



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



MINISTÈRE D'ÉTAT,
MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT

RAPPORT NATIONAL SUR L'ÉTAT
ET LE DEVENIR DE LA POPULATION DE LA CÔTE D'IVOIRE

Population et développement : défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire

REPCI 2006



A 200115

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail



MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT

RAPPORT NATIONAL SUR L'ETAT ET LE DEVENIR DE LA POPULATION DE LA CÔTE D'IVOIRE

Population et développement: défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire

REPCI 2006



© Le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement
ISBN en cours
juin 2007
Toute reproduction interdite sous peine de poursuites judiciaires

Sous le parrainage

du Ministre d'État,
Ministre du Plan et du Développement

Avec l'appui technique et financier

du Fonds des Nations Unies pour la Population

UNFPA

Sous la coordination de

Alexandre ASSEMIEN

Directeur de Cabinet

Ministère d'État

Ministère du Plan et du Développement

Philippe DELANNE

Représentant de l'UNFPA,

ÉQUIPE DE RÉDACTION

Rédacteurs et contributeurs

ALLA Della André
Géographe,
Maître Assistant,
UFR/SHS
Université de Cocody

ANOHO Amoakon
Démographe,
Maître Assistant
UFR/SEG
Université de Cocody

ATTAHI Koffi
Géographe Urbaniste
BNETD

BAMSSIE Roger
Statisticien Démographe

SASSAN K.MOROKRO M
Médecin

DJOMAN Marc
Médecin spécialiste en Santé
de la Reproduction

ESSAN Kodja Valentin
Directeur des Politiques de Population

GOORE BI Y. Christine,
Directeur Général de la Population
et du Renforcement des Capacités

IRIE Mathurin
Sous Directeur
DGPRC,

KOFFI Enokou Jean,
Représentant Assistant,
UNFPA

KOUADIO BENIE Marcel
Professeur agrégé d'économie
UFR/SEG
Université de Cocody

KOUASSI Yao Euphrasie
Géographe,
Directeur de l'Égalité et de la Promotion
du Genre
MFAS

KOUASSI Lucien
Démographe,
INS

MIAN-DJANGONE Rachelle,
Chargée de Programme
Collecte et Analyse des données/S&E
UNFPA

TCHERE Seka
Enseignant-Chercheur
Université de Cocody

ZANOU Benjamin
Enseignant Chercheur
ENSEA

Contributeurs extérieurs

GENDREAU Francis
Démographe, Chercheur,
IRD,
Paris

GUINGNIDO GAYES Julien
Directeur des Opérations
UNFPA
Bénin

Édition et publication

DIAGABATÉ ATSE Solange
Chargée de Communication
UNFPA

GUEU-BIA Flore
Assistante au Programme
UNFPA

ADIAFFI Olivier
Éditeur - Imprimeur
Édicoms

COMITÉ DE SUIVI DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DU RAPPORT

SUPERVISION

M. KOFFI Enokou,
Représentant Assistant,
UNFPA

Mme. GOORE BI Y. Christine,
Directeur Général de la Population
et du Renforcement des Capacités

MEMBRES

AKPOE Arthur
Sous Directeur
DGPRC

ALLOU Manizan
Sous Directeur
DGPRC

ATCHE AKA Emmanuel
Inspecteur,
Ministère de l'Éducation Nationale

GUEU-BIA Flore
Assistante au Programme
UNFPA, Abidjan

BOSSO Yvonne,
Directeur du Renforcement des Capacités
DGPRC

ESSAN Kodja Valentin
Directeur des Politiques de Population
DGPRC

EHOUAN TAI,
Bureau National d'Études
Techniques et de Développement
BNETD

IRIE Mathurin
Sous Directeur
DGPRC

KANGA Kouakou Auguste
Conseiller Technique
en charge de la Population,
MEMPD

KONE KIPEYA Brahim
Directeur de la Planification,
Ministère de la Famille et des Affaires
Sociales

Dr LIAGUI Amadou Ouattara
Ministère de la Santé et de l'Hygiène
Publique DC.PNSR/PF

LOKPO Ibrahim,
Directeur du Suivi Évaluation
DGPRC

MIAN-DJANGONE Rachelle,
Chargée de Programme
Collecte et Analyse des données,
UNFPA

TIAPANI Lucienne
Sous-Directeur
DGPRC

SIKA Glebelho Lazare,
Enseignant-Chercheur,
ENSEA

YAPI Ghislain Sylvestre
Ministère de la Lutte contre le Sida

YAPO Eugène
Chef du département de la démographie
et des statistiques sociales,
INS

Tables des matières

PRÉFACE	19	<i>II - Volume et caractéristiques des migrations.....</i>	57
AVANT-PROPOS	21	2.1 - Migrations internes	57
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	23	2.2 - Migrations internationales.....	58
INTRODUCTION.....	23	<i>III - Aménagement du territoire, développement de l'économie de plantation et migration</i>	64
<i>I - Le grand désordre des relations entre population et développement</i>	23	3.1 - Économie de plantation	64
<i>II - Présentation de l'ouvrage</i>	28	3.2 - Problèmes fonciers en milieu rural	65
<i>Conclusion.....</i>	29	3.3 - Impact des migrations sur le développement	66
CHAPITRE I		<i>IV - Migrations et cohésion sociale</i>	66
ÉTAT, DYNAMIQUE ET POTENTIALITÉS DE CROISSANCE DE LA POPULATION IVOIRIENNE	31	4.1 - Migrations rurales et intégration dans le milieu d'accueil.....	66
INTRODUCTION.....	31	4.2 - Migrations scolaires	67
<i>I - État de la population.....</i>	31	4.3 - Mariages mixtes	67
1.1 - Une croissance démographique encore rapide malgré un ralentissement récent	31	4.4 - Évolution de la politique d'intégration des étrangers en côte d'ivoire : la question de la naturalisation	67
1.2 - La répartition spatiale de la population.....	32	CONCLUSION	69
1.3 - La structure par sexe et âge	36	CHAPITRE III	
1.4 - Une composition culturelle diversifiée.....	36	URBANISATION ET GESTION URBAINE.....	71
1.5 - Éducation	39	INTRODUCTION	71
1.6 - Type d'activité de la population d'âge actif	40	<i>I - Processus de l'urbanisation.....</i>	71
1.7 - La distribution de la population par ménage	42	1.1 - Le fait urbain dans l'histoire	71
<i>II - L'évolution des composantes de la croissance démographique.....</i>	43	1.2 - Modalités de l'urbanisation	72
2.1 - L'évolution de la fécondité.....	43	1.3 - Dynamique spatiale de l'urbanisation.....	73
2.2 - Les tendances de la mortalité	46	<i>II - Facteurs de l'urbanisation accélérée</i>	74
2.3 - Les migrations internationales	48	2.1 - Rôle des politiques d'aménagement régional et urbain	74
2.4 - Le schéma de transition démographique.....	48	2.2 - Les migrations dans la dynamique démographique des villes.....	76
<i>III - L'évolution future de la population et la demande sociale</i>	49	<i>III - Problèmes liés à l'urbanisation</i>	76
3.1. - Les perspectives démographiques	49	3.1 - Non-maîtrise de la croissance de l'espace urbain	76
3.2 - L'impact de l'accroissement démographique sur la demande sociale.....	50	3.2 - La crise généralisée des services urbains de base	77
CONCLUSION	53	3.3 - Paupérisation croissante des populations urbaines	78
CHAPITRE II		3.4 - Développement des pathologies sociales	78
MIGRATION ET DÉVELOPPEMENT EN CÔTE D'IVOIRE		<i>IV - Pour une gestion urbaine durable</i>	78
INTRODUCTION	53	4.1 - Promotion de la gouvernance urbaine	78
<i>I - Quelques aspects historiques des migrations.....</i>	54	4.2 - Le financement du développement urbain durable	79
1.1 - Historique des migrations	54	CONCLUSION.....	79
1.2 - Politique de migration de la Côte d'Ivoire indépendante.....	55		

CHAPITRE IV	81	CHAPITRE VI	107
GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DÉVELOPPEMENT DURABLE	81	JEUNESSE ET INSERTION SOCIALE	107
INTRODUCTION	81	INTRODUCTION	107
<i>I - Situation de l'environnement : état des lieux</i>	81	<i>I - Emploi et insertion professionnelle des jeunes.....</i>	107
1.1 - Déforestation préoccupante	82	1.1 - Évolution de l'emploi de 1960 à 2006.....	107
1.2 - Dégradation des sols et savanisation	83	1.2 - Insertion professionnelle des jeunes	110
1.3 - Surexploitation des ressources halieutiques	84	<i>II - Les jeunes dans le conflit armé.....</i>	113
1.4 - Braconnage	85	2.1 - Évaluation de l'importance numérique et des traits spécifiques des jeunes ex-combattants.....	113
1.5 - Dégradation de l'environnement urbain.....	87	2.2 - Analyse de la prise en compte des besoins spécifiques des jeunes dans le PNDDR/RC.....	113
<i>II - Prix à payer : graves menaces pour l'économie et les populations</i>	87	<i>III - Délinquance juvénile</i>	114
2.1 - Pertes de bois d'œuvre.....	87	3.1 - Situation générale de la délinquance juvénile	114
2.2 - Pertes de biodiversité	87	3.2 - Causes de la délinquance juvénile	115
2.3 - La pénurie des énergies domestiques à base de bois	87	3.3 - Persistance et impact de la délinquance juvénile	115
2.4 - Baisse de la productivité des terres agricoles	88	3.4 - Suivi, encadrement et assistance aux jeunes délinquants	116
2.5 - Prolifération des maladies environnementales....	88	<i>IV - Participation des jeunes a la vie politique et sociale</i>	116
2.6 - Pertes en vies humaines et dégâts matériels liés aux catastrophes naturelles	89	4.1 - Dimensions de la participation des jeunes	116
<i>III - Politiques et stratégies de gestion de l'environnement.</i>	89	4.2 - Participation politique et institutionnelle	117
3.1 - Politiques sectorielles	90	4.3 - Participation à la société civile	117
3.2 - Cadre institutionnel	90	4.4 - Leadership des jeunes	118
3.3 - Cadre juridique.....	90	<i>V - Accès des jeunes aux loisirs</i>	118
3.4 - Résultats des actions de protection de l'environnement	92	5.1 - État des lieux.....	118
CONCLUSION.....	93	5.2 - Insuffisances des infrastructures et équipements	119
CHAPITRE V		CONCLUSION.....	119
DÉVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN	93	CHAPITRE VII	
INTRODUCTION	93	GENRE, CULTURE ET PROMOTION DE LA FEMME	121
<i>I - Cadre conceptuel et analytique.....</i>	94	INTRODUCTION	121
<i>II - Analyse de la politique de développement du capital humain.....</i>	94	<i>I - Evolution des valeurs familiales et communautaires</i>	
2.1 - Objectifs et stratégies des plans relatifs au développement du capital humain	95	1.1 - De la famille élargie à la famille nucléaire : redéfinition des rapports entre conjoints	122
2.2 - Pertinence des plans de développement du capital humain par rapport à la situation économique et démographique	95	1.2 - Implication progressive de la femme au partage de l'héritage	122
<i>III - Éducation et développement du capital humain</i>	95	1.3 - De la persistance de la polygamie.....	123
3.1 - Rendement interne et impact social	97	<i>II - De l'exercice du pouvoir traditionnel à la participation à la vie publique.....</i>	124
3.2 - Adéquation formation-emploi.....	97	2.1 - Participation de la femme à la prise de décision	125
3.3 - Impact de l'éducation sur les disparités de genre	98	2.2 - Participation des femmes à la vie politique et au processus de paix.....	125
3.4 - Problèmes et contraintes du système éducatif	100	<i>III - Inégalité dans l'accès aux facteurs de production et aux services sociaux de base</i>	125
<i>IV - Santé et développement du capital humain.....</i>	100	3.1 - Participation à la vie économique	126
4.1 - Rendement interne du système sanitaire.....	102	3.2 - Situation du genre en matière d'éducation et de santé.....	126
4.2 - Faible développement de la médecine du travail et de la médecine traditionnelle	102		
4.3 - Efficacité du système de santé.....	104		
4.4 - Analyse de l'équité au sein du système de santé	105		
4.5 - Problèmes et contraintes du domaine de la santé	105		
CONCLUSION.....	105		

<i>IV - De la promotion de la femme a la lutte contre les disparités de genre: le fossé ivoirien</i>	128
Conclusion	129
CHAPITRE VIII	
SANTÉ DE LA REPRODUCTION	131
INTRODUCTION	131
<i>I - Concept de Santé de la reproduction</i>	131
<i>II - Évolution de la demande en Santé de la reproduction</i>	132
2.1 - Santé de la mère et de la femme.....	132
2.2 - Santé infantile.....	135
2.3 - Santé du jeune et de l'adolescent.....	136
2.4 - Santé de l'homme	136
<i>III - Offre de service en Santé de la reproduction ...</i>	136
3.1 - Organisation du système de santé.....	136
3.2 - Législation, politique et programme de santé de la reproduction.....	137
3.3 - Ressources humaines	139
3.4 - Médicaments et produits de la SR.....	139
<i>IV - Accessibilité et qualité des services en Santé de la reproduction</i>	141
4.1 - Accessibilité physique et financière aux services de SR	141
4.2 - Qualité des services.....	142
CONCLUSION.....	146
CHAPITRE IX	
VIH/SIDA ET SON IMPACT DÉMOGRAPHIQUE, ÉCONOMIQUE ET SOCIAL	147
INTRODUCTION	147
<i>I - Situation épidémiologique.....</i>	147
1.1 - Prévalence de l'infection à VIH en baisse	147
1.2 - Prévalence du VIH/sida au sein des groupes cibles particuliers	148
<i>II - Déterminants de l'épidémie du VIH</i>	149
2.1 - La prostitution	151
2.2 - Pratiques sexuelles à risque	151
2.3 - Stigmatisation et discrimination à l'égard des PVVIH	152
<i>III - Analyse de la réponse au VIH/sida au niveau national</i>	153
3.1 - Au niveau institutionnel.....	154
3.2 - Renforcement progressif de la prévention.....	156
3.3 - Prise en charge de plus en plus accrue mais inégale.	156
3.4 - Suivi, évaluation et recherche opérationnelle	157
3.5 - Apport du secteur privé et des médias	158
3.6 - Mobilisation des ressources financières.....	158

<i>III - Impact démographique et socio-économique du VIH/sida</i>	158
3.1 - Impact démographique	158
3.2 - Impact économique du VIH/sida	159
CONCLUSION.....	161
CONCLUSION GÉNÉRALE	
DÉFIS ET PROPOSITIONS POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION DE LA POPULATION AU DÉVELOPPEMENT DURABLE	163
<i>I - Vue d'ensemble.....</i>	163
<i>II - Défis majeurs.....</i>	164
2.1 - Disposer de données actualisées et fiables pour la planification du développement et la reconstruction post-crise	165
2.2 - Maîtrise du rythme et des modalités de la transition démographique	165
2.3 - Gérer les mouvements migratoires, les personnes déplacées internes et les réfugiés	165
2.4 - Maîtrise de l'urbanisation et la promotion de la bonne gouvernance urbaine	166
2.5 - Intensifier l'agriculture et accroître la productivité agricole	166
2.6 - Maîtriser l'assainissement du milieu urbain ...	167
2.7 - Améliorer la cohérence, l'efficacité et l'équité des systèmes éducatif et sanitaire	167
2.8 - Lutter contre le phénomène des enfants travailleurs	168
2.9 - Mettre en place un programme prioritaire de formation et d'insertion des jeunes	168
2.10 - Assurer l'égalité et l'équité de genre en suscitant un changement culturel	168
<i>III - Leçons apprises et perspectives.....</i>	169
3.1 - Les principales leçons	169
3.2 - Les perspectives	170
BIBLIOGRAPHIE	170

Liste des sigles et abréviations

ACP	: Afrique Caraïbes Pacifique
AFICSS	: Association des Femmes Ivoiriennes Cadres Supérieurs de la Santé
AGEPE	: Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi
AGEFOP	: Agence de la Formation Professionnelle
AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien Être Familial
AIMAS	: Association Ivoirienne de Marketing Social
AIP	: Action et Investissement Prioritaire
ANADER	: Agence Nationale de Développement Rural
ANDE	: Agence Nationale De l'Environnement
ANRS	: Agence Nationale de Recherche sur le Sida
APAC-CI	: Association des Femmes Professionnelles de la Communication
AUA	: Atelier d'Urbanisme d'Abidjan
AUVI	: Atelier d'Urbanisme des Villes de l'Intérieur
AVB	: Aménagement de la Vallée du Bandama
ARSO	: Autorité de la Région du Sud-Ouest
ARV	: Anti Rétro Viraux
BNETD	: Bureau National d'Études Techniques et de Développement
CAF	: Coût Assurances et Frêt
CAT	: Centre Anti Tuberculeux
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCD	: Convention de lutte Contre la Désertification
CCIA	: Centre de Commerce International d'Abidjan
CEE	: Communauté Économique Européenne
CIPD	: Conférence internationale sur la Population et le Développement
CDMH	: Compte de Mobilisation de l'Habitat
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CDQ	: Comité de Développement des Quartiers
CEC	: Centre d'Écoute et de Conseil
CEPEF	: Cellule de Promotion de l'Éducation et de la Formation des Filles et des Femmes
CERCOM	: Centre d'Études et de Recherches en Communication
CFAO	: Compagnie Française en Afrique Occidentale
CFCI	: Compagnie Française pour le Commerce et l'Industrie
CFELCI	: Coalition des Femmes Leaders
CGRAE	: Caisse Générale de Retraite des Agents de l'État
CIAPOL	: Centre Ivoirien Antipollution
CICA	: Compagnie Ivoirienne de Concessionnaires Auto
CIE	: Compagnie Ivoirienne d'Électricité
CIPS	: Centre d'Information et de Prévention du Sida
CIRBA	: Centre Intégré de Recherche Bio Clinique d'Abidjan
CIRES	: Centre Ivoirien de Recherche Économique et Sociale
CMED	: Commission Mondiale sur l'Environnement et le Développement
CNDDR	: Commission Nationale de Désarmement, de Démobilisation et de Réinsertion
CNIDJ	: Centre National d'Information et de Documentation Jeunesse
CNLS	: Comité National de Lutte contre le Sida

CNPRA	: Comité National de Pilotage du Redéploiement de l'Administration
CNPS	: Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
CNRA	: Centre National de Recherches Agronomiques
COM	: Centre d'Observation des Mineurs
COTIVO	: Compagnie de Textile Ivoirienne
CPN	: Consultation Prénatale
CRESAR-CI	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction
CTU	: Compte des Terrains Urbains
CTFT	: Centre Technique Forestier Tropical
DCPE	: Document Cadre de Politique Économique
DDR	: Désarmement, Démobilisation et la Réinsertion
DIPE	: Direction de l'Information et de la Programmation des Études
DIPES	: Direction de l'Information et de la Programmation des Études Statistiques Sanitaires
DPDRH	: Déclaration de Politique de Développement des Ressources Humaines
DPNP	: Déclaration de Politique Nationale de Population
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
ENSEA	: École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée
EPN	: Établissement Public National
EPR	: Enquête à Passages Répétés
EVF	: Éducation à la Vie Familiale
FAFN	: Forces Armées des Forces Nouvelles
FAO	: Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FDFP	: Fonds de Développement et de la Formation Professionnelle
FDS	: Forces de Défense et de Sécurité
FDAPE	: Fonds de Diversification Agricole et de Promotion des Exploitations
FIAC	: Fonds d'Insertion pour l'Action Culturelle
FIAIJA	: Fonds d'Installation et d'Appui aux Initiatives des Jeunes Agriculteurs
FIAU	: Fonds d'Investissement et d'Aménagement Urbain
FILTISAC	: La Société de Filature et de Tissage de Sacs
FNFD	: Fonds National Femmes et Développement
FNJ	: Fonds National de la Jeunesse et des Sports
FPM	: Fonds de Prévoyance Militaire
FPPA	: Fonds de Promotion des Productions Animales
FRAR	: Fonds Régionaux d'Aménagement Rural
FSH	: Fonds de Soutien à l'Habitat
FSTI	: Fonds de Solidarité Thérapeutique Internationale
GTZ	: Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Coopération Technique Allemande)
HCR	: Haut Commissariat pour les Réfugiés
IDVG	: Identification des Victimes de Guerre
IEC	: Information, Éducation, Communication
IFEF	: Institut de Formation et d'Éducation Féminines
INS	: Institut National de la Statistique
IPEC	: Programme International pour l'Élimination du travail des Enfants
IPPF	: International Planned Parenthood Federation
KFW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau (Fonds d'Aide Allemand pour la Reconstruction)
MECU	: Ministère de l'Environnement, de la Construction et de l'Urbanisme
MEECI	: Mouvement des Élèves et Étudiants de Côte d'Ivoire
MSHP	: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MLS	: Ministère de Lutte contre le Sida
MINAGRA	: Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales
MSP	: Ministère de la Santé Publique
MSVG	: Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerre
OCHA	: Bureau des Nations Unies pour la Coordination des Affaires Humanitaires
OIPR	: Office Ivoirien des Parcs et Réserves

OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMOCI	: Office de la Main-d'Œuvre de Côte d'Ivoire
ONI	: Office National d'Identification
PAA	: Port Autonome d'Abidjan
PAE	: Programme d'Aide à l'Embauche
PAIE	: Programme d'Appui à l'Insertion Économique
PAJD	: Programme d'Absorption des Jeunes Déscolarisés
PCGF	: Programme Cadre de Gestion des Forêts
PCME	: Programme de Création de Micro-Entreprises
PDCI-RDA	: Parti Démocratique de Côte d'Ivoire-Rassemblement Démocratique Africain
PDF	: Plan Directeur Forestier
PDI-FAC	: Personnes Déplacées Internes - Familles d'Accueil
PDRH	: Programme de Développement des ressources Humaines
PSSSI	: Projet de Développement des Services de Santé Intégrés
PEPFAR	: Projet d'urgence du Président Bush de lutte contre le SIDA
PFA	: Plate Forme d'Action de Beijing
PGU	: Programme de Gestion Urbaine
PIP	: Programme d'Investissement Prioritaire
PMERP	: Programme de Maintien de l'Emploi et de Reconversion Professionnelle
PNA	: Programme National d'Actions en matière de population
PNAE	: Plan National d'Action pour l'Environnement
PNAF	: Plan National d'Action pour la Femme
PNDDR/RC	: Programme National de Désarmement, Démobilisation, Réinsertion et de Réhabilitation Communautaire.
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNDEF	: Plan National de Développement de l'Éducation et de la Formation
PNLS/IST/TUB	: Programme National de Lutte contre le Sida, les IST et la Tuberculose
PNP	: Politique Nationale de Population
PNPEC	: Programme National de Prise En Charge Personnes vivant avec le VIH
PNOEV	: Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables
POLLUMAR	: Pollution Marine
POP	: Polluants Organiques Persistants
PPH	: Pneumo-Physiologie
PSAMAO	: Prévention du Sida sur les Axes Migratoires de l'Afrique de l'Ouest.
PSCE/THIMO	: Programme Spécial de Création d'Emploi. Très Haute Intensité de Main-d'Œuvre
PSF	: Projet Sectoriel Forestier
PSIF	: Programme Spécial d'Insertion des Femmes
PSIJR	: Programme Spécial d'Insertion des Jeunes Ruraux
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PUD	: Plan d'Urbanisme Directeur
PVRH	: Programme de Valorisation des Ressources Humaines
PVVIH	: Personnes vivant avec le Virus du VIH
RACH	: Réadaptation à Assise Communautaire des Personnes Handicapées
RASS	: Rapport sur la Situation Sanitaire
REFAMP-CI	: Réseau des Femmes Africaines Ministres et Parlementaires section Côte d'Ivoire
REPMASCI	: Réseau des Professionnels des Médias et des Artistes de Côte d'Ivoire
RIEFEPD	: Réseau International Eau, Femmes et Pouvoirs de Décisions
RIFEN	: Réseau Ivoirien des Femmes Entrepreneurs
RIOF	: Réseau Ivoirien des Organisations Féminines
RIPS/AJ	: Réseau Ivoirien pour la Promotion de la Santé des Jeunes et des Adolescents
SETU	: Société d'Équipement des Terrains Urbains
SFPS	: Santé Familiale et Prévention du Sida
SHCI	: Société Immobilière d'Habitation de Côte d'Ivoire
SIAMO	: Syndicat Inter-professionnel pour l'Acheminement de la Main-d'œuvre

SICOGI	: Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière
SIIC	: Service de l'Inspection des Installations Classées
SNIGG	: Société Nationale Ivoirienne de Gérontologie et de Gériatrie
SODEFOR	: Société de Développement des Forêts
SOGEFIHA	: Société de Gestion Financière et de l'Habitat
SOGOCI	: Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SSSU	: Santé Scolaire et Universitaire
SUCCI	: Société d'Urbanisme et de Construction de Côte d'Ivoire
UICN	: Union Internationale pour la Conservation de la Nature
UNATRA-CNPS	: Union Nationale des Travailleurs Retraités Affiliés à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNHCR	: Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
USAC	: Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil
WWF	: Fonds Mondial pour la Nature.

