acteurs de l'industrie du cacao et du chocolat ont toutefois pris des initiatives importantes :

- création, en 2002, de la Fondation International Cocoa Initiative (ICI) qui finance depuis 2007, en Côte d'Ivoire, des recherches, des échanges d'information, la mise en place de systèmes de suivi et de remédiation du travail des enfants (SSRTE) ainsi que des actions en matière d'éducation et de développement communautaire dans les zones cacaoyères<sup>511</sup> ; l'ICI a aussi noué un partenariat avec UTZ, l'un des plus importants programmes de certification de durabilité pour le café, le cacao et le thé ;
- mise en place, à partir de 2011, de programmes de cacao durable par les grandes entreprises du secteur, avec des actions pour prévenir la présence du travail des enfants dans la chaîne d'approvisionnement et la création de SSRTE (cas du Plan Cacao de Nestlé lancé en 2012, en partenariat avec la Fair Labor Association et l'ICI<sup>512</sup>) ;
- adoption en 2014 par la World Cocoa Foundation de la « CocoaAction », une stratégie d'action volontaire en matière de cacao durable en Côte d'Ivoire et au Ghana. La CocoaAction fixe un cadre commun aux neuf plus grandes entreprises mondiales du secteur du cacao et du chocolat<sup>513</sup> pour leurs interventions dans les communautés cacaoyères. Ce cadre commun prévoit des mesures pour accroître la productivité et l'autonomisation des communautés grâce à la diffusion de bonnes pratiques agricoles, la réhabilitation et la replantation des plantations, la fourniture d'engrais et des investissements dans le domaine de l'éducation, de l'autonomisation des femmes et de la lutte contre le travail des enfants (prévention et mise en place de SSRTE).

Au cours des dernières années, le gouvernement et ses partenaires ont multiplié les interventions, que ce soit en matière de prévention, de protection, de prise en charge ou de répression du travail, de la traite et de l'exploitation des enfants. Grâce à l'engagement personnel de la Première dame, ces questions ont, par ailleurs, fait l'objet d'un suivi au plus haut sommet de l'État.

- **Barrières restant à surmonter**

Même s'il reste difficile de mesurer l'impact des efforts déployés pour lutter contre le travail des enfants, les mesures prises au cours de la dernière décennie par les différents acteurs concernés vont toutes dans la bonne direction. De nombreuses barrières restent toutefois à surmonter avant d'espérer pouvoir atteindre la cible 8.7 des Objectifs de développement durable qui prévoit, de mettre fin, d'ici 2030, à la traite et d'éliminer les pires formes de travail des enfants, y compris le recrutement et l'utilisation d'enfants-soldats, et mettre un terme, d'ici 2025, à toutes les formes de travail des enfants. Ces barrières sont présentées dans l'annexe 2.

### 3.2.3 Enfants privés d'environnement familial et autres enfants vulnérables

Tous les enfants ont besoin d'un cadre protecteur, mais certains, comme les enfants en mobilité, les enfants orphelins et vulnérables et les enfants vivant en situation de rue ou de handicap sont plus particulièrement exposés aux risques de violations de leurs droits et doivent pouvoir bénéficier de mesures de protection spécifiques.

#### 3.2.3.1 Circulation et placement des enfants en dehors de la sphère parentale

En Côte d'Ivoire, un enfant sur cinq ne vit pas avec ses parents biologiques. C'est le cas de 6,3 % des enfants de moins de 5 ans, 19,6 % des enfants âgés de 5 à 9 ans, 28,5 % de ceux âgés de 10 à 14 ans et 42,8 % des 15-17 ans (MICS-5). Comme l'ont montré les résultats de l'EDS-III, la grande majorité des enfants qui vivent en dehors de la sphère parentale ne sont pas orphelins : en 2011-2012, 33,4 % des ménages ivoiriens accueillaient des orphelins ou des enfants vivant sans leurs parents, mais seuls 2,2 % des ménages accueillaient des enfants ayant perdu leurs deux parents. La MICS-5 montre que la pratique de la circulation des enfants en dehors de la sphère parentale concerne un peu plus les filles (22,1 % d'entre elles vivent sans aucun de leurs deux parents) que les garçons (18,4 %), est plus fréquente dans le Centre (Centre-Nord : 27,6 % ; Centre : 25,1 %) et le Nord-Est (23,7 %) du pays que dans le Nord (Nord : 15,9 % ; Nord-Ouest : 14,1 %) et augmente avec le niveau de richesse des ménages (Q1 : 13,6 % ; Q5 : 25 %).

Le placement des enfants en dehors de la sphère parentale est une pratique traditionnelle courante dans de nombreux pays d'Afrique de l'Ouest<sup>514</sup>. En théorie, elle doit permettre à l'enfant de bénéficier de meilleures conditions de vie et d'opportunités plus grandes que celles qu'il aurait eues en restant vivre avec ses parents, notamment en termes de scolarisation ou d'apprentissage d'un métier. En pratique cependant, comme ce type de placement se décide dans un cadre totalement informel et ne fait l'objet d'aucun contrôle ni de suivi de la part des services sociaux, il est fréquent qu'il soit détourné de sa finalité, tant par les parents que par les familles d'accueil<sup>515</sup>, exposant alors l'enfant à des risques importants d'exploitation et d'abus<sup>516</sup>.

#### 3.2.3.2 Orphelins, enfants abandonnés et enfants séparés/non accompagnés

Les enfants privés de toute forme de protection parentale comprennent les orphelins des deux parents, les enfants abandonnés par leurs parents et les enfants séparés et non accompagnés de leur famille du fait de conflits et de catastrophes naturelles.

Selon la MICS-5, environ 1 million d'enfants (8,6 % des 0-17 ans) ont perdu au moins un de leurs parents avant d'atteindre l'âge de 18 ans et plus de 125 000 enfants (1 % des 0-17 ans) sont orphelins des deux parents.

En l'absence de système de collecte systématique des données sur le sujet et d'enquête récente, le nombre d'enfants abandonnés chaque année en Côte d'Ivoire n'est pas connu. Les raisons conduisant à l'abandon des enfants sont multiples et peuvent se combiner : certains enfants sont abandonnés car ils ne sont pas désirés (cas des enfants issus d'un viol notamment) ; d'autres parce que leurs parents n'ont plus les moyens de les prendre en charge ; d'autres enfin parce qu'ils sont considérés comme maudits ou sorciers<sup>517</sup> en raison du décès de leur mère à leur naissance ou de croyances diverses au sujet de leur handicap (enfants serpents<sup>518</sup>), de leur particularité physique ou psychique (cas des enfants vivant avec l'albinisme<sup>519</sup> et cas des enfants autistes<sup>520</sup>).

En 2011-2012, l'EDS-III avait mis en évidence le haut niveau de privations subies par les orphelins des deux parents – et notamment les orphelines – en matière d'éducation : seuls 46,7 % des orphelins des deux parents âgés de 10-14 ans étaient alors scolarisés, contre 70,8 % des enfants du même âge ayant leurs deux parents encore en vie et vivant avec au moins l'un d'entre eux. La situation des orphelines de cette tranche d'âge était encore plus préoccupante puisque seules 33,9 % d'entre elles étaient scolarisées contre 66,6 % des garçons. Grâce aux mesures



prises pour accroître l'enrôlement au primaire et au secondaire 1<sup>er</sup> cycle, le niveau de privation des enfants orphelins des deux parents en matière d'éducation a, depuis, sensiblement diminué : selon la MICS-5, en 2016, 73,1 % des orphelins des deux parents âgés de 10-14 ans étaient, en effet, scolarisés et l'écart entre le taux de scolarisation des orphelins et des non-orphelins (77,5 %) avait été ramené de 24 à moins de 5 points de pourcentage<sup>521</sup>.

La grande majorité des enfants dont les deux parents sont décédés sont recueillis par des membres de leur famille élargie ou par leur communauté. Or, la décision de placer un orphelin dans une famille est prise discrétionnairement sans que les services sociaux n'aient pu mener d'enquête sociale préalable sur la famille d'accueil choisie ni former cette dernière à remplir correctement ses obligations en matière de protection.

En contradiction avec les lignes directrices internationales en matière de protection de remplacement<sup>522</sup>, les enfants abandonnés et les orphelins qui ne sont pas pris en charge par leur famille élargie ou leur communauté sont placés de façon quasi systématique dans des centres résidentiels<sup>523</sup> où ils grandissent à l'écart, privés des liens affectifs et des stimulations que peut offrir une bonne famille d'accueil. Compte tenu du coût et des obstacles divers à surmonter pour effectuer une déclaration de naissance (voir plus haut), nombre de ces enfants restent sans état civil et sont exposés à des risques de négligence, de maltraitance et d'apatridie.

Il existe quatre pouponnières d'État pour les enfants de moins de 5 ans (situées à Dabou, Adjamé, Yopougon et Bouaké), deux orphelinats publics pour les 5-15 ans (un à Grand-Bassam pour les filles et un autre à Bingerville pour les garçons), un centre de transit pour les enfants victimes à Soubré et plusieurs dizaines de structures privées disséminées à travers tout le territoire. Conformément à l'arrêté du 18 avril 2008 du ministère de la Famille, ces structures devraient avoir reçu un agrément préalable avant d'accueillir des enfants. En pratique toutefois, toutes ne sont pas répertoriées par les services sociaux, les contrôles restent rares, et les normes et standards applicables aux établissements de protection élaborés en 2015 ne sont toujours pas officiellement entrés en vigueur. Si des structures dites « sauvages » ont bien été fermées, d'autres sont toujours en activité. Par ailleurs, un document-cadre fixant les normes et standards à respecter en matière de famille d'accueil a été validé en 2015. Toutefois, le décret d'application n'a toujours pas été signé, la formation de familles d'accueil agréées et le placement des enfants dans ces familles n'ont débuté qu'en 2019 et des incertitudes demeurent quant au financement de ce nouveau type de dispositif. Enfin, il apparaît que les orphelinats servent à héberger un grand nombre d'enfants souffrant de handicaps sévères, pour lesquels ils ne sont pas toujours adaptés.

### 3.2.3.3 Orphelins et enfants vulnérables du fait du VIH

Le nombre d'enfants orphelins et vulnérables du fait du VIH était estimé en 2016 à 476391. Malgré un recul du taux de prévalence au sein de la population<sup>524</sup>, le nombre de décès attribuables au sida et celui des enfants infectés par le VIH reste important. Selon les estimations les plus récentes, 24 000 morts étaient attribuables au sida en 2017 et 45 000 enfants et adolescents (0-19 ans), parmi lesquels 21 000 garçons et 24 000 filles, vivaient avec le VIH en Côte d'Ivoire en 2018<sup>525</sup>.

Il existe très peu d'études sur les conditions de vie des OEV du fait du VIH ni d'enquête ou de données récentes permettant de mesurer le niveau de privation des droits auquel ces enfants sont confrontés<sup>526</sup>. Les situations vécues par les OEV du fait du VIH diffèrent selon qu'ils sont : affectés et infectés, infectés sans avoir accès aux traitements ARV, infectés mais sous traitement ARV<sup>527</sup>, affectés car orphelins des deux parents, affectés du fait de la perte d'un parent ou de la présence dans leur foyer d'une personne séropositive ou d'un orphelin du VIH. La plupart de ces enfants ont cependant en commun d'être particulièrement vulnérables en raison des conséquences matérielles, affectives, psychologiques et sociales (discrimination, rejet, exclusion) du VIH/sida sur eux-mêmes et leur famille, proche et élargie<sup>528</sup>.

Face à la multiplicité des vulnérabilités qui affectent les OEV, le gouvernement a élaboré, depuis 2003, avec le soutien des PTF (notamment le Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique pour la lutte contre le VIH/sida ou PEPFAR), un Programme national de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables du fait du VIH/sida (PNOEV). Placé sous la tutelle du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, le PNOEV dispose de plateformes de collaboration (PFC) dans 62 centres sociaux qui sont chargées de coordonner les interventions mises en œuvre par les ONG partenaires dans les domaines de la nutrition, de la santé, de l'éducation, du renforcement économique, du logement, de l'appui psychosocial et de la protection<sup>529</sup>. Le PNOEV a permis d'améliorer l'accès des OEV à des soins, des conseils et des interventions de soutien, limitant ainsi leur vulnérabilité. Toutefois, la couverture en PFC reste limitée et mal répartie géographiquement (peu de plateformes dans la partie nord du pays). De plus, elle est appelée à diminuer du fait de la réduction, en septembre 2019, de 40 % des financements

octroyés par le PEPFAR. De plus, le PNOEV étant un programme « thématique » resté essentiellement dans une logique de projet, la question de la pérennité de ses interventions (financement de l'État, ressources humaines formées en nombre suffisant au niveau des centres sociaux, des collectivités locales et des ONG) reste posée.

#### 3.2.3.4 Enfants en situation de rue

Il n'existe pas de statistiques nationales récentes concernant le nombre, l'âge et le profil des enfants en situation de rue. Se référant à quelques études ponctuelles<sup>530</sup>, le gouvernement estime qu'ils seraient environ 15 000 et vivraient principalement à Abidjan et dans six villes de l'intérieur<sup>531</sup>. Ces enfants ne sont pas nécessairement des orphelins, mais plutôt des enfants en rupture sociofamiliale qui ont pu être abandonnés par leurs parents ou leur tuteur ou ont fui leur foyer à cause de la pauvreté et des maltraitances et violences subies. Une fois dans la rue, ces enfants tentent de survivre en mendiant ou en exerçant des petits métiers. Ils sont particulièrement vulnérables aux pires formes du travail des enfants, y compris la mendicité forcée, l'exploitation sexuelle et la traite. Certains sont, par ailleurs, récupérés par des groupes violents (les gangs dits des « microbes ») qui terrorisent la population de certaines communes d'Abidjan (Abobo, Attécoubé, Adjamé et Yopougon)<sup>532</sup>.

Des mesures de prévention, de retrait de la rue, de réunification familiale et de réinsertion sociale (notamment via la rescolarisation) sont mises en œuvre par les services sociaux dans le cadre du Programme pour la protection des enfants et adolescents vulnérables ainsi que par les ONG intervenant dans le cadre du réseau « Enfants de la Rue ». En l'absence d'enquête et de données probantes collectées de manière systématique, il est toutefois difficile de mesurer l'impact de ces mesures sur la longue durée. Des observations de terrain et des données anecdotiques indiquent toutefois que le nombre d'interventions et les moyens humains et financiers qui y sont consacrés restent très inférieurs aux besoins. Il apparaît notamment qu'il n'y a pas suffisamment de centres de transit pour assurer la rééducation et la réinsertion sociale de ces enfants dans de bonnes conditions<sup>533</sup>. Par ailleurs, les crédits alloués à l'action sociale pour prévenir les situations de rupture sociofamiliale restent notoirement insuffisants. Pour plus de détails sur l'action sociale en Côte d'Ivoire, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

En 2016, le gouvernement a créé par décret un Comité multisectoriel de lutte contre le phénomène des enfants en situation de rupture sociale<sup>534</sup>. En 2017, plusieurs opérations de police ont été conduites à l'encontre des groupes de jeunes violents à Abidjan. Toutefois, le Comité multisectoriel n'est toujours pas opérationnel et il n'existe pas de stratégie cohérente fondée sur des données probantes permettant de traiter de la question des enfants vivant en situation de rue dans sa complexité.

#### 3.2.3.5 Enfants en situation de handicap

Selon les estimations les plus récentes, la Côte d'Ivoire compte un peu plus de 50 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans en situation de handicap<sup>535</sup>. Au cours des dernières années, la Côte d'Ivoire a ratifié la Convention sur les droits des personnes en situation de handicap en 2014, élaboré une politique nationale et un plan stratégique national en faveur des personnes handicapées et pris de nombreuses mesures pour (i) favoriser la détection précoce<sup>536</sup> et la scolarisation, (ii) renforcer les capacités des deux établissements d'accueil gérés par l'État<sup>537</sup>, (iii) améliorer la prise en charge par les complexes socio-éducatifs du MFFE<sup>538</sup> et (iv) lutter contre les discriminations et les atteintes aux droits, avec notamment la mise en place d'un numéro vert (n 142) permettant de les dénoncer.

Toutefois, les décrets d'application de la loi d'orientation du 10 novembre 1998 consacrant l'égalité des chances et de traitement des enfants en situation de handicap dans tous les secteurs d'activité n'ont pas encore été pris. Les enfants souffrant de handicaps sévères continuent d'être victimes d'abandons fréquents de la part de leurs parents<sup>539</sup>. En outre, les structures pour la prise en charge des enfants en situation de handicap restent peu nombreuses et très inégalement réparties sur le territoire. La proportion d'enfants vivant avec un handicap et se trouvant en dehors du système scolaire reste élevée<sup>540</sup> du fait du peu de classes équipées et d'enseignants formés et du manque d'écoles spécialisées dans la prise en charge des déficients intellectuels. L'accès des enfants en situation de handicap à des examens médicaux, à des soins à domicile et à du matériel adapté est, par ailleurs, limité en raison du manque de personnel formé ainsi que du coût et de l'absence de dispositif d'aide mis en place par l'État<sup>541</sup>.

Il faut aussi noter que plus de 80 % des enfants dans les pouponnières sont en fait des enfants souffrant de lourds handicaps qui sont abandonnés par leurs parents. Pour plus de détails sur la question de l'inclusion sociale et scolaire des enfants en situation de handicap, voir les chapitres « Chaque enfant apprend » et « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».



### 3.2.4 Enfants en contact et en conflit avec la loi

Les enfants confrontés au système judiciaire en tant que victimes, témoins, auteurs d'infractions ou à l'occasion de litiges familiaux (divorces, héritages, etc.) sont exposés à des risques importants de violations de leurs droits. Les procédures judiciaires peuvent notamment être une source de nouveaux traumatismes pour les victimes et de menaces graves en termes de sécurité pour les enfants témoins. Quant aux enfants auteurs d'infractions, ils sont particulièrement exposés à des risques d'abus émotionnels et physiques, voire de torture, en particulier s'ils sont placés en détention avec des adultes.

Au cours des dernières années, la Côte d'Ivoire a pris plusieurs mesures importantes afin de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des mineurs en contact et en conflit avec la loi et assurer un meilleur respect de leurs droits. La mise en œuvre de ces initiatives reste toutefois un défi, en particulier pour les enfants en conflit avec la loi placés en détention.

#### 3.2.4.1 Enfants en contact avec la loi

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi du 13 juin 2018, il n'existait pas, en Côte d'Ivoire, de système de protection pour les victimes et les témoins, qu'ils soient majeurs ou mineurs. Au cours de la procédure, les mineurs qui osaient porter plainte ou témoigner ne pouvaient ainsi bénéficier de mesures destinées à préserver leur sécurité et leur bien-être physique ou psychologique et adaptées à leur âge. Face aux menaces et à l'absence de soutien effectif de la part de l'institution policière et judiciaire, le retrait de plainte au profit d'un règlement à l'amiable, la non-collaboration ou le revirement des témoins étaient ainsi fréquents.

Le nouveau Code de procédure pénal issu de la loi du 27 décembre 2018 renforce et précise les dispositions spécifiques applicables aux victimes et témoins mineurs, parmi lesquelles : (i) l'obligation faite aux officiers de la police judiciaire et aux magistrats d'entendre les mineurs témoins ou victimes âgés de moins de 16 ans en présence d'un représentant légal ou d'un éducateur de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (art. 786) ; (ii) l'interdiction d'entendre un mineur comme témoin ou à titre de simples renseignements lorsque ses parents sont les auteurs ou les complices de l'infraction (art. 786) ; (iii) l'obligation de désigner d'office un avocat au cas où la partie civile mineure n'en aurait pas (art. 786) ; et (iv) la possibilité donnée au procureur de la République, au cas où le mineur a été victime de violences sexuelles constitutives d'une infraction, de demander au juge des tutelles de désigner un tuteur ad hoc afin qu'il veille aux intérêts de l'enfant dans le cadre de la procédure et se constitue partie civile en son nom (art. 785). En outre, afin de permettre à la victime de dénoncer et d'obtenir une réparation pour des faits commis pendant son enfance, l'article 784 du nouveau Code pénal prévoit que des poursuites peuvent être engagées dans les deux ans qui suivent son accession à la majorité, indépendamment du délai de prescription de dix ans en matière de crime.

Les avancées en matière de respect des droits et de la protection des mineurs victimes et témoins sont réelles et les résultats observés dans les neuf tribunaux dotés de Services de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (SPJEE) depuis 2016 semblent prometteurs<sup>542</sup>. Cependant, il reste à voir comment ces nouvelles dispositions seront mises en œuvre sur le terrain à l'échelle nationale. Les incertitudes concernent, en particulier : (i) le niveau de maîtrise des procédures spécifiques aux mineurs par les officiers de police judiciaire ; (ii) les ressources humaines, logistiques et financières dont disposeront les SPJEE pour accompagner les mineurs dans le cadre des procédures ; et (iii) la disponibilité et la capacité des services de police et de justice à faire usage des mesures de protection extrajudiciaires et judiciaires au bénéfice des victimes et témoins mineurs.

#### 3.2.4.2 Enfants en conflit avec la loi

La Côte d'Ivoire dispose depuis longtemps d'un cadre légal et institutionnel spécifique en matière de justice des mineurs. Conformément aux dispositions de l'article 113 du nouveau Code pénal<sup>543</sup> qui reprend, sur ce point, l'essentiel des dispositions de l'article 116 de l'ancien Code, la responsabilité pénale du mineur varie en fonction de son âge. De droit, les enfants âgés de moins de 10 ans au moment de la commission des faits bénéficient de l'irresponsabilité pénale et ceux n'ayant pas atteint l'âge de 13 ans de l'excuse absolutoire de minorité. De leur côté, les mineurs âgés de 16 à 18 ans reconnus coupables peuvent bénéficier de l'excuse atténuante de minorité qui exclut les peines privatives de liberté en matière contraventionnelle et réduit de moitié le quantum de la peine encourue en matière de crime et délit.

En outre, le Code de procédure pénale prévoit des garanties procédurales spécifiques pour les mineurs en conflit avec la loi ainsi que la possibilité de prendre à leur égard des mesures de protection, d'assistance, d'observation, d'éducation et de rééducation adaptées. Enfin, les mineurs bénéficient d'un privilège de juridiction, ne pouvant être jugés, en cas de délit, que par le juge des enfants et le tribunal pour enfants, et, en cas de crime, par le tribunal criminel pour mineurs.

Au cours des dernières années, le gouvernement a, avec l'appui des PTF, dont l'UNICEF et l'Agence française de développement, pris plusieurs initiatives afin de renforcer le cadre légal, institutionnel et programmatique de la justice des mineurs. Il a notamment : (i) créé en 2012 un système intégré de collecte des données sur les enfants en contact avec la loi ; (ii) élaboré en 2015 une Politique nationale de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (PNPJEJ) privilégiant l'approche réparatrice et les mesures éducatives ; et (iii) déployé progressivement les services de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse dans les tribunaux de première instance et formé les officiers de police judiciaire (OPJ), les juges, les éducateurs et les gardes pénitentiaires en matière de justice des mineurs et de protection de l'enfance. En outre, plusieurs centres d'observation des mineurs (COM) ont été réhabilités et un centre de réhabilitation a été ouvert à Dabou en 2016. Enfin, la révision du Code de procédure pénale (art. 787 à 848) a permis de préciser et de renforcer les droits des mineurs aux différentes phases de la procédure, de consacrer le rôle des services de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (SPJEJ), d'encourager la médiation pénale, de favoriser les alternatives à l'incarcération et de remplacer la cour d'assises des mineurs par un tribunal criminel comprenant deux assesseurs nommés en raison de l'intérêt qu'ils portent aux questions de l'enfance (art. 817 à 820). De nombreux défis restent toutefois à relever et sont détaillés dans l'annexe 3.

### 3.2.5 Environnement favorable et déterminants structurels

#### 3.2.5.1 Cadre juridique et politique

La Côte d'Ivoire dispose d'un cadre juridique solide pour la protection des enfants. Elle a ratifié la quasi-totalité des conventions internationales dans ce domaine, notamment la Convention internationale des droits de l'enfant et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant ; elle a signé plusieurs accords régionaux et bilatéraux avec les États voisins portant sur la lutte contre la traite, le travail et l'exploitation des enfants. Au niveau national, la Côte d'Ivoire a adopté des dispositions constitutionnelles ainsi que des textes législatifs et réglementaires protecteurs et élaboré des politiques et stratégies ambitieuses pour renforcer la protection des enfants (voir encadrés ci-dessous).

#### Instruments internationaux ratifiés par la Côte d'Ivoire en matière de protection de l'enfant

- Convention relative aux droits de l'enfant en 1991.
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1995.
- Convention internationale sur le consentement au mariage, l'âge minimum du mariage et l'enregistrement des mariages en 1995.
- Convention n° 138 de l'OIT concernant l'âge minimum d'admission à l'emploi en 2002.
- Convention n° 182 de l'OIT sur les pires formes de travail des enfants et l'action immédiate en vue de leur élimination en 2002.
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant en 2007.
- Charte africaine de la jeunesse en 2009.
- Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité organisée, visant à réprimer et à punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, en 2011.
- Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants en 2011.
- Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés en 2012.
- Convention relative au statut des apatrides et Convention sur la réduction des cas d'apatridie en 2013.
- Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2014.
- Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale en 2015.
- Protocole de 2014 relatif à la Convention internationale sur le travail forcé en 2019 (pour une entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2020).



### Constitution du 8 novembre 2016

- a) Interdit l'esclavage, la traite des êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradants et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines ainsi que toutes les autres formes d'avilissement de l'être humain.
- b) Rend obligatoire l'école pour les enfants des deux sexes dans les conditions déterminées par la loi (art. 10).
- c) Interdit et punit le travail des enfants (art. 16).
- d) Dispose que l'État s'engage à prendre les mesures nécessaires pour prévenir la vulnérabilité des enfants, des femmes, des mères, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en leur garantissant l'accès aux services de santé, à l'éducation, à l'emploi, à la culture, aux sports et aux loisirs (art. 32).
- e) Dispose que l'État et les collectivités publiques protègent la jeunesse contre toutes les formes d'exploitation et d'abandon et créent les conditions favorables à l'éducation civique et morale de la jeunesse, à sa participation au développement social, économique, culturel, sportif et politique du pays et à son insertion dans la vie active (art. 34).

### Instruments régionaux ratifiés par la Côte d'Ivoire en matière de protection de l'enfant

- Accords bilatéraux dans le domaine de la lutte contre la traite et le travail des enfants avec le Mali (2000), le Burkina Faso (2013) et le Ghana (2016).
- Accord multilatéral de coopération en matière de lutte contre la traite des enfants en Afrique de l'Ouest avec huit autres pays de la sous-région (2005).

### Lois et textes réglementaires en matière de protection de l'enfant

- Article 113 du Code pénal (art. 116 de l'ancien code) : i) les faits commis par un mineur de 10 ans ne sont pas susceptibles de qualification et de poursuites pénales; ii) les mineurs âgés de 10 à 13 ans ne peuvent faire l'objet que de mesures de protection, d'assistance, de surveillance et d'éducation prévues par la loi; iii) l'excuse absolutoire de minorité est reconnue de droit aux mineurs de 13 ans; iv) l'excuse atténuante ou absolutoire de minorité est reconnue, sous conditions, aux mineurs de 16-18 ans.
- Arrêté interdisant les punitions physiques et humiliantes dans les établissements scolaires (2009).
- Décret fixant les modalités d'application de la loi interdisant la traite et les pires formes de travail des enfants (2014).
- Lois portant sur le statut de pupille de la nation (2014) et pupille de l'État (2015).
- Loi relative à la lutte contre la traite des personnes (2016).
- Arrêtés fixant la liste des travaux dangereux et des travaux légers autorisés aux enfants âgés de 13 à 16 ans (2017).
- Loi instituant une procédure spéciale de déclaration de naissance, de rétablissement d'identité et de transcription d'acte de naissance (2018).
- Loi relative à la réforme de l'état civil (2018).
- Loi relative à la protection des témoins, victimes, dénonciateurs, experts et autres personnes concernées (2018).
- Nouveau Code de procédure pénale, entré en vigueur le 27 décembre 2018, instaurant, entre autres, des mesures de protection en faveur des mineurs victimes d'infraction (art. 783-786) et des mineurs en conflit avec la loi (art. 787-848).
- Nouveau Code pénal (10 juillet 2019) qui : i) introduit une définition du viol couvrant toute forme d'agression sexuelle, y compris lorsqu'elle a lieu en l'absence de résistance de la victime; ii) criminalise la violence domestique et le viol conjugal (art. 403); iii) érige en délit les infractions sexuelles telles que l'inceste (art. 410), la pédophilie (art. 414) et le harcèlement sexuel (art. 418), les mariages précoces (art. 439), le travail dangereux des enfants (art. 433) et la non-dénonciation des actes de maltraitance commis contre un mineur ou toute personne en état de faiblesse (art. 305).

### Politiques et stratégies en matière de protection de l'enfant

- La Politique nationale de protection de l'enfant (PNPE 2014) vise à lutter contre les violences, les abus et l'exploitation dont sont victimes les enfants. Elle s'articule autour de quatre axes stratégiques : prévention, assistance aux victimes, lutte contre l'impunité et renforcement du système. Elle a été complétée par un plan d'action (PA-PNPE 2014-2018).
- La Stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre (SNLVBG 2014) décrit les interventions à mettre en œuvre en matière de prévention, de lutte contre l'impunité, de prise en charge multisectorielle et de collecte et analyse des données.
- Le document-cadre « Protéger les enfants à l'école », adopté en 2013 par le MENETFP, porte sur le renforcement du système de protection de l'enfant en milieu scolaire.
- Le Programme national d'animation communautaire en protection de l'enfant (PACPE 2015) vise à renforcer les pratiques et les mécanismes communautaires favorables à la protection et au développement de l'enfant grâce à : i) la mise en place de cadres d'échanges et de concertation sur la protection de l'enfant (forum de l'enfant) dans 1500 localités; ii) la création de mécanismes communautaires renforcés pour la veille, la détection, la médiation et la référence; et iii) la sensibilisation de la population aux risques auxquels font face les enfants et à la meilleure façon de signaler et référer les cas d'enfants vulnérables ou victimes.
- La Politique nationale de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (PNPJEJ 2015) fixe un cadre pour une nouvelle approche dans la façon de fournir des services aux enfants victimes, témoins, en danger et en conflit avec la loi.

Cependant, plusieurs insuffisances apparaissent. Certaines pourraient être surmontées prochainement grâce aux projets de loi récemment présentés par le gouvernement ou aux décisions du ministère de la Justice :

- le projet de loi en matière de mariage, présenté en mars 2019, prévoit de supprimer toute discrimination basée sur le genre en ce qui concerne l'âge minimal pour pouvoir se marier (la loi de 1964 fixe cet âge à 21 ans pour les garçons et 18 ans pour les filles) et écarte toute possibilité de déroger à l'âge légal (la loi de 1964 autorise le mariage des filles dès l'âge de 16 ans sous réserve d'une autorisation parentale) ;
- Le 6 février 2019, le ministère de la Justice a pris un arrêté rendant obligatoire l'avis motivé du ministère en charge de l'enfant (MFFE) pour toute demande d'adoption internationale, y compris intrafamiliale. Le projet de loi relatif à l'adoption, adopté en Conseil des ministres le 26 juin 2019, vise à mettre en place – conformément à la Convention de La Haye de 1993 ratifiée par la Côte d'Ivoire en 2014 – un cadre juridique spécifique à l'adoption nationale et internationale comprenant des mécanismes de contrôle destinés à garantir l'intérêt de l'enfant adopté et à éviter que ce dernier ne soit victime de traite ou d'exploitation sexuelle sous le couvert de l'adoption ;
- le projet de loi sur la minorité prévoit de ramener l'âge de la majorité civile à 18 ans et de substituer la notion d'autorité parentale à la puissance paternelle. Il distingue les cas pour lesquels une mesure de protection peut être sollicitée ou prise de ceux dans lesquels une mesure d'assistance éducative est indiquée, précise les mesures de protection et d'assistance pouvant être prises par le juge des tutelles, souligne l'importance de maintenir le mineur dans son milieu habituel de vie lorsque de telles mesures doivent être prises et rend obligatoire la présence d'un défenseur pour assister le mineur devant le juge des tutelles. Enfin, le projet de loi prévoit de nouvelles modalités en matière de conciliation préalable ;
- le projet de loi sur la filiation consacre le droit de tout enfant à être reconnu et à voir sa filiation établie à l'égard de ses parents, quel que soit le statut de ces derniers (mariés ou non), sans avoir à obtenir au préalable le consentement de l'épouse légale, y compris lorsque l'enfant est né d'un inceste. Il simplifie aussi la procédure de reconnaissance de l'enfant né hors mariage et supprime les dispositions fixant le délai d'un an reconnu à l'enfant à compter de sa majorité pour exercer l'action en recherche de paternité ;
- le Code de la nationalité de 1961, amendé en 1972, n'est toujours pas conforme aux deux conventions internationales concernant l'apatridie ratifiées en 2013, mais le ministre de la Justice a donné comme instruction, par voie de circulaire, en date du 4 octobre 2019, de faire primer le droit international sur le droit interne en considérant tout enfant trouvé de parents inconnus sur le territoire comme réputé né en Côte d'Ivoire et en lui délivrant un certificat de nationalité<sup>544</sup>.



En revanche, certaines insuffisances du cadre juridique et politique ne sont toujours pas prises en compte :

- la Côte d'Ivoire n'a pas encore ratifié la Convention n° 189 de l'OIT sur les travailleuses et travailleurs domestiques de 2011, ni le protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant établissant une procédure de présentation de communications ;
- la Côte d'Ivoire n'a toujours pas ratifié la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles de 1990 ;
- la Côte d'Ivoire ne dispose pas :
  - i) de loi ni de code relatif à la protection de l'enfance,
  - ii) de loi spécifique sur la lutte contre les violences basées sur le genre,
  - iii) d'un cadre juridique global consacrant le droit des enfants à être entendus, sans discrimination basée sur leur âge, leur handicap ou tout autre fondement, dans le cadre des procédures judiciaires et administratives, et à ce que leur opinion soit prise en compte,
  - iv) de loi interdisant le recours, en toutes circonstances, aux châtiments corporels, même légers, et aux punitions humiliantes ;
- la politique nationale de protection de l'enfant ne prend pas en compte, de façon spécifique, les besoins des enfants en situation de handicap en matière d'assistance médicale, juridique et psychologique et d'hébergement adapté. Par ailleurs, la politique et le plan d'action en faveur des personnes en situation de handicap n'ont pas été actualisés depuis 2016 ;
- la Politique nationale de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (PNPJEJ 2015) et son plan d'action budgétisé, développé en 2017, n'ont pas encore été officiellement adoptés ;
- le projet de loi de 2014 reconnaissant aux travailleurs domestiques – notamment aux enfants – un niveau de protection minimale contre les risques d'exploitation et de traite n'a toujours pas été adopté ;
- la Côte d'Ivoire n'a pas encore signé d'accord de coopération avec la Guinée et le Niger pour lutter contre la traite transfrontalière et le travail des enfants ;
- le droit coutumier continue d'être appliqué, même lorsqu'il est contraire à la CIDE<sup>545</sup>.

### 3.2.5.2 Contrainte budgétaire

Les données budgétaires concernant la protection de l'enfant restent parcellaires, mais il apparaît que le montant des dépenses publiques consacrées à ce secteur se situe à un niveau particulièrement faible. Une étude, réalisée en 2016 sur la base des dépenses observées en 2014, a montré que le montant des crédits alloués ne s'élevait qu'à 0,33 % du budget de l'État, hors service de la dette<sup>546</sup> (environ 10 milliards de FCFA, soit 17 millions d'USD<sup>547</sup>). Selon cette même étude, la part des dépenses de prévention ne représente que 29 % du total des dépenses de protection, et si l'on retire les crédits alloués à l'éducation des dépenses de prévention, une part beaucoup plus réduite du total.

Par ailleurs, les crédits publics en matière de protection servent principalement à financer des dépenses de fonctionnement comme les salaires et les opérations de base si bien que les services de première ligne comme les centres sociaux ne disposent pas de moyens matériels, logistiques et financiers nécessaires pour mener des actions de prévention, assurer la gestion des cas ou prendre en charge des victimes (déplacements, hébergement, etc.).

Il n'existe pas d'enquête récente permettant de déterminer le niveau de dépendance du secteur aux financements extérieurs, mais les données fournies par l'étude Mokoro suggèrent qu'il se situe à environ 25 %, avec près de 2,23 milliards de FCFA, soit environ 3,8 millions de dollars, dépensés en 2014 par les agences et les ONG internationales en matière de protection de l'enfant<sup>548</sup>.

### 3.2.5.3 Planification stratégique et gestion du secteur

Il existe un grand nombre de politiques et de plans d'action, mais pas de vision et de stratégie globale pour le secteur de la protection de l'enfant. Cela s'explique à la fois par la faiblesse de la coordination interministérielle et l'absence de stratégie commune au gouvernement, aux PTF, aux ONG et aux acteurs du secteur privé opérant dans le secteur.

#### • Faiblesse de la coordination interministérielle

Jusqu'à présent, la coordination interministérielle en matière de protection de l'enfant reste faible. Certes, des liens forts ont été établis entre le ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE), le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP), le ministère de la Justice et des Droits de l'Homme (MJDH) et le ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEE), permettant le développement de politiques de protection de l'enfant spécifiques dans le système éducatif et celui de la protection judiciaire ainsi que l'adoption d'une stratégie nationale de protection des jeunes dans le cadre de la Politique nationale de la jeunesse (2016-2020). En outre, le MEPS partage désormais avec le MFFE les données concernant la protection de l'enfant qu'il collecte dans les centres sociaux placés sous sa tutelle et copréside avec le MFFE le Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CIM).

Cependant, il n'existe toujours pas de vision et de stratégie commune au MFFE et au MEPS pour assurer aux enfants une protection holistique. De plus, le processus de développement des documents de protection par les autres ministères concernés (ministère de l'Administration du territoire et de la Décentralisation, ministère de la Santé et de l'Hygiène publique) est à l'arrêt et la Politique nationale de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse et son plan d'action budgétisé n'ont toujours pas été officiellement adoptés par le gouvernement.

La faiblesse de la coordination interministérielle dans ce secteur est liée, en partie, à la capacité limitée du MFFE à jouer son rôle de chef de file sectoriel du fait de : (i) la faiblesse de son système d'information qui ne couvre encore qu'une partie des problématiques de la protection de l'enfance ; (ii) sa capacité limitée à influencer le processus budgétaire ; (iii) ses faiblesses structurelles en matière de plaidoyer ; et (iv) des changements fréquents intervenus au niveau de ses structures et de son personnel, en particulier au sein de la Direction de la protection de l'enfant. En 2019, le MFFE a créé un groupe interministériel en matière de protection de l'enfance, mais ce groupe ne s'est toujours pas réuni.

La quasi-absence de coordination interministérielle en matière de protection de l'enfant contribue à la faiblesse de la planification nationale qui, à son tour, explique l'absence de stratégie commune aux différentes parties prenantes du secteur, la fragmentation des interventions et le manque d'efficacité du système actuel.

#### • Coordination insuffisante entre le gouvernement, les PTF, les ONG et le secteur privé

Au niveau national, la coordination des interventions spécifiques mises en œuvre par le MFFE et les différentes parties prenantes varie selon les thématiques et les projets financés par les bailleurs. Elle est relativement faible en matière de lutte contre les violences et les pratiques néfastes, mais plus forte pour l'appui aux enfants orphelins et vulnérables du fait du VIH (dans le cadre du Plan national des OEV) et dynamique en matière de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (grâce au leadership du Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants [CNS] présidé par la Première dame de Côte d'Ivoire), bien qu'elle n'ait pas encore débouché sur une véritable coordination des interventions sur le terrain.

La fragmentation de la coordination en fonction des différentes problématiques de protection a deux conséquences négatives :

- (i) sur le terrain, elle conduit à des duplications de structures, à une mauvaise allocation des ressources. On trouve ainsi, dans certains territoires, trois types de plateformes en matière de protection (une compétente pour l'ensemble des questions, une spécialisée sur la problématique OEV et une autre dédiée aux VBG) et deux systèmes de suivi et de remédiation du travail des enfants (SOSTECI, SSRTE) dont les périmètres d'intervention se chevauchent fréquemment alors que de nombreux territoires ne bénéficient d'aucune structure de coordination pour les interventions de protection ;
- ii) elle retarde l'émergence d'une stratégie sectorielle globale reposant sur des mécanismes robustes de coordination et permettant de traiter à l'échelle nationale et avec des moyens adaptés l'ensemble des questions de protection qui se posent aujourd'hui.

#### • Absence de décentralisation de la gestion des services et des ressources

La responsabilité de la gestion des services et des ressources en matière de protection de l'enfant n'est toujours pas décentralisée. Les directions régionales du MFFE et du MEPS, les services sociaux et les services judiciaires dépendent ainsi totalement des dotations budgétaires de leurs ministères respectifs. Or ces dernières restent à un niveau insuffisant pour leur permettre de mener à bien les missions qui sont les leurs, que ce soit en termes de collecte et d'analyse des données, de planification ou de mise en œuvre des interventions. On constate, par



ailleurs, au niveau des centres sociaux un manque important de personnel qualifié, avec 14 centres ne fonctionnant qu'avec un seul agent (alors que la norme est de neuf agents par centre) et un manque de motivation de nombreux agents, en particulier des assistants sociaux qui sont très peu rémunérés.

#### • Faiblesse du système national d'information

En matière de protection de l'enfant, plusieurs systèmes d'information parcellaires ont été créés en fonction des thématiques, des ministères et des bailleurs impliqués. Les principaux sont : (i) le système de gestion des informations sur la VBG (GBVIMS) du MFFE, développé avec l'appui de l'UNFPA ; (ii) le système d'information sur les OEV mis en place dans le cadre du PNOEV par le CDC/PEPFAR ; (iii) le SIGE du MENETFP qui recueille les données transmises par les directions régionales de l'Éducation nationale en matière de violences et de pratiques néfastes dont sont victimes les enfants scolarisés ; et (iv) le SOSTECI pour le travail des enfants développé avec l'appui de l'UNICEF et de l'OIT.

Toutefois, ces systèmes sont encore en phase de montée en puissance et ne fournissent que des données partielles collectées selon des méthodes et normes non standardisées si bien qu'il n'existe pas encore de système d'information national permettant de suivre l'ensemble des cas de protection, d'identifier avec précision les lacunes en matière de prise en charge, de renforcer la planification des interventions, de suivre les tendances sur la longue durée, d'identifier les besoins émergents et de développer un plaidoyer et un dossier d'investissement en faveur de la protection de l'enfant.

Depuis 2018, le MFFE et le MEPS alimentent le Système intégré de protection de l'enfant (SIPE), appuyé par l'UNICEF, qui devrait, à terme, permettre de combler cette lacune. Pour l'instant cependant, le SIPE ne couvre encore que 50 % des services de l'État et ne fournit que des données parcellaires.

### 3.3 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveau                    | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)   |
|---------------------------|---|---|---|
| Communauté internationale | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un groupe informel des PTF concernés par la protection de l'enfance a été créé en 2017 par l'UNICEF. Il réunit les agences clés des Nations Unies, le CDC/PEPFAR et les ONG internationales qui travaillent sur les questions de VBG, de protection de l'enfance et des OEV</li> <li>• La coordination des interventions spécifiques mises en œuvre par le MFFE et les PTF pour lutter contre la violence et les pratiques traditionnelles néfastes reste faible</li> <li>• La coordination des interventions pour lutter contre le travail des enfants et l'exploitation est relativement forte. Elle s'effectue via le Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CNS) qui réunit, sous la présidence de la Première dame de Côte d'Ivoire, des ONG nationales et internationales, des représentants des industriels du café et du cacao, des représentants syndicaux et de coopératives ainsi que les agences du Système des Nations Unies</li> <li>• La coordination entre le Bureau national de l'état civil et les bailleurs pour faire progresser l'enregistrement des naissances se fait de manière ad hoc, mais reste insuffisante</li> </ul> |



| Niveau            | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)  |
|-------------------|--|--|--|
| État central      | Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant; ministère de l'Emploi et de la Protection sociale; cabinet de la Première dame; ministère de la Justice et des Droits de l'Homme; ministère de l'Administration du territoire et de la Décentralisation; ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle; ministère de la Santé et de l'Hygiène publique | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il existe un grand nombre de politiques et de plans d'action ainsi qu'un Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (CIM) coprésidé par le MEPS et le MFFE, mais pas de véritable vision globale pour le secteur de la protection</li> <li>• Le MFFE a récemment pris un décret pour créer un groupe interministériel en matière de protection de l'enfance, mais ce groupe ne s'est toujours pas réuni</li> <li>• L'efficacité des interventions du MFFE et du MEPS est réduite du fait des ressources limitées dont disposent les services sociaux de première ligne, de la faiblesse du système de collecte des données et de rapportage et de l'absence de stratégie en matière de gestion des ressources humaines pour améliorer la formation et l'efficacité des agents en matière de protection de l'enfance et d'action sociale</li> <li>• Le ministère de la Justice et la Direction de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (DPJJE) ne sont toujours pas en mesure d'assurer la séparation des mineurs et des majeurs dans les lieux de détention ni l'accès de tous les enfants à l'aide juridique. De plus, les alternatives à l'incarcération pour les mineurs restent encore insuffisantes</li> <li>• Le leadership du Bureau national chargé de conduire la réforme de l'état civil au sein du ministère de l'Administration du territoire et de la Décentralisation est limité par le fait qu'il n'exerce pas d'autorité sur les officiers de l'état civil</li> </ul> |
| Autorités locales | Directions régionales du MFFE et du MEPS; plateformes et services sociaux au niveau départemental; orphelinats et autres centres résidentiels; services judiciaires et tribunaux; services d'état civil dans les communes et les sous-préfectures; hôpitaux et centres de santé  | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer sur les questions de protection des enfants, mise en œuvre des politiques et stratégies de l'État sur le terrain; gestion de toutes les autres compétences décentralisées  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La responsabilité de la gestion des services et des ressources en matière de protection de l'enfance n'est toujours pas décentralisée</li> <li>• Les directions régionales du MFFE et du MEPS et les services sociaux ne disposent pas des ressources humaines et des moyens techniques et financiers requis pour compléter la fourniture de services en matière de protection, collecter les données, analyser les tendances et planifier les interventions</li> <li>• Les centres sociaux et les services judiciaires n'ont pas de ligne budgétaire pour mener des actions de prévention, mettre en œuvre des interventions et prendre en charge les victimes; du fait de la complexité administrative, le taux d'exécution de leur budget reste insuffisant; la distribution des services sur le territoire ne correspond pas aux besoins de la population; le personnel qualifié n'est pas réparti de façon rationnelle et équitable; en fonction de la motivation et des compétences du personnel, la qualité des prestations offertes en matière d'action sociale et de protection de l'enfance varie énormément d'un service à l'autre</li> </ul>  |



| Niveau         | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|----------------|--|--|---|
| Société civile | ONG locales et internationales; organisations confessionnelles   | Mobilisation de ressources, plaidoyer et mobilisation des communautés; fourniture de services de protection, y compris des structures d'hébergement et des établissements résidentiels   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Les ONG fournissent des services essentiels en matière de protection de l'enfant, que ce soit pour la gestion des cas, la mise à disposition de structures d'hébergement, la formation, la sensibilisation ou la mise en œuvre de programmes de prévention. Leur capacité d'intervention reste cependant limitée en raison de contraintes financières importantes et de la nécessité d'obtenir l'accréditation du gouvernement</li> </ul>  |
| Secteur privé  | Industrie du cacao, industrie minière, secteur informel du travail domestique  | Initiatives pour le cacao durable et partenariat public-privé pour l'intérêt général   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Au cours des vingt dernières années, l'industrie du cacao a été active dans la lutte contre le travail des enfants, mais les interventions sont restées à petite échelle et n'ont pas été en mesure de changer fondamentalement la situation</li> <li>La contribution du secteur minier et du secteur informel à la protection de l'enfant reste encore faible, voire inexistante</li> </ul>   |
| Communautés    | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes | Sensibilisation et plaidoyer sur les questions de protection de l'enfance; identification des questions et des cas de protection de l'enfance; référencement des cas les plus difficiles | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'engagement des communautés en faveur de la protection de l'enfance reste limité. Le MFFE met en œuvre depuis 2017, avec le soutien des PTF et des ONG, un programme de sensibilisation communautaire en matière de protection de l'enfance. Toutefois, ce programme ne concerne encore que 500 villages et n'a toujours pas été porté à l'échelle</li> <li>Les ministères de la Santé et de l'Administration du territoire ont créé un mécanisme communautaire qui doit permettre d'accroître le nombre de naissances enregistrées dans les délais. Jusqu'à présent toutefois, ce mécanisme n'a pas été porté à l'échelle</li> </ul> |
| Familles       | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs   | Assurer une protection adaptée des enfants   | <ul style="list-style-type: none"> <li>La plupart des familles connaissent mal les questions liées à la protection de l'enfance et cette situation est aggravée par des normes sociales et sexospécifiques négatives</li> <li>La violence physique est considérée comme un moyen normal d'éduquer les enfants et le travail des enfants est généralement considéré comme un bon moyen d'éduquer les enfants et d'aider les familles à améliorer leur situation financière</li> <li>L'importance de l'enregistrement des naissances reste encore insuffisamment perçue</li> </ul>  |

### 3.4 Recommandations clés

- i. Poursuivre le renforcement du système national chargé de la protection des enfants et du bien-être des femmes et des familles en veillant à l'adapter au contexte de la Côte d'Ivoire.
- ii. Veiller à ce que les lois, les règlements et les politiques adoptés en faveur de la protection de l'enfant soient effectivement mis en œuvre sur l'ensemble du territoire, notamment grâce à des allocations budgétaires adéquates.
- iii. Clarifier les rôles et renforcer les capacités des structures et des acteurs en charge de la protection de l'enfant afin d'accroître l'efficacité de la prévention et de la réponse aux violences, abus et exploitation des enfants.
- iv. Développer un programme en vue de renforcer les effectifs et les capacités des agents des services sociaux.
- v. Engager une réflexion en profondeur sur la façon d'influencer les normes sociales qui constituent un goulot d'étranglement important pour chacune des thématiques de la protection de l'enfant.
- vi. Renforcer le système de collecte de données de routine afin que les différentes parties prenantes puissent prendre des décisions sur la base de données probantes.
- vii. Utiliser les données probantes collectées lors de projets et pilotes destinés à protéger les enfants des VAE pour concevoir des programmes et des interventions à l'échelle permettant de renforcer durablement le système de protection.
- viii. Investir massivement dans les services sociaux et judiciaires afin qu'ils aient les capacités financières, matérielles et humaines de mener des actions de prévention et de répondre efficacement aux besoins de protection des enfants.
- ix. Veiller à ce que les nouveaux mécanismes mis en place pour faciliter l'enregistrement des naissances soient portés à l'échelle.

## 4. Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre

L'accès à des services d'eau potable et d'assainissement gérés en toute sécurité et à de bonnes pratiques d'hygiène (EAH) est un droit humain fondamental qui joue un rôle essentiel dans la survie de l'enfant et de la mère<sup>549</sup>. En effet, les maladies hydriques et les infections diarrhéiques, qui sont provoquées par l'ingestion ou le contact avec des eaux contaminées par des fèces humaines ou animales sont l'une des causes principales de la mortalité des enfants de moins de 5 ans. En Côte d'Ivoire, plus de 7 000 enfants de moins de 5 ans meurent ainsi chaque année des maladies diarrhéiques. De plus, le faible niveau d'accès à des services EAH explique les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles se déroulent de nombreux accouchements et le nombre élevé de décès maternels liés aux infections<sup>550</sup>.

Le manque d'accès des enfants à une eau de boisson de bonne qualité, à un assainissement amélioré non partagé<sup>551</sup> et à l'hygiène affecte également l'état nutritionnel et le développement.

Enfin, l'absence d'accès à de l'eau potable, à un assainissement amélioré et à l'hygiène impacte négativement les droits des enfants, notamment ceux des filles et des enfants vivant avec un handicap, à recevoir une éducation de qualité et à réaliser leur plein potentiel : en effet, aux côtés des femmes, ce sont en effet le plus souvent les filles qui sont chargées d'assurer les corvées d'eau, ce qui réduit le temps qu'elles peuvent consacrer à l'étude et au loisir ; de plus, l'absence de toilettes séparées en fonction du genre à l'école accroît les risques d'agressions sexuelles et l'absentéisme des filles lors des périodes de menstruation ; enfin, l'absence d'infrastructure sanitaire adaptée aux besoins des enfants vivant avec un handicap contribue à leur non-scolarisation<sup>552</sup>.

Au cours de la période 1990-2015, l'accès de la population ivoirienne à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène a progressé à un rythme insuffisant. Selon le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène (Joint Monitoring Programme ou JMP), les progrès réalisés pour atteindre la cible de l'Objectif 7 du millénaire pour le développement (OMD) ont ainsi été limités pour l'eau et faibles pour l'assainissement<sup>553</sup>.





Depuis plusieurs années cependant, des efforts importants ont été entrepris et des investissements réalisés afin d'accroître l'utilisation par la population des services en eau potable, en assainissement et en hygiène (EAH), notamment avec l'adoption et la mise en œuvre du Programme d'urgence de réhabilitation post-crise (PUR), du Programme présidentiel d'urgence (PPU), du Projet de renaissance des infrastructures de Côte d'Ivoire (PRICI), du Programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (PHAM) et du Programme d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (PADEHA). Cette dynamique doit toutefois se poursuivre et s'accélérer afin d'atteindre les cibles de l'Objectif de développement durable 6, qui vise à garantir, d'ici 2030, l'accès de tous à des services d'alimentation en eau et d'assainissement et d'hygiène gérés de façon durable, non seulement au niveau des ménages, mais aussi dans les écoles, les établissements de santé, les lieux publics, etc.<sup>554</sup>

### Eau, Assainissement, Hygiène – Cibles des ODD priorisées par la Côte d'Ivoire

ODD 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.

Cible 6.1 : D'ici à 2030, assurer l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable.

- Indicateur 6.1.1 : Proportion de la population utilisant des services d'alimentation en eau potable gérés en toute sécurité.

Cible 6.2 : D'ici à 2030, assurer l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et mettre fin à la défécation en plein air, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des filles et des personnes en situation vulnérable.

- Indicateurs 6.2.1 : Proportion de la population utilisant des services d'assainissement gérés en toute sécurité, notamment des équipements pour se laver les mains avec de l'eau et du savon.
- Indicateur additionnel proposé dans la stratégie nationale de l'assainissement rural actuellement en phase finale de validation : Proportion de la population qui pratique la défécation à l'air libre.

Cible 6.a : D'ici à 2030, développer la coopération internationale et l'appui au renforcement des capacités des pays en développement en ce qui concerne les activités et programmes relatifs à l'eau et à l'assainissement, y compris la collecte, la désalinisation et l'utilisation rationnelle de l'eau, le traitement des eaux usées, le recyclage et les techniques de réutilisation.

- Indicateur 6.a.1 : Montant de l'aide publique au développement consacrée à l'eau et à l'assainissement dans un plan de dépenses coordonné par les pouvoirs publics.

Afin de suivre les progrès réalisés pour atteindre les cibles de l'ODD 6, le Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (JMP) a développé de nouveaux indicateurs et de nouvelles échelles d'évaluation qui mettent davantage en exergue les aspects de qualité et de durabilité des services. L'analyse concernant l'accès des ménages et des établissements de santé aux services EAH s'appuie, pour l'essentiel, sur les données les plus récentes publiées par le JMP ainsi que sur les résultats de la MICS-5 et de l'EDS-III, qui sont présentés, dans la mesure du possible, en tenant compte des nouveaux indicateurs du JMP. Outre les données du JMP, l'analyse de l'accès aux services EAH repose, pour les écoles, sur les données les plus récentes collectées par le Système d'information et de gestion de l'éducation (SIGE) et, pour les établissements de santé, sur celles de l'enquête SARA<sup>555</sup>.

#### 4.1 Indicateurs clés

La cible 6.1 des Objectifs du développement durable (ODD) vise à « assurer, d'ici 2030, l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable pour tous ». Pour suivre la mise en œuvre de la cible 6.1, le JMP a développé une nouvelle échelle de services qui distingue : 1) les services gérés en toute sécurité qui fournissent une eau de boisson provenant d'une source améliorée, disponible sur place à tout moment et exempte de contamination en matière fécale et en produits chimiques d'intérêt prioritaire ; 2) les services élémentaires fournissant une eau de boisson provenant d'une source améliorée pour lesquels le temps de collecte aller-retour, y compris le temps passé dans la file d'attente, est inférieur à trente minutes ; 3) les services limités fournissant une eau de boisson provenant d'une source améliorée pour lesquels le temps de collecte est supérieur à trente minutes aller-retour, incluant la file d'attente ; 4) les services non améliorés fournissant une eau provenant de puits creusés ou de sources non protégées ; et 5) l'absence de service lorsque l'eau de boisson est collectée directement d'un cours d'eau, d'un barrage, d'un lac, d'un étang, d'un ruisseau, d'un conduit ou d'un canal d'irrigation<sup>556</sup>.

### Échelle JMP du service d'approvisionnement en eau de boisson

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| <b>Géré en toute sécurité</b> | Sources améliorées, dans le logement, la cour, disponible à tout moment et sans contamination |
| <b>Élémentaire</b>            | Sources améliorées, à moins de 30 minutes aller-retour  |
| <b>Limité</b>                 | Sources améliorées, à plus de 30 minutes aller-retour   |
| <b>Non amélioré</b>           | Sources non protégées contre la contamination   |
| <b>Sans service</b>           | Eau de surface  |

Source : JMP (2017).

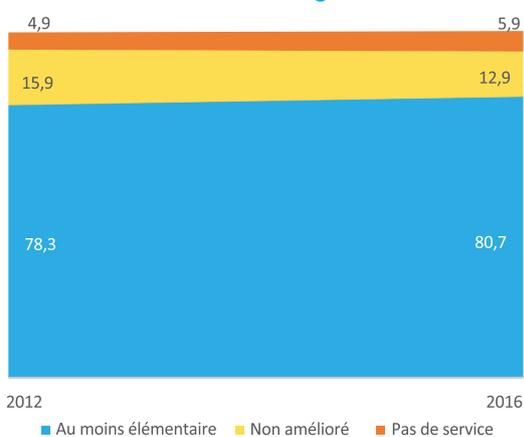
#### 4.1.1 Accès à des services d'eau de boisson

##### 4.1.1.1 Accès à des services d'eau de boisson au niveau des ménages

En ce qui concerne l'accès des ménages à des services d'eau de boisson, les données les plus récentes du JMP et celles de la MICS-5 concordent globalement, même s'il existe des divergences au niveau des tendances observées depuis 2012. Au niveau national, la MICS et le JMP estiment que plus de 70 % des ménages utilisent un service d'approvisionnement en eau au moins élémentaire et environ 80 % un service d'approvisionnement en eau au moins limité<sup>557</sup>. L'EDS-III n'ayant pas mesuré le temps mis par les ménages pour accéder à une source d'eau potable améliorée, il n'est pas possible d'utiliser les données de la MICS pour mesurer les progrès réalisés entre 2012 et 2016 en termes d'accès à des services au moins élémentaires.

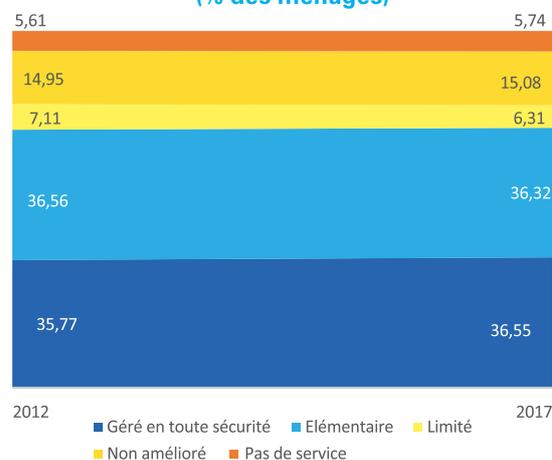
Selon l'estimation du JMP, la proportion des ménages ayant accès à un service au moins élémentaire est restée pratiquement inchangée, passant de 72,33 % en 2012 à 72,87 % en 2017. La proportion des ménages utilisant des services au moins limités a augmenté de 2 points de pourcentage entre 2012 et 2016, mais est restée stable selon le JMP. La MICS ne fournit pas d'information sur la proportion des ménages utilisant des services d'eau de boisson gérés en toute sécurité, mais le JMP indique que celle-ci a augmenté de 0,8 point de pourcentage entre 2012 (35,77 %) et 2017 (36,55 %) tandis que l'utilisation de service limité était en léger recul (6,31 % en 2017 contre 7,11 % en 2012). Les inégalités d'accès restent très marquées entre les ménages urbains et les ménages ruraux. En milieu rural, le taux d'utilisation en services d'approvisionnement au moins élémentaires ou limités n'est que d'environ 68 % contre environ 90 % en milieu urbain. Cet écart d'environ 22 points de pourcentage reste inchangé depuis 2012.

Utilisation de l'eau de boisson selon le type de service d'approvisionnement (% des ménages)



Source : EDS-III, MICS-5.

Utilisation de l'eau de boisson selon le type de service d'approvisionnement (% des ménages)

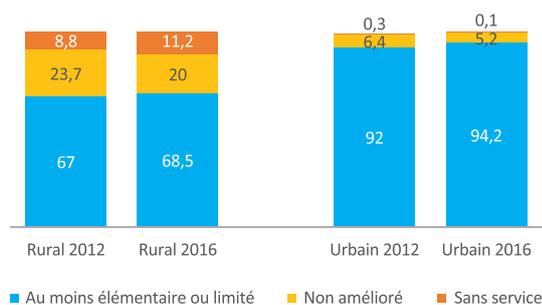


Source : JMP 2019.



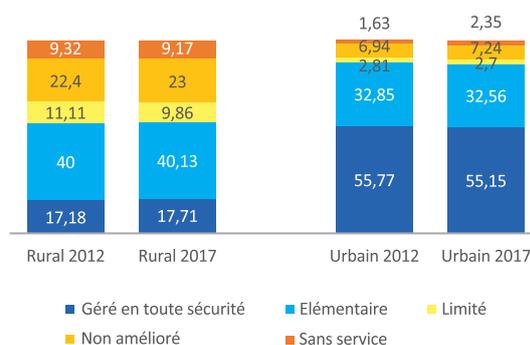
Selon la MICS-5, l'accès à des services d'approvisionnement en eau de boisson au moins élémentaires ou limités a progressé en milieu rural de 1,5 point entre 2012 et 2016. La tendance est confirmée par le JMP, mais avec un gain moins important (0,5 point) entre 2012 et 2017.

### Utilisation de l'eau de boisson selon le type de service d'approvisionnement en eau en zones rurale et urbaine (% des ménages)



Source : EDS-III, MICS-5

### Utilisation de l'eau de boisson selon le type de service d'approvisionnement en eau en zones rurale et urbaine (% des ménages)



Source : JMP 2019.

En milieu urbain, pour la période 2012-2016, la MICS a mis en évidence une augmentation de 2 points de pourcentage du taux d'utilisation des services d'approvisionnement en eau de boisson au moins élémentaires ou limités. Selon les estimations du JMP, le taux d'utilisation des services en eau potable au moins élémentaires ou limités a toutefois reculé en 2017, d'où une baisse du taux d'utilisation d'un point entre 2012 et 2017.

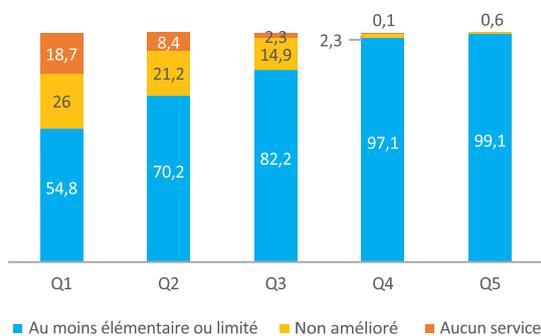
En ce qui concerne l'accès à des services gérés en toute sécurité et des services élémentaires, l'estimation du JMP montre qu'entre 2012 et 2017, il y a eu une très légère augmentation en milieu rural (17,71 % des ménages avaient accès en 2017 à des services gérés en toute sécurité et 40,13 % à des services élémentaires contre respectivement 17,18 % et 40 % en 2012), mais un recul d'ampleur équivalente en milieu urbain (en 2017, 55,15 % des ménages avaient accès à des services gérés en toute sécurité et 32,56 % à des services élémentaires contre respectivement 55,77 % et 32,85 % des ménages en 2012).

Au niveau national, un peu plus d'un ménage sur dix utilise un service d'approvisionnement en eau non amélioré. Selon la MICS-5, cette proportion est en recul, étant passée de 15,9 % en 2012 à 12,9 % en 2016, avec une diminution de près de 4 points de pourcentage en milieu rural (20 % en 2016 contre 23,7 % en 2012) et de plus d'un point en milieu urbain (5,2 % en 2016 contre 6,4 % en 2012). Toutefois, les estimations du JMP indiquent une tendance légèrement à la hausse pour l'utilisation des services non améliorés entre 2012 et 2017, que ce soit en milieu urbain (7,24 % en 2017 contre 6,94 % en 2012) ou en milieu rural (23 % en 2017 contre 22,4 % en 2012).

La proportion des ménages qui consomment de l'eau de surface se situe autour de 5 % au niveau national et 10 % en milieu rural. Les tendances à l'œuvre en milieu rural et en milieu urbain diffèrent cependant entre les résultats de la MICS et les estimations du JMP. En milieu rural, la MICS-5 indique que la consommation d'eau de surface est passée de 8,8 % en 2012 à 11,2 % en 2016 alors que le JMP estime qu'une très légère diminution a eu lieu entre 2012 (9,32 %) et 2017 (9,17 %). En milieu urbain, la proportion des ménages consommant de l'eau de surface n'est que de 0,1 % selon les résultats de la MICS-5 alors qu'elle se situe à 2,25 % selon les estimations du JMP, en hausse de 0,7 point par rapport à 2012.

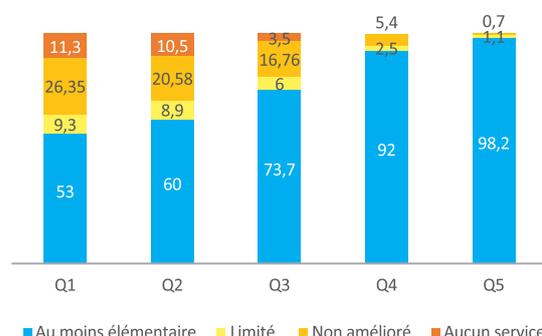
Comme dans la plupart des pays du monde, le niveau de richesse influence fortement le type de service d'approvisionnement en eau de boisson auquel les ménages ont accès. La proportion des ménages les plus pauvres utilisant un service d'approvisionnement en eau de boisson au moins élémentaire ou limité n'était que de 54,8 % en 2016 selon la MICS-5 et de 62,3 % en 2017 selon le JMP. De même, 18,7 % des ménages les plus pauvres selon la MICS-5 ou 11,3 % d'entre eux selon le JMP consommaient de l'eau de surface contre moins de 4 % des ménages du quintile intermédiaire (Q3).

Utilisation de l'eau de boisson par type de service d'approvisionnement en eau en fonction du niveau de richesse (% des ménages)



Source : MICS-5.

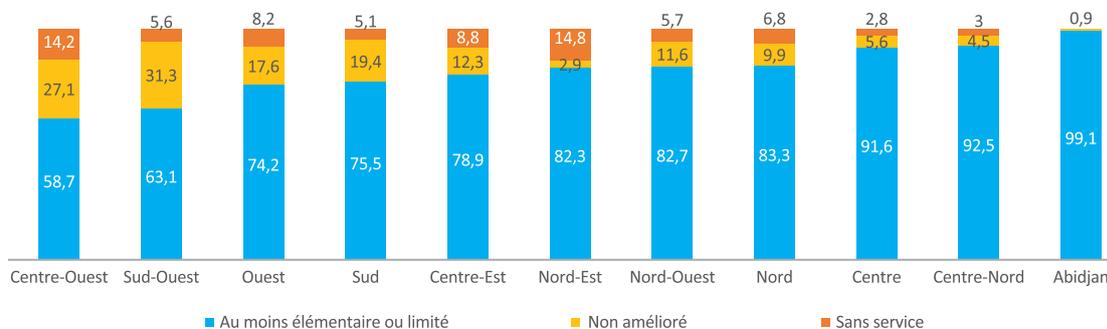
Utilisation de l'eau de boisson par type de service d'approvisionnement en eau en fonction du niveau de richesse en 2017 (% des ménages)



Source : JMP 2019.

Les disparités régionales en matière d'accès aux services d'approvisionnement en eau restent importantes<sup>558</sup>. Selon la MICS-5, le taux d'accès à un service d'approvisionnement en eau au moins élémentaire ou limité est supérieur à 90 % dans le district d'Abidjan (99,1 %) et les régions du Centre-Nord (92,5 %) et du Centre (91,6 %), mais inférieur à la moyenne nationale (80,7 %) dans le Centre-Ouest (58,7 %), le Sud-Ouest (63,1 %), l'Ouest (74,2 %), le Sud (75,5 %) et le Centre-Est (78,9 %). Par ailleurs, la proportion de ménages n'ayant accès à aucun service d'approvisionnement en eau est élevée dans le Nord-Est (14,8 % des ménages) et le Centre-Ouest (14,2 % des ménages) et, dans une moindre mesure, dans le Centre-Est (8,8 %) et l'Ouest (8,2 %).

Utilisation de l'eau de boisson par type de service d'approvisionnement en eau en fonction du lieu de résidence (% des ménages)



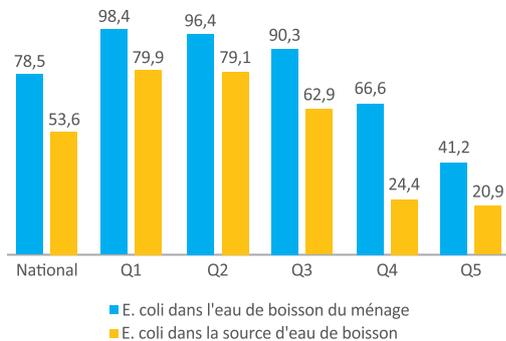
Source : MICS-5

#### • Accès à une eau de qualité

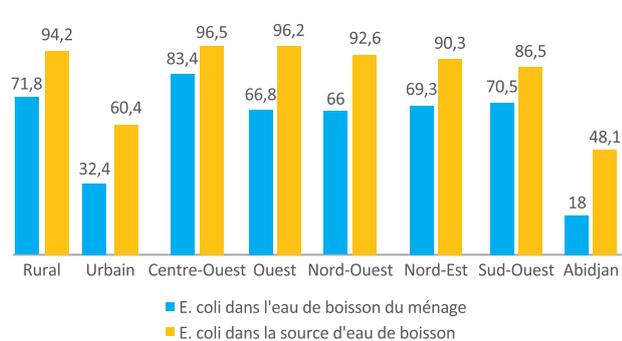
La contamination de l'eau par des excréta accroît fortement le risque de contracter des maladies hydriques et des infections diarrhéiques, en particulier pour les enfants. La pollution de l'eau de boisson par d'autres types de matières résiduelles, comme les plastiques, les déchets ménagers, les rejets industriels, les pesticides qui sont utilisés de manière massive dans l'agriculture et notamment pour la culture du cacao, ou les produits chimiques utilisés par les orpailleurs<sup>559</sup>, peut également être à l'origine de maladies graves et avoir des conséquences à long terme sur le développement physique et cognitif des enfants. Si une étude récente<sup>560</sup> a mis en évidence le niveau élevé de pollution de la lagune Ébrié par les eaux usées, les déchets ménagers<sup>561</sup> et les plastiques de l'eau, il n'existe pas, pour le moment de données permettant d'évaluer, à l'échelle nationale, le niveau de contamination de l'eau potable par les différents polluants organiques et chimiques. L'analyse qui suit se concentre donc sur le risque de contamination de l'eau de boisson par les matières fécales pour lequel la MICS fournit des données récentes.



### Proportion des ménages avec *E. coli* dans l'eau de boisson du ménage et dans la source d'eau de boisson en fonction du niveau de richesse (%)



### Proportion des ménages avec *E. coli* dans l'eau de boisson du ménage et dans la source d'eau de boisson en fonction du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5.

Selon la MICS-5, le niveau de contamination de l'eau consommée par des matières fécales est très élevé : au niveau national, 53,6 % des ménages puisent de l'eau contaminée à la source. La contamination à la source est élevée pour les ménages les plus pauvres (79,9 %), les ménages ruraux (94,2 %). Il existe des disparités régionales en termes de contamination, mais la proportion des ménages consommant de l'eau contaminée à la source est supérieure à 75 % dans l'ensemble des régions, à l'exception du district d'Abidjan (48,1 %), avec des taux supérieurs à 90 % dans le Centre-Ouest (96,5 %), l'Ouest (96,2 %), le Nord-Ouest (92,6 %) et Nord-Est (90,3 %). Elle est en revanche beaucoup plus faible à Abidjan (48,1 %). Le risque de contamination est particulièrement élevé lorsque l'eau est collectée à des bornes-fontaines (45,5 % des cas) ou des PMH (53,3 % des cas)<sup>562</sup>. Bien que moindre, le risque de contamination par l'*E. coli* affecte également les ménages consommant de l'eau de source améliorée acheminée par le réseau de canalisation directement dans le logement (15,2 %) ou dans le quartier, la cour, ou la parcelle (21,4 %). Dans ce cas cependant, le niveau de contamination de l'eau est inférieur à 11 CFU/100 mL (risque faible) dans plus de 95 % des cas.

La contamination de l'eau a lieu également lors du stockage avant consommation ; au total, 78,5 % des ménages, parmi lesquels 71,8 % des ménages ruraux et 32,4 % des ménages urbains, consomment de l'eau de boisson contaminée par l'*Escherichia coli* (*E. coli*). Les ménages les plus susceptibles d'avoir de l'*E. coli* dans l'eau de boisson stockée au niveau du ménage sont les ménages les plus pauvres (Q1 : 98,4 %), pauvres (Q2 : 96,4 %) et à revenu intermédiaire (Q3 : 90,3 %), ainsi que ceux vivant dans les régions du Centre-Ouest (83,4 %), du Sud-Ouest (70,5 %), du Nord-Est (69,3 %), de l'Ouest (66,8 %) et du Nord-Est (66 %). Elle est en revanche beaucoup plus faible à Abidjan (18 %). En outre, le taux de concentration en *E. coli* dans l'eau consommée est très élevé (taux supérieur à 100 CFU/100 mL) pour 46,7 % des ménages, et élevé (taux compris entre 11 et 100 CFU/100 mL) pour 16,6 % d'entre eux.

Les chiffres alarmants concernant le niveau de contamination de l'eau par des matières fécales ont, depuis leur publication, été initialement contestés au niveau national, mais les estimations plus récentes du JMP confirment l'ampleur des défis à relever : en 2017, à peine un tiers des ménages consommaient de l'eau non contaminée et cette proportion est en recul depuis 2000, tant en milieu urbain (64 % en 2017 contre 66 % en 2000) qu'en milieu rural (26 % en 2017 contre 27 % en 2000).

