Nations Unies E/ICEF/2002/P/L.4

Conseil économique et social

Distr. limitée
18 décembre 2001

Original: français

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Première session ordinaire de 2002
21-25 janvier 2002
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Note de pays**

Côte d'Ivoire

Résumé

La Directrice générale présente la note de pays concernant le programme de coopération avec la Côte d'Ivoire pour la période 2003 à 2007.

La situation des enfants et des femmes

1. La Côte d'Ivoire compte 15 millions d'habitants dont 52 % sont âgés de moins de 18 ans. La situation politique demeure fragile suite aux événements sociopolitiques de 1999 et 2000. L'indice de développement humain classe le pays en 1999 au 154e rang parmi 174 pays, soit un recul de neuf rangs par rapport à l'année 1995. Le produit national brut (PNB) par habitant est de 670 dollars des États-Unis selon la Banque mondiale (1999). Le produit intérieur brut a baissé de 2,5 % en l'an 2000. Le service de la dette extérieure s'élevait à 1 milliard de dollars des États-Unis en 1999 et l'encours à 15 milliards de dollars. Les dépenses d'investissement et de fonctionnement en faveur des secteurs de l'éducation et de la santé n'ont représenté que respectivement 5,4 % et 1,6 % du PNB en 1999. Un tiers de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Terre d'immigration à cause de son essor économique des années 70, la Côte d'Ivoire connaît le phénomène du trafic des enfants à des fins d'exploitation économique. Le Gouvernement élabore actuellement, avec l'appui des partenaires au développement, un Cadre stratégique

* E/ICEF/2002/2.
** Un additif au présent rapport contenant la recommandation finale du programme de pays sera soumis à l'approbation du Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2002.

01-70777 (F) 281201 150102

de réduction de la pauvreté en vue d'assurer l'éligibilité du pays à l'Initiative en faveur des pays pauvres très endettés.

2. La Côte d'Ivoire a soumis en 2001 son rapport initial au Comité des droits de l'enfant et a commencé à mettre en oeuvre les recommandations du Comité. Aucun des objectifs du Sommet mondial pour les enfants de 1990 que le pays s'était fixés dans son Plan national d'action n'a été atteint. Le taux de mortalité infantile et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans se sont accrus et se situaient en 1999 respectivement à 112 et 171 pour 1 000 naissances vivantes contre 90 et 150 en 1994. Des investigations sur les facteurs de cette hausse s'avèrent nécessaires. Le taux de mortalité maternelle demeure élevé à 597 pour 100 000 naissances vivantes (1994). La proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est de 62 %. Malgré une assez bonne accessibilité géographique aux soins de 68 % et une augmentation de la couverture vaccinale entre 1994 et 1999 pour chaque antigène, la proportion des enfants ayant reçu les trois doses du vaccin diphtérique, coquelucheux et tétanique demeure relativement faible (61,9 % en 1999 contre 51,4 % en 1994). Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition, exacerbés par la mauvaise qualité des prestations sanitaires, constituent les principales causes de morbidité et de mortalité chez les enfants. L'allaitement exclusif au cours des quatre premiers mois de la vie est passé de 3 % en 1994 à 11 % en 2000 grâce notamment à l'initiative Hôpitaux amis des bébés. Le sel iodé est consommé par seulement 31 % des ménages. La supplémentation systématique en vitamine A et les journées nationales de vaccination ont été introduites en 1999 pour pallier le nombre élevé d'enfants n'ayant jamais reçu de capsule de vitamine A (67 %). L'accès à l'eau potable est estimé, en l'an 2000, à 81 % contre 63 % en 1988, et 59 % des ménages utilisaient des installations sanitaires hygiéniques contre 53 % en 1988. Le pays est confronté depuis octobre 2000 à une épidémie de choléra et à une épidémie de fièvre jaune depuis mars 2001.

3. La pandémie du VIH/sida connaît une expansion rapide et constitue une préoccupation majeure. Le taux de prévalence est estimé à 10,7 % pour l'ensemble de la population et à 13 % chez les femmes enceintes en zone urbaine. Dans six grandes villes du pays, la quasi-totalité des garçons et des filles âgés de 15 à 19 ans ont entendu parler du sida. Cependant, parmi ceux-ci, 8 % des garçons et 17 % des filles ne connaissent pas de méthodes de prévention. Seulement un tiers des adolescent(e)s disent utiliser systématiquement le préservatif. La prévalence du VIH/sida chez les filles enceintes âgées de 10 à 14 ans à Abidjan ne cesse de croître depuis 1997. En 2000, ce groupe est le plus infecté après la classe d'âge des 25 à 29 ans. Depuis le début de l'épidémie, 420 000 enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère ou leurs deux parents à cause du VIH/sida. Les projections indiquent que leur nombre pourrait atteindre un million en 2005-2008.