Liste des tableaux

Tableau 1.1.....	Effectifs, poids démographiques, densités et taux d'urbanisation par région en 1998	33
Tableau 1.2.....	Évolution des groupes d'âges fonctionnels au cours des trois derniers recensements (1975, 1988, 1998)	37
Tableau 1.3.....	Répartition de la population ivoirienne par groupe ethnique de 1975 à 1998	37
Tableau 1.4.....	Répartition de la population étrangère par pays d'origine	38
Tableau 1.5.....	Taux d'alphabétisation des adultes selon le milieu de résidence et la nationalité, Côte d'Ivoire, 1998	39
Tableau 1.6.....	Répartition de la population de 15 ans et plus selon le type d'activité et le sexe (en %)	40
Tableau 1.7.....	Dimension des ménages en Côte d'Ivoire et dans les pays frontaliers selon les EDS réalisées vers 2000	42
Tableau 1.8.....	Composition moyenne des ménages selon le milieu de résidence	43
Tableau 1.9.....	Proportion de ménages dirigés par les femmes en Côte d'Ivoire et dans les pays frontaliers selon les EDS réalisées entre 1998 et 2001	43
Tableau 1.10.....	Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction depuis 1980	45
Tableau 1.11.....	Progression du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives depuis le début des années 1980 en Côte d'Ivoire (en %)	46
Tableau 1.12.....	Variation des indicateurs de mortalité des enfants selon le niveau de bien-être économique et le niveau d'instruction	47
Tableau 1.13.....	Perspectives démographiques de la population et des sous populations spécifiques 1998-2018	50
Tableau 1.14.....	Effectifs des groupes d'âge fonctionnel	51
Tableau 1.15.....	Ressources humaines disponibles, nombre moyen de diplômés par an et diplômés recruté par an	51
Tableau 1.16.....	Résultats des projections des effectifs de personnels de santé	52
Tableau 1.17.....	Recrutement nécessaire en personnels de santé	52
Tableau 2.1.....	Effectif des migrants Voltaïques vers la Côte d'Ivoire: 1947-1959 (Recrutés par les services para-officiels)	54
Tableau 2.2.....	Cultures industrielles et d'exportation: prévisions-objectifs de production (Productions en milliers de tonnes et taux de croissance annuels)	55
Tableau 2.3.....	Population (en %) par année selon le statut migratoire	58
Tableau 2.4.....	Répartition de la population étrangère par milieu de résidence selon l'année	59
Tableau 2.5.....	Proportion (en %) des étrangers nés à l'extérieur de la Côte d'Ivoire par rapport à l'ensemble des étrangers selon la période	60

Tableau 2.6.....	Évolution de la production paysanne par tête en 1975 (en FCFA)	63
Tableau 2.7.....	Répartition des demandes de naturalisation par année	68
Tableau 3.1.....	Évolution de la population des villes de plus de 100 000 habitants de 1975 à 1998	73
Tableau 3.2.....	Évolution du taux d'urbanisation	74
Tableau 4.1.....	Évolution de la forêt dense de 1900 à 1990	82
Tableau 4.2.....	État de dégradation des forêts classées de l'Ouest	83
Tableau 4.3.....	Production halieutique par type de pêche de la Côte d'Ivoire de 1990 à 2004 (en tonne)	84
Tableau 5.1.....	Taux de chômage selon le cycle à Abidjan	97
Tableau 5.2.....	Nombre d'établissements selon le niveau d'enseignement	99
Tableau 5.3.....	Évolution des variables relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles	103
Tableau 6.1.....	Les programmes d'insertion/Fonds sociaux en faveur des jeunes	112
Tableau 6.2.....	Effectifs des Centres d'Observation des Mineurs	117
Tableau 7.1.....	Aire de peuplement et principaux traits des grands groupes ethniques	123
Tableau 7.2.....	Évolution du nombre de femmes Députés en Côte d'Ivoire de 1975-2005	125
Tableau 7.3.....	Évolution du nombre de femmes Maire en Côte d'Ivoire	126
Tableau 8.1.....	Évolution de l'incidence des maladies des enfants de moins de 5 ans	134
Tableau 8.2.....	Évolution de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans	135
Tableau 8.3.....	Ratio de couverture médicale	139
Tableau 8.4.....	Nombre de contraceptifs distribués dans les centres de PF de l'AIBEF de 2003 à 2005 par méthode	141
Tableau 8.5.....	Nombre de contraceptifs distribués par l'AIMAS de 2003 à 2005 par méthode ...	141
Tableau 9.1.....	Évolution des principaux indicateurs du VIH/Sida de 1997 à 2005	149
Tableau 9.2.....	Présentation des zones d'implantation du projet PPP selon les dates et les structures de gestion et de bailleurs de fonds	155
Tableau 9.3.....	Dépenses moyennes mensuelles par exploitation avant et après la maladie	160

Liste des figures

Figure 1	Régions et Départements de Côte d'Ivoire	22
Figure 2	Densités brutes de peuplement en 1998	34
Figure 3	Taux d'accroissement moyen annuel de la population ivoirienne (1988-1998)	35
Figure 4	Taux global d'analphabétisme en 1998	41
Figure 5	Proportion d'étrangers dans la population résidente en 1998	61
Figure 6	Couverture en services de planning familial	138

Liste des graphiques

Graphique 1.1	Évolution de la population de la Côte d'Ivoire de 1920 à 1998	32
Graphique 1.2	Pyramide des âges de la population de la Côte d'Ivoire en 1998 (pour 1000 habitants)	36
Graphique 1.3	Répartition de la population selon la religion, la nationalité, Côte d'Ivoire, 1998	38
Graphique 1.4	Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction depuis 1980-81 à 2005	44
Graphique 1.5	Indice synthétique de fécondité selon le niveau de bien-être économique, EIS 2005	45
Graphique 1.6	Évolution des indicateurs de mortalité des enfants selon le milieu de résidence	49
Graphique 1.7	Évolution des taux de mortalité et de fécondité en Côte d'Ivoire depuis les années 1950	50
Graphique 3.1	Contribution à la croissance urbaine par statut migratoire (%)	77
Graphique 5.1	Pyramide sanitaire	101
Graphique 7.1	Courbe du rapport du taux d'analphabétisme par âge des femmes à celui des hommes, Côte d'Ivoire, 1998	128
Graphique 8.1	Techniques utilisées pour l'interruption volontaire de grossesse selon le sexe	133
Graphique 8.2	Taux de couverture en DTC3 chez les enfants de moins de 12 mois	144
Graphique 8.3	Déperdition entre BCG et DTC3	145
Graphique 9.1	Évolution des indicateurs du VIH/Sida	148
Graphique 9.2	Évolution de la prévalence du VIH/Sida et de l'utilisation du préservatif parmi les Professionnelles du sexe (1992-2003)	151
Graphique 9.3	Évolution de l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire, 1995-2000	159

Liste des encadrés

Encadré I.....	Les Objectifs du Millénaire pour le Développement	25
Encadré II.....	Principales caractéristiques de la population	27
Encadré 1.1.....	Définition de personnes déplacées internes	33
Encadré 1.2.....	Hypothèses des projections démographiques	51
Encadré 2.1.....	Extrait du traité de l'UEMOA	57
Encadré 2.2.....	Relations de genre et migration en Côte d'Ivoire	62
Encadré 2.3.....	Extrait de la loi 98-750 du 23 décembre 1998	96
Encadré 5.1.....	Taux bruts de scolarisation et taux d'alphabétisation	111
Encadré 6.1.....	Structures étatiques de promotion de l'emploi	115
Encadré 6.2.....	Les activités potentielles de réintégration	118
Encadré 6.3.....	Les grandes assises nationales de la jeunesse	121
Encadré 7.1.....	Définition des concepts	122
Encadré 7.2.....	Le phénomène des femmes seules et la redéfinition des rapports sociaux du Genre	126
Encadré 7.3.....	Représentativité des femmes dans certains partis politiques	140
Encadré 8.1.....	Utilité des produits contraceptifs	145
Encadré 8.2.....	Situation des problèmes relatifs à la SR	150
Encadré 9.1.....	Méthodologie des deux modes de calcul du taux de prévalence du VIH/SIDA ...	153
Encadré 9.2.....	Témoignages de PVVIH	158
Encadré 9.3.....	Lutte contre le VIH/SIDA dans le secteur privé en Côte d'Ivoire	

Préface

Les évolutions démographiques et leur impact sur le développement durable ont régulièrement constitué un enjeu majeur au centre des préoccupations des pouvoirs publics. La population en effet est à la fois source et finalité du développement économique et social. Cette dualité en fait assurément la première richesse des pays. Cependant pour jouer pleinement son rôle en tant que source du développement, c'est-à-dire pour constituer une véritable ressource économique, et donc un facteur de progrès, la population doit avoir une bonne éducation, recevoir une bonne formation et jouir d'une bonne santé.

L'évidence d'interrelations multiples et complexes entre population, environnement, économie et développement commande une bonne compréhension de la nature des liens qui existent entre les processus socio-économiques et la dynamique de population. Nul ne saurait ou devrait ignorer ces interrelations. Autrement, l'impact attendu des politiques et stratégies de développement serait non seulement limité, mais aussi pourrait conduire à des conséquences inattendues, voire malheureuses. La prise de conscience de ces relations à dimensions multiples a conduit la communauté internationale à initier des rencontres et conférences importantes : Bucarest en 1974, Mexico en 1984. À la suite de ces rencontres, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, a réaffirmé l'interdépendance entre les facteurs démographiques et les variables du développement. Il y a été particulièrement souligné la nécessité de mettre en œuvre des mesures et des politiques fondées sur la reconnaissance de cette interdépendance dans une démarche globale et intégrée afin de promouvoir un développement humain et durable.

Les politiques publiques, pour être efficaces, doivent se conduire dans un cadre organisé, cohérent et maîtrisé. En un mot, le développement économique a besoin d'être planifié. Cependant, il est indéniable que la planification du développement ne saurait être pertinente si elle n'intègre pas la population dans toutes ses dimensions. En Côte d'Ivoire, le besoin de cette prise en compte de la population s'est traduit par l'adoption en 1991, d'une Déclaration de Politique de Développement des Ressources Humaines (DPDRH) et d'un Programme de Valorisation des Ressources Humaines. Des politiques sectorielles dans les domaines de l'éducation et de la santé ont été élaborées et mises en œuvre avec l'objectif d'assurer l'équilibre de l'offre et de la demande de services sociaux de base. En outre, le Gouvernement a adopté en mars 1997 une politique nationale de population.

Il n'est nullement nécessaire d'insister sur la qualité des données statistiques pour une planification et une programmation fiables du développement. Pour ce faire, la réalisation des différents recensements et enquêtes démographiques d'une part, et d'autre part, de diverses études sociodémographiques, ont permis de disposer d'une base d'information appréciable. Cependant, les interactions entre population et développement étant dynamiques, il est nécessaire de procéder périodiquement à

l'actualisation des connaissances, de revisiter les problématiques afin d'identifier les inflexions intervenues et les défis nouveaux à relever. La rédaction du présent rapport national sur population et développement dont le thème est " défis et perspectives pour la Côte d'Ivoire " se situe dans ce cadre. C'est vrai que dans le contexte sociopolitique actuel, les problèmes rencontrés par les populations demandent des solutions urgentes. La résolution de ces problèmes est une priorité pour le Gouvernement, bien évidemment. Mais il est tout aussi impérieux de réfléchir à l'avenir du pays et de se doter d'une vision du futur souhaité par les populations.

L'initiative prise par le Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement d'élaborer un Rapport National sur l'état et le devenir de la population ivoirienne vise cet objectif de planification stratégique. Cet exercice cadre parfaitement avec la nouvelle vision du Gouvernement qui veut impulser une politique dynamique de population pour réussir le pari de faire de la population une ressource économique de qualité au service du développement durable.

À travers une analyse de la situation sociodémographique de la Côte d'Ivoire à la lumière des interrelations entre tendances démographiques et socioéconomiques, ce Rapport National met en évidence les grands défis pour le pays en matière de population, genre et développement. La qualité des contributions proposées à travers les principaux thèmes abordés, les nombreuses sources statistiques actualisées auxquelles elles se réfèrent, font de ce document une source indispensable d'informations qui offre l'opportunité aux planificateurs et aux décideurs de disposer de données fiables pour orienter leur prise de décision.

L'aboutissement de ce premier Rapport National sur l'État de la Population est le fruit d'une coopération efficace entre le Gouvernement et le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Puisse l'UNFPA trouver ici l'expression de la profonde gratitude du Gouvernement pour son appui financier, matériel et technique.

Le succès de ce travail a également été rendu possible grâce à la collaboration étroite et fructueuse entre les consultants nationaux et extérieurs, les membres du comité de suivi du processus d'élaboration et la Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités. Tous n'ont ménagé aucun effort pour apporter leur expertise à la réalisation de ce Rapport. Qu'ils en soient tous félicités.

Pour notre part, nous prenons l'engagement d'institutionnaliser cet exercice en élaborant chaque année un rapport National sur l'État de la Population en Côte d'Ivoire ; l'objectif étant de faire de cette publication la référence en matière de population et développement en Côte d'Ivoire.

Paul-Antoine BOHOUN BOUABRE
Ministre d'État, Ministre du Plan et du Développement

Avant-propos

Depuis le début des années 1980, la Côte d'Ivoire est confrontée à une crise socio-économique. Le taux de croissance du produit intérieur brut est resté faible et a été parfois négatif évoluant de +7,7 % entre 1960 et 1980 à -2,3 % en 2002 pour se situer à +1,8 % en 2005. Parallèlement le taux d'accroissement annuel moyen de la population était de 3,8 % de 1975 à 1988, correspondant à un temps de doublement de la population de 19 ans. Ce taux n'a pas connu une grande baisse se situant à 3,3 % entre 1988 et 1998. La population ivoirienne est donc passée de 6 709 600 habitants en 1975 à 15 366 672 habitants en 1988. Au regard de cette croissance rapide de la population, une des plus importantes au monde, et de la baisse du PIB, on a observé une baisse croissante et progressive du niveau de vie des populations ayant une incidence sur la santé, la scolarisation et le cadre de vie, aggravé par la crise socio politique et militaire que traverse le pays depuis 2002. L'incidence de la pauvreté est passée de 36,8 % en 1995 à 38,4 % en 2002 avec des variations régionales de 50 % et 64 %. La baisse du niveau de vie de la population est traduite par celle de l'espérance de vie à la naissance. Ce dernier se situant à moins de 50 ans, un des taux les plus faibles de la sous région, ce qui est inquiétant en regard des corrélations avec le VIH/SIDA.

Face à cette situation, au moment où le pays s'organise vers une sortie de crise, il est important de faire le point sur les interrelations entre population et développement et de mettre en exergue les défis majeurs pour la Côte d'Ivoire. Cela justifie l'intérêt de la présente réflexion sur " Population et développement en Côte d'Ivoire: Défis et perspectives" à un moment crucial de l'histoire du pays. Ce rapport a pour objectif de mettre en évidence les grands défis pour le pays en matière de population, genre et développement à partir d'une analyse critique de la situation socio- économique en terme d'orientation politique, d'offre et de demande de services sociaux. Il s'agit, principalement de : disposer de données actualisées et détaillées pour la planification du développement et la reconstruction post-crise, maîtriser le rythme et les modalités de la transition démographique, gérer les mouvements migratoires, les personnes déplacées internes et les réfugiés, maîtriser l'urbanisation et l'assainissement des villes, promouvoir un développement rural intégré, améliorer la cohérence, l'efficacité et l'équité des systèmes éducatifs sanitaires, assurer l'égalité et l'équité de Genre en suscitant un changement culturel, améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé maternelle et infantile, améliorer les moyens de prévention, de prise en charge des IST/VIH/Sida et assurer la sécurité transfusionnelle.

Le défi démographique nous semble plus que jamais une réalité incontournable cruciale pour le développement à court, moyen et long terme. Les divers éléments de la dynamique démogra-

phique que sont la fécondité, la mortalité et les migrations révéleraient une variété d'explications que sont: des résistances culturelles au changement; un manque de politique claire des gouvernements et des instances de décision; une déficience de l'offre en matière d'éducation, de santé de la reproduction. Peut être un peu tout à la fois. La Côte d'Ivoire en tout cas n'est pas encore véritablement entrée dans le processus de transition démographique.

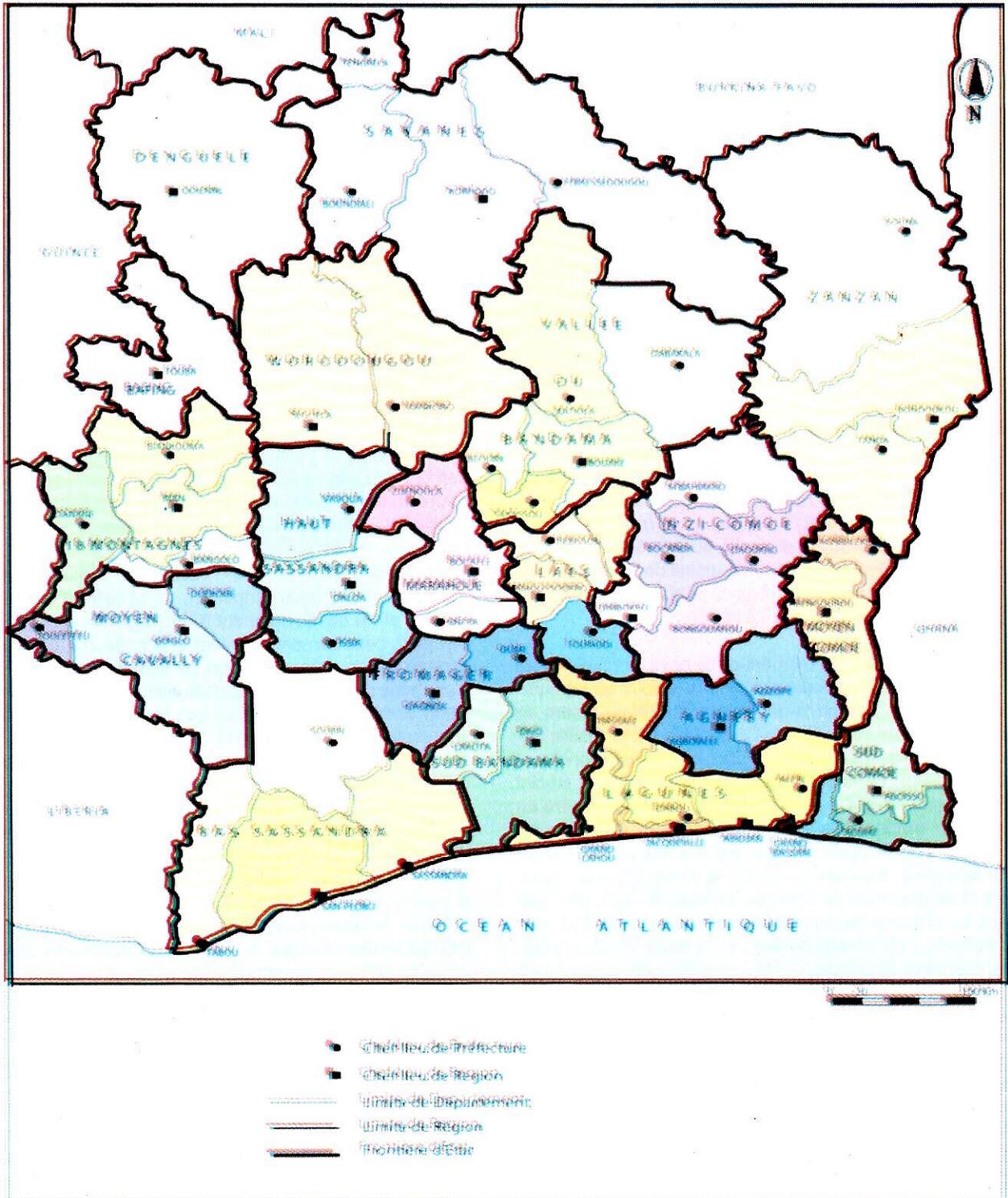
D'une manière générale, on s'accorde à ne point focaliser sur une priorité. Place donc à une ferme politique de soutien à l'éducation et surtout à la scolarisation des filles, à la santé de la reproduction, réfléchie, adaptée au contexte et aux cultures et intégrées dans une politique générale de sortie de crise. Mais place aussi à des politiques efficaces et intégrées de développement régional équilibré et de décentralisation que seul l'État peut susciter et coordonner et qui fait la part belle à la responsabilité individuelle et l'égalité des chances et du genre.