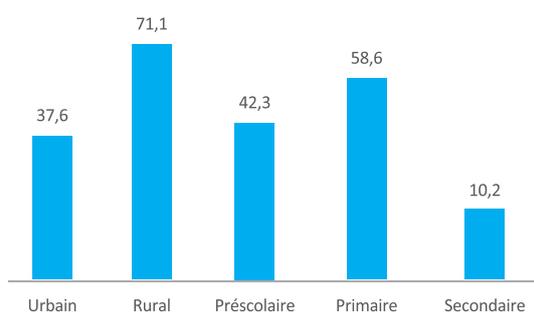
#### 4.1.1.2 Accès à des services d'eau de boisson dans les établissements scolaires

Dans les établissements scolaires, les données collectées par le SIGE et reprises par le JMP<sup>563</sup> décrivent une situation particulièrement préoccupante. Le SIGE ne contient encore qu'un nombre restreint d'indicateurs qui ne fournissent des informations que sur la proportion des écoles et des élèves ayant accès à un point d'eau en fonction du niveau scolaire, du type et de la localisation de l'établissement. Les données du SIGE ne permettent donc pas d'apprécier la qualité, la disponibilité et l'accessibilité aux services EAH en milieu scolaire, notamment pour les enfants vivant avec un handicap, mais les observations de terrain et les données anecdotiques indiquent de nombreuses insuffisances à ce niveau.

Selon les dernières statistiques disponibles, 42,3 % des écoles préscolaires, 58,6 % des écoles primaires et 10,2 % des établissements du secondaire général ne disposent pas de point d'eau<sup>564</sup>. La situation est particulièrement critique dans les écoles primaires communautaires qui, à 92,5 %, en sont dépourvues, mais elle est aussi très insatisfaisante dans les écoles primaires publiques : 62,1 % n'ont pas de point d'eau contre 26,3 % des écoles primaires privées.

En milieu rural, près de deux écoles sur trois n'ont pas de point d'eau (71,1 %) contre une sur trois en milieu urbain (37,6 %). Si en moyenne, 62,1 % des écoles primaires publiques ne disposent pas d'un point d'eau, ce taux est supérieur à 75 % dans les régions de Tchologo (75,8 %), Marahoué (76,8 %), Béré (82,6 %) et Bafing (85,6 %).

#### Pourcentage d'écoles n'ayant pas de point d'eau en fonction de la localisation et du niveau scolaire (2018-2019)



Source : SIGE 2018-2019

##### 4.1.1.3 Accès à des services d'eau de boisson dans les établissements de santé

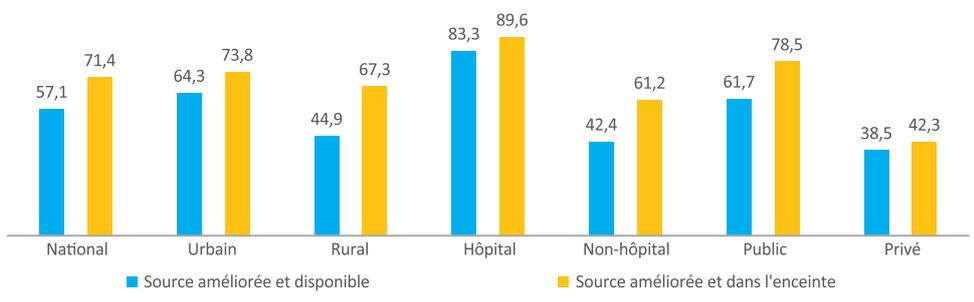
Pour les établissements de santé, l'enquête SARA et le JMP fournissent des données permettant d'apprécier la disponibilité et l'accessibilité des services d'accès à l'eau, mais pas la qualité ni la continuité de ce service. Selon l'enquête SARA, en moyenne, 76 % des établissements de santé disposent d'une source d'eau améliorée, parmi lesquels 100 % des centres hospitaliers universitaires et des polycliniques, 98 % des centres hospitaliers régionaux et des cliniques privées et 74 % des autres établissements de santé. L'enquête SARA a montré qu'il existait peu d'écart entre les régions, mais que dans trois d'entre elles – le Hambol (42 %), le Bounkani-Gontougo (58 %) et la Marahoué (59 %) –, la proportion d'établissements de santé ayant une source d'eau améliorée restait encore faible.

Les données collectées par le JMP ne permettent pas d'apprécier l'évolution des disparités régionales. Elles fournissent, en revanche, des informations complémentaires sur l'accessibilité et la disponibilité des services d'approvisionnement en eau qui permettent de mieux cerner l'ampleur des défis à relever.

Selon le JMP<sup>565</sup>, au niveau national, 85,7 % des établissements de santé, dont 94,8 % des hôpitaux, 80,6 % des établissements de santé non hospitaliers, 89,3 % des établissements de santé publics et 71,2 % des établissements de santé privés, ont accès à une source d'eau améliorée. Toutefois, des problèmes importants demeurent en termes d'accessibilité et de disponibilité, notamment dans les établissements de santé privés. En effet, on trouve une source d'eau améliorée dans l'enceinte de l'établissement dans 89,6 % des hôpitaux, 73,8 % des établissements de santé urbains, 67,3 % des établissements de santé ruraux et 78,5 % des établissements de santé publics contre seulement 42,3 % des centres de santé privés. En outre, la proportion des établissements de santé disposant d'un service élémentaire d'approvisionnement en eau<sup>566</sup> n'est que de 57,1 % au niveau national, avec un écart de taux de près de 20 points entre le milieu rural (44,9 %) et le milieu urbain (64,3 %) et de près de 25 points entre les établissements publics (61,7 %) et les établissements privés (38,5 %).



**Pourcentage des établissements de santé ayant un accès à une source d'eau améliorée selon la localisation et le type d'établissement**



Source : JMP 2019.

**4.1.2 Accès à l'assainissement**

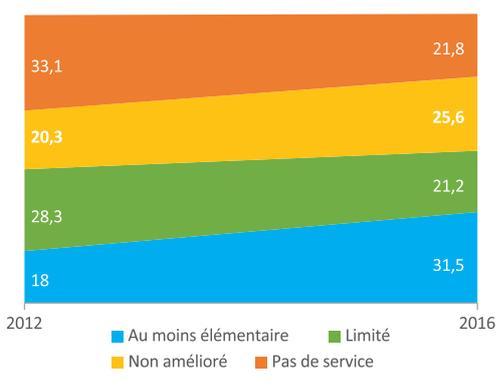
**4.1.2.1 Accès des ménages à l'assainissement**

Depuis l'adoption des ODD, la problématique de l'assainissement englobe non seulement la traditionnelle question de l'utilisation par les populations d'ouvrages d'assainissement permettant un confinement hygiénique des eaux usées et des excréta, mais aussi celle de l'accès universel aux services assurant la collecte, l'évacuation et le traitement des effluents en toute sécurité.

Dans cette optique, le JMP a développé une nouvelle échelle pour mesurer les progrès réalisés dans l'atteinte de la cible 6.2 des ODD<sup>567</sup>. Cette échelle comprend cinq niveaux : 1) les services gérés en toute sécurité (évacuation sur site, vidangés et traités et eaux usées traitées) ; 2) les services élémentaires, qui se définissent par l'utilisation d'installations d'assainissement améliorées non partagées par plusieurs familles ; 3) les services limités pour lesquels les installations d'assainissement améliorées sont partagées par deux ou plusieurs familles ; 4) les services non améliorés comme l'utilisation de latrines à fosse sans dalle ou plateforme, de latrines suspendues et de latrines à seau ; 5) et l'absence de service qui correspond à la pratique de la défécation à l'air libre<sup>568</sup>.

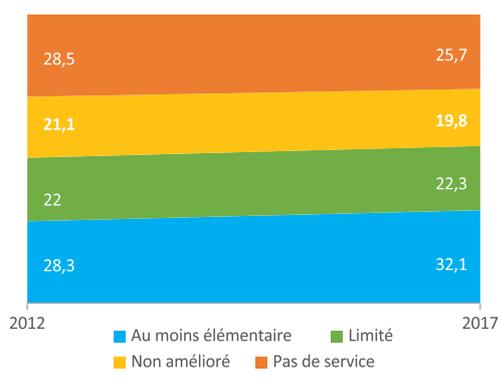
Jusqu'à présent cependant, le JMP et la MICS ne fournissent pas de données concernant les modes d'évacuation, de stockage et de traitement hors sites des excréta. C'est pourquoi l'analyse des progrès réalisés en matière d'accès des ménages à l'assainissement ne pourra s'appuyer que sur les données existantes pour les quatre premiers niveaux de services de la nouvelle échelle (élémentaires, limités, non améliorés et absence de service d'assainissement). Comme pour l'accès à l'eau de boisson, l'analyse de l'accès à l'assainissement repose à la fois sur les données de l'EDS et de la MICS, ainsi que sur celles fournies par le JMP. Au niveau national, les résultats de la MICS-5 et les estimations du JMP indiquent (i) qu'environ 32 % des ménages utilisent des services d'assainissement au moins élémentaires et 22 % des services d'assainissement limités, et que (ii) seul un ménage rural sur six et moins d'un ménage urbain sur deux utilisent un service d'assainissement au moins élémentaire.

**Utilisation d'installations sanitaires par type de service (% de ménages)**



Source : EDS-III, MICS-5.

**Utilisation d'installations sanitaires par type de service (% de ménages)**

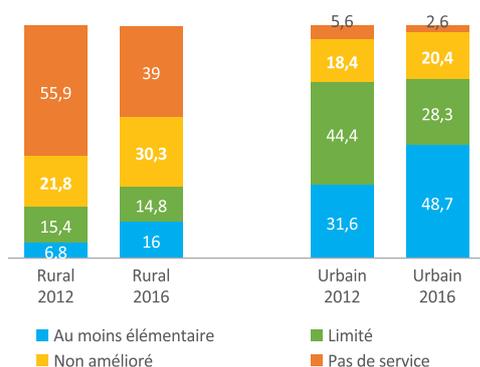


Source : JMP 2019.

## IV. LA RÉALISATION DES DROITS DES ENFANTS

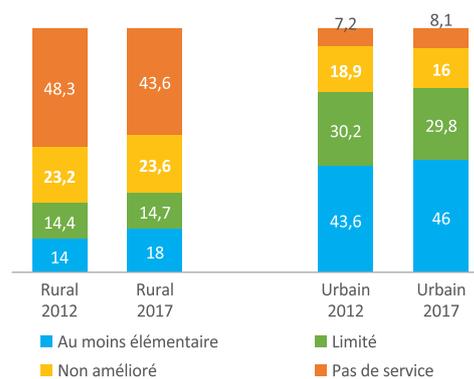
La comparaison des données de l'EDS-III et de la MICS-5 suggère que des progrès de grande ampleur ont eu lieu en matière d'accès aux services élémentaires entre 2012 et 2016, que ce soit en milieu rural (+9,2 points) ou en milieu urbain (+17,1 points). Comme le taux d'utilisation des services au moins élémentaires retenu par le JMP pour l'année 2012 est supérieur de 10 points aux résultats de l'EDS-III pour des raisons liées aux modèles statistiques utilisés, les estimations du JMP ne font pas état d'un progrès aussi important, mais confirment malgré tout la bonne évolution de l'indicateur, tant en milieu rural (+4 points) qu'en milieu urbain (+2,4 points).

**Utilisation d'installations sanitaires en zones rurale et urbaine par type de service (% des ménages)**



Source : EDS-III, MICS-5.

**Utilisation d'installations sanitaires en zones rurale et urbaine par type de service (% des ménages)**

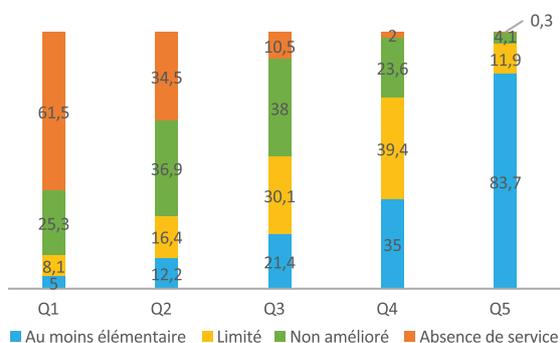


Source : JMP 2019.

L'utilisation de services d'assainissement au moins élémentaires est fortement corrélée avec le niveau de richesse du ménage et n'est vraiment courante que dans les ménages les plus riches. Plus de 70 % des ménages les plus riches ont accès à ce type de service (70,9 % selon le JMP, 83,7 % selon la MICS-5) contre environ 5 % des ménages les plus pauvres, 12 % des ménages pauvres, environ 20 % des ménages du quintile intermédiaire et environ un tiers des ménages riches.

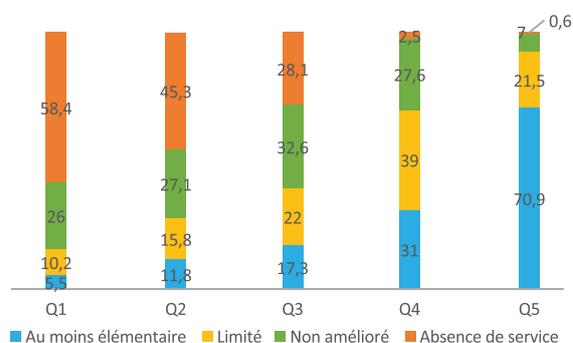
Le JMP ne fournit pas de données sur les disparités régionales, mais la MICS-5 montre qu'elles sont importantes, avec un taux maximal d'utilisation des services d'assainissement au moins élémentaires à Abidjan (60,6 %) et dans le Sud (34,3 %) et un taux minimal dans le Nord-Ouest (11,8 %) et le Nord (12,2 %).

**Utilisation des services d'assainissement en fonction du niveau de richesse (% des ménages)**



Source : MICS-5.

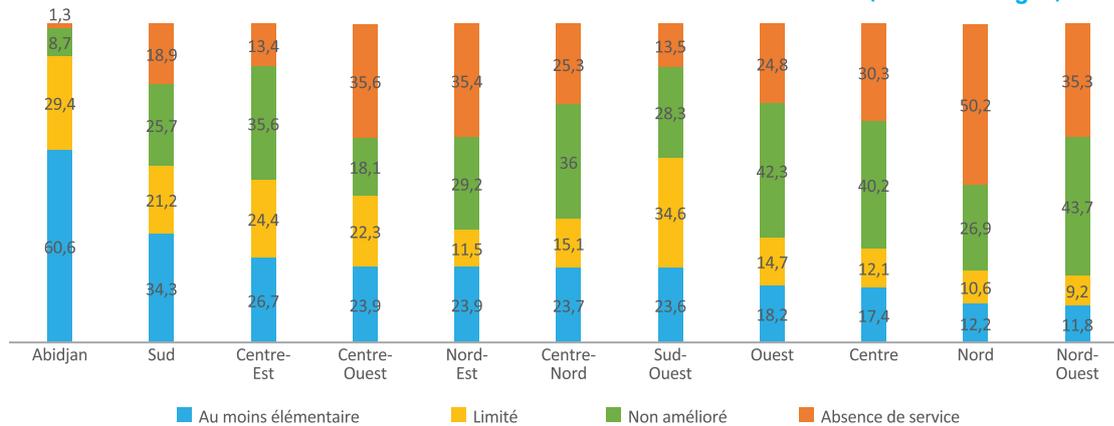
**Utilisation des services d'assainissement en fonction du niveau de richesse (% des ménages)**



Source : JMP 2019.



### Utilisation des services d'assainissement en fonction du lieu de résidence (% des ménages)



En ce qui concerne les services d'assainissement non améliorés, la MICS-5 indique que leur utilisation est en augmentation au niveau national, étant passée de 20,3 % en 2012 à 25,6 % en 2016, avec une hausse plus marquée en milieu rural (21,8 % en 2012 contre 30,3 % en 2016) qu'en milieu urbain (18,4 % en 2012 contre 20,4 % en 2016). Toutefois, les estimations du JMP enregistrent plutôt une quasi-stabilité pour l'utilisation de ce type de service pour 2017 en milieu rural (autour de 24 %), et une baisse de deux points en milieu urbain (16 %). En revanche, les résultats de la MICS et les estimations du JMP concordent pour montrer qu'au niveau national, les ménages ayant le plus recours aux services d'assainissement non améliorés ne sont pas les ménages les plus pauvres (environ 25 %), mais ceux du quintile intermédiaire (38 % selon la MICS-5; 32,6 % selon le JMP) et les ménages pauvres (36,9 % selon la MICS; 27,1 % selon le JMP). Selon la MICS-5, les régions où l'utilisation de services d'assainissement améliorés est la plus forte sont le Nord-Ouest (43,7 %), l'Ouest (42,3 %), le Centre (40,2 %), ainsi que le Centre-Nord (36 %) et le Centre-Est (35,6 %).

Au niveau national, la proportion des ménages n'utilisant aucun service d'assainissement est en diminution. Toutefois, les résultats de la MICS-5 et les estimations du JMP indiquent qu'environ un quart des ménages continuent de pratiquer la défécation à l'air libre (DAL), exposant les enfants au risque de contamination par des parasites, tels que les vers intestinaux.

En milieu rural, la proportion des ménages pratiquant la DAL a connu un recul spectaculaire selon la MICS (39 % en 2016 contre 55,9 % en 2012), mais les progrès sont plus limités selon l'estimation du JMP, avec un recul de seulement quatre points entre 2012 et 2017. En milieu urbain, la pratique de la DAL a diminué de 3 points entre 2012 (5,6 %) et 2016 (2,6 %) selon la MICS, mais augmenté de près d'un point pour atteindre 8,1 % en 2017 selon le JMP.

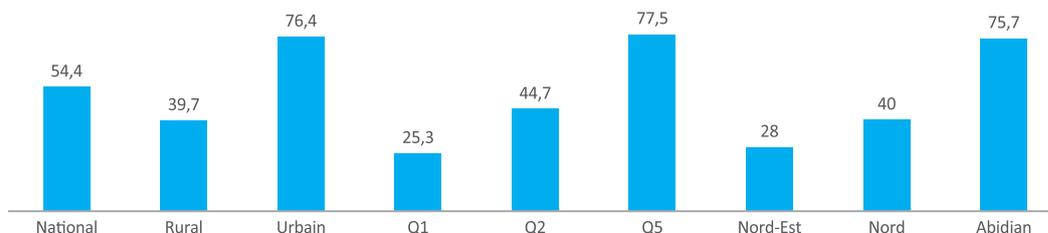
De façon générale, la MICS comme le JMP montrent que la pratique de la DAL est fortement corrélée avec le niveau de richesse du ménage : environ 60 % des ménages les plus pauvres la pratiquent contre moins de 3 % des ménages riches et moins de 1 % des ménages les plus riches. Selon le JMP, la pratique de la DAL dans les ménages pauvres (45,3 %) et du quintile intermédiaire (28,1 %) est davantage répandue que ne le donnent à penser les résultats de la MICS-5 (Q2 : 34,5 % ; Q3 : 10,5 %).

Enfin, selon la MICS-5, les disparités régionales restent encore très prononcées : la DAL est ainsi pratiquée par un ménage sur deux dans la région du Nord et un ménage sur trois dans les régions du Centre-Ouest (35,6 %), du Nord-Est (35,4 %), du Nord-Ouest (35,3 %) et du Centre (30,3 %). À l'inverse, la proportion des ménages n'utilisant aucun service d'assainissement est inférieure à 20 % dans les régions du Sud (18,9 %), du Sud-Ouest (13,5 %), du Centre-Est (13,4 %) et à Abidjan (1,3 %).

En ce qui concerne le mode d'évacuation des excréta des enfants en bas âge, les seules données disponibles sont fournies par l'EDS-III et la MICS-5. Entre 2012 et 2016, la proportion des ménages évacuant les matières fécales des enfants de moins de 2 ans de manière hygiénique est passée d'environ 40-45 %<sup>569</sup> à 54,4 %. L'écart entre les ménages urbains (76,4 %) et ruraux (39,7 %) reste toutefois très important. Si la proportion augmente avec le niveau d'instruction de la mère (aucune instruction : 50,1 % ; éducation secondaire et plus : 67,7 %), elle est surtout fortement corrélée avec le niveau de richesse du ménage : il existe ainsi un écart de 50 points de pourcentage entre la proportion des ménages les plus pauvres qui évacuent les fèces des enfants de moins de 2 ans de manière hygiénique (Q1 :

25,3 %) et celle des ménages les plus riches (Q5 : 77,5 %). La MICS montre qu'il existe peu de variations concernant cette pratique en fonction des régions, mais que trois d'entre elles affichent cependant des résultats atypiques : le Nord-Est et le Nord, où seuls respectivement 28 % et 40 % des ménages évacuent les matières fécales des enfants de moins de 2 ans de manière hygiénique et le district d'Abidjan où cette proportion atteint 75,7 %.

#### Proportion d'enfants de moins de 2 ans dont les selles sont évacuées de manière hygiénique en fonction du niveau de richesse et du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5.

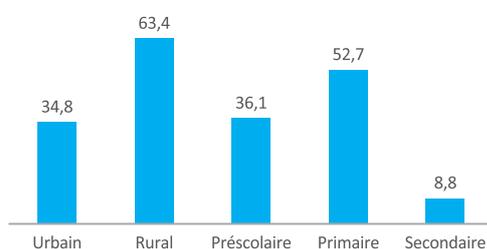
#### 4.1.2.2 Accès à l'assainissement dans les établissements scolaires

Le SIGE ne collecte pour l'instant que des données sur la proportion d'écoles et d'élèves disposant de latrines fonctionnelles. Il n'est donc pas possible d'apprécier le type d'infrastructures d'assainissement disponibles (toilettes différenciées selon le sexe ou pas), leur accessibilité (notamment pour les enfants vivant avec un handicap) ou la qualité du service fourni (élémentaire, limité ou non amélioré). Des données anecdotiques indiquent toutefois que la situation reste très insatisfaisante dans la plupart des établissements préscolaires et primaires pour chacun de ces indicateurs<sup>570</sup>.

Selon les dernières statistiques scolaires disponibles pour l'année 2018-2019, 36,1 % des écoles préscolaires, 52,7 % des écoles primaires et 8,8 % des établissements du secondaire général sont dépourvus d'installations d'assainissement fonctionnelles.

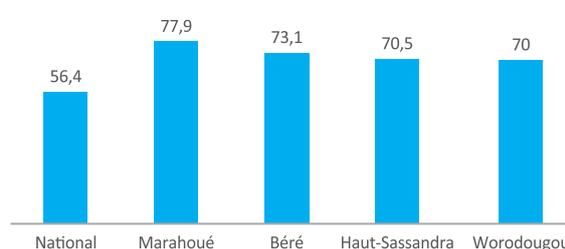
Comme pour l'accès à l'eau, la situation est plus préoccupante dans les écoles communautaires (92,6 % ne disposent pas de toilettes fonctionnelles) et celles situées en milieu rural (63,4 %). En moyenne, 56,4 % des écoles primaires publiques sont dépourvues d'installations d'assainissement et le problème est encore plus criant dans les régions de la Marahoué (77,9 %), du Béré (73,1 %), du Haut-Sassandra (70,5 %) et du Worodougou (70 %).

#### Pourcentage d'établissements scolaires n'ayant aucune installation d'assainissement en fonction du niveau scolaire et de la localisation



Source : SIGE 2018-2019.

#### Pourcentage d'écoles primaires publiques n'ayant aucune installation d'assainissement



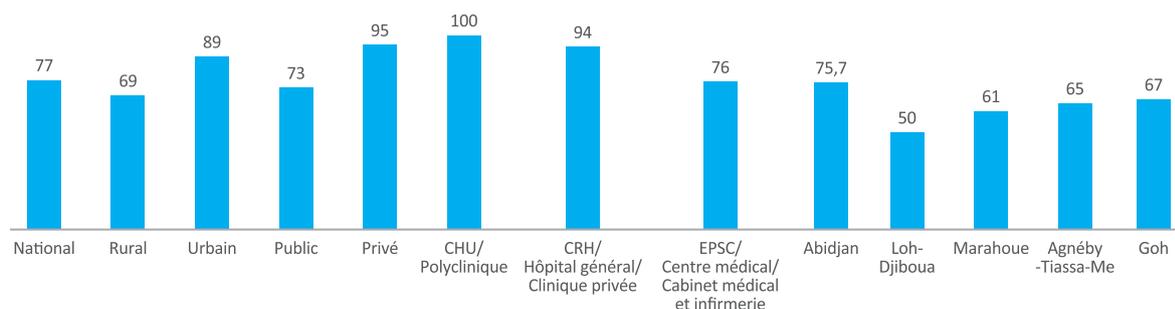
#### 4.1.2.3 Accès à l'assainissement dans les établissements de santé

Le JMP ne fournit pas encore de données concernant la présence, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services d'assainissement dans les établissements de santé. Les seules données nationales disponibles proviennent de l'enquête SARA qui, en 2016, a montré que près d'un quart (23 %) des établissements de santé ne disposaient pas d'une installation d'assainissement amélioré. Il existe, par ailleurs, un écart important entre les établissements urbains où les installations d'assainissement améliorées sont disponibles dans 89 % des établissements et les établissements ruraux où elles ne sont présentes que dans 69 % des cas. Les taux d'accès à l'assainissement sont



assez proches ou supérieurs à la moyenne nationale (77 %) dans la plupart des régions, mais quatre d’entre elles affichent des taux sensiblement inférieurs : Loh-Djiboua (50 %), Marahoué (61 %), Agnéby-Tiassa-Mé (65 %) et Gôh (67 %). En outre, l’enquête SARA ne contient pas d’information sur l’état des installations d’assainissement observé dans les établissements de santé. Or, selon une enquête réalisée en 2016 dans 109 établissements sanitaires des régions du Cavally, du Guémon et du Tonkpi, si 66 % des centres de santé disposaient de latrines améliorées, seuls 41,3 % d’entre eux avaient des latrines améliorées fonctionnelles<sup>571</sup>.

### Proportion des établissements de santé disposant d’une installation d’assainissement améliorée (%)



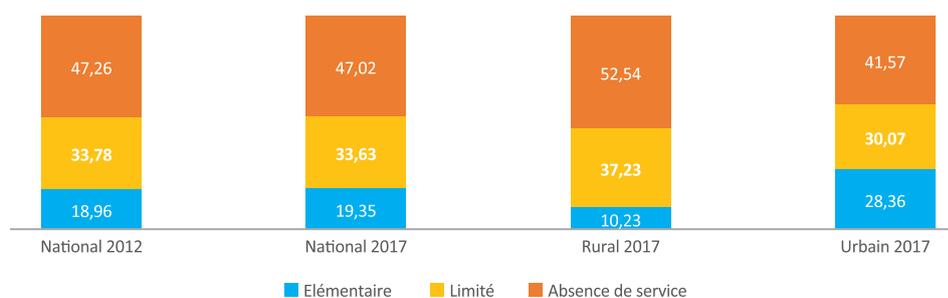
Source : SARA 2017.

## 4.1.3 Accès à l’hygiène

### 4.1.3.1 Accès des ménages à l’hygiène

Dans le cadre du suivi des progrès vers la réalisation de la cible 6.2 des ODD en matière d’hygiène, le JMP a développé une échelle concernant le service du lavage des mains qui distingue : 1) l’installation élémentaire qui correspond à une installation de lavage des mains avec du savon et de l’eau dans le foyer ; 2) l’installation limitée qui correspond à une installation de lavage des mains sans eau ou sans savon ; et 3) l’absence d’installation.

### Utilisation d’un service de lavage des mains (% des ménages)



Source : JMP 2019.

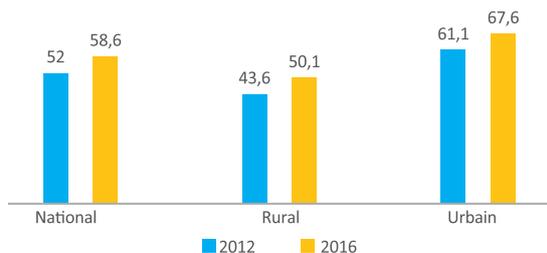
Selon les dernières données rendues publiques par le JMP, en 2017, moins de 20 % des ménages avaient une installation élémentaire pour le service de lavage des mains (avec de l’eau et du savon), environ 33 % des ménages avaient une installation limitée (sans savon ou sans eau) et environ 47 % ne disposaient d’aucune installation. La situation apparaît particulièrement préoccupante en milieu rural où, en 2017, à peine un ménage sur dix utilisait un service élémentaire de lavage des mains, contre un peu moins d’un tiers des ménages en milieu urbain. Les estimations du JMP montrent également qu’aucun progrès n’a été réalisé entre 2012 et 2017.

L’analyse des avancées et des obstacles en matière d’accès à l’hygiène ne peut toutefois reposer uniquement sur les données du JMP. En effet, ces dernières ne fournissent pas d’information sur l’évolution du niveau d’accès en milieu rural et urbain sur la longue durée et ne sont pas ventilées par quintile de richesse ou par région. En dépit du fait qu’elles ne s’intègrent qu’imparfaitement dans la nouvelle échelle développée par le JMP, les données de l’EDS-III et de la MICS-5, qui sont beaucoup plus complètes que celles du JMP, seront donc privilégiées dans le reste de cette analyse.

À la différence du JMP, la comparaison des données de l'EDS-III et de la MICS-5 fait apparaître des progrès importants réalisés entre 2012 et 2016 en matière d'accès à l'hygiène.

Selon la MICS-5, la proportion de ménages disposant d'une installation pour le lavage des mains<sup>572</sup> dans un lieu spécifique a progressé de 52 % en 2012 à 58,6 % en 2016. Même si la proportion de ménages ruraux disposant d'une station de lavage des mains reste inférieure d'environ 15 points de pourcentage à celle des ménages urbains, des progrès importants ont été réalisés tant en milieu rural (50,1 % en 2016 contre 43,6 % en 2012) qu'en milieu urbain (67,6 % en 2016 contre 61,1 % en 2012).

#### Accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique (% des ménages)



Source : EDS-III, MICS-5.

La possession d'une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique est fortement influencée par le niveau de richesse, avec un écart de près de 25 points de pourcentage entre les ménages les plus pauvres et les plus riches. Entre 2012 et 2016, l'accès à une installation pour le lavage des mains a augmenté dans tous les ménages, avec une progression maximale de plus de 9 points dans les ménages appartenant au quintile intermédiaire (Q3) : 54,4 % d'entre eux avaient une installation pour le lavage des mains en 2016 contre 45 % en 2012.

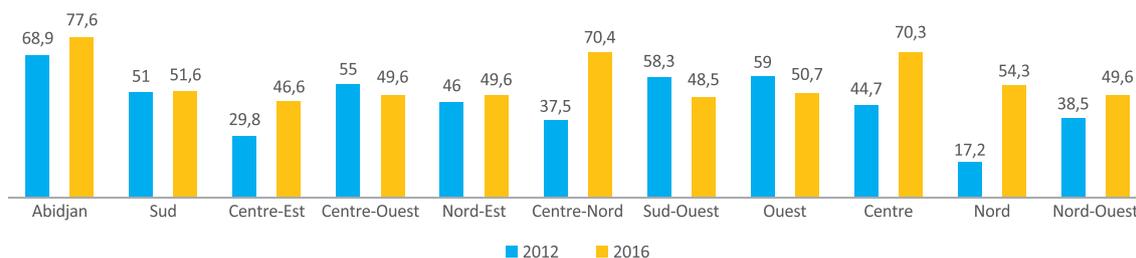
#### Accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique en fonction du niveau de richesse (% des ménages)



Source : EDS-III, MICS-5

Les disparités régionales restent importantes, mais sont en recul : en 2012, moins d'un tiers des ménages avaient une installation dans un lieu spécifique pour le lavage des mains dans les régions du Nord (17,2 %), du Centre-Est (29,8 %), du Centre-Nord (37,5 %) et du Nord-Ouest (38,5 %) ; en 2016, dans pratiquement chaque région, au moins un ménage sur deux disposait d'une installation de lavage des mains dans un lieu spécifique, avec un minimum à 46,6 % dans le centre-Est et un maximum à Abidjan (77,6 %).

#### Accès à une installation dans un lieu spécifique pour le lavage des mains en fonction du lieu de résidence (% des ménages)

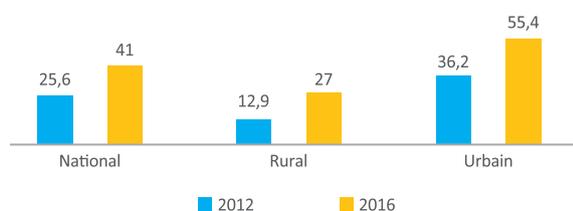


Source : EDS-III, MICS-5.



La proportion de ménages ayant un lieu spécifique pour le lavage des mains et disposant d'eau, de savon ou d'un autre produit nettoyant a, quant à elle, très fortement progressé puisqu'elle est passée de 25,6 % en 2012 à 41 % en 2016. La progression a été importante tant en milieu rural (27 % en 2016 contre 12,9 % en 2012) qu'en milieu urbain (55,4 % en 2016 contre 36,2 % en 2012).

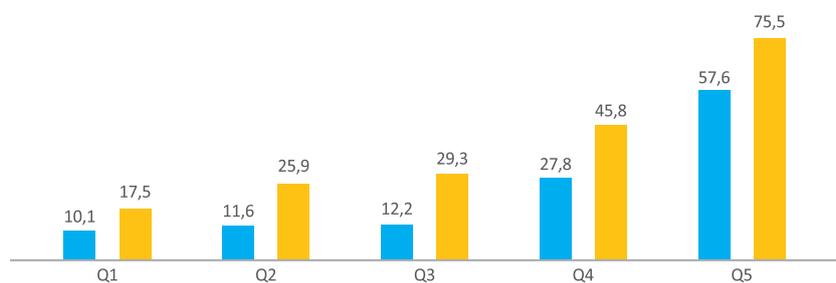
**Accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique avec de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant (% des ménages)**



Source : EDS-III, MICS-5.

Toutefois, l'accès à l'hygiène reste très faible, en particulier dans les ménages appartenant aux trois premiers quintiles de richesse : seuls 17,5 % des ménages les plus pauvres et environ un quart des ménages pauvres et intermédiaires disposent d'une installation pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant, contre près de la moitié des ménages riches et les deux tiers des ménages les plus riches.

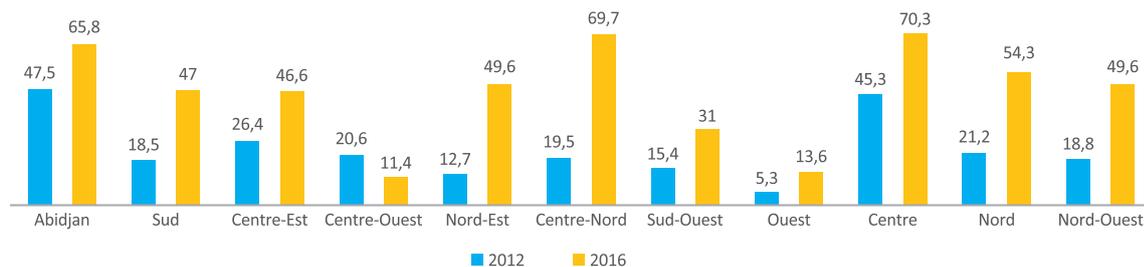
**Accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique avec de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant en fonction du niveau de richesse (% des ménages)**



Source : EDS-III, MICS-5.

Les disparités régionales sont aussi très prononcées. Pour des raisons qui restent à déterminer, dans le Centre-Ouest (11,4 %) et l'Ouest (13,6 %), à peine un dixième des ménages qui ont une installation pour le lavage des mains ont de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant. Cette proportion monte à près d'un tiers dans les ménages du Sud-Ouest (31 %), à environ la moitié des ménages dans les régions du Sud (47 %), du Centre-Est (46,6 %), du Nord-Est (49,6 %), du Nord-Ouest (49,6 %) et du Nord (54,3 %) et aux deux tiers à Abidjan (65,8 %), dans la région Centre (70,3 %) et celle du Centre-Nord (69,7 %).

**Accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique avec de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant en fonction du lieu de résidence (% des ménages)**



Source : EDS-III, MICS-5.

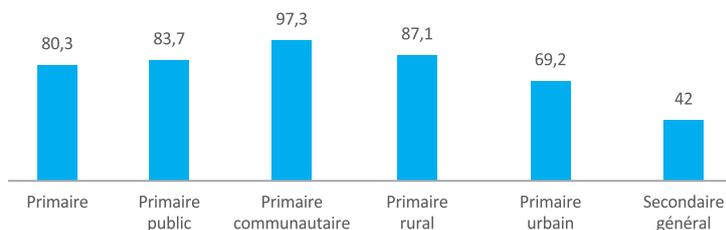
Comme le note le dernier rapport du JMP, l'accès des ménages à un service de lavage des mains peut également se faire grâce à un dispositif mobile<sup>573</sup>. Cependant, comme le souligne le rapport du JMP en 2019, l'eau et le savon sont plus rarement présents au niveau d'un dispositif mobile que d'une installation dans un lieu spécifique : seule 34 % de la population disposant d'une installation mobile utilise de l'eau et du savon pour se laver les mains contre 79 % de la population ayant une installation de lavage des mains dans un lieu spécifique<sup>574</sup>.

#### 4.1.3.2 Accès à l'hygiène dans les établissements scolaires

Selon les données du SIGE 2016-2017 reprises par le JMP, la proportion d'établissements scolaires disposant d'un dispositif de lavage des mains n'est que de 34,6 %. Cette proportion est de 58 % dans le préscolaire et de 31 % dans le primaire. Au niveau national, la proportion d'établissements disposant d'installations de lavage des mains fonctionnelles (c'est-à-dire avec de l'eau) n'est que de 29,7 % (54 % dans le préscolaire et 26 % dans le primaire). Il n'existe encore aucune donnée relative à la présence de savon ou d'un autre produit nettoyant dans les établissements scolaires ou à la distance séparant le dispositif de lavage des mains des installations d'assainissement.

Les données du SIGE pour 2018-2019, qui ne fournissent des informations que sur la présence de lave-mains au primaire et au secondaire général, sont particulièrement préoccupantes : 80,3 % des écoles primaires et 42 % des établissements du secondaire général ne disposent pas de lave-mains ; ce pourcentage monte à 87,1 % dans les écoles primaires rurales (69,2 % dans les écoles urbaines), à 83,7 % dans les écoles primaires publiques et à 97,3 % dans les écoles primaires communautaires. La proportion d'écoles primaires publiques ayant un lave-mains n'est que de 3,2 % dans la région de La Mé et de 3,7 % dans celle de Gbôklé.

#### Pourcentage d'établissements scolaires du primaire et du secondaire général ne disposant d'aucune installation pour le lavage des mains

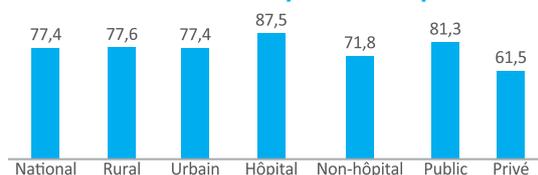


Source : SIGE 2018-2019.

#### 4.1.3.3 Accès à l'hygiène dans les établissements de santé

Selon les données du JMP, 97,7 % des établissements de santé ont une installation de lavage des mains aux points de soins ou à 5 mètres des toilettes et 77,4 % des établissements ont une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon ou une solution hydroalcoolique. Ce taux varie peu en fonction de la localisation (rural : 77,6 % ; urbain : 77,4 %) ou du type d'établissement (hôpital : 87,5 % ; non-hôpital : 71,8 %), mais il est plus faible dans les centres privés (61,5 %) que dans les centres publics (81,3 %). Le JMP ne fournit pas d'information sur les disparités régionales existant entre les établissements de santé en matière d'accès à l'hygiène. Selon l'enquête SARA, qui avait évalué à 85 % la proportion des établissements de santé disposant d'eau et de savon ou d'une solution hydroalcoolique, la plupart des régions ont un taux proche ou supérieur à la moyenne nationale, à l'exception de celles du Boukani-Gontougo (55 %), du Gôh (59 %), du Worodougou-Béré (66 %), du Lôh-Djiboua (73 %) et du Gbôklé-Nawa-San Pedro (77 %) où l'accès à l'hygiène est beaucoup plus limité.

#### Pourcentage d'établissements de santé ayant une installation de lavage des mains avec de l'eau, du savon ou une solution hydroalcoolique



Source : JMP 2018.



## 4.2 Analyse causale

### 4.2.1 Barrières à l'accès universel et équitable à l'eau potable des ménages

La Côte d'Ivoire affiche un taux d'accès à des services d'eau potable au moins élémentaires de plus de 70 %, soit plus de 10 points au-dessus de la moyenne constatée dans les pays d'Afrique subsaharienne (61 % selon le JMP en 2017). Toutefois, ces performances restent inférieures à celles de pays de la sous-région ayant un revenu par tête inférieur comme le Sénégal ou équivalent comme le Ghana (taux d'accès supérieur à 80 % dans ces deux pays selon le JMP)<sup>575</sup>. Cette situation s'explique à la fois par un déficit en matière d'offre et des obstacles persistants au niveau de la demande. Par ailleurs, des défis importants restent à surmonter pour améliorer la qualité de l'eau consommée : selon le JMP, celle-ci n'a pratiquement pas progressé entre 2000 et 2017 et seuls 45 % des ménages (26 % des ménages ruraux) consomment de l'eau non contaminée contre 55 % des ménages ghanéens (45 % des ménages ruraux).

#### 4.2.1.1 Barrières du côté de l'offre

Les barrières du côté de l'offre se situent à plusieurs niveaux.

- En milieu urbain

Selon les dernières estimations du JMP, la proportion des ménages utilisant une source d'eau potable améliorée est élevée (88 % en 2017), mais elle est en recul depuis 2000 (91 %). De plus, la proportion des ménages urbains ayant accès à de l'eau potable grâce à un réseau de canalisation est en baisse de 10 points, étant passée de 72 % en 2000 à 62 % en 2017 et celle des ménages urbains ayant accès à une eau potable immédiatement disponible a diminué de 57 % en 2000 à 55 % en 2017. Ces évolutions s'expliquent par la forte explosion démographique qu'ont connue, au cours des dernières décennies, Abidjan et la plupart des autres villes du pays<sup>576</sup> et l'installation fréquente des nouveaux habitants dans des quartiers non raccordés aux réseaux publics d'eau potable (RéPEP) et ne disposant pas de bornes-fontaines en nombre suffisant.

Cette situation est également due au manque d'investissements réalisés au cours des dernières décennies pour capter de nouvelles ressources, entretenir et développer les capacités de production, de stockage et de distribution existantes et créer de nouveaux réseaux. Dans de nombreux quartiers, les fuites dues à la vétusté des infrastructures et le grand nombre de branchements illégaux<sup>577</sup> occasionnent des baisses importantes de pression et des ruptures de service pendant plusieurs mois<sup>578</sup>.

Les initiatives prises par les habitants pour pallier les dysfonctionnements du réseau contribuent souvent à aggraver la situation : en effet, ceux qui en ont les moyens installent des surpresseurs, grâce auxquels ils peuvent accroître la pression de l'eau dans leur logement, mais au détriment des abonnés qui ne peuvent en faire autant ; d'autres vont jusqu'à casser les canalisations du réseau – où l'eau circule encore sans pouvoir être acheminée jusqu'aux abonnés – avec pour conséquences des ruptures de service prolongées dans les autres parties de la ville et un risque élevé de contamination de la ressource par des matières fécales ou des produits polluants<sup>579</sup>.

Enfin, alors que la Côte d'Ivoire dispose de ressources en eau abondantes<sup>580</sup>, des changements dans la pluviométrie constatée depuis 2015 combinés aux besoins d'eau toujours croissants des ménages, du secteur agricole et des industries ont créé des situations de stress hydrique dans plusieurs villes du pays. Le cas de Bouaké, la deuxième ville du pays, dont les habitants ont subi une grave pénurie d'eau en 2018 après l'assèchement du lac de barrage de la Loka, a particulièrement marqué les esprits, mais d'autres villes du nord et du centre du pays subissent également désormais, elles aussi, des interruptions prolongées du service d'approvisionnement en eau potable pendant la saison sèche. Les forages entrepris en urgence autour de plusieurs localités et la distribution d'eau potable par des citernes de la Société privée de distribution d'eau de Côte d'Ivoire (SODECI) ou de l'Office national de l'eau potable (ONEP) permettent de ravitailler temporairement la population, mais des investissements conséquents sont nécessaires pour pouvoir s'adapter aux nouvelles contraintes climatiques et démographiques en milieu urbain.

Conscient de ces défis, le gouvernement a multiplié, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, les projets destinés à accroître les capacités de production et de distribution d'eau potable : des dizaines de châteaux d'eau ont ainsi été construits ou sont en cours de construction et d'importants travaux d'adduction d'eau ont été réalisés comme ceux permettant d'alimenter Abidjan et les villes environnantes à partir de la nappe phréatique de Bonoua. De son côté, la SODECI, qui est chargée par l'État ivoirien de produire, de transporter et de commercialiser l'eau potable auprès des populations urbaines, a rénové et étendu ses réseaux à Abidjan et dans l'intérieur du pays et renforcé ses capacités en matière de détection et de réparation des fuites et de lutte contre la fraude.

Entre 2015 et 2017, la production totale de la SODECLI a ainsi progressé de 227,4 à 251 millions de m<sup>3</sup> d'eau avec une augmentation du nombre d'abonnés de 388 467 en 2014 à 937 183 en 2016 et 1,028 million en 2017<sup>581</sup> et une hausse du rendement du réseau de 60 % en 2015 à 66 % fin 2017<sup>582</sup>. En 2017, la SODECLI a signé avec l'ONEP un contrat quinquennal portant sur la réalisation de travaux de rénovation et d'extension du réseau, en particulier dans certains quartiers précaires des communes de Cocody et d'Abobo à Abidjan, ainsi qu'à l'intérieur du pays<sup>583</sup>. En 2017, le gouvernement a, par ailleurs, lancé le Programme Eau pour Tous (PEPT) qui prévoit, entre autres, la réalisation de travaux d'adduction d'eau potable à travers tout le pays.

Compte tenu des perspectives de croissance de la population urbaine, qui devrait représenter 60 % du total en 2030<sup>584</sup>, la poursuite et l'intensification des efforts en vue de capter de nouvelles ressources en eau<sup>585</sup> et d'améliorer l'offre en milieu urbain<sup>586</sup>, en particulier dans les quartiers précaires et périurbains, apparaissent indispensables pour espérer atteindre la cible 6.1 des ODD.

#### • En milieu rural

Les contraintes pesant sur l'offre de services d'approvisionnement en eau potable restent fortes : entre 2000 et 2017, la proportion des ménages ayant accès à des services d'eau au moins élémentaires a progressé de 56 % à 58 % et celle des ménages ayant recours à des eaux de surface a diminué de 10 % à 9 %. Cependant, le pourcentage des ménages utilisant des services non améliorés a augmenté de 2 points, passant de 21 % en 2000 à 23 % en 2017, et celui des ménages ayant accès à l'eau potable par un réseau de canalisation a reculé de 5 points, de 25 % en 2000 à 20 % en 2017.

L'importance de la contrainte en matière d'offre en milieu rural se reflète également au niveau de la proportion encore élevée des ménages du quintile le plus riche utilisant des sources d'eau non améliorées (14,83 % en 2015 selon le JMP) et de l'eau de surface (6,43 %).

Les barrières au développement de l'offre de services d'eau potable en milieu rural tiennent au manque de ressource en eau disponible dans le nord du pays pendant la saison sèche du fait du climat sahélien qui y prédomine<sup>587</sup>, mais aussi et surtout en raison de la faiblesse historique des investissements réalisés jusqu'ici dans ce sous-secteur. En application des principes arrêtés par le Programme national d'hydraulique humaine (PNHH) au début des années 1970, l'accès à des services d'approvisionnement en eau potable améliorés en milieu rural est assuré :

- par des forages équipés de pompes à motricité humaine (PMH) (hydraulique villageoise ou HV<sup>588</sup>) dans les localités et les centres de peuplement de 1 000 habitants ;
- par des systèmes de mini-AEP (adduction en eau potable) dans les localités électrifiées<sup>589</sup> de 1 000 à 4 000 habitants (hydraulique villageoise améliorée ou HVA<sup>590</sup>).

Or, selon l'Office national de l'eau potable (ONEP), en 2016, seuls 77 % des 29 438 localités éligibles à l'hydraulique villageoise (HV) disposent de points d'eau et à peine 14 % des 2 164 localités éligibles à l'hydraulique villageoise avancée (HVA) bénéficient de systèmes de mini-AEP<sup>591</sup>.

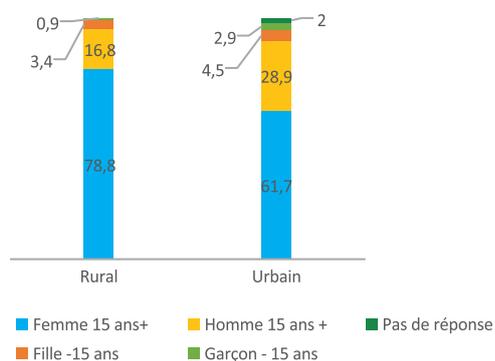
En outre, lorsque les infrastructures d'hydraulique rurale existent, le taux de non-fonctionnement du service est élevé : selon l'ONEP, en 2016, 16 % des infrastructures de HVA avaient besoin d'être réhabilitées et plus de 39 % des PMH étaient en panne<sup>592</sup>. La qualité des ouvrages de HVA varie, en effet, fortement selon les localités et un grand nombre de PMH, installées souvent il y a plus de quarante ans, se trouvent dans un très mauvais état, faute d'entretien et de maintenance régulière.

Cette situation s'explique par : (i) la difficulté de se procurer des pièces détachées en dehors des grandes villes en l'absence d'un réseau national de distribution de pièces de rechange des PMH ; (ii) le nombre insuffisant d'artisans réparateurs (381 en 2016 selon l'ONEP<sup>593</sup>) et le manque de jeunes villageois formés aux gestes simples de dépannage<sup>594</sup> ; (iii) la faible implication de la population locale dans l'entretien et la gestion des points d'eau dans de nombreux villages ; et (iv) les difficultés de fonctionnement rencontrées par les comités de gestion des points d'eau (CGPE) dans les localités où ils sont opérationnels.

Les systèmes de recouvrement des coûts mis en place par les CGPE (vente directe d'eau au point de collecte ou paiement d'une cotisation mensuelle) ne permettent généralement pas de couvrir les coûts opérationnels ni de disposer d'une trésorerie permettant d'acheter les pièces de rechange nécessaires et de financer l'intervention rapide d'un artisan réparateur. À ces difficultés s'ajoutent (i) l'insuffisante professionnalisation des membres des CGPE, (ii) un manque de stabilité dans la composition des comités et (iii) une association insuffisante des femmes dans les prises de décision et la gestion des CGPE alors même que ces dernières sont les premières intéressées au bon fonctionnement des structures hydrauliques villageoises puisqu'en milieu rural, elles assurent la collecte d'eau dans près de 80 % des cas (MICS-5).



### Personne qui va habituellement chercher de l'eau en milieu rural et urbain (%)



Source : MICS-5

Face à cette situation, le gouvernement a annoncé qu'il allait, dans le cadre du Programme social du gouvernement, remplacer gratuitement, d'ici à 2020, 21 000 PMH. Il a également présenté un plan d'investissement d'un montant de 283 milliards de FCFA (environ 480 millions d'USD) destiné à assurer, d'ici 2030, l'approvisionnement en eau potable de 100 % de la population rurale et l'équipement de l'ensemble des localités de moins de 4000 habitants en système d'hydraulique rural adéquat. Enfin, il a développé une stratégie nationale de gestion et de maintenance des infrastructures d'eau potable en milieu rural basée sur la professionnalisation des services de l'eau et la couverture des charges d'exploitation des ouvrages d'hydraulique rurale par les contributions des usagers. Toutefois, cette stratégie n'a pas encore été officiellement adoptée.

La réussite de ces initiatives dépendra : (i) de l'adoption définitive des documents de stratégie en matière de gestion et de maintenance de l'hydraulique rurale ; (ii) de la mise à disposition des moyens nécessaires pour remettre à niveau toutes les installations d'hydraulique actuellement défectueuses et assurer leur maintenance, en veillant à impliquer le secteur privé ; (iii) de la capacité à assurer la formation et le recyclage des agents du secteur et à professionnaliser la gestion de tous les systèmes d'hydraulique rurale en exploitation sur le territoire ; (iv) de la mise en place d'un réseau national de distribution de pièces de rechange des PMH à un prix de vente abordable ; (v) de l'adoption d'un régime spécial d'importation des pièces détachées ; et (vi) du développement d'un système d'information fournissant des données actualisées sur l'état des infrastructures afin de faciliter la planification des futurs investissements et éviter les duplications<sup>595</sup>.

#### 4.2.1.2 Barrières du côté de la demande

##### • En milieu urbain

Le coût ne représente généralement pas un obstacle majeur à l'utilisation d'un service d'approvisionnement en eau potable (réseau SODECI ou bornes-fontaines) au moins élémentaire, sauf pour les ménages les plus pauvres. Selon le JMP, en 2015, 18 % des ménages les plus pauvres utilisaient des sources d'eau non améliorées (dont 1 % de l'eau de surface), contre 7 % des ménages pauvres et 3,2 % des ménages du quintile intermédiaire.

Cette situation est liée au fait que les ménages les plus pauvres habitent dans des quartiers précaires ou périurbains, mal raccordés au réseau public d'eau potable et subissant de fréquentes interruptions du service d'approvisionnement. N'ayant pas les moyens de payer pour le raccordement de leur habitation ni d'acheter régulièrement de l'eau auprès des bornes-fontaines ou des revendeurs ambulants, ils réduisent au maximum leur niveau de consommation et se tournent fréquemment vers des sources d'eau non améliorées comme les puits traditionnels<sup>596</sup>. Une étude conduite en 2018 a ainsi montré que 66 % des ménages des quartiers périurbains du district d'Abidjan, qui sont composés en moyenne de six individus, ont une consommation très inférieure (entre 100 et 200 litres d'eau par jour) à celle préconisée par l'OMS (environ 300 litres par jour). De plus, selon cette même étude, 20 % des ménages de ces quartiers ont encore recours à des sources d'eau non améliorées (10 % utilisent exclusivement l'eau issue des puits traditionnels et l'eau de surface), ce choix étant motivé dans 40 % des cas par des considérations de coûts<sup>597</sup>.

Afin de surmonter ces barrières, le gouvernement finance depuis plusieurs années, avec l'appui des partenaires techniques et financiers, des projets de branchements sociaux au réseau de la SODECI dans les quartiers précaires

et périurbains : pour un coût près de 20 fois inférieur au tarif normal (10000 FCFA contre 180000 FCFA), plus de 150000 ménages ont ainsi été raccordés au réseau de la SODECI à travers tout le territoire entre 2015 et 2017<sup>598</sup>. En 2017, le gouvernement a lancé le Programme Eau pour tous (PEPT) qui prévoit, entre autres, la réalisation de 450000 branchements sociaux supplémentaires entre 2018 et 2020 et la réduction du coût du branchement à 70000 FCFA, avec la possibilité d'un préfinancement et d'un remboursement échelonné sur 10 ans, au fur et à mesure du prépaiement des consommations d'eau<sup>599</sup>.

Ces initiatives sont positives mais nécessitent toutefois, pour avoir un impact maximal :

- de surmonter les obstacles posés par le caractère souvent illicite des constructions dans lesquelles résident les habitants des quartiers précaires et des zones périurbaines ;
- de réaliser les raccordements en utilisant des techniques et des équipements qui tiennent compte des caractéristiques des quartiers précaires et périurbains, certains se trouvant sur des terrains inondables, d'autres sur des zones polluées ;
- de renforcer le niveau de connaissances des populations éligibles aux programmes de raccordements sociaux. L'étude réalisée par l'UNICEF en 2018 a, en effet, montré que 67 % des habitants des quartiers précaires et périurbains d'Abidjan ne savent pas qu'il existe désormais des programmes de branchements subventionnés au réseau public d'eau potable<sup>600</sup>.

#### • En milieu rural

La demande en services d'approvisionnement en eau potable est contrainte par plusieurs facteurs, qui varient selon les communautés, mais qui incluent :

- le coût d'investissement pour se doter de PMH (de 20000 à 30000 FCFA par habitant) et, plus encore, pour installer un système HVA (entre 30000 et 40000 FCFA par habitant)<sup>601</sup> ;
- le prix de vente de l'eau potable, qui varie considérablement en zones rurales en fonction des coûts de maintenance et qui peut s'avérer prohibitif pour les ménages les plus pauvres. Selon les données du JMP, en milieu rural, en 2015, les ménages les plus pauvres utilisaient deux fois plus d'eau issue de sources non améliorées (27,8 %) et d'eau de surface (13,7 %) que les ménages les plus riches (sources d'eau non améliorées : 14,83 % ; eau de surface : 6,43 %). L'effet dissuasif des tarifs pratiqués par certains comités de gestion est d'autant plus important que le fonctionnement des CGPE manque souvent de transparence – ce qui crée un climat de défiance et alimente des soupçons de pratiques commerciales abusives – et que de nombreux ménages considèrent, à la suite des promesses électorales des hommes politiques nationaux et locaux, que l'eau devrait leur être fournie gratuitement<sup>602</sup> ;
- le temps mis pour pouvoir collecter l'eau potable du fait du nombre insuffisant de PMH par rapport à la population<sup>603</sup> ;
- des conflits pouvant surgir dans les longues files d'attente entre les femmes venues collecter l'eau à la pompe, notamment lorsqu'elles sont issues de communautés différentes et qu'une des communautés considère qu'elle est propriétaire de la source, le forage ayant été réalisé sur son territoire<sup>604</sup> ;
- l'éloignement des forages par rapport aux lieux d'habitation, ce qui conduit de nombreuses femmes à continuer de collecter de l'eau au niveau de sources non améliorées. Selon la MICS-5, 16,7 % des ménages ruraux mettent au moins 30 minutes aller-retour pour atteindre une source d'eau améliorée. Cette situation est liée au manque d'infrastructures d'hydrauliques rurales, mais aussi au fait que, dans de nombreux cas, la population locale, et notamment les femmes, n'a pas été associée au choix des sites de forage<sup>605</sup> ;
- certains préjugés défavorables à l'égard de l'eau des forages qui aurait un goût trop salé<sup>606</sup>.

#### 4.2.1.3 Barrières du côté de la qualité

La qualité de l'eau potable constitue un enjeu majeur. Or, comme indiqué plus haut, les résultats de la MICS-5 et les estimations du JMP montrent un niveau élevé de contamination de l'eau de boisson par des matières fécales.

Plusieurs facteurs concourent à cette situation :

- la proportion encore élevée de ménages consommant de l'eau à partir de sources non améliorées (19,3 %), en particulier en milieu rural (31,5 %) : selon la MICS-5, l'eau consommée à partir de sources d'eau non améliorées est contaminée par de l'*E. coli* dans 95,4 % des cas ;

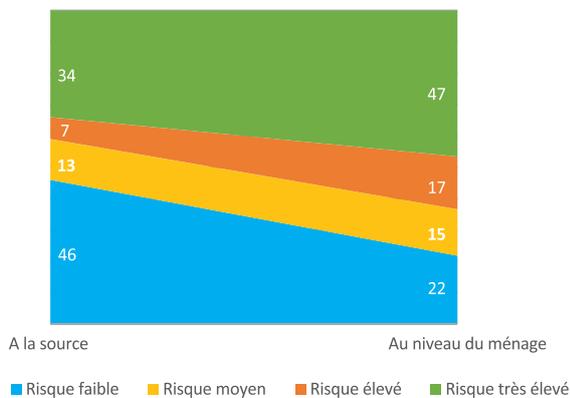


- l'état de vétusté de nombreux points d'eau (PMH et forages), ce qui augmente le risque de contamination par infiltration des eaux souillées et le recours à de mauvaises pratiques de puisage de l'eau : selon la MICS-5, l'eau des sources améliorées est contaminée par l'*E. coli* dans près d'un cas sur deux (44,1 % selon la MICS-5), avec un risque de contamination très élevé (> 100 CFU/100 mL) dans près d'un cas sur quatre (23,1 %) ;
- le taux de pratique de la défécation à l'air libre encore élevé (21,8 % selon la MICS-5 ; 25,7 % selon le JMP), en particulier en milieu rural (39 % selon la MICS-5 ; 43,6 % selon le JMP) ;
- la distance entre le point d'eau et la maison, l'utilisation de récipients non couverts, les pratiques non appropriées de stockage et le recours encore trop rare à des méthodes de traitement de l'eau<sup>607</sup>.

Les résultats de la MICS-5 montrent en effet (i) que le risque de boire une eau contaminée augmente sensiblement entre le moment où l'eau est collectée (53,6 % des ménages collectent de l'eau avec de l'*E. coli*) et celui où elle est consommée (78,5 % des ménages consomment de l'eau avec de l'*E. coli*) et (ii) que le risque de consommer une eau ayant un taux de concentration en *E. coli* très élevé (> 100 CFU/mL) ou élevé (11-100 CFU/100 mL) est de 64 % lorsque l'eau a été conservée au niveau des ménages, contre 41 % lorsque l'eau vient d'être collectée à la source (41 %).

La MICS ne fournit pas d'information précise sur le type de récipient qu'utilisent les ménages pour collecter et conserver l'eau à domicile ni sur le temps de conservation avant consommation. Des études à plus petite échelle indiquent que la majorité des ménages stockent l'eau dans des fûts<sup>608</sup>, conservent l'eau dans un endroit clos, à l'abri des contaminations extérieures<sup>609</sup> et pour une durée inférieure à 48 heures<sup>610</sup>. Il semble donc que la contamination de l'eau conservée soit liée au manque d'hygiène observé au niveau des ménages (voir plus haut la section relative à l'accès des ménages à l'hygiène).

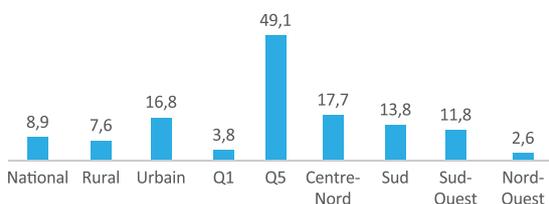
### Répartition des ménages selon le risque de contamination fécale tel qu'estimé par les niveaux de risques d'*E. coli* dans l'eau de boisson à la source et au niveau des ménages (%)



Source : MICS-5

Le risque de consommer une eau contaminée est d'autant plus élevé que rares sont les ménages qui utilisent des méthodes appropriées pour le traitement de l'eau. L'EDS-III avait trouvé que, quelle que soit la source de provenance, seuls 6,9 % des ménages, parmi lesquels 8,1 % en zone urbaine et 6 % en zone rurale, utilisaient une méthode appropriée de traitement de l'eau. La MICS-5 ne fournit d'informations que sur les ménages utilisant des sources d'eau non améliorées, mais elle montre que très peu de progrès ont été réalisés depuis 2012. En effet, seuls 8,9 % des ménages utilisant des sources d'eau non améliorées ont recours à des méthodes de traitement approprié, avec un écart important entre les milieux urbain (16,8 %) et rural (7,6 %). Le niveau d'instruction du chef de ménage a une influence modérée sur la probabilité de traiter l'eau à domicile de manière appropriée (aucune instruction : 8,2 % ; secondaire et + : 13,7 %). En revanche, la probabilité d'utiliser un traitement approprié est très fortement corrélée avec le niveau de richesse des ménages (Q1 : 3,8 % ; Q5 : 49,1 %). Des écarts existent entre les régions, mais aucune d'entre elles n'a de taux de traitement supérieur à 18 % (Centre-Nord : 17,7 % ; Sud : 13,8 % ; Sud-Ouest : 11,8 %).

### Pourcentage des ménages qui traitent l'eau de source non améliorée de manière appropriée en fonction du niveau de richesse et du lieu de résidence (%)



Source : MICS-5.

Cette absence de progrès en matière de traitement de l'eau est liée à un manque persistant de connaissances, au sein d'une partie de la population, quant aux risques encourus en cas de consommation d'une eau sale, mal conservée et contaminée<sup>611</sup>. Elle tient aussi au retard pris dans la mise en œuvre du Programme d'appui à l'accélération de l'accès durable à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (PADEHA). En effet, si le mécanisme incitatif de participation du secteur privé et de la communauté au financement de la promotion de l'hygiène et du traitement de l'eau à domicile est désormais en place et deux potentiels fabricants de produits chlorés ont été identifiés, un marché national de produits de traitement de l'eau à domicile n'a toujours pas été créé<sup>612</sup>.

#### 4.2.2 Barrières à l'accès universel et équitable à des services d'assainissement adéquats

Selon le JMP, le taux d'accès des ménages à des services d'assainissement au moins élémentaires (améliorés, non partagés) est passé de 21 % en 2000 à 32 % en 2017, soit une progression un peu plus rapide que celle observée, en moyenne, en Afrique subsaharienne (31 % en 2017 contre 23 % en 2000)<sup>613</sup>. Toutefois, même si le niveau d'accès des ménages ivoiriens à un assainissement au moins élémentaire est très supérieur à celui des ménages d'un pays comparable en termes de PIB par habitant comme le Ghana (18 % en 2017 contre 9 % en 2000), il se situe à un niveau légèrement inférieur à la moyenne des pays les moins développés (34 %) et très en deçà du niveau observé au Sénégal (51 % en 2017, dont 21 % avec un accès à des services gérés en toute sécurité) dont le PIB par habitant est pourtant inférieur de près de 40 %<sup>614</sup>. De plus, si la proportion des ménages ivoiriens pratiquant la défécation à l'air libre est en recul au niveau national (26 % en 2017 contre 36 % en 2000) grâce aux progrès réalisés en milieu rural (44 % en 2017 contre 60 % en 2000), elle reste deux fois plus élevée qu'au Sénégal (14 % au niveau national, 24 % en milieu rural), un tiers au-dessus du niveau du Ghana (18 % au niveau national, 31 % en milieu rural) et supérieure de six points à la moyenne de l'Afrique subsaharienne (20 % au niveau national, dont 29 % en milieu rural).

Ces performances relativement décevantes s'expliquent par : (i) une offre de produits et de services pour le confinement et la gestion des boues de vidange encore trop limitée, de qualité variable et souvent peu adaptée aux besoins des différentes catégories de ménages, en particulier en milieu rural ; (ii) le manque persistant de prise de conscience concernant les dangers pour la santé de la poursuite de la défécation à l'air libre et de l'utilisation d'ouvrages d'assainissement non améliorés ; et (iii) le coût des infrastructures et le caractère non prioritaire des dépenses d'assainissement dans le budget de nombreux ménages.

##### 4.2.2.1 Barrières du côté de l'offre et de la qualité

###### • En milieu urbain

L'offre de produits et de services pour le confinement des excréta est relativement importante, diversifiée et adaptée aux contraintes diverses de la majorité des ménages. Selon les dernières données du JMP, la part des ménages ayant accès à des systèmes d'assainissement au moins limités (amélioré non partagé et partagé) a progressé de 7 points de pourcentage entre 2000 (69 %) et 2017 (76 %), grâce à la hausse du taux d'équipement des ménages en toilettes non partagées (46 % des ménages en 2017 contre 39 % en 2000). La MICS-5 et le JMP ne fournissent pas de données concernant le type de toilettes utilisé par la population n'ayant recours qu'à des services au moins élémentaires (améliorés non partagés), mais selon le JMP, l'augmentation de la proportion des ménages ayant accès à un système d'assainissement au moins limité résulte, pour l'essentiel, de l'équipement croissant des ménages en fosses septiques. Si le pourcentage des ménages utilisant des latrines améliorées (généralement à fosse avec dalle) est passé de 36 % en 2000 à 37 % en 2017, la proportion des ménages ayant une fosse septique a progressé de 9 points, de 18 % en 2000 à 27 % en 2017.



Dans les quartiers précaires et périurbains, les contraintes d'offre et de qualité se posent cependant avec davantage d'acuité. Une étude a, en effet, montré que si dans ces quartiers, 55 % des ménages utilisent des toilettes améliorées, dans plus d'un cas sur trois (28 %), ces toilettes sont insalubres<sup>615</sup> en raison du manque d'accès à un réseau d'approvisionnement en eau, du manque d'entretien ou de la mauvaise qualité des infrastructures d'assainissement. En outre, l'installation d'un ouvrage d'assainissement amélioré est parfois difficile à réaliser, car les sols sont inondables et les fosses étanches risquent de déborder en cas de pluie. Or il n'existe pas, pour l'heure, sur le marché de solutions techniques innovantes qui permettraient aux ménages de ces quartiers de se doter d'une structure d'assainissement améliorée à un prix abordable.

En milieu urbain, le problème majeur se situe au niveau de l'offre de services pour l'évacuation et le traitement des boues de vidange. L'assainissement par réseau est en recul puisque seuls 12 % des ménages urbains y avaient accès en 2017 contre 15 % en 2000. Cette situation s'explique par le fait que l'assainissement par réseau n'est disponible qu'à Abidjan où, suite aux inondations et à l'épidémie de choléra de 1969, un premier Plan directeur d'assainissement avait été adopté dans les années 1970. En 2017, le système d'assainissement collectif, géré à Abidjan par la SODECI<sup>616</sup>, comprenait plus de 2000 kilomètres de réseau enterré pour les eaux usées (environ 1500 km) et les eaux pluviales (724 km), un système de canaux et de caniveaux à ciel ouvert, 49 stations de pompage, une station de retraitement, une station d'épuration, quatre stations de dessablage et de dégrillage, trois postes de dépotage, onze bassins d'orage et cinq déversoirs d'orage<sup>617</sup>.

En raison du peu d'investissements réalisés pendant des décennies, le réseau reste toutefois sous-dimensionné par rapport aux besoins d'une capitale dont le nombre d'habitants a triplé depuis 1975. De plus, il est peu performant par manque de curage régulier, du fait de l'usure des installations, de l'interruption du service d'approvisionnement en eau dans certains quartiers, du faible nombre et du vieillissement des hydrocureurs, de l'indisponibilité des stations de pompage, de l'occupation des servitudes du réseau par des constructions anarchiques (les regards se retrouvent inclus dans les logements) et de l'utilisation du réseau comme dépotoir à ordures<sup>618</sup>.

Depuis 2016, la SODECI a réalisé des travaux d'entretien des collecteurs secondaires et tertiaires dégradés, entamé la réhabilitation des conduites d'eaux usées, renforcé son parc d'hydrocureurs et amélioré le fonctionnement de ses stations de pompage, ce qui a permis d'accroître la qualité du service. En parallèle, de nouveaux raccordements ont été effectués, ce qui a pratiquement permis de multiplier par deux le nombre d'abonnés entre 2015 (256 118) et 2017 (473 347)<sup>619</sup>.

Compte tenu de l'urgence à moderniser et à étendre le réseau de gestion des eaux usées et pluviales – urgence encore rappelée par la vingtaine de morts causées par les graves inondations survenues à Abidjan en 2018 –, le gouvernement a présenté un nouveau Schéma directeur d'assainissement et de drainage pour la ville d'Abidjan (SDAD) qui prévoit des travaux de réhabilitation et d'extension du réseau devant permettre, d'ici 2030, de faire passer le taux de raccordement d'environ 100 000 foyers (environ 2 millions de personnes) de 25 à 75 %<sup>620</sup>. L'engagement pris par les bailleurs, en juin 2019, de financer, à hauteur de 738 milliards de FCFA (environ 1,24 milliard d'USD), la mise en œuvre du SDAD pourrait permettre une amélioration sensible de la gestion des boues de vidange dans la capitale, avec peut-être l'atteinte de la cible 6.2 des ODD en 2030<sup>621</sup>.

L'offre de services de vidange manuelle ou mécanique est abondante et relativement peu onéreuse<sup>622</sup>, mais elle est proposée par des opérateurs informels, souvent peu formés, mal équipés et ne respectant pas les réglementations minimales en matière d'assainissement autonome. En outre, l'offre de services en matière de traitement et de réutilisation des boues collectées est quasi inexistante. Il n'existe pas d'enquête sur la gestion des boues de vidange en milieu urbain à l'échelle nationale, mais celle menée dans les quartiers précaires et périurbains d'Abidjan a montré que les fosses septiques y sont vidangées par des opérateurs de façon mécanique dans 58 % des cas et de façon manuelle dans 42 % des cas. Le recours à la vidange manuelle, effectuée le plus souvent par des opérateurs informels, est dangereux pour l'agent exposé aux effluents toxiques et une source de nuisance pour le ménage et le quartier (odeur, etc.).

Elle est cependant plus efficace que la vidange mécanique, car les pompes hydrocureurs utilisées par les opérateurs des camions vidangeurs ne sont souvent pas assez puissantes pour pouvoir vidanger complètement les fosses<sup>623</sup>. De plus, certains types de toilettes n'ont pas été conçus pour pouvoir être vidangés mécaniquement et de nombreux quartiers restent inaccessibles aux camions vidangeurs. Quel que soit le mode de vidange utilisé, il apparaît qu'en l'absence de site de traitement, les boues de vidange collectées sont soit enfouies dans le sol, soit déversées de façon sauvage, avec des risques importants de contamination des nappes phréatiques, des cours d'eau et des sols, notamment en cas de fortes pluies ou d'inondations<sup>624</sup>.

- En milieu rural

L'offre de services est très insuffisante, tant au niveau du confinement hygiénique que de la gestion des boues de vidange. Selon le JMP, la proportion des ménages ruraux utilisant des services au moins élémentaires (améliorés partagés et non partagés) a certes progressé de 18 % en 2000 à 32 % en 2017 grâce à la progression de 6 points du pourcentage de ménages utilisant une fosse septique (8 % en 2017) et de 8 points de celui des ménages utilisant des latrines améliorées (24 % en 2017). Toutefois, près des deux tiers des ménages continuent d'utiliser des systèmes non améliorés et 44 % pratiquent toujours la défécation à l'air libre.

L'un des principaux goulots d'étranglement est le manque d'artisans (maçons, puisatiers, mouleurs, ferrailleurs) possédant la capacité requise ou le profil pour réaliser dans les villages des ouvrages durables (toilettes et superstructure), bien conçus et adaptés aux besoins spécifiques des ménages ruraux. Une seconde barrière est liée à la dispersion des habitats et à l'absence de réseau de vente, de distribution et de réparation des produits et équipements d'assainissement situé à une distance raisonnable des villages. Les ménages ruraux qui souhaitent s'équiper ou changer une pièce défectueuse doivent ainsi se rendre dans les chefs-lieux départementaux ou régionaux puis acheminer des équipements jusqu'au village, ce qui occasionne des frais difficilement supportables pour la majorité d'entre eux. En outre, comme les acteurs locaux du secteur du bâtiment, notamment les fabricants de béton ou de plastique, restent à l'écart du marché de l'assainissement en milieu rural, il n'y a pas d'investissement dans la recherche-développement ou la production sur un mode semi-industriel de produits et d'équipements d'assainissement certifiés, adaptés aux réalités du monde rural et proposés à un tarif attractif.

Il n'existe pas d'enquête récente concernant les modes de gestion des boues de vidange en milieu rural, mais l'enquête CAP réalisée en 2015 dans cinq régions couvertes par le PADEHA et les observations réalisées dans le cadre des projets Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) indiquent que l'évacuation des boues est principalement assurée par des opérateurs informels, que les vidanges sont souvent réalisées avec retard du fait de l'éloignement des vidangeurs qui ne sont souvent implantés que dans les chefs-lieux des départements et que le déversement sauvage reste la règle<sup>625</sup>.