4. Le système éducatif reste confronté à des problèmes d'accès, d'efficacité et de qualité qui se traduisent par : a) un taux net de scolarisation faible (57 % en l'an 2000); b) des disparités régionales (Bouaké, 64 % et San Pedro, 35,5 %) et de sexe (10 points d'écart entre les filles et les garçons au niveau national et jusqu'à 22 points au sein d'un département); c) des taux de redoublement variant entre 20 % et 43 % du premier au dernier cycle de l'enseignement primaire; d) des taux de rendement faibles (32 % chez les filles et 36,5 % chez les garçons); et e) la persistance des abandons (7 % au cours préparatoire première année pour les filles et 5,5% chez les garçons).

5. Les femmes continuent à subir la discrimination dans la famille et la société et leurs droits à la santé, l'éducation, la protection et la participation ne sont pas toujours respectés. Le taux d'analphabétisme féminin est actuellement de 62 % contre 40 % chez les hommes.

6. L'environnement familial et communautaire reste pour beaucoup de jeunes enfants peu propice à leur développement physique, psychosocial et cognitif. La préscolarisation concerne 12,6 % des enfants en milieu urbain contre 1,4 % en zone rurale. En ce qui concerne le droit à l'identité, 30 % des enfants ne sont pas déclarés à l'état civil. Par ailleurs, de nouvelles problématiques liées à la protection des enfants et des adolescent(e)s émergent dans le pays. Il s'agit notamment du trafic transfrontalier et du travail des enfants à des fins d'exploitation économique (14,3 % des enfants de 6 à 14 ans exerçaient une activité économique en 1998 contre 10,4 % en 1988) et des enfants dans les situations d'urgence. La population réfugiée est estimée à 120 000 personnes dont 20 000 enfants en âge scolaire qui intégreront le système scolaire ivoirien suite aux récentes dispositions prises par les autorités.

Enseignements tirés de l'expérience récente du programme

7. La mise en oeuvre du programme, la revue à mi-parcours, les évaluations ainsi que l'audit réalisé en 1998 permettent de tirer les enseignements suivants : la dispersion géographique du programme, l'insuffisance de coordination des interventions des différents partenaires ainsi qu'une appréciation limitée des capacités en matière de ressources financières et humaines aux niveaux du Gouvernement et de l'UNICEF n'ont pas permis d'atteindre tous les résultats escomptés. Il s'avère nécessaire de procéder à la concentration géographique dans un nombre limité de zones et de cibler de manière intégrée les stratégies et activités à fort impact dans ces zones. Il convient également d'apprécier la faisabilité de la mise en oeuvre des actions au niveau décentralisé et de définir les rôles et responsabilités de chaque structure ainsi que les mécanismes d'intégration.

8. Les centres d'accueil et d'encadrement du jeune enfant mis en place par le programme n'ont pas toujours fonctionné comme des modèles communautaires réussis de prise en charge intégrée du jeune enfant. Le manque d'internalisation, de suivi et de coordination de l'approche aussi bien au niveau des partenaires que de l'UNICEF n'a pas permis de combiner les activités d'éveil avec le suivi sanitaire et nutritionnel ni de susciter l'implication des communautés. La poursuite de l'expérience requiert une meilleure connaissance des pratiques traditionnelles en matière d'encadrement du jeune enfant, ainsi qu'une coordination efficace des actions des programmes sectoriels au sein de l'UNICEF et des services de l'État tant au niveau central qu'au niveau local.

9. L'expérience pilote de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida dans quatre centres de santé urbains à Abidjan a permis de passer de la recherche à une phase d'offre de services pour réduire de 25 % à 15 % le taux de transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant. Cette performance a été possible grâce : a) à l'engagement des autorités et la motivation réelle du personnel sociosanitaire; b) au développement d'un partenariat multisectoriel; et c) au renforcement des compétences du personnel dans le conseil, le dépistage volontaire, l'allaitement maternel, la coordination et la supervision des activités. L'extension progressive au niveau district devra tirer profit des enseignements de cette expérience tout en

développant des stratégies pour limiter la déperdition (femmes perdues de vue) observée tout au long du processus.