Les travaux d'élaboration de l'ouvrage se sont étalés d'avril à septembre 2006 sous l'impulsion du Ministre d'État, Ministre du plan et du développement à qui j'adresse mes vifs remerciements pour son engagement et à toute son équipe. J'ose espérer que le présent rapport constituera le premier volume d'une série de publication annuelle sur les thématiques de population et développement pour une meilleure planification des interventions. La première raison de cette institutionnalisation est relative à la complexité et la non permanence des liens entre changements démographique et évolutions socio-économiques et environnementales. La deuxième est de disposer de données actualisées pour une meilleure prise en compte des questions de population dans les différents plans cadre de développement, notamment le Document de Stratégie de la Réduction de la pauvreté (DSRP), la Politique nationale de la Population, la politique de la jeunesse, la politique de promotion du genre, et de l'égalité des chances, le Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF).

Je ne saurais terminer mes propos sans adresser mes sincères remerciements à tous ceux qui ont concouru à la production de ce document: cadres nationaux de l'administration, professeurs d'Universités, Chercheurs, spécialistes des questions statistiques et démographiques, sans oublier Messieurs Francis Gendreau et Guignido Julien qui ont accepté d'apporter une contribution scientifique à l'élaboration du rapport national sur l'état et le dévenir de la population " Population et développement en Côte d'Ivoire: défis et perspectives ".

*Philippe DELANNE
Représentant UNFPA/Côte d'Ivoire*

FIGURE 1 : RÉGIONS ET DÉPARTEMENTS DE CÔTE D'IVOIRE



Source : Ministère de l'Intérieur et de la décentralisation, 2001

Introduction générale

Introduction

Parler de "population et développement" dans le contexte ivoirien actuel pourrait sembler saugrenu, car cela signifie réfléchir sur le long terme et se projeter dans l'avenir, alors que les problèmes cruciaux qui se posent aujourd'hui à la Côte d'Ivoire sont bien plus immédiats et demandent des solutions urgentes.

Pourtant, il paraît important justement, par rapport à la grave crise que traverse la Côte d'Ivoire, de prendre un certain recul et de réfléchir à ce que sera ou pourrait être le pays dans 5 ans ou dans 10 ans. Il est d'ailleurs satisfaisant de constater que le Gouvernement ivoirien ait pris l'initiative de ce travail, démontrant ainsi sa volonté de ne pas se contenter de gérer la crise, mais au contraire de préparer l'après crise. Le rôle des responsables politiques est en effet d'agir par anticipation et, à travers l'action quotidienne, de poser les jalons pour le futur.

S'engager dans cette voie résulte cependant d'un pari relativement osé, car la démarche doit intégrer plusieurs éléments comme la dimension politique, les causes de la crise ou les difficultés de la sortie de crise. Elle peut heureusement s'appuyer sur les tendances "lourdes" de la démographie et de l'économie ivoiriennes qui resteront au-delà des événements politiques.

C'est dans cet esprit qu'a été réalisé ce rapport "Population et développement en Côte d'Ivoire : défis et perspectives". Dans cette introduction générale, la problématique des relations entre population et développement sera rappelée, puis divers aspects de ces relations concernant directement la situation ivoirienne seront examinés (première partie). Enfin, les chapitres composant cet ouvrage seront présentés dans une deuxième partie.

I - Le grand désordre des relations entre population et développement

DE MALTHUS À LA CONFÉRENCE DU CAIRE ¹

C'est avec la parution de l'Essai sur le principe de population (1798) que la théorie malthusienne voit le jour. Celle-ci suscite de grands débats durant le XIXe siècle, mais tombe ensuite presque dans l'oubli, notamment du fait du développement industriel de l'Europe et de sa transition démographique : les "spectres de Malthus" semblent alors définitivement écartés. Il n'en est rien, car la théorie renaît en force dans l'immédiate après-guerre avec l'apparition du néo-malthusianisme élaboré pour faire face à ce qui fut appelé "l'explosion démographique du Tiers-monde".

En effet, dans les années cinquante, la publication par les Nations Unies des premiers chiffres de la population mondiale ayant une certaine valeur statistique et l'élaboration des premières perspectives de population en 1951 suscitent chez certains responsables politiques une peur devant la "bombe démographique", qui engendre la naissance des premières politiques de population (1952 en Inde, 1953 en Égypte, etc.). Car "la croissance démographique rapide des pays sous-développés est considérée comme une menace pour le monde occidental dans la mesure où elle engendre pauvreté, misère des masses et sous-développement" (Gendreau, Piché, 2001)

Très vite, dans la décennie soixante, qualifiée de décennie du développement, l'argumentation se renforce et met en avant la thèse néo-malthusienne : la croissance démographique rapide est néfaste pour le développement. Cette thèse est très généralement acceptée par la communauté internationale, malgré les résultats largement négatifs de toutes les tentatives de mise en évidence d'une corrélation entre l'accroissement de la population et celui du revenu par habitant.

Les années soixante-dix sont marquées par la première Conférence mondiale sur la population (Bucarest, 1974), au cours de laquelle deux thèses s'opposent : celle affirmant que la croissance démographique est la raison principale du sous-développement et préconisant de porter les efforts sur les politiques de maîtrise de la fécondité, thèse soutenue par la plupart des pays du Nord ; la seconde - défendue par de nombreux pays du Sud - soutenant qu'il n'y a pas de problème de population en soi, mais uniquement des problèmes de développement, dont la résolution ralentirait automatiquement la croissance démographique ("la meilleure pilule, c'est le développement").

En fait, le *Plan d'action mondial sur la population* adopté à l'issue de la Conférence (Nations Unies, 1974) marque l'ébauche d'un consensus, qui se renforcera par la suite avec l'idée que les politiques de population doivent s'inscrire dans les politiques de développement. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD, Le Caire, 1994) approfondit le consensus en popularisant les notions de santé de la reproduction et de rapports de genre (Nations Unies, 1998).

DES RELATIONS COMPLEXES ET PARFOIS CONTRADICTOIRES

Dans cette vision des relations entre la population et le développement, la démographie, notamment la croissance de la population, reste considérée comme le principal obstacle au développement. Pourtant, la croissance démographique ne peut être étudiée de façon isolée et doit être replacée dans son

¹ - Ce paragraphe s'inspire de Gendreau, Véron, 1998

contexte politique, économique et social (l'échec du développement agricole, la domination du commerce international par les pays du Nord et leurs multinationales, la détérioration des termes de l'échange, le poids insupportable de la dette, l'explosion de la consommation des pays riches, l'extension de la corruption, etc.).

En effet, il est clair aujourd'hui que si "les relations population-développement existent plus que probablement, elles sont insérées dans des réseaux d'interdépendance tellement complexes et nombreux et dans des contextes tellement différents qu'il est extrêmement difficile de les réduire à des relations simples accessibles à notre modeste connaissance, du genre relation entre le taux d'accroissement démographique et le taux d'accroissement économique" (Loriaux, 2006). L'UNFPA lui-même reconnaît aujourd'hui cette complexité: "L'analyse qui établissait un lien entre la population, d'une part, les ressources et la croissance économique, de l'autre, simplifiait à l'excès la complexité des interactions et l'influence d'autres facteurs. L'analyse insistait sur la réduction du taux de fécondité et l'importance de la contraception, au détriment d'autres facteurs dont dépend également le nombre d'enfants" (FNUAP, 1999).

C'est ainsi que la transition démographique s'est amorcée de façon endogène en Europe à partir de la fin du XVIIIe siècle et du début du XIXe siècle, dans un contexte de "modernisation" des économies et des sociétés. Contrairement à la théorie malthusienne, on avait alors simultanément une forte croissance économique et une (relativement) forte croissance démographique.

De tels contre-exemples peuvent être multipliés, et notamment celui de la Côte d'Ivoire où le "miracle ivoirien" (croissance de l'économie de près de 8 % par an en moyenne de 1960 à 1980) s'est produit dans un contexte de forte croissance démographique (de l'ordre de 4 % par an en moyenne sur la même période). Et la crise économique s'est amorcée en Côte d'Ivoire alors même que la croissance démographique entraînait dans une phase de décélération! Il n'y a donc de relation automatique ni entre croissance démographique rapide et faible développement, ni entre ralentissement démographique et développement.

COMMENT INTÉGRER "POPULATION ET DÉVELOPPEMENT" DANS UN CONTEXTE DE CRISE ÉCONOMIQUE?

D'autres contradictions se retrouvent dès que l'on parle d'intégrer la population et le développement dans le contexte mondial actuel, caractérisé par la toute puissance du libéralisme économique et par la crise économique internationale.

C'est ainsi, en tout premier lieu, qu'il apparaît contradictoire de prôner simultanément le libéralisme et la mise en œuvre de politiques intégrant les variables démographiques dans la planification du développement. Car ces politiques, qui débouchent sur les politiques de population, impliquent un nouveau domaine d'intervention de l'État, alors que l'idéologie libérale prône par ailleurs un désengagement de l'État, qui aboutit notamment à l'abandon de toute idée de planification.

La seconde contradiction, c'est l'affaiblissement généralisé non plus de la seule planification, mais tout simplement de l'État. La crise actuelle entraîne dans de nombreux pays un retrait de l'État: dans certaines régions, il n'y a plus d'État, le pouvoir central est très lointain, l'administration ne fonctionne plus guère, les dispensaires n'ont plus ni infirmiers ni médicaments, les

écoles n'ont plus de maîtres, les routes se dégradent, la sécurité n'est plus assurée, etc. Comment dès lors parler sérieusement de politique de population?

Enfin la thérapie préconisée par le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale afin de sortir les économies du sous-développement en les restructurant pour les conduire à une croissance stable et au "rétablissement des grands équilibres économiques fondamentaux", a consisté, dans les années quatre-vingt, à soumettre ces pays à des *Programmes d'Ajustement Structurel (PAS)*. Ces programmes d'inspiration libérale comportent plusieurs volets dont l'un, la réduction des dépenses publiques, se traduit le plus souvent par des diminutions drastiques des budgets sociaux, en particulier ceux de l'éducation et de la santé. Il en résulte une troisième contradiction pour les politiques de maîtrise de la fécondité puisque la recherche démographique a clairement mis en évidence l'importance des niveaux de l'instruction des mères et de la mortalité infantile comme *facteurs* de la fécondité: la réduction des budgets sociaux risque d'avoir pour conséquence une déscolarisation, surtout des filles (phénomène déjà observé dans certains pays) et une stagnation, voire une dégradation de la santé des populations, donc un risque de hausse de la mortalité, en particulier de la mortalité infantile. On observe ainsi une hausse de la mortalité en Côte d'Ivoire durant les années quatre-vingt.

LES RELATIONS POPULATION-PAUVRETÉ-INÉGALITÉS

Devant l'aggravation de la crise économique mondiale et la persistance du sous-développement, la Communauté internationale met en avant à la fin du XXe siècle la lutte contre la pauvreté, phénomène majeur des sociétés contemporaines, tant dans les villes que dans les campagnes, tant dans les pays du Nord que dans ceux du Sud. Elle s'accorde sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés le 8 septembre 2000 par l'Assemblée générale des Nations Unies dans la "Déclaration du Millénaire" (Nations Unies, 2000)

Les OMD concernent non seulement la lutte contre la pauvreté, mais aussi des objectifs démographiques (mortalité maternelle et infantile), sociaux (nutrition, scolarisation, lutte contre le VIH/sida, le paludisme et les grandes endémies, accès aux médicaments essentiels), environnementaux (gestion des ressources, accès à l'eau potable) et économiques (réduction de la dette, libéralisation du commerce international). On retrouve la théorie libérale avec l'affirmation que "le développement économique est et sera engendré par la libéralisation des marchés, l'ouverture aux marchés mondiaux, le développement de structures démocratiques, le retrait de l'État des activités économiques et son corollaire la privatisation" (Gendreau, Piché, 2001).

La lutte contre la pauvreté entre alors dans ce cadre, puisque la réduction de la pauvreté demande une croissance économique forte et que, pour obtenir cette croissance économique, il faut une libéralisation des échanges et une meilleure insertion des pays dans la mondialisation. On retrouve ici le même simplisme de raisonnement qu'avec le malthusianisme, qui gomme les relations complexes entre croissance économique, commerce international, pauvreté, inégalités, accès aux services sociaux, capital humain, etc. La démarche souffre de la non prise en compte de l'accroissement des inégalités, alors que

“la croissance ne suffit pas pour la réduction de la pauvreté ; elle en est une condition nécessaire, mais doit s’accompagner de la mise en place de politiques de réduction des inégalités” (Cling et al., 2003).

Comme les relations population-développement, les relations entre la pauvreté et la démographie sont complexes et si la croissance démographique est souvent considérée comme une cause principale et directe du sous-développement et de la pauvreté, les chercheurs s’interrogent surtout sur la causa-

lité inverse. C’est ainsi que les multiples modalités de la transition de la fécondité dans le monde ne peuvent pas être expliquées facilement par les dynamiques du développement et de la pauvreté et des spécificités façonnent des situations particulières qui ne sont extrapolables ni dans le temps ni dans l’espace. La hausse ou la baisse de la fécondité n’est pas uniquement liée au seul développement socio-économique. Et la pauvreté peut aussi orienter et déterminer les choix en matière de procréation.

I LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

Objectif 1 : Réduire l’extrême pauvreté et la faim

- ▷ Cible 1 : Réduire de moitié la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour.
- ▷ Cible 2 : Réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim.

Objectif 2 : Assurer l’éducation primaire pour tous

- ▷ Cible 3 : Donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d’achever un cycle complet d’études primaires.

Objectif 3 : Promouvoir l’égalité des sexes et l’autonomisation des femmes

- ▷ Cible 4 : Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d’ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l’enseignement en 2015, au plus tard.

Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile

- ▷ Cible 5 : Réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle

- ▷ Cible 6 : Réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle.

Objectif 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d’autres maladies

- ▷ Cible 7 : Stopper la propagation du VIH/sida et commencer à inverser la tendance actuelle.
- ▷ Cible 8 : Maîtriser le paludisme et d’autres grandes maladies, et commencer à inverser la tendance actuelle.

Objectif 7 : Assurer un environnement durable

- ▷ Cible 9 : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales ; inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales.
- ▷ Cible 10 : Réduire de moitié le pourcentage de la population qui n’a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable.
- ▷ Cible 11 : Améliorer sensiblement la vie d’au moins 100 millions d’habitants de taudis, d’ici à 2020.

Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

- ▷ Cible 12 : Poursuivre la mise en place d’un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire. Cela suppose un engagement en faveur d’une bonne gouvernance, du développement et de la lutte contre la pauvreté, aux niveaux tant national qu’international.
- ▷ Cible 13 : S’attaquer aux besoins particuliers des pays les moins avancés. La réalisation de cet objectif suppose l’admission en franchise et hors contingents de leurs exportations, l’application du programme renforcé d’allègement de la dette des pays pauvres très endettés, l’annulation des dettes bilatérales envers les créanciers officiels, et l’octroi d’une aide publique au développement plus généreuse aux pays qui démontrent leur volonté de lutter contre la pauvreté.
- ▷ Cible 14 : Répondre aux besoins particuliers des États enclavés et des petits États insulaires en développement.
- ▷ Cible 15 : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d’ordre national et international propres à rendre leur endettement viable à long terme.
- ▷ Cible 16 : En coopération avec les pays en développement, créer des emplois décents et productifs pour les jeunes.
- ▷ Cible 17 : En coopération avec l’industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement.
- ▷ Cible 18 : En coopération avec le secteur privé, mettre les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l’information et de la communication, à la portée de tous.

Source : Nations Unies, 2000.

POPULATION, DÉVELOPPEMENT ET ENVIRONNEMENT

Les relations population-développement et population-pauvreté se sont depuis quelques années enrichies d'une nouvelle approche : les interactions population-développement-environnement (PDE). Cette analyse des interactions PDE est d'autant plus nécessaire que l'accroissement de la population, même s'il est ralenti, va se poursuivre encore longtemps, que le développement s'accélère, que les dégradations de l'environnement se multiplient et que certaines ressources naturelles s'épuisent rapidement.

La prise en compte simultanée des trois domaines de la population, du développement et de l'environnement s'impose car, "depuis son origine, l'espèce humaine est engagée dans des processus de très longue haleine dans chacun de ces trois domaines : elle a lutté contre la maladie et la mort (c'était pour elle une question de survie ; mais ce faisant, elle s'est engagée dans la transition démographique et a bouleversé son régime démographique) ; elle a cherché à améliorer son bien-être et ses conditions de vie (c'est tout le processus du "développement", par lequel elle a recherché sa sécurité alimentaire, et qui l'a conduit progressivement à construire un système économique dont l'aboutissement actuel est la mondialisation libérale) ; elle a essayé de s'affranchir le plus possible de la nature, puis de la maîtriser (il s'agissait pour elle de se prémunir contre les aléas climatiques et les catastrophes naturelles)" (Collomb, Gendreau, 2004). Ces trois processus sont bien évidemment interactifs et les modifications qui se produisent dans l'un des domaines ont une influence sur l'évolution des deux autres et réciproquement.

Finalement, ces évolutions concrétisent les "réponses" des sociétés aux mutations qu'elles connaissent dans divers domaines. C'est ainsi que dans l'analyse des relations entre la sécurité alimentaire et la croissance démographique, on doit s'interroger sur les réponses apportées à l'apparition de besoins alimentaires accrus. Ces besoins peuvent en effet augmenter, soit ponctuellement suite à la diminution (ou la stagnation) de la production liée à divers facteurs (sécheresses, troubles, etc.), soit sur le moyen terme suite à l'accroissement de la population (la pression démographique). Les "réponses démographiques" peuvent alors être de divers ordres : augmentation de la mortalité ; baisse de la fécondité ; développement de l'émigration. Il peut aussi y avoir des "réponses économiques" par l'augmentation de la production grâce à des efforts sur la productivité du travail et sur le rendement de la terre ou grâce à des ruptures technologiques (Gendreau, 1991).

On aborde ainsi la problématique du développement durable (CMED, 1989) qui nécessite la prise en compte des contextes locaux, du fait de la diversité des situations, tant géographiques qu'historiques, tant sociales que culturelles. Cela d'autant plus que l'évolution des sociétés humaines doit s'apprécier aussi "à travers les modifications qui les affectent en termes de culture, de religion, de système d'organisation sociale et politique, et à travers les changements de leur système de valeurs de référence (quelle place à l'amour ? à la solidarité ? à la justice ? à la démocratie ? etc.)" (Collomb, Gendreau, 2004).

Enfin, il faut affirmer haut et fort que la fracture Nord-Sud est incompatible avec toute idée de durabilité, ce qui demande une forme radicalement différente de la mondialisation, qui mette fin aux graves dysfonctionnements de l'économie mondiale. Car, lorsqu'une partie importante de l'humanité bascule dans

l'extrême pauvreté ou est privée des ressources nécessaires à sa survie, il ne faut pas s'étonner qu'elle soit gagnée par la radicalisation et poussée à la violence.

POPULATION ET CONFLITS

Les discours trop souvent réducteurs évoqués précédemment au sujet des relations population-développement et population-pauvreté se retrouvent à propos des relations population-conflits, ne prenant en compte ni la complexité des phénomènes et de leurs interrelations, ni la diversité des situations et des évolutions en cours. L'idée que le facteur démographique est le principal, sinon l'unique responsable des maux dont souffrent la planète en général et l'Afrique en particulier se retrouve dans l'explication souvent donnée aux conflits que connaît l'Afrique. D'autres vont plus loin et, considérant le surpeuplement comme "générateur de guerre", assignent à cette dernière "une fonction sociale, la relaxation démographique". Il y a quarante ans déjà, Alfred Sauvy (1966) réfutait une telle thèse. Il existe par ailleurs un discours totalement différent, assez fréquent lui aussi : celui qui ne reconnaît aucune cause démographique aux conflits.