Dans le cadre du programme PHAM<sup>626</sup> et des activités du PADEHA pour l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC), le gouvernement et l'UNICEF ont entrepris des actions visant à faire émerger un marché local de l'assainissement en milieu rural (San Mark). Des petits fabricants (maçons, puisatiers, ferronniers) et des fournisseurs du secteur privé de l'assainissement (détaillants, quincaillers) ont ainsi bénéficié de formations et d'un encadrement afin qu'ils s'organisent et proposent des solutions pour la construction des latrines améliorées avec une gestion des boues mieux adaptée aux besoins des communautés ayant mis fin à la pratique de la défécation à l'air libre (statut Fin de la défécation à l'air libre ou FDAL)<sup>627</sup>.

Le premier bilan tiré de ces programmes montre qu'il est possible de stimuler la demande d'ouvrages d'assainissement amélioré en milieu rural en structurant et professionnalisant l'offre et en utilisant les techniques du marketing et de la vente directe. Toutefois, des incertitudes demeurent quant à la possibilité de porter à l'échelle ces projets pilotes compte tenu (i) du manque de qualité des services fournis dans de nombreux villages (durabilité, réactivité), (ii) du faible intérêt manifesté par les opérateurs privés de taille moyenne pour le marché potentiel de l'assainissement en milieu rural et (iii) des difficultés pour pérenniser le marché après la fin des programmes d'appui (risque de retour aux pratiques de DAL, manque de trésorerie pour améliorer l'accessibilité financière, fragilité des institutions de microcrédits opérant dans le secteur, accès limité des acteurs du secteur au crédit pour améliorer leur équipement, nécessité pour les petits fabricants et les revendeurs de diversifier leur offre afin de ne pas dépendre exclusivement des dépenses occasionnelles des ménages en ouvrages d'assainissement).

#### 4.2.2.2 Barrières du côté de la demande

Du côté de la demande, les barrières à l'utilisation de services d'assainissement au moins limités sont liées (i) au manque de prise de conscience des dangers pour la santé de la pratique de la DAL et de l'utilisation d'installations non améliorées et (ii) au coût des infrastructures, notamment au regard du caractère souvent non prioritaire des dépenses d'assainissement pour les ménages.

- Manque de prise de conscience des ménages

Il n'existe pas d'études récentes permettant de mesurer le niveau de prise de conscience des ménages quant aux dangers liés au manque d'assainissement. La proportion encore très élevée de ménages ruraux riches et très riches pratiquant encore la DAL et utilisant des installations non améliorées<sup>628</sup> ainsi que les observations effectuées lors de l'enquête CAP<sup>629</sup> et des activités de sensibilisation conduites dans le cadre de l'Assainissement total piloté par la



communauté (ATPC) indiquent cependant qu'il est encore limité en milieu rural. Au cours des dernières années, les actions de sensibilisation et de mobilisation à base communautaire menées dans le cadre du PHAM ou du PADEHA en faveur de l'ATPC ont conduit à la fin de la pratique de la DAL dans près de 2 500 villages<sup>630</sup>. Couplées à des actions de marketing de l'assainissement, ces actions ont contribué à modifier les normes sociales entourant les questions d'assainissement et augmenté le nombre de personnes utilisant des toilettes améliorées de près d'un million de personnes. En ce qui concerne la gestion des boues de vidange, des actions menées dans le cadre de l'ATPC ont également amélioré, dans certains villages, la collecte et la réutilisation des boues comme fertilisants organiques<sup>631</sup>.

Selon les calculs du JMP, pour réduire la proportion des ménages pratiquant la DAL à moins de 1 % en 2030, il conviendrait d'accélérer par trois le rythme de diminution observé entre 2000 et 2017 (0,6 %) <sup>632</sup>. Il apparaît donc indispensable de poursuivre et d'amplifier les activités d'ATPC afin de faire baisser plus rapidement la pratique de la DAL, d'accélérer l'équipement des ménages en structures d'assainissement améliorées et d'obtenir une meilleure gestion des boues de vidange. La priorité doit être accordée au milieu rural, mais les quartiers périurbains, où 10 % des ménages pratiquent la DAL<sup>633</sup>, devraient aussi pouvoir bénéficier de ces actions.

Pour atteindre cet objectif ambitieux, des investissements d'un montant estimé à 11 millions de dollars américains par an pourraient être nécessaires<sup>634</sup>. Il s'agira aussi de surmonter certains des problèmes identifiés lors de l'évaluation, en 2018, des programmes PHAM et PADEHA, afin de prévenir le retour à la pratique de la DAL dans les communautés ayant obtenu le statut FDAL. Ces problèmes ont trait notamment à : (i) une mauvaise conception des latrines et une faible durabilité, avec pour conséquences de fortes nuisances (notamment en termes d'odeurs et des vidanges difficiles à réaliser) ; (ii) l'absence de structures d'assainissement améliorées dans les lieux publics, les plantations et les champs, ce qui incite les populations des villages déclarés FDAL à reprendre la pratique de la DAL ou à utiliser des structures non améliorées ; (iii) l'essoufflement de la mobilisation communautaire et le manque d'implication et de suivi au niveau des autorités locales (absence de budget des comités départementaux de suivi de l'ATPC) ; (iv) l'insuffisante valorisation des sous-produits de l'assainissement en milieu rural (engrais, biogaz) ; (v) la trop faible implication des agents de santé dans la promotion de l'assainissement et de l'hygiène ; et (vi) les goulots d'étranglement en matière d'offre et de qualité des biens et des services d'assainissement mentionnés plus haut<sup>635</sup>.

#### • Coût des infrastructures

Comme le montrent les estimations du JMP, le coût des infrastructures constitue également un frein à la demande d'assainissement amélioré, en particulier en milieu rural. En effet, selon les estimations du JMP, en 2015, seuls 5 % des ménages ruraux très pauvres et pauvres avaient accès à un service d'assainissement au moins élémentaire contre près de 12 % des ménages du quintile intermédiaire, 16 % des ménages riches et 27 % des ménages les plus riches. En outre, moins de 15 % des ménages très pauvres utilisaient un service d'assainissement au moins limité contre 41 % des ménages les plus riches. En milieu urbain, le problème du coût ne représente pas un obstacle aussi important à l'accès à l'assainissement, sauf pour les ménages les plus pauvres : selon le JMP, en 2015, moins de 18 % des ménages urbains les plus pauvres utilisaient des services d'assainissement au moins élémentaires. Toutefois, plus de 50 % d'entre eux avaient déjà accès à des services au moins limités, soit 9 points de plus que les ménages ruraux les plus riches.

Les études disponibles ne fournissent pas d'information sur le montant que chaque catégorie de ménages serait prête à dépenser pour acquérir un système de toilettes amélioré, mais les observations faites dans le cadre de la mise en œuvre des programmes PHAM et PADEHA suggèrent qu'une majorité de ménages est disposée à accroître leurs dépenses d'assainissement afin d'améliorer leurs latrines. Toutefois, le prix d'acquisition d'une latrine moderne ou latrine « Choco » (entre 12 000 et 92 620 FCFA) apparaît excessif à de nombreux ménages, en particulier en milieu rural. Quant aux produits proposés sur le marché local à des prix plus compétitifs, ils ne sont pas assez attrayants et vecteurs de distinction sociale pour déclencher une décision d'achat, dans un contexte où les dépenses d'assainissement sont rarement considérées comme prioritaires et les ménages, confrontés à la volatilité des cours des produits agricoles, disposent d'une capacité d'épargne limitée<sup>636</sup>.

En réalité, beaucoup de ménages attendent, avant de s'équiper, que l'État ou un partenaire leur fournisse, gratuitement ou à un prix réduit, des toilettes clés en main ou, à défaut, les matériaux de construction. Or, par le passé, les expériences de dons de latrines n'ont pas été couronnées de succès. En effet, faute d'une appropriation suffisante au niveau des ménages, les infrastructures ont souvent été mal entretenues et ont fini par être abandonnées. De plus, le don de latrines a pour inconvénient d'empêcher l'émergence d'un marché local de l'assainissement. Afin de surmonter les obstacles liés au coût, il conviendrait plutôt de mettre en place des financements incitatifs améliorant la capacité de paiement des ménages et de créer des mécanismes permettant de regrouper les demandes au niveau du village afin d'inciter les fournisseurs à répondre en plus grand nombre et obtenir ainsi de meilleurs prix. L'octroi de subventions directes aux ménages serait, dans ce cadre, réservé, aux plus pauvres et aux plus vulnérables d'entre eux<sup>637</sup>.

Il n'existe pas d'étude permettant d'évaluer l'impact du coût de l'évacuation des boues de vidange sur la demande d'assainissement. En milieu urbain, l'étude conduite dans le milieu périurbain d'Abidjan n'a pas mis en évidence d'obstacle important à ce niveau<sup>638</sup>. Toutefois, le coût constitue bien un obstacle pour l'accès à un système d'assainissement par réseau collectif. Afin de le surmonter, le gouvernement a financé, sur le modèle des raccordements sociaux au réseau d'eau potable, le raccordement social d'environ 20 000 personnes au réseau public d'eaux usées de la SODECI en 2017<sup>639</sup> et cette politique de raccordement subventionné devrait s'étendre dans les années à venir avec la mise en place du nouveau SDAD.

En milieu rural, la demande en faveur de l'utilisation de services professionnels de vidange mécanique se heurte au problème des coûts de transport, notamment en raison de la dispersion des habitats. La mise en place de sites de valorisation des produits issus de l'assainissement (engrais, biogaz) pourrait permettre de réduire ce coût. Selon les études menées au niveau international, il n'est toutefois pas possible d'envisager de financer l'ensemble des activités de gestion des boues de vidange par la seule valorisation des effluents. L'intervention directe des pouvoirs publics apparaît nécessaire à ce niveau, à la fois pour réglementer la gestion des boues et financer des sites de valorisation<sup>640</sup>.

#### 4.2.3 Barrières à l'accès universel et équitable à des services d'hygiène adéquats

Les progrès en matière d'hygiène continuent d'être freinés par : (i) un accès limité des ménages à des services en eau et en assainissement ainsi qu'à des produits et des services d'hygiène, en particulier en milieu rural ; (ii) le coût trop élevé des équipements et des produits ; et surtout (iii) le faible niveau de connaissance d'une partie de la population quant à l'importance des mesures d'hygiène pour la santé, notamment celle de l'enfant.

- Les obstacles en matière d'offre sont liés aux difficultés rencontrées par les ménages ruraux pour avoir accès à des services en eau et en assainissement au moins élémentaires (voir plus haut) et à l'absence de produit nettoyant (savon ou autres) pour le lavage des mains dans les trois quarts des ménages ruraux et près de la moitié des ménages urbains (MICS-5)<sup>641</sup>. Lorsqu'une installation pour le lavage des mains existe, le fait qu'elle soit souvent éloignée de la structure d'assainissement contribue également à en limiter l'usage<sup>642</sup>. Enfin, bien que le gouvernement et les PTF aient approché plusieurs fabricants du secteur et qu'un mécanisme incitatif de participation du secteur privé au financement de la promotion de l'hygiène existe, un marché local des produits d'hygiène répondant aux besoins des populations et assurant le marketing de l'hygiène, notamment en milieu rural, n'a toujours pas émergé.
- Du côté de la demande, les coûts liés à l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'achat de produits et d'articles d'hygiène ont pour conséquence de priver du droit à l'hygiène la partie la plus pauvre et la plus vulnérable de la population, notamment en milieu rural. Selon la MICS-5, il existe ainsi un écart de plus de 1 à 4 entre la proportion des ménages les plus pauvres ayant accès à une installation pour le lavage des mains dans un lieu spécifique avec de l'eau et du savon ou un autre produit nettoyant (17,5 %) et celle des plus riches (75,5 %). Il n'y a pas eu d'étude récente permettant de mesurer l'influence du coût des produits et des articles d'hygiène sur les pratiques des ménages dans ce domaine. Toutefois, dans un pays où 46,3 % de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté (737 FCFA de dépenses par jour) et 10 % en dessous du seuil national de pauvreté extrême (335 FCFA par jour), il est évident que les ménages pauvres et très pauvres achètent rarement du savon (son prix varie entre 225 et 900 FCFA<sup>643</sup> en fonction du type et du grammage) ou d'autres articles d'hygiène<sup>644</sup>.
- Les données recueillies dans le cadre d'enquêtes conduites auprès de populations périurbaines et rurales dressent un tableau contrasté concernant le niveau de connaissance et le respect des moments clés du lavage des mains. La quasi-totalité de la population (97 %) vivant dans les quartiers précaires et périphériques d'Abidjan est, semble-t-il, consciente de l'importance de se laver les mains avec du savon avant de manger. En revanche, les autres moments clés du lavage des mains sont moins bien connus : 40 % seulement savent qu'il est nécessaire de se laver les mains avec du savon après être allé à la selle, 23 % avant de faire la cuisine, 9,5 % après avoir nettoyé un enfant et 6,6 % avant d'allaiter un enfant<sup>645</sup>. En milieu rural, l'enquête conduite dans cinq régions du PADEHA a montré que la majorité de la population connaissait les gestes d'hygiène à observer aux différents moments clés, mais qu'elle réservait l'usage du savon à la lessive et au bain<sup>646</sup>. En effet, le lien entre le lavage des mains au savon aux moments clés et la prévention de la transmission des maladies reste encore souvent mal connu et l'utilisation du savon semble davantage conçue comme un moyen d'apparaître propre et respectable aux yeux des autres membres de la communauté que comme une mesure d'hygiène<sup>647</sup>.



Un des goulots d'étranglement persistants pour le changement de comportement en matière d'hygiène est lié au faible niveau d'implication du personnel de santé (infirmières, sages-femmes, agents de santé communautaire) dans les activités de promotion de l'hygiène. Cette situation s'explique par un manque de formation initiale et continue dans ce domaine et par l'absence de contrat de performances intégrant des indicateurs relatifs à l'hygiène. Afin de pouvoir réaliser des progrès plus rapides dans les années à venir, il apparaît ainsi urgent d'adopter officiellement et de mettre en œuvre le code (déjà élaboré et validé au niveau technique) et la stratégie de promotion de l'hygiène (développée avec l'aide de l'UNICEF) et d'intégrer dans les curricula de formation du personnel de santé et le cadre de performance initié par la Direction générale de la santé (DGS), les questions d'hygiène, notamment pour tout ce qui concerne l'hygiène communautaire<sup>648</sup>.

#### 4.2.4 Barrières à l'accès à des services EAH dans les écoles et les établissements de santé

Il n'existe pas encore d'études au sujet des barrières à surmonter en matière d'accès aux services EAH dans les écoles et les établissements de santé. Dans le cadre de la mise en œuvre des programmes PHAM et PADEHA dans les écoles et les centres de santé, plusieurs problèmes ont toutefois été identifiés, parmi lesquels<sup>649</sup> : (i) l'absence, au niveau national, d'une stratégie, de mécanismes de gestion et de normes techniques pour faire progresser l'accès à l'EAH dans les écoles et les établissements de santé, notamment en milieu rural ; (ii) la mauvaise qualité et/ou le caractère inadapté des infrastructures réalisées, en particulier dans les établissements de santé, en raison du non-respect du cahier des charges et d'un manque de suivi des travaux ; (iii) la difficulté d'accéder à des services d'assainissement et d'hygiène lorsqu'aucun service d'approvisionnement en eau potable n'est disponible sur place ; (iv) le manque d'entretien et l'utilisation inappropriée des ouvrages d'assainissement dans de nombreux établissements scolaires ; (v) le défi logistique et le surcoût que représente l'acheminement des matériaux de construction dans les établissements situés dans des villages reculés et difficiles d'accès ; (vi) l'insuffisante intégration des indicateurs EAH dans la notation des performances des directeurs d'école et leur non-prise en compte dans l'évaluation des performances des directeurs régionaux et départementaux de la santé ; (vii) le manque de compétences et de moyens au niveau des comités de gestion des établissements scolaires (COGES) pour assurer la maintenance de façon autonome ; et (viii) au niveau des établissements de santé, l'insuffisante implication de la communauté, la défaillance dans la gestion des installations EAH et l'absence de comité de gestion fonctionnel<sup>650</sup>.

### 4.3 Déterminants structurels et environnement favorable

#### 4.3.1 Contrainte budgétaire

Selon une étude menée au sujet de la stratégie de mobilisation des ressources nationales de l'EAH en Côte d'Ivoire, les investissements à réaliser d'ici 2030 dans le secteur sont importants : ils s'élèvent à 310 millions de dollars par an pour avoir des services élémentaires et à 1,518 milliard de dollars par an pour avoir, conformément aux cibles 6.1 et 6.2 des ODD, des services EAH gérés en toute sécurité<sup>651</sup>.

| Sous-secteur                             | Investissements annuels pour des services gérés en toute sécurité (millions d'USD) | Investissements annuels pour des services élémentaires (millions d'USD) | Investissements annuels prévus par le PND (millions d'USD) | Estimation de l'écart annuel (millions d'USD) |
|--|--|---|--|---|
| Eau urbain                               | 516  | 53  | 286 (> 75 % pour l'eau en milieu urbain)                   | 0   |
| Eau rural                                | 328  | 44  |  | 0   |
| <b>Total</b>                             | <b>844</b>   | <b>97</b>   | <b>286</b>   |   |
| Assainissement urbain                    | 425  | 129   | 63 (5 % pour l'assainissement en milieu rural)             | 70  |
| Assainissement rural                     | 199  | 35  |  | 31  |
| <b>Total</b>                             | <b>625</b>   | <b>164</b>  | <b>63</b>  | <b>101</b>                                    |
| Hygiène                                  | 49   | 49  | 3  | 46  |
| <b>Total</b>                             | <b>1518</b>  | <b>310</b>  | <b>352</b>   | <b>147</b>                                    |
| Défécation à l'air libre en milieu rural |  | 11  | Non localisé   |   |

Source : UNICEF (2018), Définition et stratégie de mobilisation de ressources nationales d'EAH 2017.

Or, comme le montre le tableau, si les investissements annuels prévus par le Plan national de développement sont supérieurs à ceux nécessaires pour avoir des services élémentaires pour l'approvisionnement en eau potable, y compris en milieu rural, il existe des besoins d'investissement annuels importants non couverts par le PND de 147 millions de dollars pour avoir des services d'assainissement (101 millions de dollars) et d'hygiène (46 millions de dollars) élémentaires. Par ailleurs, la mise en place de services d'EAH gérés en toute sécurité nécessiterait des investissements d'un montant plus de quatre fois supérieur (844 millions d'USD) à ceux envisagés par l'actuel PND et de trouver des stratégies et des mécanismes de financement permettant de combler un *gap* de financement de 1,166 milliard de dollars par an.

Au cours des dernières années, les crédits budgétaires alloués par l'État au secteur EAH ont connu de fortes variations : après avoir atteint un maximum en 2014 (146,6 milliards de FCFA, soit 3,3 % du total du budget de l'État), ils ont subi une dégrèvement brutale jusqu'en 2017 (80 milliards de FCFA, soit 1,2 % du budget de l'État) suite à la fin de plusieurs programmes, avant d'augmenter de nouveau à partir de 2018 et de s'élever à 106,4 milliards de FCFA (177 millions de dollars). Ce montant ne représente toutefois que 1,6 % du budget total de l'État et un niveau de dépenses de l'État par tête d'habitant de seulement 6 dollars, à comparer avec les 71 dollars par habitant investis dans le secteur par le gouvernement du Sénégal<sup>652</sup>.

Selon l'étude réalisée sur la stratégie de mobilisation des ressources nationales de l'EAH, le déficit en besoins de financement pour des services élémentaires en EAH pourrait être largement comblé si les crédits alloués au secteur passaient de 1,6 % à 6 à 7 % du budget de l'État – soit une augmentation de plus de 200 milliards de FCFA – grâce à l'augmentation des taxes collectées par le Fonds national de l'eau (FNE), le Fonds de développement de l'eau (FDE) et le Fonds national de l'assainissement et du drainage (FNDA). Cette augmentation des tarifs de l'eau et de l'assainissement devrait toutefois n'intervenir qu'en milieu urbain et seulement à partir d'un certain seuil de consommation afin de ne pas pénaliser les ménages les plus pauvres<sup>653</sup>. Au niveau de l'État, il pourrait, par ailleurs, être envisagé de consacrer 10 % du Fonds d'investissement en milieu rural (FMIR)<sup>654</sup> au secteur EAH, ce qui permettrait d'accroître de 112 milliards de FCFA environ la contribution de l'État au financement du secteur et de réorienter vers le secteur EAH une partie des 3,4 milliards de FCFA de taxes collectées par le Fonds d'entretien routier. L'atteinte des cibles des ODD nécessitera toutefois d'aller au-delà des ressources mobilisables au niveau de l'État.

Depuis 2012, le montant de l'aide publique au développement, que ce soit sous forme de prêts ou de dons, a été multiplié par 4 pour s'élever en 2017 à plus de 1 000 milliards de FCFA (1,7 milliard d'USD), dont près de 45 % de dons. La contribution des bailleurs à l'investissement dans le secteur EAH s'élevait en 2018 à 45,951 milliards de FCFA (78 millions d'USD)<sup>655</sup>. Plusieurs décisions récentes, comme l'engagement pris en juin 2019 par la Banque mondiale, la Banque islamique de développement (BID), la Banque africaine de développement (BAD), la Banque ouest-africaine de développement (BOAD) et l'Agence française de développement (AFD) de financer, à hauteur de 738 milliards de FCFA (1,24 milliard d'USD), le SDAD à Abidjan, témoignent de l'intérêt manifesté par les bailleurs pour le secteur.

Il convient toutefois d'observer que les projets financés par les bailleurs ont jusqu'ici eu tendance à se caler sur les investissements de l'État et à privilégier le milieu urbain et, dans une moindre mesure, le périurbain (USAID, Fondation Gates, AFD) avec le programme Eau pour tous (PEPT), au détriment du milieu rural. Les annonces récentes du gouvernement concernant un investissement d'un montant de 283 milliards de FCFA (environ 480 millions d'USD) afin d'assurer, d'ici 2030, l'approvisionnement en eau potable de la totalité de la population rurale et le remplacement de 21 000 PMH d'ici 2020 dans le cadre du programme social du gouvernement 2019-2020 pourraient toutefois conduire les bailleurs à s'investir davantage dans le milieu rural.

Au-delà de la mobilisation des contributions des bailleurs, d'autres stratégies et mécanismes de financement du secteur devront être envisagés afin d'atteindre les ODD. Ils pourraient prendre la forme : (i) d'une augmentation des contributions au secteur EAH des groupes économiques comme le Conseil café-cacao, la Chambre de commerce, la Confédération générale des entreprises de Côte d'Ivoire ou les opérateurs du secteur minier ; (ii) de l'adoption de mesures incitatives en faveur des entreprises du secteur disposées à investir (facilités de garanties, prêts de trésorerie à taux bonifié) ; ou (iii) la création de fonds d'investissements sur le modèle des deux *sukuks* déjà créés en Côte d'Ivoire<sup>656</sup>.



### 4.3.2 Planification stratégique et gestion du secteur

Historiquement, le secteur de l'EAH a souffert d'une gestion éclatée entre trois ministères différents aux compétences très étendues<sup>657</sup> et de multiples directions<sup>658</sup> et organismes publics<sup>659</sup> travaillant, le plus souvent, en silo. Ce manque de leadership ministériel et de coordination institutionnelle intersectorielle a conduit à une planification déficiente et à une utilisation sous-optimale des ressources disponibles.

Cette mauvaise gestion du secteur a été aggravée par : (i) de fréquents changements au niveau des postes de direction entraînant des pertes de mémoire institutionnelle et un manque de suivi et d'évaluation dans la mise en œuvre des interventions ; (ii) l'absence de documents d'orientation sectorielle pour les trois secteurs, de code, de normes et de système national d'information en matière d'eau et d'assainissement<sup>660</sup>, avec pour conséquences un pilotage à vue du secteur, essentiellement en réponse aux projets proposés par les bailleurs de fonds, et une mauvaise prise en compte des besoins des populations rurales et des questions de durabilité ; et (iii) la faiblesse des ressources humaines, notamment au niveau décentralisé.

Face à cette situation, le gouvernement a récemment multiplié les initiatives : en 2016, le Groupe sectoriel de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (GS-EAH) a été mis en place avec pour mission de renforcer la coordination et le suivi des actions et programmes. Une Direction de l'assainissement rural (DAR) a été créée, notamment afin de définir une stratégie dans ce domaine. Un cadre de performance a été élaboré par la Direction générale de la santé (DGS) pour le suivi des indicateurs de santé et d'hygiène au niveau des directions régionales de la santé (DRS) et des districts sanitaires (DS). En 2018, le gouvernement a placé les sous-secteurs de l'eau et de l'assainissement sous la tutelle de deux ministères de plein exercice, le ministère de l'Hydraulique (MH) et le ministère de l'Assainissement et de la Salubrité (MAS). Enfin, plusieurs documents stratégiques et programmatiques importants ont été développés ou sont en cours d'élaboration comme la stratégie pour la promotion de l'hygiène, le manuel de procédures de l'ATPC, le manuel de suivi et d'évaluation de l'eau potable, la politique sectorielle de l'eau potable, la stratégie de maintenance et d'entretien des ouvrages hydrauliques, la stratégie nationale de l'assainissement, le code de l'assainissement.

Toutefois, la coordination sectorielle n'est pas effective car le GS-EAH n'est toujours pas fonctionnel<sup>661</sup>. En outre, aucun des documents de politique sectorielle n'a encore été validé sur le plan institutionnel à l'exception de la stratégie nationale pour la promotion de l'hygiène.

Un autre défi en matière de gestion du secteur se situe au niveau décentralisé. Depuis l'adoption des lois de décentralisation de 1985 et 2003, la responsabilité de la gestion des services d'eau et d'assainissement a, en effet, été officiellement transférée aux collectivités territoriales. Toutefois, le transfert de ressources n'a pas suivi celui des compétences et les collectivités territoriales ne disposent ni des moyens financiers ni des ressources humaines nécessaires pour remplir cette mission. Il est ainsi rare que les collectivités locales s'impliquent dans l'opérationnalisation des activités du secteur, comme l'ATPC ou la promotion de l'hydraulique rurale. Elles peuvent toutefois être associées à des projets dans certaines régions, en fonction des choix retenus par les partenaires pour la mise en œuvre et le suivi.

## 4.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveau   | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|--|---|---|--|
| Communauté internationale  | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales   | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuffisante coordination des partenaires techniques et financiers du secteur</li> <li>• Faible alignement des programmes et interventions sur les engagements mondiaux et les priorités nationales</li> <li>• Assistance technique et financière mal répartie d'un point de vue géographique et thématique au regard des besoins identifiés par certaines politiques et stratégies sectorielles</li> </ul>   |
| État central   | Ministères compétents pour le secteur   | Développement des politiques, assurance qualité, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plusieurs documents majeurs de politique programmatique et de stratégies n'ont pas encore été élaborés</li> <li>• Processus d'adoption et de validation officielle des documents de politiques et de stratégies sectorielles très longs et incertains</li> <li>• Maîtrise encore partielle des processus de planification et de budgétisation</li> <li>• Allocation budgétaire en faveur du secteur trop limitée et répartition inéquitable des ressources intrasecteur</li> <li>• Taux d'exécution du budget alloué au secteur encore trop faible</li> <li>• Coordination intrasectorielle insuffisante</li> <li>• Absence de mécanisme de suivi-évaluation des performances du secteur</li> <li>• Absence de mécanisme de renforcement des capacités pour les nouveaux développements du secteur EAH</li> </ul> |
| Services déconcentrés de l'État/ du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, centre communal, préfets et sous-préfets, chefs de village | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de structure décentralisée dans certaines régions avec plusieurs cas de carence par sous-secteur</li> <li>• Manque de ressources humaines et matérielles au niveau déconcentré</li> <li>• Décentralisation insuffisante dans la mise en œuvre des programmes et projets</li> <li>• Absence de protocole pour le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des politiques et stratégies</li> <li>• Absence de protocole de redevabilité</li> </ul>  |
| Autorités locales  | Autorités régionales et municipales   | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur; coordination des activités avec celles des services de l'État   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance des compétences transférées par le niveau central</li> <li>• Coordination insuffisante au niveau local du fait de la segmentation des ministères en charge du secteur</li> </ul>   |



| Niveau           | Acteurs principaux  | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|------------------|---|--|---|
| Société civile   | ONG locales, organisations confessionnelles, membres de la diaspora   | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de promotion des droits en matière d'accès aux services EAH</li> <li>• Manque de connaissance des technologies innovantes assurant un accès durable aux services EAH</li> <li>• Absence de plateforme de dialogue formalisée entre les ministères sectoriels et la société civile</li> </ul>   |
| Secteur privé    | Entreprises privées du secteur, entreprises privées hors secteur, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc. | Fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé, production et distribution de produits et services d'assainissement et d'hygiène (traitement de l'eau, savon, latrines accessibles par les plus pauvres, forages, etc.) dans une logique de marché, contributions au financement des interventions EAH, contribution à la création de demande en services EAH dans le cadre de leurs politiques RSE, soutien du plaidoyer en faveur de mesures fiscales et de facilitations pour les entreprises qui puissent encourager les investissements privés | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investissements insuffisants dans l'extension de la couverture en services EAH</li> <li>• Manque d'innovation et de prise de risques dans les nouvelles technologies et les nouveaux marchés EAH (marchés de l'assainissement et promotion de produits de traitement de l'eau)</li> <li>• Peu d'initiatives pour améliorer la durabilité des infrastructures</li> <li>• Faible présence des institutions de microfinance en milieu rural</li> <li>• Forte dépendance du secteur privé à l'égard des ressources publiques tant financières qu'organisationnelles</li> <li>• Existence d'obstacles à la contribution du secteur privé au secteur EAH (taxes à l'importation, obligation d'enregistrement, absence d'avantages fiscaux pour encourager la RSE/les investissements sociaux, etc.)</li> <li>• Méconnaissance du potentiel de marché pouvant être exploité dans les sous-secteurs assainissement et hygiène</li> </ul> |
| Communautés      | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de culture de la redevabilité</li> <li>• Faible engagement et respect insuffisant des obligations en matière de gestion des points d'eau, de l'assainissement dans les écoles et en milieu rural</li> </ul>  |
| Parents, famille | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs  | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Méconnaissance des droits des enfants en matière d'EAH</li> <li>• Faible connaissance des bénéfices apportés par l'adoption des pratiques clés en EAH</li> <li>• Faible connaissance des techniques appropriées pour les pratiques clés en EAH</li> </ul>  |

#### 4.5 Recommandations clés

- i. Rendre plus robuste et opérationnel le groupe sectoriel EAH en tant que mécanisme de coordination interministérielle pour le secteur EAH, placé au niveau de la Primature.
- ii. Élargir la notion de l'« EAH dans les institutions » (écoles et établissements de soins) aux autres lieux publics et adopter les lois, règlements, normes et standards afin de tenir compte de cette évolution et préciser les rôles de chaque entité/ministère concerné.
- iii. Compléter les documents stratégiques et programmatiques du secteur afin d'accélérer l'atteinte des cibles des ODD et des objectifs nationaux retenus pour 2030, et diffuser largement ces documents afin d'harmoniser les approches et d'assurer une complémentarité entre les différentes interventions.
- iv. Élaborer et mettre en œuvre une stratégie de mobilisation des fonds en faveur du secteur basée sur des évidences, permettant de prioriser les besoins des groupes vulnérables et marginalisés.
- v. Définir une stratégie de renforcement des capacités techniques des acteurs du secteur à tous les niveaux et dans tous les domaines et préparer un plan d'action à court, moyen et long terme. Veiller à ce que cette stratégie prenne en compte la nécessité de renforcer les capacités en planification, budget programme et exécution du budget.
- vi. Mettre en place des mécanismes de suivi et évaluation des sous-secteurs « eau potable » et « assainissement » qui puissent soutenir la planification, la prise de décision et la mise en œuvre des différents programmes sectoriels. Veiller à inclure dans ces mécanismes le suivi de la situation en milieu périurbain afin d'informer et d'adapter facilement la planification pour ces zones en mutation rapide.
- vii. Définir une stratégie de partenariat avec le secteur privé afin d'assurer un équilibre gagnant-gagnant entre l'offre et la demande.
- viii. Valider et mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire la stratégie nationale de gestion et de maintenance des points d'eau afin de garantir un accès durable aux services d'eau potable.
- ix. Élargir les interventions en matière d'assainissement à la salubrité, à la gestion des déchets et à la promotion de la fin de la défécation à l'air libre dans tout espace ouvert.
- x. Introduire rapidement des innovations technologiques pour anticiper et s'adapter aux conséquences du changement climatique sur les plus vulnérables et contribuer à la nécessité de préserver les ressources en eau.

### 5. Chaque enfant a des chances équitables dans la vie

Pour que tous les enfants et les adolescents puissent accéder aux droits qui leur sont reconnus et réalisent leur plein potentiel, il est essentiel qu'ils bénéficient de chances équitables dans la vie<sup>662</sup>. Or, en pratique, nombre d'entre eux n'ont pas accès ou ont un accès limité à leurs droits du fait (i) de la pauvreté et des privations qui affectent le ménage dans lequel ils vivent, (ii) des discriminations dont ils sont victimes ou de leur situation de désaffiliation sociale et (iii) de l'absence de politiques ou de leur financement et de mesures adéquates en faveur de leur insertion sociale. Ces difficultés sont aggravées par la capacité limitée des enfants et des adolescents à participer, de façon substantielle, aux décisions qui les concernent en raison (i) d'un manque de connaissance, (ii) de difficultés d'accès à l'information pour faire des choix éclairés et des plaidoyers efficaces et (iii) de la réticence des porteurs d'obligations à les consulter et à les associer au développement et au suivi-évaluation de leurs politiques, stratégies, programmes et projets.

Les défis liés au manque d'inclusion sociale et de participation active des jeunes concernent l'ensemble des États du monde et les progrès à réaliser en ces domaines figurent à l'Agenda 2030 pour le développement durable. Ces défis se posent, toutefois, à la Côte d'Ivoire avec une urgence particulière car les moins de 18 ans représentent 48,3 % de la population totale en 2019<sup>663</sup>, plus de la moitié d'entre eux vivent en dessous du seuil national de pauvreté<sup>664</sup>, près des deux tiers subissent au moins trois privations sur les sept dimensions du bien-être spécifiques à chaque âge<sup>665</sup>, moins de la moitié des enfants en situation de handicap sont scolarisés au primaire, et plusieurs centaines de milliers d'adolescents sortent du système scolaire chaque année sans formation ou avec un niveau d'employabilité très faible. De surcroît, les rares données et indicateurs disponibles dans le domaine de la participation suggèrent que les enfants et les adolescents participent peu aux décisions qui les affectent, que ce soit dans la sphère familiale, au niveau local ou bien encore à l'échelle nationale.





## Inclusion sociale et participation – Cibles des ODD adaptées par la Côte d'Ivoire

ODD 1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.

Cible 1.2 : D'ici à 2030, réduire de moitié au moins la proportion des hommes, femmes et enfants de tous âges vivant dans la pauvreté dans toutes ses dimensions selon les définitions nationales.

- Indicateur 1.2.1 : Proportion de la population vivant au-dessous du seuil national de pauvreté, par sexe et par âge.
- Indicateur 1.2.2 : Proportion d'hommes, de femmes et d'enfants de tous âges vivant dans une situation de pauvreté sous toutes ses formes, telles que définies par chaque pays.

Cible 1.4 : D'ici à 2030, veiller à ce que tous les hommes et les femmes, en particulier les pauvres et les personnes vulnérables, aient les mêmes droits aux ressources économiques, ainsi qu'à l'accès aux services de base, à la propriété foncière, au contrôle des terres et à d'autres formes de propriété, à l'héritage, aux ressources naturelles, à des nouvelles technologies et aux services financiers adéquats, y compris la microfinance.

- Indicateur 1.4.1 : Proportion de la population vivant dans des ménages ayant accès aux services de base.
- Indicateur 1.4.2 : Proportion de la population adulte totale qui dispose de la sécurité des droits fonciers et de documents légalement authentifiés et qui considère que ses droits sur la terre sont sûrs, par sexe et par type d'occupation.

ODD 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

Cible 10.1 : D'ici à 2030, assurer progressivement et durablement une croissance des revenus des 40 % de la population les plus pauvres à un rythme plus rapide que le revenu moyen national.

- Indicateur 10.1.1 : Taux de croissance des dépenses des ménages ou du revenu par habitant pour les 40 % de la population les plus pauvres et pour l'ensemble de la population.

Cible 10.2 : D'ici à 2030, autonomiser toutes les personnes et favoriser leur intégration sociale, économique et politique, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur handicap, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leur origine, de leur religion ou de leur statut économique ou autre.

- Indicateur 10.2.1 : Proportion de personnes vivant avec un revenu plus de 50 % inférieur au revenu moyen, par âge, sexe et handicap.

Au cours des dernières années, la Côte d'Ivoire a accru l'offre en services sociaux de base, adopté une série de stratégies ambitieuses en matière de protection sociale, d'insertion professionnelle et d'autonomisation des jeunes et renforcé son cadre juridique en matière de lutte contre les inégalités de genre et les discriminations. Des progrès doivent encore être réalisés pour renforcer et compléter ces stratégies, mais le principal défi se situe désormais au niveau de la mise en œuvre. Une forte mobilisation des services de l'État, des collectivités territoriales, du secteur privé et de la jeunesse, un engagement budgétaire conséquent, un renforcement du suivi-évaluation et un changement dans les pratiques et les mentalités des décideurs sont, en effet, nécessaires pour que ces efforts conduisent effectivement à un renforcement et à l'extension de l'inclusion sociale ainsi qu'à la co-construction avec les jeunes de solutions innovantes ne laissant personne de côté.

### 5.1 Inclusion sociale

Les inégalités, qu'elles soient liées à la pauvreté monétaire ou à la pauvreté multidimensionnelle, constituent des obstacles majeurs à la réalisation des droits des enfants et des adolescents. Le risque d'exclusion sociale est particulièrement élevé pour certaines catégories d'enfants et d'adolescents du fait de la persistance d'inégalités de genre, de discriminations liées au handicap, à l'apparence physique, à l'origine et à l'orientation sexuelle ou encore de leur situation de désaffiliation sociale, n'étant ni à l'école, ni en emploi, ni en formation<sup>666</sup>.

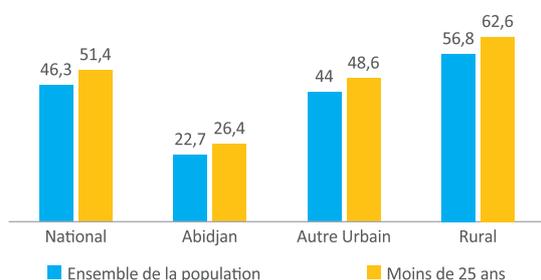
### 5.1.1 Indicateurs clés

#### 5.1.1.1 Pauvreté monétaire

L'Enquête sur le niveau de vie des ménages (ENV) de 2015 ne fournit pas de données sur la pauvreté monétaire des moins de 18 ans, mais elle montre que celle-ci affecte particulièrement les moins de 25 ans. En effet, ces derniers représentent environ 60 % du total de la population, mais plus des deux tiers des personnes vivant sous le seuil national de pauvreté (737 FCFA de dépenses par jour)<sup>667</sup>.

Au niveau national, 51,4 % des moins de 25 ans vivent en dessous du seuil national de pauvreté contre respectivement 46,3 % de la population en général. Le niveau de pauvreté des moins de 25 ans varie fortement en fonction du lieu de résidence, avec un taux maximal de 62,6 % en milieu rural (56,8 % pour l'ensemble de la population rurale) contre 48,6 % en milieu urbain hors Abidjan (44 % de l'ensemble de la population urbaine hors Abidjan) et 26,4 % dans la capitale (22,7 % pour l'ensemble de la population)<sup>668</sup>.

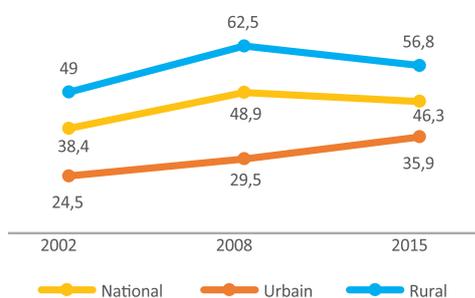
#### Proportion de la population vivant en dessous du seuil national de pauvreté (%)



Source : N-MODA 2018.

L'ENV 2015 ne fournit pas de données sur l'évolution de l'incidence, de la sévérité et de la profondeur de la pauvreté des moins de 25 ans sur la longue durée. Elle ne permet pas non plus d'apprécier le niveau de pauvreté des jeunes en fonction de la région de résidence ou du genre. Les seules données disponibles concernent le niveau de pauvreté de la population prise dans son ensemble. Elles montrent qu'après avoir fortement progressé au cours de la décennie précédente, le taux de pauvreté (seuil national) a reculé de près de 2,5 points entre 2008 et 2015, tout en restant 8 points au-dessus de son niveau de 2002. Si l'incidence, la profondeur et la sévérité de la pauvreté monétaire restent plus élevées en milieu rural qu'en milieu urbain, le taux de pauvreté a reculé en milieu rural entre 2008 et 2015 tandis qu'il a continué d'augmenter en milieu urbain<sup>669</sup>.

#### Taux de pauvreté monétaire (% de la population en dessous du seuil national)



Source : ENV 2015.

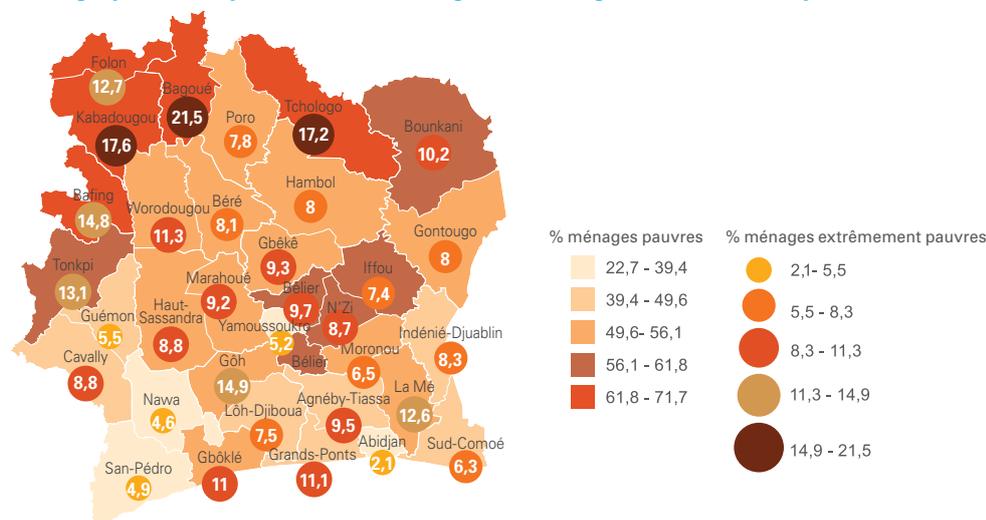
Selon l'ENV 2015, les régions où l'incidence de la pauvreté est la plus élevée sont situées dans le Nord-Ouest et le Nord et celles concentrant le plus grand nombre de pauvres comprennent le district autonome d'Abidjan (9,3 % du total), le Haut-Sassandra (7,5 %), le Gbêkê (5,3 %) et le Tonkpi (5,7 %).

En moyenne, la pauvreté touche aussi bien les ménages dirigés par des hommes (46,4 %) que ceux dirigés par des femmes (45,9 %), mais au niveau national, la proportion de femmes pauvres (47,4 %) est supérieure à celle



des hommes (45,5 %) et à Abidjan, les ménages dirigés par les femmes sont plus pauvres (28,4 %) que ceux dirigés par des hommes (21,1 %).

### Cartographie de la pauvreté des ménages et ménages extrêmement pauvres



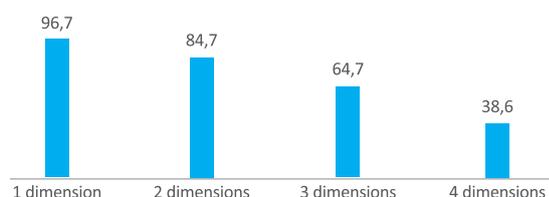
Source : ENV 2015.

Selon l'ENV 2015, 10 % des Ivoiriens vivent en dessous du seuil national d'extrême pauvreté (335 FCFA de dépenses par jour), parmi lesquels 5,2 % de ceux vivant en milieu urbain et 14,7 % de ceux habitant en zone rurale. L'enquête ne fournit pas d'information sur le taux d'extrême pauvreté des moins de 25 ans. Compte tenu des tendances observées au niveau international, il est toutefois probable que ce taux se situe à un niveau supérieur à celui de la population prise dans son ensemble<sup>670</sup>.

#### 5.1.1.2 Pauvreté multidimensionnelle

L'analyse des privations multiples selon le modèle N-MODA permet de mieux cerner l'ampleur des inégalités qui affectent les enfants et les adolescents en matière d'accès à leurs droits fondamentaux<sup>671</sup>. Au niveau national, la quasi-totalité (96,7 %) des enfants âgés de moins de 18 ans subissent au moins une privation sur les sept dimensions du bien-être spécifiques à chaque âge, plus de 8 enfants sur 10 (84,7 %) au moins deux privations, près des deux tiers (64,7 %) au moins trois privations et plus d'un tiers (38,6 %) au moins quatre privations. Il apparaît, en outre, que dans six des onze grandes régions (Nord : 46,7 % ; Sud-Ouest : 45,9 % ; Centre-Ouest : 45 % ; Nord-Ouest : 44,6 % ; Nord-Est : 43,9 % ; Ouest : 43,5 %), le niveau de sévérité de la pauvreté dans au moins trois dimensions est supérieur à 43 % contre 36,5 % au niveau national et 18,6 % à Abidjan.

#### Incidence de la pauvreté multidimensionnelle chez les enfants de 0-17 ans en fonction du nombre de privations subies (%)

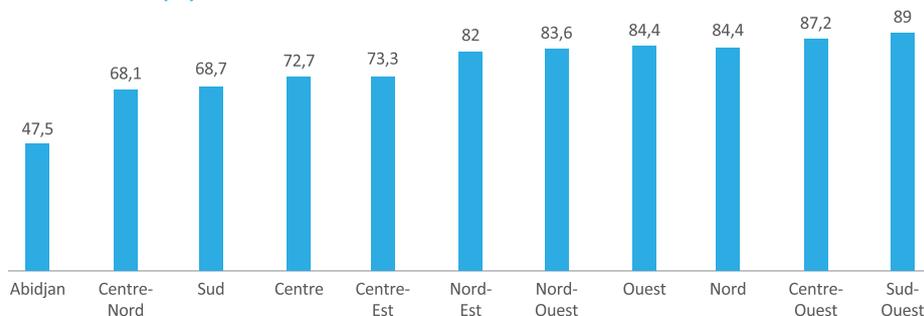


Source : N-MODA 2018.

L'analyse du niveau de privations en fonction de l'âge montre que les enfants âgés de moins de 5 ans sont ceux qui souffrent le plus de privations multiples : en effet, 74,4 % d'entre eux subissent au moins trois privations contre 59 % des 5-14 ans et 61 % des 15-17 ans. Par ailleurs, la proportion des enfants de moins de 5 ans ne subissant aucune privation a été divisée par trois entre 2012 (12 %) et 2016 (4,1 %)<sup>672</sup>.

On constate des écarts importants entre les régions puisque près d'un enfant de moins de 5 ans sur deux est privé dans au moins trois dimensions du bien-être à Abidjan contre plus de deux enfants sur trois dans les autres grandes régions, six d'entre elles ayant un taux de privations supérieur à 80 %.

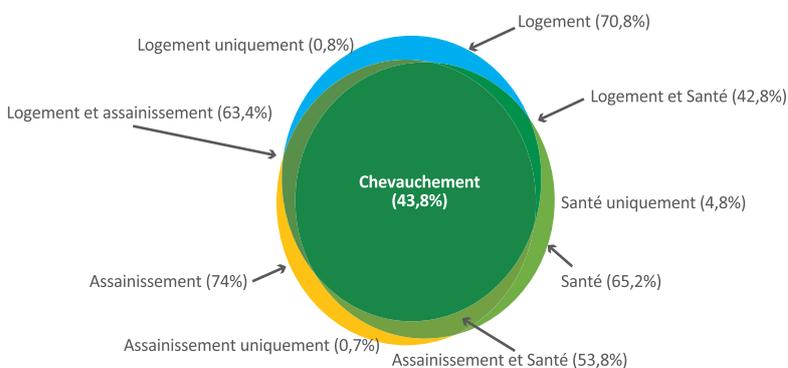
#### Proportion d'enfants de 0-4 ans privés dans au moins trois dimensions du bien-être en fonction du lieu de résidence (%)



Source : N-MODA 2018.

Pour cette tranche d'âge, les privations les plus fréquentes concernent l'assainissement (74 %), le logement (70,6 %), la protection contre la violence et la santé (67,3 %) avec un niveau de chevauchement entre les dimensions Santé, Logement et Assainissement de 43,8 %, ce qui montre l'urgence d'agir pour améliorer les conditions de logement et d'assainissement de façon à réduire la mortalité et la morbidité des enfants en bas âge.

#### Chevauchement pour la combinaison des dimensions Logement, Santé et Assainissement chez les enfants de 0 à 4 ans



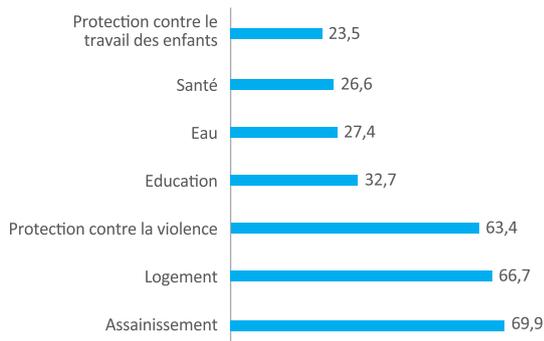
Source : N-MODA 2018.

De leur côté, 59 % des enfants âgés de 5 à 14 ans subissent au moins trois privations dans les sept dimensions du bien-être, mais cette proportion varie fortement en fonction du lieu de résidence avec un taux minimal à Abidjan (32 %) et un taux supérieur à 70 % dans cinq des onze grandes régions, avec un maximum dans le Nord (75 %).

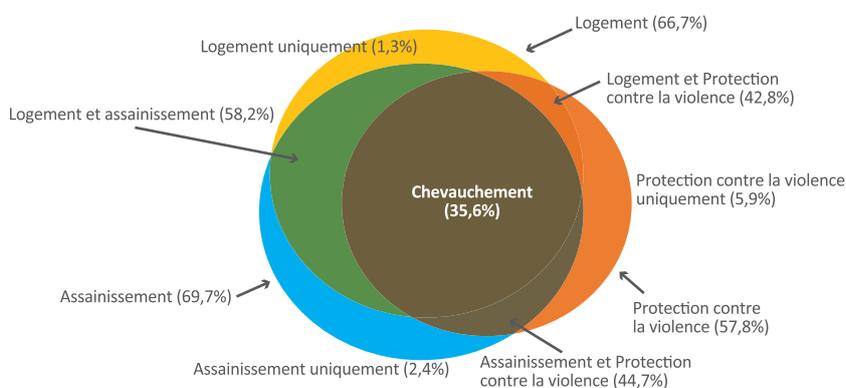
Le risque de subir des privations est plus élevé de 3 points de pourcentage lorsque le ménage est dirigé par une femme que lorsqu'il est dirigé par un homme ; il augmente avec le nombre d'enfants dans le ménage (55,1 % des enfants des ménages de 1-3 enfants subissent au moins trois privations contre 62 % des enfants des ménages ayant au moins quatre enfants) et est inversement corrélé avec le niveau d'instruction de la mère (aucune instruction : 64,5 % ; secondaire et plus : 28,2 %). Les privations les plus courantes pour les 5-14 ans concernent l'assainissement (69,9 %), le logement (66,7 %) et la protection contre les violences (63,4 %) avec un chevauchement de ces trois dimensions de 35,62 %.



### Distribution des privations par dimension chez les enfants de 5 à 14 ans (%)

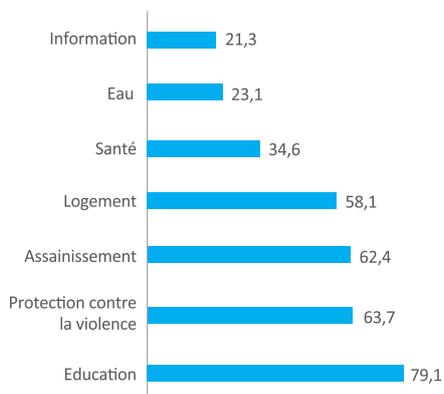


### Chevauchement pour la combinaison des dimensions Logement, Protection contre la violence et Assainissement chez les enfants de 5 à 14 ans



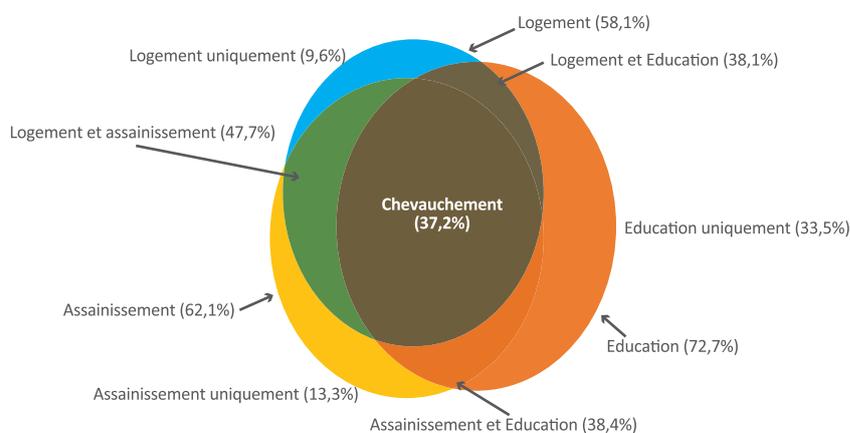
Enfin, les adolescents âgés de 15-17 ans sont 61 % à subir au moins trois privations. Le taux de pauvreté (privation dans au moins trois dimensions) est plus élevé lorsque le chef de ménage est un homme (63,7 %) que lorsqu'il est une femme (55,7 %) et est corrélé négativement avec le niveau d'éducation de la mère. Dans six régions, la proportion des adolescents subissant au moins trois privations est supérieure à 70 %, avec un maximum dans le Nord-Ouest (77,9 %) et un minimum à Abidjan (48,18 %). Pour cette tranche d'âge, les privations les plus importantes concernent l'éducation (79,1 %), la protection contre la violence (63,7 %), l'assainissement (62,4 %) et le logement (58,1 %), avec un taux de chevauchement de 37,2 % entre les dimensions Éducation, Logement et Assainissement.

### Distribution des privations par dimension chez les 15-17 ans (%)



Source : N-MODA 2018.

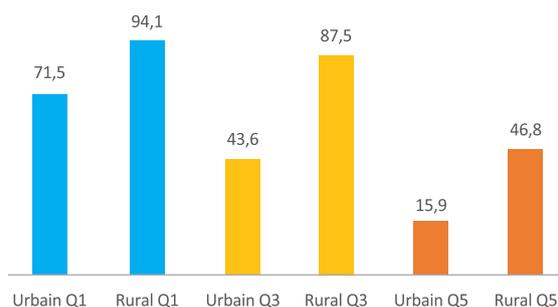
### Chevauchement pour la combinaison des dimensions Logement, Éducation et Assainissement chez les enfants de 15 à 17 ans



Source : N-MODA 2018.

Bien que l'analyse N-MODA ne fournisse pas d'éléments précis sur ce point, tout indique qu'il existe un chevauchement élevé entre pauvreté monétaire et pauvreté multidimensionnelle des enfants et des adolescents. On constate ainsi qu'en milieu urbain, le niveau de privation, tous âges confondus, est fortement corrélé au niveau de richesse du ménage dans lequel vit l'enfant : 71,5 % des enfants des ménages les plus pauvres subissent ainsi au moins trois privations contre 43,6 % des enfants des ménages du quintile moyen et 15,9 % des enfants vivant dans les ménages les plus riches. En milieu rural, le niveau de richesse du ménage a une influence moindre sur la proportion des enfants et adolescents subissant au moins trois privations en raison du manque d'offre de services de base : 94,1 % des enfants des ménages ruraux les plus pauvres subissent ainsi au moins trois privations contre 87,5 % des enfants des ménages ruraux du quintile intermédiaire et 46,8 % des enfants des ménages ruraux les plus riches.

### Proportion d'enfants de 0-17 ans privés dans au moins trois dimensions du bien-être en fonction du niveau de richesse du ménage (%)

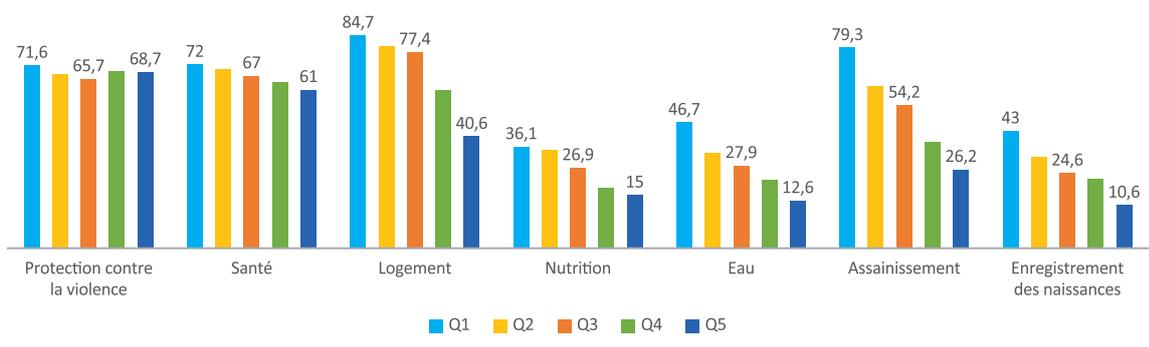


Source : N-MODA 2018.

En analysant l'influence du niveau de richesse sur le type de privation par tranche d'âge, on constate que l'écart entre le niveau de privation subi par les enfants de moins de 5 ans des ménages les plus pauvres et ceux des plus riches est assez limité pour les dimensions Protection contre la violence et Santé. En revanche, les enfants de moins de 5 ans des ménages les plus pauvres courent deux fois plus de risque de subir des privations que les enfants des ménages les plus riches dans les dimensions Logement et Nutrition et quatre fois plus dans les dimensions Eau, Assainissement et Enregistrement des naissances.



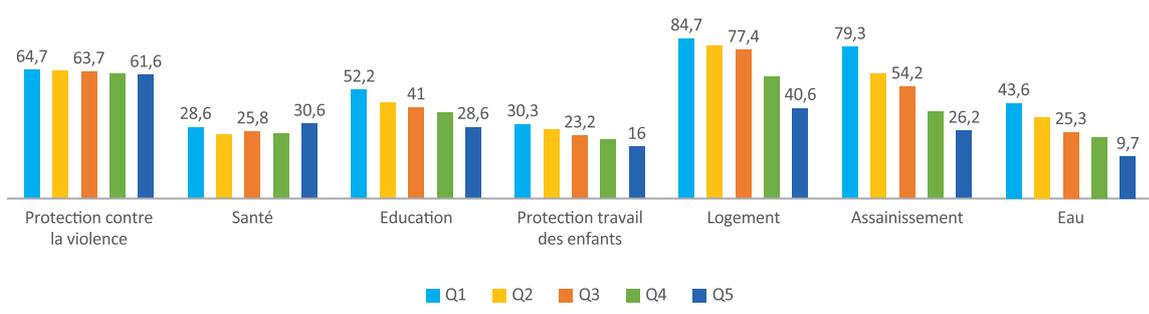
**Distribution des privations selon la dimension et le quintile de bien-être chez les enfants de 0-4 ans (%)**



Source : N-MODA 2018.

S'agissant des 5-14 ans, il apparaît que le niveau de richesse du ménage dans lequel vit l'enfant a une influence modérée sur le niveau de privation dans les dimensions Protection contre la violence et Santé et forte sur le niveau de privation dans les dimensions Logement, Assainissement et Eau.

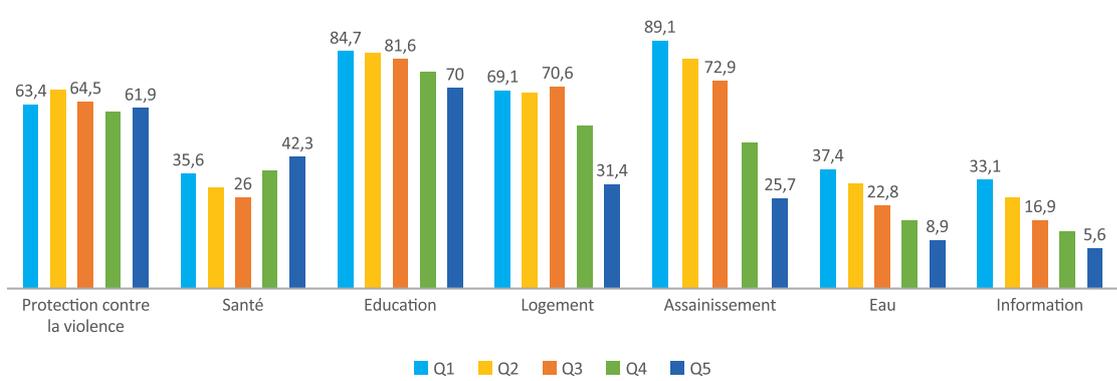
**Distribution des privations selon la dimension et le quintile de bien-être chez les enfants de 5-14 ans (%)**



Source : N-MODA 2018.

Enfin, chez les adolescents de 15-17 ans, l'écart entre le niveau de privation subi par les enfants des ménages les plus pauvres et ceux des ménages les plus riches est limité en matière d'éducation et de protection contre la violence, mais significatif pour les dimensions Logement, Assainissement et Eau et très prononcé pour la dimension Information (écart de 1 à 6).

**Distribution des privations selon la dimension et le quintile de bien-être chez les enfants de 15-17 ans (%)**



Source : N-MODA 2018.

### 5.1.1.3 Enfants et adolescents à risque d'exclusion sociale

#### • Inégalités de genre

L'égalité des chances dont devraient bénéficier tous les enfants et les adolescents de Côte d'Ivoire pour réaliser leur plein potentiel et avoir une vie épanouissante continue d'être compromise par la persistance d'inégalités de genre. Selon l'analyse N-MODA, l'influence du genre sur l'égalité d'accès au droit se manifeste à partir de la cinquième année de l'enfant. Les garçons âgés de 5 à 14 ans subissent un niveau de privation un peu plus élevé que les filles (+2 points de pourcentage) dans les dimensions Protection contre la violence, Eau et Santé. De leur côté, les filles de cette tranche d'âge souffrent davantage de privations dans la dimension Éducation (+6 points) que les garçons. Chez les enfants âgés de 15-17 ans, les écarts de privation liés au genre sont encore plus marqués, au détriment des garçons dans les dimensions Assainissement (+9 points de pourcentage), Eau (+6 points), Logement (+6 points) et Éducation (+2,8 points) et au détriment des filles dans les dimensions Protection contre la violence (+4,3 points), Santé (+4,7 points) et, de façon spectaculaire, en matière d'accès à l'information (+17,9 points).

Les données de routine du MENETFP et les résultats de la MICS-5 concernant l'alphabétisation confirment la persistance d'inégalités de genre au détriment des filles dans un domaine aussi important pour le développement de l'enfant que l'accès à l'éducation et à la connaissance : alors que la parité est désormais atteinte au niveau de l'enseignement primaire, elle n'est toujours pas effective au secondaire, que ce soit en termes de participation (l'indice de parité entre les sexes – IPS – pour le taux brut de scolarisation est de 0,89 au 1<sup>er</sup> cycle et de 0,79 pour le 2<sup>e</sup> cycle) et, plus encore, en termes d'achèvement (IPS : 0,87 pour le 1<sup>er</sup> cycle et 0,8 pour le 2<sup>e</sup> cycle)<sup>673</sup>. En outre, il existe un écart de plus de 15 points entre le taux d'alphabétisation des jeunes femmes âgées de 15-24 ans (47,2 %) et celui des hommes de la même tranche d'âge (63,8 %).

#### • Enfants en situation de handicap

Selon le dernier recensement de la population réalisé en 2014, la Côte d'Ivoire compte un peu plus de 50 000 enfants et adolescents de moins de 20 ans en situation de handicap. Les pratiques discriminatoires dont sont victimes ces enfants, notamment pour accéder à l'ensemble des services sociaux de base et obtenir le respect de leurs droits fondamentaux, restent assez mal connues du fait du peu d'enquêtes récentes menées sur le sujet. L'enquête réalisée en 2017 par le MENETFP, l'ENSEA et l'UNICEF permet toutefois de prendre la mesure des risques d'exclusion auxquels ces enfants sont confrontés en matière d'éducation<sup>674</sup>.

Selon cette étude, 48 187 enfants de moins de 19 ans vivent en situation de handicap, parmi lesquels 42,7 % de filles et 51 % de ruraux, et la proportion des enfants vivant avec un handicap en dehors du système scolaire s'élève à 78,6 % au niveau du préscolaire, 42,17 % au primaire, 60,39 % au secondaire général 1<sup>er</sup> cycle et 76,53 % au secondaire général 2<sup>e</sup> cycle. Les filles et les garçons vivant avec un handicap ont pratiquement les mêmes chances d'entrer à l'école primaire. En revanche, le taux d'achèvement des filles scolarisées à ce niveau (39 %) est plus faible de 20 points que celui des garçons (59 %)<sup>675</sup>.

L'étude montre également que le risque d'exclusion scolaire varie fortement en fonction du type de handicap de l'enfant : près de 80 % des enfants ayant un handicap au niveau des deux membres supérieurs ou étant muets, les deux tiers des enfants ayant un handicap psychique (66,78 %) ou souffrant de surdité (61,56 %) et environ la moitié des enfants ne pouvant se servir de leurs deux membres inférieurs (57,23 %), ayant un handicap au niveau d'un membre supérieur (51,3 %) ou étant non-voyants (41,41 %) ne sont ainsi jamais scolarisés. En outre, chez ceux qui sont scolarisés, le risque d'abandon est particulièrement élevé parmi les non-voyants (42,41 %)<sup>676</sup>.

Les statistiques de routine du MENETFP indiquent qu'entre 2014-2015 et 2018-2019, le nombre d'enfants vivant avec un handicap et scolarisés a progressé de 31 % au primaire et de 120 % au secondaire général. Le nombre d'enfants vivant avec un handicap qui sont scolarisés reste cependant trop faible, notamment si l'on se réfère aux résultats préliminaires de l'enquête UNICEF sur la situation des enfants et des adolescents hors du système scolaire vivant avec un handicap qui estimait en 2017 le nombre d'enfants handicapés non scolarisés à 48 000, parmi lesquels 20 000 enfants âgés de 6 à 11 ans<sup>677</sup>.

#### • Enfants atteints d'albinisme

Il existe très peu de données statistiques sur le nombre d'enfants atteints d'albinisme ni d'étude récente sur les discriminations que ces enfants subissent dans les différentes sphères de la vie sociale et pour l'accès aux services sociaux de base. L'albinisme concernerait 6 235 personnes dans tout le pays, dont 53 % d'hommes (RGPH 2014) et au moins 1 145 enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans (MENETFP-UNICEF-ENSEA 2017). Les enfants et les adolescents atteints d'albinisme sont confrontés à des problèmes de vision et de lésions cutanées fréquentes en



raison de leur déficit en mélanine, ce qui accroît leurs risques de cécité et d'abandon scolaire<sup>678</sup>. Selon les informations qualitatives collectées par des journalistes et des ONG, ils sont aussi victimes de préjugés et des croyances collectives qui les tiennent fréquemment à l'écart du reste de la société. Généralement considérés avec suspicion ou hostilité, un quart des 3-18 ans atteints d'albinisme ne sont ainsi jamais scolarisés<sup>679</sup>. Des données anecdotiques indiquent, en outre, qu'ils sont fréquemment exclus du marché du travail et peuvent même faire l'objet d'attaques et de tentatives d'assassinats motivées par des croyances mystiques ou le rejet de leur différence physique<sup>680</sup>.

#### • Enfants en situation d'apatridie

En 2012, les autorités ivoiriennes et le HCR ont avancé le chiffre de 700 000 personnes en risque d'apatridie sur le territoire ivoirien, parmi lesquelles 300 000 enfants, mais ces chiffres ont cependant depuis été contestés. Les résultats de la cartographie des personnes apatrides et à risque d'apatridie lancée en août 2018 par le gouvernement avec l'appui du HCR devraient fournir prochainement des données actualisées et probantes sur le sujet.

Il n'existe pas d'étude permettant d'évaluer avec précision les conséquences pour les enfants de la situation d'apatridie en termes d'accès aux droits fondamentaux et aux services de base en Côte d'Ivoire. Les résultats des enquêtes menées au niveau international montrent qu'elles sont généralement importantes, tant sur le plan de l'accès aux droits qu'en ce qui concerne le développement psychologique et le bien-être de l'enfant. En Côte d'Ivoire, les témoignages recueillis par le HCR dans le cadre d'un rapport sur l'apatridie dans le monde ont mis en lumière des risques élevés d'exclusion sociale cumulative (non-scolarisation, abandon scolaire, absence d'emploi), de violence et d'exploitation du fait de l'absence de document d'identité<sup>681</sup>.

#### • Adolescent(e)s homosexuel(le)s, bisexuel(le)s, transgenres et intersexué(e)s

Il existe peu de données sur la situation des adolescent(e)s lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexes (LGBTI). Le Code pénal ivoirien ne criminalise pas l'homosexualité en tant que telle et plusieurs ONG de défense des droits des LGBTI sont actives dans le pays, en particulier en milieu urbain. Cependant, deux hommes accusés d'homosexualité ont été arrêtés et poursuivis devant les tribunaux en 2016<sup>682</sup> et les données anecdotiques et une étude réalisée parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)<sup>683</sup> montrent qu'un grand nombre de LGBTI subissent des discriminations de la part de leur entourage, ne bénéficient pas de campagne d'information adaptée en matière de prévention du VIH et des IST et n'ont généralement pas d'autre choix (en dehors de quelques rares endroits spécifiques) que de dissimuler leur orientation sexuelle s'ils veulent éviter d'avoir à subir des injures, des humiliations, le rejet de leur famille, la perte de leur réseau de soutien, voire des agressions physiques<sup>684</sup>.

Les discriminations et la non-inclusion des adolescents et des jeunes LGBTI dans les politiques publiques ont des conséquences graves sur leur santé et celle de leurs proches, car elles les dissuadent de se rendre dans les structures sanitaires alors que le taux de prévalence du VIH chez les HSH était estimé, en 2016, à 11,6 % avec un taux maximal de plus de 29 % à Abidjan<sup>685</sup>. En outre, elles créent chez nombre d'entre eux des barrières émotionnelles et psychologiques néfastes pour leur développement et leur équilibre sur le long terme.

#### • Jeunes déscolarisés sans emploi

Les adolescents qui ne sont ni scolarisés, ni en emploi, ni en formation (NEET selon l'acronyme anglais<sup>686</sup>) ne font pas l'objet d'enquête régulière et leur situation face au risque d'exclusion sociale reste assez mal connue. Les données les plus récentes sur le sujet proviennent des enquêtes ENSETE de 2013 et ENSESI de 2016, corrigées sur la base des résultats du RGPH de 2014, et portent sur des tranches d'âge englobant les adolescents et les jeunes adultes. Ces données montrent que (i) plus d'un tiers des 14-24 ans (35,1 %) et des 15-29 ans (35,7 %) sont des NEET<sup>687</sup>, (ii) les filles de 15-29 ans courent davantage de risque d'être des NEET (36,2 %) que les garçons du même âge (33,1 %) et (iii) près d'un jeune (15-29 ans) sur deux est un NEET en milieu rural (44,6 %) contre environ un jeune sur cinq (18 %) en milieu urbain<sup>688</sup>.

Les rares statistiques disponibles et preuves anecdotiques suggèrent que les NEET ne forment pas un groupe homogène et ne courent pas tous le même risque d'exclusion : la majorité des NEET garçons ont pu au moins accéder à l'enseignement secondaire tandis que les filles ont rarement dépassé le niveau du primaire. Après cinq à six années de transition entre l'école et l'emploi – voire plus pour les filles et les jeunes urbains –, certains finissent par s'insérer socialement en occupant des emplois précaires, peu qualifiés, souvent informels et à temps partiel subi<sup>689</sup>. D'autres, en revanche, après avoir connu plusieurs échecs dans leur recherche d'emploi et des refus dans leur demande d'aide au démarrage d'une AGR ou d'une formation renoncent à trouver un travail et se retrouvent progressivement en situation de rupture sociale. C'est notamment le cas des NEET âgés de plus de 24 ans et des NEET nés à l'étranger<sup>690</sup>.

#### • Les OEV du fait du VIH/sida et les jeunes des populations clés vulnérables au VIH

Le Programme national d'appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH (PNOEV) estime le nombre d'OEV en Côte d'Ivoire à 270 000. Il n'existe pas d'études sur les conditions de vie des OEV du fait du VIH ni d'enquête ou de données récentes permettant de mesurer le niveau de privations des droits auxquels ces enfants sont confrontés. La situation des OEV du fait du VIH diffère selon qu'ils sont affectés et infectés, infectés sans avoir accès aux traitements antirétroviraux, infectés mais sous traitement ARV, affectés car orphelins des deux parents, affectés du fait de la perte d'un parent ou de la présence dans leur foyer d'une personne séropositive ou d'un orphelin du VIH. La plupart ont toutefois en commun d'être vulnérables en raison des conséquences matérielles, affectives et psychologiques du VIH/sida sur eux-mêmes et leurs familles et de subir des formes de discrimination, de rejet ou d'exclusion en raison des préjugés négatifs persistants au sein de la population.

Les données fournies par la MICS-5 ne concernent que les enfants et les jeunes infectés, mais elles illustrent le risque d'exclusion auquel sont confrontés les OEV : en effet, seuls 66,7 % des hommes et 64,7 % des femmes âgés de 15 à 49 ans pensent qu'un enfant vivant avec le VIH doit pouvoir aller à l'école avec des enfants séronégatifs et seuls 15,7 % des hommes et 7 % des femmes expriment des attitudes bienveillantes envers les PVVIH en général<sup>691</sup>. Plus récemment, une évaluation de référence a confirmé l'ampleur des préjugés, des pratiques discriminatoires et des violences auxquels sont confrontés les jeunes et les adultes vivant avec le VIH (PVVIH) et les personnes appartenant aux populations clés particulièrement vulnérables au VIH<sup>692</sup>. Les formes d'exclusion sociale qu'ils subissent entraînent des violations fréquentes de leurs droits, que ce soit pour avoir accès aux services de santé préventifs et curatifs ou pour obtenir la protection des forces de l'ordre<sup>693</sup>.

#### 5.1.2 Analyse causale

L'amélioration de l'accès aux services sociaux de base et la mise en place de systèmes et de mesures de protection sociale figurent au rang des objectifs de l'agenda 2030 et sont au cœur de l'engagement pris au niveau international de ne laisser personne de côté<sup>694</sup>. Elle constitue également une priorité du gouvernement, reflétée à la fois dans le PND 2016-2020, la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS 2016-2020), la Politique nationale de la jeunesse (2016-2020) et le Programme social du gouvernement 2019-2020 (axe 1 : fournir aux populations des services de santé de proximité et améliorer la protection sociale).