Stratégie proposée pour le programme de pays

10. La formulation du programme de coopération pour la période 2003-2007 est basée sur les problèmes prioritaires des enfants et des femmes et sur l'analyse de leurs déterminants et des mécanismes de causalité. Le programme repose sur les droits et la spécificité liée aux différentes étapes de la vie. Le choix des domaines prioritaires d'intervention et la formulation des stratégies tiennent compte des recommandations du Comité des droits de l'enfant, des priorités du Gouvernement, du Mouvement mondial en faveur des enfants et de celles de l'UNICEF pour la période 2002-2005 selon le Plan stratégique à moyen terme. Il a également intégré la dynamique de programmation suscitée par le processus d'élaboration du bilan commun du pays, du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et de l'élaboration d'un cadre stratégique commun au système des Nations Unies de lutte contre le VIH/sida.

11. Le but du programme de coopération 2003-2007 qui comporte cinq programmes, est de contribuer à améliorer les conditions de vie des enfants et des femmes, en veillant au respect et à l'application de leurs droits avec une attention particulière aux groupes les plus vulnérables. Il contribuera à : a) réduire les taux de mortalité infantile, juvénile et maternelle; b) réduire la prévalence de la malnutrition des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes et allaitantes; c) réduire l'incidence du VIH/sida, avec une attention particulière sur la prévention de la transmission mère-enfant et chez les adolescent(e)s; d) donner au plus grand nombre d'enfants une éducation de base de qualité tout en éliminant les disparités entre les filles et les garçons; e) créer un environnement familial, communautaire et institutionnel propice à une prise en charge appropriée des besoins spécifiques des enfants et des adolescent(e)s pour leur protection et épanouissement; et f) améliorer l'élaboration et le suivi des politiques sociales mieux ciblées sur les enfants et les femmes et sur les populations les plus vulnérables.

12. À l'échelle nationale, la coopération de l'UNICEF portera sur la prévention des maladies (à travers l'immunisation, les micronutriments, la prévention de la transmission du VIH/sida). Il appuiera la formulation de politiques sociales ciblées, la mobilisation effective de la société civile, des autorités et des instances de planification autour des actions orientées vers les besoins et les droits des enfants, y compris l'affectation des ressources nationales aux services de base essentiels. Il développera le plaidoyer et la mobilisation financière en faveur des enfants. Le programme appuiera la définition d'une politique de développement holistique du jeune enfant qui tient compte de l'expérience et des réalités nationales.

13. Le programme se concentrera dans sept départements (15 % de la population du pays) dont un urbain choisis sur la base d'indicateurs sociaux préoccupants. Cette concentration permettra d'améliorer la situation en matière de santé, nutrition, éducation, eau et hygiène, éveil et protection de l'enfant à travers des approches basées sur la décentralisation, l'intégration, la participation communautaire et la coordination intersectorielle. L'accessibilité de services de qualité sera soutenue par un Plan intégré de communication qui mettra l'accent sur une participation effective des groupes communautaires et d'associations de jeunes et de femmes, dans les

processus de microplanification, d'analyse et de prise de décisions reliés au programme. Parallèlement, le renforcement des compétences en communication des prestataires de services permettra d'améliorer l'offre et de faciliter l'émergence d'une dynamique d'appropriation des actions au niveau décentralisé. Le programme appuiera la création de centres d'encadrement communautaire du jeune enfant vers lesquels convergeront des activités d'éveil, de santé, de nutrition, d'eau et d'hygiène. Les interventions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement seront localisées dans les centres de santé, les écoles et les centres d'encadrement communautaire en vue d'une intégration des services et d'un appui à la communication pour le changement de comportement. Des actions spécifiques localisées à certaines zones (éradication de la dracunculose, lutte contre le trafic et les pires formes du travail des enfants, préparation et réponse aux situations d'urgence) seront par ailleurs menées.