Il y a certes des liaisons entre démographie et conflits, mais celles-ci s'inscrivent dans un ensemble complexe de relations qui font intervenir de nombreux autres éléments : caractéristiques économiques, sociales, culturelles et religieuses des populations concernées, régimes politiques en place, relations internationales, etc. C'est ainsi que Catherine Coquery-Vidrovitch écrit (1990) : "La violence politique est un phénomène d'emblée multidimensionnel ; sa compréhension exige de considérer en même temps de multiples facettes, dont l'interaction ne peut que provoquer une réalité d'une extrême complexité dont la matrice n'est sans doute pas près d'être définie". D'ailleurs, l'histoire des crises et des conflits montre une grande diversité de causes, au sein desquelles prennent parfois place des facteurs démographiques, qui sont à prendre en compte dans l'explication, mais parmi d'autres (Vilquin, 1990).

Dans la crise ivoirienne, on doit tenir compte, parmi de nombreux autres facteurs, de la densification de l'occupation du sol et des migrations, qui mettent souvent en compétition les populations migrantes et les populations d'accueil, surtout à propos de l'accès à la terre. Ces questions sont bien évidemment à mettre en relation avec les incertitudes et contradictions du droit foncier, avec la chute des cours des produits agricoles d'exportation, etc. Mais on sait que les effets des conflits ne s'arrêtent pas avec leur fin : leurs traces sont le plus souvent longues à disparaître. Le retour à une vie normale peut se faire attendre dans la mesure où le système de production, les systèmes de santé et d'enseignement, l'administration, les transports, etc., ne retrouvent des conditions satisfaisantes de fonctionnement qu'après de longs délais et souvent à la suite d'évolutions chaotiques. Plus fondamentalement, les périodes de conflit entraînent des modifications sensibles des comportements démographiques en liaison avec l'éclatement des structures familiales, le déracinement des communautés et les traumatismes psychologiques : "les effets de la crise ne sont pas univoques et peuvent toucher le mariage (par exemple retard de l'âge au mariage, séparation, divorce), la maladie et la mort (par exemple diminution du recours aux soins de santé), la migration, la déscolarisation, etc." (Gendreau, Piché, 2001). Les enfants posent aussi des problèmes tragiques dans les périodes d'après-conflit : les orphelins, les enfants abandonnés, et aussi les

enfants-soldats dont la démobilisation et la réinsertion sociale constituent une situation particulièrement difficile à régler.

Quant au problème des réfugiés et des personnes déplacées, il est lui aussi extrêmement difficile à résoudre. Indépendamment des mesures d'urgence à prendre, les solutions pérennes sont toujours délicates à mettre en œuvre. Le retour à une paix officielle ne se traduit d'ailleurs pas nécessairement par le retour des réfugiés et des personnes déplacées dans leurs régions d'origine, d'où des conflits potentiels ultérieurs.

SORTIE DE CRISE

Les développements précédents nous conduisent à quelques réflexions sur les risques qui attendent la Côte d'Ivoire dans le processus de sortie de crise espéré pour un avenir proche. L'expérience des crises passées qui ont pu toucher d'autres pays montre quelques constantes dont il faut tenir compte :

- les sorties de crise ne sont pas des processus linéaires marquant des progrès continus ; ce sont des périodes chaotiques, avec de possibles retours en arrière avant une réelle "stabilisation" ;
- l'après-crise est forcément différent de l'avant-crise : d'un côté, c'est heureux, car il faut éliminer les facteurs de la crise ; d'un autre côté, les solutions de remplacement mises en place par les agents économiques et les ménages pour faire face à la crise ne cessent pas forcément ; enfin, cela signifie que le contexte de l'action et de la décision sera autre, notamment dans les domaines des comportements démographiques et des orientations économiques.

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, les analyses montrent que le "modèle ivoirien de développement" qui a assuré la réussite économique du pays pendant vingt ans s'est "essoufflé" à partir du début des années quatre-vingt et que d'autres paradigmes du développement devront être trouvés (voir par exemple Tapinos et al., 2001). On peut légitimement souhaiter que certaines bases de ce modèle perdurent, comme la stabilité politique, le rôle décisif de l'État, l'ouverture économique (aux cadres, aux capitaux), ou une redistribution relativement importante des fruits de la croissance. Ces éléments ont contribué à l'émergence de la nation ivoirienne et d'un lien social suffisamment fort entre les différentes couches de la population. Mais le futur de l'économie ivoirienne ne pourra sans doute pas s'appuyer sur une exploitation extensive des facteurs de production (sols, force de travail), sur l'appel à une forte immigration de main-d'œuvre étrangère, ou sur une économie basée presque exclusivement sur une agriculture de rente. Il devra faire appel à une diversification de la production et à des gains importants de productivité.

Quant aux politiques de population, elles devront "ajuster leurs modalités d'intervention et prendre davantage en compte les conflits éventuels entre l'enrichissement économique et l'incitation à une descendance réduite ; ce qui justifie de considérer plus attentivement la dimension microéconomique - le comportement des ménages - des politiques de population" (Tapinos, 2001).

Les défis à relever par rapport à ces objectifs sont énoncés dans la suite de cet ouvrage. Toutefois, dès ce stade et compte tenu des développements précédents, il convient d'insister sur trois éléments qui paraissent essentiels dans la sortie de crise :

- même si la diversification est une nécessité, l'agriculture restera encore longtemps un secteur clé de l'économie ; son développement passe nécessairement par des gains de productivité, ce qui implique en particulier une sécurisation foncière et une action ambitieuse de formation et l'encadrement technique des jeunes agriculteurs ;
- la qualité de la force de travail (ivoirienne et étrangère) doit être une priorité affirmée, ce qui implique un effort sans précédent en faveur des systèmes d'enseignement et de santé ;
- la Côte d'Ivoire doit rester ouverte sur l'extérieur, et notamment sur son environnement régional ; elle doit dans cet esprit jouer un rôle majeur dans le processus d'intégration régionale au sein d'institutions comme la CEDEAO et l'UEMOA ; cette intégration passe par des échanges facilités avec les pays voisins, y compris en ce qui concerne la libre circulation des personnes et des biens à laquelle la Côte d'Ivoire a souscrit.

II PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

- ▷ De moins de 4 millions d'habitants en 1960, la population est passée à près de 20 millions aujourd'hui (2006), et pourrait atteindre 27 millions en 2018.
- ▷ Son taux d'accroissement est passé de 3,8 % sur la période 1975-1988 à 3,3 % sur la période 1988-1998.
- ▷ Le taux d'urbanisation atteint 43 % en 1998 ; à cette date, Abidjan comptait près de 3 millions d'habitants.
- ▷ Les étrangers représentaient 26 % de l'effectif de la population totale en 1998.
- ▷ Les flux migratoires, qui ont été longtemps largement positifs de l'extérieur vers la Côte d'Ivoire, se sont fortement atténués au cours de la décennie quatre-vingt-dix.
- ▷ La fécondité a entamé une baisse significative, passant de 7,2 enfants par femme au début des années quatre-vingt à 4,6 aujourd'hui (2005).
- ▷ Le taux de prévalence contraceptive (utilisation des méthodes modernes chez les femmes en union) n'était encore que de 7 % en 1998.
- ▷ La mortalité reste encore à des niveaux élevés : c'est ainsi que le taux de mortalité infanto-juvénile (enfants de 0-4 ans) se montait encore à 180 ‰ en 1998.
- ▷ Le taux de prévalence du VIH/sida atteint 4,7 % chez les adultes de 15-49 ans. Le niveau d'infection des femmes (6,4 %) est le double de celui des hommes (2,9 %) EIS, 2005

II - Présentation de l'ouvrage

Ce Rapport comprend 9 chapitres qui seront présentés de façon succincte pour éclairer le lecteur sur sa logique et son contenu. Un premier chapitre présente le cadre démographique, précisé dans les trois chapitres suivants par trois questions liées à l'espace et à la nature : les mouvements migratoires, l'urbanisation et l'environnement. Suivent alors trois nouveaux chapitres s'intéressant à trois domaines plus sociaux : le capital humain, la jeunesse et les rapports de genre. Enfin, avant le dernier chapitre consacré aux défis, deux chapitres traitent de questions relatives à la santé : la santé de la reproduction et l'épidémie de VIH/Sida.

On le voit, les sujets abordés, s'ils ne couvrent pas la totalité des champs démographique, social, culturel et économique, figurent parmi les thèmes les plus importants pour le développement de la Côte d'Ivoire. Mais, avant de passer en revue les différents chapitres composant cet ouvrage, il paraît utile de rassembler les principales caractéristiques de la population mises en évidence. Celles-ci peuvent être résumées dans les 09 propositions figurant dans l'encadré 2.

Le **chapitre 1**, qui ouvre ce rapport, porte sur **"État, dynamique et potentialités de croissance de la population"**. Il est donc consacré à la description de l'état et de la dynamique de la population, en replaçant ces caractéristiques sociodémographiques dans le contexte de l'économie ivoirienne, entrée depuis les années 1980 dans une crise économique sans précédent, et en évoquant la crise politico-militaire qui frappe la Côte d'Ivoire depuis le 19 septembre 2002. Ces deux éléments ont probablement perturbé la plupart de ces caractéristiques et détérioré les conditions sociales. Ils ont aussi empêché la mise en œuvre de la politique de population adoptée en 1997 et pour laquelle un programme national d'actions 2002-2006 avait été décidé en 2002.

Avec le **chapitre 2 "Migration et développement"**, est abordé un thème particulièrement important pour la Côte d'Ivoire. En effet, les mouvements de population, tant internes qu'internationaux, ont depuis longtemps façonné le peuplement du pays : près de la moitié de la population du pays (43 %) réside hors de sa Sous-préfecture de naissance. Ces mouvements comprennent des migrations agricoles dans le cadre du développement de l'économie de plantation, et l'urbanisation. Concernant les premiers, les flux migratoires se sont orientés dans un premier temps vers le Centre-Est et l'Est (c'est là que le colonisateur a commencé à développer la culture du café et du cacao). Avec l'épuisement des terres de ces régions, les courants se sont tournés vers le Centre-Ouest au cours des années 1960, puis vers le Sud-Ouest et l'Ouest. Mais l'essoufflement du modèle ivoirien, la crise économique des années 1980, puis le conflit déclenché en 2002 (qui a entraîné un déplacement massif de populations du Nord et de l'Ouest du pays vers le Sud) ont perturbé ces schémas migratoires.

La question de l'urbanisation est spécifiquement traitée dans le **chapitre 3 "Urbanisation et gestion urbaine"** qui examine la dynamique de l'urbanisation, la gestion des villes et les conditions de vie des populations urbaines. Car la Côte d'Ivoire, pays de migrations, n'échappe pas à la dynamique de l'urbanisation. La croissance de la population urbaine est rapide. Le nombre de villes de plus de 100 000 habitants est en progression constante (8 en 1998). Dans ce contexte, les difficultés liées à l'urbanisation et à la gestion urbaine sont accentuées par la

crise sociopolitique que traverse le pays depuis les années 90 et cette urbanisation non maîtrisée engendre maintes contraintes de développement (dégradation de l'environnement et du cadre de vie urbains, insalubrité et insécurité grandissantes, accroissement des bidonvilles, paupérisation croissante, manque et insuffisance des équipements et des services urbains, insuffisance des logements, inadaptation des outils de planification et des pratiques foncières, etc.).

La dégradation de plus en plus importante de l'environnement, liée en grande partie aux activités humaines, fait l'objet du **chapitre 4 "Gestion de l'environnement et développement durable"**. La pression sur les ressources naturelles (sols, forêts, eaux, faune) et l'intensification de leur exploitation (par des pratiques agricoles extensives), liées à l'accroissement rapide de la population, constituent des atteintes à l'environnement qui peuvent à leur tour contrarier les objectifs d'amélioration du bien-être des populations. Il en est de même pour les centres urbains où la population se concentre de plus en plus et qui connaissent de plus en plus la pollution et la détérioration des conditions de vie. Cette dégradation de l'environnement, déjà avancée avant 2000, s'est accentuée à partir de septembre 2002 du fait de la crise sociopolitique. Face à cette situation, l'État mène des actions à la fois politiques, institutionnelles, juridiques et pratiques pour tenter de réduire ces atteintes à l'environnement et de sortir du cercle vicieux de la forte croissance démographique, de la pauvreté et de la dégradation de l'environnement.

Dans le **chapitre 5**, qui porte sur le **"Développement du capital humain"**, l'accent est mis sur l'éducation et la santé, deux défis majeurs pour la valorisation des ressources humaines dont le rôle est déterminant dans le processus du développement économique et social. Grâce aux surplus prélevés sur l'agriculture d'exportation, un effort soutenu a pu être consenti dans ce domaine au cours des deux premières décennies de l'indépendance, mais a été ensuite freiné durant la décennie quatre-vingt suite à la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel. L'analyse met en évidence l'insuffisance des résultats obtenus par les systèmes éducatif et sanitaire en termes d'efficacité, d'efficience et d'équité, insuffisance imputable à un ensemble de problèmes et de contraintes, parmi lesquels on peut citer : la croissance démographique, les restrictions budgétaires, certaines valeurs socioculturelles, des incohérences institutionnelles, etc.

Le **chapitre 6 "Jeunesse et insertion sociale"** s'intéresse à la jeunesse, une catégorie importante de la population, tant du point de vue de son nombre que de celui du potentiel de ressources humaines qu'elle représente pour le développement économique, social et culturel. Cependant, elle constitue aussi une préoccupation majeure au regard de ses grands besoins, notamment en matière d'emploi, de formation, d'insertion sociale, de loisirs et de participation à la vie du pays. Cette jeunesse évolue aussi dans un environnement social fragilisé par la crise politico-militaire. Pourtant, l'insertion sociale des jeunes est une condition nécessaire à la paix sociale, à la stabilité politique et aux progrès du pays. Dans cette optique, l'emploi des jeunes et la formation professionnelle, la délinquance juvénile, la santé juvénile, la participation des jeunes à la vie publique et leurs loisirs sont successivement analysés. Les politiques mises en œuvre dans ces domaines doivent avoir pour objectif l'accès au savoir et à un emploi décent, et être menées avec la volonté de contribuer à l'épanouissement de la jeunesse et à sa responsabilisation.

La prise en compte des disparités de Genre fait l'objet du **chapitre 7 "Genre, culture et promotion de la femme"**, qui aborde non seulement les questions de santé, d'éducation et de droits génésiques des femmes, mais aussi celles concernant le renforcement du pouvoir économique des femmes et de leurs droits humains. Cette approche "genre" voit sa nécessité renforcée du fait des importantes mutations en cours, liées à la modernisation et à l'économie de marché, et qui touchent les sphères sociales, culturelles, économiques et politiques. L'analyse montre qu'il existe des lacunes dans la prise en compte du genre dans les politiques et programmes de développement. Ces lacunes tiennent à la reconnaissance insuffisante des disparités entre les femmes et les hommes, et sans doute à des blocages d'ordre culturel. Pour parvenir à l'égalité entre les sexes, des modifications doivent être apportées aux pratiques institutionnelles et aux relations sociales qui renforcent et entretiennent les disparités entre les sexes.

Le **chapitre 8 "Santé de la reproduction"** examine la demande et l'offre de services de santé de la reproduction. La politique de santé au cours de ces dix dernières années s'est traduite par le Plan national de développement sanitaire (PNDS, 1996-2005) qui a été élaboré dans un contexte caractérisé principalement par le démarrage d'une politique de population axée en grande partie sur la santé de la reproduction. Mais sa mise en œuvre a connu d'énormes difficultés liées aux crises économiques et militaro-politiques. C'est ce qui explique qu'au lendemain de l'achèvement du PNDS, la situation de la Côte d'Ivoire en matière de santé de la reproduction ne soit guère satisfaisante, surtout pour le couple mère-enfant, entravant si rien n'est fait le développement du pays. L'utilisation de la contraception parmi les femmes en âge de procréer reste encore très faible, la proportion des accouchements assistés par du personnel qualifié est insuffisante et les besoins de soins obstétricaux et néonataux d'urgence ne cessent de croître. Tous ces indicateurs entraînent un niveau de mortalité maternelle élevé.

Avec le **chapitre 9 "Le VIH/Sida et son impact démographique, économique et social"**, le Rapport aborde un problème qui a bouleversé les acquis en matière d'espérance de vie et d'amélioration de la mortalité infantile. Principale cause de décès parmi la population âgée de 15 à 49 ans, le VIH/Sida affecte l'exécution de l'ensemble des OMD dans la mesure où il s'attaque aux bras valides et menace des secteurs importants de la vie socioéconomique. Ces conséquences sont examinées en insistant sur les effets de l'épidémie sur les ménages et sur les mécanismes formels et informels de solidarité sociale. De plus, le chapitre examine la pertinence des politiques mises en œuvre pour enrayer la propagation du VIH/Sida ainsi que le niveau de mobilisation des différents acteurs de la lutte : des actions d'envergure ont été engagées, mais des efforts importants restent à fournir. Il est également à craindre qu'avec le conflit armé survenu en 2002, les perturbations que connaissent les campagnes de prévention et les services de santé, la pandémie de Sida ne trouve une nouvelle dynamique.

Enfin, la **conclusion** du rapport met en exergue les principaux **défis** que doit affronter la Côte d'Ivoire, non seulement dans le court terme pour la sortie de crise, mais aussi dans le moyen et le long terme.

CONCLUSION

La période qui s'ouvre pour la Côte d'Ivoire est sans doute celle de tous les dangers, mais aussi celle de grandes opportunités pour poser les bases d'un développement durable. Il ne s'agit pas dans cet ouvrage de détailler une quelconque "feuille de route" pour les responsables politiques, mais, et c'est bien le rôle des chercheurs et des techniciens, de fournir des analyses susceptibles d'éclairer l'action. Et ce Rapport est sans aucun doute justifié par l'importance et la complexité des enjeux, qui touchent aux sphères démographiques, sociales, culturelles, économiques et politiques, sphères en permanente interaction les unes avec les autres.



Chapitre 1

État, dynamique et potentialités de croissance de la population ivoirienne

Introduction

L'Afrique au sud du Sahara est entrée dans le processus de transition démographique marqué par le passage des hauts niveaux de fécondité et de mortalité aux faibles niveaux observés actuellement dans les pays développés. La Côte d'Ivoire n'échappe guère à ce mouvement d'ensemble mis en exergue par la diminution de la fécondité et de la mortalité. Mais la baisse de la mortalité a été remise en cause durant les années 1990 en raison de la résurgence des maladies infectieuses et parasitaires, notamment le sida, et le contexte de crise que vit le pays. Le taux d'accroissement démographique de 3,3 % par an durant la période intercensitaire de 1988-1998 est parmi les plus élevés au monde.

Depuis les années 1970, la Côte d'Ivoire est le principal pays d'immigration en Afrique de l'ouest; les flux d'immigrants ont aujourd'hui tari; cependant le stock de la population étrangère augmente du fait de son mouvement naturel. La répartition de la population entre les trois grandes composantes du cycle de vie individuel que sont l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse a enregistré quelques modifications. Ces transformations démographiques surviennent dans une économie fragilisée par une crise économique qui date des années 1980 à laquelle s'est ajouté un conflit politico-militaire qui dure depuis septembre 2002. Ce contexte accentue la détérioration des conditions de vie des populations ainsi que l'insuffisance des ressources disponibles pour faire face aux besoins croissants de la population.

L'accroissement continu de la population en Côte d'Ivoire a été soutenu pendant longtemps par une volonté politique, car le Gouvernement était convaincu de son effet positif sur le développement économique et social. Ce populationnisme ivoirien avait une double facette: un "laisser faire" en matière de fécondité et une politique ultra-libérale d'immigration². La crise et les programmes d'ajustement structurel (PAS) ont fait évoluer l'ensemble de la politique de population, qu'il s'agisse des migrations ou de la politique de fécondité. Le changement d'attitude du gouvernement vis-à-vis des questions démographiques s'est traduit par une déclaration de politique de développement des ressources humaines (DPDRH) en 1991 et l'adoption d'une déclaration de politique nationale de population (DPNP) en mars 1997. Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNP, un Programme national d'actions en matière de population (PNA) couvrant la période 2002-2006 a été adopté en mars 2002, mais son exécution a été contrariée par la crise politico-militaire.

Les évolutions démographiques ont des répercussions dans les divers domaines de la société, notamment sur les secteurs socioéconomiques. Il importe de cerner ces changements et leurs facteurs en vue d'identifier les obstacles qu'ils font peser sur le processus de développement économique et social et l'amélioration du bien-être des individus. Le présent chapitre est organisé autour de trois sections. La première section présente les principaux traits de l'état de la population, c'est-à-dire l'effectif global de la population et sa composition à un moment donné ou au cours du temps. Les critères de décomposition retenus sont le milieu de résidence, le sexe, l'âge, la nationalité ou l'ethnie, le niveau d'instruction, le type d'activité, les unités élémentaires de décision tel que le ménage. La deuxième section est consacrée aux tendances des composantes du mouvement de la population, c'est-à-dire, les facteurs qui interviennent directement dans la modification de l'effectif global de la population et de sa composition. Enfin, la troisième section examine les tendances futures de la population et ses impacts sur la demande sociale, notamment les besoins en matière d'éducation, de santé et d'emploi.