#### Les quatre axes de la Stratégie nationale de protection sociale (2016-2020)

- Augmentation du niveau de vie des populations les plus pauvres.
- Amélioration de l'accès aux services sociaux de base et de l'investissement dans le capital humain.
- Accompagnement des groupes vulnérables dans la prévention et la réponse aux risques d'abus, violence, exploitation, discrimination et exclusion.
- Atteinte progressive de niveaux plus élevés de protection sociale.

Pourtant, les barrières à surmonter pour renforcer l'inclusion sociale des enfants et des adolescents en Côte d'Ivoire restent nombreuses. Elles tiennent, pour l'essentiel, au niveau insuffisant et à la qualité trop limitée des dépenses pro-pauvres, ainsi qu'à la part encore très réduite de la population couverte par des dispositifs de protection sociale en construction.

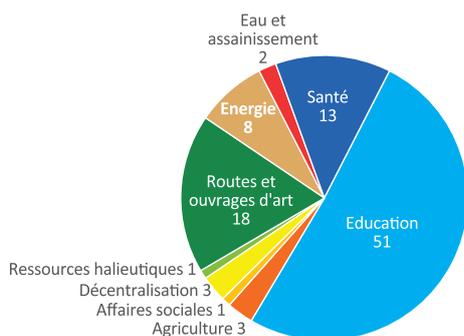
#### 5.1.2.1 Un niveau encore limité de dépenses pro-pauvres

Des investissements importants ont été réalisés au cours des dernières années pour améliorer l'offre et soutenir la demande en services sociaux de base, et réduire ainsi l'écart d'accès entre les enfants et les adolescents. Parmi ces efforts, on peut notamment citer la politique de la gratuité ciblée des soins de santé mise en œuvre depuis 2012 au profit des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans, la réalisation de raccordements sociaux aux services d'eau et d'assainissement en milieu urbain ou encore les mesures prises pour assurer la gratuité de l'enseignement obligatoire pour les 6-16 ans (construction et équipement de nouvelles écoles et salles de classe, recrutement de nouveaux enseignants, achat de kits scolaires, création de cantines scolaires) et renforcer l'autonomisation des femmes et des adolescentes<sup>695</sup>.



Entre 2014 et 2018 cependant, la part dans le budget de l'État des dépenses correspondant aux mesures de lutte contre la pauvreté a peu progressé, oscillant entre 32 et 33,9 % du total. De plus, à l'exception du secteur de l'éducation, qui contribue pour plus de la moitié au total des dépenses pro-pauvres, le montant des dépenses consacrées aux autres secteurs sociaux clés pour les enfants comme la santé (5 % du total des dépenses de l'État), l'eau et l'assainissement (2 % du budget de l'État) et la protection sociale (1 % du budget de l'État) est resté assez faible et en deçà des cibles arrêtées sur le plan international<sup>696</sup>.

### Répartition des dépenses pro-pauvres par secteur selon la loi de finances provisoire 2018 (%)



Source : Rapport annuel de performance du PND 2016-2020.

#### 5.1.2.2 Des dispositifs de protection sociale encore en construction

Jusqu'en 2017-2018, la part de la population ivoirienne couverte par les mécanismes de protection sociale prévus par le SNPS était particulièrement limitée<sup>697</sup>. En 2016, le montant des prestations versées en faveur des personnes en situation d'extrême pauvreté et des victimes de guerres et de catastrophes était inférieur à un milliard de FCFA, soit un peu moins de 1,4 million de dollars américains. De plus, alors que le coût constitue le principal obstacle à la consultation médicale des ménages pauvres (56,2 %) et non pauvres (39,9 %), avec un impact négatif direct sur la santé des enfants de plus de 5 ans et des adolescents et que la baisse de revenu résultant de la maladie ou de la mort est le premier facteur de vulnérabilité des ménages ruraux<sup>698</sup>, seule 0,9 % de la population ivoirienne<sup>699</sup> était couverte en 2015 par le système d'assurance maladie<sup>700</sup>. Enfin, les différents dispositifs d'aide à l'emploi des jeunes étaient peu efficaces, mal coordonnés et offraient peu de services adaptés aux besoins des jeunes les plus vulnérables ou à risque d'exclusion sociale (absence de formations qualifiantes courtes notamment).

Depuis deux ans cependant, la part des dépenses en faveur des indigents et des victimes de guerre et de catastrophes a fortement progressé pour atteindre 12,6 milliards de FCFA en 2018, soit 31,5 % du total des dépenses des affaires sociales<sup>701</sup>. Ces dépenses correspondent à la mise en place, avec le soutien de la Banque mondiale, d'un programme pilote de filets sociaux productifs dans douze régions du centre, du nord et de l'ouest du pays visant à sortir 650 000 personnes de l'extrême pauvreté d'ici 2020 par le biais (i) de transferts monétaires (144 000 FCFA par an, soit environ 240 USD), (ii) d'activités génératrices de revenus et (iii) d'infrastructures sociales d'appoint. En 2018, 50 000 ménages, soit près de 400 000 personnes, dont plus de 100 000 enfants, ont pu bénéficier de ce programme<sup>702</sup>. En 2019, le programme a été élargi à de nouvelles régions avec pour objectif de porter le nombre de ménages bénéficiaires à 100 000, voire 125 000.

En outre, des progrès ont été réalisés dans la mise en œuvre de la loi du 24 mars 2014 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU). Ce dispositif prévoit un taux de prise en charge de 70 %, la mise en place d'un régime contributif financé par les cotisations forfaitaires des assurés d'un montant de 1 000 FCFA par mois et par personne et d'un régime non contributif, dénommé régime d'assistance médicale (RAM) pour les personnes les plus pauvres. Fin 2018, 1 186 038 personnes, dont 114 847 étudiants, avaient été enrôlées à la CMU. La phase de généralisation de la CMU a commencé en 2019 avec des campagnes d'information en direction des travailleurs du secteur informel et des indigents et en août 2019, le nombre total d'enrôlés s'élevait à 1,7 million. L'objectif est d'enrôler 4 millions de personnes d'ici à la fin 2019 (1,7 million fin août 2019) et jusqu'à 40 % de la population d'ici 2025<sup>703</sup>.

Afin de réduire la proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation (NEET), conformément à la cible 8.6 des ODD<sup>704</sup>, le gouvernement a engagé une réforme de l'enseignement technique et de la formation professionnelle visant notamment à améliorer son efficacité externe (taux d'insertion huit mois après l'obtention

du diplôme : 14,43 % en 2017<sup>705</sup>) grâce à une meilleure adéquation des formations avec les besoins du secteur privé<sup>706</sup> et à offrir des formations de courte durée à visée d'insertion aux jeunes les plus vulnérables ou ayant des besoins spécifiques. Il a par ailleurs élaboré une Stratégie nationale pour l'insertion et l'emploi des jeunes<sup>707</sup> (SNIEJ) qui, sous l'égide du ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEE), regroupe et étend le bénéfice de plusieurs programmes<sup>708</sup> menés jusqu'alors à une plus petite échelle et crée un guichet unique pour l'emploi des jeunes.

Le plan d'action de la SNIEJ, dénommé « Garantie Jeunes », cible en priorité les 650 000 jeunes en situation de précarité et éloignés de l'emploi comme les primo-demandeurs, les jeunes déscolarisés, les immigrants refoulés. Il prévoit (i) d'accompagner les jeunes dans leur emploi (entretien, diagnostic, information et orientation par l'Agence Emploi Jeunes – AEJ), (ii) de leur proposer des formations complémentaires qualifiantes (FCQ) tenant compte des besoins du marché du travail et d'un appui pour leur intégration dans l'entreprise (versement d'une prime de stage de 45 000 FCFA par mois pour les primo-demandeurs diplômés, prise en charge des frais d'enrôlement à la CMU la première année, mise en place d'un fonds de garantie en cas d'accident du travail pendant le stage, suivi après l'embauche), (iii) de faire bénéficier près de 200 000 jeunes de programmes de travaux à haute intensité de main-d'œuvre (THIMO), (iv) de mettre plus de 120 000 autres jeunes en apprentissage et (v) d'accompagner plus de 275 000 jeunes dans le cadre de différents programmes d'aide à la création d'activités génératrices de revenus ou assimilées (développement des compétences, coaching, allègements fiscaux et garanties de financement et d'appui à l'installation attribuées par un fonds doté d'un budget de 10 milliards de FCFA, soit environ 17 millions d'USD)<sup>709</sup>.

Fin 2018, 7 000 jeunes, dont 400 ayant des besoins spécifiques, avaient bénéficié de formations qualifiantes de courte durée à visée d'insertion et 28 774 autres de programmes de travaux à haute intensité de main-d'œuvre (THIMO). En outre, 13 588 jeunes avaient effectué un stage de qualification et 6 528 un stage de validation de diplôme. Enfin, 12 906 jeunes avaient bénéficié d'une aide à la création de micro- et petites entreprises (MPE), soit 60 % de plus que prévu initialement, et 21 856 avaient reçu une aide à l'installation de projets d'AGR.

À l'attention des jeunes les plus vulnérables et les plus à risque de marginalisation sociale, le gouvernement a créé, dans le cadre de la politique nationale de la jeunesse, un Service civique d'action pour le développement (SCAD). Le SCAD, qui bénéficie de l'appui des PTF, dont l'UNICEF, et est mis en œuvre avec des ONG partenaires, offre aux stagiaires la possibilité de se réinsérer socialement en suivant pendant neuf mois des formations au civisme et à un métier, avec un encadrement strict assuré par des gendarmes volontaires formés à l'approche sociale. Pendant leur formation au Centre civique d'action pour le développement (CCAD), les stagiaires du SCAD perçoivent une bourse trimestrielle ; et grâce à un partenariat conclu avec la Chambre nationale des métiers, ils ont la possibilité d'effectuer, au terme de leur formation, un stage professionnel afin de faciliter leur réinsertion<sup>710</sup>. Jusqu'ici, 784 jeunes ont pu bénéficier du SCAD<sup>711</sup>.

Même si on peut déjà s'interroger sur l'impact qu'auront les filets sociaux productifs sur le niveau de vie des plus pauvres, compte tenu des montants relativement modestes des transferts monétaires envisagés, il est encore trop tôt pour dresser un bilan de ces différents dispositifs.

Pour que leur montée en puissance se traduise effectivement par un renforcement de l'inclusion sociale, il apparaît d'ores et déjà que trois défis majeurs devront être relevés. Le premier a trait au manque d'information et au scepticisme des ménages quant à l'existence et l'utilité de ces dispositifs et à la trop grande complexité des dossiers à remplir pour pouvoir bénéficier de certaines aides. Le deuxième est lié à la faiblesse des services en charge de la détection des plus vulnérables ou des personnes à risque d'exclusion et de l'accompagnement et du suivi des bénéficiaires des mesures de protection sociale. Le troisième est lié à la durabilité de ces interventions, la majorité d'entre elles étant financées par les PTF et les crédits budgétaires alloués à la jeunesse restant à un niveau particulièrement faible (0,4 % du total du budget de l'État en 2018).

#### • Barrières du côté de la demande

Les observations de terrain et des données anecdotiques suggèrent que la population et les jeunes en particulier manquent d'information concernant les dispositifs de protection sociale et sont en général peu intéressés par le sujet. Cela tient, en partie, au fait que ces dispositifs sont récents, certains venant à peine de terminer les phases pilotes, et n'ont concerné jusqu'ici qu'un nombre limité de régions et de bénéficiaires. Cela s'explique aussi par le fait que les jeunes se montrent souvent très sceptiques face aux annonces de l'État dans le domaine de l'action sociale. Compte tenu des nombreuses promesses non tenues et de l'absence fréquente de réponses des services aux demandes adressées par le passé, beaucoup considèrent, en effet, que seules les personnes travaillant dans le secteur formel, celles engagées au côté du parti au pouvoir et celles ayant des relations avec des responsables politiques locaux ou nationaux peuvent réellement en bénéficier.



Ce scepticism mêlé de découragement est particulièrement fort chez les jeunes les plus à risque d'exclusion et peut constituer un frein important pour solliciter des services comme l'Agence Emploi Jeunes (AEJ) ou le SCAD ou s'enrôler à la CMU. À ces obstacles s'ajoute aussi parfois la trop grande complexité technique des dossiers à remplir pour pouvoir bénéficier de certains dispositifs. C'est le cas notamment des inscriptions à l'AEJ qui doivent se faire via Internet et nécessitent une maîtrise minimale de l'écrit et des demandes de financement d'AGR auprès de l'AEJ qui impliquent de savoir présenter un prévisionnel financier de l'activité envisagée, ce que peu de jeunes, même parmi les diplômés, sont en capacité de faire. Dans ce contexte, la mise en place de campagnes d'information et de plans de communication adaptés aux représentations et aux besoins des ménages et des jeunes vulnérables, l'utilisation de formulaires de demande simplifiés et l'adoption de procédures plus transparentes pour le traitement et le suivi des dossiers apparaissent particulièrement urgentes<sup>712</sup>.

#### • Barrières du côté de l'offre et de la qualité

Pour pouvoir renforcer durablement l'inclusion sociale des enfants et des jeunes, une bonne articulation entre les dispositifs de protection sociale et l'offre et la qualité de services en matière de santé, d'insertion professionnelle et de protection est indispensable. Or, plusieurs défis restent à relever à ce niveau.

Selon les estimations du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) établies sur la base du panier de soins CMU et des tarifs fixés pour les actes de santé par arrêté interministériel du 4 janvier 2019<sup>713</sup>, le système de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) devraient être en capacité de faire face à l'augmentation du nombre d'enrôlés à la CMU tant que celui-ci ne dépasse pas les 8 millions d'adhérents. Afin d'éviter que la généralisation de la CMU n'entraîne une hausse trop rapide de la demande en soins et en médicaments à laquelle le système sanitaire ne pourrait pas répondre – ce qui pourrait décrédibiliser l'ensemble du processus –, le gouvernement a engagé d'importants investissements (120 milliards de FCFA en 2019, soit environ 200 millions d'USD) pour la réhabilitation et la construction de centres de santé et d'hôpitaux et conclu avec la Nouvelle pharmacie de la santé publique<sup>714</sup> un accord portant sur l'approvisionnement des pharmacies privées en un panier de médicaments génériques à des tarifs fixés par arrêtés du ministère de la Santé qui soient abordables pour la population et soutenables pour les finances de la CNAM<sup>715</sup>. Malgré ces efforts, des risques d'inadéquation de l'offre de soins de santé demeurent en raison des incertitudes concernant la vitesse d'enrôlement des travailleurs du secteur informel et des indigents et la mise en place d'un financement et de modalités de paiement adéquats favorisant l'adhésion des prestataires de soins au nouveau dispositif.

Il n'existe pas encore d'évaluation concernant le fonctionnement des AEJ, mais des preuves anecdotiques suggèrent que la qualité des services offerts reste insuffisante, notamment au niveau de l'aide à la recherche d'emploi, de la mise en contact avec les employeurs et du suivi des dossiers de demande de financement. Il existe 20 AEJ dans les chefs-lieux de régions et il est prévu que chacune des 201 communes dispose à terme d'un guichet emploi relié à une AEJ. Pour le moment toutefois, seules 45 communes en sont dotées et les agents des AEJ et des guichets emplois manquent de moyens de transport et de financement pour aller à la rencontre des jeunes, notamment ceux qui vivent en milieu rural, si bien qu'une partie importante de la population n'a, de fait, pas accès à ce type de dispositif. Enfin, bien qu'une des barrières à l'accès des jeunes en risque d'exclusion à ce type de dispositif soit le manque de compétences techniques pour remplir certains formulaires, les AEJ ne disposent toujours pas de budget pour organiser des formations d'aide à la recherche d'emploi ou de financements à l'attention des publics les plus vulnérables.

En ce qui concerne le service civique, il est à noter que le SCAD ne dispose que de trois centres d'accueil fonctionnels (à Abidjan, Bouaké et Sassandra) aux capacités d'accueil limitées. Le nombre de jeunes filles bénéficiaires de ce dispositif reste par ailleurs très faible pour des raisons qui tiennent à l'absence de centre dédié et au fait qu'elles doivent souvent s'occuper d'enfants en bas âge et ne peuvent prendre part aux formations proposées. L'ouverture d'un centre d'accueil des jeunes filles à Bouaké permettrait d'accroître l'intérêt des jeunes filles pour ce dispositif.

Le rôle que les centres sociaux sont censés jouer dans le renforcement de la cohésion sociale est particulièrement important, y compris dans la mise en œuvre des filets sociaux productifs et des interventions d'action sociale en faveur de la population la plus défavorisée. En pratique toutefois, en raison de leur faible nombre et de leur mauvaise répartition géographique, de leur manque de personnel qualifié et de la faiblesse de leur budget, leur contribution à la détection et la prise en charge des enfants et des jeunes à risque d'exclusion, notamment à travers l'accompagnement et le suivi des jeunes bénéficiaires des dispositifs de protection, reste insuffisante.

Alors qu'en théorie, la Côte d'Ivoire devrait disposer d'un centre social dans chacune des 509 sous-préfectures, il n'en existe actuellement que 144 concentrés, pour l'essentiel, dans les parties sud et centre du pays. Compte tenu de l'étendue des territoires à couvrir, de l'éloignement de nombreux villages et campements et de l'absence de moyens de locomotion ou de budget pour financer le déplacement des agents à l'intérieur, une partie importante de la population n'a ainsi, de fait, pas accès aux services d'action sociale. De plus, du fait de l'absence de normes en ce domaine, le

nombre d'habitants couverts varie fortement d'un centre à l'autre, y compris dans les parties du pays les mieux dotées : c'est ainsi que l'on compte à Abidjan un centre social pour plus d'un million d'habitants dans la commune d'Abobo contre un pour environ 100 000 habitants dans la commune de Treichville<sup>716</sup>. Enfin, tous les centres ne relevant pas du même ministère – 97 sont des centres du MEPS et 47 dépendent du MEEF –, il arrive que deux centres coexistent sur un même territoire et développent, sans se coordonner, des activités qui souvent se chevauchent.

Les problèmes de couverture territoriale limitée ou inégale et de mauvaise allocation des ressources sont aggravés par la faiblesse des crédits alloués pour le fonctionnement (manque de matériel de bureau, vétusté des locaux, absence de ligne de crédit pour le carburant et de véhicules de services en nombre suffisant) et le nombre insuffisant de personnels qualifiés disponibles : alors que chaque centre devrait *a minima* disposer de neuf agents pour pouvoir remplir l'ensemble des tâches assignées, 14 centres sociaux ne disposent que d'un seul agent. De plus, nombre d'agents ne disposent pas des compétences adaptées pour la prise en charge des enfants ayant des besoins spécifiques ou l'accompagnement social des jeunes vers l'emploi. On observe enfin, chez certains travailleurs sociaux, une perte de motivation du fait d'une forte dévalorisation de leur travail, du faible niveau de leur rémunération (notamment pour les assistants sociaux), de la non-reconnaissance des risques qu'ils prennent – notamment en termes d'exposition à la violence – et du peu d'opportunités qui leur est offert en termes de mobilité et de développement de carrière. Enfin, il apparaît que les centres sociaux opèrent sans feuille de route ni ligne directrice, et mènent pour l'essentiel des activités de protection familiale et d'animation sociale centrées sur les enfants de moins de 5 ans au détriment des autres classes d'âge et des autres actions sociales qui théoriquement leur incombent<sup>717</sup>. Une réforme institutionnelle et opérationnelle des centres sociaux est actuellement en cours sous l'égide du MEPS et en partenariat avec les autres ministères sociaux afin de renforcer leurs capacités à répondre aux besoins des ménages et des enfants les plus vulnérables.

### 5.1.2.3 Absence de stratégie nationale globale de lutte contre toutes les formes de discriminations

La Côte d'Ivoire dispose d'un cadre juridique robuste en matière de lutte contre les discriminations de genre. Elle a ratifié la plupart des conventions internationales et régionales de promotion de l'égalité des sexes, notamment en 1995, la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF). Elle a également adopté plusieurs textes de loi et mesures visant à promouvoir l'égalité des sexes<sup>718</sup>, notamment en milieu scolaire, mis en place une stratégie nationale de lutte contre les violences basées sur le genre et créé un Observatoire national de l'équité et du genre (ONEG).

Malgré ces efforts, la Côte d'Ivoire ne se situe encore qu'au 155<sup>e</sup> rang sur 189 de l'indice de développement du genre (IDG). Ce mauvais classement s'explique par la faible autonomie financière des femmes qui travaillent majoritairement dans le secteur informel<sup>719</sup> et la force des préjugés, des normes sociales coutumières et des croyances faisant obstacle à la réalisation d'une égalité effective dans les rapports sociaux : le pays ne compte que huit femmes sur les 8 000 chefs de villages ; les femmes ne dirigent que 20 % des entreprises du secteur formel et n'occupent encore que 22,4 % des emplois de cadre dans la fonction publique, 11,4 % des sièges à l'Assemblée nationale et 17,7 % des postes au gouvernement<sup>720</sup>.

En matière de lutte contre les discriminations subies par les personnes en situation de handicap, la Côte d'Ivoire dispose également d'un cadre légal solide avec la loi d'orientation de la politique pour les personnes en situation de handicap du 10 novembre 1998, la ratification en 2014 de la Convention internationale sur les droits des personnes handicapées et les articles 32 et 33 de la Constitution consacrant l'obligation pour l'État de protéger et de garantir l'accès aux droits des personnes en situation de handicap. Plusieurs mesures ont par ailleurs été prises au cours des dernières années afin de scolariser davantage d'enfants en situation de handicap avec les autres élèves<sup>721</sup>, renforcer les capacités des deux établissements d'accueil gérés par l'État<sup>722</sup> ainsi que l'encadrement des centres médico-psychopédagogiques, soutenir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap dans le secteur privé (article 12 du nouveau Code du travail adopté en 2015, décret du 9 mai 2018 précisant les obligations des employeurs à leur égard) ou la fonction publique (1 000 recrutements dérogatoires aux règles de la fonction publique) et faciliter l'accès aux bâtiments publics.

En dépit de ces initiatives, les discriminations subies par les enfants et les jeunes en situation de handicap restent importantes. En effet, la loi d'orientation du 10 novembre 1998 consacrant l'égalité des chances et de traitement des enfants en situation de handicap dans tous les secteurs d'activité n'est que partiellement appliquée, les décrets d'application n'ayant toujours pas été pris. En outre, cette loi s'appuie sur une définition du handicap centrée sur la santé et les déficiences des personnes en situation de handicap qui devrait être actualisée afin de prendre en compte la nouvelle définition arrêtée en 2015 par l'OMS qui insiste sur l'importance des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux auxquels elles sont confrontées.



Les structures pour la prise en charge des enfants en situation de handicap restent peu nombreuses et très inégalement réparties sur le territoire. L'éducation inclusive est toujours au stade de l'expérimentation et les écoles spécialisées dans la prise en charge des déficients intellectuels sont rares. Enfin, il n'existe toujours pas de procédure établie de reconnaissance du handicap et l'accès à des examens médicaux, à des soins à domicile, à du matériel adapté reste limité, en raison du manque de personnel formé, du coût des examens et de l'absence ou de l'attribution aléatoire d'aides de la part de l'État.

Par ailleurs, les autres formes de discriminations subies par les enfants et les adolescents de Côte d'Ivoire restent jusqu'ici peu ou mal prises en compte.

- La Côte d'Ivoire célèbre depuis 2015 la Journée internationale de sensibilisation à l'albinisme, mais les barrières à l'inclusion sociale des enfants atteints d'albinisme demeurent en l'absence (i) d'action de sensibilisation pour faire évoluer les mentalités et obtenir des changements de comportements envers les personnes en situation d'albinisme, (ii) de dispositifs d'aide permettant aux personnes atteintes d'albinisme de faire face aux problèmes de santé et aux handicaps auxquels elles sont confrontées et (iii) de mesures favorisant leur scolarisation et leur insertion professionnelle dans les secteurs privé et public.
- La Côte d'Ivoire a ratifié, en 2013, la Convention de 1954 relative au statut des apatrides et celle de 1961 sur la réduction des cas d'apatridie. En 2017, elle a adopté le plan d'action de Banjul visant à éradiquer l'apatridie dans les pays de la CEDEAO d'ici 2024 et développé un plan d'action national à cet effet. Toutefois, le Code de la nationalité ne permet toujours pas d'accorder automatiquement la nationalité ivoirienne aux enfants nés sur le territoire ivoirien de parents inconnus<sup>723</sup> ou à ceux qui, nés sur le territoire ivoirien, ne peuvent acquérir la nationalité de leurs parents, ces derniers étant eux-mêmes apatrides<sup>724</sup>. Pour ces enfants, la loi ne prévoit en effet l'acquisition automatique de la nationalité ivoirienne qu'en cas d'adoption légale entreprise par un citoyen ivoirien. En pratique, le HCR et les cliniques juridiques interviennent fréquemment afin d'obtenir, par le biais d'un jugement supplétif, l'enregistrement de la naissance de ces enfants menacés d'apatridie. Toutefois, de nombreux enfants restent sans documents d'identité ni nationalité reconnue, ce qui les rend particulièrement vulnérables à toutes sortes de violations de leurs droits avec le risque d'une transmission intergénérationnelle du statut d'apatride.

Au cours des mois à venir, la situation pourrait toutefois évoluer favorablement pour les enfants nés de parents inconnus. En effet, au cours de l'année 2018, onze enfants trouvés se sont vus reconnaître la nationalité ivoirienne suite à trois importantes décisions de justice et le gouvernement, en consultation avec le HCR, est engagé dans une réflexion afin de faire évoluer le Code de la nationalité sur le sujet. Par ailleurs, le 4 octobre 2019, le ministre de la Justice a pris une circulaire demandant de considérer tout enfant trouvé sur le territoire ivoirien de parents inconnus comme réputé né en Côte d'Ivoire et de lui délivrer un certificat de nationalité.

- S'agissant des discriminations à l'encontre des adolescents et des jeunes LGBTI, il est à noter que le nouveau Code pénal, entré en vigueur le 19 juillet 2019, ne fait plus de l'homosexualité une circonstance aggravante en cas d'outrage public à la pudeur<sup>725</sup>. Toutefois, les jeunes LGBTI, en particulier ceux issus des milieux ruraux et des quartiers périurbains, continuent d'être au quotidien la cible de préjugés et de croyances hostiles qui les exposent à des risques importants au niveau de leur sécurité physique et de leur bien-être psychique. En cas d'agression, ces jeunes ne peuvent généralement pas compter sur la protection des forces de police et leur agresseur est rarement condamné.
- Enfin, en ce qui concerne la prise en charge médicale et la défense des droits des OEV du fait du VIH/sida en matière d'éducation et de protection, la Côte d'Ivoire a mis en place un programme national d'appui (PNOEV) en 2013 qui bénéficie d'un financement de 15 millions d'USD par an de la part du Plan d'urgence du président des États-Unis d'Amérique pour la lutte contre le VIH/sida (PEPFAR). De nombreux progrès restent toutefois à réaliser pour renforcer l'inclusion sociale de ces enfants et plus généralement des jeunes vivant avec le VIH/sida et appartenant aux populations clés particulièrement vulnérables au VIH<sup>726</sup>. Une évaluation de référence<sup>727</sup> menée en 2018 sur financement du Fonds mondial, de l'ONUSIDA et d'Alliance Côte d'Ivoire a mis en évidence l'ampleur des obstacles à surmonter, notamment pour les femmes et les filles, en matière d'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH/sida et de la tuberculose. Les barrières ont trait notamment à la persistance de préjugés et de pratiques discriminatoires, voire violentes, au sein des familles, de l'école, du milieu médical, des responsables religieux, des forces de police et du personnel de santé. Elles s'expliquent par le manque de formation des personnels de santé et des policiers en matière de prise en charge adaptée de ces populations, le peu de connaissance et d'outils juridiques dont disposent ces populations pour défendre leurs droits et le maintien de dispositions législatives discriminatoires, comme celle prévoyant des sanctions pénales à l'encontre des personnes transmettant le virus, celle autorisant de

divulguer le statut sérologique d'une personne à un tiers pour des raisons autres que médicales et celle rendant obligatoire le consentement parental avant tout dépistage d'un mineur.

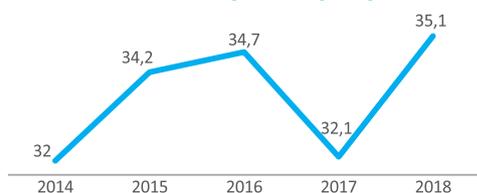
Face aux insuffisances et au caractère disparate des actions et stratégies menées à l'encontre des inégalités de genre et des discriminations, il apparaît désormais nécessaire, pour renforcer les actions phares de l'inclusion sociale et atteindre la cible 10.3 des ODD<sup>728</sup>, que la Côte d'Ivoire se dote, comme le recommande le Comité international des droits de l'enfant (20.3)<sup>729</sup>, d'une stratégie nationale globale de lutte contre toutes les formes de discriminations dont sont victimes les enfants et les adultes.

### 5.1.3 Déterminants structurels et environnement favorable

#### 5.1.3.1 Contrainte budgétaire

Depuis 2018, les dépenses pro-pauvres tendent à augmenter : elles représentaient, en 2018, 35,1 % du budget de l'État, soit 9,9 % du PIB contre 8,8 % en 2017 et 9,3 % en 2016<sup>730</sup>. La loi de finances pour 2019 et le projet de budget pour 2020 ont prévu d'accélérer la hausse des dépenses pro-pauvres en portant la part du budget de l'État consacrée à l'enseignement à 24 % en 2019 et 24,3 % en 2020 et celle consacrée à la santé de 5,1 % en 2018 à 6 % en 2019 et 6,8 % en 2020.

#### Part relative des dépenses pro-pauvres dans le budget de l'Etat (%)



Cette hausse des dépenses devrait permettre d'améliorer l'accès à l'éducation des enfants et des adolescents les plus vulnérables et faciliter la montée en puissance de la CMU. Pour avoir un impact maximal sur la réduction des écarts entre les enfants, il est essentiel cependant qu'elles contribuent non seulement à accroître l'accès, mais aussi la qualité des services offerts<sup>731</sup>.

Au sein des dépenses pro-pauvres, les crédits alloués à la protection sociale en général et à l'action sociale en particulier – un secteur qui bénéficie plus directement aux enfants et adolescents pauvres, vulnérables ou à risque de marginalisation – se situent à un niveau insuffisant au regard de l'urgence qu'il y a de construire de nouveaux centres sociaux, d'accroître leur budget de fonctionnement et de recruter de nouveaux agents, en particulier dans un contexte de croissance démographique toujours élevée. Entre 2016 et 2018, la part des dépenses de protection sociale dans le budget de l'État a diminué de 1,13 % à 0,78 %<sup>732</sup> et en 2018, la part des dépenses d'action sociale ne représentait que 1 % du total des dépenses pro-pauvres.

Pour la période 2019-2022, le gouvernement a prévu d'augmenter les dépenses de protection sociale, mais leur part dans les dépenses totales de l'État ne devrait pas dépasser 1,2 %. Pour la période 2018-2020, le ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) a élaboré un plan d'action de la SNPS, avec un besoin de financement sur les années 2018-2020 estimé à 3,14 milliards de FCFA (environ 5 millions de dollars). Jusqu'ici cependant, ce plan d'action n'est que très partiellement mis en œuvre, faute d'un engagement financier de l'État. Dans le budget 2019, il est prévu de réaliser 130 millions de FCFA d'investissements afin de créer et réhabiliter de nouveaux centres sociaux. En l'absence de programme précis, ces dépenses n'ont toutefois toujours pas été engagées.

Un autre facteur de fragilité du secteur de la protection sociale résulte de sa grande dépendance aux financements extérieurs apportés principalement par la Banque mondiale et les autres PTF. Les filets sociaux productifs sont ainsi financés à hauteur de 150 millions d'USD par la Banque mondiale pour la période 2016-2022, la contribution de la partie nationale dépassant à peine les 2 millions d'USD par an<sup>733</sup>.

De façon générale, il manque à la Côte d'Ivoire (i) une vision globale sur les dépenses que l'État engage en matière de protection sociale afin de mieux en apprécier l'évolution et l'efficacité, et (ii) une stratégie budgétaire permettant d'assurer la soutenabilité des dépenses et la pérennité des financements en faveur des secteurs. Selon l'étude menée sur l'espace budgétaire d'un plan d'investissement dans l'adolescence, compte tenu du niveau élevé de sa croissance économique (7,4 % en 2018) et encore limité de sa pression fiscale (16,2 % du PIB en 2018), la Côte



d'Ivoire dispose des marges de manœuvre budgétaires nécessaires pour accroître de manière plus substantielle le niveau de ses dépenses en matière d'action sociale et de protection sociale.

Le financement des dépenses en faveur de l'inclusion sociale pourrait se faire au moyen d'une augmentation des recettes fiscales et parafiscales, permettant ainsi à la Côte d'Ivoire d'atteindre la norme fixée par l'UEMOA en ce domaine (20 % du PIB). D'autres options de financement sont cependant envisageables comme le recours à des sources de financement extérieur, la rationalisation des dépenses de santé et d'éducation et la réaffectation des crédits au financement des dépenses sociales, ou la mise en œuvre de mécanismes de financements innovants comme l'extension des partenariats public-privé aux secteurs de l'éducation et de la santé ou la mobilisation de l'épargne des communautés ivoiriennes résidant à l'étranger<sup>734</sup>.

### 5.1.3.2 Planification stratégique et gestion du secteur

Plusieurs ministères interviennent dans le secteur de la protection sociale. Les trois principaux sont le ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS), le ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE) et le ministère de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Lutte contre la pauvreté (MSCSLP). Toutefois, d'autres ministères jouent un rôle important dans ce domaine, comme le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP), celui de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des Jeunes (MPJEJ) ou encore le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP).

Selon la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS), la Primature assure, avec l'appui technique du MEPS, la coordination du secteur. En pratique cependant, la coordination interministérielle reste faible, tant au niveau central que déconcentré, avec une mise en œuvre des interventions souvent dispersée, de fréquents chevauchements et un manque de cohérence globale des actions menées dans le cadre de la SNPS. Ce manque de coordination est aggravé par les changements répétés de tutelle sur les services et dispositifs consécutifs à la modification des périmètres ministériels lors des derniers remaniements<sup>735</sup>.

Le Groupe inter-bailleurs pour la protection sociale, qui rassemble principalement la Banque mondiale, l'UNICEF, l'Union européenne et le Bureau international du travail, ne se réunit pas de façon régulière depuis plusieurs années et le dialogue sectoriel entre les partenaires techniques et financiers (PTF) se fait uniquement par le biais de réunions ad hoc portant sur des projets d'intérêt commun. Par ailleurs, il n'existe pas de cadre unifié de coordination permettant aux différents ministères sociaux, aux PTF et aux ONG d'échanger sur l'état du secteur et d'arrêter des priorités d'action. De ce fait, de nombreux programmes et activités sont développés à l'initiative des PTF et des ONG sans que les autorités nationales et locales n'aient été informées et impliquées dans la planification, ce qui crée un risque de dispersion et aboutit parfois à un manque de cohérence et d'efficacité dans les interventions<sup>736</sup>. L'absence des revues sectorielles conjointes constitue, en outre, un obstacle à la mobilisation des financements extérieurs en faveur du renforcement de la protection sociale.

Depuis quelques années, les partenariats avec les acteurs du secteur privé se développent dans le domaine de la protection sociale. Il s'agit, pour l'essentiel, de programmes destinés à renforcer l'accès à l'éducation et à favoriser le développement communautaire dans les zones cacaoyères. Ces programmes sont financés et mis en œuvre dans le cadre de la Plateforme de partenariat public-privé (PPPP) du secteur café-cacao et financés par la Fondation International Cocoa Initiative (ICI<sup>737</sup>), des entreprises partenaire de la *Cocoa Action* et des fondations privées intervenant dans le programme TRECC<sup>738</sup>. On peut également citer le partenariat lancé en 2017 entre le secteur privé et l'Agence nationale d'appui au développement rural (ANADER) qui vise à prévenir le recours au travail des enfants grâce à des transferts monétaires et un appui aux AGR au bénéfice des ménages les plus défavorisés vivant dans la région de San Pedro. En dehors des zones cacaoyères cependant, ce type de partenariat reste rare alors même qu'il existe des potentialités importantes à développer à travers tout le pays.

Les obstacles majeurs au développement de la protection sociale en Côte d'Ivoire ont trait (i) au manque de données sur les disparités existant au sein des ménages (notamment pour apprécier le niveau de pauvreté monétaire des enfants, et plus généralement les vulnérabilités spécifiques de chacun des membres du ménage) et (ii) à la difficulté de collecter des informations permettant d'évaluer l'efficacité des projets existants<sup>739</sup> et d'anticiper les besoins émergents. Bien que dans le cadre de la mise en œuvre de la SNPS, le MEPS assure le suivi d'une vingtaine d'indicateurs transmis par les différents ministères concernés, il ne dispose pas, en effet, en l'absence d'outils de collecte et de gestion des données, des informations actualisées en continu nécessaires à l'analyse des besoins et à la planification des interventions aux différents échelons (national, régional, communal)<sup>740</sup>.

Des progrès importants pourraient toutefois avoir lieu rapidement dans ce domaine avec l'approbation par le gouvernement de l'arrêté créant un registre social unique (RSU)<sup>741</sup>. Le RSU, qui a été initié à partir du dispositif pilote des filets sociaux productif, va en effet permettre de mieux connaître les bénéficiaires des aides et des prestations

sociales et va servir de base dans les prochaines années, pour le ciblage et la coordination, à l'ensemble des politiques et des mesures prises en faveur des ménages pauvres et vulnérables. Pour qu'il puisse s'imposer rapidement comme l'outil de référence pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de protection sociale, il est toutefois essentiel que le RSU fasse l'objet d'actualisation et d'audits réguliers destinés à tester sa fiabilité. Compte tenu de la fragmentation actuelle du secteur, il est aussi indispensable que le RSU soit placé sous la tutelle d'un ministère fort, disposant de l'autorité et des ressources nécessaires à son développement. La décision récente prise par le Conseil des ministres de placer le RSU au sein du ministère en charge de la Lutte contre la pauvreté (MSCSLP) va dans ce sens. D'autres mesures sont attendues pour assurer une opérationnalisation cohérente du RSU à tous les niveaux.

La montée en puissance de la SNPS passe également par un renforcement des directions régionales de la protection sociale (DRPS) et des centres sociaux et une plus grande décentralisation des secours sociaux. Alors que l'échelon régional est le niveau pertinent pour pouvoir évaluer les besoins et planifier des interventions, les DRPS ont des attributions mal définies et ne disposent pas de feuille de route dans des domaines aussi importants que l'accompagnement de la mise en place de la CMU dans les régions<sup>742</sup>. Par ailleurs, elles manquent de moyens financiers, matériels et humains (faible dotation budgétaire, absence de moyens de locomotion et de ligne de crédit pour le carburant, locaux vétustes, matériel de bureau insuffisant, assistants sociaux trop peu nombreux) pour mener à bien leurs missions, que ce soit en termes de collecte de données, de planification ou de coordination des interventions avec les autres directions régionales des ministères impliqués dans la mise en œuvre de la SNPS en région<sup>743</sup>.

La loi de décentralisation du 7 juillet 2003 a théoriquement transféré aux collectivités locales la responsabilité de l'action sociale. En pratique cependant, les compétences des collectivités locales restent floues dans ce domaine. Les communes interviennent principalement pour apporter des secours exceptionnels aux familles sur la base de dotations reçues par l'État qu'elles peuvent éventuellement compléter. Par ailleurs, il n'existe pas de conventions entre l'État et les collectivités locales permettant de développer des actions complémentaires ou de confier à une entité décentralisée une mission de l'État en matière d'action ou de protection sociale.

#### 5.1.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveau                    | Acteurs principaux  | Rôles  | Principales carences (gaps)  |
|---------------------------|---|--|--|
| Communauté internationale | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales   | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination des interventions limitée</li> <li>• Synergies réduites entre les interventions</li> <li>• Concurrence pour les Fonds ODD</li> </ul>   |
| État central              | Ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS), ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE), ministère de la Solidarité, de la Cohésion sociale et de la Lutte contre la pauvreté (MSCSLP), ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP), ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEJ), ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (MSHP), Secrétariat d'État au Service civique | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentation des interventions entre les différents ministères et structures étatiques</li> <li>• Leadership insuffisant du MEPS chargé par la Stratégie nationale de protection sociale de la coordination sectorielle</li> <li>• Capacité encore trop limitée à communiquer avec les ayants droit au sujet des instruments de protection sociale existants</li> <li>• Prise en compte insuffisante des jeunes les plus défavorisés par les dispositifs d'insertion (l'AEJ est principalement focalisée sur les jeunes diplômés)</li> <li>• Faible redevabilité en ce qui concerne l'utilisation des fonds publics et privés reçus</li> <li>• Réticence, notamment du MSHP et du MENETFP, à organiser l'évaluation des instruments de protection sociale déjà existants</li> <li>• Faible connaissance du budget programme et capacités limitées à développer et à assurer le suivi des projets d'investissements publics (PIP)</li> <li>• Cadre de rapportage et de monitoring vertical et horizontal réduit, voire absent (MEPS, MSCSLP)</li> </ul> |



| Niveau   | Acteurs principaux  | Rôles   | Principales carences (gaps)  |
|--|---|---|--|
| Services décentralisés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, centre communal, préfets et sous-préfets, chefs de village   | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies en matière de protection sociale   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible présence sur le terrain et capacités très réduites au niveau des régions et des districts</li> <li>• Services limités ou inexistants</li> <li>• Dans les régions, couverture limitée en services sociaux qui ne tient pas compte des besoins réels et du niveau de privation existant</li> <li>• Personnel limité en nombre et souvent mal payé</li> </ul>   |
| Autorités locales  | Autorités régionales et municipales   | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur ; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible connaissance en matière de protection sociale</li> <li>• Compétences insuffisantes en matière de budget programme et de gestion basée sur les résultats</li> <li>• Capacités de coordination intersectorielle très limitées</li> <li>• Dépendance quasi totale par rapport aux financements du budget central</li> </ul>   |
| Société civile   | ONG locales, organisations confessionnelles, membres de la diaspora   | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination des interventions insuffisante</li> <li>• Capacités et ressources pour faire le plaidoyer en faveur des plus vulnérables trop limitées</li> <li>• Faible connaissance en matière de protection sociale</li> </ul>  |
| Secteur privé  | Entreprises privées du secteur, entreprises privées hors secteur, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc. | Mobilisation des ressources, fourniture de services liés à la protection sociale<br>Contribution des plateformes (chambres de commerce/chambre de concertation public-privé) en matière de sensibilisation du secteur privé sur les questions liées à la RSE et d'établissement de politiques nationales favorables aux investissements des acteurs privés dans le secteur social | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible connaissance en matière de protection sociale</li> <li>• Recherche de gains à court terme</li> <li>• Coordination insuffisante avec la communauté, mais aussi avec les autorités</li> <li>• Les chambres des métiers ne sont pas suffisamment informées des dispositifs existants pour faciliter l'insertion professionnelle des jeunes</li> <li>• Dans la plus grande partie des secteurs d'activités, la RSE est peu développée, en particulier sur les questions d'inclusion sociale, en raison notamment du manque de mesures incitatives (avantage fiscal ou autre) en faveur des investissements des acteurs privés dans le domaine</li> </ul> |
| Communautés  | Organisations communautaires, leaders communautaires, groupes de femmes, organisations locales de jeunesse, associations locales de femmes  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affaiblissement des mécanismes traditionnels de protection sociale : transferts monétaires de l'étranger, famille élargie, tontine, etc.</li> <li>• Faible connaissance en matière de protection sociale</li> <li>• Pesanteurs sociales et culturelles</li> <li>• Capacités de suivi et de contrôle limitées</li> </ul>   |
| Parents, famille   | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs  | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible connaissance des droits et des mécanismes de protection sociale à leur disposition</li> <li>• Passivité et fatalisme</li> </ul>  |

### 5.1.5 Recommandations clés

- i. Renforcer les capacités des systèmes de collecte afin de disposer de davantage de données relatives à la pauvreté monétaire et non monétaire des enfants et aux disparités existant au sein même des ménages, conformément aux recommandations du rapport intérimaire sur la mise en œuvre du principe directeur de l'Agenda 2030 « ne laisser personne pour compte »<sup>744</sup>.
- ii. Renforcer les capacités d'analyse, au niveau central et décentralisé, y compris périurbain, afin de pouvoir déterminer plus finement les causes profondes de la pauvreté, des vulnérabilités et discriminations affectant les enfants.
- iii. Renforcer les capacités des ministères sociaux à assurer le suivi de la mise en œuvre effective de la couverture maladie universelle (CMU), en particulier pour ce qui concerne l'accès et la qualité des soins et des services inclus dans le panier CMU offerts aux populations les plus défavorisées.
- iv. Renforcer les capacités des ministères sociaux en matière d'évaluation de projets existants et de planification afin qu'ils puissent davantage anticiper les besoins émergents et influencer la préparation et la mise en œuvre des programmes d'investissements publics (PIP).
- v. Appuyer les ministères sociaux pour le développement de la Stratégie nationale de protection sociale post-2020 et de son plan d'action budgétisé.
- vi. Appuyer la décentralisation budgétaire et la traçabilité des dépenses dans les secteurs sociaux, y compris jusqu'au « dernier kilomètre ».
- vii. Réaliser un plaidoyer en faveur de l'adoption d'une stratégie nationale de lutte contre l'ensemble des discriminations dont peuvent être victimes les enfants.
- viii. Favoriser les partenariats public/privé et la collaboration du ministère en charge de la Formation professionnelle avec la Chambre des métiers et les PME-PMI afin de favoriser l'insertion des jeunes, en particulier les plus défavorisés.
- ix. Renforcer les capacités opérationnelles et institutionnelles du Secrétariat d'État au Service civique et des autorités locales afin qu'ils puissent contribuer, de manière efficace, à la réinsertion sociale et professionnelle des jeunes les plus marginalisés, y compris ceux en situation de handicap.

## 5.2 Le droit à la participation

La participation joue un rôle fondamental dans le développement de l'enfant et de la société tout entière : au niveau individuel, elle favorise l'estime de soi, l'acquisition de capacités cognitives et de compétences sociales et le respect des autres ; au niveau collectif, elle renforce l'autonomie, la résilience et la capacité des jeunes à lutter contre les situations d'injustice et à se mobiliser pour l'atteinte des Objectifs du développement durable<sup>745</sup>.

Le droit à la participation est l'un des principes directeurs de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) et garantit, à ce titre, l'exercice effectif de tous les autres droits<sup>746</sup>. Il est reconnu à l'article 12.1<sup>747</sup> de la Convention qui consacre le droit d'être entendu et d'avoir son opinion prise en considération ainsi qu'aux articles 13.1<sup>748</sup> et 15.1<sup>749</sup> relatifs, respectivement, à la liberté d'expression et d'information et à celle d'association et de réunion pacifique, sans lesquelles la participation ne saurait être effective et significative.

En 2016, le Comité international des droits de l'enfant a précisé les modalités de mise en œuvre du droit à la participation en demandant notamment aux États parties à la CIDE : (i) d'adopter des politiques visant à accroître les possibilités de participation active des adolescents à la vie politique ; (ii) de permettre aux adolescents de plaider en faveur de la réalisation de leurs droits et de demander des comptes aux porteurs d'obligation ; et (iii) d'associer les adolescents, y compris via les outils numériques, à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de toutes les lois et politiques et de tous les services et programmes pertinents ayant une incidence sur leur vie, tant dans le cadre scolaire qu'au niveau de la collectivité et aux échelons locaux, nationaux et internationaux<sup>750</sup>.

En 2018, le Secrétaire général des Nations Unies a développé une stratégie « Jeunesse 2030 » qui vise explicitement à renforcer la participation des jeunes<sup>751</sup>. L'UNICEF et ses partenaires contribuent à cette stratégie dans le cadre du nouveau partenariat « Génération sans limites » au sein duquel le renforcement de l'autonomisation des jeunes, notamment celle des filles, constitue une priorité.





### Les cinq domaines d'action prioritaire de la stratégie « Jeunesse 2030 »

- Engagement, participation, sensibilisation : faire entendre la voix des jeunes pour un monde pacifique, juste et viable.
- Éducation et santé : faciliter l'accès des jeunes à un enseignement et à des services de santé de qualité.
- Émancipation économique des jeunes et travail décent : améliorer l'accès des jeunes au travail décent et à l'emploi productif.
- Les jeunes et les droits de l'Homme : protéger et promouvoir les droits des jeunes et encourager leur engagement civique et politique.
- Consolidation de la paix et renforcement de la résilience : aider les jeunes à s'impliquer au service de la paix et de la sécurité et de l'action humanitaire.

Comme dans la plupart des pays, la réalisation du droit à la participation des enfants et des jeunes constitue un défi en Côte d'Ivoire. Jusqu'à l'adoption de la Politique nationale de la jeunesse (PNJ 2016-2020), les initiatives dans ce domaine n'ont, en effet, touché qu'un nombre limité de jeunes et se sont concentrées sur la formation à l'éthique citoyenne<sup>752</sup>, la jeunesse restant peu associée à la définition et à la mise en œuvre des politiques et des programmes la concernant.

### Génération sans limites

Faire en sorte que, d'ici 2030, tous les jeunes âgés de 10 à 24 ans soient à l'école ou en formation ou aient un emploi grâce à :

- un accès renforcé à l'éducation secondaire ;
- des compétences d'apprentissage, une meilleure employabilité et un travail décent ;
- une autonomisation accrue des jeunes, en particulier des filles.

Depuis 2016, le gouvernement multiplie les initiatives en faveur de la participation des jeunes comme l'illustrent l'adoption d'une Stratégie nationale d'autonomisation de la jeunesse (SNAJ) et d'une Stratégie nationale du service civique (SNSC), la création d'un comité national de suivi et d'évaluation de la PNJ, le lancement par le ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes et l'UNICEF de la plateforme U-Report, ou encore la tenue, en janvier 2019, des États généraux de la jeunesse.

Il est difficile d'apprécier l'impact de ces mesures en raison de leur caractère récent, du nombre limité de données quantitatives et qualitatives disponibles et de l'absence d'indicateurs bien définis pour mesurer les tendances à l'œuvre dans un domaine impliquant des dimensions de la vie sociale aussi diverses. L'analyse qui suit repose donc sur un nombre limité de données quantitatives et d'indicateurs indirects collectés dans le cadre de la MICS-5, des réponses aux sondages organisés par U-Report, des preuves anecdotiques et des rares enquêtes qualitatives menées par des ONG locales.

### U-Report en Côte d'Ivoire

U-Report est une plateforme numérique gratuite et anonyme de mobilisation sociale pour les jeunes disponible par SMS, Facebook, WhatsApp et Twitter. Développée par l'UNICEF, elle a pour but d'informer les jeunes, de les inciter à débattre et à faire entendre leur voix sur les problèmes et les sujets qui les concernent au quotidien et de leur permettre de s'organiser et de lancer facilement des initiatives en faveur de changements positifs dans leurs communautés.

U-Report a été lancé en Côte d'Ivoire en janvier 2017. En octobre 2019, on comptait plus d'un million d'U-Reporters parmi lesquels 39 % de filles, 27 % de moins de 20 ans et 55 % de moins de 25 ans.

#### 5.2.1 Indicateurs clés

- Le droit d'être entendu et le droit d'expression

Il n'existe pas d'étude permettant d'évaluer la mise en œuvre du droit des enfants et des jeunes à être entendus et à voir leurs opinions prises en compte au sein de la famille, de l'école, des centres de santé ou devant les tribunaux.

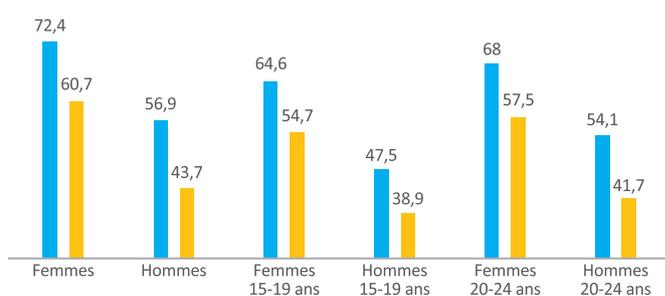
De façon générale, il apparaît que la législation ivoirienne est favorable au respect de la liberté d'opinion des mineurs<sup>753</sup>. L'entrée en vigueur, le 27 décembre 2018, du nouveau Code de procédure pénale a renforcé les garanties dont bénéficient les enfants en contact ou en conflit avec la loi pour faire entendre leur point de vue, tout au long de la procédure judiciaire<sup>754</sup>.

Toutefois, selon un premier sondage organisé via U-Report le 22 septembre 2017, 61 % des 18461 répondants ont indiqué que leur opinion n'est généralement pas prise en compte, ce chiffre s'élevant à 65 % chez les moins de 15 ans, 55 % chez les 15-19 ans et 64 % chez les 20-24 ans et les femmes contre 59 % chez les hommes, avec de fortes disparités en fonction du lieu de résidence, le taux le plus bas se trouvant dans les districts de Woroba (48 %) et Zanzan (49 %) et le plus élevé dans celui d'Abidjan (71 %)<sup>755</sup>.

En réalité, il semble que l'effectivité du droit à être entendu varie fortement en fonction du type de porteurs d'obligations avec lequel les enfants et les jeunes interagissent. En ce qui concerne la liberté d'expression dans la famille, la MICS-5 ne fournit que des données pour les femmes, mais celles-ci montrent que plus des trois quarts d'entre elles (81 %) se sentent libres d'exprimer leurs préoccupations dans ce cadre, parmi lesquelles 68,6 % des jeunes femmes de 15-19 ans et 78,3 % des 20-24 ans. De même, selon un sondage U-Report effectué le 21 mars 2019, 62 % des 13416 répondants (dont 63 % des 15-19 ans et 57 % des 20-24 ans) considèrent que leur voix est prise en compte au sein de leur communauté<sup>756</sup>. Ces chiffres concordent avec les résultats de la MICS-5 selon lesquels 56,9 % des hommes et 72,4 % des femmes âgés de 15-49 ans considèrent qu'ils se sentent respectés et que leur opinion l'est également par au moins cinq groupes ou autorités de leur communauté, parmi lesquels leurs parents, les personnes âgées, leurs pairs, les enfants, leur groupe religieux, leur groupe ethnique, d'autres groupes religieux, les leaders communautaires ou les autorités locales.

À la différence du sondage U-Report cependant, la MICS-5 met en évidence l'existence d'un écart de plus de 15 points entre le niveau de respect ressenti par les femmes (72,4 %) et les hommes (56,9 %), cet écart étant encore plus marqué (17 points) chez les 15-19 ans (hommes : 47,5 % ; femmes : 64,6 %), pour des raisons qui mériteraient d'être analysées en profondeur, mais qui tiennent peut-être aux attentes différentes qu'ont les hommes et les femmes en matière de respect de la part des autres et à la plus grande autocensure des femmes dans l'expression de leurs opinions. En effet, selon la MICS-5, à peine 10,3 % des femmes de 15-19 ans et 12 % de celles âgées de 20-24 ans se sentent libres d'exprimer leurs préoccupations au sein de leur communauté.

#### Pourcentage d'hommes et de femmes qui se sentent respectés par différents groupes ou autorités



■ Par au moins 5 groupes ou institutions (parents, les personnes âgées, leurs pairs, les enfants, leur groupe religieux, leur groupe ethnique, d'autres groupes religieux, les leaders communautaires ou les autorités locales)

■ Par les autorités locales

Source : MICS-5.

Les résultats de la MICS-5 et des sondages U-Report convergent, en revanche, pour mettre en évidence la difficulté rencontrée par les enfants et les jeunes pour être entendus par les autorités locales : 66 % des 8640 répondants au sondage U-Report du 28 juillet 2019 considèrent ainsi que l'avis des jeunes n'est pas pris en compte par les décideurs au niveau des villes. Cet avis est partagé par 62 % des 15-19 ans, 61 % des 20-24 ans, 68 % des hommes, 63 % des femmes et 71 % des Abidjanais<sup>757</sup>. Ces chiffres sont à rapprocher des résultats de la MICS-5 selon lesquels seuls 38,9 % des hommes et 54,7 % des femmes âgés de 15 à 19 ans et 41,7 % des hommes et 57,5 % des femmes âgés de 20 à 24 ans se sentent respectés par les autorités locales et à peine plus de la moitié des 15-49 ans font confiance aux élus locaux.

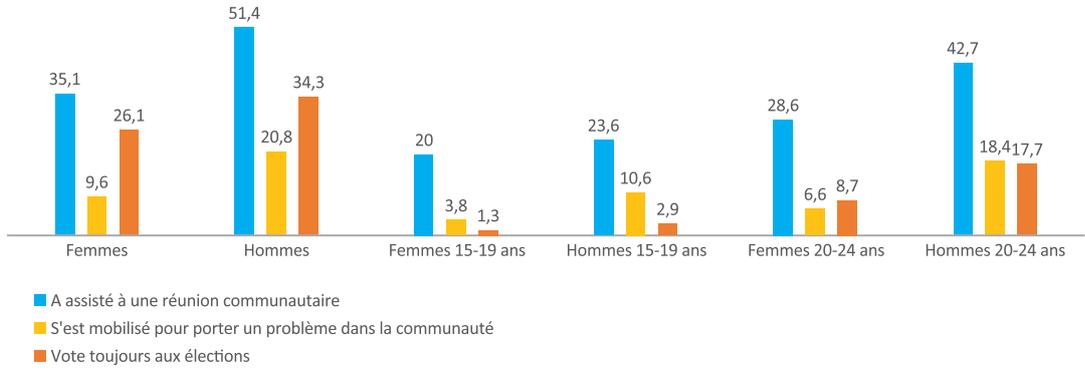


• La liberté d'association et l'engagement des jeunes

Selon le recensement effectué en 2016, la Côte d'Ivoire comptait 132 organisations de jeunesse<sup>758</sup> et huit fédérations nationales de mouvements et associations de jeunesse reconnus et agréés par le ministère en charge de la Jeunesse, parmi lesquelles la Fédération ivoirienne de scoutisme (FIS), la Fédération ivoirienne de scoutisme féminin (FISF), la Fédération nationale des unions de jeunesse communale de Côte d'Ivoire (FENUJECI), la Fédération nationale des associations et mouvements d'éducation permanente de Côte d'Ivoire (FENAMEPCI), la Fédération des mouvements et associations de jeunesse et d'enfance de Côte d'Ivoire (FEMAJECI), la Fédération nationale des organisations professionnelles de la jeunesse rurale de Côte d'Ivoire (FENOPJERCI), la Fédération des jeunes entrepreneurs de Côte d'Ivoire (FEJECI) et la Fédération Léo-Lagrange Solidarité Côte d'Ivoire. Jusqu'en 2017 et la création du Conseil national de la jeunesse de Côte d'Ivoire (CNJ-CI), ces différentes organisations exerçaient leurs activités de manière isolée, sans véritable concertation ni coordination des activités.

Selon le sondage U-Report du 2 novembre 2018 réalisé auprès de 10377 répondants, seuls 35 % des moins de 14 ans, 42 % des 15-19 ans et 46 % des 20-24 ans ont déclaré avoir un engagement civique, avec un écart de 11 points entre le niveau d'engagement des femmes (39 % de femmes, tous âges confondus, ont répondu faire du bénévolat) et celui des hommes (50 %)<sup>759</sup>. Les données de la MICS-5 concernant l'engagement social civique et politique des jeunes sont très parcellaires, mais elles montrent que la mobilisation des jeunes reste faible, en particulier pour les filles, que ce soit pour apporter des changements dans leur communauté ou pour participer au vote lors des élections. Si environ un quart des garçons et des filles âgés de 15-19 ans, 28,6 % des femmes de 20-24 ans et 42,7 % des hommes du même âge ont déclaré avoir déjà assisté à une réunion communautaire, moins d'un jeune homme sur cinq (10,6 % des 15-19 ans et 18,4 % des 20-24 ans) et moins d'une fille sur 15 (3,8 % des 15-19 ans et 6,6 % des 20-24 ans) se sont déjà mobilisés pour porter un problème dans la communauté. La proportion des jeunes votant toujours aux élections est aussi très faible chez les jeunes hommes de 20-24 ans (17,7 %) et plus encore chez les jeunes femmes de cette tranche d'âge (8,7 %).

Pourcentage de la population ayant un engagement social, économique et civique/politique



Source : MICS-5.

5.2.2 Analyse causale

Comme le rappelle le Comité international des droits de l'enfant dans ses observations, l'accès des enfants et des adolescents à l'information sous une forme adaptée à leur âge et à leurs capacités est un préalable à la réalisation de leur droit à être entendu sur toutes les questions qui les concernent<sup>760</sup>. Par ailleurs, le droit à la participation ne peut être effectif que si la jeunesse, dans sa diversité, est en mesure d'interagir avec les décideurs et de co-construire avec eux des solutions aux problèmes du pays. Or sur ces différents points, plusieurs goulots d'étranglement demeurent.

• Le droit à l'information

Le respect du droit à l'information dépend d'une multitude de parties prenantes, parmi lesquelles, les parents, les communautés, les enseignants, les médias et les prestataires de services. Il n'existe pas d'étude concernant la mise en œuvre de ce droit en Côte d'Ivoire, mais des indicateurs indirects suggèrent que des progrès importants restent encore à réaliser.

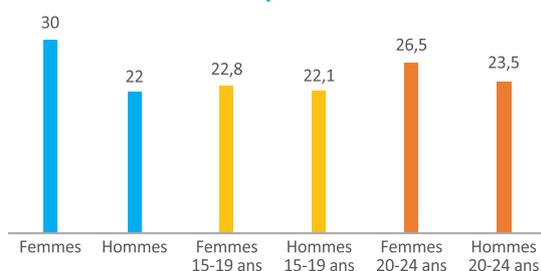
Les parents ont la responsabilité première d'informer les enfants et les adolescents des droits et devoirs qui sont les leurs et de leur transmettre les compétences de vie leur permettant de faire des choix éclairés et d'être autonomes tout au long de leur vie. En pratique cependant, la plupart des enfants n'ont pas cette opportunité. Cela s'explique par le faible niveau scolaire de nombreux parents<sup>761</sup>, l'impact négatif de la pauvreté<sup>762</sup> et de l'éclatement des cellules familiales sur les compétences parentales et l'influence des normes sociales qui limitent la communication parents-enfants et le développement de l'esprit critique<sup>763</sup>.

Le système éducatif joue un rôle essentiel dans l'acquisition des savoirs et des compétences permettant aux enfants et aux jeunes de participer de manière effective aux décisions qui les concernent. Depuis 1991, les élèves ont le droit d'élire des délégués chargés de les représenter et de participer aux conseils d'établissement, ce qui leur permet, souvent pour la première fois, d'avoir une expérience directe d'un engagement au service de la collectivité. Depuis 2012, l'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté (EDHC) fait partie intégrante des programmes dispensés à l'école primaire et au secondaire premier cycle<sup>764</sup>, et plusieurs initiatives ont été prises par le ministère de l'Éducation nationale pour renforcer les connaissances et les compétences des enfants et des jeunes en matière de règlement pacifique des conflits<sup>765</sup> ou de santé sexuelle de la reproduction<sup>766</sup>.

Comme le montrent certains indicateurs indirects<sup>767</sup> cependant, les enfants éprouvent souvent des difficultés pour assimiler ces connaissances et intégrer ces compétences dans leur vie courante du fait des mauvaises conditions d'apprentissage (classes surchargées, manque de manuels et de supports pédagogiques adaptés), du caractère souvent trop théorique de l'enseignement dispensé et de la réticence des enseignants à aborder certains sujets sensibles, comme ceux relatifs à la prévention du VIH et des IST et au recours à la contraception. De plus, le nombre d'établissements scolaires disposant de clubs thématiques reste encore très limité<sup>768</sup> et leur existence est souvent mal connue des élèves<sup>769</sup>. Par ailleurs, les compétences nécessaires à la réalisation d'un plaidoyer auprès des autorités ou à la budgétisation participative – en dépit de leur importance pour le renforcement de l'autonomisation et la participation des jeunes – sont rarement enseignées<sup>770</sup>. Enfin, de très nombreux enfants se trouvent en dehors du système scolaire et ne bénéficient donc pas de ces enseignements<sup>771</sup>.

Au-delà du rôle fondamental joué par le système éducatif, la réalisation du droit des enfants et des jeunes à l'information passe également, comme le souligne l'article 17.1 de la CIDE<sup>772</sup>, par un libre accès aux informations nationales et internationales, transmises par les médias traditionnels et les médias numériques. Il existe en Côte d'Ivoire de nombreux programmes dédiés à la jeunesse sur les radios nationales et communautaires et leur nombre est appelé à s'accroître également à la télévision avec la création de nouvelles chaînes tant publiques que privées. Selon la MICS-5, les trois quarts des jeunes âgés de 15-19 ans et de 20-24 ans sont exposés à au moins un média de masse traditionnel (journal, radio, télévision) une fois par semaine. Alors qu'en matière d'exposition aux médias traditionnels, l'écart entre les hommes et les femmes est de 8 points au détriment de ces dernières chez les 15-49 ans, on ne constate pas d'écart basé sur le genre chez les jeunes âgés de 15-19 ans et un écart limité (3 points) chez ceux âgés de 20-24 ans.

#### Pourcentage de la population des 15-49 ans qui n'est exposé à aucun média traditionnel (journal, radio, TV) au moins une fois par semaine



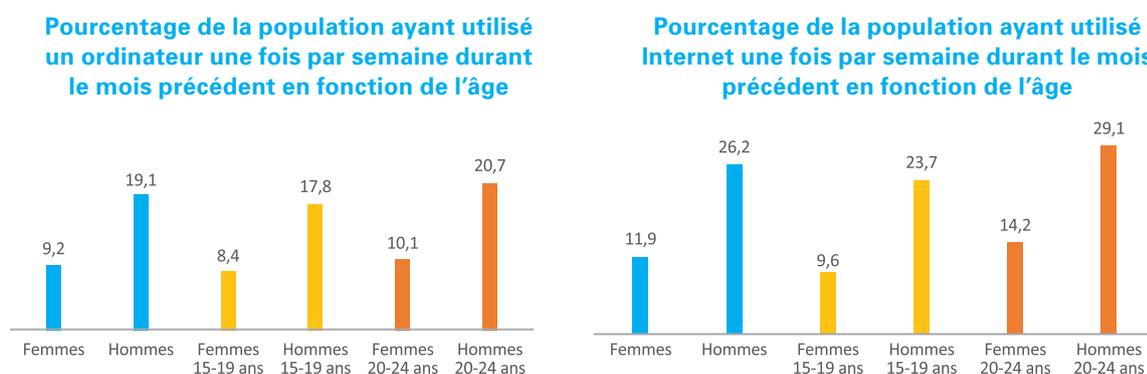
Source : MICS-5.

S'agissant de l'exposition des jeunes aux médias traditionnels, la MICS-5 ne fournit pas de données désagrégées en fonction du lieu de résidence et du niveau socio-économique. Compte tenu de l'ampleur des écarts observés pour les 15-49 ans, tout porte à croire cependant que de fortes disparités existent, avec un taux d'exposition beaucoup plus faible chez les jeunes ruraux, ceux issus des ménages pauvres et très pauvres et ceux vivant dans les régions du Nord, de l'Ouest et du Centre-Ouest<sup>773</sup>.





À travers le monde, les médias numériques, que ce soit Internet ou les réseaux sociaux, jouent un rôle grandissant dans l'accès des enfants et des jeunes aux informations concernant leurs droits et les compétences de vie courante. En Côte d'Ivoire cependant, la MICS-5 a montré qu'à peine un cinquième des jeunes utilisent de manière régulière un ordinateur, avec un écart d'environ 10 points au détriment des filles. En outre, moins d'un tiers des garçons et moins d'un quart des filles âgés de 15-24 ans utilisent Internet de manière régulière.



Source : MICS-5.

Il n'existe pas d'enquête récente concernant le taux de pénétration des technologies mobiles chez les adolescents et les jeunes ni d'étude sur les usages numériques spécifiques à cette partie de la population. Toutefois, il est probable que depuis la dernière enquête MICS, la proportion de jeunes ayant accès à l'information via Internet et les réseaux sociaux ait progressé. En effet, la téléphonie mobile est en pleine expansion et facilite grandement l'accès aux médias numériques. Selon les statistiques de l'Union internationale des télécommunications (UIT), le taux de pénétration de la téléphonie mobile au sein de la population (nombre d'abonnés à un réseau pour 100 habitants) dépassait ainsi les 134 %<sup>774</sup> en 2018. Pour autant, les preuves anecdotiques suggèrent que la majorité des adolescents et des jeunes, en particulier les plus pauvres d'entre eux, ceux qui vivent en milieu rural et ceux qui se trouvent hors du système scolaire, ont encore un accès très limité, voire nul, aux technologies numériques et aux informations transmises par ce type de média.

Aucune étude ne permet d'évaluer la façon avec laquelle les différents prestataires de services s'acquittent de leurs obligations en matière d'information des enfants et des jeunes. Les observations de terrain suggèrent cependant qu'ils ne sont pas encore systématiquement informés de leurs droits, de l'état d'avancement des procédures qui les concernent et des voies de recours disponibles à l'encontre des décisions qui les affectent. Cela s'explique à la fois par un manque de connaissance du personnel de ces services en matière de droits des enfants et par l'impossibilité pour la plupart des jeunes d'accéder à une assistance juridique indépendante lorsqu'ils sont en contact ou en conflit avec la loi<sup>775</sup>.

#### • La participation citoyenne

Au cours des dernières années, le gouvernement a multiplié les initiatives destinées à renforcer l'engagement citoyen des jeunes de façon à pouvoir atteindre la cible 4.7 des ODD<sup>776</sup> : en concertation avec des organisations de jeunes, il a notamment développé, dans le cadre de la Politique nationale de la Jeunesse (2016-2020), deux stratégies ambitieuses en faveur de l'autonomisation (la Stratégie nationale d'autonomisation des jeunes – SNAJ) et de l'engagement citoyen (la Stratégie nationale du service civique – SNSC).

Le ministère en charge de la Jeunesse a ainsi créé (i) un Conseil national des jeunes de Côte d'Ivoire (CNJ-CI<sup>777</sup>) destiné à servir de plateforme de coordination et d'interphase entre le gouvernement et les organisations de jeunesse, et (ii) un Office du service civique national (OSCN) disposant de trois centres fonctionnels dans le pays<sup>778</sup>. En outre, il a adopté des mesures visant à faciliter et à encourager l'engagement des jeunes comme la création d'un programme national de volontariat (PNV-CI) avec un corps national de volontaires (CNV-CI) et du bénévolat communautaire (CNBC-CI), et d'un registre national des organisations de jeunesse accessible directement sur Internet<sup>779</sup>. Enfin, le gouvernement a organisé, du 9 au 11 janvier 2019, les États généraux de la jeunesse au cours desquels il a informé les jeunes des dernières mesures prises en faveur de leur accès à l'emploi et à la formation et mené des concertations au sujet des mesures à prendre pour améliorer leur avenir.

Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de ces différentes initiatives, mais il semble que trois obstacles importants restent à surmonter pour pouvoir renforcer durablement l'engagement des jeunes en Côte d'Ivoire.

Le premier est lié au manque persistant de connaissance des jeunes quant aux opportunités existantes en matière de participation. Un sondage U-Report réalisé le 2 novembre 2018 a ainsi montré que la non-participation à des actions de bénévolat s'explique dans 69 % des cas par le fait que le répondant ne sait pas comment faire pour s'engager<sup>780</sup>. De même, un sondage U-Report réalisé le 21 mars 2019 a montré que 57 % des 13 146 répondants, parmi lesquels 66 % des 15-19 ans et 61 % des 20-24 ans, ne savaient pas comment faire pour prendre action en faveur d'un changement positif dans leur communauté<sup>781</sup>.

Le second défi a trait au manque de confiance de la jeunesse dans la volonté réelle des décideurs politiques de la laisser agir comme une force de proposition et de l'associer effectivement à la co-création des solutions aux problèmes du pays<sup>782</sup>.

En Côte d'Ivoire, l'appel à la mobilisation a souvent servi à instrumentaliser la jeunesse à des fins politiques, notamment pendant la période de la guerre civile où les jeunes étaient recrutés dans les milices et les forces armées des différents camps. Alors que la réconciliation nationale reste inachevée, de nombreux jeunes restent méfiants face à tout ce qui pourrait s'apparenter à de l'embrigadement et de la récupération politicienne<sup>783</sup>. Par ailleurs, les promesses d'associer la jeunesse à la gestion du pays n'ont jusqu'ici débouché que sur une participation symbolique avec des jeunes représentés dans les instances, mais tenus à l'écart des réflexions et du processus décisionnel (cas des comités de gestion des établissements scolaires ou COGES où siègent les délégués de classe) ou bien consultés de façon purement formelle comme pour ratifier des décisions prises ailleurs, comme dans le cas du Parlement des enfants de Côte d'Ivoire (PECI).

Bien qu'institutionnalisé depuis 2013, le PECI n'a ainsi pratiquement aucune influence sur le débat public<sup>784</sup>. Cette situation s'explique par le fait que : (i) seuls peuvent prendre part au vote et être élus au PECI les enfants scolarisés, ce qui exclut les jeunes déscolarisés et ceux qui sont en apprentissage ; (ii) les jeunes élus s'impliquent peu dans les travaux de l'institution ; (iii) les adultes restent assez peu disposés à prendre en compte l'opinion des jeunes lorsqu'ils sont mineurs ; et (iv) le PECI a été placé sous la tutelle du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE) alors qu'il aurait gagné en autonomie et en influence en étant rattaché au Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC) auquel, conformément à l'article 163 de la Constitution, tous les projets de loi de programme à caractère économique, social, environnemental et culturel sont soumis pour avis<sup>785</sup>.

Le troisième défi est lié à l'absence de cadre juridique précis obligeant les autorités, tant nationales que locales, à associer systématiquement la jeunesse à l'élaboration des politiques et des décisions qui la concernent. Au niveau central, la capacité de propositions et d'influence du CNJ-CI sur la conception des politiques et des programmes arrêtés par le gouvernement reste encore très limitée et sa consultation facultative. Au niveau local, la conduite d'expériences pilotes pour renforcer les capacités des enfants et des jeunes en matière de plaider et de budgétisation participative (budget citoyen) dans cinq villes du pays a mis en évidence l'intérêt pour les élus locaux, une fois les réticences initiales surmontées, d'échanger directement avec les jeunes sur la gestion de leur collectivité<sup>786</sup>. Toutefois, l'association des jeunes à la gestion des collectivités locales n'en est encore qu'au stade expérimental et, dans la pratique, les collectivités locales continuent de tenir à l'écart les organisations de jeunes de la gestion de la vie publique et des décisions qui les concernent.

### 5.2.3 Planification stratégique et gestion du secteur

Il est difficile d'évaluer le montant des crédits alloués par le gouvernement au renforcement de la participation des jeunes, car les interventions en faveur d'un meilleur respect du droit des enfants à être entendu et à être informé impliquent de très nombreux ministères, parmi lesquels ceux en charge de la jeunesse et du service civique ainsi que ceux compétents en matière d'éducation, de santé, de justice, de communication, de sécurité, de protection sociale, de famille et d'enfance.