14. Le programme **Santé et nutrition** s'inscrit dans les objectifs nationaux de réduction de la mortalité des enfants et de la mortalité maternelle. Il procédera en synergie et complémentarité avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Agence allemande de coopération technique (GTZ), la coopération belge et les organisations non gouvernementales (ONG) présentes dans les zones de concentration, à la revitalisation des structures de santé au niveau district dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, en termes d'accessibilité, de qualité et d'intégration des soins obstétricaux et néonatals essentiels, des soins infantiles ainsi que des conseils et soins spécifiques aux adolescent(e)s. La revitalisation inclura le renforcement des capacités des agents sociosanitaires, des structures de gestion communautaire et des ONG ainsi que la communication pour le développement de comportements appropriés, en vue d'une prévention renforcée des maladies (à travers la vaccination, la surveillance épidémiologique, la bonne nutrition et l'hygiène) et pour leur prise en charge rapide et adéquate. Le programme contribuera à la réduction de l'incidence du VIH/sida par l'extension progressive, au niveau du district, de la prévention de la transmission mère-enfant. Les recommandations des études sur l'accès et l'équité des soins en milieu urbain seront mises en oeuvre dans six centres de santé pilotes à Abidjan.

15. Le programme **Éducation de base** appuiera la mise en oeuvre du Plan national de développement de l'éducation et de la formation dans ses composantes de l'enseignement primaire. Il initiera, dans les zones de concentration, en complémentarité et synergie avec la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, le Programme alimentaire mondial (PAM) et le FNUAP, des stratégies susceptibles d'augmenter d'au moins 10 % le taux net de scolarisation et d'assurer le maintien des enfants, en particulier des filles à l'école. L'amélioration de la qualité de l'enseignement et de l'environnement lié à l'apprentissage se fera à travers la formation des enseignants, la révision des curricula, l'éducation à la paix et à la tolérance ainsi que la mise en place de points d'eau, de latrines et de clubs d'hygiène. Des stratégies alternatives et pérennes prenant en compte les coûts d'opportunité de la scolarisation des filles seront développées et expérimentées avec les communautés. Le programme visera à étendre les connaissances de base aux enfants et aux adolescent(e)s en dehors du système scolaire à travers notamment l'alphabétisation et l'articulation entre les écoles du système formel et les écoles coraniques. Une approche communicationnelle adaptée aux milieux scolaire et non scolaire en vue de faire acquérir à au moins 75 % des enfants et des adolescents des

connaissances et des compétences pour la prévention du VIH/sida sera développée dans les zones de concentration.

16. Le programme **Protection des enfants et des adolescents** vise l'amélioration de l'environnement institutionnel et la protection des enfants et des adolescent(e)s les plus à risque en partenariat avec l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale pour les migrations, Save The Children et le Bureau international catholique pour l'enfance. Il s'agit notamment des enfants confrontés au trafic à des fins d'exploitation, aux pires formes du travail, à la privation de libertés, ceux infectés et affectés par le VIH/sida dont les orphelins, ainsi que ceux exposés à des pratiques néfastes. Les mesures de protection porteront sur la prévention des actes de violation des droits, sur la réinsertion sociale et l'accès aux services de base de qualité y compris dans les situations d'urgence. Une démarche associant les adolescent(e)s à leur propre protection et leur participation au processus décisionnel sera appliquée.

17. Le programme **Politiques sociales et suivi et évaluation** s'assurera de la prise en compte des besoins et des droits des enfants lors de la formulation et de la mise en oeuvre des politiques et programmes sociaux, à travers le suivi et la diffusion d'indicateurs clefs et en relation avec le suivi de l'Initiative 20/20 et des différents accords et conventions. Dans les zones de concentration, des bases de données socioéconomiques et d'informations géographiques seront développées afin de suivre la situation des enfants et apprécier les résultats des actions suivant le plan intégré de suivi et d'évaluation. Le programme appuiera, à l'échelle nationale, le suivi de la situation et des droits des enfants et, en collaboration avec le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés et le PAM, le développement d'un système d'alerte pour prévenir et préparer des réponses aux situations d'urgence y compris les épidémies.

18. Les coûts transversaux prendront en charge une partie des coûts salariaux des sections d'appui et des dépenses de fonctionnement.

Montant estimatif du budget

Montant estimatif du programme de coopération, 2003-2007[a]

(En milliers de dollars des États-Unis)

	Ressources ordinaires	*Autres ressources*	**Total**
Santé et nutrition	6 200	4 000	**10 200**
Éducation de base	4 780	2 500	**7 280**
Protection des enfants et des adolescents	2 505	1 500	**4 005**
Politiques sociales, suivi et évaluation	2 478	–	**2 478**
Coûts transversaux	1 700	–	**1 700**
Total	**17 663**	**8 000**	**25 663**

[a] Ces chiffres sont indicatifs et sujets à modification une fois que les données financières globales seront connues.