I - État de la population

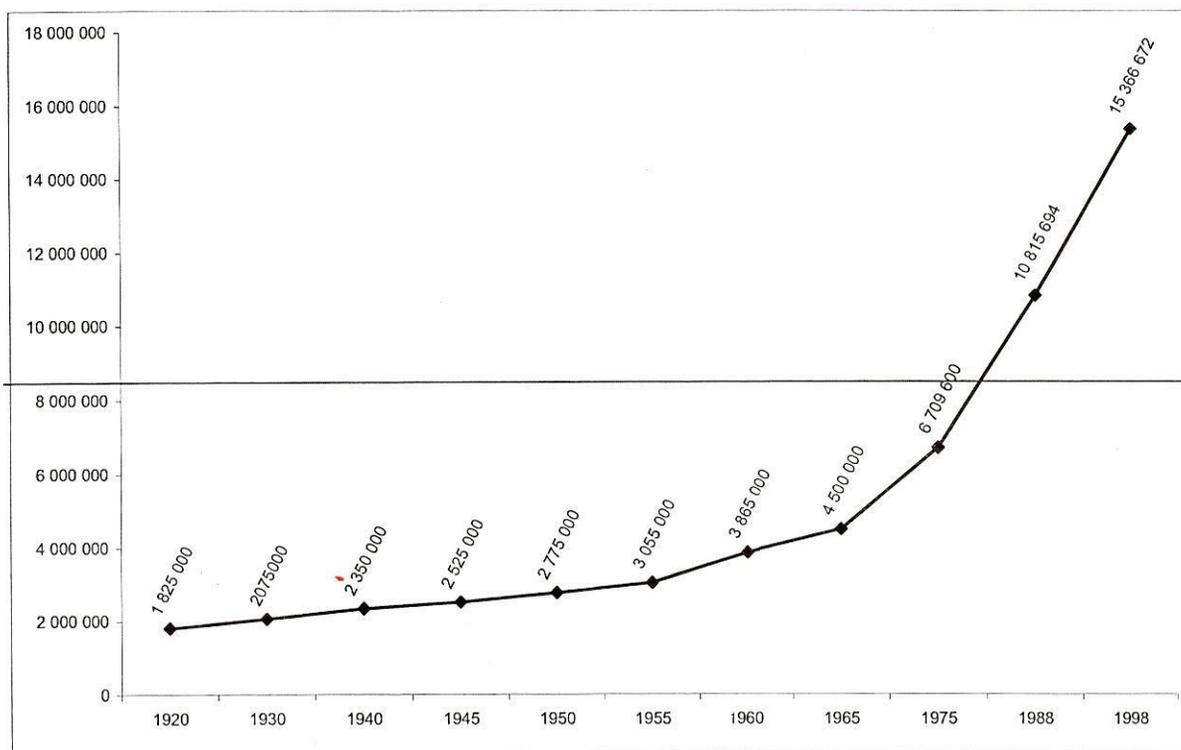
1.1 - UNE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE ENCORE RAPIDE MALGRÉ UN RALENTISSEMENT RÉCENT

Les résultats des différents recensements et enquêtes indiquent que la population de la Côte d'Ivoire est croissante depuis 1920 (graphique 1.1). De 1920 à 1955, la population a doublé une première fois en passant de 1 825 000 habitants à 3 055 000 habitants. De 1955 à 1975, est intervenu le deuxième doublement. Le temps de doublement a ainsi diminué de 35 ans à 20 ans. Cette accélération de la croissance de la population, dès la deuxième moitié des années 1950, provient d'une baisse de la mortalité qui se conjugue avec le maintien d'un taux de fécondité élevée et d'une forte immigration internationale.

Cette tendance se poursuit sur la période intercensitaire de 1975-1988 puisque le taux d'accroissement annuel moyen de la population était de 3,8 %, ce qui correspond à un temps de doublement de 19 ans. Sur la période récente de 1988-1998, le taux d'accroissement démographique a diminué légèrement: 3,3 % soit un temps de doublement de 21 ans. En dépit de cette baisse, la Côte d'Ivoire est comptée parmi les pays à fort taux d'accroissement démographique dans le monde.

² - Pour plus de détails sur cette question voir par exemple Brou et Charbit, 1994; Anoh, 2006.

Graphique 1.1 : Évolution de la population de la Côte d'Ivoire de 1920 à 1998



Source: Institut National de la Statistique

NB: Population ajustée pour la période de 1920 à 1965; données des recensements à partir de 1975

1.2 - LA RÉPARTITION SPATIALE DE LA POPULATION

La répartition de la population sur le territoire constitue un élément central des décisions d'implantation des services socio-économiques de base, et généralement de la gestion administrative. En Côte d'Ivoire, elle se caractérise par des disparités importantes.

1.2.1 - L'AUGMENTATION INÉGALE DE LA DENSITÉ DE POPULATION

Sous l'influence de l'accroissement de l'effectif global de la population, la densité de population au niveau national a connu une progression depuis 1975. Elle est passée de 21 habitants au km² en 1975 à 34 (hab./km²) en 1988 puis à 48 hab./km² en 1998. Cependant, cette évolution a été très inégale selon les régions (tableau 1.1). La zone de savane qui occupe 53 % de la superficie du pays, n'accueille que 22 % de la population totale. Au contraire, la zone forestière, moins vaste (47 %), concentre 78 % de cette population et enregistre de ce fait les plus fortes densités démographiques à l'échelle nationale. Ainsi, les densités de population varient de 11 hab./km² dans la région du Denguélé à 273 hab./km² dans la région des Lagunes. La quasi-totalité des régions situées dans la zone forestière affiche des densités de population supérieures à la moyenne nationale (48 hab./km²). Ces disparités proviennent essentiellement de la migration dont les flux sont orientés généralement des

régions des savanes et de l'extérieur vers le sud forestier où se développe le système d'économie de plantation.

Les disparités entre les régions administratives sont remarquables (figure 1). On constate une forte concentration de la population dans la région des Lagunes située au Sud et une relative concentration dans les régions du Bas Sassandra dans le Sud-Ouest, du Haut Sassandra au Centre-Ouest, de la Vallée du Bandama au Centre, des Montagnes à l'Ouest et des Savanes au Nord. On mesure davantage l'ampleur de ces disparités avec la situation de la région des Lagunes, qui, avec seulement 4,3 % de la superficie totale du pays, regroupe près du quart (24,3 %) de la population totale. Dans cette région, la seule ville d'Abidjan concentre 19 % de la population du pays et 44 % de la population urbaine.

1.2.2 - DES TAUX D'URBANISATION CONTRASTÉS

La majorité de la population demeure rurale : en 1998, 57 % de la population de la Côte d'Ivoire vit encore en milieu rural. La proportion de la population urbaine est passée de 39 % en 1988 à 43 % en 1998, avec un taux annuel moyen de croissance de 4,2 %, largement supérieur au taux d'accroissement de la population totale (3,3 % par an). Ceci a des implications sur la gestion de l'espace urbain notamment en matière d'assainissement, de transport et de logement. Les taux d'urbanisation varient très fortement d'une région à une autre : 14 % dans le Zanzin, 19 % dans le Denguélé contre 45 % dans la région

Tableau 1.1 : Effectifs, poids démographiques, densités et taux d'urbanisation par région en 1998

RÉGION	Population	Poids démographique (en %)	Densité (Hab/km ²)	Taux d'urbanisation	RÉGION	Population	Poids démographique en %	Densité (Hab/km ²)	Taux d'urbanisation
Lagunes Haut	3 733 413	24,3	273	83,73	Nzi Comoe	633 927	4,1	33	28,79
Sassandra	1 071 977	7,0	72	25,54	Marahoue	554 807	3,6	64	28,66
Savanes	929 673	6,1	23	32,48	Sud Comoé	459 487	3,0	67	32,60
Vallée Bandama	1 080 509	7,0	39	57,13	Worodougou	378 463	2,5	17	15,6
Moyen Comoe	394 761	2,6	58	31,89	Sud Bandama	682 021	4,4	63	22,02
Montagnes	936 510	6,1	56	26,88	Agneby	525 211	3,4	57	35,47
Lacs	476 235	3,1	54	44,92	Fromager	542 992	3,5	79	31,16
Zanzan	701 005	4,5	18	13,52	Moyen-Cavally	508 733	3,3	36	22,19
Bas-Sassandra	1 395 251	9,1	53	19,27	Bafing	139 251	0,9	16	18,4
Denguelé	222 446	1,4	11	19,39	Ensemble	15366672	100,0	48	42,5

Source: RGPH-98, INS 2001

des Lacs, 57 % dans la Vallée du Bandama, et 84 % dans la région des Lagunes. On note une forte urbanisation des deux dernières régions à cause de la mégalopole d'Abidjan et de la ville de Bouaké³.

1.2.3 - UN ACCROISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE FORTEMENT DIFFÉRENCIÉ SELON LES RÉGIONS

Le rythme d'accroissement de la population varie énormément selon les régions. Trois grandes situations peuvent être distinguées (figure 2): (i) les régions à croissance moyenne: sont au nombre de 5 et regroupent 13,6 % de la population totale; la population de ces régions mettrait entre 33 et 58 ans pour doubler (ii) les régions à croissance rapide comprennent 11 régions administratives regroupant 71,5 % de la population totale du pays; le temps de doublement de la population varie entre 29 et 18 ans (iii) les régions à croissance galopante sont au nombre de 3 et comptent 14,9 % de la population totale, le temps de doublement varie entre 11 et 9 ans.

Même si le croit naturel de la population contribue à cette hétérogénéité du rythme d'accroissement entre les régions, la migration différentielle en est la principale cause. Les régions comme le Moyen Cavally et le Bas Sassandra qui ont une croissance démographique galopante font partie du dernier front pionnier de la cacaoculture en Côte d'Ivoire.

1.2.4 - LES MODIFICATIONS DE LA DISTRIBUTION SPATIALE LIÉES AU CONFLIT MILITARO-POLITIQUE

La répartition spatiale telle que cernée par les données du recensement a pu connaître une modification dans le temps, surtout avec la crise politico-militaire que vit le pays depuis septembre 2002. En effet, l'inégale répartition de la population sur le territoire national se serait aggravée suite aux déplacements des populations fuyant la guerre et l'insécurité. Les densités de population des zones de savanes qui étaient très faibles pourraient l'être encore beaucoup plus aujourd'hui. À l'opposé, les régions du sud ont vu leur population croître anormalement du fait des effectifs importants de déplacés. Le nombre

1.1 DÉFINITION

Les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays sont des personnes ou des groupes de personnes qui ont été forcés ou contraints à fuir ou à quitter leur foyer ou leur lieu de résidence habituel, notamment en raison d'un conflit armé, de situations de violence généralisée, de violations des droits de l'homme ou de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou pour en éviter les effets, et qui n'ont pas franchi les frontières internationalement reconnues d'un État

*Principes directeurs relatifs au déplacement de personnes à l'intérieur de leur propre pays,
Doc. ONU E/CN.4/1998/53/Add.2 du 11 février 1998*

de personnes concernées n'est pas connu avec précision. On ne dispose que de quelques données parcellaires. En janvier 2003, il a été indiqué que 20 000 fonctionnaires avaient quitté leur poste dans le nord. En 2005, l'enquête sur les conditions de vie des personnes déplacées internes et des familles d'accueil réalisée dans 5 départements de fortes concentrations des déplacés internes (Abidjan, Daloa, Duekoué, Toulepleu et Yamoussoukro) a estimé à 709 377 le nombre de personnes déplacées dans les 5 départements étudiés. Cette affluence de population qui s'est dirigée essentiellement dans les villes aurait modifié la répartition de la population selon le milieu de résidence.

Dans le milieu rural, certains villages de la région des Montagnes ont même disparu du fait de la guerre. Leurs populations se sont retrouvées dans les villes les plus proches pour des questions de sécurité. Ces nouveaux citoyens qui ont perdu leurs récoltes et très loin de leurs terres sont confrontés à de nombreuses difficultés dont les plus visibles sont celles liées au logement, à la nourriture et à l'accès à l'eau potable.

³ - Un développement plus détaillé sur l'urbanisation sera présenté dans le chapitre consacré à ce thème.

FIGURE 2 : DENSITÉ BRUTE DE PEUPEMENT EN 1998.

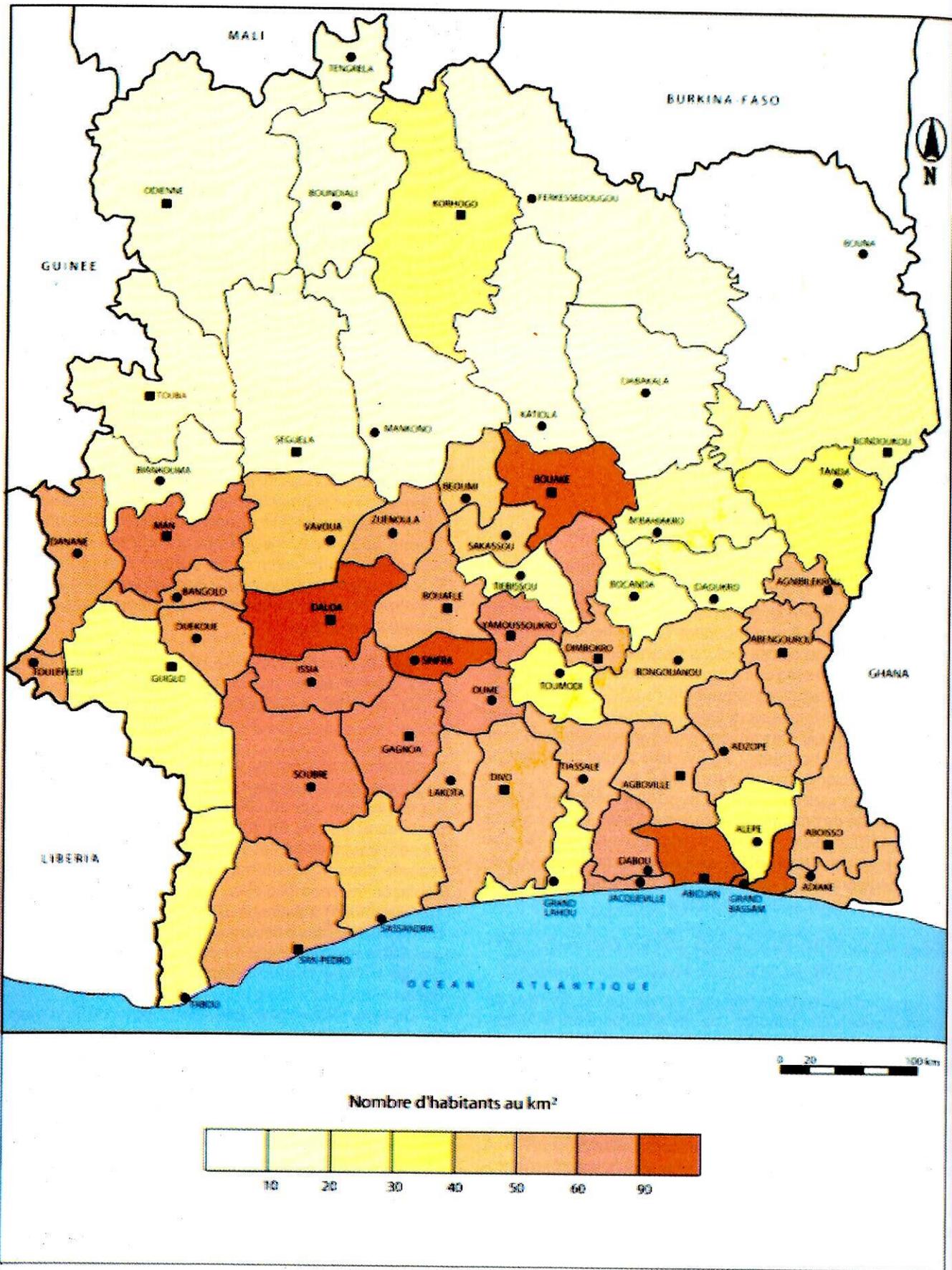


FIGURE 3 : TAUX D'ACCROISSEMENT MOYEN ANNUEL DE LA POPULATION IVOIRIENNE (1998-1999)

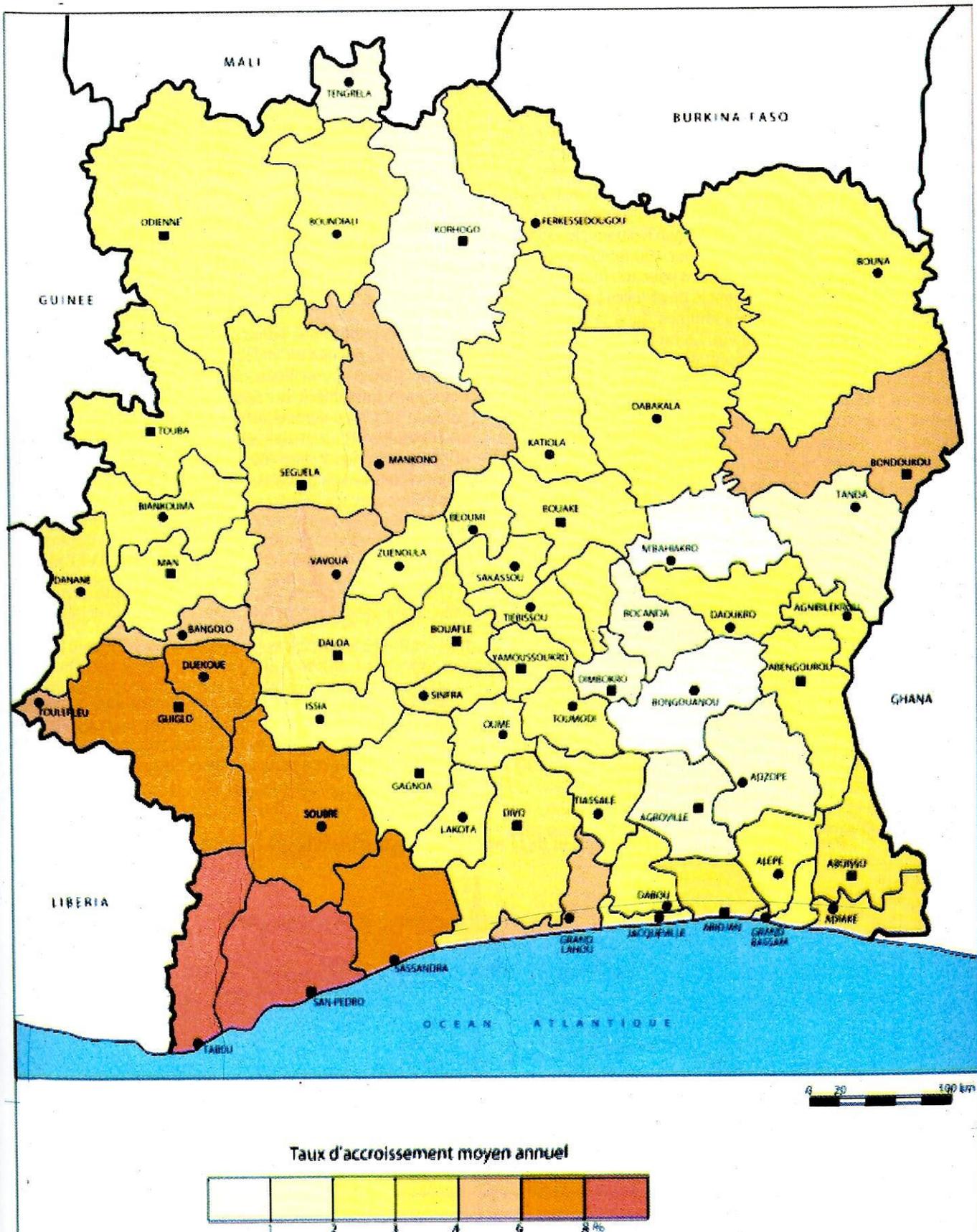
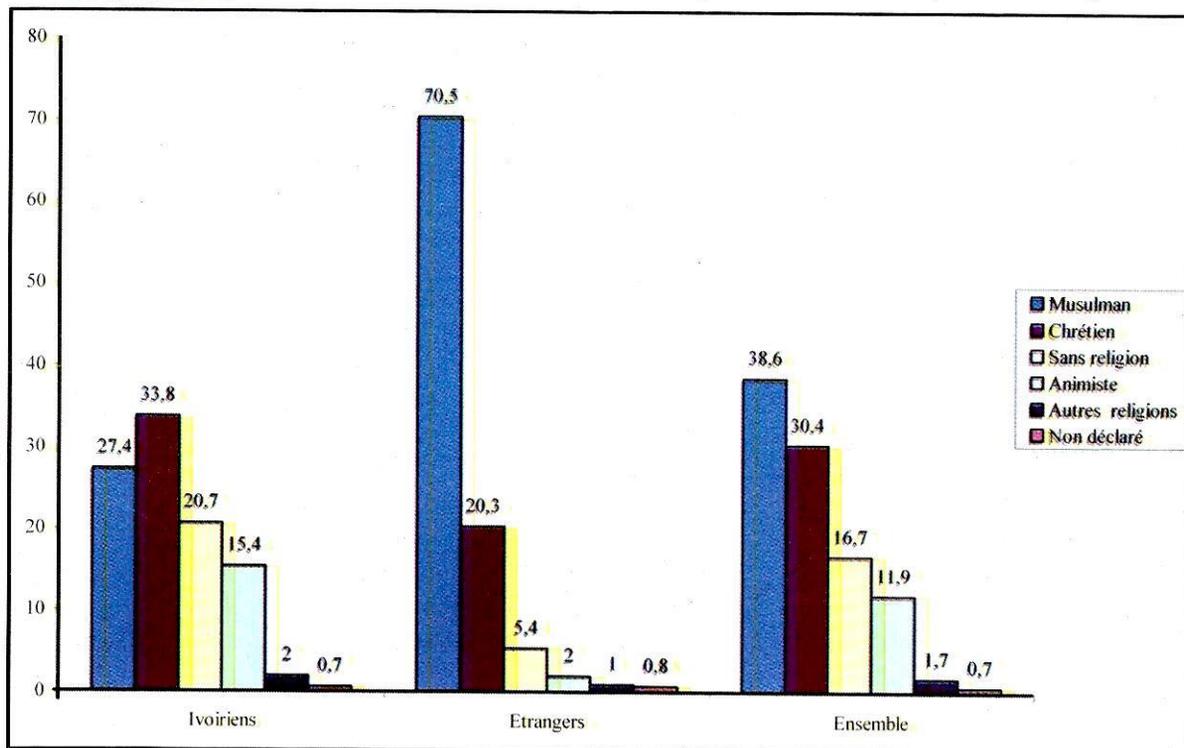


Tableau 1.4 Répartition de la population étrangère par pays d'origine (en %)

Pays d'origine	RGPH 1975	RGPH 1988	RGPH 1998
Burkina Faso	52,5	51,5	56,0
Mali	24,0	23,5	19,8
Guinée	6,7	7,4	5,7
Ghana	3,2	5,5	3,3
Benin	2,6	2,8	2,7
Niger	-	2,8	2,6
Libéria	-	0,2	2,0
Togo	0,9	1,4	1,8
Sénégal	1,4	1,3	1,1
Mauritanie	-	0,5	0,5
Nigeria	2,9	1,7	1,8
Autres Afrique	3,3	5,4	0,4
Non-afrique	2,5	1,1	0,8
Non Déclarés	-	-	1,5
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	1 474 469	3 039 037	4 000 047

Source : INS

Graphique 1.3 Répartition de la population selon la religion et la nationalité, Côte d'Ivoire, 1998



Source : RGPH 1998

1.4.2 - LES GRANDES CONFESSIONS RELIGIEUSES

Les résultats du RGPH 1998 indiquent que l'islam constitue la religion dominante; elle regroupe 38,6 % de la population totale. Viennent le christianisme (30,3 %), les sans religion (16,7 %) et l'animisme (11,9 %) (graphique 1.3). Il existe une nette différence entre les nationaux et les étrangers. Chez les Ivoiriens, le christianisme domine 34 %, essentiellement des catholiques (21 %) suivie de près par l'islam (27 %). Chez les étrangers en revanche, les musulmans dominent largement (70 % contre 20 % de chrétiens).