Si l'on ne prend en compte que les dépenses affectées spécifiquement au renforcement de la participation des jeunes par le ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEE) et le Secrétariat d'État chargé du service civique, il apparaît que celles-ci restent à un niveau très modeste, notamment au regard de la tranche d'âge très large retenue pour définir la jeunesse (les 15-35 ans, soit environ 35 % de la population totale). Bien qu'il ait doublé entre 2018 et 2019 du fait de la montée en puissance de l'Office du service civique national (OSCN), le montant des crédits alloués au Secrétariat d'État chargé du service civique ne s'élève encore qu'à



1,2 milliard de FCFA (environ 2 millions d'USD). Les crédits du MPJEJ sont restés stables entre 2018 et 2019, autour de 25 milliards de FCFA (environ 42 millions d'USD), mais ils sont principalement affectés au renforcement des compétences des jeunes en recherche d'un emploi, la part des dépenses affectées à la promotion des compétences de vie et au CNJ-CI représentant à peine 1 % du total<sup>787</sup>.

La promotion de la participation des jeunes fait partie de la Politique nationale de la jeunesse (PNJ) adoptée pour la période 2016-2020. L'orientation et les décisions en matière de PNJ relèvent du Conseil des ministres, mais la coordination est assurée par le ministre de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEJ). Compte tenu de la multiplicité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la PNJ et de la forte dépendance du secteur aux financements des PTF, la PNJ a prévu la mise en place d'un « Comité Jeunesse » en charge de la concertation, du suivi et de l'évaluation de la PNJ réunissant, autour du MPJEJ, les ministères techniques compétents, les PTF, les ONG, les collectivités territoriales, les OSC et les représentants des organisations de la jeunesse. Depuis 2016 toutefois, ce comité ne s'est jamais réuni et il n'existe, en pratique, aucune coordination des interventions en matière de participation, que ce soit au niveau interministériel, entre le gouvernement et les différents acteurs du secteur ou entre les PTF eux-mêmes.

Le pilotage des différents aspects de la PNJ liés à la participation est rendu d'autant plus difficile que suite au remaniement ministériel intervenu en 2018, le MPJEJ n'est plus directement en charge des aspects « service civique » et « volontariat » de la PNJ qui relèvent désormais d'un secrétariat dédié aux moyens limités. Par ailleurs, il n'existe pas encore de véritables indicateurs de suivi permettant d'évaluer les progrès réalisés dans la mise en œuvre des aspects « participation » de la PNJ. Enfin, les moyens dont disposent la Direction de la vie associative et de l'autonomisation des jeunes et les directions régionales du MPJEJ pour assurer la collecte et faire l'analyse des données restent très limités, tant sur le plan humain que matériel et financier.

### 5.2.4 Analyse des rôles et des capacités des porteurs d'obligations

| Niveau                    | Acteurs principaux   | Rôles  | Principales carences (gaps)   |
|---------------------------|--|--|---|
| Communauté internationale | Partenaires techniques et financiers et ONG internationales  | Plaidoyer dans le cadre des agendas mondiaux (ODD, programme sectoriel, etc.), mobilisation des fonds, assistance technique, renforcement des capacités, fourniture de services  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt croissant mais encore insuffisant des PTF pour les projets visant à renforcer la participation des jeunes</li> <li>• Absence de mécanisme de concertation et manque total de coordination dans les interventions au sein du même ministère</li> <li>• Absence de véritable stratégie permettant d'associer les jeunes à la définition, au suivi et à l'évaluation des programmes qui les concernent</li> </ul>   |
| État central              | Ministère de la Promotion de la jeunesse et de l'Emploi des jeunes (MPJEJ), MENETFP, Office du service civique national (OSCN) | Développement des politiques, suivi et évaluation de la mise en œuvre, régulation du secteur, planification stratégique, organisation de campagnes à destination du public; négociation d'un budget, allocation des fonds et redevabilité; coordination du secteur; développement des compétences techniques | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le mécanisme de concertation « Comité jeunesse » qui réunit, autour du MPJEJ, les ministères techniques compétents, les PTF, les ONG, les collectivités territoriales, les OSC et les représentants des organisations de la jeunesse, et est chargé d'assurer le suivi et l'évaluation de la PNJ n'est pas opérationnel</li> <li>• Les mécanismes censés assurer la participation des enfants et des jeunes à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes du gouvernement sont peu efficaces (PECI) ou n'ont encore qu'une influence très limitée (CNJ-CI)</li> <li>• LE MPJEJ dispose d'un budget limité et de capacités insuffisantes pour pouvoir mobiliser des fonds et assurer la participation des jeunes à la définition, la mise en œuvre et le suivi des programmes qui les concernent</li> <li>• Les capacités de l'OSCN pour développer sa vision et sa stratégie restent limitées et la coordination de ses activités avec celles du CNS (Conseil national de sécurité) et les programmes du MFFE n'est toujours pas effective</li> </ul> |



| Niveau  | Acteurs principaux   | Rôles   | Principales carences (gaps)   |
|---|--|---|---|
| Services déconcentrés de l'État/du ou des ministères du secteur | Directions régionales, départementales, de district, du MPJJEJ, ministère des Sports et des Loisirs<br>Préfectures                             | Supervision, coordination, collecte de données, plaidoyer, recrutement et gestion du personnel, fourniture de services, mise en œuvre des politiques et stratégies  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination insuffisante des principaux acteurs au niveau régional</li> <li>• Manque de moyens financiers des directions régionales du MPJJEJ</li> <li>• Capacité limitée des directions régionales du MPJJEJ en matière de mobilisation des jeunes pour leur participation dans les instances de décisions locales</li> </ul>  |
| Autorités locales   | Autorités régionales et municipales  | Exercice des compétences transférées dans chaque secteur ; coordination des activités avec celles des services de l'État  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une certaine réticence chez les responsables municipaux au développement de la participation des jeunes, notamment dans le cadre de la mise en place du budget participatif</li> <li>• Absence de mécanisme institutionnel assurant une participation effective et significative des jeunes</li> </ul>   |
| Société civile  | ONG locales, fédération d'associations de jeunesse, associations de jeunesse<br>Conseil national de la jeunesse de Côte d'Ivoire (CNJ-CI)      | Plaidoyer, mobilisation des ressources, promotion des droits, notamment de ceux des plus vulnérables, fourniture de services, renforcement des capacités des acteurs du secteur   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expertise limitée pour défendre les droits des enfants, des adolescents et des jeunes et assurer leur participation dans les domaines qui les concernent</li> <li>• Faible connaissance des canaux de plaidoyer et de recours disponibles</li> <li>• Manque de moyen financier pour la fourniture de services</li> <li>• Forte dépendance à l'égard des bailleurs, y compris au niveau de la définition de leur stratégie</li> <li>• Influence du CNJ-CI encore limitée et autorité parfois contestée sur le plan local</li> <li>• Coordination des associations de jeunes encore insuffisante pour pouvoir influencer efficacement les mécanismes de prise de décision</li> </ul> |
| Secteur privé   | Entreprises privées, fondations privées, fédérations d'organisations patronales, chambres de commerce et d'industrie, conseil café-cacao, etc. | Mobilisation de ressources, fourniture de services dans le cadre de partenariats public-privé (ex. : télécommunications), plaidoyer<br>Contribution dans le cadre des activités RSE aux activités en faveur des jeunes (soutien mouvement U-Report) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de coordination entre l'État et les acteurs du secteur privé concernant les initiatives prises par les entreprises privées dans le cadre de leurs politiques de RSE</li> </ul>   |
| Communautés   | Organisations locales de jeunesse  | Renforcement de la sensibilisation, plaidoyer, appui à la mise en œuvre des initiatives et programmes, mobilisation des ressources, suivi et contrôle   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissances limitées des organisations de jeunesse sur les droits des enfants et l'importance d'associer les jeunes à la prise de décision au niveau local</li> <li>• Manque d'expertise pour mobiliser les ressources en faveur de la participation des jeunes</li> <li>• Manque de transparence dans leur fonctionnement et de coordination entre les différentes organisations</li> </ul>   |
| Parents, famille  | Père, mère, beaux-parents, grands-parents, oncles, tantes, frères et sœurs   | Contribution directe ou indirecte au respect du droit des enfants. Plaidoyer et contrôle des services en charge d'assurer le respect des droits des enfants   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissance concernant les droits des enfants et l'importance d'associer les enfants et les adolescents aux décisions qui les concernent</li> </ul>   |



### 5.2.5 Recommandations clés

- i. À tous les niveaux, assurer la participation à la prise des décisions de tous les adolescents et des jeunes, en particulier celle des filles, des ruraux et périurbains, de ceux en situation de handicap, et de ceux issus des ménages les plus pauvres ou vulnérables.
- ii. Institutionnaliser la participation des enfants, des adolescents et des jeunes dans les instances de décision au niveau central et décentralisé :
  - a. au niveau central :
    - (i) réformer le Parlement des enfants de Côte d'Ivoire (PECI) en veillant à renforcer sa légitimité, à préciser son lien avec le CNJ-CI et à accroître son influence sur les décisions concernant les enfants et les adolescents (consultations plus fréquentes, participation facilitée),
    - (ii) créer un comité consultatif des jeunes en charge de l'orientation et du suivi de la Politique nationale de la jeunesse ;
  - b. au niveau décentralisé : définir les modalités de participation des jeunes aux processus décisionnels des conseils régionaux et municipaux et veiller à leur mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire national.
- iii. Introduire un cadre de redevabilité au niveau central et périphérique pour mesurer la participation des jeunes et son impact sur les décisions qui les concernent.
- iv. Renforcer les capacités des institutions centrales et périphériques, notamment le MPJEU, afin qu'elles puissent davantage accompagner la participation des jeunes.
- v. Renforcer les capacités des adolescents et des jeunes afin qu'ils puissent participer efficacement aux prises de décisions à tous les niveaux (droits des enfants, fonctionnement des institutions, techniques de plaidoyers, budget participatif, etc.).
- vi. Renforcer les plateformes d'engagement des enfants, des adolescents et des jeunes – que ce soit en ligne (notamment U-Report) ou hors ligne dans les communautés ; veiller à la mise en place de systèmes interactifs de questions/réponses et de rétro-information à l'intention des participants à ces plateformes.
- vii. Explorer la possibilité de nouer des partenariats public-privé afin d'encourager les jeunes à s'exprimer, en tirant parti de l'intérêt que peut représenter pour les entreprises – notamment celles de la communication – la multiplication des opportunités de participation.





# BIBLIOGRAPHIE

- Abidjan.net (2017), *Pénurie et approvisionnement en eau potable : le calvaire des populations est loin de prendre fin*, 15 mars.
- Adjami, M. (2016), *L'apatridie et la nationalité en Côte d'Ivoire : Une étude pour le compte du HCR*.
- Afrobaromètre ; Koné, J., Yéo, P.A., Koné, Y.N (2018), *L'eau est une préoccupation majeure en Côte d'Ivoire*, Dépêche n° 218.
- Afrotribune (2017), *Lévirat : les réalités d'une coutume de mariage décriée en Afrique*.
- Agence française de développement (2018), *Les collèges de proximité en Côte d'Ivoire au prisme de l'approche par les capacités*, Papier de recherche 2018-80.
- Agence française de développement (2019), *Côte d'Ivoire : à l'école de la deuxième chance*.
- Agence France Presse (2018), *Côte d'Ivoire : triste sort des enfants autistes, maléfiques*, Handicap international, 4 mai.
- Agence ivoirienne de presse (2014), *Dans le supplice des handicapés de Songon, ces rejetés sociaux traités d'enfants serpents*, 14 février.
- Banque africaine de développement (2018), *Côte d'Ivoire – Document de stratégie pays (DSP 2018-2022) combiné à la revue de la performance du portefeuille pays 2018*.
- Banque mondiale (2012), *Do School Feeding Programs Help Children? From evidence to policy, A note series on learning what works, from the Human Development Network*, janvier.
- Bhutta, Z.A., et al. (2013), « Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? » *The Lancet*, vol. 382, n° 9890, pp. 452-477.
- BICE, DDE-CI (2017), *Suivi de la mise en œuvre des recommandations des deux experts indépendants du Conseil des droits de l'Homme, des organes de traités et de l'ONU*.
- BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *Rapport de suivi conjoint au Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies – Examen périodique universel (EPU) de la Côte d'Ivoire*.
- Bork, K.A., Diallo, A. (2017), « Boys Are More Stunted than Girls from Early Infancy to 3 Years of Age in Rural Senegal », *The Journal of Nutrition*, vol. 147, n° 5, pp. 940-947.
- Britto, P.R., UNICEF (2017), *Early Moments Matter for every Child*.
- Bulletin d'information du projet ONUDC/CEDEAO contre le trafic de drogue (2018), *Société civile : un partenaire de choix dans le plaidoyer contre les substances illicites*, septembre, n° 4.
- Buono, C., Babo, A. (2013), « Travail des enfants dans les exploitations de cacao en Côte d'Ivoire. Pour une réconciliation entre normes locales et normes internationales autour du « bic », du balai et de la machette ». *Mondes en développement*, vol. 163, n° 3, pp. 69-84
- Burke, K., Beegle, K. (2004). « Why Children Aren't Attending School: The Case of Northwestern Tanzania ». *Journal of African Economies*, vol. 13, n° 2, pp. 333-355.
- Carlson, A., Xia, K., Azcarate-Peril, M., et al. (2017), « Infant gut microbiome associated with cognitive development », *Biological Psychiatry*, vol. 83, n° 2, pp. 148-159.
- Châtelot, C., « Le Nord ivoirien en alerte », *Le Monde*, 13 novembre 2019.
- CIMA, UNISDR (2018), *Profil de risque de catastrophe en Côte d'Ivoire*.
- CNDHCI (2018), *Consultation des jeunes sur la gouvernance et les droits de l'Homme*, « Le bruit assourdissant du silence des jeunes ».
- CNDHCI (2018), *Rapport de visite des maisons d'arrêt et de correction de Côte d'Ivoire*.
- Comité des droits de l'enfant (2007), *Observation générale n° 10 (2007), Les droits de l'enfant dans le système de justice pour mineurs*.

- Comité des droits de l'enfant (2009), *Observation générale n° 12, Le droit de l'enfant d'être entendu*.
- Comité des droits de l'enfant (2016), *Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*.
- Comité des droits de l'enfant (2018), *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention*, Côte d'Ivoire, CRC/C/CIV/2, 26 juin.
- Comité des droits de l'Enfant (2019), *Observations finales concernant le second rapport périodique de la CI*, 31 mai.
- Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants, Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (2016), *Rapport de la phase 1 de pérennisation et d'extension du SOSTECI*.
- Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (2018), *COI Focus : Côte d'Ivoire*.
- Committee on the Rights of the Child (2019), *Concluding observations on the second periodic report of Côte d'Ivoire*, 12 juillet.
- Davis, C.D. (2016), « The gut microbiome and its role in obesity », *Nutrition Today*, vol. 51, n° 4, pp. 167-174.
- Dean, S.V., Lassi, Z.S., Imam, A.M., Bhutta, Z.A. (2014), « Preconception care: nutritional risks and interventions », *Reproductive Health*, vol. 11.
- Development Initiatives (2018). *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : Sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*.
- Diabagate, A., Konan, G.H., Koffi, A. (2016), « Stratégies d'approvisionnement en eau potable dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Geo-Eco-Trop*, vol. 4, pp. 345-360 (Stratégies, pp. 356-358).
- Diboh, E., Yao, K.M., Tako, N.A., Bakou, N.F., Assi, B. (2013), « Alcoolisation chez les jeunes élèves en Côte d'Ivoire : préférence et consommation effective », *European Scientific Journal*, vol. 9, n° 30.
- Donahue, C., Robinson, J., Granato, S.A., Tirera, F., Billy, D.A., Koné, A., Pfeiffer, J. (2019), « Adolescent access to and utilization of health services in two regions of Côte d'Ivoire: A qualitative study », *Global Public Health*, vol. 14, n° 9, pp. 1302-1315.
- Ehui, P.J., Kané, N.S. (2018), « Une analyse de la réinterprétation des rapports socio-économiques entre matrones et femmes enceintes en milieu rural Dan », *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô, n° 27.
- ENSEA (2019), *Étude TRaC sur les déterminants de la scolarisation de la fille en Côte d'Ivoire*.
- Fahim, S.M., Das, S., Sanin, K.I., et al. (2018), « Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 99, n° 2, pp. 489-494.
- Fall, M., Coulibaly, S. (eds.) (2016), *L'Urbanisation diversifiée : le cas de la Côte d'Ivoire*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale.
- Fewtrell, L., et al. (2005), « Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a systematic review and meta-analysis », *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, n° 1, pp. 42-52.
- Fonds mondial (2018), *Évaluation de référence Côte d'Ivoire*.
- Fonds monétaire international (2019), « Les services du FMI achèvent une mission en Côte d'Ivoire », Communiqué de presse n° 19/361, 1<sup>er</sup> octobre.
- Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *Rapport complémentaire sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant par la République de Côte d'Ivoire*.
- France 24 (2017), *Ruée vers l'or en Côte d'Ivoire : des villageois privés d'eau potable accusent les orpailleurs*, 7 mars.
- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017), « Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 390, n° 10091, pp. 231-266.
- Goh, D. (2016), « L'exploitation artisanale de l'or en Côte d'Ivoire : la persistance d'une activité illégale », *European Scientific Journal*, vol. 12, n° 3, pp. 18-36.



- Gouvernement de la Côte d'Ivoire (2019), *Programme social du gouvernement 2019-2020, Accélération de la mise en œuvre du Plan national de développement 2016-2020*.
- Gouvernement de la Côte d'Ivoire, OCDE (2018), *Suivi de la mise en œuvre des réformes vers l'émergence de la Côte d'Ivoire, Rapport d'avancement n° 3*, p. 54.
- Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNESCO, UNICEF (2016), *Rapport d'état sur le système éducatif national (RESEN)*.
- Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNICEF (2016), *Évaluation Eau, Hygiène & Assainissement dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire – Cas de 109 établissements sanitaires des régions du Cavally, du Guémon et du Tonkpi*.
- Green, M.S. (1992), « The male predominance in the incidence of infectious diseases in children: a postulated explanation for disparities in the literature », *Int J Epidemiol*, vol. 21, pp. 381-389.
- GRET, AFD (2014), *L'assainissement dans les villes du Sud : un business comme les autres ?*
- Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition (2017), *Nutrition et systèmes alimentaires*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome.
- Groupe de la Banque africaine de développement (2015), *Profil Genre Pays : République de la Côte d'Ivoire*.
- Groupe de la Banque mondiale (2017), *Le défi des compétences : Pourquoi la Côte d'Ivoire doit réformer son système éducatif*, janvier.
- Groupe de la Banque mondiale (2018), *Nutrition : Vue d'ensemble*.
- Groupe de la Banque mondiale (2018), *Pour que demain ne meure jamais – La Côte d'Ivoire face au changement climatique*.
- Groupe de la Banque mondiale (2019), *Au pays du cacao : Comment transformer la Côte d'Ivoire*.
- Groupe de la Banque mondiale (2019), *Insights from Disaggregating the Human Capital INDEX*.
- Groupe de la Banque mondiale (2019), *Que la route soit bonne : améliorer la mobilité urbaine à Abidjan*.
- Groupe de la Banque mondiale, Agence française de développement, Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab et Innovations for Poverty Action (2019), *Faciliter la promotion de l'emploi en Côte d'Ivoire : Vers l'opérationnalisation d'un nouvel agenda de l'emploi intégré et fondé sur des données rigoureuses*.
- Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (2016), *Food systems and diets : Facing the challenge of the 21<sup>st</sup> Century*.
- Guengant, J.-P. (2018), *Comment bénéficier du dividende démographique ? Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire*, Institut d'études du développement économique et social – Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, coll. « Monographies Sud-Nord », n° 8, p. 27
- Hart, R. (1997), *The Theory and Practice of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care*.
- Hoop, J. (de), Rosati, F.C. (2014), *Cash Transfers and Child Labour*, UCW Working Paper, Rome.
- Immigration and Refugee Board of Canada (2014), *Côte d'Ivoire : information sur le traitement réservé aux minorités sexuelles par la société et les autorités, y compris la loi ; protection offerte par l'État et services de soutien (2006-février 2014)*, 27 février.
- Indigo Côte d'Ivoire, Interpeace (2015), *Obstacles à la cohésion sociale et dynamiques de violence impliquant les jeunes dans l'espace urbain*.
- Inghels, M., Coffie, P.A., Larmarange, J. (2017), « Recours aux soins de santé globale et de santé sexuelle reproductive chez les étudiants de l'université Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 65, n° 5.
- Institut national de la statistique – République de Côte d'Ivoire (2016), *Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI)*.
- International Cocoa Initiative (ICI) (2017), *Examen de l'efficacité des systèmes de suivi du travail des enfants dans le secteur des petits exploitants agricoles en Afrique subsaharienne*.

- International Labour Office (2018), *Ending Child Labour by 2025 : A review of policies and programmes*.
- Interpeace, Indigo Côte d'Ivoire (2017), *Exister par le Gbonhi*.
- Interpeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *Enfants talibés et écoles coraniques en Côte d'Ivoire : Enjeux et perspectives*.
- Jacquemin, M. (2002), « Travail domestique et travail des enfants, le cas d'Abidjan », *Tiers Monde*, vol. 43, n° 170, pp. 307-326.
- Jones, H., Pell. K., *Entraver l'apprentissage : Preuves longitudinales multinationales sur les châtements corporels dans les écoles*, Innocenti Research Brief.
- Kam, O. (2010), *Problématique de la gestion des infrastructures d'hydraulique dans les projets d'approvisionnement du milieu rural en eau potable*.
- Keeves, J.K. (1995), *The World of Schoolings : Selected Key Findings of 35 Years of IEA Research*. The Hague : IEA.
- Konaté, M., Kouadio, F. (2018), *Comment vit-on au quotidien quand on est albinos en Côte d'Ivoire ?*, RTI, 3 mars.
- Kouadio, A.O., Azoh, F.J., Bonnel, M.L., et al. (2018), *Les collèges de proximité en Côte d'Ivoire au prisme de l'approche par les capacités*, Papiers de Recherche AFD, n° 2018-80, septembre.
- Kouadio, T., *Côte d'Ivoire, Le lévirat : « Les veuves font partie de l'héritage »*, GAMS.
- Lee, J., Rhee, D.E., Rudolf, R. (2019), « Teacher Gender, Student Gender, and Primary School Achievement: Evidence from Ten Francophone African Countries », *The Journal of Development Studies*, vol. 55, n° 4, pp. 661-679.
- Lin, A., Arnold, B.F., Afreen, S., et al. (2013), « Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 89, n° 1, pp. 130-137.
- Maalouf-Manasseh, Z., Oot, L., Sethuraman, K. (2016), *Giving Children the Best Start in Life: Integrating Nutrition and Early Childhood Development Programming within the First 1,000 Days*, Technical Brief: Food and Nutrition Technical Assistance III Project, USAID, FANTA, FHI360.
- Marguerat, Y. (2003), *À la découverte des enfants de la rue d'Abidjan : des visages et des chiffres pour les comprendre*.
- Martorell, R., Zongrone, A. (2012), « Intergenerational influences on child growth and undernutrition », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n° 1, pp. 302-314.
- Médecins du Monde, Fonds mondial – Alliance Côte d'Ivoire (2014), *Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte d'Ivoire*.
- Ministère d'État, ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Formation professionnelle, OIT, INS (2012), *Étude des phénomènes de la traite et du travail des enfants dans les secteurs de l'agriculture, des mines, du transport, du commerce et du domestique*.
- Ministère d'État, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité (2017), *Évaluation complémentaire du système d'enregistrement des faits d'état civil et de production des statistiques vitales de la Côte d'Ivoire*.
- Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *Suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire*, août.
- Ministère de l'Économie et des Finances (2018), *Rapport sur la dette publique*, avril.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2017), *Plan sectoriel éducation-formation*.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle, UNICEF (2016), *Plan stratégique d'accélération de l'éducation des filles 2016-2018*.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle, UNICEF, ENSEA (2017), *Étude nationale sur les enfants de 3-18 ans en situation de handicap hors du système scolaire en Côte d'Ivoire*.



- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2018), *Rapport de performance du secteur éducation/formation 2017*.
- Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*.
- Ministère de l'Éducation nationale, UNICEF (2015), *Étude nationale sur la situation des enfants et adolescents en dehors de l'école en Côte d'Ivoire (ENSEA)*.
- Ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (2019), *Atelier de présentation et de plaidoyer pour le financement du plan d'action 2018-2020 de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS)*.
- Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *Élaboration du document de la stratégie nationale de promotion de l'assainissement en milieu rural de la CI – Rapport de Mission 1 État des lieux et Revue diagnostique*.
- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, Union européenne, ONU Femmes (2019), *Analyse sur l'égalité homme-femme en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires sociales (2010), *Cartographie et analyse du système de protection de l'enfant en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme (2013), *Rapport analytique de l'état des lieux de la justice des mineurs en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Enda Santé. Étude biologique et comportementale des IST, du VIH et du sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des villes d'Abidjan, Agboville, Bouaké, Gagnoa et Yamoussoukro*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI)*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan national de développement sanitaire 2016-2020*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan stratégique national de lutte contre le VIH et les IST 2016-2020*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan stratégique de santé communautaire (2017-2021)*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016-2020*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2015*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Étude sur la charge de travail et la détermination des normes de dotation du personnel de santé en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Enquête de couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage et au dépistage de la malnutrition des enfants de 6-59 mois*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Enquête sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes à San Pedro*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2017*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Bilan global des SSSU-SAJ 2019*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Dossier d'investissement 2020-2023*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Draft avancé de la revue à mi-parcours du PSN 2016-2020*.

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *PNSSU : bilan annuel 2018-2019*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP (2018), *Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et les centres urbains de Côte d'Ivoire*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF (2017), *Besoins, attitudes et préférences des mères adolescentes*.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *Recherche sur la mise en œuvre de l'approche centrée sur la famille par l'identification de cas cliniques de mères séropositives – DAF Dépistage approche famille*.
- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Alliance Côte d'Ivoire (2015), *Analyse situationnelle des facteurs de vulnérabilité socio-économiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH/sida, de leur accès aux services de santé de la reproduction et au planning familial dans le cadre de la mise en œuvre du Programme du Fonds mondial VIH volet communautaire*.
- Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*.
- Ministère du Plan et du Développement (2016), *Plan national de développement 2016-2020*.
- Ministère du Plan et du Développement (2018), *Analyse des privations multiples des enfants en Côte d'Ivoire*.
- Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport annuel de performances du PND 2016-2020*.
- Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire*.
- Mokoro (2016), *Cote d'Ivoire Financial Benchmark for Child Protection*.
- Nations Unies, Division de la population des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, *Projection de la population urbaine – Révision 2018*.
- Nestlé Cocoa Plan (2017), *Lutter contre le travail des enfants*.
- Nordhagen, S., Pries, A.M., Dissieka, R. (2019), « Commercial Snack Food and Beverage Consumption Prevalence among Children 6-59 Months in West Africa », *Nutrients*, vol. 11, n° 11, p. 2715.
- Observatoire ivoirien des droits de l'Homme, Osiwa, Apcof (2016), *Étude sur les conditions d'arrestation, de garde à vue et de détention préventive en Côte d'Ivoire*, 30 avril-30 juin.
- OCDE (2017), *Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse en Côte d'Ivoire*.
- OMS (2014), *Adolescent pregnancy*, Fact Sheet n° 364, updated September 2014.
- OMS (2017), *Cibles mondiales de nutrition 2025, Note d'orientation sur le retard de croissance*.
- OMS (2017), *Stratégie de coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire 2016-2020*.
- OMS (2018), *La grossesse chez les adolescentes*.
- OMS (2018), *La santé mentale des adolescents*.
- OMS (2018), *Nouveau-nés : réduire la mortalité*.
- OMS (2019), *UN-water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water 2019 report*.
- OMS, Groupe d'étude sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical (2006), *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*
- OMS, UNICEF (2009), *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*.
- OMS, UNICEF (2019), *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: Special focus on inequalities*.
- OMS, UNICEF (2019), *WASH in health care facilities : Global baseline Report 2019*.
- ONUCI, HCDH (2016), *Rapport sur les viols et leur répression en Côte d'Ivoire*.
- ONUDC, CEDEAO (2018), *Société civile : un partenaire de choix dans le plaidoyer contre les substances illicites*, septembre, n° 4.
- Organisation des Nations Unies (2018), *Stratégie des Nations Unies pour la jeunesse*.





- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2002), *Agriculture, alimentation et nutrition en Afrique : un ouvrage de référence à l'usage des professeurs d'agriculture*.
- Organisation internationale pour les migrations, Union européenne (2019), *Résultats mensuels mai 2017-sept. 2019 : Initiative conjointe UE-OIM – Sahel, Lac Tchad et Libye*.
- PACCI-TME (2018), *Estimation du TME du VIH en Côte d'Ivoire en 2017*.
- PAM, FAO (2010), *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde*.
- PASEC (2016), *PASEC 2014, performances du système éducatif ivoirien : compétences et facteurs de réussite au primaire*. PASEC, Confemen, Dakar.
- Performance Monitoring and Accountability 2020 (2018), *Enquête PMA2020 sur l'avortement en Côte d'Ivoire, Résultats clés*, juillet-août 2018.
- Pilon, M. (2005), *Confiance et scolarisation en Afrique de l'Ouest : éclairages à partir des sources de données démographiques*, Congrès de l'UIESP, séance n° 751.
- PNLS, ENDA (2017), *Évaluation de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes dans les sites PTME en Côte d'Ivoire*.
- PNUD (2019), *Rapport sur le développement humain*.
- Prendergast, A.J., Humphrey, J.H., Mutasa, K., et al. (2015), « Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenges », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 61, n° 7, pp. S726–732.
- Radio France Internationale (2014), *Côte d'Ivoire : vers un statut pour les travailleurs domestiques ?*, 11 octobre.
- Radio France Internationale (2019), *Côte d'Ivoire : témoignages sur les événements de Béoumi*, 3 juin.
- République de Côte d'Ivoire (2015), *Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire*.
- République de Côte d'Ivoire (2015), *Politique nationale de nutrition*.
- République de Côte d'Ivoire (2019), *Analyse de la cartographie des ressources dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire*.
- République de Côte d'Ivoire (2019), *Cadre stratégique du Plan d'action national de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants 2019-2021*.
- République de Côte d'Ivoire (2019), *Dialogue national sur le financement de la santé*, 15-18 avril 2019, note de synthèse.
- République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation de la gestion des finances publiques*, Rapport PEFA 2017 de la Côte d'Ivoire.
- République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire*.
- République de Côte d'Ivoire, UNICEF (2015), *Enquête qualitative – Connaissances Attitudes Pratiques – relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*.
- Rohner, F., Northrop-Clewes, C., Tschannen, A., Bosso, P., Kouassi-Gohou, V., Erhardt, J.G., Bui, M., Zimmermann, M.B., Mascie-Taylor, C.G. (2014), « Prevalence and public health relevance of micronutrient deficiencies and undernutrition in pre-school children and women of reproductive age in Côte d'Ivoire, West Africa », *Public Health Nutrition*, vol. 17, n° 9, pp. 2016-2028.
- Rosati, F.C., Lyon, S., Guarcello, G. (2014), *Child Labour and Access to basic Services: evidence from five countries*, UCW Working Paper Series, Rome.
- Rosati, F.C., Tzannatos, Z. (2006), « Child Labour in Vietnam », *Pacific Economic Review*, vol. 11, n° 1, pp. 1-31.
- Royaume des Pays-Bas, UNICEF (2018), *Rapport de la revue à mi-parcours du pacte de durabilité*.
- Sclama, G. (2018), *What is the impact of malnutrition in all its forms on the development of the child?*
- Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État (2019), *Document de programmation budgétaire et économique pluriannuelle 2020-2022 (DPBEP) – Récapitulatif et projections des dépenses budgétaires de l'État par fonction 2016-2022*.
- Silverman R. (2018), *Projected Health Financing Transitions: Timeline and Magnitude – Working Paper 488*, Center for Global Development.

- Société canadienne de pédiatrie (2007), « Les besoins en fer des bébés et des enfants », *Paediatrics & Child Health*, vol. 12, n° 4, pp. 335-336.
- Socieux+ (2019), *Rapport de diagnostic de l'action sociale en Côte d'Ivoire*.
- SODECI (2016), *Rapport de développement durable*.
- SODECI (2017), *Amélioration d'un service d'assainissement : cas de la ville d'Abidjan*.
- SODECI (2017), *Stratégie d'amélioration du rendement du réseau d'eau potable de la Direction régionale d'Abidjan Sud*.
- SODECI (2018), *Rapport de développement durable*.
- SOS Violences sexuelles, ECPAT (2016), *Analyse situationnelle de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales en Côte d'Ivoire*.
- Stevens, G.A., Bennett, J.E., Hennocq, Q., et al. (2015), « Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys », *Lancet Glob Health*, vol. 3, n° 9, pp. e528-36.
- Svedberg, P. (1990), « Undernutrition in sub-Saharan Africa: is there a gender bias? », *J Dev Stud*, vol. 26, n° 3, pp. 469-486.
- Terre des Hommes Italia et Communauté Abel (2014), *Mineures et prostitution; facteurs déterminants de la prostitution des filles mineures, un cas : ville de Grand-Bassam*.
- The Lancet (2013), *Maternal and Child Nutrition. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series*.
- Tia, L. (2017), « Gestion des matières résiduelles et pollution lagunaire à Abidjan : responsabilités, stratégies et perspectives », *European Scientific Journal*, vol. 13, n° 2.
- Understanding Children's Work (UCW) Programme (2017), *Understanding trends in Child Labour, a joint ILO-UNICEF-The World Bank report*.
- Understanding Children's Work Project (UCW) (2016), *Farm Cooperatives, household vulnerability and agricultural child labour in Rwanda, Policy Appraisal, UCW Working Paper, Rome*.
- UNDP, Restless Development, UN Inter-Agency Network on Youth Development (2017), *Guiding principles for supporting young people as critical agents of change in the 2030 agenda*.
- UNHCR (2015), *"I am here, where I belong", The Urgent need to end Childhood Statelessness*.
- UNICEF (2010), *Les enfants accusés de sorcellerie : étude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*.
- UNICEF (2013), *Améliorer la nutrition de l'enfant*.
- UNICEF (2014), *Analyse de la situation de l'enfant en Côte d'Ivoire*.
- UNICEF (2017), *Étude sur la situation des enfants et des adolescents hors du système scolaire vivant avec un handicap en Côte d'Ivoire*.
- UNICEF (2017), *Investir dans la santé primaire et relever les défis du secteur de la santé pour renforcer l'économie en Côte d'Ivoire*.
- UNICEF (2017), *Rapport sur la situation des enfants dans le monde : Les enfants dans un monde numérique*.
- UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*.
- UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EAH 2017*.
- UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire pour la préparation d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*.
- UNICEF (2018), *Le droit de l'enfant dans les zones cacaoyères de Côte d'Ivoire : rapport de synthèse*.
- UNICEF (2019), *Analyse de la cohésion sociale en Côte d'Ivoire*.



- UNICEF (2019), *Guide pour le plaidoyer des jeunes*.
- UNICEF (2019), *Rapport sur la situation des enfants dans le monde : Enfants, nourriture et nutrition*.
- UNICEF, ARDCI (2019), *Présentation sur le financement des secteurs sociaux par collectivité territoriale cible*.
- UNICEF, CPC Learning Network (2019), *Mesurer la protection de l'enfant et les normes sociales au niveau local en Côte d'Ivoire : Une enquête basée sur la population dans le département de San Pedro et la commune d'Abobo*.
- UNICEF, GAIN (2019), *Food systems for children and adolescents. Working together to secure nutritious diets*.
- UNICEF, Groupe Banque mondiale (2016), *Ending Extreme Poverty : a Focus on Children*.
- UNICEF, IGDP (2017), *Études socio-anthropologiques sur des thématiques spécifiques aux droits des enfants dans le cadre de la préparation du programme 2017-2021*.
- UNICEF, OMS, Banque mondiale, UN-DESA Population Division (2018), *Levels and trends in child mortality report 2018 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*.
- UNICEF, Save the Children (2012), *Every child's rights to be heard. A resource guide on the UN Committee on the Rights of the Child*.
- UNICEF, DCPEV (2015), *Obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans*.
- UNICEF, OMS (2015), *Countdown to 2030, Côte d'Ivoire Health Data 2015 Profile, données 2014*.
- UNICEF, OMS (2015), *Progrès en matière d'alimentation en eau et d'assainissement : rapport 2015 et évaluation des OMD*.
- UNICEF, OMS (2017), *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène : mise à jour 2017 et estimations des ODD*.
- UNICEF, OMS (2018), *Eau potable, assainissement et hygiène en milieu scolaire : rapport sur la situation de référence au niveau mondial en 2018*.
- Universalis (2018), *Évaluation sommative de l'appui du GPE à l'éducation au niveau des pays, Rapport final V3, pp. 23-24*.
- UNSDG (2019), *Leave no one behind, Interim draft, March*.
- US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *Findings on the Worst Forms of Child Labor, Côte d'Ivoire*.
- US Department of State (2018), *Trafficking in Persons Report 2018*.
- US Department of State (2019), *Country Report on Human Rights Practices 2018 – Côte d'Ivoire*.
- USAID, Breakthrough Action (2018), *Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire*.
- Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J., et al., Lancet Breastfeeding Series Group (2016), « Breastfeeding in the 21<sup>st</sup> century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, vol. 387, n° 10017, pp. 475-490.
- Vuri, D. (2008), *The effect of availability and distance to school on children's time allocation in Ghana and Guatemala, Understanding Children's work Project (UCW), Working Paper Series (Rome)*.
- Waldron, I. (1998), Sex differences in infant and early childhood mortality: major causes of death and possible biological causes, in *Too Young to Die: Genes or Gender?* New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, pp. 64–83.
- Wamani, H., Astrom, A.N., Peterson, S., Tumwin, J.K., Tylleskar, T. (2017), « Boys are more stunted than girls in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of 16 demographic and health surveys », *BMC Pediatrics*, vol. 7, p. 17.
- Westerveld, R., Ross, F.J., Parkes, J., Heslop, J., Unterhalter, E. (2017), *Lutter contre les violences basées sur le genre en milieu scolaire en Côte d'Ivoire, étude exploratoire*, UCL Institution of Education.
- Zoumana, F. (2018), *Enquête/Côte d'Ivoire/Travail des enfants : Comment les mineurs sont exploités par les adultes, les secteurs d'activités concernés*, Woroba.net, 15 juin.





# ANNEXES

## 1. Questions de recherche

### 1.1 Chaque enfant survit et s'épanouit

#### 1.1.1 Le droit à la santé

- Identifier les facteurs pouvant accélérer une mise à l'échelle rapide et durable de la couverture maladie universelle pour un accès équitable des populations vulnérables.
- Conduire une étude permettant d'évaluer la contribution des interventions ciblant les principales causes de décès maternels, néonataux et infantiles à la réduction des décès dans les structures sanitaires.
- Conduire une évaluation afin d'apprécier la contribution des agents de santé communautaires (ASC) à l'amélioration de l'offre de services de santé dans les zones défavorisées.

#### 1.1.2 Le droit à la santé des adolescents

- Réaliser des enquêtes sur l'état de santé des adolescent(e)s.
- Conduire une recherche opérationnelle sur les facteurs facilitant et limitant :
  - l'accès des adolescent(e)s à une information de qualité en matière de risques sanitaires ;
  - l'accès des adolescent(e)s à des services et aux soins de santé adaptés.
- Réaliser une évaluation des programmes d'éducation en santé dans les établissements secondaires.
- Réaliser une étude sur le rôle que peuvent jouer les NTIC dans l'amélioration des connaissances et les changements d'attitudes en matière de santé des adolescent(e)s.

#### 1.1.3 Le droit à la nutrition

- Élaborer un dossier d'investissement multisectoriel en nutrition.
- Réaliser une étude afin de faire le suivi des investissements annuels en nutrition.
- Réaliser une évaluation des pratiques d'ANJE dans la communauté selon les milieux urbain, périurbain et rural.
- Réaliser une étude sur les goulots d'étranglement concernant les changements de comportement et les changements sociaux en faveur de pratiques optimales en nutrition selon des zones spécifiques.
- Conduire une évaluation des stratégies communautaires de nutrition (plateformes multisectorielles communautaires de nutrition et de développement de la petite enfance – FRANC, santé communautaire, production de farines infantiles à haute valeur nutritionnelle par des coopératives agricoles féminines).
- Conduire une étude sur la détermination des compositions des aliments de complément enrichis selon la disponibilité alimentaire locale.

### 1.2 Chaque enfant apprend

- Faire une analyse des dépenses d'investissements engagées dans le secteur éducatif par l'État, les collectivités territoriales et le secteur privé, en prenant soin de les relier aux outcomes du secteur de l'éducation.
- Faire une enquête sur la traçabilité des dépenses publiques dans l'éducation (PETS).
- Faire une étude sur la faisabilité de la décentralisation dans le secteur de l'éducation (aux niveaux préscolaire, primaire et secondaire) et ses effets sur la scolarisation et les acquis des enfants, notamment ceux qui vivent dans les régions les plus défavorisées.
- Réaliser des études et des recherches sur l'impact des normes sociales sur la scolarisation des enfants, en particulier celle des filles et des enfants en situation de handicap.
- Réaliser des études sur la demande sociale en éducation et l'engagement du secteur privé dans le secteur éducatif.



### 1.3 Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation

- Mener des analyses budgétaires approfondies concernant les moyens budgétaires alloués aux différentes structures en charge de la protection de l'enfance.
- Réaliser une nouvelle cartographie des centres résidentiels ainsi qu'une évaluation des centres au regard des normes et standards nationaux.
- Conduire une étude sur les droits des enfants travaillant dans les mines.
- Réaliser une enquête de base sur la protection et le bien-être de l'enfant à Odienné.
- Faire une enquête de base sur le travail des enfants à Soubré.
- Suivre une cohorte d'enfants et développer de nouvelles méthodologies pour collecter des données sur la prévalence du travail des enfants dans différents secteurs et l'impact de ce travail sur le développement et le bien-être des enfants.
- Réaliser une étude sur l'utilisation d'Internet par les enfants et les jeunes et leur protection en ligne, y compris face aux risques posés par les sites pédopornographiques.

### 1.4 Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre

- Réaliser une étude sur la rentabilité financière du marché des produits d'assainissement et d'hygiène destinés aux groupes vulnérables afin de développer une stratégie gagnant-gagnant avec le secteur privé.
- Conduire une étude permettant de préciser les liens existants entre les mauvaises conditions d'hygiène, la mortalité néonatale et la mortalité maternelle.
- Identifier les attitudes et les pratiques qui accroissent les risques d'une contamination de l'eau pendant le transport entre le point de puisage et le lieu de consommation.

### 1.5 Chaque enfant a des chances équitables dans la vie

#### 1.5.1 Inclusion sociale

- Réaliser une analyse des bénéficiaires des dépenses sociales en fonction de leur niveau de revenu (quintile de richesse).
- Réaliser des études conjointes avec les institutions financières internationales (IFI) et les agences du Système des Nations Unies portant sur les revues de dépenses dans les secteurs sociaux, y compris celui de la protection sociale, et la traçabilité des dépenses des comptes trésoraires au niveau des prestataires de services sociaux, qui tiennent compte du processus de décentralisation, y compris financière.
- Réaliser une enquête sur les NEET afin de mieux connaître leur parcours et les obstacles auxquels ils sont confrontés pour s'insérer sur le marché du travail et dans la société en général.
- Identifier les principaux déterminants de toutes les formes de pauvreté affectant les enfants.
- Conduire une évaluation de l'ensemble des politiques sociales et des différents programmes et instruments de protection sociale (filets sociaux, cantines scolaires, politique de gratuité ciblée dans la santé, Agence Emploi Jeunes, CMU après 2021).
- Analyser l'impact que pourrait avoir la généralisation d'un système de retraite sur le niveau de pauvreté des enfants.
- Réaliser une étude sur les opportunités d'insertion professionnelle (formation, stage, secteurs porteurs) existant pour les adolescents et les jeunes les plus à risque d'exclusion, notamment ceux en situation de handicap.

#### 1.5.2 Le droit à la participation

- Réaliser une enquête de perception de l'engagement des adolescents et des jeunes, auprès de la jeunesse, des adultes et des autorités nationales et décentralisées.
- Identifier les déterminants de la participation des adolescents et des jeunes, les mécanismes existants et les canaux de participation préférés, et les barrières à surmonter pour la faire progresser.



## 2. Barrières spécifiques à la lutte contre le travail des enfants

### • Au niveau du cadre juridique, des accords-cadres bilatéraux et des partenariats

La Côte d'Ivoire n'a pas encore ratifié la Convention n° 189 de l'OIT sur le travail décent des travailleuses et travailleurs domestiques, ni adopté la proposition de loi déposée en 2014 et destinée à reconnaître aux travailleurs domestiques, notamment aux enfants, un niveau de protection minimale contre les risques d'exploitation et de traite<sup>788</sup>.

La Côte d'Ivoire n'a pas signé d'accord de coopération avec la Guinée et le Niger contre la traite transfrontalière des enfants. Par ailleurs, le Comité de suivi pour la mise en œuvre des accords de coopération déjà signés en matière de lutte contre la traite transfrontalière des enfants n'est pas en place<sup>789</sup>.

L'interdiction posée par le Code du travail d'employer des enfants de moins de 16 ans ne s'applique qu'aux entreprises du secteur formel alors que la majorité des mineurs en situation de travail des enfants évoluent dans le secteur informel.

Enfin, les accords-cadres de partenariats public-privé pour lutter contre le travail des enfants restent rares en dehors du secteur du cacao.

### • Au niveau de l'offre et de la qualité des services de prévention et de réponse

#### Couverture limitée des dispositifs de protection sociale

Les mesures prises pour prévenir le travail des enfants en réduisant la vulnérabilité des ménages aux chocs économiques (filets sociaux productifs et couverture maladie universelle) sont encore en phase de montée en puissance et ne couvrent qu'une fraction de la population<sup>790</sup>. Pour plus de détails sur ces questions, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

#### Dispositifs communautaires et sectoriels

La contribution des comités de protection de l'enfant (CPE) au niveau des villages en matière de prévention et de détection des cas de travail, d'exploitation et de mobilité des enfants est encore trop limitée. En effet, toutes les communautés ne disposent pas encore de CPE opérationnel ni de plan d'action communautaire intégrant les questions de protection de l'enfance. Par ailleurs, les membres des CPE ne sont pas toujours suffisamment bien formés sur les questions de travail, d'exploitation et de traite des enfants et d'accompagnement protecteur des enfants concernés par la mobilité pour pouvoir jouer un rôle efficace en matière de détection, de réduction des vulnérabilités, de suivi et de référence vers les autres services de prévention et de réponse.

Les systèmes de suivi et de remédiation du travail des enfants mis en place par les acteurs publics et privés restent confrontés à de nombreux défis : les SSRTE des entreprises du cacao ne couvrent qu'une partie de la zone cacaoyère et, même dans les zones couvertes, ils ne permettent pas de suivre l'ensemble des communautés et des familles de producteurs ; le SOSTECI de la Direction de la lutte contre le travail des enfants (DLTE) du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) n'est partiellement opérationnel que dans huit départements sur 108, tous situés dans le sud-ouest du pays ; les SSRTE ont du mal à mobiliser les communautés de façon durable et à concevoir des mesures adaptées au cas particulier de chaque enfant<sup>791</sup>. Les SSRTE et le SOSTECI ont aussi des difficultés à mettre en place un *tracking* actif des cas identifiés si bien qu'ils manquent de données pour apprécier l'impact sur la longue durée des mesures mises en œuvre en matière de prévention ou de remédiation<sup>792</sup>.

Même si la détection des cas de travail des enfants ne saurait reposer sur les seules inspections du travail et de la santé et de la sécurité au travail<sup>793</sup> et qu'une approche en termes de détection et de remédiation est plus efficace pour identifier les cas de travail des enfants qu'une démarche purement répressive<sup>794</sup>, les contrôles menés sur le terrain par ces inspections restent notoirement insuffisants et les sanctions inexistantes<sup>795</sup>. Cette situation s'explique par le nombre insuffisant d'inspecteurs<sup>796</sup> et le peu d'équipements et de moyens logistiques et financiers<sup>797</sup> dont ils disposent pour mener à bien leurs missions. Elle tient également au manque de formation des inspecteurs, notamment en ce qui concerne l'identification des enfants à risque, les questions de santé et de sécurité des enfants au travail et le suivi-évaluation. Enfin, elle tient au fait que les inspections ont lieu quasi exclusivement dans les secteurs où l'incidence du travail des enfants est la plus faible (secteur formel et non agricole).

#### Centres sociaux et ONG

La capacité des services sociaux et des ONG à prendre en charge les victimes de traite et d'exploitation de manière holistique (aide psychosociale, médicale, alimentaire, hygiénique, juridique et éducative et appui à la réintégration dans les familles et les communautés) reste insuffisante au regard des besoins du fait d'un manque

de structures d'accueil (familles d'accueil formées et agréées) et de moyens humains (travailleurs sociaux et personnel d'encadrement) et financiers (absence de ligne budgétaire permettant aux centres sociaux de prendre directement en charge les victimes).

Il n'existe pas, que ce soit au niveau des services sociaux ou des ONG, de véritables dispositifs de détection et d'accompagnement des enfants concernés par la mobilité qui puissent répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes et réduire leur vulnérabilité face au risque multiforme de violations des droits auxquels ils peuvent être exposés<sup>798</sup>.

#### Police-Justice

Le nombre d'interventions menées par les forces de sécurité pour lutter contre les réseaux de traite et l'exploitation des enfants reste encore insuffisant. L'unité de la sous-direction de la police criminelle chargée de la lutte contre la traite et la délinquance juvénile ne dispose, en effet, ni des moyens en hommes ni des ressources matérielles techniques et financières<sup>799</sup> pour mener à bien des enquêtes et intervenir sur l'ensemble du territoire. La capacité de la Brigade mondaine à enquêter et à réprimer les cas d'exploitation sexuelle des enfants reste également limitée, avec moins de dix enquêtes lancées sur ce motif en 2017<sup>800</sup>.

Il apparaît, par ailleurs, que de nombreux policiers refusent de considérer qu'il y a exploitation commerciale d'un enfant lorsque l'enfant a lui-même démarché l'adulte. Ils sont souvent confortés dans cette attitude en raison de la volonté fréquente chez les enfants en situation d'exploitation sexuelle de se présenter comme des jeunes engagés dans des stratégies de survie plutôt que comme des victimes. La formation des forces de sécurité aux frontières pour la mise en œuvre des accords bilatéraux de lutte contre la traite reste également insuffisante.

À ces faiblesses s'ajoutent le manque de coordination des différents intervenants et leur concentration sur Abidjan<sup>801</sup>, l'Ouest et le Sud-Ouest du pays (dans la zone cacaoyère), au détriment en particulier du Nord, où la proportion de mineurs astreints au travail des enfants, le plus souvent dans des conditions dangereuses (comme dans l'orpaillage clandestin), est pourtant particulièrement élevée. De plus, on constate que, même dans la zone cacaoyère, certaines zones du territoire comme les campements informels ou des plantations occupées illégalement ne font l'objet d'aucun suivi de la part des différents acteurs concernés. Or, des données anecdotiques indiquent que la plupart des mineurs présents dans ces zones sont souvent des enfants en mobilité, non scolarisés (qu'ils vivent ou non avec leurs parents, qu'ils soient nés ou pas en Côte d'Ivoire), ce qui les rend particulièrement vulnérables aux pires formes de travail des enfants<sup>802</sup>.

#### Accès limité à une identité juridique

Enfin, il apparaît clairement que la lutte contre le travail, l'exploitation et la traite des enfants est entravée par le fait qu'il est souvent difficile d'établir avec certitude l'âge des victimes et, par conséquent, les dispositions législatives et réglementaires s'appliquant spécifiquement à leur situation. Selon la MICS-5, 28 % des naissances ne sont, en effet, pas enregistrées et 40 % des enfants de moins de 5 ans n'ont pas de certificat de naissance. De plus, des données anecdotiques suggèrent qu'un grand nombre d'enfants sont déclarés tardivement à l'état civil, en rajeunissant leur âge de quelques années (phénomène des « re-nés ») afin qu'ils puissent continuer d'être scolarisés, même après avoir atteint la limite d'âge autorisée en cas de redoublement.

Les principaux obstacles à la lutte contre le travail, l'exploitation et la traite des enfants se situent cependant du côté de la demande.

#### • Au niveau de la demande

La demande de travail des enfants, y compris dans ses pires formes, demeure en effet très forte pour des raisons complexes qui tiennent (i) à la pauvreté et à la grande vulnérabilité des ménages aux chocs de toutes sortes, (ii) aux difficultés d'accès à une éducation de qualité, (iii) à la structure de l'économie, aux technologies en usage et à l'organisation des différents secteurs, (iv) à un manque de connaissances sur les dangers du travail des enfants et (v) aux normes sociales.

#### Pauvreté et vulnérabilité

Comme le souligne le rapport du Programme conjoint du BIT, de l'UNICEF et de la Banque mondiale, la pauvreté accroît le risque pour un ménage d'être contraint d'envoyer ses enfants travailler afin de pouvoir satisfaire ses besoins de base. Elle est aussi l'une des raisons principales pour lesquelles de nombreux adolescents décident d'abandonner l'école et de rechercher un travail<sup>803</sup>. Au-delà de la pauvreté, la demande de travail des enfants reflète aussi la faible capacité des ménages à faire face aux chocs négatifs sur leurs revenus. Cela tient généralement à l'absence de socle de protection sociale<sup>804</sup> et à une diversification insuffisante des sources de revenus.



En Côte d'Ivoire, 46,3 % de la population totale et 56,8 % de la population rurale vit en dessous du seuil national de pauvreté (269075 FCFA de dépenses par an<sup>805</sup>) et la majorité de la population est particulièrement vulnérable en cas de décès, de maladie d'un membre de la famille<sup>806</sup> ou de forte variation des cours des productions destinées à l'exportation, comme le cacao<sup>807</sup>. Jusqu'en 2019, moins de 1 % de la population ivoirienne disposait d'une couverture maladie (ENV 2015) et seuls 50 000 ménages avaient pu bénéficier du programme de filets sociaux productifs qui visent à lutter contre la pauvreté par le biais de transferts monétaires, d'aides à la création d'activités génératrices de revenus et de la réalisation d'infrastructures sociales. Pour plus de détails sur la pauvreté et la protection sociale des ménages, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

#### Accès limité à une éducation de qualité et aux autres services sociaux de base

Comme l'ont montré l'analyse développée par le Programme conjoint du BIT, de l'UNICEF et de la Banque mondiale sur les causes du travail des enfants et des données anecdotiques<sup>808</sup>, l'une des façons les plus efficaces de réduire l'incidence du travail des enfants est d'accroître l'offre éducative<sup>809</sup> et de mettre en place des dispositifs incitatifs en faveur de la demande d'éducation, en particulier pour les ménages les plus pauvres (subventions, aides en numéraire ou en nature)<sup>810</sup>.

Selon plusieurs études, il apparaît également essentiel que le coût d'opportunité du temps consacré aux études soit maintenu au niveau le plus bas possible grâce à (i) la fourniture d'un enseignement de qualité limitant les risques d'abandon et faisant apparaître la scolarisation comme un véritable investissement aux yeux des ménages, (ii) des services de base disponibles à un prix abordable de sorte que l'enfant ne soit pas contraint de travailler pour permettre au ménage dans lequel il vit d'y avoir accès (par exemple en allant collecter de l'eau ou en utilisant sa rémunération pour acheter de l'eau auprès d'un commerçant)<sup>811</sup> et (iii) à un taux d'accès élevé à l'enseignement secondaire ou à un centre de formation professionnelle et une transition rapide entre l'école et le marché du travail débouchant sur un emploi décent<sup>812</sup>.

Or, si, au cours des dernières années, des progrès importants ont été réalisés en Côte d'Ivoire en matière de scolarisation des enfants<sup>813</sup>, des barrières importantes demeurent, que ce soit au niveau de l'offre et de la demande d'éducation ou de la qualité de l'enseignement<sup>814</sup>. Par ailleurs, de nombreux services de base restent inaccessibles à une partie importante de la population<sup>815</sup>, ce qui a un impact négatif sur l'apprentissage<sup>816</sup> et contribue à accroître le niveau de prévalence du travail des enfants<sup>817</sup>. Enfin, la transition entre la formation et l'accès à un emploi est généralement difficile et ne débouche que rarement sur un emploi décent dans le secteur formel<sup>818</sup>. Pour plus de détails sur le droit à l'éducation, à la santé, à l'eau, l'hygiène et l'assainissement et l'insertion professionnelle des jeunes les plus vulnérables, voir les chapitres « Chaque enfant apprend », « Chaque enfant survit et s'épanouit », « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre » et « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

#### Poids du secteur informel et recours massif à l'emploi peu qualifié

La structure de l'économie, les technologies en usage et les modes d'organisation constituent un autre obstacle à la réduction de la demande de travail des enfants. Selon l'ENSESI 2016, 93,9 % des emplois en Côte d'Ivoire se trouvent dans le secteur informel et seuls 0,5 % des jeunes âgés de 14-24 ans et 4,2 % de ceux âgés de 25-35 ans occupent un emploi dans le secteur formel<sup>819</sup>. Or une hypertrophie du secteur informel s'accompagne généralement d'un faible nombre d'emplois décents, du non-respect du droit du travail et d'une forte demande en main-d'œuvre infantile, notamment à des fins d'exploitation. L'économie ivoirienne repose, par ailleurs, sur des secteurs productifs qui utilisent des technologies obsolètes et ont massivement recours à des emplois peu qualifiés, en particulier dans les secteurs primaire<sup>820</sup> et tertiaire. Comme le souligne le rapport du Programme conjoint du BIT, de l'UNICEF et de la Banque mondiale sur le travail des enfants, le taux de prévalence du travail des enfants est généralement plus élevé dans les économies ayant recours à des modes de production peu innovants<sup>821</sup>. Enfin, des données émergentes indiquent que l'organisation des travailleurs indépendants en coopératives permet de réduire d'un tiers le recours à la main-d'œuvre infantile dans le secteur agricole<sup>822</sup>. Or, en Côte d'Ivoire, seuls 30 % à 40 % des agriculteurs du secteur du cacao sont organisés en coopératives et une partie importante des 2 500 à 3 000 coopératives existantes ne sont, en réalité, pas fonctionnelles<sup>823</sup>.

#### Appropriation insuffisante des mesures de prévention, de signalement et de répression de l'exploitation des enfants

La demande de travail des enfants s'explique également, bien que dans une moindre mesure, par un manque de connaissance chez les adolescents, les parents, les tuteurs, les employeurs, les organisations syndicales et les communautés concernant (i) les conséquences du travail sur le développement et bien-être de l'enfant sur le long terme<sup>824</sup>, (ii) les seuils d'intensité et les niveaux de dangerosité des tâches à respecter en fonction de l'âge en application de la réglementation en vigueur<sup>825</sup>, (iii) le rôle que chaque acteur devrait jouer pour lutter contre le travail, l'exploitation et la traite des enfants, et (iv) les risques pour un enfant en situation de travail d'être victime d'exploitation, voire de traite.

### Certaines normes sociales facilitent l'exploitation des enfants

La demande de travail des enfants est aussi maintenue à un niveau élevé du fait de l'influence de certaines normes sociales. Alors qu'il s'agit généralement d'un puissant facteur dissuasif au recours au travail des enfants, il n'existe pas en Côte d'Ivoire de stigmatisation ou d'opprobre sociale liée à l'utilisation d'une main-d'œuvre infantile. Au contraire, le travail des enfants est traditionnellement perçu, en particulier en milieu rural, comme un moyen de socialiser l'enfant dans la communauté et lui donner l'occasion de développer des capacités et de devenir autonome de façon précoce afin de pouvoir faire face à toute situation, aider ses parents et fonder une famille<sup>826</sup>. Par ailleurs, le phénomène courant de la mobilité des enfants et des adolescents, liée à la circulation des mineurs au sein des familles<sup>827</sup> ou à la migration fréquente des jeunes d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre, à la recherche d'un travail ou d'une expérience lui permettant de faire fortune ou plus simplement d'entrer dans l'âge adulte, contribue à banaliser et à justifier le recours au travail des enfants, voire leur exploitation<sup>828</sup>.

## Convention internationale des droits de l'enfant

### Article 37

Les États parties veillent à ce que : Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans; Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible; Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles; Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

### Article 40

1. Les États parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.
2. À cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les États parties veillent en particulier : À ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises; À ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes : Être présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie; Être informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense; Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux; Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité; S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi; Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée; Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.



3. Les États parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier : D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale; De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'Homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.
4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

### 3. Les défis spécifiques à la prise en charge des enfants en conflit avec la loi

#### • Obstacles juridiques

L'âge minimum de la responsabilité pénale reste fixé à 10 ans, soit deux ans de moins que l'âge minimum recommandé par le Comité des droits de l'enfant<sup>829</sup>. Faute d'avoir ratifié le protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants du 18 décembre 2002, la Côte d'Ivoire n'a toujours pas mis en place, à l'échelon national, de mécanisme indépendant et efficace de supervision des lieux et centres de détention. Le décret du 14 mai 1969 portant réglementation des établissements pénitentiaires et fixant les modalités d'exécution des peines privatives de liberté n'a toujours pas été modifié afin de tenir compte du principe de l'intérêt supérieur de l'enfant et d'encourager l'adoption de mesures alternatives à l'internement des femmes enceintes et des mères de jeunes enfants. Sur le plan programmatique, la PNPJJE et le plan d'action chiffré n'ont pas été officiellement adoptés et les actions de prévention en direction des mineurs en risque d'entrer en conflit avec la loi restent trop peu nombreuses<sup>830</sup>. Enfin, malgré les avancées apportées par le nouveau Code de procédure pénale, de nombreux obstacles restent à surmonter aux différentes phases de la procédure judiciaire pour assurer le respect des droits des enfants en conflit avec la loi, tels que définis aux articles 37 et 40 de la Convention internationale des droits de l'enfant.

#### • Barrières au niveau de la phase policière

En 2013, le rapport analytique de l'état des lieux de la justice pour mineurs en Côte d'Ivoire<sup>831</sup> avait mis en évidence la fréquence des violences et des mauvais traitements subis par les enfants lors des arrestations ainsi que la durée excessive des gardes à vue, les détentions dans des cellules délabrées et insalubres, non séparées des adultes, des repas fournis en quantité insuffisante et un manque d'assistance juridique, médicale et psychoaffective. Ces données n'ont pas été actualisées depuis, mais une étude réalisée en 2016 par l'Observatoire ivoirien des droits de l'Homme (OIDH)<sup>832</sup> a montré comment, malgré certains progrès, les droits des personnes en garde à vue, adultes et mineurs confondus, étaient encore fréquemment bafoués lors de la phase policière de la procédure pénale<sup>833</sup>. Par ailleurs, bien que la présence d'un avocat soit prévue dès la garde à vue, en pratique, les mineurs en conflit avec la loi ont rarement accès à l'assistance judiciaire aux différents stades de la procédure, en raison du manque de ressources financières des parents et tuteurs qui seraient prêts à engager un avocat, de l'absence d'une ligne de crédit pour rémunérer les avocats commis d'office et du peu d'avocats disponibles dans de nombreuses parties du territoire<sup>834</sup>.

Des ONG intervenant dans le domaine de la justice des mineurs ont notamment fait état de la persistance de problèmes au niveau des conditions de garde à vue des mineurs à la Brigade de protection des mineurs (BPM) d'Abidjan. En application de la circulaire prise par le ministère de la Justice le 26 septembre 2017 en réponse aux problèmes posés par les gangs de jeunes dits « microbes », les enfants appréhendés par la BPM sont, en effet, systématiquement transférés à la Direction de la police criminelle (DPC), où, faute de lieu de détention distinct de celui des adultes, ils sont exposés à des risques de violences et peuvent tomber sous l'influence néfaste de criminels adultes endurcis<sup>835</sup>.

En 2013, le rapport sur l'état des lieux de la justice pour mineurs avait montré que la durée de la garde à vue des mineurs était supérieure à 72 heures dans 61 % des cas alors même que la durée maximale autorisée par l'ancien Code de procédure pénale était de 48 heures renouvelables une fois, sur avis du procureur de la République.

Bien qu'il n'existe pas d'étude récente sur le sujet, des données anecdotiques suggèrent que la situation reste problématique<sup>836</sup>. En effet, compte tenu de l'absence de registre national d'état civil et du nombre d'enfants non enregistrés, de l'état de rupture socio-familiale dans lequel se trouvent de nombreux mineurs appréhendés et du manque de moyens de la police et de la gendarmerie (notamment en carburant et en matériel roulant), il est souvent difficile de contacter les parents ou tuteurs de l'enfant, d'établir son âge en cas d'absence de document d'état civil et de vérifier la véracité des déclarations dans les délais de la garde à vue.

Jusqu'à récemment, les mineurs en garde à vue étaient soumis au régime de droit commun, mais le nouveau Code de procédure pénale institue une procédure distincte de celle des adultes, avec des garde-fous susceptibles de mettre fin à certains des abus constatés.

Tout d'abord, le nouveau Code de procédure pénale interdit expressément le placement en garde à vue des mineurs âgés de moins de 13 ans et conditionne celui des mineurs d'au moins 13 ans à l'accord préalable du procureur de la République (art. 790). En matière de délit, la durée de la garde à vue d'un mineur est désormais limitée à 24 heures et, en matière criminelle, sa prolongation au-delà de 24 heures n'est possible qu'après autorisation du procureur de la République et la réalisation d'un examen médical (art. 791). Lorsqu'un gardé à vue ne peut établir sa minorité, l'officier de police judiciaire est tenu de requérir un médecin afin de déterminer son âge physiologique (art. 792). Si une mesure de garde à vue est appliquée à un mineur, les titulaires de l'autorité parentale doivent en être immédiatement informés. Tenant compte des difficultés rencontrées par les mineurs pour obtenir l'assistance d'un avocat, le nouveau Code de procédure pénale prévoit qu'à défaut, il puisse être assisté par un parent ou un éducateur de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (art. 790). Enfin, en cas d'inobservation des dispositions des articles 790 et 791, le procureur de la République ou le procureur général peuvent d'office, ou à la demande de toute personne, faire cesser la mesure de garde à vue.

La création d'un régime de garde à vue spécifique aux mineurs constitue une avancée réelle. Toutefois, les progrès en matière de réalisation des droits des enfants en conflit avec la loi au cours de la phase policière restent conditionnés à : (i) la bonne connaissance et l'application effective de ces nouvelles dispositions par les officiers de police judiciaire (OPJ); (ii) la volonté et la capacité des procureurs de la République à suivre leur mise en œuvre et à sanctionner rapidement tout abus; (iii) la capacité des éducateurs des SPJ, jusqu'ici absents dans la phase policière, à se rendre sur les lieux de la garde à vue et à apporter une assistance efficace à l'enfant; (iv) la sensibilité accrue des services de police et de gendarmerie aux questions de protection des mineurs et aux questions de genre; (v) la mise à disposition dans les commissariats et les brigades de gendarmerie des moyens nécessaires pour rapidement informer les parents, procéder aux vérifications requises et requérir un médecin en vue de déterminer l'âge physiologique; et (vi) l'allocation de crédits suffisants pour assurer la construction, la rénovation et la maintenance de cellules de sûreté sensibles au genre et réservées aux mineurs.

#### • Barrières au niveau des phases de poursuite et d'instruction

Dans les affaires de délinquance juvénile, les procureurs de la République ont tendance à saisir systématiquement le juge des enfants, ce qui conduit à une inflation des décisions de poursuite et soumet inutilement de nombreux mineurs à des procédures longues et éprouvantes. Cette situation s'explique par l'absence jusqu'à une date récente, dans le droit ivoirien, de dispositions permettant au procureur de la République de prendre des mesures extrajudiciaires ainsi que par l'échec fréquent des tentatives de médiation et de conciliation<sup>837</sup>.

Le nouveau Code de procédure pénale comporte plusieurs innovations positives en la matière : en effet, il offre la possibilité au procureur de la République, après consultation de la victime et sous réserve que l'auteur reconnaisse sa responsabilité, de décider d'un classement de l'affaire sous la condition que le mineur s'acquitte de certaines obligations dans un délai prescrit<sup>838</sup>; il lui permet également de confier à un éducateur de la protection judiciaire de l'enfance le suivi de ces obligations (art. 788). Toutefois, la mise en œuvre effective des mesures extrajudiciaires par les procureurs de la République reste, à ce jour, mal connue.

À ce niveau de la procédure, un autre obstacle au respect des droits des mineurs concerne la fréquence et la durée des mesures privatives de liberté décidées par les juges des enfants et les conditions de détentions auxquelles les enfants sont soumis.

Alors que la détention préventive doit, en droit, demeurer une mesure exceptionnelle, les juges pour enfants y ont fréquemment recours. En 2017, sur les 534 mineurs incarcérés, 337 se trouvaient ainsi en détention préventive dans l'attente de leur jugement; l'ancien Code de procédure pénale limitait la durée de la détention préventive à six mois en matière correctionnelle et à 18 mois en matière criminelle. En pratique toutefois, la durée de la détention est souvent plus longue<sup>839</sup> du fait (i) du peu de diligence dans la conduite des enquêtes, (ii) de l'absence d'avocat qui puisse faire accélérer la procédure et apporter une assistance judiciaire afin d'obtenir une décision de



remise en liberté, (iii) du manque de moyens dont disposent les SPJEE pour réaliser rapidement l'enquête sociale demandée par le juge des enfants, (iv) des difficultés rencontrées pour retrouver le parent ou le tuteur du mineur alors que l'accord de ces derniers pour reprendre l'enfant sous leur responsabilité est indispensable à la remise en liberté du mineur et (v) du manque de centres d'hébergement provisoire pour mineurs (CHPM) et de centres de rééducation<sup>840</sup> et de réinsertion (CRM)<sup>841</sup>.

Depuis 2017, grâce aux formations organisées par la Direction de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (DPJEE), la proportion de mineurs placés sous mandat de dépôt ou d'ordonnance de garde provisoire a diminué<sup>842</sup> et plusieurs dispositions du nouveau Code de procédure pénale devraient encore améliorer la situation à ce niveau. En effet, la détention préventive ne peut plus être ordonnée que si l'inculpé encourt une peine privative de liberté d'au moins deux ans, contre six mois auparavant ; en matière criminelle, la durée de la détention préventive est ramenée de 16 à 8 mois, et la possibilité de prolonger cette durée limitée à 8 mois supplémentaires (art. 167) ; seuls les mineurs âgés de plus de 13 ans peuvent désormais faire l'objet d'un placement en détention préventive dans une maison d'arrêt et de correction (MAC) ; le mineur qui comparait devant le juge des enfants doit être assisté d'un avocat ou à défaut de son représentant légal ou d'un éducateur du SPJEE (art. 808) ; enfin, le juge pour enfant désireux de prendre une ordonnance de détention préventive doit, au préalable, examiner les mesures alternatives proposées par le service éducatif des SPJEE auprès du tribunal et expliquer en quoi il n'est pas possible de prendre une autre décision que l'incarcération (art. 809).

Il est encore trop tôt pour mesurer l'impact de ces nouvelles dispositions sur le taux de détention préventive des mineurs et la durée de leur détention<sup>843</sup>, mais les résultats observés dans les neuf tribunaux où ont été créés, à partir de février 2016, des SPJEE semblent très prometteurs<sup>844</sup>. La réalisation des progrès attendus va dépendre, en grande partie, de la détermination du ministère de la Justice à assurer l'application des nouvelles dispositions et à sanctionner la persistance des mauvaises pratiques. À ce niveau, le suivi pourrait être facilité par la création d'un registre actualisé des détentions préventives distinct de celui des condamnés qui serait soumis mensuellement à la DPJEE et aux procureurs concernés<sup>845</sup>. L'impact des nouvelles dispositions dépendra aussi de l'existence d'alternatives crédibles à l'incarcération, de la capacité (ressources humaines et moyens financiers) des SPJEE à réaliser, dans des délais raisonnables, les enquêtes sociales et du renforcement des liens entre le ministère de la Justice et ceux en charge des affaires sociales afin que les services sociaux facilitent la recherche des parents et tuteurs des enfants en conflit avec la loi.

Parallèlement aux récentes avancées juridiques, des efforts ont été entrepris pour réhabiliter les lieux de détention les plus vétustes et améliorer l'accès à l'eau potable et la salubrité. Au sein de la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan (MACA), les femmes enceintes et celles ayant des enfants en bas âge disposent d'un quartier réservé<sup>846</sup>. Les mineurs placés sous ordonnance de garde provisoire sont détenus dans les centres d'observation des mineurs (COM) où ils bénéficient, à présent, d'un encadrement de la part d'éducateurs et de l'assistance de certaines ONG. Toutefois, il n'existe toujours pas de COM spécifiques pour les filles placées sous ordonnance de garde provisoire<sup>847</sup> : en pratique, ces dernières doivent se rendre dans les COM en journée pour pouvoir bénéficier d'un encadrement socio-éducatif et revenir le soir à la MACA où elles sont gardées dans un espace distinct sous la surveillance d'agents pénitentiaires féminins.

La situation reste particulièrement critique pour les enfants placés sous mandat de dépôt : ceux-ci sont, en effet, détenus dans des maisons d'arrêt et de correction (MAC) surpeuplées, où les cellules prévues pour accueillir les mineurs<sup>848</sup> sont en trop petit nombre et souvent dépourvues de matériel de couchage<sup>849</sup>. De plus, la séparation des mineurs des adultes n'est pas effective à la MACA et n'est pas totale dans les autres MAC. Le fait pour les mineurs de partager la même cour de promenade que les adultes les expose à des risques importants de violences physiques, émotionnelles et sexuelles. Faute de budget suffisant, les mineurs détenus à la MACA ne reçoivent qu'un, voire deux repas par jour ; ils ont aussi très peu d'accès aux soins de santé physique et psychique en raison du manque de personnel qualifié (une infirmière pour 2 000 détenus, absence de psychologue et de pédiatre) et d'un déficit chronique de médicaments et les besoins spécifiques des femmes et des filles détenues en matière d'hygiène sont rarement pris en compte. Enfin, les mineurs sous mandat de dépôt ne bénéficient pas d'activités socio-éducatives et reçoivent rarement la visite de leurs parents en raison des nombreux obstacles administratifs à surmonter. Or, certains mineurs se trouvent en détention provisoire dans un tel environnement depuis 2011, leur affaire n'ayant toujours pas été jugée.

Sans attendre l'ouverture prévue pour 2021 du COM en construction à Bingerville, il apparaît urgent d'étudier la possibilité de transférer les mineurs détenus dans les MAC vers les COM et ceux en détention provisoire dans les COM vers des centres habilités des organisations de la société civile (le Centre Abel, le Centre Amigo, le Centre Zagal, le Centre de réhabilitation Erb Alois).

En l'absence d'avocats en nombre suffisant dans de nombreux territoires et de la prise en charge par l'État des honoraires des avocats commis d'office (alors même que l'article 281 du Code de procédure pénale rend obligatoire la présence d'un conseil en matière criminelle), la plupart des mineurs comparaissent devant le juge des enfants ou les formations de jugements sans bénéficier d'une assistance judiciaire indépendante et avec un dossier incomplet (absence de certains documents administratifs et du rapport du psychologue qui n'a pu être établi, faute de financement).

Les mineurs qui font l'objet d'une condamnation à une peine de prison sont incarcérés dans les MAC dans des conditions qui violent, sur de nombreux aspects, les droits fondamentaux reconnus aux articles 37 et 40 de la CIDE. Par ailleurs, les services de protection judiciaire pour mineurs en milieu carcéral (SPJMC), prévus par la PNPJEJ afin de créer les conditions du travail socio-éducatif au quotidien et de préparer la réinsertion du mineur dans la société, ne sont toujours pas en place.