Il existe une forte association entre la religion et les groupes ethniques. Les Mandé du Nord (Malinké, Dioula) sont islamisés. Chez leurs homologues Voltaïque ou Gur (Sénoufo, Koulango, Lobi...) avec lesquels ils forment les peuples dits de savane, la pénétration de l'islam est plus faible. Les Krou (Bété, Guéré, wobé, etc.) et les Mandé du Sud (Dan, Yacouba, Gouro, etc.), peuples de forêt localisés à l'ouest du fleuve Bandama, sont animistes. Les Akan, également peuples de forêt mais localisés à l'est du fleuve Bandama, sont animistes mais très pénétrés par le christianisme.

1.5 - ÉDUCATION

L'éducation de la population adulte (personnes âgées de 15 ans ou plus) sera examinée avant celle des enfants. L'accent a été mis sur l'éducation formelle, celle assurée par l'État même si à côté de celle-ci, il existe une éducation parallèle notamment celle des écoles coraniques qui commence à prendre une certaine ampleur puisque des examens de baccalauréat y sont organisés depuis quelques années.

1.5.1 - NIVEAU D'INSTRUCTION ET ALPHABÉTISATION DES ADULTES

Dans la population adulte, 63,7 % de la population n'a jamais fréquenté un établissement scolaire, 15,7 % ont le niveau primaire, 17,6 % le niveau secondaire et 2,8 % le niveau supérieur. Lorsqu'on s'intéresse uniquement à la population qui a fréquenté l'école, on observe que 42,8 % ont le niveau primaire, 31,5 % le niveau secondaire 1^{er} cycle, 16,8 % le niveau du secondaire 2^{ème} cycle et 7,7 % le niveau du supérieur. La proportion de la population ayant le niveau du secondaire technique est relativement faible (1,2 %).

Les populations instruites sont inégalement réparties sur le territoire national : 62,8 % sont dans les villes particulièrement à Abidjan où on dénombre près de 40 % des personnes qui ont fréquenté l'école. La concentration des écoles secondaires et supérieures dans les villes et la forte demande de main-d'œuvre ayant un bon niveau en seraient la cause. Les femmes sont

moins instruites que les hommes parce que la disparité commence au moment des inscriptions au cycle primaire. Dans le cycle primaire, 43 % des élèves sont de sexe féminin. Dans le secondaire 1^{er} cycle et le supérieur, les filles représentent respectivement 38 % et 32 % des effectifs.

Le niveau d'alphabétisation de la population adulte est faible (36,3 %). Il est encore plus faible en milieu rural, seulement 20,8 %. Ce taux est respectivement de 54,1 % en milieu urbain et 63,6 % pour la ville d'Abidjan. Il existe une forte disparité entre les femmes (28,5 %) et les hommes (43,9 %). Les jeunes générations ont un niveau d'alphabétisation plus élevé que les générations plus âgées. Ainsi, la proportion d'analphabètes s'élève à 51 % dans le groupe d'âges de 15-19 ans contre 67 % à 35-39 et 93 % à 75 ans. Cette tendance reflète les efforts entrepris pour le développement de la scolarisation. Selon les résultats du RGPH 1998, le taux d'alphabétisation est deux fois plus élevé chez les Ivoiriens (43 %) que chez les Étrangers (19 %). Cela se vérifie aussi bien chez les hommes (53,7 % contre 22,5 %) que chez les femmes (33 % contre 14,3 %). En milieu urbain, les Ivoiriens sont deux fois plus alphabétisés que les Étrangers tandis qu'en milieu rural ils le sont trois fois plus (tableau 1.5).

Les disparités régionales sont remarquables (figure 3). La région des Lagunes a le taux d'alphabétisation le plus élevé du pays (58,9 %). Cette situation s'explique en partie par le fait que la métropole d'Abidjan est incluse dans cette région. Les régions situées dans le Nord et le Nord-Est du pays se caractérisent par un taux d'alphabétisation très faible.

1.5.2 - SCOLARISATION DANS LE PRIMAIRE

Le taux brut de scolarisation dans le primaire, c'est-à-dire le pourcentage des enfants scolarisés dans un cycle par rapport à l'effectif total des enfants scolarisables dans ce cycle, s'élevait à 64 % dans l'ensemble du pays en 1998. Il est nettement plus faible en milieu rural (53 %) qu'en milieu urbain (83 %) surtout à Abidjan (87 %). Le taux brut de scolarisation est faible dans les régions du Worodougou (35 %), Bafing (36 %) et Savanes (38 %). En revanche, il est très élevé dans les régions de l'Agneby (85 %) et des Lagunes (83 %). Quelle que soit la région, le taux brut de scolarisation est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. À l'image des adultes, le taux brut de scolarisation des enfants de parents immigrés est plus faible que celui des enfants de parents ivoiriens. L'accès des jeunes à l'école et à la formation est pourtant égal en principe pour toutes les nationalités présentes en Côte-d'Ivoire. Les variations observées entre les diverses nationalités ne sont donc pas dues à des politiques publiques mais plutôt à l'appréciation que font les parents des coûts et bénéfiques liés à la scolarisation.

Tableau 1.5: Taux d'alphabétisation des adultes selon le milieu de résidence et la nationalité, Côte d'Ivoire, 1998

	Ivoiriens			Etrangers		
	Masculin	Féminin	Total	Masculin	Féminin	Total
Urbain	74,9	52,7	63,8	34,6	24	30,2
Rural	34,6	17,1	25,3	12,8	6,1	10
Abidjan	84,8	64,2	74,3	44	28,8	37,1
Ensemble	53,7	33	43	22,5	14,3	19

Source: INS, 2001

1.5.3 - LE MONDE DE L'ÉDUCATION DÉJÀ EN DIFFICULTÉS ET ENCORE PLUS ÉPROUVÉ PAR LA CRISE ACTUELLE

Les indices relatifs à l'éducation connaissent une évolution en dents de scie. Et le constat que l'on fait est que la plupart des objectifs fixés à l'horizon 2010 sont loin d'être atteints. Selon le PNDEF, en 2010 la Côte devrait atteindre un taux d'alphabétisation de 85 % au plan national et 70 % chez les femmes. En 1988 et 1998, le taux d'alphabétisation des adultes est passé de 34,2 % à 36,3 % soit une progression de 2,1 points sur dix ans. Le manque de données récentes ne permet pas de situer de façon objective le niveau de l'alphabétisation en 2006. Mais avec la situation de crise actuelle, on ne peut pas projeter une amélioration de l'alphabétisation des adultes. Au contraire, le taux d'alphabétisation aurait baissé du fait des difficultés de scolarisation dans les zones du Nord, du Centre et de l'Ouest du pays.

Les indicateurs du niveau de scolarisation n'ont pas également progressé comme il se doit. Selon les données de la DIPES le taux net de scolarisation s'est détérioré en 1999 avant de s'élever en 2000 passant de 52,9 % à 55,9 %. Dans le même temps le taux d'achèvement du cycle primaire a stagné autour de 47% et le taux de redoublement est resté à un niveau très élevé (24 %). Il faut noter que le système éducatif a évolué dans un contexte marqué par la détérioration du cadre macro-économique et par la persistance d'un taux d'accroissement démographique élevé (3,3 % par an). En outre, les politiques d'ajustement ont également affecté le financement du secteur éducatif entraînant la baisse des dépenses courantes d'éducation d'environ 24,5 % en termes réels entre 1990 et 2000 (DSRP 2002).

Avec la crise actuelle il est évident que les indicateurs scolaires qui étaient en deçà des objectifs fixés se sont fortement dégradés et l'inadéquation entre la formation et l'emploi s'est renforcée. Selon l'Enquête sur les Personnes Déplacées Internes (PDI-FAC 2005), 59 % des filles sont scolarisées contre 69 % des garçons. Le manque de moyens financiers serait la

raison principale de la non scolarisation des enfants. De ce qui précède, on est tenté de dire que l'objectif d'une scolarisation à 100 % en 2015 (OMD) sera difficile à atteindre vu le faible rythme de croissance du taux net de scolarisation et du taux d'achèvement du cycle primaire. Même si la situation devient normale dans les années à venir le taux net de scolarisation ne pourra pas dépasser le seuil de 80 % en 2015 sauf si des mesures spéciales sont prises par les autorités. Au nombre de ces mesures, on peut citer le recrutement d'enseignants, la construction de classes, la scolarisation de la petite fille, la sensibilisation des populations en vue de bannir l'assertion selon laquelle l'école ne garantit pas nécessairement une réussite professionnelle et sociale.

1.6 - TYPE D'ACTIVITÉ DE LA POPULATION D'ÂGE ACTIF

La population âgée de 15 ans et plus ou en âge de travailler est composée de 65,2 % d'actifs et de 33,5 % d'inactifs. Du fait des activités agricoles qui occupent la majorité de la population, les proportions des actifs sont nettement plus élevées dans le milieu rural (71,3 %) que dans le milieu urbain (57,9 %). Elles le sont plus encore chez les hommes que chez les femmes quel que soit le milieu de résidence. La population inactive comprend 26,2 % d'hommes et 73,8 % de femmes. Elle se compose de 55,8 % de ménagères, 23,5 % d'élèves/étudiants et 19,1 % d'autres inactifs. Les retraités et les personnes "hors activité" ne constituent que 1,8 % des inactifs (tableau 1.6).

La population sans travail représente 1,9 % de la population d'âge actif. Actuellement, l'effectif de la population sans travail serait très élevé suite à l'instabilité politique et économique. Selon l'enquête PDI-FAC 2005 la proportion des chefs de ménage occupé a connu une baisse de 12 % dans l'ensemble dont 18 % au niveau des chefs de ménages des familles

Tableau 1.6: Répartition de la population de 15 ans et plus selon le type d'activité et le sexe (en %)

	Homme	Femme	Ensemble
Population active	81,5	48,3	65,2
Dont			
Occupé	78,9	47,2	63,3
Chômeur	0,7	0,3	0,5
1 ^{er} emploi	1,9	0,8	1,4
Population inactive	17,2	50,3	33,5
Dont			
Ménagère	0,3	37,7	18,7
Etudiant	10,1	5,6	7,9
Retraite	0,7	0,1	0,4
Rentier	0,2	0,1	0,2
Autres inactifs	5,9	6,9	6,4
Non précisé	1,3	1,4	1,3
Total	100,0	100,0	100,0
Effectif	4 460 768	4 304 770	8 765 538

Sources: RGPH-98

d'accueil et seulement 5 % des chefs de ménage n'ayant pas de PDI. La perte de l'emploi est donc plus marquée au sein des populations déplacées internes (enquête PDI-FAC, 2005). Dans cette sous population, la proportion des personnes occupées qui était de 40 % avant le conflit est passée à 26 %, soit une baisse de 34 %. Les personnes déplacées actives occupées travaillent essentiellement dans le commerce et l'administration. Cela se vérifie avant la crise comme au moment de l'enquête. Cependant, à l'exception des commerçants et des artisans dont les proportions sont restées stables (34 % et 19 % respectivement), des changements ont été enregistrés dans les autres catégories de métier : la proportion des personnels administratifs a augmenté de 25 % à 31 % tandis que celle des agriculteurs et pêcheurs diminuait de 22 % à 16 %, soit une réduction relative de 28 %. Cette tendance pourrait être expliquée par les difficultés d'accès à la terre qui se conjuguent avec une reconversion de certains agriculteurs à d'autres métiers.

Des politiques appropriées doivent être adoptées pour lutter contre le chômage en général, et principalement celui des jeunes, des PDI et des femmes notamment par la création d'activités génératrices de revenus, et la mise en place de fonds pour financer les projets viables. Si aucune solution n'est trouvée, les jeunes qui constituent une frange importante de la population s'adonneront à la délinquance, au banditisme, à la drogue etc.

1.7 - LA DISTRIBUTION DE LA POPULATION PAR MÉNAGE

La population est appréhendée à travers des unités de décision élémentaires, en l'occurrence le ménage, défini généralement comme un ensemble de personnes apparentées ou non qui vivent habituellement au sein d'un même logement et prennent leurs repas en commun. Les membres d'un même ménage se reconnaissent en un seul chef ou personne de référence. Il est courant de distinguer les ménages collectifs (ou institutionnels) des ménages ordinaires (ou privé).

1. - LA DIMENSION ET LA STRUCTURE DES MÉNAGES ORDINAIRES

Le nombre de ménages ordinaires est passé de 1 798 799 en 1988 à 2 646 456 en 1998, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 3,7 %. Dans la même période, la taille moyenne des ménages a diminué de 6 personnes à 5,8 personnes. Les ménages de grande taille (au moins 9 personnes) sont fréquents (tableau 1.7). On note également la présence de personnes isolées, un peu plus en milieu urbain qu'en milieu rural. En comparaison des pays frontaliers, la Côte d'Ivoire occupe une place intermédiaire en ce qui concerne la dimension des ménages

et est plus proche du Burkina Faso. La dimension des ménages y est plus élevée qu'au Ghana qui est caractérisé par des ménages de petite taille (la taille moyenne est inférieure à 4 personnes) et par une forte fréquence des personnes isolées (les ménages d'une seule personne atteignent 24 % en milieu rural et 30 % en milieu urbain).

La situation de guerre marquée par le déplacement de population pourrait avoir un impact sur la taille des ménages. Selon les résultats de l'enquête PDI-FAC 2005, la taille moyenne des ménages des familles d'accueil est de 7,8 personnes contre 5,4 pour les familles n'ayant pas reçu de déplacés. Les données disponibles sur la composition des ménages indiquent que d'une manière générale, les unités résidentielles ont une structure plus large que le groupe nucléaire, cependant on est loin des unités domestiques regroupant des collectifs lignagers. En se référant aux résultats d'une étude menée dans la région d'Aboisso en 1999 (IRD/ENSEA, 1999), on constate que le ménage type se compose du couple, de leurs enfants, des collatéraux, des neveux (nièces) et de petits enfants (tableau 1.8). Les ascendants sont présents mais leur fréquence est négligeable. La présence de petits enfants, des collatéraux et des neveux constitue un signe de la persistance du phénomène des enfants confiés qui constitue l'un des déterminants cruciaux du phénomène des enfants travailleurs (Pilon et Vignikin, 1996).

La structure interne du ménage varie selon le milieu de résidence. En milieu urbain, les unités résidentielles se composent le plus souvent du couple, de leurs enfants, des collatéraux et des neveux (nièces). En milieu rural, en revanche, on trouve autour du noyau conjugal, des petits enfants et des collatéraux.

1.7.2 - PRINCIPAUX TRAITS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES CHEFS DE MÉNAGES

Il est important de distinguer les ménages en fonction du sexe du chef de ménage car il existe un effet de genre important sur les conditions de vie et le comportement des membres du ménage. Par exemple, de nombreuses études montrent que les ménages dirigés par les femmes sont confrontés à des conditions de vie plus difficiles que ceux dirigés par les hommes. D'après les données de différentes sources, la proportion de ménages dirigés par les femmes se situe entre de 14 % et 16 % en Côte d'Ivoire. Elle est proche du Mali (11 %) et de la Guinée (12 %) mais se distingue nettement du Ghana (36,6 %) qui se situe à un extrême et du Burkina Faso (6,8 %) situé à l'autre extrême (tableau 1.9).

Tableau 1.7 : Dimension des ménages en Côte d'Ivoire et dans les pays frontaliers selon les EDS réalisées vers 2000

	Taille des ménages		Proportion de ménage ayant une seule personne		Proportion de ménage ayant au moins 9 personnes		Année d'enquête
	Rural	Urbain	Rural	Urbain	Rural	Urbain	
Burkina Faso	7	5,6	2,9	11,9	29,3	17,4	1998
Côte d'Ivoire	6,6	5,7	10,8	12,9	27,5	19	1998-99
Ghana	3,8	3,3	23,9	30,2	4,9	2,7	1998
Guinée	6,5	6,8	2,8	9,2	23	27,7	1999
Mali	5,2	5,7	6,6	9,5	14,1	18,3	2001

Source : EDS des différents pays cités

Tableau 1.8 : Composition moyenne des ménages selon le milieu de résidence

Statut de parenté	Rural	Urbain	Ensemble
Chef de ménage	1,0	1,0	1,0
Conjoint	0,8	0,5	0,6
Enfant (du couple ou de l'un des époux)	3,1	2,0	2,4
Ascendant (père, mère, grands-parents)	~	~	~
Collatéraux (frère, sœur, cousin, cousine)	0,3	0,3	0,3
Neveu/niece	0,2	0,3	0,3
Petit enfant	1,1	0,2	0,5
Autre parent	0,6	0,3	0,4
Sans parenté	0,2	0,2	0,2
Nombre moyen	7,4	4,8	5,7

Source : IRD-ENSEA, Enquête Aboisso, août 1999
NB : fréquence négligeable

Les chefs de ménage ont un âge moyen de 42 ans. Ceux du milieu urbain sont plus jeunes (39,8 ans) que ceux du milieu rural (44,2 ans). Plus de 60 % d'entre eux sont en union. La grande majorité des chefs de ménage sont analphabètes, surtout les femmes. Par ailleurs, plus de 9 chefs de ménages sur 10 sont actifs avec des proportions respectives de 94 % chez les hommes contre 7 personnes sur 10 (70 %) chez les femmes.

La situation économique des chefs de ménages s'est détériorée avec un niveau de perte d'emploi relativement élevé. L'enquête PDI-FAC 2005 a montré que la proportion des chefs de ménage occupés a baissé globalement de 12 %. Entre autres conséquences du conflit militaro politique, le nombre de ménages dirigés par les femmes a augmenté. L'enquête PDI-FAC 2005 estime à 21 % la proportion de ménages dirigés par des femmes dans la zone étudiée. Dans certaines localités comme Yamoussoukro, cette proportion atteint 31 %. Cette hausse se vérifie aussi bien dans les ménages qui ont reçu des déplacés que dans ceux qui ne sont pas dans ce cas. Loin de constituer un indice de modernisation sociale, cette hausse du nombre des unités domestiques dirigées par les femmes pourrait traduire une extension de la pauvreté. En raison de la féminisation de la pauvreté, elle affecte le plus souvent les ménages dirigés par les femmes que dans ceux dont les chefs sont des hommes.

II - L'évolution des composantes de la croissance démographique

La croissance démographique sans précédent que connaît la Côte d'Ivoire résulte d'un accroissement naturel élevé et d'une forte immigration. Mais ces deux facteurs se sont considérablement affaiblis dans la période récente.

2.1 - L'ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ

2.1.1 - LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ DEPUIS LES ANNÉES 1980

La fécondité est en baisse depuis une vingtaine d'années, bien qu'encore élevée. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé respectivement de 7,2 enfants en 1981 à 6,3 enfants par femme en 1988 et 5,4 en 1998-99. Selon l'enquête sur les indicateurs du Sida réalisée en 2005, l'ISF serait en nette diminution : 4,6 enfants par femme. Cette tendance touche aussi bien le milieu rural que le milieu urbain, les femmes instruites que les non instruites. Cependant, le rythme varie (graphique 1.4 et tableau 1.10). La baisse est particulièrement forte à Abidjan et chez les femmes de niveau d'instruction secondaire

Tableau 1.9 : Proportion de ménages dirigés par les femmes en Côte d'Ivoire et dans les pays frontaliers selon les EDS réalisées entre 1998 et 2001

Pays	Rural	Urbain	Total	Année
Burkina Faso	5	15,5	6,8	1998
Côte d'Ivoire	13,3	16,1	14,4	1998-99
Ghana	35,4	38,8	36,6	1998
Guinée	10	17	12	1999
Mali	10	13	11	2001

Source : EDS des différents pays cités

et plus. Ce rôle de l'urbanisation et de la scolarisation sur la baisse de la fécondité est attesté par de nombreuses études (Muhuri et al., 1994, Vimard, 1996).

Le niveau de fécondité varie selon les milieux sociaux. D'après les données de l'EIS 2005 la fécondité est plus faible chez les femmes appartenant au milieu favorisé que chez celles des milieux défavorisés (graphique 1.5). L'indice synthétique de fécondité est égal à 3,2 enfants par femmes des milieux aisés contre 6,1 enfants chez les plus pauvres. La descendance moyenne atteinte par les femmes de 40-49 ans est de 6,3 chez les pauvres contre 4,4 chez les femmes des milieux favorisés. Ces résultats suggèrent donc que la baisse de la fécondité concerne davantage les milieux favorisés, les couches les plus pauvres gardant un comportement pronataliste. Dans ce contexte, la politique de population aura un rôle essentiel dans la généralisation de la réduction de la fécondité.

Par ailleurs, les données disponibles indiquent que la fécondité des étrangères est plus élevée que celle des femmes ivoiriennes. D'après les données du RGPH 1998, l'ISF s'élève à 6,2 enfants par femme chez les Étrangères contre 5,1 chez les Ivoiriennes. Quel que soit le milieu de résidence, on retrouve cette tendance. Ces différences reposent notamment sur les divergences en matière d'alphabétisation ainsi que les conditions de vie des populations.

Les tendances de la fécondité sont déterminées par celles des comportements liés à la reproduction: la nuptialité, les pratiques traditionnelles d'espacement des naissances, le recours à la contraception moderne et à l'avortement.

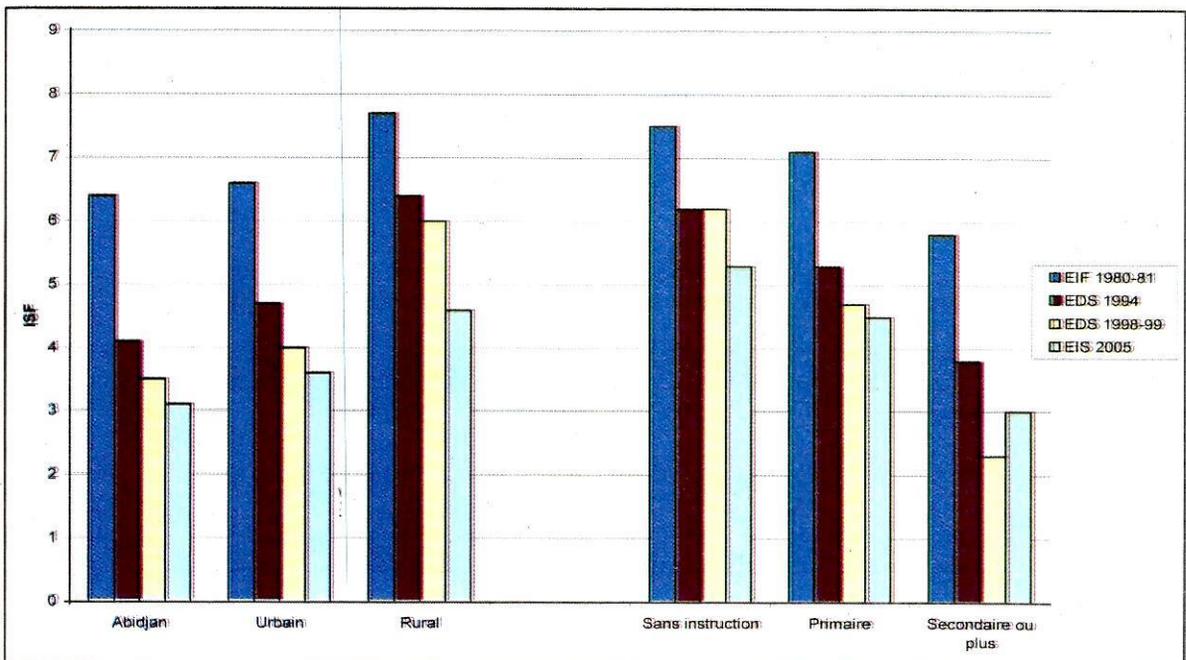
2.1.2 - L'ÉVOLUTION DE LA NUPTIALITÉ

Trois principaux traits ont caractérisé la nuptialité: la précocité des unions féminines, l'universalité du mariage et la présence

de la polygamie qui repose sur certains mécanismes démographiques qui sont: un écart d'âge important au premier mariage entre les hommes et les femmes, un remariage rapide et fréquent des femmes après veuvage ou divorce. Aujourd'hui ces différents traits ont évolué. L'âge moyen au premier mariage a subi une hausse entre 1988 et 1998. Il est passé de 27,1 ans en 1988 à 28,7 ans en 1998 pour les hommes et de 19,3 ans en 1988 à 21,8 ans en 1998 pour les femmes. L'âge moyen au premier mariage augmente aussi bien chez les Ivoiriennes (20,1 ans en 1988 contre 22,5 ans en 1998) que chez les Étrangères (de 17,2 ans en 1988 à 18,9 ans en 1998). L'écart d'âge entre conjoints diminue de 9,3 ans en 1975 à 7,8 ans en 1988 et 6,9 ans en 1998. Le mariage demeure cependant universel: à 50 ans, seulement 6,5 % des femmes et 8 % des hommes sont encore célibataires.

Les mesures du moment obtenues à partir des recensements successifs indiquent un recul de la polygamie. La proportion d'hommes polygames parmi les hommes mariés s'élevait à 19,3 % en 1998 contre 22,6 % en 1988 et 23,8 % en 1975. Le taux de polygamie diminue également en milieu rural (22,3 % en 1998 contre 24,9 % en 1988 et 25,4 % en 1975) ainsi qu'en milieu urbain, où le recul est plus ancien et plus prononcé (15 % en 1998 contre 19 % en 1988 et 20,2 % en 1975). À Abidjan, la capitale économique, l'incidence de la polygamie a augmenté légèrement entre 1975 et 1988, de 13 % à 14,5 %, mais a diminué par la suite et le taux de polygamie s'élève à 11 % en 1998. On constate par ailleurs, une baisse du taux de polygamie selon l'âge, notamment les individus de la tranche d'âge des 35 à 70 ans. Ce recul de la polygamie se vérifie également chez les femmes: le taux de polygamie baisse de 41,4 % en 1975 à 30,3 % en 1998.

Graphique 1.4 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de 1980-1981 à 2005



Source : INS

Tableau 1.10 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction depuis 1980

	EIF 1980-81	EDS 1994	EDS 1998-99	EIS 2005
Abidjan	6,4	4,1	3,5	3,1
Urbain	6,6	4,7	4	3,6
Rural	7,7	6,4	6	4,6
Sans instruction	7,5	6,2	6,2	5,3
Primaire	7,1	5,3	4,7	4,5
Secondaire ou plus	5,8	3,8	2,3	3
Ensemble	7,2	6,3	5,4	4,6

Source : EIF 1980-1981 ; EDS 94 ; EDS 1998-1999 ; EIS 2005

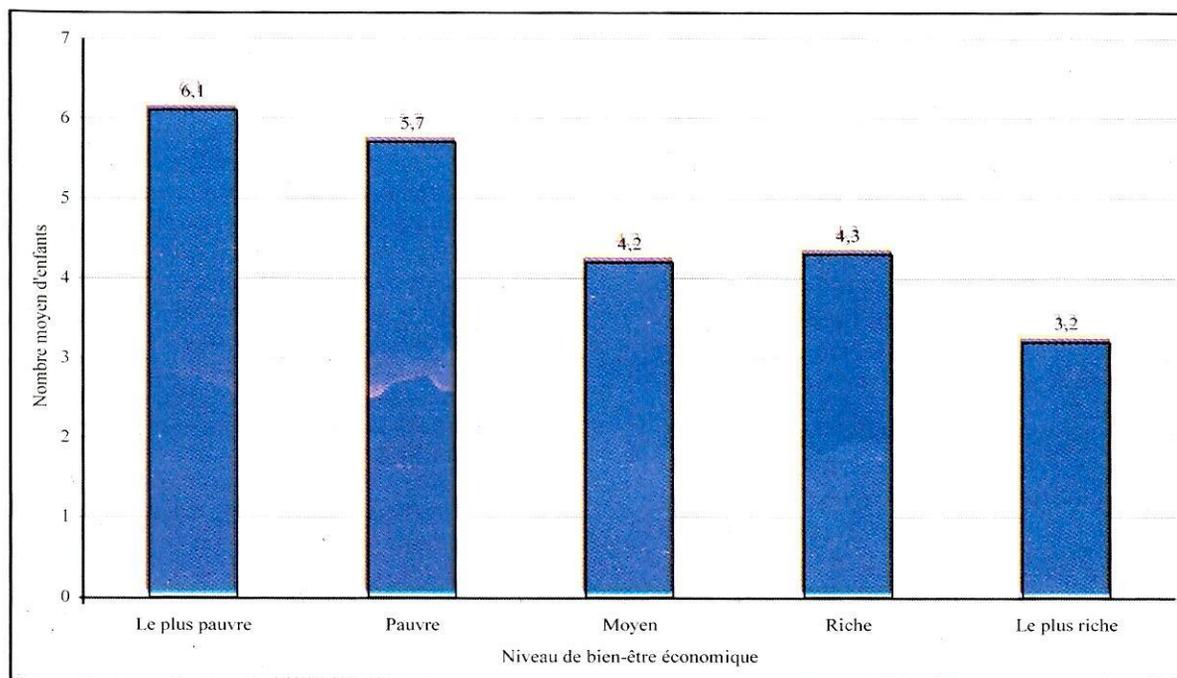
2.1.3 - L'ESPACEMENT DES NAISSANCES ET SES FACTEURS

a) L'intervalle intergénénesique ne diminue pas en Côte d'Ivoire

Entre 1980 et 1994, la durée de l'intervalle entre les naissances a été relativement stable : une moyenne de 34 mois en 1980-81 contre une valeur médiane de 33 mois en 1994. On note une augmentation sensible dans la seconde moitié des années 1990 de la durée médiane dans l'ensemble du pays (36 mois en 1998-99 contre 33 mois en 1994). Cette augmentation est faible dans le milieu rural (34 mois en 1998-99 contre 33 mois en 1994). En revanche, elle est relativement marquée dans le milieu urbain (39 mois en 1998-99 contre 34,2 mois en 1994, soit un gain de près de 5 mois).

Néanmoins, la fréquence des naissances précédées d'un intervalle intergénénesique court (moins de 24 mois) est importante. Autrement dit, malgré une baisse récente, les femmes qui ont une autre grossesse 7 à 14 mois après la naissance de leur dernier enfant sont en nombre important. En 1994, ces intervalles intergénénesiques courts regroupent 20 % des naissances ; en 1998-99, cette proportion baisse et vaut 16 %. Par rapport à ses voisins pour lesquels on dispose des données, la Côte d'Ivoire se situe à un niveau plutôt intermédiaire puisque la proportion des naissances rapprochées s'établit à 26 % au Mali en 1995-96 et à 14 % au Burkina Faso en 1998-99. La longueur de l'intervalle entre les naissances résulte des pratiques traditionnelles et de l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Graphique 1.5 : : Indice synthétique de fécondité selon le niveau de bien-être économique, EIS 2005



Source : INS

Tableau 1.11 : Progression du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives depuis le début des années 1980 en Côte-d'Ivoire (en %)

	Ensemble des femmes			Femmes en union		
	EIF* 1980-81	EDS ** 1994	EDS 1998-99	EIF 1980-81	EDS 1994	EDS 1998-99
Méthode moderne	0,6	5,7	9,8	0,5	4,3	7,3
Toutes les méthodes	1,5	16,5	20,7	2,9	11,4	15,0

Sources: Direction de la Statistique, 1984; N'Cho et al., 1995; Institut national de la Statistique et ORC Macro, 2001; National Research Council, 1993 - NB: (*) EIF: Enquête Ivoirienne de Fécondité; (**)EDS: Enquête Démographique et de Santé.

b) Un moindre suivi des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances

Dans les régimes de fécondité naturelle, l'espacement des naissances convenable au développement de chaque enfant est assuré principalement par les pratiques de l'abstinence post-partum en conjonction avec l'allaitement au sein prolongé qui entraîne une longue période d'aménorrhée post-partum.

La Côte d'Ivoire fait partie des pays caractérisés par une abstinence répandue et de longue durée⁴. Cette pratique est toujours respectée, avec une augmentation de sa durée, de 11,5 mois à 14,8 mois. Elle tend cependant à être moins suivie en ville, surtout à Abidjan, et dans les milieux instruits. L'allaitement maternel prolongé demeure bien répandu et semble relativement stable en Côte d'Ivoire. La moitié des enfants ne sont sevrés qu'après 20 mois environ: la durée médiane de l'allaitement au sein s'établit à 20,3 mois en 1994 et 20,5 mois en 1998. L'allaitement maternel influence la fécondité dans la mesure où les tétées fréquentes des enfants induisent la sécrétion d'hormones qui retardent l'ovulation. En conséquence, l'allaitement prolongé conduit à une longue durée d'aménorrhée post-partum qui s'établit à 12,3 mois (médiane) en 1994 et varie selon le milieu de résidence et le niveau de scolarisation.

Le faible suivi des pratiques traditionnelles d'espacement des naissances touche toutes les catégories de la population mais concerne davantage les populations urbaines et les couches les plus scolarisées.

c) Le recours à la contraception

Bien qu'elle demeure faible, la pratique contraceptive a progressé sensiblement depuis le début des années 1980. La proportion des femmes en union qui utilisent une méthode moderne n'atteignait pas 1 % en 1980-1981 mais s'élevait à 4,3 % en 1994 et à 7 % en 1998-1999. Cette tendance se retrouve également chez l'ensemble des femmes. Elle provient d'un effet conjugué de la demande et de l'offre de services de planification familiale.

Le recours aux méthodes contraceptives répond le plus souvent à un souci d'espacer les naissances. Aussi, la pratique contraceptive en Côte-d'Ivoire se rapproche-t-elle du schéma où tous les âges sont concernés, modèle de pratique qui se

distingue de celui des pays d'Amérique latine où le recours à une première contraception survient souvent à la fin de la vie féconde (Cosío-Zavala, 2000). La pratique contraceptive varie selon les catégories de femmes: les femmes du milieu urbain et celles qui ont été scolarisées utilisent davantage la contraception en comparaison des femmes du milieu rural et des analphabètes.

2.1.4 - LE RECOURS AUX AVORTEMENTS PROVOQUÉS

La Côte d'Ivoire fait partie des pays qui ont une législation en matière d'avortement qui garde un caractère restrictif. En dépit de son illégalité, le recours aux avortements semble s'être accru dans les dernières années, notamment en milieu urbain. Les études sur les femmes en âge de procréer indiquent que la prévalence de l'avortement varie entre 7 % et 16 % (Guillaume, 2004). Il tend à être utilisé comme substitut de la contraception lorsque l'accessibilité aux services de planification est restreinte ou comme complément de la contraception en cas d'échec de la méthode utilisée (Mundigo and Indriso, 1999, cité par Guillaume, 2004).

2.2 - LES TENDANCES DE LA MORTALITÉ

2.2.1 - LA MORTALITÉ GÉNÉRALE

La mortalité générale, c'est-à-dire la mortalité à tous âges confondus, a baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. Le taux brut de mortalité (TBM) qui était de 17 ‰ en 1978 a diminué à 12,3 ‰ en 1988 avant d'augmenter à 13,9 ‰ en 1998. L'espérance de vie à la naissance est passée de 33 ans en 1958 à 48,5 ans en 1978 pour atteindre 55,6 ans en 1988, soit un gain de 22,6 ans en trente ans.

Mais en 1998, l'espérance de vie n'était plus que de 50,9 ans, soit une baisse de 4,7 ans. On retrouve cette tendance aussi bien chez les hommes que chez les femmes; celles-ci vivent en moyenne plus longtemps que les premiers. En 1988, l'espérance de vie était de 57,3 ans chez les femmes contre 53,9 ans chez les hommes. En 1998, elle est tombée, respectivement, à 52,7 ans contre 49,7 ans.

⁴ - D'après la carte d'Afrique de l'abstinence post-partum établie par Schoenmaeckers et al., (1981) cité par Bongaarts et al., (1984), on trouve de longue durée d'abstinence post-partum en Afrique occidentale et centrale.

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. On relève, entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la recrudescence des grandes endémies tropicales et certaines affections comme le VIH/SIDA ⁵. Mais c'est davantage la recrudescence de la mortalité adulte liée au sida qui a stoppé la progression de l'espérance de vie à la naissance. Les résultats de l'enquête sur les indicateurs du sida en 2005 indiquent cependant une légère amélioration des indices en dépit de la situation de crise militaro-politique.

2.2.2 - LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Les tendances des composantes de la mortalité infantile reflètent celle de la mortalité générale (graphique 1.6). Le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire, est passé de 190 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1965 à 97 ‰ en 1988, pour remonter en 1998 à 112 ‰. Contre toute attente, les résultats de l'EIS 2005 révèlent une baisse de la mortalité, le quotient de mortalité infantile s'élève à 84 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2005. Le quotient de mortalité juvénile (probabilité de mourir entre le premier anniversaire et le cinquième) ainsi que le quotient de mortalité infanto-juvénile (probabilité de mourir entre la naissance et le cinquième anniversaire) affichent la même tendance.

La baisse de la mortalité des enfants depuis les années 1960 jusqu'au début des années 1990 est liée à l'amélioration de l'offre de services de soins de santé ⁶ ainsi qu'à l'améliora-

tion des conditions de vie des populations. L'inversion de la tendance au cours des années 1990 est liée à la dégradation des conditions socio-économiques. Il a été montré que, dans un premier temps, la crise économique des années 1980 n'avait pas eu beaucoup d'effet sur la mortalité infantile (Barbieri et Vallin, 1996) mais avec le temps les difficultés s'accumulant et les ressources sanitaires se raréfiant, la crise peut finir par frapper durement les enfants comme semble le montrer le cas de la Côte d'Ivoire. C'est sans doute ce fait cumulé aux effets de la transmission verticale du VIH qui a pu faire remonter brusquement la mortalité infantile à la fin des années 1990 (Anoh, 2006).

Les données de l'EIS permettent de mettre en évidence le rôle des conditions de vie sur la santé des enfants. Plus le niveau de bien-être économique est élevé plus la mortalité est faible. Le quotient de mortalité infanto-juvénile s'élève à 150 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les femmes pauvres contre 100 décès pour 1 000 naissances vivantes chez les femmes qui sont les plus riches (tableau 1.12).

L'évolution récente pourrait être liée à un meilleur suivi des enfants par les mères, en dépit de la crise, ainsi qu'aux efforts entrepris pour réduire la transmission verticale du sida aux enfants. D'une manière générale, les activités en matière de santé de la reproduction ont été renforcées depuis quelques années. Un programme national couvrant la période de 1999 à 2003 a été élaboré et mise en œuvre. Certes, la mortalité des enfants est très sensible à la conjoncture socio économique, mais il est possible que les efforts entrepris améliorent les conditions de suivi et de prise en charge des enfants. Nous y reviendrons dans le chapitre consacré à la santé de la reproduction (chapitre 8).

Tableau 1.12: Variation des indicateurs de mortalité des enfants selon le niveau de bien-être économique et le niveau d'instruction

	Quotient de mortalité infantile (p 1000)	Quotient de mortalité juvénile (p 1000)	Quotient de mortalité infanto-juvénile (p. 1000)
Plus pauvre	93	62	150
Pauvre	101	50	146
Moyen	89	35	121
Riche	58	57	111
Plus riche	79	23	100
Sans instruction	89	48	132
Primaire	85	42	123
Secondaire	64	62	121
Secondaire ou plus	18	-	18

Source: INS, RGP-1975, RGP-1988, RGP-1998

⁵ - Nous y reviendrons avec le chapitre consacré au VIH/SIDA

⁶ - Voir le chapitre sur le capital humain pour plus de détails sur la situation de l'offre de services de santé.

On peut aussi s'interroger sur l'importance numérique des femmes instruites dans la population des mères puisque la mortalité infantile diminue avec l'instruction de la femme. Comme il ressort des données de l'EIS-CI 2005, plus le niveau d'instruction augmente, plus la mortalité des enfants diminue (tableau 1.12).

2.2.3 - IMPACT DU CONFLIT MILITARO-POLITIQUE SUR LES COMPOSANTES DE LA MORALITÉ

La mortalité générale ainsi que ses différentes composantes (mortalité infanto-juvénile, mortalité maternelle⁷ et les autres mortalités spécifiques) ont dû subir une modification dans le contexte de crise armée. La mortalité qui avait amorcé une baisse, serait de nouveau en hausse mais le niveau exact serait difficile à déterminer faute d'enquête spécifique. En effet, la proportion des personnes décédées directement du fait de la guerre serait sans doute faible, mais les conséquences à court et à long terme de la guerre pourraient influencer à la hausse la mortalité.

En 2004, l'opération pilote d'identification des victimes de guerre (IDVG-2004) menée dans le département de Toumodi avait dénombré 235 décès sur une population de 11 274 victimes de guerre, soit un taux brut de mortalité compris entre 15 et 20 pour mille. Leur répartition par cause de décès montre que 29,8 % l'ont été par arme à feu, 48,9 % par maladie, 8,1 % par blessures et 13,2 % par d'autres causes. Les résultats de l'enquête PDI-FAC 2005 indiquent que 46 % des déplacés ont connu le décès d'une personne proche lié aux violences subies pendant les montées de tensions liées à la crise actuelle. Cette proportion atteint 74 % à Toulepleu et 77 % à Duekoué. Il y a donc lieu d'organiser la prise en charge psychosociale systématique des personnes déplacées et de leur assurer une meilleure protection.

La situation se présente différemment selon qu'on est en zone sous contrôle gouvernemental ou sous contrôle des Forces Nouvelles. En zone gouvernementale, on note une précarisation des conditions de vie surtout des déplacés. Les enfants des femmes déplacées sont plus lésés en matière de vaccination relativement aux non déplacées avec des taux de vaccination contre la rougeole respectifs de 61 % et 71 %. En zones sous contrôle des Forces Nouvelles, le départ massif du personnel de santé a considérablement contribué à la détérioration des conditions sanitaires. À cela, s'ajoutent la destruction et le pillage du patrimoine de santé soit 46 % des établissements sanitaires de la zone. La plupart des actions de santé dans ces zones sont assurées par les ONG internationales.

2.3 - LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

L'évolution des flux migratoires est plus difficile à cerner. Néanmoins, les quelques données disponibles montrent qu'à une longue période d'immigration forte, avec des taux nets de 4 à 11 pour mille de 1950 à 1985, a succédé un renversement complet de situation avec un taux net d'immigration déjà presque nul en 1995-2000. Le taux annuel de migration nette serait

actuellement de 0,4 % soit 12 % du niveau global d'accroissement annuel de la population pendant la période intercensitaire 1988-1998. L'inversion des flux migratoires qui a débuté dans la seconde moitié des années 1980 a été d'abord suscitée par la crise grandissante de l'emploi due à la rareté des investissements et ses répercussions sur les échanges migratoires entre la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso.