Lorsque le juge prononce des mesures éducatives de placement, leur mise en œuvre s'avère particulièrement complexe, compte tenu du peu de centres de rééducation et de formation professionnelle habilités existant dans le pays (le Centre de rééducation de Dabou qui n'est encore que partiellement opérationnel et quelques centres privés<sup>850</sup>). Enfin, la réinsertion des enfants reste un défi compte tenu de la réticence des employeurs à embaucher les jeunes passés par ces centres.







# RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Groupe des Nations Unies pour le développement durable (2019), *Leave no one behind*, Interim draft, March.
- <sup>2</sup> La méthodologie retenue pour conduire cette analyse de la situation des enfants et des femmes en Côte d'Ivoire est conforme aux lignes directrices publiées par l'UNICEF en 2012. Dans la mesure du possible, elle tient compte des lignes directrices relatives aux nouvelles générations de SitAn rendues publiques par l'UNICEF courant 2019 alors que ce rapport était en cours de rédaction. Le Bureau-Pays n'ayant pas pu mener d'études préalables sur ces sujets, il n'a toutefois pas été possible d'inclure dans cette analyse les résultats concernant : i) l'évaluation des produits, des marchés et des chaînes d'approvisionnement pour les enfants; ii) la capacité des secteurs publics et privés à se procurer et à fournir des biens, des produits et des services; iii) la contribution des partenariats actuels et potentiels pour la réalisation des droits des enfants; et iv) l'impact du changement climatique et de l'urbanisation sur la réalisation des droits des enfants.
- <sup>3</sup> Selon le dernier recensement, 5,491 millions de non-Ivoiriens vivaient en Côte d'Ivoire en 2014, soit près de 24 % du total de la population.
- <sup>4</sup> Guengant, J.-P. (2018), *Comment bénéficier du dividende démographique ? Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire*, Institut d'études du développement économique et social – Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, coll. « Monographies Sud-Nord », n° 8, p. 27.
- <sup>5</sup> La MICS-5 a estimé le taux de prévalence contraceptive moderne à 14,3 % en 2016. Selon le dernier rapport sur la situation sanitaire (RASS 2017), ce taux aurait toutefois fortement progressé depuis pour atteindre 20 % en 2017.
- <sup>6</sup> Le taux de dépendance correspond au nombre de personnes dépendantes par rapport à celui des personnes en âge de travailler (15-64 ans).
- <sup>7</sup> Outre une baisse rapide de la fécondité, les autres conditions pour pouvoir bénéficier d'un dividende démographique sont : un niveau élevé de capital humain, une épargne importante et des investissements bien choisis, la capacité de créer de nombreux emplois rémunérateurs, notamment pour les jeunes, et une bonne gouvernance. Pour plus de détails sur les conditions pour que la Côte d'Ivoire puisse bénéficier du dividende démographique, voir Guengant, J.-P., *op. cit.*
- <sup>8</sup> 50,3 % en 2014 selon le recensement national.
- <sup>9</sup> La seconde ville du pays Bouaké comptait, en 2014, à peine plus de 530 000 habitants et les dix autres villes les plus peuplées moins de 250 000 habitants chacune.
- <sup>10</sup> Nations Unies, Division de la population des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, *Projection de la population urbaine – Révision 2018*, consultable sur <https://population.un.org/wup/Country-Profiles>
- <sup>11</sup> Groupe de la Banque mondiale (2019), *Que la route soit bonne : améliorer la mobilité urbaine à Abidjan*.
- <sup>12</sup> Selon l'Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire (2015), la proportion de la population urbaine vivant sous le seuil de pauvreté national est passée de 24,5 % en 2002 à 29,5 % en 2008 et 35,9 % en 2015.
- <sup>13</sup> Fall, M., Coulibaly, S. (eds.) (2016), *L'Urbanisation diversifiée : le cas de la Côte d'Ivoire*. Directions du développement. Washington, DC : Banque mondiale.
- <sup>14</sup> Selon l'Indice Ibrahim de la gouvernance africaine (IIAG), la Côte d'Ivoire est passée de la 44<sup>e</sup> place en 2012 à la 22<sup>e</sup> place en 2018. La Côte d'Ivoire a réalisé la plus forte progression de la décennie et est le seul pays de l'Indice à avoir amélioré sa performance dans chacune des 14 sous-catégories et quatre catégories de l'IIAG. Classement consultable sur <http://s.mo.ibrahim.foundation/u/2018/10/28183512/IIAG-2018-Gouvernance-Globale.pdf>
- <sup>15</sup> La Côte d'Ivoire a sensiblement amélioré son classement dans l'indice de perception de la corruption (IPC), passant de la 130<sup>e</sup> place sur 174 pays classés en 2012 à la 105<sup>e</sup> place sur 180 pays classés en 2018, avec un score de 35 en 2018 contre 29 en 2012. Classement de l'ONG Transparency International, consultable sur <https://www.transparency.org/cpi2018>
- <sup>16</sup> Groupe de la Banque mondiale (2019), *Au pays du cacao : Comment transformer la Côte d'Ivoire*. Consultable sur <http://documents.worldbank.org/curated/en/277191561741906355/pdf/Cote-d-ivoire-Economic-Update.pdf>
- <sup>17</sup> *Ibid.*, p. 12.
- <sup>18</sup> Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État (2019), *Document de programmation budgétaire et économique pluriannuelle 2020-2022 (DPBEP) – Récapitulatif et projections des dépenses budgétaires de l'État par fonction 2016-2022*. Consultable sur <http://budget.gouv.ci/uploads/docs/DPBEP1.pdf>
- <sup>19</sup> L'indice de développement humain (IDH) de la Côte d'Ivoire a progressé de 0,454 en 2010 à 0,516 en 2018. PNUD (2019), *Rapport sur le développement humain*. Consultable sur [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_overview\\_-\\_french.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf)
- <sup>20</sup> Groupe de la Banque mondiale (2019), *Insights from Disaggregating the Human Capital Index*. Consultable en anglais sur <http://pubdocs.worldbank.org/en/514331571771382419/Public-Human-Capital-Index-Insights-2019-10.pdf>
- <sup>21</sup> Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*.
- <sup>22</sup> La Côte d'Ivoire compte 234 collectivités territoriales, dont 201 communes, 31 régions et deux districts autonomes (création de quatre communes supplémentaires en 2018). Les régimes des ressources des collectivités territoriales sont régis par la loi du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition des compétences de l'État aux collectivités territoriales, la loi du 26 décembre 2003 portant
- régime financier fiscal et domanial des collectivités territoriales, le décret du 2 mars 1983 fixant le régime des taxes rémunératoires et redevances des communes et de la ville d'Abidjan, et les deux lois de finances portant budget de l'État pour la gestion 2004 et 2009. République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation de la gestion des finances publiques, Rapport PEFA 2017 de la Côte d'Ivoire*, pp. 54-55.
- <sup>23</sup> Article 174 de la Constitution du 8 novembre 2016 : « Tout transfert de compétences entre l'État et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice ».
- <sup>24</sup> UNICEF, ARDCI (2019), *Présentation sur le financement des secteurs sociaux par collectivité territoriale cible*.
- <sup>25</sup> CIMA, UNISDR (2018), *Profil de risque de catastrophe en Côte d'Ivoire*. Consultable sur [https://www.unisdr.org/files/63282\\_report\\_civfinalrcompressed.pdf](https://www.unisdr.org/files/63282_report_civfinalrcompressed.pdf)
- <sup>26</sup> En 1973 déjà, l'érosion côtière a entraîné la disparition de l'ancienne ville coloniale de Grand-Lahou. Groupe de la Banque mondiale (2018), *Pour que demain ne meure jamais – La Côte d'Ivoire face au changement climatique*. Consultable sur <http://documents.worldbank.org/curated/en/470341530853819903/pdf/127979-REVISED-WP-FRENCH-P167083-PUBLIC.pdf>
- <sup>27</sup> CIMA, UNISDR, *op. cit.*
- <sup>28</sup> Groupe de la Banque mondiale, *op. cit.*
- <sup>29</sup> La Côte d'Ivoire participe au Programme de gestion du littoral ouest-africain (WACA) destiné à améliorer la résilience du littoral face aux changements climatiques.
- <sup>30</sup> La Côte d'Ivoire a signé, le 16 novembre 2017, à Bonn, en Allemagne, le Cadre d'action commune avec vingt-quatre entreprises de l'industrie du cacao en vue de promouvoir les actions visant à éliminer la déforestation imputable à la cacaoculture. Le plan de mise en œuvre des activités du Cadre d'action commune de l'Initiative Cacao et Forêt est consultable sur [https://www.idhsustainabletrade.com/uploaded/2018/06/CFI\\_CDI\\_FR\\_070818\\_printversion\\_2.pdf](https://www.idhsustainabletrade.com/uploaded/2018/06/CFI_CDI_FR_070818_printversion_2.pdf)
- <sup>31</sup> Malgré les progrès réalisés, en 2015, 25,6 % de la population vivait sous le seuil national d'extrême pauvreté et 46,3 % sous le seuil national de pauvreté. Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*.
- <sup>32</sup> En 2015, l'indice de GINI était de 0,405. La pauvreté affecte particulièrement les populations vivant en milieu rural (56,8 %) et qui dépendent de l'agriculture pour assurer leur subsistance. Elle est aussi très marquée dans les régions du nord du pays, mais plus faible dans celles de l'est et du sud-ouest.
- <sup>33</sup> En 2018, environ 800 militants et prisonniers partisans de l'ancien président Laurent Gbagbo ont été amnistiés par le président Ouattara. Toutefois, de nombreux segments de la population considèrent que la justice n'a pas été impartiale dans l'établissement des responsabilités pour les violences survenues lors de la crise post-électorale de 2011-2012, que le pouvoir continue de favoriser les com-

munautes ayant soutenu la rébellion et que le processus de réconciliation nationale n'a pas abouti sur une refonte sincère du pacte national.

<sup>34</sup> UNICEF (2019), *Analyse de la cohésion sociale en Côte d'Ivoire*.

<sup>35</sup> Selon le RGPH 2014, plus d'un quart de la population de Côte d'Ivoire est de nationalité étrangère.

<sup>36</sup> Selon les données du consulat du Burkina Faso à Abidjan, la Côte d'Ivoire accueille sur son territoire plus de deux millions de ressortissants burkinabè.

<sup>37</sup> Seul un attentat terroriste d'envergure a été à déplorer, le 13 mars 2016, à Grand-Bassam, faisant 19 morts et une trentaine de blessés. Plusieurs attentats auraient cependant été déjoués depuis par les services de renseignements et le gouvernement a renforcé, depuis 2019, la sécurité sur la frontière nord du pays (opération « frontière étanche »). Pour plus de détails sur cette question, voir notamment la série d'articles du journal *Le Monde* intitulée « Le Nord ivoirien en alerte », publiée en novembre 2019 et consultable sur [https://www.lemonde.fr/afrrique/article/2019/11/13/suivez-notre-miniserie-le-nord-ivoirien-en-alerte\\_6018979\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrrique/article/2019/11/13/suivez-notre-miniserie-le-nord-ivoirien-en-alerte_6018979_3212.html)

<sup>38</sup> Parmi les facteurs de risques présents en Côte d'Ivoire comme dans les pays déjà affectés par des mouvements djihadistes, on trouve la présence de communautés musulmanes se sentant marginalisées par le pouvoir central, la présence d'une jeunesse désœuvrée et des conflits entre éleveurs et agriculteurs exacerbés par des épisodes de sécheresse de plus en plus intenses et fréquents. Châtelot, C., « Le Nord ivoirien en alerte », *Le Monde*, 13 novembre 2019.

<sup>39</sup> En Côte d'Ivoire, la religion n'est pas une source de conflit en tant que telle. Toutefois, sous l'effet de la montée de l'idéologie salafiste qui cherche à déstabiliser l'islam confrérique et des attaques perpétrées par les mouvements djihadistes, de fortes tensions ethno-religieuses pourraient se développer. Pour plus de détails, voir UNICEF, *op. cit.*

<sup>40</sup> Outre les fractures déjà mentionnées, la Côte d'Ivoire connaît depuis des années des mouvements de grèves importants dans la fonction publique. Par ailleurs, du fait des conditions insatisfaisantes dans lesquelles s'est effectué le processus de démobilisation, désarmement et réintégration des différentes factions armées après la fin de la guerre civile, des mutineries de 2017, de l'existence de caches d'armes dans le Nord, l'Ouest et le Centre, et du retard pris dans la réforme du secteur de la sécurité, des inquiétudes demeurent quant à l'attitude de certains responsables militaires en cas de contestation des résultats électoraux.

<sup>41</sup> Les violences intercommunautaires survenues à Béoumi, une ville de 60 000 habitants, située à 60 km au nord de Bouaké, les 15-16 mai 2019, ont mis en évidence la volatilité de la situation. Une dispute banale entre deux chauffeurs issus pour l'un de la communauté Baoulé et pour l'autre de la communauté Malinké a, en effet, suffi à déclencher des incidents particulièrement graves, faisant une dizaine de morts et près d'une centaine de blessés. Pour plus de détails sur cet incident, voir le reportage réalisé en juin 2019 par RFI dans cette ville, consultable sur <http://www.rfi.fr/afrrique/20190603-reportage-cote-ivoire-te-moignages-evenements-beoumi>

<sup>42</sup> Pour plus de détails sur la dynamique politique et les scénarios pour 2020-2021, voir UNICEF, *op. cit.*

<sup>43</sup> La Côte d'Ivoire a ratifié en 1995 la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et son protocole facultatif ; elle a adhéré à la Plateforme d'action de Beijing de 1995 et à la Déclaration solennelle des chefs d'État et de gouvernement africains sur l'égalité entre hommes et femmes en Afrique de juillet 2004.

<sup>44</sup> La Constitution adoptée le 8 novembre 2016 interdit toute discrimination fondée sur le sexe (article 4) et prévoit que l'État œuvre à la parité hommes-femmes sur le marché de l'emploi et encourage la promotion de la femme aux responsabilités dans les institutions et les administrations publiques et au niveau des entreprises (article 37). Des lois ont été adoptées et de nombreuses initiatives lancées pour améliorer l'accès aux soins de santé maternelle, accroître la participation des filles au système éducatif, lutter contre les violences basées sur le genre, y compris les pratiques néfastes comme les MGF/E et les mariages précoces, faciliter l'accès des femmes aux certificats fonciers, etc. Pour plus de détails sur les différentes mesures, voir les chapitres « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre les violences et l'exploitation » et « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

<sup>45</sup> L'indice d'inégalité de genre est un indicateur composite des inégalités entre les hommes et les femmes dans trois dimensions : santé procréative, autonomisation et marché du travail. PNUD (2019), *Rapport sur le développement humain*. Consultable sur [http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_overview\\_-\\_french.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_overview_-_french.pdf)

<sup>46</sup> Institut national de la statistique – République de Côte d'Ivoire (2016), *Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI)*. Consultable sur <https://www.ilo.org/surveydata/index.php/catalog/1556/sampling>

<sup>47</sup> Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, Union européenne, ONU Femmes (2019), *Analyse sur l'égalité homme-femme en Côte d'Ivoire*. Consultable sur [https://eeas.europa.eu/delegations/c%3C%3B4te-divoire/63705/analyse-sur-l%3C%3A9galite%3C%3A9-homme-femme-en-c%3C%3B4te-divoire\\_fr](https://eeas.europa.eu/delegations/c%3C%3B4te-divoire/63705/analyse-sur-l%3C%3A9galite%3C%3A9-homme-femme-en-c%3C%3B4te-divoire_fr)

<sup>48</sup> Groupe de la Banque africaine de développement (2015), *Profil Genre Pays : République de la Côte d'Ivoire*.

<sup>49</sup> En 2014 a été adopté un schéma directeur de la réforme des finances publiques (SDR-FP), assorti d'un plan d'action. Le schéma directeur s'articule autour de sept axes stratégiques : Fiscalité et gestion des recettes de l'État ; Rénovation de la planification, la programmation, la budgétisation et le pilotage de l'exécution des dépenses de l'État ; Organisation et systèmes d'information financière de la chaîne de la dépense ; Passation des marchés publics ; Comptabilité publique et gestion de la trésorerie ; Dispositifs de contrôle et d'audit interne et externe ; Efficacité de la décentralisation au plan financier.

<sup>50</sup> Au cours des dernières années, le déficit budgétaire a dépassé la norme de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) de 3 % du PIB (3,9 % du PIB en 2016, 4,2 % en 2017), mais devrait se situer autour de 3 % du PIB en 2019 et 2020. En 2018, le niveau de la dette publique se situait à un niveau très inférieur (42,3 % du PIB) à la norme fixée au sein de la zone UEMOA (70 % du PIB). Ministère de l'Économie et des Finances (2018), *Rapport sur la dette publique*,

avril ; consultable sur [https://finances.gouv.ci/images/PDF/Rapport\\_Dette-31\\_03\\_2018.pdf](https://finances.gouv.ci/images/PDF/Rapport_Dette-31_03_2018.pdf). République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation de la gestion des finances publiques*, Rapport PEFA 2017 de la Côte d'Ivoire, p. 27 ; voir aussi Fonds monétaire international (2019), « Les services du FMI achèvent une mission en Côte d'Ivoire », Communiqué de presse n° 19/361, 1<sup>er</sup> octobre ; consultable sur <https://www.imf.org/fr/News/Articles/2019/10/01/pr19361-cote-divoire-imf-staff-team-completes-mission-to-cote-divoire>

<sup>51</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport annuel de performances du PND 2016-2020*, pp. 12-13.

<sup>52</sup> Groupe de la Banque mondiale, *op. cit.*, pp. 23-24. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État (2019), *Document de programmation budgétaire et économique pluriannuelle 2020-2022 (DPBEP) – Récapitulatif et projections des dépenses budgétaires de l'État par fonction 2016-2022* ; consultable sur : <http://budget.gouv.ci/uploads/docs/DPBEP1.pdf>

<sup>53</sup> Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État, *op. cit.*

<sup>54</sup> Entre 2011 et 2018, la part de l'investissement public dans le PIB est passée de 3 % à 7 %. Ministère du Plan et du Développement, *Présentation sur le contexte général de développement de la Côte d'Ivoire*.

<sup>55</sup> Selon les projections du DPBEP, le niveau de ressources extérieures devrait augmenter de 1319,9 milliards de FCFA (2,25 milliards d'USD) à 1716,8 milliards de FCFA (2,93 milliards d'USD) pour se situer à 1492,2 milliards de FCFA (2,54 milliards d'USD) en 2021 et 1643,5 milliards de FCFA (2,8 milliards d'USD) en 2022.

<sup>56</sup> Cette rationalisation des dépenses pourrait notamment concerner la fonction enseignement qui absorbe près d'un quart du total des dépenses hors dette.

<sup>57</sup> Selon les projections du DPBEP, la pression fiscale devrait augmenter, passant de 16,2 % du PIB en 2018 à 17,1 % en 2022, mais rester inférieure à la cible de 20 % du PIB établie au sein de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

<sup>58</sup> UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire pour la préparation d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*.

<sup>59</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire*. Consultable sur [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23327COTE\\_dIVOIRE\\_Draft\\_Rapport\\_VNR\\_CIV.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23327COTE_dIVOIRE_Draft_Rapport_VNR_CIV.pdf)

<sup>60</sup> Banque africaine de développement (2018), *Côte d'Ivoire – Document de stratégie pays (DSP 2018-2022) combiné à la revue de la performance du portefeuille pays 2018*, p. 22. Consultable sur [https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/COTE\\_D\\_IVOIRE\\_-\\_CSP\\_2018-2022\\_and\\_CPPR\\_2018.pdf](https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/COTE_D_IVOIRE_-_CSP_2018-2022_and_CPPR_2018.pdf)

<sup>61</sup> Pour plus de détails sur le secteur informel, voir Institut national de la statistique – République de Côte d'Ivoire, *op. cit.* Consultable sur [https://www.agenceemploiyeunes.ci/site/themes/themeforest/assets/files/RAPPORT\\_FINAL\\_ENSESI\\_2016.pdf](https://www.agenceemploiyeunes.ci/site/themes/themeforest/assets/files/RAPPORT_FINAL_ENSESI_2016.pdf)

<sup>62</sup> Groupe de la Banque mondiale, Agence française de développement, Abdul Latif Jameel Poverty Action Lab et Innovations for



Poverty Action (2019), *Faciliter la promotion de l'emploi en Côte d'Ivoire : Vers l'opérationnalisation d'un nouvel agenda de l'emploi intégré et fondé sur des données rigoureuses*. Consultable sur <https://www.poverty-action.org/sites/default/files/publications/Faciliter-la-Promotion-de-l-Emploi-en-Cote-d-Ivoire.pdf>. Concertations organisées en 2019 avec le secteur privé par le Bureau de l'UNICEF.

<sup>63</sup> Ministère du Plan et du Développement (2016), *Plan national de développement 2016-2020*, pp. 87-89.

<sup>64</sup> De nombreuses mesures ont ainsi été prises pour améliorer le climat des affaires, parmi lesquelles : i) l'adoption de nouveaux codes (code minier et code de l'électricité en 2014, code des investissements en 2018) attractifs et conformes aux standards internationaux; ii) l'opérationnalisation du guichet unique des investissements; iii) la réduction des délais et la simplification des formalités pour la création d'entreprises et le paiement des impôts; et iv) la création d'un tribunal de commerce et d'un Comité national de pilotage des partenariats publics-privés. Banque africaine de développement (2018), *Côte d'Ivoire – Document de stratégie pays (DSP 2018-2022) combiné à la revue de la performance du portefeuille pays 2018*; consultable sur <https://www.afdb.org/fr/documents/document/cote-divoire-country-strategy-paper-csp-2018-2022-combined-with-2018-country-portfolio-performance-review-103962>. À la fin de l'année 2018, 48 conventions de PPP avaient été signées, dont 23 dans le secteur des transports et 12 dans celui de l'énergie. Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport annuel de performances du PND 2016-2020*, p. 35.

<sup>65</sup> La loi n° 2010-272 du 30 septembre 2010 a interdit la traite et les pires formes de travail des enfants en Côte d'Ivoire; le décret n° 2014-290 du 21 mai 2014 a modifié les modalités de mise en œuvre de la loi de 2010 dans un sens plus protecteur. En 2017, deux arrêtés ont fixé la liste des travaux dangereux pour les enfants et celle des travaux légers autorisés pour les enfants âgés de 13 à 16 ans.

<sup>66</sup> Décret n° 2013-416 portant réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel.

<sup>67</sup> Décret n° 2018-512 du 30 mai 2018 rendant obligatoire l'enrichissement du sel en iode, de la farine en fer et acide folique et de l'huile en vitamine A.

<sup>68</sup> Pour plus de détails sur ce point, voir le site du Comité de concertation État/secteur privé, consultable sur <https://www.ccesp.ci/actualites/4eme-edition-de-la-journee-nationale-du-partenariat-le-gouvernement-reaf-firme-son-soutien-au-secteur-privé-dans-la-creation-massive-emplois>

<sup>69</sup> Il existe également des groupes de coordination sectoriels ou intersectoriels comme le Groupe de coordination des actions de lutte contre le travail des enfants dans la cacao-culture (LCCCG), la Plateforme de partenariat public-privé (PPPP) du secteur café-cacao en Côte d'Ivoire ou le cadre intégré de coordination des systèmes public et privé de coordination du travail des enfants (CCSCTE). Pour plus de détails sur le rôle du secteur privé dans la lutte contre le travail des enfants, en particulier dans la filière cacao, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre les violences et l'exploitation ».

<sup>70</sup> Parmi ces entreprises, on peut citer notamment celles opérant dans les secteurs de l'agro-industrie (SIFCA Group, SCB) et les principales multinationales du cacao et du chocolat

comme Barry Callebaut, Blommer Chocolate Company, Cargill Cocoa and Chocolate, Ferrero, The Hershey Company, Mars Incorporated, Mondeléz, Nestlé, Olam Cocoa), des services (MTN, Orange, MOOV, Bolloré group; Prosuma group; Eranove group avec ses filiales SODECLI, CIE et CIPREI), de la banque (SGCI) et des mines (Endeavour, Perseus Mining, Tongon SA, RANGOLD, CNR, etc.).

<sup>71</sup> Pour plus de détails sur ce point, voir la loi n° 2016-410 du 15 juin 2016 relative à la répression des fraudes et des falsifications en matière de vente des biens ou services.

<sup>72</sup> Pour plus d'informations sur ce point, voir le chapitre « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre ».

<sup>73</sup> Un projet de décret destiné à encadrer et stimuler les activités de RSE des entreprises privées moyennes et grandes (plus de 200 employés et plus de 5 milliards de FCFA de bénéfices) est en cours de préparation à l'initiative du ministère du Plan et du Développement.

<sup>74</sup> Le gouvernement a conduit un exercice de priorisation des ODD et retenu 40 cibles jugées prioritaires pour les plans nationaux et les politiques sectorielles. Pour plus de détails sur ce point, voir ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire*, pp. 20-21. Le rapport est consultable sur [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23327COTE\\_dIVOIRE\\_Draft\\_Rapport\\_VNR\\_CIV.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/23327COTE_dIVOIRE_Draft_Rapport_VNR_CIV.pdf)

<sup>75</sup> L'OMD 4 visait à réduire des deux tiers le niveau de mortalité infantile enregistré en 1990 (153,6 décès pour 1 000 naissances vivantes); les cibles de l'OMD 5 étaient la réduction des trois quarts du taux de mortalité maternelle observé en 1990 (745 décès pour 100 000 naissances vivantes) et l'accès universel à la médecine procréative.

<sup>76</sup> En matière de santé, les principaux documents de stratégie sont le Plan national de développement sanitaire 2016-2020, le Plan stratégique national 2016-2020 de lutte contre le sida, la Politique nationale et le Plan national stratégique de santé des adolescents et des jeunes (2016-2020), le Plan stratégique de santé communautaire 2017-2020 et le Plan de développement des ressources humaines pour la santé 2018-2022.

<sup>77</sup> La loi du 24 mars 2014 a prévu la création d'un régime d'assurance santé offrant un taux de prise en charge de 70 %. Baptisé couverture maladie universelle (CMU), ce dispositif se compose d'un régime contributif financé par les cotisations forfaitaires des assurés d'un montant de 1 000 FCFA par mois et par personne et d'un régime non contributif, dénommé régime d'assistance médicale (RAM) et assurant la couverture des frais de santé des personnes les plus pauvres. Le gouvernement prévoit d'enrôler 40 % de la population à la CMU d'ici 2025. Pour plus de détails sur ce sujet, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

<sup>78</sup> Il s'agit notamment des opérations de réhabilitation et de construction de nouveaux établissements de santé de premier contact, de la création de services spécialisés en santé adolescents-jeunes et des interventions visant à surmonter les obstacles socioculturels à l'utilisation des services de santé reproductive et sexuelle, des services de santé néonatale, infantile et infanto-juvénile et des services de prévention et de prise en charge du VIH/sida.

<sup>79</sup> Les agents de santé communautaires intégrés au système de santé n'ont reçu une formation spécialisée qu'en 2018 et la décision de généraliser la CMU ne date que de 2019.

<sup>80</sup> UNICEF, OMS, Banque mondiale, UN-DESA Population Division (2018), *Levels and trends in child mortality report 2018 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*, consultable sur <https://childmortality.org/reports>

<sup>81</sup> UNICEF (2017), *Rapport sur la situation des enfants dans le monde : Les enfants dans un monde numérique*.

<sup>82</sup> Groupe inter-organisations pour l'estimation de la mortalité infantile (IGME), base de données mondiales, consultable sur <https://childmortality.org/>

<sup>83</sup> OMS, Global Health Observatory data repository.

<sup>84</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2017*.

<sup>85</sup> MCEE 2019 ; et UNICEF (2014), *Analyse de la situation de l'enfant en Côte d'Ivoire*.

<sup>86</sup> The Lancet Nutrition Series, 2013, voir notamment : Bhutta, Z.A., et al. (2013), « Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost? », *The Lancet*, vol. 382, n° 9890, pp. 452-477.

<sup>87</sup> UNICEF/OMS (2015), *Countdown to 2030, Côte d'Ivoire Health Data 2015 Profile*, données 2014, consultable sur [http://countdown2030.org/documents/2015Report/Cote\\_divoire\\_2015.pdf](http://countdown2030.org/documents/2015Report/Cote_divoire_2015.pdf)

<sup>88</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP (2018), *Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et les centres urbains de Côte d'Ivoire*.

<sup>89</sup> Gbêkè dans le Centre-Nord (66 %), le Gôh dans le Centre-Ouest (51 %) et le Poro-Tchologo-Bagoué dans le Nord (50 %).

<sup>90</sup> Cavally, Guémon dans l'Ouest, Marahoué dans le Centre-Ouest (moins de 1 %) et Agnèby-Tiassa et Mé dans le Sud (2,3 %).

<sup>91</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP, *op. cit.*

<sup>92</sup> OMS, Groupe d'étude sur les mutilations génitales féminines et le devenir obstétrical (2006), *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*, consultable sur <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-fr.pdf>

<sup>93</sup> La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) vise à réduire la mortalité, la morbidité et le niveau d'invalidité et à promouvoir la croissance et le développement des enfants de moins de cinq ans à travers des interventions préventives et curatives mises en œuvre par les familles, les communautés et les centres de santé. Cette stratégie vise également à renforcer les capacités de gestion des cas du personnel de santé, à moderniser les systèmes de santé et à améliorer les pratiques des familles et des communautés en matière de santé.

<sup>94</sup> En Côte d'Ivoire, la majorité des filles entrent dans la vie sexuelle active à un âge précoce : selon la MICS-5, 18,9 % des filles de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et cette proportion dépasse les 25 % dans le Nord-Ouest (29,4 %) et l'Ouest (28,8 %). De plus, 56,7 % des jeunes femmes de 15-19 ans affirment avoir déjà eu des rapports

sexuels, contre 39,5 % des jeunes hommes du même âge.

<sup>95</sup> Sur les déterminants des grossesses précoces, voir notamment l'étude du ministère de l'Éducation nationale : MENETFP (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*.

<sup>96</sup> Comme l'a montré la MICS-5, lorsque l'intervalle entre les naissances est inférieur à deux ans, le taux de mortalité néonatale est plus de deux fois supérieur à celui observé si la naissance a lieu au moins deux ans après la précédente.

<sup>97</sup> Performance Monitoring and Accountability 2020 (2018), *Enquête PMA2020 sur l'avortement en Côte d'Ivoire, Résultats clés*, juillet-août 2018, consultable sur [https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire\\_AbortionModule\\_Brief\\_FR\\_012019.pdf](https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire_AbortionModule_Brief_FR_012019.pdf)

<sup>98</sup> La MICS a estimé le TPCM à 14,3 % en 2016, mais le dernier rapport sur la situation sanitaire (RASS 2017) indique qu'il a progressé pour atteindre 20 % en 2017, suite à la hausse de 33 % du nombre d'utilisatrices des méthodes modernes entre 2016 et 2017.

<sup>99</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)*.

<sup>100</sup> Inghels, M., Coffie, P.A., Larmarange, J. (2017), « Recours aux soins de santé globale et de santé sexuelle reproductive chez les étudiants de l'université Houphouët Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 65, n° 5 ; consultable sur [https://www.researchgate.net/profile/Maxime\\_Inghels/publication/319934482\\_Recours\\_aux\\_soins\\_de\\_sante\\_globale\\_et\\_de\\_sante\\_sexuelle\\_et\\_reproductive\\_chez\\_les\\_etudiants\\_de\\_l\\_1%27universite\\_Houphouet-Boigny\\_Abidjan\\_Cote\\_d%27Ivoire/links/5ae629d0a6fdcc3bea977acc/Recours-aux-soins-de-sante-globale-et-de-sante-sexuelle-et-reproductive-chez-les-etudiants-de-luniversite-Houphouet-Boigny-Abidjan-Cote-dIvoire.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Maxime_Inghels/publication/319934482_Recours_aux_soins_de_sante_globale_et_de_sante_sexuelle_et_reproductive_chez_les_etudiants_de_l_1%27universite_Houphouet-Boigny_Abidjan_Cote_d%27Ivoire/links/5ae629d0a6fdcc3bea977acc/Recours-aux-soins-de-sante-globale-et-de-sante-sexuelle-et-reproductive-chez-les-etudiants-de-luniversite-Houphouet-Boigny-Abidjan-Cote-dIvoire.pdf)

<sup>101</sup> MENETFP (2016), *op. cit.*

<sup>102</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF (2017), *Besoins, attitudes et préférences des mères adolescentes*.

<sup>103</sup> Donahue, C., Robinson, J., Granato, S.A., Tirera, F., Billy, D.A., Koné, A., Pfeiffer, J. (2019), « Adolescent access to and utilization of health services in two regions of Côte d'Ivoire: A qualitative study », *Global Public Health*, vol. 14, n° 9, pp. 1302-1315.

<sup>104</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *Enquête sur les déterminants des comportements liés au paludisme en Côte d'Ivoire*.

<sup>105</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF (2017), *Besoins, attitudes et préférences des mères adolescentes*.

<sup>106</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2015*.

<sup>107</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *op. cit.*

<sup>108</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *op. cit.*

<sup>109</sup> Selon l'EDS-III, dans 64,1 % des cas, c'est principalement le mari/conjoint qui prend les décisions concernant la santé de la femme.

<sup>110</sup> Voir sur ce point : ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *Recherche sur la mise en œuvre de l'approche centrée sur la famille par l'identification de cas*

*cliniques de mères séropositives – DAF Dépistage approche famille*, p. 49.

<sup>111</sup> Ehui, P.J., Kané, N.S. (2018), « Une analyse de la réinterprétation des rapports socio-économiques entre matrones et femmes enceintes en milieu rural Dan », *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô, n° 27, consultable sur [http://revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR\\_ARTICLE\\_2394.pdf](http://revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_2394.pdf)

<sup>112</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *op. cit.*, pp. 68, 75. Selon la MICS-5, 11,8 % des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante dans les deux années précédant l'enquête – et 17,4 % en milieu rural – ont été assistées par une accoucheuse traditionnelle.

<sup>113</sup> Selon cette étude, les rumeurs concernant la vaccination ne compteraient que pour 0,5 % des cas de non-vaccination ou de vaccination incomplète. Toutefois, l'enquête sur l'équité dans l'accès aux soins de santé a montré que certaines croyances comme le fait que la vaccination prolongerait la durée de la grossesse ou rendrait stérile semblent répandues au sein de plusieurs communautés. UNICEF/DCPEV (2015), *Obstacles à la couverture vaccinale universelle des enfants de moins de 5 ans*, p. 40.

<sup>114</sup> UNICEF/DCPEV (2015), *op. cit.*

<sup>115</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Enquête de prévalence parasitaire du paludisme et de l'anémie (EPPA-CI)*.

<sup>116</sup> Selon l'enquête SARA, l'albendazole était disponible dans 85 % des établissements de santé offrant des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant. Or ces services sont disponibles dans 96 % des établissements de santé. Par ailleurs, 90 % des établissements de santé offrent des soins prénatals.

<sup>117</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *op. cit.*

<sup>118</sup> Les taux de disponibilité les plus bas se trouvent dans le Gôh (69 %) le Haut-Sassandra (72 %) et le Gbôklé-Nawa-San Pedro (72 %), et les taux les plus élevés à Abidjan et dans le Bounkani-Gontougou (80 %).

<sup>119</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *op. cit.*

<sup>120</sup> PNLS/ENDA (2017), *Évaluation de la prévalence du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes dans les sites PTME en Côte d'Ivoire*.

<sup>121</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida*, p. 32.

<sup>122</sup> L'enquête PNLS Enda Santé de 2017 l'a estimé à 2 % ; le RASS l'a situé à 3,7 % en 2017.

<sup>123</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan stratégique national de lutte contre le VIH et les IST 2016-2020* (Données Spectrum).

<sup>124</sup> PACC-TME (2018), *Estimation du TME du VIH en Côte d'Ivoire en 2017*.

<sup>125</sup> UNAIDS, *Trend of new HIV infections 2018*, consultable sur <https://aidsinfo.unaids.org>

<sup>126</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, mise à jour en juillet 2019, consultable sur <https://data.unicef.org/resources/dataset/hiv-aids-statistical-tables/>

<sup>127</sup> La stratégie 3x90 promue par l'ONUSIDA consiste à dépister au moins 90 % des femmes enceintes, à mettre sous traitement ARV au moins 90 % des femmes dépistées infectées et s'assurer que 90 % des femmes sous traitement ARV ont une charge virale durablement supprimée, ce qui rendrait le risque de TME pratiquement nul.

<sup>128</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Draft avancé de la revue à mi-parcours du PSN 2016-2020*.

<sup>129</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida*, p. 34.

<sup>130</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *op. cit.*

<sup>131</sup> *Ibid.*

<sup>132</sup> Les décès néonataux surviennent, dans 75 % des cas, au cours de la première semaine de la vie. OMS (2018), *Nouveau-nés : réduire la mortalité*, consultable sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

<sup>133</sup> Sur l'ensemble des 150829 complications attendues au niveau national, 10410 ont été enregistrées dans les structures SONU. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP (2018), *Évaluation rapide des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence dans les structures de référence et les centres urbains de Côte d'Ivoire*.

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB) font référence à la capacité de fournir les sept services suivants : l'administration parentérale d'antibiotiques, l'administration parentérale d'ocytocine, l'administration parentérale d'anticonvulsivants, l'accouchement assisté par voix basse, l'extraction manuelle du placenta, l'enlèvement manuel des produits retenus, la réanimation néonatale.

<sup>136</sup> OMS (2017), *Stratégie de coopération de l'OMS avec la Côte d'Ivoire 2016-2020*, p. 32.

<sup>137</sup> Selon les normes établies par l'OMS, le taux d'accouchement par césarienne doit être compris entre 5 et 15 % du total des naissances et le taux de létalité liée aux complications obstétricales ne doit pas dépasser 1 %.

<sup>138</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, OMS, UNICEF, FNUAP (2018), *op. cit.*

<sup>139</sup> *Ibid.*

<sup>140</sup> Les services SONU complets (SONUC) comprennent, en plus des services SONUB, la transfusion sanguine et les césariennes.

<sup>141</sup> La MICS-5 ne fournit pas d'information concernant les différences d'accès aux soins postnatals en fonction du sexe du nouveau-né.

<sup>142</sup> Les visites d'examen de santé postnatals peuvent avoir lieu dans les établissements de santé ou à domicile.

<sup>143</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *op. cit.*, p. 94.

<sup>144</sup> Selon la MICS-5, 71,3 % des ménages utilisent des combustibles solides pour cuisiner, principalement du bois (56,3 %) et du charbon de bois (13,4 %). Cette proportion atteint 95,8 % en milieu rural et chez les ménages les plus pauvres, tandis qu'elle est de 44,1 % en milieu urbain, de 12,9 % à Abidjan et de 14,1 % chez les ménages les plus riches.

<sup>145</sup> En 2015, 17 % des enfants âgés de 12-23 mois ayant commencé leur série vaccinale avec la première dose de vaccin n'avaient pas reçu la troisième dose.

<sup>146</sup> UNICEF/DCPEV (2015), *op. cit.*, p. 28.

<sup>147</sup> *Ibid.*, p. 35.

<sup>148</sup> Certaines communautés considèrent que les amulettes ou les bains mystiques protègent déjà les enfants et qu'il n'est nullement nécessaire de les faire vacciner. D'autres



communautés considèrent certains enfants comme des génies protecteurs qui ne doivent en aucun cas être vaccinés de peur qu'ils ne tombent malades. UNICEF/DCPEV (2015), *op. cit.*, pp. 40, 44 et 49.

<sup>149</sup> Les mères des communautés Mossi ou Sénoufo ne peuvent faire vacciner leurs enfants qu'après en avoir reçu l'autorisation de leur mari. UNICEF/DCPEV (2015), *op. cit.*, pp. 40 et 48.

<sup>150</sup> Certaines communautés considèrent que les vaccins rendent les filles stériles ou encore qu'ils amènent la maladie dans leur foyer. UNICEF/DCPEV (2015), *op. cit.*, pp. 40 et 46. Voir aussi UNICEF, IGDP (2017), *Études socio-anthropologiques sur des thématiques spécifiques aux droits des enfants dans le cadre de la préparation du programme 2017-2021*, pp. 10 et 20.

<sup>151</sup> Le 18 septembre 2019, le décret 2019-756 du président de la République a rendu la vaccination obligatoire et gratuite pour les cibles du PEV. Pour les enfants de 0-11 mois : le vaccin BCG, le vaccin antipoliomyélitique oral ; le vaccin antipoliomyélitique inactivé, le vaccin pentavalent combiné contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite virale B et les infections à *Haemophilus influenzae* type b ; le vaccin contre les méningites à pneumocoque, le vaccin contre les diarrhées à rotavirus, le vaccin combiné contre la rougeole et la rubéole, le vaccin contre la fièvre jaune et le vaccin contre les méningites à méningocoque A. Pour les femmes enceintes : le vaccin antitétanique.

<sup>152</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *op. cit.*, pp. 74-75.

<sup>153</sup> Estimations OMS-UNICEF, consultables sur [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV)

<sup>154</sup> Seuls 42 % du personnel des établissements offrant des services préventifs et curatifs de l'enfant sont formés à la PCIME. Les taux sont inférieurs à 42 % dans neuf régions sanitaires sur 20, avec des taux de personnel formé extrêmement faibles dans le Haut-Sassandra (8 %), le N'Zi-Iffou (9 %) et la Marahoué (20 %). Les directives PCIME ne sont disponibles que dans 42 % des établissements.

<sup>155</sup> Selon l'enquête SARA, l'amoxicilline était disponible dans 93 % des établissements offrant des services de soins préventifs et curatifs pour l'enfant. 96 % des établissements de santé offrent de tels services en Côte d'Ivoire.

<sup>156</sup> Pour cet indicateur, la MICS-5 ne fournit pas de données désagrégées en fonction des caractéristiques socio-économiques, du niveau d'éducation et des régions de résidence.

<sup>157</sup> Selon la MICS-5, la proportion d'enfants de moins de 6 mois exclusivement allaités n'est que de 23,5 %.

<sup>158</sup> En 2016, 21,6 % des enfants de moins de 5 ans souffraient de malnutrition chronique et 6 % de malnutrition aiguë (MICS-5).

<sup>159</sup> Selon la MICS-5, 78,5 % des ménages consomment de l'eau de boisson contaminée par des *E. Coli*, seuls 41 % des ménages disposent d'un endroit précis pour le lavage des mains avec de l'eau et du savon ou un autre produit de nettoyage, et seuls 31,5 % des ménages ont accès à des installations sanitaires améliorées non partagées.

<sup>160</sup> Estimations de l'OMS et de l'UNICEF, consultables sur [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV)

<sup>161</sup> Selon la MICS-5, 37,5 % des mères et des gardiennes considèrent qu'un enfant devrait être amené dans un établissement de santé en cas de diarrhée, contre 13,8 % en cas de difficultés respiratoires.

<sup>162</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *op. cit.*

<sup>163</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *op. cit.*, p. 96.

<sup>164</sup> Le Partenariat RBM est la plateforme mondiale de coordination des actions de lutte contre le paludisme. Il regroupe plus de 500 partenaires engagés dans la lutte pour mettre fin au paludisme, parmi lesquels des pays impaludés, leurs partenaires au développement bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé, des organisations non gouvernementales et communautaires, des fondations et des institutions du monde universitaire et de la recherche. Pour plus d'informations, voir le site <https://endmalaria.org/fr>

<sup>165</sup> Le pourcentage de ménages disposant d'au moins une moustiquaire pour deux personnes qui ont passé la nuit sous une MILDA est passé de 31,2 % en 2012 à 46,9 % au niveau national et de 34,3 % à 51,1 % en milieu rural.

<sup>166</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *op. cit.*

<sup>167</sup> Dans certaines communautés, le paludisme résulterait d'une consommation excessive d'huile, de l'exposition de l'enfant à la pluie, à la saleté et au soleil. UNICEF, IGDP (2017), *op. cit.*, p. 18.

<sup>168</sup> Recommandations de l'OMS concernant le traitement du paludisme, mises à jour le 14 février 2018, consultables sur [https://www.who.int/malaria/areas/treatment/drug\\_efficacy/fr](https://www.who.int/malaria/areas/treatment/drug_efficacy/fr)

<sup>169</sup> USAID, Breakthrough Action (2018), *op. cit.*

<sup>170</sup> En 2017, plus de 95 % des femmes enceintes qui ont eu accès à une CPN ont fait un test VIH ou ont été informées de leur statut sérologique par rapport au VIH/sida et 95 % des femmes enceintes dépistées comme séropositives ont été mises sous traitement ARV. Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, mise à jour en juillet 2019, consultable sur <https://data.unicef.org/resources/dataset/hiv-aids-statistical-tables>; Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel sur la situation sanitaire 2017*, p. 115.

<sup>171</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *op. cit.*

<sup>172</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, *op. cit.*

<sup>173</sup> *Ibid.*

<sup>174</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida*.

<sup>175</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, *op. cit.*

<sup>176</sup> La non-prise en charge par la PTME résulte généralement du fait que la mère n'a pas effectué de CPN, n'a pas bénéficié d'un test du VIH, n'a pas bénéficié d'un deuxième test pour s'assurer du résultat du premier, n'a pas été mise sous traitement ou a choisi de ne pas le prendre ou l'a abandonné au bout d'un certain temps pour des raisons financières, en raison de la peur d'être découverte et rejetée par son compagnon, sa famille, ou faute de soutien psychologique et de suivi par des agents communautaires spécialement formés. Pour plus de détails concernant la PTME, voir la section qui lui est consacrée plus haut dans ce chapitre.

<sup>177</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, *op. cit.*

<sup>178</sup> Cette proportion n'était que de 27 % contre 18 % en 2015. Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, *op. cit.*

<sup>179</sup> En 2017, les ARV pédiatriques étaient disponibles dans 65 % des centres de santé. Après avoir fortement augmenté en 2016, le nombre de structures offrant une prise en charge ARV a baissé de 989 en 2017 à 957 en 2018. Dans le même temps, la file active ARV enfants est passée de 9154 en 2016 à 10997 enfants en 2018. Draft avancé du rapport de revue à mi-parcours du Plan stratégique national (PSN) 2016-2020.

<sup>180</sup> Des ruptures de stock en sirop de névirapine et en cotrimoxazole ont été notamment rapportées en 2016-2017 au niveau de plusieurs districts sanitaires. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *op. cit.*, pp. 64-65.

<sup>181</sup> Le Programme national d'appui aux orphelins et enfants vulnérables (OEV) du fait du VIH (PN-OEV) estime le nombre d'OEV en Côte d'Ivoire à 270000.

<sup>182</sup> Après le 11<sup>e</sup> mois de l'enfant, les vaccins hors PEV (typhoïde, grippe, hépatite A) ne sont pas gratuits. Toutefois, ils sont fortement conseillés aux enfants vivant avec le VIH et certains prestataires de santé les font passer pour des vaccins obligatoires, ce qui peut dissuader les mères qui ne peuvent les payer de se rendre au centre de santé et accroît les risques d'abandon du traitement. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, UNICEF, ICASA (2017), *op. cit.*, pp. 36 et 50.

<sup>183</sup> Selon un indice d'accès et de qualité des soins de santé, la Côte d'Ivoire se classe au 187<sup>e</sup> rang mondial sur 195 pays étudiés. GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017), « Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 », *The Lancet*, vol. 390, n° 10091, pp. 231-266, consultable en anglais sur [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30818-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30818-8)

<sup>184</sup> République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire*.

<sup>185</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)*.

<sup>186</sup> Le budget du MSH est passé de 106 milliards de FCFA en 2011 à 345,2 milliards de FCFA en 2018.

<sup>187</sup> La quasi-totalité de la dépense publique en faveur de la santé est engagée par le ministère en charge de la Santé. D'autres ministères, comme celui de l'Intérieur, de la Défense et de la Protection sociale, consacrent également des ressources au secteur mais pour un montant nettement inférieur (moins de 5 % du total). République de Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*, p. 60.

<sup>188</sup> Les crédits alloués à la santé des adolescents et des jeunes scolarisés n'ont jamais dépassé 1 % du budget total du ministère de la Santé.

<sup>189</sup> 64 % de l'ensemble des dépenses au niveau des hôpitaux, 45 % de toutes les dépenses au niveau des soins de santé primaires et 97 % des dépenses de médicaments étaient ainsi payées par les ménages; République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire*, p. 68.

<sup>190</sup> En 2015, moins de 1 % de la population était couverte par le système d'assurance maladie constitué par la Caisse nationale de prévoyance sociale (IPS-CNPS), la Caisse générale de retraite des agents de l'État (IPS-CGRAE), des assurances privées et des mutuelles sociales.

<sup>191</sup> En 2015, 17 % de la population s'est enlisée davantage dans la pauvreté en raison des dépenses directes de santé. 74 % des risques de dépenses de santé catastrophiques sont liés à l'achat de médicaments. République de Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*, p. 69.

<sup>192</sup> UNICEF (2017), *Investir dans la santé primaire et relever les défis du secteur de la santé pour renforcer l'économie en Côte d'Ivoire*.

<sup>193</sup> Les maladies les plus dépendantes des financements des donateurs sont le VIH (81 % de toutes les dépenses encourues), la tuberculose (73 %), tandis que 50 % du financement des vaccins dépend également de ces financements. Seuls 6 % des financements externes sont consacrés au renforcement des systèmes non spécifiques à une maladie. République de Côte d'Ivoire (2019), *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire*, p. 66.

<sup>194</sup> La part des financements externes dans les dépenses totales de santé est passée de 15 % en 2012 à 8,7 % en 2013 puis 26 % en 2015. Suite à la réduction de 50 % des financements du Fonds mondial entre 2015 et 2016, cette part a été ramenée à 15 % en 2016. République de Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*, p. 65.

<sup>195</sup> Silverman, R. (2018), *Projected Health Financing Transitions: Timeline and Magnitude – Working Paper 488*, Center for Global Development. Consultable en anglais sur <https://www.cgdev.org/publication/projected-health-financing-transitions-timeline-and-magnitude>.

<sup>196</sup> Suite à la réduction des financements GAVI, le gouvernement a déjà commencé à prendre à sa charge une part croissante des dépenses consacrées à la vaccination. Sa contribution est ainsi passée de 23 % en 2013 à 47 % en 2018 du total des dépenses dans ce domaine, soit 4 % du total du budget de la santé. UNICEF (2019), *Évaluation des systèmes de financement de la santé en Côte d'Ivoire, L'analyse approfondie de l'immunisation*, p. 27.

<sup>197</sup> République de Côte d'Ivoire (2019), *Dialogue national sur le financement de la santé*, 15-18 avril 2019, note de synthèse.

<sup>198</sup> UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*.

<sup>199</sup> Le MFM est un partenariat doté d'un mécanisme de financement catalytique (le fonds fiduciaire) qui permet de réunir, au sein d'une plateforme nationale, l'ensemble des parties prenantes au secteur de la santé (PTF, société civile, secteur privé) afin de définir conjointement les priorités en matière de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, de préparer un dossier d'investissement, de mobiliser les fonds nécessaires, de coordonner l'assistance technique et d'assurer le suivi et l'évaluation de sa mise en œuvre. Pour plus de détails sur le fonctionnement du MFM, voir le site [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gf\\_new/files/FAQs\\_FR\\_Web.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gf_new/files/FAQs_FR_Web.pdf)

<sup>200</sup> Ces sept priorités sont : mobiliser les communautés ; accroître/déployer de manière efficiente les ressources humaines du secteur de la santé ; mobiliser le secteur privé ; garantir la qualité des soins de santé primaires ; ga-

rantir des médicaments de qualité à un coût abordable ; améliorer la qualité des données pour la prise de décision ; augmenter et utiliser les ressources pour la santé de manière efficiente.

<sup>201</sup> La Plateforme nationale de coordination du financement de la santé (PNCFS) rassemble autour des représentants du gouvernement, des membres du secteur privé, de la société civile et des partenaires techniques et financiers. La PNCFS a pour mandat de faciliter la définition conjointe de priorités nationales en matière de santé, de veiller à l'alignement des financements sur ces priorités, de mobiliser des ressources supplémentaires et d'assurer le suivi et la mise en œuvre des stratégies de santé définies par le Plan national de développement (PND) et le Plan national de développement sanitaire.

<sup>202</sup> Le CIP comprend les principaux ministères concernés par les questions de santé, notamment le MSHP, le ministère du Plan et du Développement, le ministère de l'Économie et des Finances, le ministère de l'Environnement, celui en charge de l'Assainissement, de l'Agriculture, le MENETFP, le MFFE et le MEPS.

<sup>203</sup> En matière de nutrition, la coordination se fait à travers la plateforme de coordination multisectorielle des interventions de nutrition – le Conseil national pour la nutrition (CNN), rebaptisé récemment Conseil national pour la nutrition, l'alimentation et le développement de la petite enfance (CONNAPE) – placée sous l'égide de la Primature ; en matière de santé communautaire, la coordination est organisée à travers le Comité national de coordination de la santé communautaire, également placé sous l'égide de la Primature ; la coordination en matière de VIH/sida est confiée au Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) présidé par le président de la République et dont le secrétariat est assuré par le MSHP ; depuis 2018, la Direction générale de la santé organise des réunions mensuelles spécifiques sur le VIH/sida avec les PTF, les ONG et les directions régionales compétentes. La politique nationale de santé des adolescents et des jeunes a prévu, en 2016, la création, au niveau national, d'un comité de pilotage réunissant, sous la présidence du MSHP, l'ensemble des acteurs concernés et, au niveau des régions et des districts sanitaires, des plateformes de collaboration placées sous l'autorité des préfets. Jusqu'ici cependant, le comité national ne fonctionne pas et les comités régionaux de lutte contre le sida ne sont pas tous opérationnels. En 2018, une *task force* thématique a été mise en place, mais elle ne s'est réunie qu'une seule fois ; faute d'interactions avec le GSS, le sous-secteur ne bénéficie pas des synergies entre les différentes interventions sectorielles.

<sup>204</sup> C'est le cas notamment du ministère de l'Intérieur, ce qui explique que les préfets et sous-préfets jouent un rôle encore limité en matière de coordination des interventions de santé au niveau décentralisé et que les chefs de village soient peu mobilisés en matière de coordination des activités de santé communautaire en dépit des responsabilités que leur confie le Plan stratégique de santé communautaire 2017-2021 dans ce domaine.

<sup>205</sup> Le pays a adopté la stratégie 3x90 promue par l'ONUSIDA (au moins 90 % des femmes enceintes dépistées connaissent leur statut sérologique ; au moins 90 % des femmes enceintes infectées à mettre sous traitement ARV ; s'assurer que 90 % des femmes sous traitement ARV ont une charge virale durablement supprimée), mais les PTF sont focalisés sur le deuxième « 90 » (la mise sous traitement et la rétention dans les soins).

<sup>206</sup> La stratégie nationale de financement basée sur la performance, que soutient la Banque mondiale pour améliorer qualitativement et quantitativement l'offre de services et de soins de santé, encourage par exemple les centres de santé à proposer de manière quasi systématique des dépistages du VIH/sida alors que le PEPFAR privilégie une approche ciblée, ne proposant le dépistage qu'aux populations clés vulnérables.

<sup>207</sup> Les outils de rapportage utilisés par les ASC ne permettent pas de rapporter de manière précise les interventions en matière de VIH, car elles sont généralement confondues avec les autres interventions de promotion de la santé.

<sup>208</sup> La NPSP est chargée d'assurer sur toute l'étendue du territoire national la disponibilité des médicaments essentiels et des intrants stratégiques dans les établissements sanitaires de premier contact et les autres établissements sanitaires associés au service public de la santé. La NPSP veille également à ce que les populations aient accès à des médicaments essentiels et des intrants stratégiques de bonne qualité.

<sup>209</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Dossier d'investissement 2020-2023*, p. 15.

<sup>210</sup> UNICEF (2017), *Investir dans la santé primaire et relever les défis du secteur de la santé pour renforcer l'économie en Côte d'Ivoire*, p. 20.

<sup>211</sup> Pour plus d'informations sur les actes, le panier de soins et la tarification CMU, voir la présentation réalisée par la CNAM le 13 juin 2019, consultable sur <http://www.gouv.ci/doc/presse/1560485295ACTES-ET-TARIFICATION-DE-LA-COUVERTURE-MALADIE-UNIVERSELLE-CMU-.pdf>

<sup>212</sup> En 2017, on comptait un infirmier pour 2385 habitants, une sage-femme pour 1333 femmes en âge de procréer et un médecin pour 7390 habitants contre un infirmier pour 4020 habitants, une sage-femme pour 1773 femmes en âge de procréer et un médecin pour 9899 habitants en 2013.

<sup>213</sup> Les normes OMS sont d'un infirmier pour 5000 habitants, une sage-femme pour 3000 femmes en âge de procréer et un médecin pour 10000 habitants.

<sup>214</sup> Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de la mise en place des ASC, mais il apparaît que leurs interventions en matière de VIH ne sont pas pleinement effectives sur le terrain. Ceci pourrait s'expliquer par la difficulté de mettre en œuvre certaines interventions, que ce soit en matière de prévention – du fait d'un manque de formation – ou de rétention dans les soins (crainte de révéler l'identité de certains patients infectés en cas de recherche des perdus de vue).

<sup>215</sup> En ce qui concerne les infirmiers et les sages-femmes, la norme OMS était respectée en 2017 dans plus de 90 % des districts sanitaires, Guiry (0,6), Yopougon-Est (0,6) et Gagnoa (0,6) ayant les ratios les plus bas en matière d'infirmiers, et Gagnoa (0,8) et Mankono (0,9) en matière de sages-femmes. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2017*.

<sup>216</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Étude sur la charge de travail et la détermination des normes de dotation du personnel de santé en Côte d'Ivoire*.

<sup>217</sup> Les seuls ASC présents en zone urbaine sont financés actuellement par les fonds du PEPFAR, dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida.



<sup>218</sup> Entre 2015 et 2022, le MSHP a prévu de doubler les effectifs du personnel médical (médecins : +74 % ; infirmiers : +92 % ; sages-femmes : +156 % ; aides-soignants : +102 %) et de recruter les 2400 premiers agents d'hygiène. MSHP (2017), *op. cit.*

<sup>219</sup> Ce comité se réunit toutes les semaines et rassemble les ministères de la Santé et de l'Intérieur et l'ensemble des PTF.

<sup>220</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan national de développement sanitaire 2016-2020*.

<sup>221</sup> Dans le Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS), les trois seules tranches d'âge considérées sont les moins de 5 ans, les moins de 15 ans et les plus de 15 ans.

<sup>222</sup> Les données transmises par le SIGE ne tiennent compte que du niveau scolaire des victimes et non de leur âge ; les tranches d'âge du SIGE sont les moins de 5 ans, les 5-9 ans, les 10-14 ans et les 15-18 ans ; celles du GBVIMS sont les moins de 5 ans, les 5-9 ans, les 10-12 ans et les 15-17 ans.

<sup>223</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *PNSSU : bilan annuel 2018-2019*.

<sup>224</sup> Selon les estimations de l'OMS et l'UNICEF, le taux de couverture vaccinale des enfants âgés de 12-23 mois était en 2018 de 81 % pour le PCV-13-3 et de 82 % pour le Penta 3. Estimations OMS-UNICEF, consultables sur : [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV)

<sup>225</sup> Selon la MICS-5, 71,3 % des ménages utilisent des combustibles solides pour cuisiner, principalement du bois (56,3 %) et du charbon de bois (13,4 %). Cette proportion atteint 95,8 % en milieu rural et chez les ménages les plus pauvres, tandis qu'elle est de 44,1 % en milieu urbain, de 12,9 % à Abidjan et de 14,1 % chez les ménages les plus riches.

<sup>226</sup> Outre le VIH, les principales infections sexuellement transmissibles sont la syphilis, la gonorrhée, la chlamydiae, la trichomonase, l'hépatite B, le virus de l'herpès et le papillomavirus humain (VPH). L'herpès et la syphilis multiplient au moins par trois le risque de contracter le VIH ; l'infection au papillomavirus humain (VPH) accroît le risque de développer un cancer du col de l'utérus ; la gonorrhée et la chlamydiae sont des causes majeures d'inflammation pelvienne et de stérilité ; enfin, la transmission d'une IST de la mère à l'enfant peut entraîner une mortalité à la naissance, une septicémie, une pneumonie, une conjonctivite du nouveau-né ou des malformations congénitales. Pour plus de détails, voir le site de l'OMS consultable sur [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

<sup>227</sup> La base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida est consultable sur <https://data.unicef.org/topic/adolescents/hiv-aids>

<sup>228</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel du Programme national de lutte contre le sida 2017*.

<sup>229</sup> Pour la tranche d'âge 15-19 ans, l'EDS-III ne fournit pas de données ventilées par lieu de résidence, niveau de richesse ou d'éducation. Pour les femmes de 15-49 ans, il apparaît que le risque de contracter une IST augmente avec le niveau de richesse et d'éducation ; il est le plus élevé dans la région du Centre-Nord (12,2 %). Pour les hommes de 15-49 ans, le risque est le plus élevé parmi ceux qui ont un niveau d'instruction primaire, qui appartiennent au premier quintile de richesse ou qui résident dans la région de l'Ouest (11,1 %).

<sup>230</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2019), *Bilan global des SSSU-SAJ 2019*.

<sup>231</sup> Selon les données de la MICS-5, 18,9 % des jeunes femmes et 11 % des jeunes hommes de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans.

<sup>232</sup> Selon l'EDS-III, 4,7 % des filles âgées de 15-19 ans avaient subi des violences sexuelles au cours des douze mois précédant l'enquête. Pour plus de détails sur les violences sexuelles subies par les enfants, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

<sup>233</sup> Estimations OMS-UNICEF, consultables sur [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/estimates?c=CIV)

<sup>234</sup> Le Plan pluriannuel complet du PEV 2016-2020 prévoyait l'introduction du HPV en 2017 avec pour objectif d'avoir un taux de couverture en HPV de 85 % d'ici 2020. L'introduction du HPV dans le PEV doit être portée à l'échelle en novembre 2019.

<sup>235</sup> Un projet pilote pour la PrEP et l'autotest ciblant les adolescents et les jeunes et les populations clés doit débiter en novembre 2019.

<sup>236</sup> En matière d'utilisation du préservatif, la MICS-5 ne fournit pas de taux désagrégés pour les 15-19 ans.

<sup>237</sup> Au primaire, Le MENETFP organise des cours sur la sexualité à partir du CM1 et dans le cadre des « Campagnes zéro grossesse à l'école », il met à la disposition des enseignants une fiche pédagogique intitulée « Leçons de vie sur les grossesses précoces et la communication parents-enfants sur la santé sexuelle de la reproduction chez les jeunes (SSRJ) ». Au niveau secondaire, les questions liées à la sexualité sont abordées dans le cadre des cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) ainsi que dans les cours sur l'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté (EDHC) et ceux sur les « Leçons de vie » dispensés respectivement de la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup> et de la 6<sup>e</sup> à la Terminale.

<sup>238</sup> MENETFP (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*, pp. 126-127 et 145.

<sup>239</sup> RASS 2017.

<sup>240</sup> À peine 6 % des adolescents et des jeunes seraient couverts par une assurance médicale. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016-2020*.

<sup>241</sup> Donahue, C., Robinson, J., Granato, S.A., Tirera, F., Billy, D.A., Koné, A., Pfeiffer, J. (2019), « Adolescent access to and utilization of health services in two regions of Côte d'Ivoire: A qualitative study », *Global Public Health*, vol. 14, n° 9, pp. 1302-1315.

<sup>242</sup> Groupe inter-agences pour l'estimation de la mortalité maternelle (MMEIG).

<sup>243</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2017), *Rapport national sur la surveillance des décès maternels et riposte en Côte d'Ivoire*.

<sup>244</sup> Le taux de natalité chez les adolescentes correspond au nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.

<sup>245</sup> Selon la MICS-5, les taux de mortalité néonatale (34 décès pour 1000 naissances vivantes) et de mortalité infantile (109) des enfants dont la mère a moins de 20 ans sont supérieurs de 4 et 16 points respectivement à ceux des enfants dont la mère est âgée de 20 à 34 ans (taux de mortalité néonatale :

30 ; taux de mortalité infantile : 87 pour 1000 naissances vivantes). Pour plus de détails, voir OMS (2018), *La grossesse chez les adolescentes*. Consultable sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

<sup>246</sup> Depuis 2014, le ministère de l'Éducation nationale (MEN) met en œuvre un « Plan accéléré de réduction des grossesses à l'école » et a adopté un code de bonne conduite qui punit sévèrement les enseignants impliqués dans des grossesses précoces. Des centres de prévention des grossesses, des clubs santé animés par les élèves et des clubs de mères d'élèves filles (CMEF) où peuvent être abordées les questions de grossesses scolaires et de mariages précoces ont, par ailleurs, été créés dans de nombreux établissements.

<sup>247</sup> Au primaire, le nombre de grossesses recensées par les DREN a été divisé par plus de 5 entre 2014-2015 (672 cas) et 2018-2019 (127 cas). Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*.

<sup>248</sup> Au secondaire général, le nombre de grossesses a augmenté de 5 % entre 2014-2015 (4250 cas) et 2018-2019 (4475 cas). MENETFP (2019), *op. cit.*

<sup>249</sup> En Côte d'Ivoire, la majorité des filles entrent dans la vie sexuelle active à un âge précoce : selon la MICS-5, 18,9 % des filles de 15-24 ans ont eu des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans et cette proportion dépasse les 25 % dans le Nord-Ouest (29,4 %) et l'Ouest (28,8 %). De plus, 56,7 % des jeunes femmes de 15-19 ans affirment avoir déjà eu des rapports sexuels, contre 39,5 % des jeunes hommes du même âge.

<sup>250</sup> Selon la MICS-5, au niveau national, 7,7 % des jeunes filles sont mariées ou en union avant l'âge de 15 ans et 32,1 % avant l'âge de 18 ans. Si en milieu urbain, le mariage ou l'union avant l'âge de 15 ans et 18 ans concerne respectivement 4,9 % et 21,9 % des jeunes filles, en milieu rural, 11 % des filles sont mariées avant leurs 15 ans et 43,5 % avant l'âge de 18 ans. En dépit des campagnes de sensibilisation menées par le gouvernement et les ONG pour y mettre un terme, la pratique des mariages précoces perdure, car : i) la pauvreté pousse de nombreux parents à marier leur fille de manière précoce afin que son mari subvienne à ses besoins et qu'ils n'aient plus à la prendre en charge ; ii) une partie de la population y reste favorable, y voyant un moyen de préserver l'honneur de la famille, d'éviter les relations sexuelles hors mariages et de prévenir le risque pour la jeune fille de devenir mère célibataire ; iii) les procès intentés contre les parents qui marient leurs enfants mineurs restent rares.

<sup>251</sup> Selon les données préliminaires de l'enquête VACS 2018, 19,2 % des adolescentes et des jeunes filles (13-24 ans) ont subi des violences sexuelles pendant l'enfance contre 11,4 % des garçons du même âge.

<sup>252</sup> 65 % des élèves du primaire et du secondaire et 79 % des élèves ayant eu une grossesse en milieu scolaire considèrent que les cours sont insuffisants, et moins de 20 % des élèves du primaire et du secondaire savent qu'il est faux d'affirmer qu'une femme a plus de chance de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels deux semaines avant ou après les règles. MENETFP (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*, pp. 107-111.

<sup>253</sup> 75 % des élèves et écolières interrogées dans le cadre d'une étude sur les grossesses

colaires ne connaissaient pas l'existence dans leur établissement de clubs santé et des cellules de lutte contre les grossesses. MENETFP (2016), *op. cit.*, p. 149.

<sup>254</sup> Selon l'étude du MENETFP sur les grossesses en milieu scolaire, seule la moitié des élèves du primaire et du secondaire et à peine 40 % des élèves ayant eu une grossesse en milieu scolaire parlent de sexualité avec leur mère et les questions de contraception sont très rarement abordées. MENETFP (2016), *op. cit.*, pp. 101-106.

<sup>255</sup> Ne pouvant compter sur l'aide régulière de leurs parents, les jeunes filles sont souvent à la recherche de partenaires qui puissent, même de façon temporaire, les prendre en charge ou les aider à faire face à leurs besoins. En multipliant ainsi les rencontres, ces jeunes filles s'exposent à des risques élevés d'union et de grossesses précoces. MENETFP (2016), *op. cit.*

<sup>256</sup> Une jeune fille qui tombe enceinte au cours de sa scolarité est chassée de la maison dans un cas sur quatre. MENETFP (2016), *op. cit.*, pp. 139-146.

<sup>257</sup> Lorsqu'une jeune fille scolarisée tombe enceinte, les parents interrompent le paiement de la scolarité, dans un cas sur quatre au primaire et dans un cas sur trois au secondaire. MENETFP (2016), *op. cit.*, pp. 139-146.

<sup>258</sup> Une grossesse en milieu scolaire entraîne un mariage forcé dans 4,5 % des cas au primaire et 1,5 % des cas au secondaire. MENETFP (2016), *op. cit.*, pp. 139-146.

<sup>259</sup> Le Code pénal ivoirien entré en vigueur le 10 juillet 2019, en son article 425, punit l'avortement d'un à cinq ans d'emprisonnement et d'une amende de 150 000 FCFA à 1 500 000 FCFA.

<sup>260</sup> Performance Monitoring and Accountability 2020 (2018), *Enquête PMA2020 sur l'avortement en Côte d'Ivoire, Résultats clés*, juillet-août 2018, consultable sur [https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire\\_AbortionModule\\_Brief\\_FR\\_012019.pdf](https://www.pma2020.org/sites/default/files/Cote%20d%E2%80%99Ivoire_AbortionModule_Brief_FR_012019.pdf)

<sup>261</sup> Les complications durant la grossesse et l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. OMS (2014), *Adolescent pregnancy*, Fact Sheet n° 364, updated September 2014.

<sup>262</sup> Selon l'enquête SARA, 85 % de celles offrant des soins préventifs et curatifs pour l'enfant disposaient de comprimés de fer, d'acide folique et d'albendazole.

<sup>263</sup> OMS (2019), *La santé mentale des adolescents*, consultable sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

<sup>264</sup> Les plateformes VBG disposent de mécanismes de référence et contre-référence associant : i) les centres sociaux qui sont en charge de la sensibilisation, de l'accueil, de la prise en charge psychosociale, du référencement aux structures pour une prise en charge holistique, de la documentation et de la gestion des informations relatives aux VBG; ii) les ONG qui assurent l'identification, l'accueil, la prise en charge temporaire ou intermédiaire et le référencement; iii) les structures de santé assurant la prise en charge médicale; iv) les structures assurant la prise en charge juridique et judiciaire (police, gendarmerie, service de protection de l'enfance et de la jeunesse, etc.); et v) les structures communautaires qui jouent le rôle d'alerte et de signalement des cas.

<sup>265</sup> Il s'agit du Centre d'aide aux enfants avec troubles envahissants du développement (autisme notamment), du Service d'hygiène mentale et psychiatrie sociale spécialisé dans la prise en charge à titre externe des adolescents atteints de pathologies mentales ou présentant des troubles psychologiques et du Centre de guidance infantile en charge de la prise en charge des handicaps mentaux, y compris les troubles envahissants du développement de l'enfant.

<sup>266</sup> Pour plus de détails sur le travail dangereux des enfants, voir la définition donnée par l'Organisation internationale du Travail, consultable sur <https://www.ilo.org/ipec/facts/lang-fr/index.htm>

<sup>267</sup> Selon l'arrêté n° 2017-016 MPES/CAB du 2 juin 2017, les travaux légers autorisés aux enfants dont l'âge est compris entre 13 et 16 ans comprennent : i) les travaux effectués par des enfants dans le cadre de leur apprentissage dans les domiciles, les établissements d'enseignement général, les écoles professionnelles ou techniques ou toute autre institution de formation professionnelle agréée; et ii) les travaux effectués par des enfants dans des entreprises, lorsque ce travail est accompli dans le cadre d'un enseignement, d'une formation professionnelle ou d'un programme d'orientation destiné à faciliter le choix d'une profession ou d'un type de formation professionnelle.

<sup>268</sup> En 2014, le 4<sup>e</sup> Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2014) avait estimé que 2,067 millions d'enfants en âge d'être scolarisés se trouvaient en dehors du système scolaire, parmi lesquels 1,265 million d'enfants âgés de 6 à 11 ans et 0,756 million d'enfants âgés de 12 à 15 ans.

<sup>269</sup> Understanding Children's Work (UCW) Programme (2017), *Understanding trends in Child Labour, a joint ILO-UNICEF-The World Bank report*.

<sup>270</sup> Dans la zone cacaoyère, les parents croient souvent que le port précoce de charges lourdes permet aux enfants de développer leur force musculaire et ignorent les conséquences néfastes de tels travaux sur la colonne vertébrale de l'enfant. Nestlé Cocoa Plan (2017), *Lutter contre le travail des enfants*, p. 16, consultable sur [https://www.nestlecocoaplanreport.com/sites/default/files/2017-10/NestleCocoaPlanReport2017\\_FR\\_0.pdf](https://www.nestlecocoaplanreport.com/sites/default/files/2017-10/NestleCocoaPlanReport2017_FR_0.pdf)

<sup>271</sup> Diboh, E., Yao, K.M., Tako, N.A., Bakou, N.F., Assi, B. (2013), « Alcoolisation chez les jeunes élèves en Côte d'Ivoire : préférence et consommation effective », *European Scientific Journal*, vol. 9, n° 30.

<sup>272</sup> Plan stratégique de lutte contre la toxicomanie et l'alcool 2016-2018.

<sup>273</sup> « Consommer de la drogue dans les rues d'Abidjan – Charles en Côte d'Ivoire », 22 août 2016, vidéo consultable sur <https://www.youtube.com/watch?v=1b9YhepIA24>

<sup>274</sup> Une évaluation rapide conduite en 2003 par le CILAD avec l'appui de l'ONUSD en milieu scolaire et universitaire a montré que 52,8 % des personnes interrogées étaient au courant de la présence de drogue en milieu scolaire et universitaire et 14,8 % savaient où s'en procurer.

<sup>275</sup> Selon cette étude, un tiers des personnes qui fréquentent les lieux de consommation de drogue dits fumeurs ont entre 16 et 25 ans. Médecins du Monde, Fonds mondial – Alliance Côte d'Ivoire (2014), *Santé des personnes usagères de drogue à Abidjan en Côte d'Ivoire*, p. 22; consultable sur [plate](https://plate)

[forme-elsa.org/wp-content/uploads/2017/06/MDM\\_Rapport\\_Sante\\_UD\\_Abidjan\\_VF-Ligth-1.pdf](https://forme-elsa.org/wp-content/uploads/2017/06/MDM_Rapport_Sante_UD_Abidjan_VF-Ligth-1.pdf)

<sup>276</sup> Selon cette étude conduite par Mme Di-diata Traoré, 20 % des consommateurs de drogues sont des jeunes âgés de 13 à 17 ans. ONUDC, CEDEAO (2018), *Société civile : un partenaire de choix dans le plaidoyer contre les substances illicites*, pp. 18-22, consultable sur <https://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/ecowasgrants/bulletin-ONUDC-CEDEAO-numero4-dec18.pdf>

<sup>277</sup> Bulletin d'information du projet ONUDC/CEDEAO contre le trafic de drogue (2018), *Société civile : un partenaire de choix dans le plaidoyer contre les substances illicites*, septembre, n° 4, consultable sur <https://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica/ecowasgrants/bulletin-ONUDC-CEDEAO-numero4-dec18.pdf>

<sup>278</sup> Bulletin d'information du projet ONUDC/CEDEAO contre le trafic de drogue (2018), *op. cit.*

<sup>279</sup> Indigo Côte d'Ivoire et Interpeace (2015), *Obstacles à la cohésion sociale et dynamiques de violence impliquant les jeunes dans l'espace urbain*; Interpeace, Indigo Côte d'Ivoire (2017), *Exister par le Gbonhi*.

<sup>280</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan national de développement sanitaire 2016-2020*, pp. 19-20.

<sup>281</sup> En 2015, les services de santé aux adolescents et aux jeunes ne disposaient que de 165 médecins, 46 chirurgiens-dentistes, 158 infirmiers et 31 sages-femmes pour plus de 5 millions d'élèves et d'étudiants. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Politique nationale de santé des adolescents et des jeunes 2016-2020*, p. 9.

<sup>282</sup> UNESCO, *Participation à l'éducation en Côte d'Ivoire*, consultable sur <http://uis.unesco.org/fr/country/ci>

<sup>283</sup> Note circulaire n° 2169 du ministre de la Santé et de l'Hygiène publique en date du 19 mars 2019.

<sup>284</sup> Les données fournies par le PNSSU-SAJ du MSHP et celles de la Direction de la mutualité et des œuvres sociales du MENETFP (DMOS) diffèrent ainsi fréquemment.

<sup>285</sup> Information-Éducation-Communication/Communication pour le changement de comportement.

<sup>286</sup> The Lancet (2013), *Maternal and Child Nutrition. Executive Summary of The Lancet Maternal and Child Nutrition Series.*, pp. 1-12.

<sup>287</sup> Environ 18 000 enfants de moins de 5 ans décèdent en raison du retard de croissance intra-utérin et d'un allaitement maternel sous-optimal, près de 16 000 du fait du retard de croissance et près de 11 000 à cause de la malnutrition aiguë.

<sup>288</sup> Groupe de la Banque mondiale (2018), *Nutrition : Vue d'ensemble*, consultable sur <https://www.banquemondiale.org/fr/topic/nutrition/overview>

<sup>289</sup> La FAO définit les systèmes alimentaires comme les éléments et activités impliqués dans la production, la transformation, la distribution, la préparation et la consommation des aliments ainsi que les résultats de ces activités, notamment au niveau de la nutrition et de la santé. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2002), *Agriculture, alimentation et nutrition en Afrique : un ouvrage de référence à l'usage des professeurs d'agriculture*, consultable sur <http://www.fao.org/3/w0078f/w0078f04.htm#m04>



- <sup>290</sup> OMS (2017), *Cibles mondiales de nutrition 2025, Note d'orientation sur le retard de croissance*, consultable sur [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255724/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.3\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255724/WHO_NMH_NHD_14.3_fre.pdf)
- <sup>291</sup> MICS-5 – Taux de mortalité néonatale en 2016 : 37 ‰ pour les garçons contre 29 ‰ pour les filles ; taux de mortalité infanto-juvénile en 2016 : 105 ‰ pour les garçons contre 87 ‰ pour les filles.
- <sup>292</sup> Bork, K.A., Diallo, A. (2017), « Boys Are More Stunted than Girls from Early Infancy to 3 Years of Age in Rural Senegal ». *The Journal of Nutrition*, vol. 147, n° 5, pp. 940-947.
- <sup>293</sup> Sur cette question, voir notamment : Waldron, I. (1998), Sex differences in infant and early childhood mortality: major causes of death and possible biological causes, in *Too Young to Die: Genes or Gender?* New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, pp. 64-83 ; Green, M.S. (1992), « The male predominance in the incidence of infectious diseases in children: a postulated explanation for disparities in the literature », *Int J Epidemiol*, vol. 21, pp. 381-389 ; Svedberg, P. (1990), « Undernutrition in sub-Saharan Africa: is there a gender bias? », *J Dev Stud*, vol. 26, n° 3, pp. 469-486 ; Wamani, H., Astrom, A.N., Peterson, S., Tumwin, J.K., Tylleskar, T. (2017), « Boys are more stunted than girls in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of 16 demographic and health surveys », *BMC Pediatrics*, vol. 7, p. 17.
- <sup>294</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS) 2017*.
- <sup>295</sup> Martorell, R., Zongrone, A. (2012), « Intergenerational influences on child growth and undernutrition », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, n° 1, pp. 302-314.
- <sup>296</sup> Les complications durant la grossesse et l'accouchement sont la deuxième cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans dans le monde. OMS (2014), *Adolescent Pregnancy*, Fact Sheet n° 364, updated September 2014.
- <sup>297</sup> Development Initiatives (2018). *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : Sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*, p. 136; consultable sur [https://globalnutritionreport.org/documents/426/GNR\\_2018\\_FR\\_Web\\_res\\_V12\\_1\\_3kXgC2V.pdf](https://globalnutritionreport.org/documents/426/GNR_2018_FR_Web_res_V12_1_3kXgC2V.pdf)
- <sup>298</sup> Dean, S.V., Lassi, Z.S., Imam, A.M., Bhutta, Z.A. (2014), « Preconception care: nutritional risks and interventions », *Reproductive Health*, vol. 11, consultable sur <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-S3-S3>
- <sup>299</sup> OMS (2017), *Obésité de l'enfant, faits et chiffres*, consultable sur <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/fr>
- <sup>300</sup> Société canadienne de pédiatrie (2007), « Les besoins en fer des bébés et des enfants », *Paediatrics & Child Health*, vol. 12, n° 4, pp. 335-336, consultable sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528672>
- <sup>301</sup> Alors que l'EPPA-CI n'a retenu qu'un seul seuil pour mesurer l'anémie chez les enfants de moins de 5 ans (niveau d'hémoglobine par décilitre de sang inférieur à 8,0 g/dL), l'EDS-III en a utilisé trois : un niveau d'hémoglobine par décilitre de sang inférieur de 7 g/dL correspondant à l'anémie sévère ; un niveau compris entre 7 et 9 g/dL pour l'anémie modérée et entre 10 et 10,9 g/dL pour l'anémie légère.
- <sup>302</sup> Stevens, G.A., Bennett, J.E., Hennocq, Q., et al. (2015), « Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys », *Lancet Glob Health*, vol. 3, n° 9, pp. e528-36, consultable sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26275329>
- <sup>303</sup> République de Côte d'Ivoire (2015), *Politique nationale de nutrition*, consultable sur [http://www.nutrition.gouv.ci/fichier/doc/Politique\\_Nationale\\_Nutrition\\_15\\_08\\_16.pdf](http://www.nutrition.gouv.ci/fichier/doc/Politique_Nationale_Nutrition_15_08_16.pdf)
- <sup>304</sup> La carence en vitamine est définie par une concentration sérique en protéine liant le rétinol (*Retinol-Binding Protein*, RBP) inférieure à 0,7 µmol/L.
- <sup>305</sup> Rohner, F., Northrop-Clewes, C., Tschannen, A., Bosso, P., Kouassi-Gohou, V., Erhardt, J.G., Bui, M., Zimmermann, M.B., Mascie-Taylor, C.G. (2014), « Prevalence and public health relevance of micronutrient deficiencies and undernutrition in pre-school children and women of reproductive age in Côte d'Ivoire, West Africa », *Public Health Nutrition*, vol. 17, n° 9, pp. 2016-2028.
- <sup>306</sup> UNICEF, *Iode*, consultable sur [https://www.unicef.org/french/nutrition/23964\\_iodine.html](https://www.unicef.org/french/nutrition/23964_iodine.html)
- <sup>307</sup> Development Initiatives (2018). *Rapport sur la nutrition mondiale 2018 : Sensibiliser pour stimuler l'action en matière de nutrition*, pp. 54-56, consultable sur <https://www.unicef.org/madagascar/communiqu%C3%A9s-de-presse/publication-du-rapport-sur-la-nutrition-mondiale-2018>
- <sup>308</sup> UNICEF (2019), *UNICEF's 2020-2030 Global Strategy for Maternal and Child Nutrition*, p. 55.
- <sup>309</sup> Voir notamment The 2013 Lancet Series on Maternal and Child Nutrition, consultable en anglais sur <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/nutrition-eng.pdf>
- <sup>310</sup> Le score de consommation alimentaire (SCA) est un indicateur qui reflète la quantité (kcal) et la qualité (nutriments-importance nutritionnelle) de l'alimentation des ménages. Voir la présentation sur les indicateurs de la sécurité alimentaire, PAM, Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest (2014), consultable sur [http://www.fao.org/fileadmin/user\\_upload/food-security-capacity-building/docs/Nutrition/SahelWorkshop/2.2.WFP\\_Int%C3%A9grationIndicateursFSetNut.pdf](http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/food-security-capacity-building/docs/Nutrition/SahelWorkshop/2.2.WFP_Int%C3%A9grationIndicateursFSetNut.pdf)
- <sup>311</sup> Une des limites de cette enquête SAVA est qu'elle a été réalisée en juillet-août, c'est-à-dire lors du pic de la période de soudure où les ménages ruraux sont confrontés à l'épuisement de leurs stocks alimentaires et doivent se procurer les aliments sur les marchés. Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *Suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire*, août, pp. 7-8.
- <sup>312</sup> Conformément aux standards établis en matière d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE), pour les enfants allaités de 6-8 mois, le RAMA se compose d'au moins deux repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides provenant d'au moins quatre groupes d'aliments. Le RAMA des enfants allaités de 9-23 mois comprend au moins trois repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides. Les enfants de 6-23 mois non allaités ont un RAMA s'ils reçoivent au moins quatre repas par jour contenant des aliments solides ou semi-solides provenant d'au moins quatre groupes d'aliments et s'ils reçoivent d'autres types de lait ou des produits laitiers au moins deux fois par jour. OMS, UNICEF (2009), *Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, pp. 5-9, consultable sur [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44144/9789242596663\\_fre.pdf;jsessionid=DE6F876E6256B514599575D95356B0BA?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44144/9789242596663_fre.pdf;jsessionid=DE6F876E6256B514599575D95356B0BA?sequence=1)
- <sup>313</sup> Nordhagen, S., Pries, A.M., Dissieka, R. (2019), « Commercial Snack Food and Beverage Consumption Prevalence among Children 6-59 Months in West Africa », *Nutrients*, vol. 11, n° 11, p. 2715, consultable sur <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/11/2715>
- <sup>314</sup> UNICEF (2013), *Améliorer la nutrition de l'enfant*.
- <sup>315</sup> La question des maladies affectant les enfants de moins de 5 ans est abordée en détail dans la section de ce chapitre consacrée au droit à la santé.
- <sup>316</sup> Fahim, S.M., Das, S., Sanin, K.I., et al. (2018), « Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 99, n° 2, pp. 489-494, consultable sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6090336>
- <sup>317</sup> Prendergast, A.J., Humphrey, J.H., Mutas, K., et al. (2015), « Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenges », *Clinical Infectious Diseases*, vol. 61, n° 7, pp. S726-732.
- <sup>318</sup> Lin, A., Arnold, B.F., Afreen, S., et al. (2013), « Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh », *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 89, n° 1, pp. 130-137.
- <sup>319</sup> Une étude longitudinale menée dans huit pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a notamment révélé une association entre un nombre plus élevé d'infections chroniques entériques et des scores cognitifs plus faibles à l'âge de 2 ans, indépendamment de la diarrhée. MAL-ED Network Investigators (2018), « Early childhood cognitive development is affected by interactions among illness, diet, enteropathogens and the home environment: findings from the MAL-ED birth cohort study », *BMJ Global Health*, vol. 3, n° 4, p. e000752.
- <sup>320</sup> Carlson, A., Xia, K., Azcarate-Peril, M., et al. (2017), « Infant gut microbiome associated with cognitive development », *Biological Psychiatry*, vol. 83, n° 2, pp. 148-159 ; Davis, C.D. (2016), « The gut microbiome and its role in obesity », *Nutrition Today*, vol. 51, n° 4, pp. 167-174.
- <sup>321</sup> En 2017, 67,3 % de la population vivait à moins de 5 km d'un ES contre 44 % en 2012. Toutefois, dans les régions sanitaires du Nord-Ouest et du Centre-Nord, plus de 20 % de la population se trouvait encore à plus de 15 km d'un ES.
- <sup>322</sup> Cette situation s'explique par plusieurs facteurs comme le recours aux tradipraticiens, la méconnaissance des symptômes, une mauvaise évaluation de la gravité de l'infection et les difficultés d'accès et les coûts annexes liés à la venue au centre de santé. Le retard pris dans la prise en charge des infections contribue souvent à en aggraver la sévérité, réduit durablement l'appétit de l'enfant et affaiblit sa capacité à absorber les nutriments, ce qui accroît fortement les risques de malnutrition.
- <sup>323</sup> Sclama, G. (2018), *What is the impact of malnutrition in all its forms on the development of the child?* ; Victora, C.G., Bahl, R., Barros, A.J., et al., Lancet Breastfeeding Series Group (2016), « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life-

long effect », *The Lancet*, vol. 387, n° 10017, pp. 475-490.

<sup>324</sup> UNICEF, IGDP (2017), *Études socio-anthropologiques sur des thématiques spécifiques aux droits des enfants dans le cadre de la préparation du programme 2017-2021*, p. 16-21.

<sup>325</sup> République de Côte d'Ivoire (2015), *Analyse de la situation nutritionnelle en Côte d'Ivoire*, p. 37.

<sup>326</sup> Britto, P.R., UNICEF (2017), *Early Moments Matter for every Child*, consultable en anglais sur [https://www.unicef.org/media/files/UNICEF\\_Early\\_Moments\\_Matter\\_for\\_Every\\_Child\\_report.pdf](https://www.unicef.org/media/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_report.pdf) ; Maalouf-Manasseh, Z., Oot, L., Sethuraman, K. (2016), *Giving Children the Best Start in Life: Integrating Nutrition and Early Childhood Development Programming within the First 1,000 Days*, Technical Brief: Food and Nutrition Technical Assistance III Project, USAID, FANTA, FHI360, consultable sur <https://pdfs.semanticscholar.org/7f33/01507c5f7f34d9ad89f3a5486983a86ea41a.pdf>

<sup>327</sup> Ce taux tient compte des structures préscolaires du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (MENETFP), du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) et du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE).

<sup>328</sup> L'initiative Power of Nutrition est un partenariat public-privé lancé en 2015 par le Département du développement international (DFID) du Royaume-Uni, la Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance (Cliff) et la Fondation UBS Optimus. Elle vise à mobiliser des fonds afin de permettre la mise en œuvre de programmes de nutrition à l'échelle. Le site de Power of Nutrition est consultable en anglais sur <https://www.powerofnutrition.org/>

<sup>329</sup> Les régions sélectionnées sont considérées comme des zones à forte prévalence et à prévalence intermédiaire de malnutrition. Elles comprennent le Poro, le Tchologo, la Bagoué, le Bounkani, le Gontougo, le Kabadoudou, le Folon, le Bafing, Le Worodougou, le Béré, le Haut-Sassandra, la Marahoué, l'Iffou et le Bélier.

<sup>330</sup> Groupe mondial d'experts sur l'agriculture et les systèmes alimentaires au service de la nutrition (2016), *Food systems and diets : Facing the challenge of the 21<sup>st</sup> Century* ; Groupe d'experts de haut niveau sur la sécurité alimentaire et la nutrition (2017), *Nutrition et systèmes alimentaires*, Comité de la sécurité alimentaire mondiale, Rome; UNICEF, GAIN (2019), *Food systems for children and adolescents. Working together to secure nutritious diets*, consultable en anglais sur [https://www.unicef.org/nutrition/files/UNICEF\\_GAIN\\_Food\\_Systems\\_Children\\_Adolescents.pdf](https://www.unicef.org/nutrition/files/UNICEF_GAIN_Food_Systems_Children_Adolescents.pdf)

<sup>331</sup> UNICEF (2019), *Rapport sur la situation des enfants dans le monde : Enfants, nourriture et nutrition*, consultable sur <https://www.unicef.org/media/62526/file/La-situation-des-enfants-dans-le-monde-2019.pdf>

<sup>332</sup> Décret n° 2013-416 portant réglementation de la commercialisation des substituts de lait maternel.

<sup>333</sup> Décret n° 2018-512 du 30 mai 2018 rendant obligatoire l'enrichissement du sel en iode, de la farine en fer et acide folique et de l'huile en vitamine A.

<sup>334</sup> Fewtrell, L., et al. (2005). « Water, sanitation, and hygiene interventions to reduce diarrhoea in less developed countries: a sys-

tematic review and meta-analysis ». *Lancet Infectious Diseases*, vol. 5, n° 1, pp. 42-52.

<sup>335</sup> Le résultat stratégique 6 du Plan national multisectoriel de nutrition (2016-2020) vise à améliorer l'hygiène et l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement dans les zones à forte prévalence de la malnutrition.

<sup>336</sup> Selon la MICS-5, seuls 16,5 % des enfants de moins de 5 ans ayant la diarrhée ont reçu des sels de réhydratation orale (SRO) et moins de 6 % une combinaison de SRO et de zinc; seuls 30,5 % des enfants avec des symptômes d'IRA ont été traités avec des antibiotiques et 18,1 % de ceux ayant de la fièvre ont reçu un antipaludéen.

<sup>337</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)*.

<sup>338</sup> L'initiative des hôpitaux amis des bébés lancée par l'OMS et l'UNICEF, mise en place en Côte d'Ivoire depuis 1994, pour promouvoir l'allaitement et l'alimentation optimale du nourrisson et de sa mère doit être progressivement élargie à l'ensemble des structures sanitaires en charge de la mère et de l'enfant dans le cadre de l'Initiative Structures sanitaires amies des bébés (ISSAB).

<sup>339</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *op. cit.*

<sup>340</sup> *Ibid.*

<sup>341</sup> *Ibid.*

<sup>342</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Enquête de couverture post-campagne de la supplémentation en vitamine A couplée au déparasitage et au dépistage de la malnutrition des enfants de 6-59 mois*.

<sup>343</sup> Le projet Strategic Purchasing and Alignment of Resources & Knowledge in Health Project (SPARK) bénéficie du financement du mécanisme de financement mondial (Global Financing Facility, GFF)

<sup>344</sup> 21 % de la population ne dispose pas d'infrastructures sanitaires de premier contact et 44 % d'hôpital général dans leur localité de résidence. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Plan stratégique de santé communautaire (2017-2021)*, p. 32.

<sup>345</sup> Pour plus de détails sur la CMU, voir le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

<sup>346</sup> On parle d'insécurité alimentaire lorsque les personnes n'ont pas un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. Les quatre piliers de la sécurité alimentaire sont la disponibilité, l'accès, l'utilisation et la stabilité. La dimension nutritionnelle fait partie intégrante du concept de sécurité alimentaire. PAM, FAO (2010), *L'État de l'insécurité alimentaire dans le monde*, consultable sur <http://www.fao.org/3/a-i1683f.pdf>

<sup>347</sup> Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *Suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire*.

<sup>348</sup> En utilisant l'échelle de mesure de l'insécurité alimentaire basée sur les expériences (FIES), qui permet de mieux cerner l'insécurité alimentaire vécue par la population, l'enquête a, par ailleurs, montré qu'en 2018, 59,3 % de la population rurale a été touchée par l'insécurité alimentaire (41 % sous sa forme

modérée et 17,8 % sous sa forme sévère). Ce chiffre indique qu'en 2018, près de 60 % des habitants des zones rurales ont vécu dans un ménage où au moins une personne a été contrainte, à un moment de l'année, de réduire la qualité de son régime alimentaire et avait au moins une probabilité de 50 % d'avoir réduit la quantité de nourriture qu'elle consomme. En 2018, 17,6 % des habitants des zones rurales ont vécu dans des ménages où ils ont dû réduire la quantité de nourriture consommée et ont eu une probabilité de 50 % d'avoir passé la journée entière sans manger, faute d'argent ou d'autres ressources pour obtenir de la nourriture. Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *op. cit.*, p. 40.

<sup>349</sup> Le taux d'insécurité alimentaire des ménages dont les revenus dépendent des cultures de rente est de 10,1 %. En moyenne, les ménages tirent leurs revenus de la production de cultures de rente à 61,6 % et de cultures vivrières à 20,0 %.

<sup>350</sup> Cette catégorie comprend les ménages vivant avec une femme enceinte (insécurité alimentaire : 10,7 %), une personne vivant avec un handicap (14,2 %), un orphelin de père/mère âgé de moins de 4 ans (12,8 %) et une personne chroniquement malade (13,6 %).

<sup>351</sup> L'insécurité alimentaire chronique caractérise les individus et les groupes qui se trouvent dans une incapacité permanente de satisfaire les besoins alimentaires minimums. Ces individus et ces groupes ne peuvent produire ou acheter les denrées dont ils ont besoin, ni en quantité ni en qualité suffisante. Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *op. cit.*, p. 25.

<sup>352</sup> Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INS, PAM, FAO, CILSS (2018), *op. cit.*, p. 74.

<sup>353</sup> Selon la FAO, sur la période 2016-2018, la suffisance des apports énergétiques alimentaires moyens – définie comme le rapport entre l'approvisionnement alimentaire en termes de calories et l'exigence énergétique alimentaire moyenne – s'est élevée, en Côte d'Ivoire, à 123 %. Pour plus de détails, voir le site de la FAO consultable sur <http://www.fao.org/faostat/fr/#country/107>

<sup>354</sup> Le résultat stratégique 5 du PNMN vise à renforcer la résilience des ménages face aux crises alimentaires et nutritionnelles, notamment par le biais de programmes d'assistance et d'interventions en faveur de l'autonomisation des femmes.

<sup>355</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire*, p. 38.

<sup>356</sup> Le résultat stratégique 3 du PNMN vise à accroître la disponibilité et l'accès à des aliments nutritifs et diversifiés pour la consommation.

<sup>357</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *op. cit.*, p. 34.

<sup>358</sup> La Côte d'Ivoire fait partie des six pays bénéficiaires du projet « Autonomisation des femmes et dividende démographique au Sahel » ou projet SWEDD. Initiative régionale qui couvre le Burkina Faso, le Mali, la Mauritanie, le Niger, le Tchad et la Côte d'Ivoire, le projet SWEDD bénéficie du financement de la Banque mondiale. Gouvernement de la Côte d'Ivoire (2019), *Programme social du gouvernement 2019-2020, Accélération de la mise en œuvre du Plan national de développement 2016-2020*.



<sup>359</sup> La proportion d'écoles préscolaires et primaires disposant de cantines fonctionnelles reste particulièrement faible (13 % dans le préscolaire, 33 % dans le primaire), et dans les établissements qui disposent de cantines, la Direction des cantines scolaires ne fournit de repas (payants à 25 FCFA) que pendant 18 jours sur les 120 que compte l'année scolaire. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*; Gouvernement de la Côte d'Ivoire, OCDE (2018), *Suivi de la mise en œuvre des réformes vers l'émergence de la Côte d'Ivoire*, Rapport d'avancement n° 3, p. 54.

<sup>360</sup> La FAO définit les systèmes alimentaires comme les éléments et activités impliqués dans la production, la transformation, la distribution, la préparation et la consommation des aliments ainsi que les résultats de ces activités, notamment au niveau de la nutrition et de la santé. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (2002), *Agriculture, alimentation et nutrition en Afrique : un ouvrage de référence à l'usage des professeurs d'agriculture*, consultable sur <http://www.fao.org/3/w0078f/w0078f04.htm#bm04>

<sup>361</sup> Outre la Primature et les ministères de l'Agriculture et du Développement rural et de la Santé et de l'Hygiène publique, les ministères finançant des interventions spécifiques ou sensibles à la nutrition comprennent le ministère des Ressources animales et halieutiques, le ministère de la Promotion de la riziculture, le ministère de l'Hydraulique, le ministère de l'Assainissement et de la Salubrité, le ministère de l'Équipement et de l'Entretien routier, le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement technique et de la Formation professionnelle, le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique, le ministère du Commerce, de l'Artisanat et de la Promotion des PME, le ministère de l'Industrie et des Mines et le ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant.

<sup>362</sup> Le CONNAPE est la plateforme de coordination multisectorielle placée au niveau de la Primature. Il a remplacé le Conseil national pour la nutrition mis en place en 2014 suite à l'adhésion de la Côte d'Ivoire au mouvement Scaling Up Nutrition (SUN).

<sup>363</sup> En 2003, à Maputo, les chefs d'État africains ont pris l'engagement de consacrer 10 % du budget de l'État à l'agriculture.

<sup>364</sup> À ces dépenses, il conviendrait d'ajouter une partie des crédits alloués au financement des activités transversales et de renforcement du système de santé financées par le ministère (environ 90 % du total des dépenses) et à la santé reproductive, maternelle et néonatale (environ 1 % du total) qui bénéficient également au secteur de la nutrition. Dans sa présentation actuelle, le budget du MSHP ne permet pas cependant de chiffrer le montant de l'ensemble des dépenses sensibles à la nutrition. République de Côte d'Ivoire (2019), *Analyse de la cartographie des ressources dans le secteur de la santé en Côte d'Ivoire*, pp. 19-20.

<sup>365</sup> La mise en place d'une plateforme nationale d'information pour la nutrition (NIPN) est financée à hauteur de 2 millions d'USD par l'Union européenne. Le développement de la NIPN bénéficie également du soutien du DFID, de la Fondation Bill-&Melinda-Gates et de l'UNICEF.

<sup>366</sup> Le C2D est un dispositif permettant de convertir la dette remboursée en subventions pour des projets au bénéfice des populations,

choisis d'un commun accord entre la Côte d'Ivoire et la France. Deux C2D sont en cours d'exécution pour la période 2012-2020, pour un montant global de 1151 milliards de FCFA (environ 1,92 milliard d'USD).

<sup>367</sup> L'initiative Power of Nutrition est un partenariat public-privé lancé en 2015 par le Département du développement international (DFID) du Royaume-Uni, la Fondation du fonds d'investissement pour l'enfance (CIFF) et la Fondation UBS Optimus. Il vise à mobiliser des fonds afin de permettre la mise en œuvre de programmes de nutrition à l'échelle. Le site de Power of Nutrition est consultable, en anglais, sur <https://www.powerofnutrition.org>

<sup>368</sup> Les régions sélectionnées sont considérées comme des zones à forte prévalence et à prévalence intermédiaire de malnutrition. Elles comprennent le Poro, le Tchologo, la Bagoué, le Bounkani, le Gontougo, le Kabadou, le Folon, le Bafing, Le Worodougou, le Béré, le Haut-Sassandra, la Marahoué, l'Iffou et le Bélier.

<sup>369</sup> Les plateformes de mobilisation communautaire FRANC seront mises en place avec l'appui des unités locales de gestion du projet et dotées d'un comité de pilotage placé sous la supervision directe des chefs et des leaders des villages ciblés. Leurs membres seront chargés de conduire des activités telles que des visites à domicile, le dépistage actif de la malnutrition, le suivi de la croissance et des démonstrations culinaires participatives. Ils auront la responsabilité d'organiser des réunions sur des thèmes tels que la gestion des grossesses, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'hygiène et l'assainissement, la diversification de la production vivrière et la diversité de l'alimentation, la conservation des aliments, la planification familiale, la stimulation cognitive, l'éducation parentale et la gestion des maladies et de la malnutrition.

<sup>370</sup> Présidé par le Premier ministre, le comité décisionnel comprend le ministre chargé du Plan et du Développement, le ministre chargé des Affaires sociales, le ministre chargé de l'Économie et des Finances, le ministre chargé de l'Hydraulique, le ministre en charge de l'Éducation nationale, le ministre en charge du Commerce, le ministre en charge de la Recherche scientifique, le ministre en charge des Ressources animales et halieutiques, le ministre en charge de la Santé, le ministre en charge de l'Agriculture, le ministre en charge de l'Industrie, le ministre en charge de la Famille, de la Femme et de l'Enfant et le ministre du Budget.

<sup>371</sup> Article 28 de la Convention internationale des droits de l'enfant : 1. Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances : ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous ; ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin ; ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés ; ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles ; ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

<sup>372</sup> Entre 2008 et 2014, le taux brut de scolarisation (TBS) au primaire est passé de 76,2 %

à 95,4 %, parmi lesquels 98,2 % pour les garçons et 92,4 % pour les filles.

<sup>373</sup> Ministère du Plan et du Développement (2016), *Plan national de développement 2016-2020*, Tome 1, p. 74.

<sup>374</sup> Ce taux tient compte des structures préscolaires du MENETFP, du ministère de l'Emploi et de la Protection sociale (MEPS) et du ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE).

<sup>375</sup> MENETFP (2018), *Rapport de performance du secteur éducation/formation*, 2017.

<sup>376</sup> *Ibid.*

<sup>377</sup> MENET, UNICEF (2015), *Étude nationale sur la situation des enfants et adolescents en dehors de l'école en Côte d'Ivoire (ENSEA)*, pp. 88 et 93.

<sup>378</sup> La comparaison des données de la MICS-5 avec celles de l'EDS-III montre que le taux d'analphabétisme a diminué pour les jeunes femmes de 15-24 ans de 56,1 % en 2012 à 52,8 % en 2016. En revanche, la proportion des garçons analphabètes de la même tranche d'âge a augmenté de 33,4 % à 36,2 % au cours de cette période.

<sup>379</sup> Groupe de la Banque mondiale (2017), *Le défi des compétences : Pourquoi la Côte d'Ivoire doit réformer son système éducatif*, p. 30.

<sup>380</sup> InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *Enfants talibés et écoles coraniques en Côte d'Ivoire : Enjeux et perspectives*.

<sup>381</sup> MENETFP (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*.

<sup>382</sup> MENETFP (2018), *op. cit.*

<sup>383</sup> Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNESCO, UNICEF (2016), *Rapport d'état sur le système éducatif national (RESEN)*.

<sup>384</sup> Groupe de la Banque mondiale (2017), *op. cit.*, pp. 39-40.

<sup>385</sup> AFD (2018), *Les collèges de proximité en Côte d'Ivoire au prisme de l'approche par les capacités*, Papier de recherche 2018-80, consultable sur <https://www.reseau-far.com/les-colleges-de-proximite-en-cote-divoire-au-prisme-de-lapproche-par-les-capacites>

<sup>386</sup> MENETFP (2018), *op. cit.*

<sup>387</sup> Les cotisations demandées par les comités de gestion des établissements scolaires (COGES), qui peuvent être particulièrement élevées dans certaines localités, sont très mal vécues par les ménages qui y voient une remise en cause du principe de gratuité de l'éducation pour les enfants de 6-16 ans. ENSEA (2019), *Étude TRaC sur les déterminants de la scolarisation de la fille en Côte d'Ivoire*.

<sup>388</sup> En 2017-2018, Le Programme alimentaire mondial (PAM) a assuré la distribution de repas gratuits dans environ 5 % des écoles pendant 117 jours. Gouvernement de Côte d'Ivoire, OCDE (2018), *Suivi de la mise en œuvre des réformes vers l'émergence de la Côte d'Ivoire*, Rapport d'avancement n° 3, p. 54.

<sup>389</sup> Gouvernement de Côte d'Ivoire, OCDE (2018), *op. cit.*, p. 54.

<sup>390</sup> Les montants des subventions sont fixés à 120 000 FCFA par élève et par an dans le 1<sup>er</sup> cycle de l'éducation secondaire et à 140 000 FCFA dans le 2<sup>e</sup> cycle.

<sup>391</sup> La déclaration de naissance est officiellement gratuite si elle est faite dans un délai de trois mois après la naissance. Pour obtenir l'acte de naissance, les parents doivent s'acquitter de 500 FCFA de droits de timbre et de 300 FCFA de frais administratifs aux-

quels s'ajoutent des « faux frais » annexes, ainsi que les frais de transport des agents bénévoles des sous-préfectures : le coût total varie ainsi entre 2000 FCFA et 7000 FCFA selon les régions. Lorsque la déclaration a lieu au-delà des trois mois, l'enregistrement se fait au moyen d'un jugement supplétif d'un montant de 15000 FCFA par enfant (hors frais annexes).

<sup>392</sup> On observe de fortes concentrations d'enfants scolarisés sans extrait de naissance dans le Centre-Ouest (Haut-Sassandra : 11 % du total des enfants inscrits sans certificat; Marahoué : 6,5 %), l'Ouest (Tonkpi : 6,5 %; Guémon : 5,2 %), le Sud-Ouest (Nawa : 7 %) et le Sud du pays (Lôh-Djiboua : 5,9 %; Abidjan : 4,8 %).

<sup>393</sup> UNICEF (2017), *Étude sur la situation des enfants et des adolescents hors du système scolaire vivant avec un handicap en Côte d'Ivoire*.

<sup>394</sup> Il existe deux établissements publics pour enfants en situation de handicap, l'INIPA (Institut national ivoirien pour la promotion des aveugles) et l'ECIS (École ivoirienne pour les sourds), ainsi que des structures privées prenant en charge l'éducation des enfants souffrant de déficiences intellectuelles et psychiques. Toutefois, les capacités d'accueil de ces différents centres restent insuffisantes au regard des besoins. Par ailleurs, l'intégration dans les classes classiques des enfants souffrant de déficiences psychiques et intellectuelles semble difficile à réaliser et d'autres options devraient être envisagées. BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *Rapport de suivi conjoint au Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies : Examen périodique universel (EPU) de la Côte d'Ivoire*, p. 10.

<sup>395</sup> MENETFP, UNICEF (2016), *Plan stratégique d'accélération de l'éducation des filles 2016-2018*.

<sup>396</sup> InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*

<sup>397</sup> Selon la MICS-5, en milieu rural, 50 % des 12-18 ans et 57,2 % des filles de cette tranche d'âge ne sont pas scolarisés.

<sup>398</sup> ENSEA (2019), *op. cit.*

<sup>399</sup> Arrêté n° 0031/MENETFP/DELIC du 5 mars 2019 portant report de scolarité dans le système éducatif ivoirien.

<sup>400</sup> Selon les données du PASEC 2014, la proportion selon les régions des filles et des garçons au-dessus du seuil suffisant de compétences en mathématiques en début de scolarité est la suivante. Abidjan – Filles : 45 %, garçons : 58,1 % ; Est – Filles : 39,1 %, garçons : 51,5 % ; Centre – Filles : 23,1 %, garçons : 41,3 % ; Sud – Filles : 20,1 %, garçons : 26 % ; Ouest – Filles : 28,3 %, garçons : 34,5 % ; Nord – Filles : 9,6 %, garçons : 33 %. En fin de scolarité, la proportion des filles et des garçons au-dessus du seuil suffisant de compétences en mathématiques s'élevé selon les régions à : 31,1 % pour les filles contre 50,7 % pour les garçons à Abidjan ; 34,4 % pour les filles contre 43,8 % pour les garçons dans la région Est ; 24,8 % pour les filles et 30,7 % pour les garçons dans la région Centre ; 19,2 % pour les filles et 30 % pour les garçons dans le Sud ; 13,3 % pour les filles et 17,6 % pour les garçons dans l'Ouest ; 7,6 % pour les filles et 11,9 % pour les garçons dans le Nord.

<sup>401</sup> Direction de la veille et du suivi des programmes du MENETFP (DVSP), 2017.

<sup>402</sup> MENETFP (2019), *Résultats préliminaires de l'évaluation des apprentissages de base*

*en lecture (EGRA) et en mathématiques (EGMA) dans les classes de CP2 et CE1 en Côte d'Ivoire*.

<sup>403</sup> Dans 13 DREN/DDEN sur 41, le taux de réussite reste toutefois inférieur à 50 %, avec un minimum de 28,14 % dans la DDEN d'Issia dans le Haut-Sassandra.

<sup>404</sup> Keeves, J.P. (1995). *The World of School Learning : Selected Key Findings from 35 Years of IEA Research*. The Hague : IEA.

<sup>405</sup> MENETFP (2018), *Rapport de performance du secteur éducation-formation 2017*.

<sup>406</sup> Lee, J., Rhee, D.E., Rudolf, R. (2019), « Teacher Gender, Student Gender, and Primary School Achievement: Evidence from Ten Francophone African Countries », *The Journal of Development Studies*, vol. 55, n° 4, pp. 661-679.

<sup>407</sup> Lancée avec l'appui de l'UNICEF, l'initiative « Enseignantes protectrices des filles » permet de désigner et de former une enseignante par école afin qu'elle serve de référent et d'appui aux élèves victimes de violences sexuelles.

<sup>408</sup> Montant des crédits inscrits dans la loi de finances initiale pour 2019.

<sup>409</sup> La déclaration d'Incheon adoptée en 2015 recommande que les pouvoirs publics consacrent de 4 à 6 % de leur produit intérieur brut (PIB) et/ou au moins 15 % à 20 % du montant total de leurs dépenses publiques à l'éducation, en mettant l'accent sur l'éducation de base. [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656\\_fre](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000245656_fre)

<sup>410</sup> Données du Groupe mondial, consultables sur : <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SE.XPD.PRIM.PC.ZS?locations=CI> ; <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SE.XPD.SECO.PC.ZS?locations=CI>

<sup>411</sup> En 2012, les dépenses courantes représentaient 91 % du total des dépenses d'éducation et de formation. UNICEF (2014), *Analyse de la situation de l'enfant en Côte d'Ivoire*.

<sup>412</sup> Les comités de gestion des établissements scolaires (COGES) ont été créés en 1995. En 2012, leur mission, leur fonctionnement et leurs attributions ont été redéfinis et la Direction de l'animation, de la promotion et du suivi des comités de gestion des établissements scolaires (DAPS-COGES) a été créée au sein du MENETFP.

<sup>413</sup> OCDE (2018), *op. cit.*, p. 52.

<sup>414</sup> MENETFP (2018), *Rapport de performance du secteur éducation-formation 2017*.

<sup>415</sup> MENETFP (2017), *Plan sectoriel éducation-formation*.

<sup>416</sup> Groupe de la Banque mondiale (2017), *op. cit.*, p. 33.

<sup>417</sup> Ce mécanisme présente toutefois le risque de créer un effet d'éviction au détriment des autres titres de dette publique et d'être plus coûteux qu'un emprunt classique. UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire pour la préparation d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*, p. 139.

<sup>418</sup> En partant du double postulat que 60 % des citoyens ivoiriens résident à l'étranger – soit 744 000 personnes – souscriraient, pour un montant moyen de 1 million de FCFA à une émission d'obligations les ciblant, cette opération permettrait de dégager 744 milliards de FCFA de ressources supplémentaires. UNICEF (2018), *op. cit.*, p. 143.

<sup>419</sup> Groupe de la Banque mondiale (2017), *op. cit.*

<sup>420</sup> Le Groupe technique des ONG pour l'éducation (GTOE), qui fédère les ONG pour l'éducation, et le réseau ivoirien pour la promotion de l'éducation pour tous (RIP-EPT) qui rassemble les syndicats d'enseignants et les associations de parents.

<sup>421</sup> Universalia (2018), *Évaluation sommative de l'appui du GPE à l'éducation au niveau des pays*, Rapport final V3, pp. 23-24. Consultable sur [https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/cote\\_divoire\\_gpe-evaluation-final\\_report\\_.pdf](https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/cote_divoire_gpe-evaluation-final_report_.pdf)

<sup>422</sup> Selon le RESEN 2016, en 2014, le degré d'aléa dans l'allocation des enseignants était de 55 % dans les structures préscolaires et de 43 % dans le primaire.

<sup>423</sup> Les parents participent financièrement au fonctionnement des COGES à hauteur de 50000 FCFA par an dans le secondaire et de 2000 FCFA par an dans le primaire. Toutefois, dans le primaire, ce montant peut varier en fonction des établissements.

<sup>424</sup> Jusqu'au vote de la loi du 19 novembre 2018, les règles régissant l'état civil étaient fixées par la loi du 7 octobre 1964, modifiée par celles du 2 août 1983 et du 14 décembre 1999.

<sup>425</sup> Article 41 de la loi n° 2018-862 du 19 novembre 2018.

<sup>426</sup> UNICEF (2014), *La situation des enfants en Côte d'Ivoire*.

<sup>427</sup> Annuaire statistique de l'état civil 2018.

<sup>428</sup> Ministère d'État, Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité (2017), *Évaluation complémentaire du système d'enregistrement des faits d'état civil et de production des statistiques vitales de la Côte d'Ivoire*.

<sup>429</sup> Selon le rapport de l'UNICEF sur l'état des lieux de la protection de remplacement paru en 2014, seuls 18 % des enfants non déclarés et pris en charge dans le cadre d'une mesure de protection de remplacement avaient pu obtenir un jugement supplétif régularisant leur état civil.

<sup>430</sup> Afin d'encourager la scolarisation des enfants, le MENETFP ne demande pas d'extrait de naissance pour l'inscription au primaire, mais l'exige au CM2 afin que l'enfant puisse passer l'examen d'entrée en 6<sup>e</sup>. En début de CM2, de nombreux parents adressent au tribunal compétent une requête pour l'établissement d'un jugement supplétif en attribuant à l'enfant un âge largement inférieur à son âge réel (phénomène des « Re-Nés »). Cette pratique permet ensuite de contourner les limites d'âge au niveau de l'école primaire. Les données du SIGE pour 2018-2019 montrent que le nombre d'enfants scolarisés au primaire et n'ayant pas de certificat de naissance diminue ainsi de 60 % entre le CM1 et le CM2.

<sup>431</sup> Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme, circulaire n° 007/MJDH/CAB, 4 octobre 2019.

<sup>432</sup> La MICS-4 indiquait que 71 % des enfants âgés de 2-14 ans avaient été victimes de châtements physiques et 21 % avaient subi des châtements physiques sévères. Toutefois, la MICS 2006 ne prenait en compte que les enfants âgés de 2 à 14 ans alors que la MICS-5 inclut dans son enquête les enfants âgés de 1 à 2 ans, ce qui a tendance à réduire mécaniquement l'incidence du recours aux méthodes de discipline violente, car les enfants de cette tranche d'âge y sont proportionnellement moins exposés que les autres.

<sup>433</sup> Indigo Côte d'Ivoire, Interpeace (2015), *op. cit.* ; Interpeace, Indigo Côte d'Ivoire (2017), *Exister par le Gbonhi*.



<sup>434</sup> Selon les statistiques de l'Union internationale des télécommunications (UIT), le taux de pénétration de la téléphonie mobile au sein de la population (nombre d'abonnés à un réseau pour 100 habitants) dépassait ainsi les 134 % en 2018. Pour autant, les données de la MICS-5 et des preuves anecdotiques suggèrent que la majorité des adolescents et des jeunes, en particulier les plus pauvres d'entre eux, ceux qui vivent en milieu rural et ceux qui se trouvent hors du système scolaire, ont encore un accès très limité, voire nul, aux technologies numériques. Selon la MICS-5, seuls 9,6 % des filles âgées de 15-19 ans et 23,7 % des garçons du même âge avaient utilisé Internet une fois par semaine durant le mois précédant l'enquête.

<sup>435</sup> Pour plus d'informations sur le cyberharcèlement, voir la fiche sur le sujet consultable sur <https://www.unicef.org/fr/mettre-fin-violence/parler-harcèlement-votre-enfant> et le rapport en anglais consultable sur <https://www.unicef.org/endlivelihood/endlivelihoodonline>

<sup>436</sup> Les détails du sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/v2/opinion/3425>

<sup>437</sup> Au lendemain du conflit qui a exacerbé les violences sexuelles, l'EDS-III estimait que 4,7 % des femmes de 15-19 ans avaient subi des actes de violence sexuelle au cours des douze mois précédant l'enquête, et que 5,9 % des 15-17 ans avaient subi des actes de violence physique et sexuelle au cours de la même période.

<sup>438</sup> ONUCI, HCDH (2016), *Rapport sur les viols et leur répression en Côte d'Ivoire*.

<sup>439</sup> MENET, UNICEF (2015), *op. cit.*

<sup>440</sup> Dans les écoles étudiées, 12 % des élèves avaient été harcelés sexuellement et 16 % avaient subi un viol ou un attouchement sexuel par un enseignant. Par ailleurs, 7,1 % des élèves s'étaient vu proposer une relation sexuelle par un enseignant en contrepartie d'avantages divers. MENET, UNICEF (2015), *op. cit.*

<sup>441</sup> MENETFP (2018), *Rapport de performance du secteur éducation-formation 2017*.

<sup>442</sup> Selon le Système intégré de protection de l'enfance (SIPE), 23 cas de MGF/E ont été pris en charge par les services sociaux en 2018. En 2016 et 2017, aucun cas n'avait été recensé par le Système de gestion des informations sur la VBG (GBVIMS) du MFFE.

<sup>443</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF, consultable sur <https://data.unicef.org/resources/fgm-country-profiles>

<sup>444</sup> UNICEF, CPC Learning Network (2019), *Mesurer la protection de l'enfant et les normes sociales au niveau local en Côte d'Ivoire : Une enquête basée sur la population dans le département de San Pedro et la commune d'Abobo*.

<sup>445</sup> Le SIPE a recensé, en 2018, 38 mariages précoces, dont 10 avant l'âge de 15 ans. Le GBVIMS avait comptabilisé, en 2017, 79 mariages précoces, dont quatre avant l'âge de 15 ans et, en 2016, 55 mariages, dont sept avant l'âge de 15 ans.

<sup>446</sup> On compte dix plateformes « protection » généralistes, 52 plateformes dédiées spécifiquement aux VBG et 74 aux OEV.

<sup>447</sup> Arrêté n° 0112/MENET/CAB du 24 décembre 2014.

<sup>448</sup> La Constitution du 8 novembre 2016 interdit en son article 5 l'esclavage, la traite des

êtres humains, le travail forcé, la torture physique ou morale, les traitements inhumains, cruels, dégradants et humiliants, les violences physiques, les mutilations génitales féminines ainsi que toutes autres formes d'aviilissement de l'être humain. La loi du 23 décembre 1998 prévoit une peine d'emprisonnement de 1 à 5 ans ainsi qu'une amende pouvant s'élever jusqu'à 2 millions de FCFA à l'encontre de toute personne qui commet une MGF/E et des parents de la victime jusqu'au quatrième degré qui ont commandité la MGF/E ou qui, la sachant imminente, n'ont rien fait pour l'empêcher; si l'auteur est membre du corps médical ou paramédical, la peine encourue est doublée et il s'expose également à une interdiction d'exercer sa profession pendant cinq années. Si la victime meurt des suites de son opération, la peine est portée de cinq à vingt ans d'emprisonnement. Le premier procès pour excision a eu lieu en juillet 2012 et le tribunal de Katiola a condamné neuf exciseuses à des amendes de 50000 FCFA et à une peine d'un an de prison avec sursis seulement en raison de leur âge (45 à 91 ans). En 2013, quatre personnes ont été condamnées à une amende de 30000 FCFA et six mois de prison ferme pour avoir fait exciser une fillette.

<sup>449</sup> Les cliniques ont été déployées à partir de 2013 dans le cadre du Projet d'appui à l'amélioration de l'accès aux droits et à la justice pour tous (PALAJ). Ces cliniques fournissent des services juridiques gratuits à ceux qui les sollicitent, notamment par des consultations juridiques à caractère confidentiel, l'orientation juridique/judiciaire et l'éducation juridique des communautés et des acteurs de développement local.

<sup>450</sup> La loi de 1964 fixe actuellement l'âge minimal du mariage à 21 ans pour les garçons et 18 ans pour les filles. En cas d'autorisation parentale, une jeune fille peut toutefois se marier dès l'âge de 16 ans.

<sup>451</sup> La médiation des membres de la famille, des imams et de la police permettrait ainsi de prévenir de plus en plus de mariages précoces et forcés. Entretien téléphonique avec Mme Diabaté F., secrétaire générale de l'Association des femmes juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI) et directrice du PALAJ, 31 mai 2018, cité par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (2018), *COI Focus, Côte d'Ivoire, Le mariage forcé*, p. 19, consultable sur [https://www.ecoi.net/en/file/local/1455605/4792\\_1546055352\\_coi-focus-Côte-d'Ivoire-le-mariage-forcé.pdf](https://www.ecoi.net/en/file/local/1455605/4792_1546055352_coi-focus-Côte-d'Ivoire-le-mariage-forcé.pdf)

<sup>452</sup> Chaque complexe socio-éducatif du MFFE comprend un centre social employant des travailleurs sociaux qualifiés, un service d'éducation spécialisée (pour les enfants vivant avec un handicap, ceux qui sont en difficulté sociale ou en conflit avec leur milieu) et un service préscolaire de la petite enfance.

<sup>453</sup> À Abidjan, on compte un centre social pour plus d'un million d'habitants dans la commune d'Abobo contre un pour environ 100000 habitants dans la commune de Treichville; Socieux+ (2019), *Rapport de diagnostic de l'action sociale en Côte d'Ivoire*, p. 25.

<sup>454</sup> Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (2018), *op. cit.*

<sup>455</sup> Westerveld, R., Ross, F.J., Parkes, J., Heslop, J., Unterhalter, E. (2017), *Lutter contre les violences basées sur le genre en milieu scolaire en Côte d'Ivoire, étude exploratoire*, UCL Institution of Education.

<sup>456</sup> Lorsqu'un mineur est victime de violences ou de pratiques néfastes, il ne peut porter plainte mais seulement dénoncer les faits.

<sup>457</sup> Comité des droits de l'enfant, *Observations finales concernant le second rapport périodique de la CI*, 31 mai 2019.

<sup>458</sup> Le premier procès pour mariage des enfants a eu lieu à Bouaké en 2014. Un père qui souhaitait marier sa fille de 11 ans à un homme de 27 ans a été condamné à un an de prison ferme et 360000 FCFA d'amende, mais le mari prévu n'a pas été inquiété par la justice. Depuis lors, le nombre de procès engagés pour mariage précoce reste incertain.

<sup>459</sup> Association internationale de lutte contre les violences (AILV), Association pour la protection des droits de l'enfant (APDE) (2016), *Étude diagnostique des mariages d'enfants précoces et forcés dans trois communes d'Abidjan (Treichville, Adjamé, Abobo)*.

<sup>460</sup> Westerveld, R., Ross, F.J., Parkes, J., Heslop, J., Unterhalter, E. (2017), *op. cit.*

<sup>461</sup> UNICEF, MENET (2015), *op. cit.*

<sup>462</sup> Selon l'enquête du MENET et de l'UNICEF menée dans 51 écoles primaires et 31 écoles secondaires, lorsqu'un enseignant constate qu'un élève est victime de violences physiques dans la sphère familiale, il choisit de ne pas intervenir dans 80 % des cas au motif que les parents ont le droit d'éduquer leurs enfants comme ils l'entendent. De même, lorsqu'ils apprennent qu'un de leurs collègues se rend coupable de violence physique à l'encontre d'un élève, seuls 16 % des enseignants engagent un dialogue avec l'auteur présumé des violences et moins de 10 % alertent l'administration. Enfin, lorsqu'un élève les informe qu'il a subi des violences sexuelles de la part d'un autre enseignant, dans près de 60 % des cas, ils ne donnent pas suite; dans 38 % des cas, ils prennent contact avec l'enseignant concerné; et dans moins de 3 % des cas, ils saisissent l'administration. UNICEF, MENET (2015), *op. cit.*

<sup>463</sup> ONUCI, HCDH (2016), *op. cit.*

<sup>464</sup> Selon cette étude, les autres motifs de mariages précoces sont, dans 23 % des cas la prévention des rapports sexuels et grossesses hors mariage, dans 10 % des cas la religion et les coutumes, et dans 9 % des cas la nécessité de respecter la parole donnée ou de s'acquitter d'une dette contractée. CGRA, 2018, *op. cit.*, p. 10.

<sup>465</sup> Pour plus d'informations sur ce point : Jones, H., Pell, K., *Entraver l'apprentissage : Preuves longitudinales multinationales sur les châtements corporels dans les écoles*, Innocenti Research Brief, consultable sur <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/IRB%202016-6F.pdf>

<sup>466</sup> CGRA (2018), *op. cit.*, p. 18.

<sup>467</sup> Sylvie Braibant (2016), *S'appuyer sur les matrones, le combat singulier de Martha Diomandé contre l'excision*, TV5Monde, consultable sur <https://information.tv5monde.com/terriennes/s-appuyer-sur-les-matrones-le-combat-singulier-de-martha-diomandé-contre-l-excision-86135>

<sup>468</sup> Selon l'EDS-III, 19,4 % des femmes et 16,1 % des hommes de 15-49 ans pensent que l'excision est une obligation religieuse : c'est le cas notamment d'un tiers des femmes (33,36 %) et un quart des hommes (26,4 %) d'origine mandé, d'environ une femme Gur (25 %) et d'autre nationalité (26,3 %) sur quatre et d'un homme d'autre nationalité sur trois (30,4 %). La croyance erronée selon laquelle la religion exige de perpétuer la pratique des MGF/E est partagée par 31,1 % des musulmans et 29,7 % des musulmans, 15,1 % des femmes et 10,5 % des hommes animistes et 12,1 % des femmes et 4,3 % des hommes catholiques.

- 469 UNICEF, CPC Learning Network (2019), *op. cit.*
- 470 Westerveld, R., Ross, F.J., Parkes, J., Heslop, J., Unterhalter, E. (2017), *op. cit.*
- 471 Indigo Côte d'Ivoire, Interpeace (2015), *op. cit.*
- 472 Pour plus de détails sur la définition du travail des enfants, voir le site de l'OIT consultable sur <https://www.ilo.org/ipec/facts/lang-fr/index.htm>
- 473 Au sens de l'indicateur MICS 8.2, les enfants impliqués dans le travail des enfants sont définis comme les enfants impliqués dans des activités économiques au-dessus des seuils d'âge spécifiques, les enfants impliqués dans les tâches ménagères au-dessus des seuils d'âge spécifiques, et les enfants impliqués dans les travaux dangereux.
- 474 En milieu rural, près des deux tiers des 5-17 ans (70,9 %) travaillent dans le secteur agricole, contre un peu moins de 20 % dans celui du travail domestique (18,4 %), 7,9 % dans le commerce, 1 % dans les mines et 0,4 % dans les transports. En milieu urbain, un tiers des enfants (33,1 %) travaillent dans le commerce, un peu moins d'un tiers d'entre eux accomplissent des tâches domestiques (30,9 %), un quart travaille dans l'agriculture (26,4 %), 3,3 % dans les transports et 1,1 % dans les mines. Ministère d'État, ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Formation professionnelle, OIT, INS (2012), *Étude des phénomènes de la traite et du travail des enfants dans les secteurs de l'agriculture, des mines, du transport, du commerce et du domestique*.
- 475 *Ibid.*, p. 63.
- 476 Selon le système de suivi et de remédiation mis en place dans le cadre du Plan Cacao Nestlé, en février 2017, 19,3 % des 40000 enfants suivis dans la zone cacaoyère étaient en situation de travail des enfants. Ce taux était supérieur pour les enfants âgés de plus de 12 ans avec un maximum chez ceux âgés de 16 ans (33,3 %) et 17 ans (36 %). Nestlé Cocoa Plan (2017), *Lutter contre le travail des enfants*, consultable sur [https://www.nestlecocoaplanreport.com/sites/default/files/2017-10/NestleCocoaPlanReport2017\\_FR\\_0.pdf](https://www.nestlecocoaplanreport.com/sites/default/files/2017-10/NestleCocoaPlanReport2017_FR_0.pdf)
- 477 Selon le rapport 2017 du Département d'État des États-Unis sur les pires formes de travail des enfants, les enfants sont présents dans la production de céréales, de cacao, d'ananas, de café, d'huile de palme, d'anacarde, de miel, de caoutchouc, dans les activités liées à la pêche, l'élevage et l'abattage du bétail, la production de charbon de bois, les mines, l'orpillage artisanal, le travail domestique, la construction, le secteur du transport, du commerce et la vente dans la rue. US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *Findings on the Worst Forms of Child Labor*, Côte d'Ivoire ; Zoumana, F. (2018), *Enquête/Côte d'Ivoire/Travail des enfants : Comment les mineurs sont exploités par les adultes, les secteurs d'activités concernés*, Woroba.net, consultable sur <http://woroba-ci.com/cote-ivoire-travail-des-enfants-comment-les-mineurs-sont-exploites-par-les-adultes-les-secteurs-dactivites-concernes> ; Goh, D. (2016), « L'exploitation artisanale de l'or en Côte d'Ivoire : la persistance d'une activité illégale », *European Scientific Journal*, vol. 12, n° 3, pp. 18-36, consultable sur <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6949/6665>
- 478 Selon le rapport du Système d'observation et de suivi du travail des enfants en Côte d'Ivoire (SOSTECI), ceux qui emploient les enfants de moins de 16 ans mettent souvent en avant, comme première motivation, l'opportunité donnée à un jeune d'apprendre un métier. Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants, Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (2016), *Rapport de la phase 1 de pérennisation et d'extension du SOSTECI*, p. 36.
- 479 Selon la législation ivoirienne, les tâches qui se limitent à aider les parents à la maison, dans l'entreprise familiale sous certaines conditions, à gagner un peu d'argent de poche en dehors des heures de cours ou pendant les vacances scolaires ne sont pas considérées en tant que telles comme des tâches relevant du travail des enfants. Arrêté n° 2017-016 MPES/CAB du 2 juin 2017 déterminant la liste des travaux légers autorisés aux enfants dont l'âge est compris entre 13 et 16 ans.
- 480 Zoumana F. (2018), *op. cit.*
- 481 Pilon M. (2005), *Confiance et scolarisation en Afrique de l'Ouest : éclairages à partir des sources de données démographiques*, Congrès de l'UIESP, séance n° 751, pp. 10-13. Consultable sur <https://core.ac.uk/download/pdf/39843217.pdf>
- 482 Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants, Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (2016), *op. cit.*
- 483 Goh, D. (2016), *op. cit.*
- 484 Kouadio, A.O., Azoh, F.J., Bonnel, M.L., et al. (2018), *Les collèges de proximité en Côte d'Ivoire au prisme de l'approche par les capacités*, Papiers de Recherche AFD, n° 2018-80, p. 29 ; Goh, D. (2016), *op. cit.*, p. 32.
- 485 Pour plus de détails sur le travail dangereux des enfants, voir la définition donnée par l'Organisation internationale du Travail, consultable sur <https://www.ilo.org/ipec/facts/lang-fr/index.htm>
- 486 Zoumana, F. (2018), *op. cit.* ; US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *op. cit.*
- 487 Ministère d'État, ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Formation professionnelle, OIT, INS (2012), *op. cit.*
- 488 Selon l'EPFTE 2011, 94 % du total des victimes de travail forcé dans le secteur du travail domestique sont des filles, contre 73,7 % dans le secteur du commerce et 33 % dans le secteur agricole.
- 489 US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *op. cit.*
- 490 La pratique de la mendicité forcée ne concerne pas les filles talibés qui sont plus fréquemment exploitées par leur précepteur comme vendeuses sur le marché. InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*, pp. 15-16.
- 491 Les autorités ivoiriennes avancent le chiffre de plus de 2000 enfants talibés d'origine ivoirienne, burkinabè, malienne, nigérienne et sénégalaise astreints à la mendicité forcée par leur maître coranique dans le Nord et le Centre de la Côte d'Ivoire. US Department of State (2018), *Trafficking in Persons Report 2018*, p. 154.
- 492 Les enfants talibés sont principalement de nationalité ivoirienne, malienne, nigérienne et burkinabè. De nombreux maîtres coraniques sont en effet originaires des pays limitrophes et attirent à eux des enfants venant souvent des mêmes pays qu'eux. InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *Enfants talibés et écoles coraniques en Côte d'Ivoire : Enjeux et perspectives*, p. 14.
- 493 InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *op. cit.*, p. 92.
- 494 Le Système intégré de protection de l'enfant indique seulement qu'en 2018, 19 jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle ont été prises en charge par les services sociaux, parmi lesquelles 9 étaient âgées de 10 à 14 ans. Aucun cas de prostitution forcée n'a été signalé en 2018. Pour 2016 et 2017, le Système de gestion des informations sur la violence basée sur le genre (GBVIMS) du ministère de la Femme, de la Protection de l'enfant et de la Solidarité (MFPES) n'avait également recensé aucun cas d'exploitation sexuelle ni de prostitution forcée.
- 495 Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants, Comité interministériel de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (2016), *op. cit.*
- 496 SOS Violences sexuelles, ECPAT (2016), *Analyse situationnelle de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales en Côte d'Ivoire*, basée sur des entretiens avec 251 enfants victimes d'ESEC.
- 497 Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida, Alliance Côte d'Ivoire (2015), *Analyse situationnelle des facteurs de vulnérabilité socio-économiques des jeunes filles victimes d'exploitation sexuelle face au VIH/sida, de leur accès aux services de santé de la reproduction et au planning familial dans le cadre de la mise en œuvre du Programme du Fonds mondial VIH volet communautaire*; Terre des Hommes Italia et Communauté Abel (2014), *Mineures et prostitution ; facteurs déterminants de la prostitution des filles mineures, un cas : ville de Grand-Bassam*.
- 498 SOS Violences sexuelles, ECPAT (2018), *Exploitation sexuelle des enfants en Côte d'Ivoire*, Rapport complémentaire au deuxième rapport périodique de la Côte d'Ivoire sur la mise en œuvre de la CIDE, p. 10.
- 499 Organisation internationale pour les migrations, Union européenne (2019), résultats mensuels mai 2017-sept. 2019, Initiative conjointe UE-OIM – Sahel, Lac Tchad et Libye.
- 500 Projet régional commun d'étude sur les mobilités des enfants et des jeunes en Afrique de l'Ouest et du Centre (2009-2010), consultable sur <https://fr.slideshare.net/Tdinfancia/quelle-protection-pour-les-enfants-concerces-par-la-mobilit-en-afrique-de-louest-2011>
- 501 Projet régional commun d'étude sur les mobilités des enfants et des jeunes en Afrique de l'Ouest et du centre (2009-2010), *op. cit.*, p. 31.
- 502 La traite des enfants se définit comme : i) le recrutement, le transport, l'achat, la vente, l'hébergement ou l'accueil d'un enfant ; ii) par la menace de recours ou le recours à la force ou à d'autres formes de contrainte, par enlèvement, fraude, tromperie, abus d'autorité ou d'une situation de vulnérabilité ou par l'offre ou l'acceptation de paiements ou d'avantages pour obtenir le consentement d'une personne ; iii) aux fins d'exploitation. Les formes d'exploitation incluent, sans s'y limiter, l'exploitation de la prostitution d'autrui ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, le travail forcé, l'esclavage ou des pratiques analogues comme la servitude ou le prélèvement d'organes ; Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000),



consultable sur [https://treaties.un.org/doc/source/docs/A\\_RES\\_55\\_25-F.pdf](https://treaties.un.org/doc/source/docs/A_RES_55_25-F.pdf)

<sup>503</sup> En ne prenant en compte que les victimes impliquées dans des activités économiques sur le territoire ivoirien et en retenant une définition restrictive de la traite (enfants âgés de 5 à 17 ans qui ne fréquentent pas l'école, qui ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques, qui ont changé de département ou de pays et qui effectuent des travaux dangereux), l'enquête EPFTE 2011 avait estimé le nombre d'enfants victimes de traite à plus de 77 000. Ministère d'État, ministère de l'Emploi, des Affaires sociales et de la Formation professionnelle, OIT, INS (2012), *op. cit.*, p. 45.

<sup>504</sup> Parmi les enfants victimes de nationalité étrangère, près de 30 % étaient originaires de Guinée, pour plus d'un quart du Burkina Faso, pour un quart du Ghana et un peu moins de 15 % du Sénégal. Selon le rapport du Département américain du travail de 2018 concernant la traite des personnes, de nombreux trafiquants du Nigeria, du Bénin, du Togo et du Ghana recrutent des enfants, notamment dans leurs pays respectifs, et les amènent en Côte d'Ivoire en vue de les exploiter comme domestiques, dans la prostitution ou le travail dans des mines d'or. US Department of Labor (2018), *Trafficking in persons*, p. 154.

<sup>505</sup> US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *Findings on the Worst Forms of Child Labor, Côte d'Ivoire*.

<sup>506</sup> US Department of Labor (2018), *Trafficking in Persons*, p. 154.

<sup>507</sup> *Ibid.*

<sup>508</sup> Signature avec le Burkina Faso d'un accord bilatéral dans le domaine de la traite et du travail des enfants en 2013; un décret pris en 2014 modifie les modalités de mise en œuvre de la loi de 2010 portant interdiction des pires formes de travail des enfants (PFTE); adoption en 2014 d'une loi modifiant le Code du tourisme et interdisant toute exploitation des êtres humains; adoption en 2015 d'une loi modifiant le Code du travail dans un sens plus protecteur pour les mineurs puisqu'il fixe à 16 ans, contre 14 ans auparavant, l'âge minimal pour être employé dans une entreprise et à 14 ans, sauf dérogation spéciale, l'âge minimal pour être apprenti; adoption en 2015 de la loi modifiant la loi du 7 septembre 1995 relative à l'enseignement rendant l'école obligatoire pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans assortie d'un Plan sectoriel éducation/formation 2016-2025; adoption de la loi du 8 novembre 2016 portant Constitution de la République et interdisant la traite, le travail forcé (art. 5) et le travail des enfants (art. 16); adoption en 2016 de la loi sur la lutte contre la traite des personnes qui interdit la traite des adultes et des enfants à des fins sexuelles et aggrave les peines encourues par les auteurs (entre 20 et 30 ans de prison et une amende en cas de traite d'un enfant); signature avec le Ghana d'un accord bilatéral dans le domaine de la traite et du travail des enfants en 2016; révision du Code de la fonction militaire interdisant le recrutement dans l'armée des enfants avant l'âge de 18 ans; deux arrêtés pris en 2017 fixent la liste des travaux dangereux et celle des travaux légers autorisés aux enfants âgés de 13 à 16 ans; intégration de la cible 8.7 des Objectifs de développement durable (ODD) dans son Plan national de développement 2016-2020 et adhésion à l'Alliance 8.7; ratification du protocole contre le trafic illicite de migrants par terre, air et mer, additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée en 2017; adoption, en septembre 2019, d'une circulaire

qui précise les amendes et peines d'emprisonnement encourues par les parents qui ne scolarisent pas leurs enfants âgés de 6 à 16 ans; ratification en 2019 du protocole de 2014 relatif à la Convention n° 29 de l'OIT sur le travail forcé (entrée en vigueur en novembre 2020) qui oblige les États à mettre en œuvre des plans d'action nationaux comportant des mesures de prévention, d'assistance, de réadaptation et d'indemnisation des victimes, indépendamment de leur présence ou de leur statut juridique sur le territoire.

<sup>509</sup> Selon le budget prévisionnel, la contribution au Plan d'action des programmes sociaux du gouvernement s'éleva à 25,1 milliards de FCFA. Le CIM contribuera à hauteur de 22 milliards et le CNS à hauteur de 3,6 milliards. 9,8 milliards seront apportés par les PTF, près de 7 milliards par le Conseil du café-cacao, 5 milliards par l'industrie du cacao et du chocolat et 100 millions par les ONG nationales. République de Côte d'Ivoire (2019), *Cadre stratégique du Plan d'action national de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants 2019-2021*.

<sup>510</sup> Les principes directeurs de l'ONU ont été évalués par consensus par le Conseil des droits de l'Homme de l'ONU en 2011 et représentent l'ensemble des principes de référence onusiens sur les entreprises et les droits de l'Homme. Consultables sur <https://www.business-humanrights.org/en/node/86615>

<sup>511</sup> Des informations détaillées sur les actions de l'ICI et les résultats obtenus en Côte d'Ivoire et au Ghana sont disponibles sur le site de l'organisation, consultable sur <https://cocoainitiative.org/fr/notre-travail/nos-resultats>

<sup>512</sup> Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*

<sup>513</sup> Barry Callebaut, Blommer, Cargill, Ferrero, The Hershey Company, Mars Incorporated, Mondelēz International, Nestlé et Olam.

<sup>514</sup> Pilon, M. (2005), *op. cit.*, p. 10-13. Consultable sur <https://core.ac.uk/download/pdf/39843217.pdf>, p. 3.

<sup>515</sup> Certains parents placent leurs enfants avant tout pour ne plus avoir à les prendre en charge; quant aux familles d'accueil, elles sont nombreuses à voir dans le confiage un moyen de se procurer à moindre coût une main-d'œuvre docile pour effectuer des tâches domestiques ainsi que divers travaux.

<sup>516</sup> Selon l'EDS-III, 4,3 % des enfants âgés de 12-14 ans ne vivant pas avec leurs deux parents effectuent un travail domestique pour une durée égale ou supérieure à 28 heures par semaine, contre 2,6 % des enfants qui vivent avec leurs deux parents. Pour plus de détails, voir la section concernant le travail, l'exploitation et la traite des enfants.

<sup>517</sup> UNICEF (2010), *Les enfants accusés de sorcellerie : Étude anthropologique des pratiques contemporaines relatives aux enfants en Afrique*.

<sup>518</sup> Agence ivoirienne de presse (2014), *Dans le supplice des handicapés de Songon, ces rejetés sociaux traités d'enfants serpents*, 14 février, consultable sur <http://news.abidjan.net/h/488003.html>

<sup>519</sup> Les préjugés et les discriminations subies par les enfants vivant avec l'albinisme sont abordés plus en détail dans le chapitre « Chaque enfant a des chances équitables dans la vie ».

<sup>520</sup> Agence France Presse (2018), *Côte d'Ivoire : triste sort des enfants autistes, maléfiques*, Handicap international, 4 mai, consultable sur <https://informations.handicap.fr/a-enfants-autistes-afrique-cote-ivoire-10817.php>

<sup>521</sup> La MICS-5 suggère que des progrès importants ont également été réalisés au niveau de la scolarisation des orphelins (65,5 % étaient scolarisés en 2016) et de celle des orphelins vivant en zone urbaine (76,4 %). Ces résultats ont toutefois été calculés sur un nombre limité de cas (25-49) non pondérés et devront être confirmés par d'autres enquêtes ultérieures.

<sup>522</sup> Point 21 : « Le placement en institution devrait être limité aux cas où cette solution est particulièrement appropriée, nécessaire et constructive pour l'enfant concerné et répond à son intérêt supérieur. » Lignes directrices relatives à la protection de remplacement pour les enfants (2010), *op. cit.*

<sup>523</sup> Selon les dernières données de routine disponibles, en 2017, 1 407 enfants étaient placés en institution. Les données de routine ne distinguent pas cependant les orphelins et enfants faisant l'objet d'une mesure de placement sur la longue durée des enfants placés en institution suite à la mesure de protection à titre temporaire.

<sup>524</sup> Selon les dernières estimations de l'OMS, le taux de prévalence du VIH chez les adultes âgés de 15 à 49 ans est passé de 5,1 % en 2005 à 3,6 % en 2010 et à 2,8 % en 2017. Base de données mondiales de l'OMS, consultable sur <http://apps.who.int/gho/data/node.main.618?lang=en>

<sup>525</sup> Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, mise à jour juillet 2019, consultable sur <https://data.unicef.org/resources/dataset/hiv-aids-statistical-tables>

<sup>526</sup> L'enquête VACS 2018, dont les résultats sont encore en cours de validation, devrait fournir prochainement des informations sur le sujet.

<sup>527</sup> En 2018, 40 % des 0-15 ans dépistés séropositifs ont reçu un traitement ARV. Base de données mondiale de l'UNICEF sur le VIH/sida, *op. cit.*

<sup>528</sup> Selon la MICS-5, seuls 66,7 % des hommes et 64,7 % des femmes pensent qu'un enfant vivant avec le VIH doit pouvoir aller à l'école avec des enfants séronégatifs. Par ailleurs, seuls 15,7 % des hommes et 7 % des femmes de 15-49 ans expriment des attitudes bienveillantes sur quatre indicateurs (être disposé à prendre soin d'un membre de la famille porteur du virus du sida dans son propre ménage, acheter des légumes à un marchand ou un vendeur séropositif, penser qu'une enseignante séropositive qui n'est pas malade doit être autorisée à enseigner, ne souhaiterait pas qu'on garde secret le statut d'un membre de la famille infecté par le VIH).

<sup>529</sup> Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires sociales (2010), *Cartographie et analyse du système de protection de l'enfant en Côte d'Ivoire*.

<sup>530</sup> Marguerat, Y. (2003), *À la découverte des enfants de la rue d'Abidjan : des visages et des chiffres pour les comprendre*, consultable sur [http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_7/divers2/010032403.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/divers2/010032403.pdf)

<sup>531</sup> Comité des droits de l'enfant (2018), *Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention*, Côte d'Ivoire, CRC/C/CIV/2.

<sup>532</sup> Interpeace, Indigo Côte d'Ivoire (2017), *Exister par le Gbonhi*.

<sup>533</sup> Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *Rapport complémentaire sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant par la République de Côte d'Ivoire*, p. 39.

<sup>534</sup> Décret n° 2016-1103 du 7 décembre 2016 portant création du Comité multisectoriel de lutte contre le phénomène des enfants en rupture sociale.

<sup>535</sup> RGP 2014 et MENETFP, UNICEF, ENSEA (2017), *Étude nationale sur les enfants de 3-18 ans en situation de handicap hors du système scolaire en Côte d'Ivoire*.

<sup>536</sup> Un projet de détection à la naissance des enfants atteints de surdité a été lancé dans les CHU.

<sup>537</sup> Ces deux centres sont l'INIPA (Institut national ivoirien pour la promotion des aveugles) et l'ECIS (École ivoirienne pour les sourds).

<sup>538</sup> Les 47 complexes socio-éducatifs du MFFE prennent en charge les enfants handicapés et celui de Bouaké a mis en place une école pour les enfants sourds dotée d'éducateurs spécialisés.

<sup>539</sup> 80 % des enfants recueillis dans les pouponnières souffrent de handicaps lourds.

<sup>540</sup> En 2017, la proportion des enfants vivant avec un handicap en dehors du système scolaire s'élevait à 78,6 % au niveau du préscolaire, 42,17 % au primaire, 60,39 % au secondaire premier cycle et 76,53 % au secondaire général deuxième cycle.

<sup>541</sup> Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *op. cit.*, p. 26.

<sup>542</sup> Depuis 2016, neuf tribunaux (Abidjan-Plateau, Abidjan-Yopougon, Man, Bouaké, Bondoukou, Korhogo, Guiglo, Odienné et Soubre) ont été dotés de SPJEJ grâce à l'appui de l'UNICEF et de l'AFD. Alors que l'action sociale des tribunaux était jusqu'alors réservée aux enfants en conflit avec la loi, la création des SPJEJ a permis de l'étendre de façon massive aux enfants en contact avec la loi.

<sup>543</sup> La loi n° 2019-574 portant Code pénal est entrée en vigueur le 10 juillet 2019.

<sup>544</sup> Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme, circulaire n° 007/MJDH/CAB, 4 octobre 2019.

<sup>545</sup> Dans de nombreuses communautés, la coutume autorise encore les mariages précoces et exclut généralement la fille et la femme du droit à l'héritage foncier ; Ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfant, Union européenne, ONU Femmes (2019), *L'égalité homme-femme en Côte d'Ivoire*. Par ailleurs, les enfants des femmes qui se marient avec le frère de leur mari défunt (cas de levirat) ou qui sont contraintes d'épouser le mari d'une sœur décédée (cas de sororat) sont exposés au risque de spoliation de leur héritage par le nouveau compagnon de leur mère ; Afrotribune (2017), *Lévirat : les réalités d'une coutume de mariage décriée en Afrique*, consultable sur <https://afrotribune.com/levirat-realites-dune-coutume-de-veuvage-decriee-afrique>. Enfin, en cas de refus d'une mère de se soumettre au levirat ou au sororat, cette dernière et ses enfants s'exposent aux violences de la belle-famille, à l'ostentation de la communauté et à des risques de perte définitive de droits sur l'héritage paternel et de vulnérabilité accrue ; Kouadio, T., Côte d'Ivoire, *Le levirat : « Les veuves font partie de l'héritage »*, GAMS, consultable sur <https://federationgams.org/2013/03/26/le-levirat-les-veuves-font-partie-de-lheritage-cote-divoire>

<sup>546</sup> Mokoro (2016), *Cote d'Ivoire Financial Benchmark for Child Protection*, p. 28.

<sup>547</sup> En 2014, le montant total des dépenses du budget de l'État hors service de la dette s'élevait à 3076 milliards de FCFA, soit environ 5,2 milliards d'USD. Ministère chargé du Budget

(2014), *Exécution du budget 2014*, consultable sur <http://budget.gouv.ci/uploads/docs/ccm-execution-budget-a-fin-decembre-2014.pdf>

<sup>548</sup> Mokoro (2016), *op. cit.*, p. 28.

<sup>549</sup> Par sa résolution du 28 juillet 2010, l'Assemblée générale des Nations Unies a reconnu que le droit à l'eau potable et à l'assainissement constitue un droit fondamental, essentiel à la pleine jouissance de la vie et à l'exercice de tous les droits de l'Homme. Assemblée générale des Nations Unies, résolution 64/192 à la 108<sup>e</sup> séance plénière, le 28 juillet 2010, consultable sur [https://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/64/49\(vol.III\)\(Supp\)&Lang=F](https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/64/49(vol.III)(Supp)&Lang=F)

<sup>550</sup> En 2015, le rapport de mortalité maternelle était de 645 décès pour 100 000 naissances vivantes et 10 % des décès étaient attribuables à des infections. Pour plus de détails, voir le chapitre « Chaque enfant survit et s'épanouit ».

<sup>551</sup> La MICS-5 ne fournit pas d'éléments sur ce point, mais l'EDS-III avait montré que le risque pour un enfant de moins de 5 ans d'avoir la diarrhée est plus élevé lorsqu'il utilise des toilettes améliorées partagées (19,2 % avaient eu la diarrhée au cours des deux semaines précédant l'enquête) ou des toilettes non améliorées (18 %) plutôt que des toilettes améliorées (15,8 %).

<sup>552</sup> UNICEF/OMS (2018), *Eau potable, assainissement et hygiène en milieu scolaire : Rapport sur la situation de référence au niveau mondial en 2018*, consultable sur <https://washdata.org/report/jmp-2018-wash-in-schools-fr>

<sup>553</sup> L'une des cibles de l'ODD 7 visait à réduire de moitié la part de la population dépourvue d'un accès durable à l'eau potable et aux services d'assainissement de base entre 1990 et 2015. Selon le bilan réalisé par le JMP, entre 1990 et 2015, la part de la population ivoirienne ayant obtenu un accès à une source d'eau améliorée n'a augmenté que de 34 % et celle ayant obtenu un accès à une installation d'assainissement amélioré n'a progressé que de 14 %. UNICEF/OMS (2015), *Progrès en matière d'assainissement et d'eau potable : mise à jour 2015 et évaluation des OMD*, consultable sur <https://washdata.org/file/137/download>

<sup>554</sup> La cible 6.1 des ODD vise à « assurer, d'ici 2030, l'accès universel et équitable à l'eau potable, à un coût abordable pour tous » ; la cible 6.2 des ODD vise à assurer, d'ici 2030, l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et à mettre fin à la défécation à l'air libre, en veillant tout particulièrement aux besoins des femmes et des jeunes filles et des personnes en situation vulnérable.

<sup>555</sup> Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Évaluation de la disponibilité et de la capacité opérationnelle des services de santé (SARA)*.

<sup>556</sup> Pour plus d'informations sur l'échelle JMP, voir UNICEF/OMS (2017), *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène*, consultable sur [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/JMP-2017-report-final-highlights-fr.pdf](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/JMP-2017-report-final-highlights-fr.pdf)

<sup>557</sup> La MICS ne fournissant pas d'information sur la proportion des services gérés en toute sécurité, il est fait référence ici aux services d'approvisionnement au moins élémentaires ou limités qui, conformément à la nouvelle échelle du JMP, combinent l'accès à un service géré en toute sécurité, à un service élémentaire et à un service limité. Pour plus d'in-

formations sur l'échelle JMP, voir UNICEF/OMS (2017), *op. cit.*

<sup>558</sup> Le JMP ne fournit pas d'information concernant les disparités d'accès aux différents services en fonction des régions.

<sup>559</sup> En 2017, à Bianouan, dans le sud-est du pays, la SODECI a dû suspendre les activités de son usine de traitement de l'eau suite à la pollution de la rivière La Bia par des orpailleurs clandestins. Pour plus de détails, voir France 24 (2017), *Ruée vers l'or en Côte d'Ivoire : des villageois privés d'eau potable accusent les orpailleurs*, consultable sur <https://observers.france24.com/fr/20170307-ruée-vers-oriciv-villageois-privés-eau-potable-accusent-orpailleurs-ghana>

<sup>560</sup> Tia, L. (2017), « Gestion des matières résiduelles et pollution lagunaire à Abidjan : responsabilités, stratégies et perspectives », *European Scientific Journal*, vol. 13, n° 2.

<sup>561</sup> Seules 50 à 70 % des ordures ménagères seraient prises en charge par le système de collecte dans le district d'Abidjan ; G. Touré (2006), *La politique de l'environnement dans les capitales africaines : le cas de la ville d'Abidjan en Côte d'Ivoire*, Paris : Ed. Publibook. Dans les quartiers périurbains d'Abidjan, une enquête a montré que plus de 55 % des ménages ne disposent pas de points de collecte d'ordures ménagères. Les points de dépôts des ordures sont principalement des terrains non bâtis et des coffres à ordures. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 51.

<sup>562</sup> Le niveau de contamination est toutefois faible ou moyen (inférieur à 11 CFU/100 mL) dans 80 % des cas.

<sup>563</sup> Les dernières données rendues publiques par le JMP couvrent l'année scolaire 2016-2017. Faute d'information concernant la qualité et la disponibilité du service d'approvisionnement en eau, le JMP considère par principe que le service dans les écoles est soit limité, soit inexistant. Pour plus de détails, voir UNICEF/OMS (2018), *op. cit.*, p. 68.

<sup>564</sup> MENETFP (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*.

<sup>565</sup> Données 2017 collectées par le PMA2020.

<sup>566</sup> Selon la nouvelle échelle développée par le JMP concernant les services EAH dans les établissements de santé, un service d'approvisionnement en eau est considéré comme élémentaire si la source d'eau est améliorée, disponible à la demande et située dans l'enceinte de l'établissement. Pour plus de détails, voir OMS/UNICEF (2019), *WASH in health care facilities : Global baseline Report 2019*.

<sup>567</sup> La cible 6.2 des ODD vise à assurer, d'ici à 2030, l'accès de tous, dans des conditions équitables, à des services d'assainissement et d'hygiène adéquats et à mettre fin à la défécation à l'air libre, en veillant tout particulièrement aux besoins des femmes et des jeunes filles et des personnes en situation vulnérable.

<sup>568</sup> Pour plus d'informations sur l'échelle JMP, voir UNICEF/OMS (2017), *Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène*, consultable sur [https://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/JMP-2017-report-final-highlights-fr.pdf](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/JMP-2017-report-final-highlights-fr.pdf)

<sup>569</sup> L'EDS-III avait calculé le taux d'évacuation hygiénique des matières fécales pour les enfants de moins de 5 ans et non pour ceux de moins de 2 ans. Elle avait toutefois montré que ce taux était de 40,7 % pour les enfants



de moins de 6 mois, de 44,7 % pour les enfants âgés de 6-11 mois et de 44,9 % pour ceux âgés de 12-23 mois.

<sup>570</sup> Save the Children (2017), *Côte d'Ivoire, Girls are dropping out of school because of a lack of toilets*. Les vidéos des interviews dans le lycée sont consultables sur <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/girls-are-dropping-out-school-because-lack-toilets>

<sup>571</sup> Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNICEF (2016), *Évaluation Eau, Hygiène & Assainissement dans les établissements sanitaires en Côte d'Ivoire – Cas de 109 établissements sanitaires des régions du Cavally, du Guémon et du Tonkpi*.

<sup>572</sup> Selon la nouvelle échelle du JMP, il existe trois niveaux en matière de service de lavage des mains : 1) une installation élémentaire qui se définit comme une installation de lavage des mains avec de l'eau et du savon dans le foyer ; 2) une installation limitée, l'installation de lavage des mains n'ayant pas d'eau ou pas de savon ; 3) l'absence d'installation de lavage des mains. Pour plus d'informations sur l'échelle JMP, voir UNICEF/OMS (2017), *op. cit.* Toutefois, les données fournies par l'EDS-III et la MICS-5 ne permettent pas d'apprécier la disponibilité des services de lavage des mains en fonction de cette échelle.

<sup>573</sup> Entre 37 % (MICS-5) et 39 % (JMP) des ménages utilisent un dispositif mobile pour le lavage des mains.

<sup>574</sup> OMS/UNICEF (2019), *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: Special focus on inequalities*, p. 39.

<sup>575</sup> *Ibid.* Selon la Banque mondiale, le PIB par habitant de la Côte d'Ivoire s'élevait en 2017 à 1 662,44 USD/hab. contre 1 641,49 USD/hab. pour le Ghana et 1 033,07 USD/hab. pour le Sénégal.

<sup>576</sup> Selon le Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2014, la population d'Abidjan est passée de moins d'un million d'habitants en 1975 à plus de 4,5 millions en 2014 ; au cours de la même période, la population urbaine est passée de 2,1 millions à près de 11,5 millions et représente désormais plus de la moitié de la population totale du pays.

<sup>577</sup> En 2015, la SODECI, qui gère le réseau de distribution d'eau potable à Abidjan et dans plusieurs villes de l'intérieur du pays, estimait que près de 40 % de l'eau mise en distribution n'était pas facturée en raison des pertes physiques et des fraudes diverses. Selon la SODECI, en 2015, près de 30 000 ménages avaient accès à son réseau d'eau potable de manière frauduleuse.

<sup>578</sup> Selon une étude d'Afrobaromètre, en 2017, 30 % des ménages urbains avaient fait l'expérience du manque d'eau potable pour des besoins domestiques. Koné, J., Yéo, P.A., Koné, Y.N. ; Afrobaromètre (2018), *L'eau est une préoccupation majeure en Côte d'Ivoire*, Dépêche n° 218, consultable sur [https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab\\_r7\\_dispatchno218\\_penurie\\_eau\\_en\\_cote\\_divoire.pdf](https://afrobarometer.org/sites/default/files/publications/Dispatches/ab_r7_dispatchno218_penurie_eau_en_cote_divoire.pdf)

<sup>579</sup> Diabagate, A., Konan, G.H., Koffi, A. (2016), « Stratégies d'approvisionnement en eau potable dans l'agglomération d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Geo-Eco-Trop*, vol. 4, pp. 345-360, Stratégies, p. 356-358 ; voir également « Pénurie et approvisionnement en eau potable : Le calvaire des populations est loin de prendre fin », *Abidjan.net*, 15 mars 2017, consultable sur <http://news.abidjan.net/h/611445.html>

<sup>580</sup> La Côte d'Ivoire dispose d'un volume d'eau

mobilisable d'environ 77 milliards de mètres cubes par an, dont 39 milliards de mètres cubes d'eau de surface et 38 milliards de mètres cubes par an d'eau souterraine.

<sup>581</sup> À Abidjan, la production est passée de 150,2 millions de m<sup>3</sup> en 2015 à 164,6 millions de m<sup>3</sup> en 2017. À l'intérieur, la production est passée de 74,2 millions de m<sup>3</sup> en 2015 à 85,6 millions de m<sup>3</sup> en 2017. SODECI (2018), p. 32.

<sup>582</sup> SODECI (2017), *Stratégie d'amélioration du rendement de réseau d'eau potable de la Direction régionale d'Abidjan Sud*, consultable sur <https://afwa-hq.org/index.php/fr/rapports/download/154-session-1/383-strategie-d-amelioration-du-rendement-de-reseau-d-eau-potable-de-la-direction-regionale-abidjan-sud-sodeci-cote-d-ivoire>

<sup>583</sup> SODECI (2018), *Rapport de développement durable*, p. 34, consultable sur <http://sodeci.ci>

<sup>584</sup> Nations Unies, DAES, Division de la population, *World Urbanization Prospects, 2018, Profil Côte d'Ivoire*, consultable en anglais sur <https://population.un.org/wup/Country-Profiles>

<sup>585</sup> Afin d'améliorer l'approvisionnement d'Abidjan, le gouvernement envisage la réalisation d'importants travaux d'adduction d'eau à partir du fleuve Mé et de la lagune Aghien. En ce qui concerne l'approvisionnement de la ville de Bouaké, le gouvernement a annoncé que des travaux seront réalisés afin d'acheminer l'eau disponible au niveau de la ville de Béoumi jusqu'à Bouaké.

<sup>586</sup> Le gouvernement et la Côte d'Ivoire ont lancé à cette fin le Projet de renforcement de l'alimentation en eau potable en milieu urbain (PREMU).

<sup>587</sup> République de Côte d'Ivoire, UNICEF (2015), *Enquête qualitative – Connaissances Attitudes Pratiques – relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*, p. 120.

<sup>588</sup> L'hydraulique villageoise prévoit la réalisation d'un forage équipé de PMH dans les localités de 100 à 600 habitants, un forage complémentaire devant être réalisé par tranche de 400 habitants supplémentaires.

<sup>589</sup> Selon les dernières estimations de la Banque mondiale, en 2017, seule 36,6 % de la population rurale avait accès à l'électricité.

<sup>590</sup> Les systèmes de mini-AEP comprennent des forages, un réservoir surélevé, un système de chloration, un réseau de distribution via des bornes-fontaines publiques, et prévoient, dans certains cas, la possibilité de branchements individuels.

<sup>591</sup> République de Côte d'Ivoire, Office national de l'eau potable (2016), *Eau potable en Côte d'Ivoire, Le sous-secteur de l'hydraulique rurale*, présenté par Berte Ibrahim, Directeur général de l'ONEP, 14 décembre, consultable sur [https://rwsnforum7.files.wordpress.com/2016/11/presentation-du-secteur-hrwnsn\\_finale\\_28-11-2016-11.pdf](https://rwsnforum7.files.wordpress.com/2016/11/presentation-du-secteur-hrwnsn_finale_28-11-2016-11.pdf)

<sup>592</sup> République de Côte d'Ivoire, Office national de l'eau potable (2016), *op. cit.*

<sup>593</sup> *Ibid.*

<sup>594</sup> République de Côte d'Ivoire, UNICEF (2015), *op. cit.* p. 124.

<sup>595</sup> UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 39 ; Royaume des Pays-Bas, UNICEF (2018), *Rapport de la revue à mi-parcours du pacte de durabilité*, pp. 6-7.

<sup>596</sup> Diabagate, A., Konan, G.H., Koffi, A. (2016), *op. cit.*, pp. 356-357. Selon l'analyse situationnelle menée dans le milieu périurbain d'Abidjan, le prix des revendeurs d'eau privés varie de 25 à 250 FCFA pour 25 litres. Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 64.

<sup>597</sup> UNICEF (2018), *op. cit.*, pp. 9-10 et 33.

<sup>598</sup> À travers tout le territoire, la SODECI a réalisé 40 882 branchements sociaux en 2015, 63 416 en 2016 et 53 291 en 2017. SODECI (2018), *op. cit.*, p. 36.

<sup>599</sup> SODECI (2018), *op. cit.*, p. 37.

<sup>600</sup> UNICEF (2018), *op. cit.*, p. 40 ; Kam, O. (2010), *Problématique de la gestion des infrastructures d'hydraulique dans les projets d'approvisionnement du milieu rural en eau potable*, p. 7.

<sup>601</sup> UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EHA 2017*, p. 25.

<sup>602</sup> *Ibid.*, p. 32

<sup>603</sup> Il n'y a parfois qu'une seule PMH pour 1 500 habitants alors qu'il devrait y en avoir trois ou quatre selon les normes en vigueur en matière d'hydraulique rurale. Kam, O. (2010), *op. cit.*, p. 11.

<sup>604</sup> Kam, O. (2010), *op. cit.*, p. 12.

<sup>605</sup> *Ibid.*, pp. 6 et 9.

<sup>606</sup> République de Côte d'Ivoire, UNICEF (2015), *Enquête qualitative – Connaissances Attitudes Pratiques – relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire programme PADEHA*, p. 120.

<sup>607</sup> Il existe plusieurs méthodes de traitement appropriées de l'eau comme l'ébullition, l'ajout de chlore, l'utilisation d'un linge pour passer l'eau, le filtrage et la désinfection solaire.

<sup>608</sup> L'enquête menée auprès des ménages périurbains a montré que 63 % d'entre eux stockent l'eau dans des fûts, 23 % dans des seaux et 11 % dans des cuvettes et que dans près de 80 % des cas, les récipients de stockage sont couverts. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, pp. 38-39.

<sup>609</sup> République de Côte d'Ivoire, UNICEF (2015), *Enquête qualitative – Connaissances Attitudes Pratiques – relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*, p. 118. Les régions couvertes par le PADEHA en 2015 étaient Agnèby-Tiassa, Sud-Comoé, Gontougo, Boukani et Kabadougou.

<sup>610</sup> UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, pp. 38-39.

<sup>611</sup> Il n'existe pas d'enquête nationale récente sur le sujet, mais des entretiens conduits auprès des ménages périurbains d'Abidjan ont montré que 30 % des ménages ne savaient pas que l'eau souillée pouvait être un vecteur de maladie et 40 % d'entre eux ne faisaient pas le lien entre le risque de transmission d'une maladie et une eau contaminée et mal conservée. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 11.

- <sup>612</sup> Royaume des Pays-Bas, UNICEF (2018), *Rapport de la revue à mi-parcours du pacte de durabilité*, pp. 10-11.
- <sup>613</sup> Il n'existe pas de données concernant la proportion des ménages ivoiriens ayant accès à un service d'assainissement géré en toute sécurité (évacuation sur site, vidangés et traités, eaux usées traitées).
- <sup>614</sup> UNICEF/OMS (2019), *op. cit.* Selon la Banque mondiale, le PIB/hab. de la Côte d'Ivoire s'élevait en 2017 à 1662,44 USD/hab. contre 1641,49 USD/hab. pour le Ghana et 1033,07 USD/hab. pour le Sénégal.
- <sup>615</sup> UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan*, p. 45.
- <sup>616</sup> La Société de distribution d'eau de Côte d'Ivoire (SODECI) dispose de la délégation de service public pour la gestion de l'assainissement et des eaux pluviales de la ville d'Abidjan depuis 1999.
- <sup>617</sup> SODECI (2017), *Amélioration d'un service d'assainissement, cas de la ville d'Abidjan*, consultable sur <http://www.afwa-hq.org/index.php/fr/documents/cst/accra-juillet-2017/photos-accra/send/169-5-13-02/403-amelioration-d-un-service-d-assainissement-cas-de-la-ville-d-abidjan-presentation>
- <sup>618</sup> *Ibid.*
- <sup>619</sup> SODECI, *Rapport de développement durable 2016 et 2018*.
- <sup>620</sup> Actualisation du Schéma directeur d'assainissement et de drainage du district d'Abidjan, consultable sur <https://finances.gouv.ci/publications?download=424:actualisation-du-schema-directeur-d-assainissement-et-de-drainage-du-district-d-abidjan-mission-d-etablissement-du-schema-directeur>
- <sup>621</sup> Les principaux bailleurs pour le financement du SDAD d'Abidjan sont la Banque mondiale, la Banque islamique de développement (BID), la Banque africaine de développement (BAD), la Banque ouest-africaine de développement (BOAD) et l'Agence française pour le développement (AFD).
- <sup>622</sup> Les données concernant les autres villes ne sont pas disponibles, mais à Abidjan, le coût d'une vidange manuelle ou mécanique peut varier de moins de 10000 FCFA à plus de 20000 FCFA selon les communes. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan*, p. 45.
- <sup>623</sup> GRET, AFD (2014), *L'assainissement dans les villes du Sud : un business comme les autres?*, consultable sur [https://www.gret.org/wp-content/uploads/DC\\_12\\_int%C3%A9gral.pdf](https://www.gret.org/wp-content/uploads/DC_12_int%C3%A9gral.pdf)
- <sup>624</sup> Selon l'enquête menée dans le milieu périurbain d'Abidjan, seules 6 % des boues collectées sont déversées dans les endroits prévus à cet effet par les mairies. Dans 77 % des cas, les ménages ne savent pas où l'opérateur déverse les boues. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan*, p. 45.
- <sup>625</sup> UNICEF (2015), *Enquête – Connaissances Attitudes Pratiques – qualitative relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*, p. 120; Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *Élaboration du document de la stratégie nationale de promotion de l'assainissement en milieu rural de la CI – Rapport de Mission 1 État des lieux et Revue diagnostique*, p. 72.
- <sup>626</sup> Le Programme d'hydraulique et d'assainissement pour le millénaire (PHAM) couvre les régions de Nawa, Gbôklé, San Pedro, Cally, Guémon, Tonkpi, Haut-Sassandra et Marahoué.
- <sup>627</sup> Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, p. 85.
- <sup>628</sup> Selon le JMP, en 2015, en milieu rural, 41,21 % des ménages riches et 30,24 % des ménages les plus riches pratiquaient encore la DAL. En outre, 26,62 % des ménages riches et 28,15 % des ménages très riches utilisaient des services d'assainissement non améliorés.
- <sup>629</sup> UNICEF (2015), *Enquête qualitative – Connaissances Attitudes Pratiques – relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*, pp. 119-122.
- <sup>630</sup> 823 villages ont été déclarés FDAL entre 2012 et 2017, suite aux activités d'ATPC menées dans le cadre du PHAM et 1569 villages déclarés FDAL entre 2013 et mars 2018 grâce aux activités d'ATPC du PAHEDA. Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, pp. 12-13.
- <sup>631</sup> Fin 2017, on comptait 462198 utilisateurs de toilettes améliorées dans les communautés FDAL appuyées par le PHAM et 480306 dans les communautés FDAL du PADEHA. Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, pp. 58, 63 et 47.
- <sup>632</sup> UNICEF/OMS (2019), *Progress on household drinking water, sanitation and hygiene 2000-2017: Special focus on inequalities*, p. 21.
- <sup>633</sup> UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 10.
- <sup>634</sup> UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EAH 2017*, p. 30.
- <sup>635</sup> Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, pp. 45-46 et 72.
- <sup>636</sup> *Ibid.*, pp. 66 et 69.
- <sup>637</sup> UNICEF (2018), *Consultation de l'industrie de l'assainissement du WCAR*, 13-15 novembre 2018, Abuja.
- <sup>638</sup> Le coût d'une vidange manuelle ou mécanique peut varier de moins de 10000 FCFA à plus de 20000 FCFA selon les communes. UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan*, p. 45.
- <sup>639</sup> SODECI (2018), *op. cit.*, p. 38.
- <sup>640</sup> GRET, AFD (2014), *L'assainissement dans les villes du Sud : un business comme les autres?*
- <sup>641</sup> Dans le cadre du bilan de la mise en œuvre de la composante hygiène du programme PHAM, il a été clairement démontré qu'en présence d'eau et de latrines modernes, les villageois pratiquent le lavage des mains (avec ou sans savon). Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, p. 66.
- <sup>642</sup> La MICS et l'étude CAP sur le secteur EAH ne fournissent pas d'informations précises concernant la distance à parcourir entre la structure d'assainissement et l'installation de lavage des mains. Il est toutefois évident qu'en milieu rural, compte tenu du taux encore élevé de DAL, cette distance est importante.
- <sup>643</sup> Différents types de savon sont vendus en Côte d'Ivoire. Pour plus de détails, voir le site <http://www.abidjansolution.biz/differents-types-de-savon-vendus-en-cote-d-ivoire>
- <sup>644</sup> En milieu rural, l'achat de serviette hygiénique pour l'hygiène menstruelle est rare et la plupart des jeunes filles et des femmes utilisent des petits morceaux de tissus lavables et réutilisables.
- <sup>645</sup> UNICEF (2018), *Analyse situationnelle de l'accès à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans le milieu périurbain du district autonome d'Abidjan, Côte d'Ivoire*, p. 49.
- <sup>646</sup> Les populations de confession musulmane pratiquent fréquemment le lavage des mains à l'eau simple lors des ablutions, notamment à l'occasion des cinq prières.
- <sup>647</sup> UNICEF (2015), *Enquête – Connaissances Attitudes Pratiques – qualitative relative aux pratiques d'hygiène, assainissement et eau en Côte d'Ivoire, programme PADEHA*, pp. 118-119.
- <sup>648</sup> Royaume des Pays-Bas, UNICEF (2018), *Rapport de la revue à mi-parcours du pacte de durabilité*, p. 62.
- <sup>649</sup> Dans le cadre du programme PHAM (2012-2017), 224 cabines de latrines VIP (pour les élèves et les enseignants et différents selon le genre) ont été construites dans 28 écoles primaires et 26 cabines de latrines dans 13 centres de santé. Entre 2013 et mars 2018, le programme PADEHA a permis i) de réhabiliter les latrines dans 110 écoles et 20 centres de santé et des points d'eau dans 92 écoles et 17 centres de santé et ii) d'organiser des séances de sensibilisation sur les comportements d'hygiène améliorés au bénéfice de 480306 personnes. Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, pp. 60-61, 66 et 73; Royaume des Pays-Bas, UNICEF (2018), *Rapport de la revue à mi-parcours du pacte de durabilité*, pp. 12-14.
- <sup>650</sup> Ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme (2018), *op. cit.*, p. 85.
- <sup>651</sup> UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EAH 2017*, p. 7.
- <sup>652</sup> OMS, *UN-water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water/glaas 2019 report*, p. 32 ; consultable en anglais sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326444/9789241516297-eng.pdf>
- <sup>653</sup> UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EAH 2017*, p. 43.
- <sup>654</sup> Le FMIR est géré par le Conseil du café-cacao et permet de financer la réalisation d'infrastructures dans les domaines de l'entretien des pistes de dessertes agricoles, de l'éducation, de la santé, de l'électrification solaire rurale, de la sécurité et de l'hydraulique villageoise.
- <sup>655</sup> Ministère de l'Économie et des Finances (2018), *Plateforme informatisée de gestion des financements publics extérieurs*.
- <sup>656</sup> UNICEF (2018), *Définition et stratégie de mobilisation des ressources nationales d'EAH 2017*, p. 39.
- <sup>657</sup> Le ministère des Infrastructures compétent, entre autres, pour l'eau potable; le ministère de la Construction, du Logement, de l'Assainissement et de l'Urbanisme, en charge notamment de l'assainissement; le ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.



<sup>658</sup> Direction générale des infrastructures de l'hydraulique humaine, Direction générale de la construction, de l'assainissement, de la maintenance et de l'architecture (DG-CAMA), Direction de l'hygiène publique, de l'environnement et de la santé (DHPES), Direction de la médecine hospitalière (DMH), Direction générale de la salubrité urbaine (DGSU).

<sup>659</sup> Office national de l'eau potable (ONEP); Office national de l'assainissement et du drainage (ONAD); Institut national d'hygiène publique (INHP).

<sup>660</sup> Même s'ils ne sont pas toujours renseignés, des indicateurs en matière d'hygiène sont inclus dans le système d'information sanitaire.

<sup>661</sup> L'arrêté interministériel portant création du GS-EAH et précisant sa composition et son mode de fonctionnement est actuellement en cours de révision.

<sup>662</sup> Les textes internationaux reconnaissant des droits aux enfants comprennent notamment, outre la Convention internationale des droits de l'enfant et ses trois protocoles facultatifs, huit autres conventions – la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984), la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées (2006) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006) – et leurs protocoles facultatifs relatifs aux droits humains. Plus d'informations sont disponibles sur <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>

<sup>663</sup> Projections 2014-2034 sur la base du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2014.

<sup>664</sup> Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*.

<sup>665</sup> Ministère du Plan et du Développement (2018), *Analyse des privations multiples des enfants en Côte d'Ivoire*.

<sup>666</sup> On désigne communément cette catégorie sociale de jeunes en utilisant l'acronyme anglais NEET (*Not in Education or Employment or Training*).

<sup>667</sup> Ministère du Plan et du Développement (2015), *op. cit.*, p. 32.

<sup>668</sup> *Ibid.*

<sup>669</sup> En 2015, la profondeur de la pauvreté était de 11,2 % en milieu urbain et de 21,5 % en milieu rural et la sévérité de 5 % en milieu urbain et 11 % en milieu rural. La profondeur de la pauvreté était de 11,2 % en milieu urbain contre 21,5 % en milieu rural. Ministère du Plan et du Développement (2015), *op. cit.*, p. 21.

<sup>670</sup> Voir notamment sur le sujet : UNICEF, Groupe Banque mondiale (2016), *Éliminer l'extrême pauvreté : une analyse axée sur les enfants, Ending Extreme Poverty : a Focus on Children*, consultable en anglais sur [https://www.unicef.org/publications/files/Ending\\_Extreme\\_Poverty\\_A\\_Focus\\_on\\_Children\\_Oct\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/Ending_Extreme_Poverty_A_Focus_on_Children_Oct_2016.pdf)

<sup>671</sup> Pour plus d'informations concernant la méthodologie et les indicateurs relatifs aux sept dimensions du bien-être spécifiques à chaque âge, voir ministère du Plan et du Développement (2018), *op. cit.*, pp. 4-9.

<sup>672</sup> *Ibid.*, p. 16.

<sup>673</sup> MENETFP (2019), *Statistiques scolaires de poche 2018-2019*.

<sup>674</sup> En 2017, on dénombrait en Côte d'Ivoire 48 187 enfants de moins de 19 ans en situation de handicap, parmi lesquels 42,7 % de filles et 51 % de ruraux. MENETFP, UNICEF, ENSEA (2017), *Étude nationale sur les enfants de 3-18 ans en situation de handicap hors du système scolaire en Côte d'Ivoire*.

<sup>675</sup> L'étude ne fournit pas de données sur le taux d'achèvement en fonction du genre dans le secondaire. *Ibid.*, pp. 73-74.

<sup>676</sup> *Ibid.*, pp. 43-44.

<sup>677</sup> *Ibid.*

<sup>678</sup> Selon l'enquête MENETFP, UNICEF, ENSEA de 2017, près de 20 % des enfants et des adolescents de 3-18 ans atteints d'albinisme abandonnent leur scolarité en cours de route, ce qui constitue le troisième taux d'abandon le plus élevé par catégorie de handicap. *Ibid.*, p. 43.

<sup>679</sup> *Ibid.*

<sup>680</sup> Konaté, M., Kouadio, F. (2018), *Comment vit-on au quotidien quand on est albinos en Côte d'Ivoire?*, RTI, 3 mars, consultable sur [https://www.rti.ci/infos\\_societe\\_7949\\_dans-l-incursion-de-la-vie-des-albinos.html](https://www.rti.ci/infos_societe_7949_dans-l-incursion-de-la-vie-des-albinos.html) ; Journal de la RTI (2018), *Journée internationale de sensibilisation à l'albinisme*, consultable sur [https://www.youtube.com/watch?time\\_continue=2&v=kqxyTsiw6wk](https://www.youtube.com/watch?time_continue=2&v=kqxyTsiw6wk) ; ONG Bien-être des Albinos en Côte d'Ivoire, consultable sur <http://ongbedacotedivoire.org>

<sup>681</sup> UNHCR (2015), *I am here, I belong : The Urgent need to end Childhood Statelessness*, consultable en anglais sur [https://www.unhcr.org/ibelong/wp-content/uploads/2015-10-StatelessReport\\_ENG15-web.pdf](https://www.unhcr.org/ibelong/wp-content/uploads/2015-10-StatelessReport_ENG15-web.pdf) ; voir également Adjami, M. (2016), *L'apatridie et la nationalité en Côte d'Ivoire : Une étude pour le compte du HCR*, consultable sur <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53436>

<sup>682</sup> L'article 360 du Code pénal prévoit une amende de 50 000 à 300 000 FCFA et une peine d'emprisonnement de six mois à deux ans pour quiconque commettrait un acte impudique ou contre-nature avec un individu du même sexe. En théorie, seuls les actes commis en public sont concernés, mais en novembre 2016, deux hommes ont été condamnés à 18 mois de prison, avant d'être relâchés au bout de trois mois, pour avoir eu des relations dans un cadre purement privé.

<sup>683</sup> 60 % des HSH ayant participé à l'étude ont déclaré n'avoir jamais bénéficié d'activités de prévention sur le VIH. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2018), *Enquête sur le VIH et les facteurs de risques associés chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes à San Pedro*.

<sup>684</sup> Immigration and Refugee Board of Canada (2014), *Côte d'Ivoire : information sur le traitement réservé aux minorités sexuelles par la société et les autorités, y compris la loi ; protection offerte par l'État et services de soutien (2006-février 2014)*, 27 février ; US Department of State (2019), *Country Report on Human Rights Practices 2018 – Côte d'Ivoire*, consultable sur <https://www.ecoi.net/en/document/2004148.html>

<sup>685</sup> En moyenne, le taux de prévalence du VIH chez les HSH est estimé à 11,57 %, avec un maximum de 29,34 % à Abidjan et des taux de 10 % à Yamoussoukro, 4,67 % à Gagnoa, 4,55 % à Agboville et 3,46 % à Bouaké. La moyenne d'âge des enquêtés était de 24 ans, parmi lesquels près de 60 % se disaient bisexuels, plus de 38 % homosexuels et 2 % hétérosexuels. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique (2016), *Enda Santé. Étude biologique et comportementale des IST, du VIH et du sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes des villes d'Abidjan, Agboville, Bouaké, Gagnoa et Yamoussoukro*.

<sup>686</sup> *Not in Education, in Employment or Training* (NEET).

<sup>687</sup> Institut national de la statistique (2016), *Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI)*, p. 68. Consultable sur [https://www.agenceemploijeunes.ci/site/themes/themeforest/assets/files/RAPPORT\\_FINAL\\_ENSESI\\_2016.pdf](https://www.agenceemploijeunes.ci/site/themes/themeforest/assets/files/RAPPORT_FINAL_ENSESI_2016.pdf)

<sup>688</sup> OCDE (2017), *Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse en Côte d'Ivoire*, p. 35.

<sup>689</sup> Gouvernement de la Côte d'Ivoire, UNESCO, UNICEF (2016), *Rapport d'état sur le système éducatif national*, p. 147.

<sup>690</sup> OCDE (2017), *op. cit.*, p. 36.

<sup>691</sup> Quatre indicateurs sont utilisés par la MICS-5 pour mesurer le degré de bienveillance : être disposé à prendre soin d'un membre de la famille porteur du virus du sida dans son propre ménage, acheter des légumes à un marchand ou un vendeur séropositif, penser qu'une enseignante séropositive qui n'est pas malade doit être autorisée à enseigner, ne souhaiterait pas qu'on garde secret le statut d'un membre de la famille infecté par le VIH.

<sup>692</sup> Selon l'ONUSIDA, les cinq principaux groupes de population clés particulièrement vulnérables au VIH sont les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les détenus ainsi que les personnes incarcérées. Pour plus de détails, voir <https://www.unaids.org/fr/topic/key-populations>

<sup>693</sup> Le Fonds mondial (2018), *Évaluation de référence Côte d'Ivoire : Déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose*.

<sup>694</sup> UNSDG (2019), *Leaving No One Behind*, Interim draft, March, p. 33 ; consultable en anglais sur <https://undg.org/document/leaving-no-one-behind-a-undsg-operational-guide-for-un-country-teams-interim-draft>

<sup>695</sup> Pour plus de détails sur les progrès réalisés dans l'offre de service en matière d'éducation, de santé-nutrition et d'eau-assainissement-hygiène, voir les chapitres « Chaque enfant apprend », « Chaque enfant survit et s'épanouit » et « Chaque enfant vit dans un environnement sain et propre ».

<sup>696</sup> En 2001, les chefs d'État africains se sont engagés à consacrer 15 % du budget national au secteur de la santé ; en 2015, à Ngor, les ministres africains en charge de l'assainissement et de l'hygiène ont pris l'engagement de porter les lignes budgétaires dédiées à l'hygiène et à l'assainissement à 0,5 % du PIB, au minimum, d'ici 2020.

<sup>697</sup> Selon le Social Protection Inter-Agency Cooperation Board (SPIAC-B), la protection sociale se définit comme l'ensemble des

politiques et des programmes visant à prévenir ou à protéger toutes les personnes contre la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale tout au long du cycle de vie, avec une attention particulière aux personnes les plus vulnérables. Plus d'informations sont disponibles en anglais sur le site <https://www.ilo.org/newyork/at-the-un/social-protection-inter-agency-cooperation-board/lang--en/index.htm>

<sup>698</sup> Ministère de l'Agriculture et du Développement durable, INPS, PAM, FAO, CILSS (août 2018), *Suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire*.

<sup>699</sup> Ministère du Plan et du Développement (2015), *Enquête sur le niveau de vie des ménages en Côte d'Ivoire*, p. 36.

<sup>700</sup> Le système d'assurance maladie ivoirien comprend l'Institution de prévoyance sociale – Caisse nationale de prévoyance sociale (IPS-CNPS), l'Institution de prévoyance sociale – Caisse générale de retraite des agents de l'État (IPS-CGRAE), des assurances privées et des mutuelles sociales.

<sup>701</sup> UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*.

<sup>702</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport annuel de performance du PND 2016-2020*, pp. 92-93.

<sup>703</sup> *Ibid.*

<sup>704</sup> Cible 8.6 des ODD : d'ici à 2020, réduire considérablement la proportion de jeunes non scolarisés et sans emploi ni formation.

<sup>705</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *op. cit.*, p. 78.

<sup>706</sup> La réforme de l'enseignement technique et professionnel a été lancée en novembre 2016. La réforme porte notamment sur le renforcement des liens avec le secteur privé (création de 13 branches professionnelles, mise en place d'un comité paritaire public-privé et de commissions professionnelles consultatives, révision des curricula de formation) et la création de passerelles entre l'enseignement général et professionnel.

<sup>707</sup> Conformément à la définition retenue par la Charte africaine de la jeunesse adoptée en 2006, la politique nationale de la jeunesse considère comme jeune toute personne âgée de 15 à 35 ans. La Charte africaine de la jeunesse est consultable sur [https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/african\\_youth\\_charter\\_2006f.pdf](https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/african_youth_charter_2006f.pdf)

<sup>708</sup> Gouvernement de la Côte d'Ivoire (2016), *La politique nationale de la jeunesse et les stratégies 2016-2020*, pp. 109-110.

<sup>709</sup> *Ibid.*

<sup>710</sup> Agence française de développement (2019), *Côte d'Ivoire : à l'école de la deuxième chance*. Consultable sur <https://www.afd.fr/fr/cote-divoire-lecole-de-la-deuxieme-chance>

<sup>711</sup> Au 1<sup>er</sup> octobre 2019, 784 jeunes avaient bénéficié du SCAD, dont 228 dans le cadre d'un financement de l'AFD et 556, dont 118 filles, grâce au financement de l'UNICEF.

<sup>712</sup> Sur le manque de transparence dans l'attribution des aides d'urgence par les centres sociaux, voir Socieux+ (2019), *Rapport de diagnostic de l'action sociale en Côte d'Ivoire*, p. 14.

<sup>713</sup> Arrêté interministériel n° 003/MSHP/MEPS du 4 janvier 2019 fixant les tarifs des actes de santé applicables aux assurés de la couverture maladie universelle dans les établissements sanitaires publics et privés investis d'une mission de service public.

<sup>714</sup> La Nouvelle pharmacie de la santé est en charge d'assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels et des intrants stratégiques de santé en Côte d'Ivoire.

<sup>715</sup> Pour plus d'informations sur les actes, le panier de soins et la tarification CMU, voir la présentation réalisée par la CNAM le 13 juin 2019, consultable sur <http://www.gouv.ci/doc/presse/1560485295ACTES-ET-TARIFICATION-DE-LA-COUVERTURE-MALADIE-UNIVERSELLE-CMU-.pdf>

<sup>716</sup> Socieux+ (2019), *op. cit.*, p. 25.

<sup>717</sup> *Ibid.*, p. 27.

<sup>718</sup> La loi de 1998, modifiée en 2004 et 2013, dispose que les hommes et les femmes ont un droit d'accès égal à la terre. La loi de 2013 relative au mariage consacre le principe de la gestion conjointe du ménage par les époux et l'abandon de la notion de chef de famille; la nouvelle Constitution, promulguée en 2016, renforce les droits politiques des femmes et assure la promotion de la parité dans l'accès aux responsabilités dans les administrations publiques et privées.

<sup>719</sup> En milieu rural, le revenu moyen d'une femme ayant un emploi n'est que de 37485 FCFA contre 127435 FCFA pour un homme. De plus, seules 8 % des femmes contre 22 % des hommes détiennent un titre foncier ou une attestation de vente.

<sup>720</sup> Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, UE, ONU Femmes (2019), *L'égalité homme-femme en Côte d'Ivoire*.

<sup>721</sup> Une expérience d'école inclusive a été menée à Yopougon 1 entre 2013 et 2017.

<sup>722</sup> Ces deux centres sont l'INIPA (Institut national ivoirien pour la promotion des aveugles) et l'ECIS (École ivoirienne pour les sourds).

<sup>723</sup> L'article 2 de la Convention de 1961 sur la réduction des cas d'apatridie stipule que « l'enfant trouvé sur le territoire de l'État contractant est, jusqu'à preuve du contraire, réputé né sur le territoire de parents possédant la nationalité de cet État ».

<sup>724</sup> L'article 2 de la Convention de 1961 sur la réduction des cas d'apatridie stipule que « tout État contractant accorde sa nationalité à l'individu né sur son territoire et qui autrement serait apatride ».

<sup>725</sup> Voir l'article 416 du nouveau Code pénal qui reprend l'article 360 de l'ancien Code pénal.

<sup>726</sup> Selon l'ONUSIDA, les cinq principaux groupes de population clés particulièrement vulnérables au VIH sont les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnels du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs de drogues injectables et les détenus ainsi que les personnes incarcérées. Pour plus de détails, voir <https://www.unaids.org/fr/topic/key-populations>

<sup>727</sup> Le Fonds mondial (2018), *Évaluation de référence Côte d'Ivoire : déployer à grande échelle des programmes visant à réduire les obstacles liés aux droits humains qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH et la tuberculose*.

<sup>728</sup> Cible 10.3 des ODD : assurer l'égalité des chances et réduire l'inégalité des résultats, notamment en éliminant les lois, politiques et pratiques discriminatoires et en promouvant l'adoption de lois, politiques et mesures adéquates en la matière.

<sup>729</sup> Committee on the Rights of the Child (2019), *Concluding observations on the second periodic report of Côte d'Ivoire*, 12 juillet, CRC/C/CIV/CO/2, consultable en anglais

sur [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CR%2FC%2FCIV%2FCO%2F2&Lang=fr](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CR%2FC%2FCIV%2FCO%2F2&Lang=fr)

<sup>730</sup> Ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport annuel de performance 2018 du PND 2016-2020*, pp. 13-14.

<sup>731</sup> Pour plus de détails sur ce point, voir les chapitres « Chaque enfant apprend » et « Chaque enfant survit et s'épanouit ».

<sup>732</sup> Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé du Budget et du Portefeuille de l'État (2019), *op. cit.*

<sup>733</sup> Le montant des crédits affectés dans le budget de l'État au financement des filets sociaux productifs s'élevait à 12,6 milliards de FCFA, soit environ 2,1 millions d'USD.

<sup>734</sup> UNICEF (2018), *Étude sur l'espace budgétaire d'un plan d'investissement dans l'adolescence en Côte d'Ivoire*.

<sup>735</sup> MEPS (2019), *Atelier de présentation et de plaidoyer pour le financement du plan d'action 2018-2020 de la Stratégie nationale de protection sociale (SNPS)*.

<sup>736</sup> Le ministère de l'Intérieur envisage d'imposer aux ONG une procédure d'agrément avec un cahier des charges et l'organisation des missions contrôlées afin de s'assurer du respect des normes et standards de qualité et du bon ciblage de zones d'intervention, conformément aux priorités arrêtées par le gouvernement.

<sup>737</sup> Pour plus de détails sur l'action de la Fondation ICI et la Cocoa Action, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

<sup>738</sup> Le programme Transformer l'éducation dans les communautés du cacao (TRECC) est géré par la Fondation Jacobs, et conjointement dirigé par la Fondation Jacobs, la Fondation Bernard van Leer et la Fondation UBS Optimus. Davantage d'informations sont disponibles sur le site du programme TRECC : <https://treccprogram.org>

<sup>739</sup> L'impact de la mise en œuvre de la gratuité ciblée dans le domaine de la santé et celui du projet pilote concernant les filets sociaux productifs n'ont ainsi, jusqu'ici, fait l'objet d'aucune évaluation.

<sup>740</sup> MEPS (2019), *op. cit.*

<sup>741</sup> Socieux+ (2019), *op. cit.*, p. 22.

<sup>742</sup> Sur ce point, l'adoption par le MEPS le 18 avril 2019 d'un arrêté fixant les attributions et les fonctions des DRPS devrait permettre d'améliorer leur situation.

<sup>743</sup> MEPS (2019), *op. cit.*

<sup>744</sup> UNSDG (2019), *Leave no one behind*, Interim draft, March ; consultable en anglais sur <https://undg.org/wp-content/uploads/2019/04/Interim-Draft-Operational-Guide-on-LNOB-for-UNCTs.pdf>

<sup>745</sup> UNICEF, Save the Children (2012), *Every child's right to be heard. A resource guide on the UN Committee on the Rights of the Child*; consultable en anglais sur [https://www.unicef.org/french/adolescence/files/Every\\_Childs\\_Right\\_to\\_be\\_Heard.pdf](https://www.unicef.org/french/adolescence/files/Every_Childs_Right_to_be_Heard.pdf). UNDP, Restless Development, UN Inter-Agency Network on Youth Development (2017), *Guiding principles for supporting young people as critical agents of change in the 2030 agenda*; consultable en anglais sur <https://www.youth4peace.info/system/files/2017-11/2017.07.26%20-%20Guiding%20Principles%20-%20Youth%20Engagement%20in%202030%20Agenda%20Implementation%20-%20IANYD%20Final.pdf>



<sup>746</sup> Les autres principes directeurs de la Convention sont la non-discrimination (art. 2), l'intérêt supérieur de l'enfant (art. 30) et le droit à la survie et au développement (art. 6).

<sup>747</sup> Article 12.1 de la CIDE : « Les États parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité. »

<sup>748</sup> Article 13.1 de la CIDE : « L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant. »

<sup>749</sup> Article 15.1 de la CIDE : « Les États parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique. »

<sup>750</sup> Comité des droits de l'enfant (2016), *Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence*, CRC/C/GC/20, consultable sur [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=fr](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/GC/20&Lang=fr)

<sup>751</sup> Organisation des Nations Unies (2018), *Stratégie des Nations Unies pour la jeunesse*, consultable sur [https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/UN-Youth-Strategy\\_French.pdf](https://www.un.org/youthenvoy/wp-content/uploads/2014/09/UN-Youth-Strategy_French.pdf)

<sup>752</sup> Le service civique a été instauré en 1961. Une politique nationale du service civique, de l'éducation civique et de la culture civique a été adoptée en 1997. Toutefois, ce type de service civique a dû être arrêté en raison de plusieurs dysfonctionnements. Plusieurs programmes en faveur de l'emploi des jeunes, comme le PEJEDEC, comportent également une composante « participation civique et citoyenne ». Pour plus de détails sur ce point, voir OCDE (2017), *Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse en Côte d'Ivoire*, p. 57.

<sup>753</sup> L'article 11.2 de la loi du 7 septembre 1995 reconnaît la liberté d'expression aux élèves et aux étudiants en ce qui concerne les problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels. L'article 6 de la loi du 7 octobre 1964 relative à l'adoption prévoit ainsi que l'adoption d'un mineur de plus de 16 ans ne peut se faire sans son consentement personnel.

<sup>754</sup> Pour plus de détails sur ce point, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

<sup>755</sup> Les détails du sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/2279>

<sup>756</sup> Les détails du sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3318>

<sup>757</sup> Les détails du sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3468>

<sup>758</sup> Plus de détails sur l'état du mouvement associatif de jeunesse en 2016 sont disponibles sur <http://www.jeunesse.gouv.ci/web/docs/associations.pdf>

<sup>759</sup> Les détails du sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3066>

<sup>760</sup> Comité des droits de l'enfant (2009), *Observation générale n° 12, Le droit de l'enfant*

*d'être entendu*, CRC/C/GC/12, consultable sur [http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/CRC-C-GC-12\\_fr.pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/AdvanceVersions/CRC-C-GC-12_fr.pdf)

<sup>761</sup> En 2012, le taux d'alphabétisation chez les 15-49 ans n'était que de 37,7 % chez les femmes et de 60,8 % chez les hommes (EDS 2011-2012).

<sup>762</sup> 46,3 % des ménages vivent en dessous du seuil national de pauvreté (ENV 2015).

<sup>763</sup> Selon la MICS-5, 86,5 % des enfants âgés de 1 à 14 ans subissent des méthodes de discipline violente de la part de leurs parents. Il existe peu de données sur la communication parents-enfants, mais une étude menée par le ministère de l'Éducation nationale sur les grossesses scolaires a montré que seule la moitié des élèves du primaire et du secondaire et à peine 40 % des élèves ayant eu une grossesse en milieu scolaire parlent de sexualité avec leur mère. MENET (2016), *Les grossesses en milieu scolaire en Côte d'Ivoire*, pp. 101-106.

<sup>764</sup> Pour plus de détails sur ce point, voir ministère du Plan et du Développement (2019), *Rapport volontaire d'examen national de la mise en œuvre des objectifs de développement durable en Côte d'Ivoire*, pp. 59-61.

<sup>765</sup> Outre les cours d'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté (EDHC), le ministère de l'Éducation nationale favorise également la création de clubs messagers de la paix.

<sup>766</sup> Les questions liées à la sexualité sont abordées de la 6<sup>e</sup> à la 3<sup>e</sup> dans le cadre des cours de sciences de la vie et de la terre (SVT) et d'éducation aux droits de l'Homme et à la citoyenneté (EDHC) et de la 6<sup>e</sup> à la Terminale dans le cadre des « Leçons de vie ». La création de clubs Santé-Hygiène et de clubs de mères d'élèves filles (CMEF) permet également aux enfants et aux adolescents d'exprimer leurs préoccupations et d'accéder à des informations et des conseils sur le sujet.

<sup>767</sup> Selon la MICS-5, seuls 67,9 % des jeunes filles et 73,3 % des jeunes hommes de 15-24 ans savent qu'une personne qui paraît en bonne santé peut avoir le VIH et seules 77,9 % des jeunes femmes de 15-24 ans savent que le VIH peut être transmis à leur enfant pendant leur grossesse, durant l'accouchement ou l'allaitement. De même, selon la MICS-5, 53,9 % des filles et 21,6 % des garçons âgés de 15-19 ans et 54,2 % des filles et 26,4 % des garçons de 20-24 ans pensent qu'il est justifié qu'un mari batte sa femme pour au moins une des six raisons suivantes, à savoir sortir sans l'en informer, négliger les enfants, se disputer avec lui, refuser d'avoir des rapports sexuels avec lui, brûler la nourriture, et le tromper.

<sup>768</sup> Seules 5 % des écoles primaires disposent de clubs scolaires et 20 % des établissements secondaires d'un club « messagers de la paix ». Ministère du Plan et du Développement (2019), *op. cit.*, p. 61.

<sup>769</sup> Selon l'étude du MENET sur les grossesses en milieu scolaire, 75 % des élèves et écolières ne connaissent pas l'existence dans leur établissement des clubs santé et des cellules de lutte contre les grossesses. MENET (2016), *op. cit.*, p. 149.

<sup>770</sup> Selon le sondage U-Report réalisé le 10 janvier 2019, seuls 30 % des 9672 répondants ont déjà entendu parler du budget participatif, parmi lesquels 35 % des 15-19 ans et 27 % des 20-24 ans. Les détails de ce sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3184>

<sup>771</sup> À leur attention, un programme de formation aux compétences de vie courante a été développé et mis en place en 2018, avec le soutien de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la paix et de l'Union européenne. Entre 2018 et septembre 2019, 4 185 jeunes, dont la moitié de filles, originaires du district d'Abidjan et des régions du Gbôklé, de San Pedro, de Nawa, du Gbéké, du Poro, du Gontougo, du Bounkani, de Bagoué, du Tchologo et du Tonkpi ont bénéficié de ce programme.

<sup>772</sup> Article 17.1 de la CIDE : « Les États parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. »

<sup>773</sup> Selon la MICS-5, en milieu rural, 37,4 % des hommes et 51,4 % des femmes ne sont exposés à aucun média de masse (journal, TV, radio) au cours de la semaine contre 8,4 % des hommes et 12 % des femmes en milieu urbain. 57,8 % des femmes dans la région Nord, 50,6 % dans celle de l'Ouest, 48,4 % dans celle du Nord-Est et 45,3 % dans celle du Nord-Ouest ne sont exposées à aucun des trois médias dans la semaine, contre 6,6 % des femmes à Abidjan. Le taux de non-exposition aux médias de masse varie aussi fortement en fonction des régions pour les hommes, avec un maximum de 42,9 % dans le Centre-Ouest, 35,1 % dans le Nord-Ouest et 34,8 % dans l'Ouest et un minimum de 5,6 % à Abidjan. Enfin, le taux de non-exposition aux médias de masse est de 69,8 % pour les femmes et de 54,4 % pour les hommes des ménages les plus pauvres et de 56,5 % des femmes et 35,3 % des hommes des ménages riches, contre 5,4 % pour les femmes et les hommes des ménages les plus riches.

<sup>774</sup> ICT Development Index 2017, consultable en anglais sur <https://www.itu.int/net4/ITU-D/idi/2017/index.html#idi2017economy-card-tab&CLIV> ; Données Banque mondiale, consultable sur <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/IT.CEL.SETS.P2?locations=CI>

<sup>775</sup> Pour plus de détails, voir le chapitre « Chaque enfant a une identité juridique et est protégé contre la violence et l'exploitation ».

<sup>776</sup> Cible 4-7 des ODD : d'ici à 2030, faire en sorte que tous les élèves acquièrent les connaissances et compétences nécessaires pour promouvoir le développement durable, notamment par l'éducation en faveur du développement et de modes de vie durables, des droits de l'Homme, de l'égalité des sexes, de la promotion d'une culture de paix et de non-violence, de la citoyenneté mondiale et de l'appréciation de la diversité culturelle et de la contribution de la culture au développement durable.

<sup>777</sup> Le CNJ-CI est dirigé par un président élu pour un mandat de trois ans non renouvelable. Le Conseil est représenté sur le terrain par des conseils et des délégués régionaux et départementaux. Pour une présentation du CNJ-CI, voir l'entretien donné à la RTI par le président du CNJ-CI le 11 février 2018 et consultable sur <https://www.rti.ci/info/Interviews/21439/edima-neguissan-president-du-conseil-national-des-jeunes-de-cote-deivoire-la-jeunesse-ivoirienne-doit-changer-de-mentalite>

<sup>778</sup> Depuis le remaniement ministériel de juillet 2018, l'OSCN a été placé sous la tutelle du Secrétariat d'État au Service civique.

- 779 314 organisations de jeunesse sont enregistrées sur ce portail qui est accessible sur le site <https://www.associations.jeunesse.gouv.ci>
- 780 Les détails de ce sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3066>
- 781 Les détails de ce sondage sont disponibles sur le site de U-Report Côte d'Ivoire, consultable sur <https://cotedivoire.ureport.in/poll/3318>
- 782 Selon la théorie de la participation proposée par Roger Hart, il s'agirait d'atteindre les deux derniers niveaux sur l'échelle de participation des jeunes qui en compte huit. Pour plus de détails sur le sujet, voir Hart, R. (1997), *The Theory and Practice of Involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care*; UNICEF (2019), *Guide pour le plaidoyer des jeunes*, consultable sur <https://www.unicef.org/cotedivoire/rapports/le-guide-pour-le-plaidoyer-des-jeunes-g%C3%A9n%C3%A9ration-sans-limites>
- 783 CNDHCI (2018), *Consultation des jeunes sur la gouvernance et les droits de l'Homme*, « Le bruit assourdissant du silence des jeunes ».
- 784 Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *Rapport complémentaire sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant par la République de Côte d'Ivoire*, p. 17.
- 785 Constitution du 8 novembre 2016 – Titre XI de la Constitution – Article 163 : le Conseil économique, social, environnemental et culturel donne son avis sur les projets de lois, d'ordonnances ou de décrets ainsi que sur les propositions de loi qui lui sont soumis. Les projets de loi de programme à caractère économique, social, environnemental et culturel lui sont soumis pour avis. Le président de la République peut consulter le Conseil économique, social, environnemental et culturel sur tout problème à caractère économique, social, environnemental et culturel.
- 786 Un projet pilote a été mené au bénéfice des enfants et des jeunes en 2018 par le Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance avec l'appui de l'UNICEF dans les villes de Bouna, Zouan-Hounien, Béoumi, Odienné et Adiaké. Un projet financé par l'Union européenne et destiné à appuyer la mise en place de budgets participatifs au profit de l'ensemble de la population est actuellement en cours dans dix communes (Daloa, Yamoussoukro, Duekoue, Bondoukou, Man, Korhogo, Divo, Gagnoa, Ferkessedougou et Abengourou) grâce au financement de l'Union européenne. Pour plus de détails, voir le site du projet : <https://www.budgetparticipatif.ci>
- 787 Loi de finances portant budget de l'État pour l'année 2019, consultable sur <http://dgbf.gouv.ci/wp-content/uploads/2018/12/01-LOI-DE-FINANCES-2019.pdf>
- 788 RFI (2014), *Côte d'Ivoire : vers un statut pour les travailleurs domestiques?*, 11 novembre 2014, consultable sur <http://www.rfi.fr/afrique/20141010-cote-ivoire-vers-statut-le-travail-domestique>
- 789 US State Department of Labor (2018), *op. cit.*
- 790 En 2018, le programme des filets sociaux productifs n'a pu bénéficier qu'à 50 000 ménages. En 2019, le programme a été élargi à de nouvelles régions avec pour objectif de porter le nombre de ménages bénéficiaires à 100 000, voire 125 000. Fin 2018, 1 186 038 personnes, dont 114 847 étudiants, avaient été enrôlées à la CMU. La phase de généralisation de la CMU a commencé en 2019, avec pour objectif d'enrôler 4 millions de personnes d'ici à la fin 2019 et 40 % de la population d'ici 2025.
- 791 Le rapport sur le Plan Cacao du groupe Nestlé note ainsi que les mesures de remédiation consistant à scolariser un enfant ou à fournir des équipements afin de réduire le temps consacré par l'enfant à des tâches ménagères ou générer un revenu additionnel pour le ménage ou la communauté n'ont d'impact durable que si les classes ne sont pas surchargées et si les équipements sont solides et faciles à réparer. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*
- 792 International Cocoa Initiative (ICI) (2017), *Examen de l'efficacité des systèmes de suivi du travail des enfants dans le secteur des petits exploitants agricoles en Afrique subsaharienne*, p. 36.
- 793 *Ibid.*, p. 21.
- 794 *Ibid.*, p. 8.
- 795 Selon le dernier rapport du Département du travail des États-Unis sur les pires formes du travail des enfants, le nombre d'inspections réalisées est passé de 739 en 2016 à 969 en 2017. Toutefois, aucune de ces inspections n'a permis de constater de violation de la législation relative au travail des enfants. US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *Findings on the Worst Forms of Child Labor, Côte d'Ivoire*.
- 796 La Côte d'Ivoire ne dispose que de 259 inspecteurs du travail, soit moins de la moitié de l'effectif qu'elle devrait avoir (569) en application du ratio minimal fixé par l'OIT (un inspecteur pour 15 000 travailleurs). US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *op. cit.*
- 797 Le budget de l'inspection du travail a progressé de 300 842 dollars en 2016 à 329 600 dollars en 2017. US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *op. cit.*
- 798 Pour plus de détails sur les dispositifs d'accompagnement protecteurs des enfants concernés par la mobilité, voir Projet régional commun d'étude sur les mobilités des enfants et des jeunes en Afrique de l'Ouest et du Centre (2009-2010), *op. cit.*, pp. 51-52.
- 799 En 2016 et 2017, le budget de l'unité de la police criminelle en charge de la lutte contre la traite s'élevait à environ 4 500 USD. US Department of State (2018), *op. cit.*
- 800 US Department of Labor's Bureau of International Labor Affairs (2018), *op. cit.*
- 801 La sous-direction de la police criminelle chargée de la lutte contre la traite et la délinquance juvénile et la Brigade mondiale ne sont présentes qu'à Abidjan.
- 802 UNICEF (2018), *Le droit de l'enfant dans les zones cacaoyères de Côte d'Ivoire : rapport de synthèse*.
- 803 Selon les données du SS RTE du Plan Cacao Nestlé, 95 % des enfants en situation de travail interrogés ont déclaré travailler avant tout pour aider financièrement leur famille. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*, p. 16.
- 804 Comme le montre le rapport de l'OIT de 2018, l'efficacité des dispositifs de protection sociale sur le niveau de travail des enfants varie en fonction des caractéristiques des programmes mis en œuvre. Des transferts monétaires ou une aide à l'accès au microcrédit mal ciblés peuvent stimuler la demande de travail des enfants s'ils conduisent à développer une exploitation familiale ayant besoin de recourir à de la main-d'œuvre infantile. La mise en œuvre d'un programme de transferts monétaires conditionnels ne contribuera à retirer l'enfant du marché du travail que s'il compense effectivement le revenu tiré du travail de l'enfant. La mise en œuvre d'un programme de travaux publics ne réduira l'incidence du travail des enfants que s'il offre des opportunités d'emplois durables et prévoit des dispositifs d'aide pour assurer la garde des enfants. Dans le cas contraire, le risque existe qu'il aboutisse plutôt à une hausse de la demande du travail des enfants. International Labour Office (2018), *op. cit.*
- 805 Pour plus d'informations sur la pauvreté et la vulnérabilité des ménages vivant dans la zone cacaoyère, voir le rapport de synthèse de l'UNICEF de 2018 sur le droit de l'enfant dans les zones cacaoyères de Côte d'Ivoire, p. 15.
- 806 L'enquête sur le suivi de la saison agricole et la vulnérabilité alimentaire, réalisée en 2018, a montré que le principal type de choc auquel sont confrontés les ménages ruraux est la baisse de revenu consécutive à la maladie ou au décès d'un de ses membres. Ministère de l'Agriculture et du Développement rural (2018), *Suivi de la saison agricole et de la vulnérabilité alimentaire*.
- 807 Entre 2016 et 2018, alors que les coûts de production augmentaient, le prix de la tonne de cacao a diminué de 30 %. UNICEF (2018), *op. cit.*
- 808 Understanding Children's Work (UCW) Programme (2017), *Understanding trends in Child Labour, a joint ILO-UNICEF-The World Bank report*.
- 809 Selon les données du SS RTE du Plan Cacao du groupe Nestlé, la proportion d'enfants en situation de travail s'élève à 24,7 % dans les communautés cacaoyères ne disposant pas d'école contre 19,6 % dans celles qui en disposent. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*
- 810 Banque mondiale (2012), *Do School Feeding Programs Help Children? From evidence to policy, A note series on learning what works, from the Human Development Network*, janvier, consultable sur <http://site-resources.worldbank.org/INT/HDOFFICE/Resources/SchoolFeedE2P.pdf>; Hoop, J. (de), Rosati, F.C. (2014), *Cash transfers and Child Labour*, UCW Working Paper, Rome.
- 811 Rosati, F.C., Lyon, S., Guarcello, G. (2014), *Child Labour and Access to basic Services : evidence from five countries*, UCW Working Paper Series, Rome.
- 812 Burke, K., Beegle, K. (2004), « Why Children Aren't Attending School: The Case of Northwestern Tanzania », *Journal of African Economies*, vol. 13, n° 2, pp. 333-355; Vuri, D. (2008), *The effect of availability and distance to school on children's time allocation in Ghana and Guatemala*, Understanding Children's work Project (UCW), Working Paper Series (Rome); Rosati, F.C., Tzannatos, Z. (2006), « Child Labour in Vietnam », *Pacific Economic Review*, vol. 11, n° 1, pp. 1-31.
- 813 Entre 2014-2015 et 2018-2019, le taux net de scolarisation (TBS) au primaire a augmenté de 87,8 % à 91,3 % et les taux bruts de scolarisation ont passé de 53,8 % à 70,52 % pour le secondaire 1<sup>er</sup> cycle et de 28,1 % à 35,78 % pour le secondaire 2<sup>e</sup> cycle. En revanche, les progrès au niveau de la scolarisation dans l'enseignement préscolaire restent particulièrement faibles, le TBS étant passé de 7,4 % à 9,4 % entre 2014-2015 et 2018-2019. Selon la MICS-5, 41,5 % des enfants en âge d'aller à l'école secondaire (12-18 ans) – parmi lesquels 34 % de garçons et 49,1 %



de filles – ne sont pas scolarisés. C'est le cas de 61,7 % des enfants âgés de 12-18 ans et de 70,4 % des filles de cette tranche d'âge venant des ménages les plus pauvres. Pour plus de détails sur le droit à l'éducation, voir le chapitre « Chaque enfant apprend ».

<sup>814</sup> Les principales barrières à la scolarisation sont : i) du côté de l'offre, le nombre insuffisant de structures d'enseignement préscolaires et secondaires, notamment en milieu rural, et l'éloignement de l'établissement scolaire par rapport au lieu d'habitation (8 % des élèves du primaire doivent parcourir au moins trois kilomètres pour atteindre leur école); ii) du côté de la qualité, des classes surchargées (en moyenne, le ratio élèves par maître dans le primaire public s'élève à 43), un manque de matériel pédagogique et l'absentéisme des enseignants; iii) du côté de la demande, des frais annexes importants, l'absence de cantine dans la plupart des établissements et le nombre limité de bourses accordées aux élèves des ménages les plus pauvres. L'étude sur les enfants talibés et les écoles coraniques en Côte d'Ivoire a également montré que l'absence d'école dans plusieurs zones du pays explique le recours par certains parents à des maîtres coraniques qui ne sont pas contrôlés par le MENETFP et contribuent à la mendicité forcée de nombreux garçons talibés. InterPeace, Indigo Côte d'Ivoire (2019), *Enfants talibés et écoles coraniques en Côte d'Ivoire : Enjeux et perspectives*.

<sup>815</sup> Selon la MICS-5, 31,5 % des foyers ruraux utilisent des sources d'eau non améliorées et 61,9 % n'ont pas accès à l'électricité.

<sup>816</sup> Un enfant qui ne peut avoir accès à des soins de santé de qualité pour un coût abordable risque d'être absent de l'école pendant une longue période en cas de maladie; un enfant vivant dans un ménage n'ayant pas accès à l'électricité ne pourra pas étudier après la tombée de la nuit.

<sup>817</sup> Selon les données du SSRTE du Plan Cacao du groupe Nestlé, la proportion d'enfants en situation de travail s'élève à 24 % dans les communautés cacaoyères ne disposant pas d'un accès à l'eau potable contre 18,9 % dans celles qui en disposent. La proportion de travail des enfants est de 22,3 % dans les communautés n'ayant pas accès à l'électricité contre 19 % dans celles qui y ont accès. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*

<sup>818</sup> Selon l'enquête ENSETE 2013-2014, moins d'un jeune âgé de 25-35 ans sur cinq a un emploi dans le secteur formel, environ 80 % des personnes en emploi interrogées affirment exercer un emploi qui ne correspond pas à leur formation, et près de 54 % affirment que la formation qu'elles ont suivie n'a pas été utile pour l'accès à leur premier emploi. Selon l'Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI 2016), plus de la moitié des travailleurs ayant effectué des études supérieures occupent un emploi dans le secteur formel, contre 16,6 % pour ceux qui ont achevé les études secondaires.

<sup>819</sup> Enquête nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel (ENSESI) 2016.

<sup>820</sup> Selon le rapport du Plan Cacao de Nestlé, on assisterait même actuellement à une demande croissante de travail des enfants de plus en plus jeunes dans la zone cacaoyère, du fait de l'exode rural des adolescents plus âgés et des jeunes adultes. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*, p. 16.

<sup>821</sup> Understanding Children's Work (UCW) Programme (2017), *op. cit.*

<sup>822</sup> International Labour Office (2018), *Ending Child Labour by 2025. A review of policies and programmes*; Understanding Children's Work Project (UCWP) (2016), *Farm Cooperatives, household vulnerability and agricultural child labour in Rwanda, Policy Appraisal*, UCW Working Paper, Rome.

<sup>823</sup> UNICEF (2018), *Le droit de l'enfant dans les zones cacaoyères de Côte d'Ivoire : rapport de synthèse*, p. 15.

<sup>824</sup> Le rapport du Plan Cacao du groupe Nestlé note ainsi que dans la zone cacaoyère, les parents croient souvent qu'en portant des charges lourdes, leurs enfants pourront développer leur force musculaire et ignorent les conséquences néfastes que de tels travaux peuvent avoir sur la colonne vertébrale de l'enfant. Nestlé Cocoa Plan (2017), *op. cit.*, p. 16.

<sup>825</sup> En Côte d'Ivoire, trop peu d'employeurs et de maîtres artisans ont reçu une formation sur les questions de sécurité et de santé au travail. Plan d'action national de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants 2019-2021.

<sup>826</sup> Buono, C., Babo, A. (2013), « Travail des enfants dans les exploitations de cacao en Côte d'Ivoire. Pour une réconciliation entre normes locales et normes internationales autour du « bic », du balai et de la machette ». *Mondes en développement*, vol. 163, n° 3, pp. 69-84; Comité national de surveillance des actions de lutte contre la traite, l'exploitation et le travail des enfants (2016), *op. cit.*, p. 36.

<sup>827</sup> Selon la MICS-5, 20,2 % des enfants ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques. Cette proportion atteint 28,5 % chez les 10-14 ans et 42,8 % chez les 15-17 ans.

<sup>828</sup> Voir notamment le cas du travail des « petites nièces » astreintes à 11 heures de travail par jour comme domestiques. Jacquemin, M. (2002), « Travail domestique et travail des enfants, le cas d'Abidjan », *Tiers Monde*, vol. 43, n° 170, pp. 307-326.

<sup>829</sup> Comité des droits de l'enfant (2007), *Observation générale n° 10 (2007), Les droits de l'enfant dans le système de justice pour mineurs*, CRC/C/GC/10, 25 avril, consultable sur [https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC10\\_fr.doc](https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC10_fr.doc)

<sup>830</sup> Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *Rapport complémentaire sur la mise en œuvre de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant par la République de Côte d'Ivoire*, p. 37.

<sup>831</sup> Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme (2013), *Rapport analytique de l'état des lieux de la justice des mineurs en Côte d'Ivoire*.

<sup>832</sup> Observatoire ivoirien des droits de l'Homme, Osiwa, Apcof (2016), *Étude sur les conditions d'arrestation, de garde à vue et de détention préventive en Côte d'Ivoire*, 30 avril-30 juin 2016.

<sup>833</sup> Seuls 15 % des gardés à vue interrogés dans le cadre de l'enquête de l'OIDH affirment avoir été informés de leurs droits et de la possibilité d'être assistés par un avocat. L'enquête indique que la pratique des traitements cruels inhumains et dégradants en garde à vue est en recul – 4 % des gardés à vue affirment en avoir subi –, mais que le recours à la violence afin d'obtenir du gardé à vue des aveux et un témoignage contre lui-même fréquent : 73 % des gardés à vue enquêtés affirment en avoir été victimes et 57 % des procureurs confirment l'existence de

telles pratiques. Dans près de 22 % des cas étudiés, la durée de la garde à vue a excédé 48 heures. Les auteurs de l'étude ont, par ailleurs, montré que la plupart des cellules de la police judiciaire sont dans un état avancé de délabrement et d'insalubrité. Observatoire ivoirien des droits de l'Homme, Osiwa, Apcof (2016), *op. cit.*, pp. 20-27 et 39-40.

<sup>834</sup> Forum des ONG et associations d'aide à l'enfance (2018), *op. cit.*

<sup>835</sup> BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *Rapport de suivi conjoint au Conseil des droits de l'Homme des Nations Unies Examen périodique universel (EPU) de la Côte d'Ivoire*.

<sup>836</sup> BICE, DDE-CI (2017), *Suivi de la mise en œuvre des recommandations des deux experts indépendants du Conseil des droits de l'Homme, des organes de traités et de l'ONU*.

<sup>837</sup> *Ibid.*, p. 6.

<sup>838</sup> Le procureur de la République peut notamment prescrire au mineur de s'abstenir de fréquenter certains lieux ou certaines personnes, de suivre une scolarité ou un apprentissage professionnel, de procéder à la réparation du dommage causé à la victime et de participer à une tentative de réconciliation avec la victime (art. 788).

<sup>839</sup> BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *op. cit.*, p. 3.

<sup>840</sup> Le centre de rééducation de Dabou, près d'Abidjan, ne peut accueillir qu'une soixantaine de mineurs.

<sup>841</sup> BICE, DDE-CI (2017), *op. cit.*, p. 6. Plusieurs ONG disposent de centres qui pourraient héberger provisoirement des enfants en détention préventive. Toutefois, ces centres ne sont pas utilisés à cet effet car l'État reste réticent à signer des conventions avec les ONG dans ce domaine.

<sup>842</sup> La proportion des enfants en conflit avec la loi placés sous mandat de dépôt ou ordonnance de garde provisoire dans l'ensemble des tribunaux du pays est ainsi passée de 83 % en 2016 à 60 % en 2018.

<sup>843</sup> Les nouvelles dispositions ne sont devenues effectives que depuis la rentrée judiciaire d'octobre 2019.

<sup>844</sup> La proportion d'enfants placés sous mandat de dépôt ou ordonnance de garde provisoire dans les neuf tribunaux dotés de SPJ/J est passée de 100 % en 2014 à 49 % en 2018.

<sup>845</sup> BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *op. cit.*, p. 3

<sup>846</sup> CNDHCI (2018), *Rapport de visite des maisons d'arrêt et de correction de Côte d'Ivoire*, p. 9.

<sup>847</sup> Selon les données de routine, en 2017, 34 filles étaient en détention contre 485 garçons.

<sup>848</sup> On compte à la MACA 6700 détenus pour 1500 places et plus de 1400 détenus à la MAC de Man pour 400 places.

<sup>849</sup> BICE, Order of Preachers, FMSI, DDE-CI (2018), *op. cit.*, p. 5.

<sup>850</sup> Les centres de rééducation et de formation professionnelle privés se situent pour la plupart à Abidjan comme le Centre Abel, le Centre Amigo, le Centre Zagal, le Centre de réhabilitation Erb Alois, le Centre Akwaba, et le Centre Don Bosco. On trouve toutefois un centre à Korhogo, géré par l'ANAED. Deux centres sont actuellement en construction à l'initiative de la Fondation de la Première dame, l'un à Bouaké, l'autre à Ferké.

## **Crédits**

Texte : David Mugnier

Coordination : Serghei Buruiana, Sophie Leonard

Production (édition, mise en page, impression) : Julie Pudlowski Consulting

Photographie : UNICEF/ Dejongh ; UNICEF/ Diarassouba

Sciences: j'étudie l'

المادة: التلاوة

الطريق: أشكال

ع  
ع  
ع  
ل  
ل  
ل

les





Ministère du Plan  
et du Développement

unicef 

pour chaque enfant

[www.plan.gouv.ci](http://www.plan.gouv.ci)  
and [www.unicef.org](http://www.unicef.org)