Les populations qui migrent en Côte d'Ivoire, proviennent principalement de la sous-région ouest-africaine, essentiellement des pays limitrophes. On dénombre 26 % d'étrangers dans la population totale dont 47,3 % nés en Côte d'Ivoire. Ces mouvements migratoires sont en réalité très anciens et étaient à l'époque inscrits dans le cadre d'une politique attractive de main-d'œuvre étrangère. Mais ces dernières années, l'afflux massif de réfugiés de conflits armés en provenance des pays limitrophes en guerre ont aussi contribué à augmenter les effectifs d'étrangers dans le pays.

Dans l'autre sens, les Ivoiriens ayant trouvé refuge dans les pays voisins dès le début des événements de septembre 2002 sont estimés à 400 000. Il faut noter que l'on a assisté à de vastes mouvements de retour des réfugiés ivoiriens, soit de façon organisée par le Gouvernement et les partenaires au développement, soit individuellement.

Par ailleurs, de nombreux étrangers se sont déplacés vers des zones plus sécurisées et surtout ont été rapatriés dans leur pays d'origine. Selon les données fournies par OCHA, on compte 340 326 étrangers (toutes nationalités confondues) qui ont traversé les frontières de la Côte d'Ivoire. Comme pour les Ivoiriens, on a aussi assisté à des mouvements de retour de certains étrangers vers la Côte d'Ivoire.

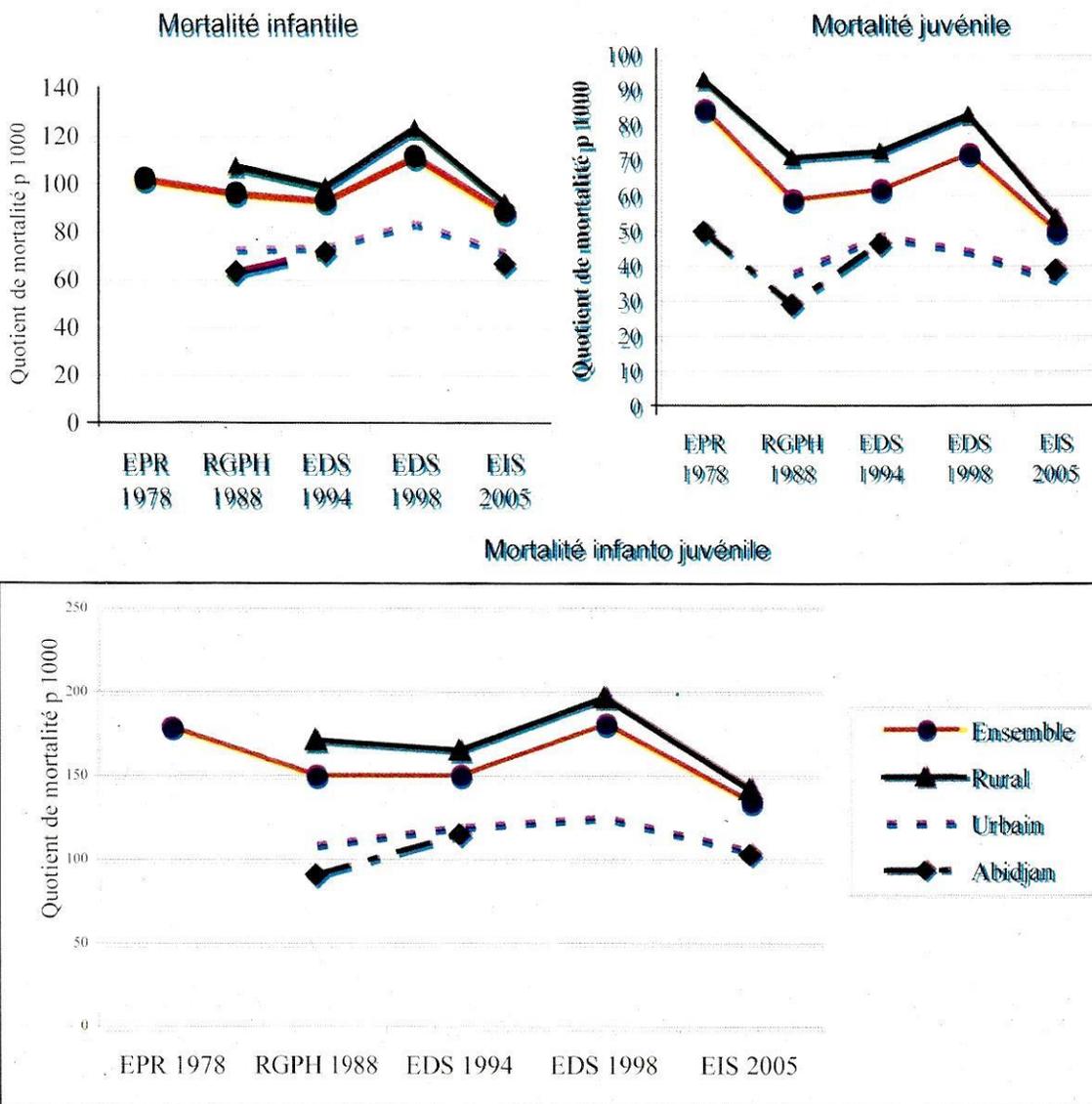
Il résulte des analyses précédentes que la crise militaro-politique qui secoue le pays a eu une influence sur la migration internationale. En effet, la situation de guerre liée à cette crise a fait plusieurs centaines de morts et jeté sur les routes de l'exode plusieurs centaines de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants.

2.4 - LE SCHEMA DE TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

La Côte d'Ivoire a déjà entamé sa transition démographique. La mortalité (depuis les années 1950) et la fécondité (depuis les années 1980) ont reculé normalement jusque dans les années 1990 (graphique 1.7) ce qui a conduit à une baisse du taux d'accroissement démographique (3,8 % pour la période intercensitaire 1975-1988 contre 3,3 % pour 1988-1998). Mais le processus a été interrompu par la reprise brutale de la mortalité; ce qui confère à la Côte d'Ivoire un modèle de transition démographique perturbé par le sida comme au Zimbabwe, au Kenya, en Tanzanie, en Zambie, au Cameroun et en Centrafrique. Par ailleurs, ce modèle a évolué avec le conflit débuté le 19 septembre 2002. Il se trouve perturbé par la guerre comme au Liberia, en Sierra Leone et en RD. Congo. On pourrait s'acheminer vers un modèle spécifique de transition démographique perturbé à la fois par le sida et la guerre. La baisse du taux d'accroissement démographique pourrait se poursuivre, mais sous un régime de natalité et de mortalité élevées. Dans cette

⁷ - Une analyse détaillée de la mortalité maternelle sera présentée dans le cadre du chapitre sur la santé de la reproduction.

Graphique 1.6 : Évolution des indicateurs de mortalité des enfants selon le milieu de résidence



Source : INS

optique, il faudrait aussi que la fécondité poursuive sa tendance à la baisse pour que s'instaure un schéma classique de transition. L'action de l'éducation et de l'urbanisation devrait être soutenue par une politique vigoureuse de population pour que la baisse se diffuse dans les couches pauvres de la population.

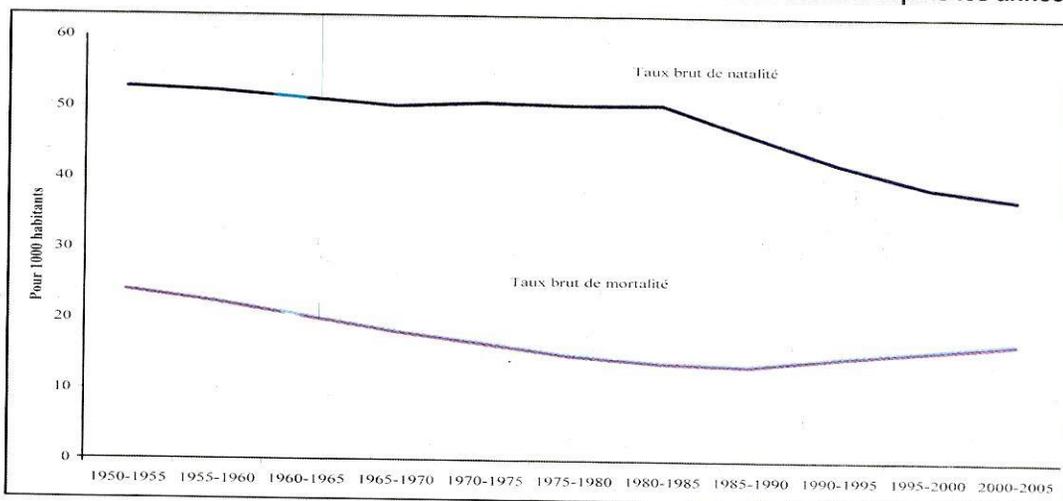
III - L'évolution future de la population et la demande sociale

Les tendances démographiques passées ont permis d'estimer l'évolution future de la population et d'apprécier son impact sur la demande sociale. L'accroissement de la population a des répercussions sur les besoins dans les divers secteurs socio-économiques.

3.1. - LES PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES

Sous les hypothèses contenues dans l'encadré 1.2, la population passerait de 15,4 millions d'habitants en 1998 à près de 20,8 millions en 2008 pour atteindre 27 millions en 2018 (tableau 1.13). Les naissances annuelles passeraient de 624 000 à 772 000 en 2008 pour se situer à 771 000 en 2018. Le nombre de décès qui était de 218 875 en 1998 serait de 282 000 en 2008 pour atteindre 309 000 en 2018. Le temps de doublement de la population qui est de 21 ans actuellement passera à 30 ans en 2018. Comparée à d'autres pays à forte croissance, la Côte d'Ivoire aurait moins de temps que la moyenne africaine (27 ans) pour se préparer au doublement de sa population.

Graphique 1.7 : Évolution des taux de mortalité et de fécondité en Côte d'Ivoire depuis les années 1950



Source : INS

La population urbaine qui représentait 43,5 % atteindrait près de la moitié de la population en 2008 pour passer à 56,8 % en 2018. La population rurale qui était de 8,8 millions serait de 10,6 millions en 2008 et 11,6 millions en 2018.

Le poids de la population féminine en âge de procréer dans la population totale passera de 24,2 % en 1998 à 25 % en 2018 et l'effectif initial qui était de 3,7 millions sera multiplié par 1,8 en 2018 pour atteindre 6,7 millions.

Il apparaît clairement que la population ivoirienne demeurera encore longtemps majoritairement jeune. La population âgée de moins de 15 ans qui était de 43 % en 1998 régresserait seulement de 4,6 points sur la période de 20 ans. La population des enfants très vulnérables (0-4 ans) sera multipliée par 1,6 en l'espace de 20 ans soit 3,8 millions en 2018. La population scolarisable âgée de 6 à 11 ans qui était de 2,7 millions en 1998 serait de 3,1 millions en 2008 et de 4 millions en 2018.

Le poids de la population dite âgée (60 ans ou plus) ne connaîtra pas beaucoup de changements en terme de proportion. Par contre, l'effectif qui était de 605 000 devrait passer à 795 000 en 2008 pour atteindre 1,2 million en 2018. Ces effectifs importants pourraient poser des problèmes de prise en charge.

3.2 - L'IMPACT DE L'ACCROISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE SUR LA DEMANDE SOCIALE

La croissance rapide de la population exerce une influence sur tous les secteurs mais les impacts les plus palpables concernent notamment l'éducation, la santé et l'emploi.

3.2.1 - UNE DEMANDE CROISSANTE DE SERVICES D'ÉDUCATION

En 2002, on estimait à 2,87 millions la population d'âge scolaire dans le primaire alors que seulement 2 113 836 enfants étaient effectivement inscrits dans les structures d'enseignements officiels. Dans l'optique de l'éducation universelle, ce sont environ 700 000 enfants qui n'ont pas été scolarisés. L'enrôlement de cet effectif nécessiterait la construction de 6 000 classes pour compléter les 50 140 classes disponibles et il faudrait recruter un effectif équivalent d'enseignants.

L'atteinte de l'OMD (encadré 1) de l'éducation universelle demanderait au gouvernement des efforts importants pour accroître les infrastructures éducatives. Dans le cycle primaire, le nombre de classes est passé 40 157 en 1996 à 50 140 en 2002 soit un accroissement de 24,8 %. Pour répondre à la demande engendrée par le rythme d'accroissement démographique, le Ministère de l'Éducation Nationale estime à 1 000 le nombre de nouvelles classes qu'il faut construire chaque année pour assurer l'encadrement des enfants en âge d'aller à l'école.

Tableau 1.13 : Perspectives démographiques de la population et des sous populations spécifiques 1998-2018

Année	Population	Population urbaine	Naissances	Décès
1998	15.366.672	6.529137	623.974	218.875
2003	18.000.876	8.182412	701.531	257.969
2006	19.657.734	9.393345	744.781	276.154
2007	20.227.850	9.823528	758.511	279.264
2008	20.807.190	10.267400	771.987	282.264
2013	23.815.850	12.683274	825.342	295.708
2018	26.970.444	15.410664	871.174	308.860

Sources : Perspectives démographiques 1998-2018, INS, 2002

Tableau 1.14 : Effectifs des groupes d'âge fonctionnel

Année	Femmes en âge de procréer	Population 0-4 ans	Population 6-11 ans	Population de 15-64 ans
1998	3 718 160	2 355 648	2 664 563	8 386 691
2003	4 415 104	2 931 659	2 728 098	10 033 613
2006	4 893 451	3 123 249	2 932 776	11 196 920
2007	5 056 605	3 188 775	3 026 109	11 599 584
2008	5 216 570	3 321 524	3 140 120	11 998 647
2013	5 889 012	3 565 155	3 636 728	13 751 020
2018	6 728 944	3 822 280	4 004 694	15 924 404

Sources : Perspectives démographiques 1998-2018, INS, 2002

Il résulte de ce qui précède que la crise qui perdure va aggraver sans aucun doute l'inadéquation entre les effectifs et les infrastructures éducatives et en conséquence anéantir les efforts déjà accomplis. En zone sous contrôle de la rébellion, il faudra réhabiliter plusieurs écoles et reconstruire les classes détruites.

3.2.2 - SANTÉ

Bien que la Côte d'Ivoire ait des ratios de médecins, infirmiers et sages femmes par habitants proches des normes stipulées par l'OMS, la couverture en personnel de santé connaît une régression. En 1991 on estimait 1 médecin pour 8 859 habitants, 1 infirmier pour 2 653 habitants et 1 sage-femme pour 1 736 femmes en âge de procréer. L'accroissement rapide de la population a fait que les ratios se sont dégradés sauf au niveau des infirmiers. En 2000, les ratios sont de 1 médecin pour 9 739 habitants, 1 infirmier pour 2 374 habitants, 1 sage-femme pour 2 081 femmes en âge de procréer. Les ressources humaines disponibles pour l'année 2004 figurent dans le tableau 1.15. L'augmentation des ressources humaines de la santé se heurte aux restrictions instaurées dans le recrutement des fonctionnaires depuis 1996.

En dehors des infirmiers dont près de 90 % des diplômés sont recrutés chaque année, les effectifs recrutés dans les différentes catégories professionnelles de santé durant les cinq dernières années ne dépassent guère 40 % des besoins exprimés en ressources humaines par les services de santé.

1.2 HYPOTHÈSES DES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES

Les projections ont été faites sur la base des hypothèses suivantes :

- ▷ Une baisse de la fécondité à un niveau de 4,4 enfants par femme en 2018,
- ▷ Un maintien du niveau de la mortalité actuelle jusqu'en 2007 (période pour maîtriser l'évolution du SIDA) puis une légère augmentation de l'espérance de vie jusqu'en 2018 (55,6 ans) soit un gain de 4,7 ans sur une vingtaine d'années
- ▷ Une migration nette en baisse suite à la situation actuelle du pays.

Ces hypothèses reposent sur les tendances démographiques passées. L'ISF s'élève à 5,4 enfants par femme en 1998-99 et à 4,6 enfants par femme en 2005. La baisse de la mortalité a été remise en cause durant les années 1990 et l'espérance de vie a chuté de 4,7 ans. Le renforcement des activités du Ministère de la Santé avec l'appui des partenaires au développement ainsi que les effets de l'instruction sur la santé permettront de rattraper la baisse à l'horizon 2018. En ce qui concerne la migration, les flux d'entrées se maintiendraient compte tenu des réseaux des premiers migrants ; mais la réduction des opportunités d'emplois limitera leur ampleur. D'un autre côté, il est possible que se développe une émigration des populations ivoiriennes. La migration nette qui résulte de ces deux flux serait alors faible.

Source : INS, 1998

Tableau 1.15 : Ressources humaines disponibles, nombre moyen de diplômés par an et nombre de diplômés recrutés par an

Personnel de santé	Effectifs des RH en 2004	Nombre moyen de diplômés par an (2002-2004)	Nombre de diplômés recrutés par an
Médecins	1592	338	135
Infirmiers	6842	313	125
Sages-femmes	2147	142	57
Dentistes	256	25	10
Pharmaciens	200	118	47
Techniciens Laboratoires	460	38	15
Agents sociaux	252	41	16
Total	11749	1015	406

Source : PHR plus, 2005 - NB/RH : Ressource Humaine.

Tableau 1.16: Résultats des projections des effectifs de personnels de santé

	Ratios de personnels en 2000	2007	2008	2013	2018
Médecin	9739	2077	2136	2445	2769
Infirmier	2374	8521	8765	10032	11361
Sage-femmes*	2081	2430	2507	2830	3234

Source: PHR plus, 2005 - NB/RH: Ressource Humaine.

Tableau 1.17: Recrutements nécessaires en personnels de santé

	Effectif en 2004	2004-2007	2007-2008	2008-2013	2013-2018
Médecin	1592	485	59	309	324
Infirmier	6842	1679	244	1267	1329
Sage-femmes	2147	283	77	323	404

Source: Nos calculs

Les besoins futurs en personnels de santé compte tenu des tendances démographiques ont été estimés en supposant constants les ratios observés en 2000. Le nombre de médecins passerait de 1592 en 2004 à 2077 en 2007 pour atteindre 2769 en 2018 (tableau 1.16). Le tableau 15 indique les recrutements nécessaires au cours des périodes successives: par exemple, 485 médecins entre 2004 et 2007, 309 entre 2008 et 2009. En rapprochant les tableaux 16 et 15, on constate que les capacités de formation permettent de répondre à ces besoins.

Sous l'angle des infrastructures, on comptait en 2000, 1 établissement sanitaire primaire (EPS) pour 12257 habitants, 1 hôpital public pour 230983 habitants, 1 lit pour 2890 habitants, 1 bloc chirurgical pour 364000, et 1 appareil radiologique pour 443000 habitants. L'objectif du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) était d'atteindre 1 établissement pour 10000 habitants

3.2.3 - EMPLOI

La population d'âge actif a plus que doublé entre 1975 et 1998 passant de 2,83 millions en 1975 à 4,03 millions en 1988 puis 6,13 millions en 1998. Selon les projections effectuées, elle serait de l'ordre de 11,6 millions en 2007, 13,7 millions en 2013 et 15,9 millions en 2018. Cette évolution nécessitera d'organiser les emplois aussi bien dans le secteur moderne que dans le secteur agricole et surtout de structurer le secteur informel.

CONCLUSION

La population de la Côte d'Ivoire se chiffrait à 15,4 millions en 1998 et elle pourrait augmenter à 20,8 millions en 2008 et à 26,9 millions 10 ans plus tard. Depuis au moins trois quarts de siècle, le taux d'accroissement démographique a été élevé. Il s'élève à 3,3 % durant la période intercensitaire 1988-1998. La population demeure extrêmement jeune et inégalement répartie sur le territoire national. Le poids important des jeunes exerce une forte pression sur l'offre d'infrastructures scolaires. Cette pression s'est accrue constamment dans la mesure où l'environnement socio-économique s'est fortement dégradé et que le nombre de jeunes s'accroît sans cesse. Dans le même ordre d'idée, l'évolution de la population en âge de travailler rend compte de l'ampleur des besoins en matière d'emploi ce qui témoigne, par ailleurs, des difficultés dans un contexte où la base du système productif reste très étroite. La population ivoirienne se caractérise par ailleurs par sa diversité ethnique et le poids important des immigrés.

La croissance de la population ivoirienne repose sur une forte immigration et un accroissement naturel élevé. Le pays a entamé sa transition démographique mais celle-ci est perturbée par le sida et par le conflit militaro politique. Le retour à un schéma classique de transition démographique dépendra pour une grande part de la capacité de la politique de population à susciter un malthusianisme de pauvreté, c'est-à-dire une réduction de la fécondité en dépit du contexte de pauvreté.

Avec la crise politico militaire, qui a occasionné des mouvements intenses de population, une meilleure appréciation des dynamiques de population nécessite la réalisation des études actualisées et l'organisation des sources de données administratives (état civil, santé, éducation, agriculture, etc.).

Chapitre 2

Migration et développement en Côte d'Ivoire

Introduction

Les migrations constituent de nos jours une dimension importante des stratégies et politiques de développement. Pendant longtemps, la communauté internationale s'est abstenue de débattre de cette question au cours des grandes rencontres sur le développement par défaut de consensus sur l'opportunité d'engager de telles discussions. Ainsi, à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD 94), la question a été à peine évoquée sans faire l'objet de débats poussés. Mais depuis ces dernières années, il y a eu une évolution dans le traitement des questions de migration au niveau international.

Signalons à cet égard l'accord de 2000 entre l'Union Européenne et les États de l'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) qui a non seulement établi une relation étroite entre les migrations et la réduction de la pauvreté, mais aussi a fait du phénomène, l'un des axes de leurs relations. On note également des concertations de haut niveau entre dirigeants des pays. De même, des conférences internationales sont organisées ou programmées pour discuter entre gouvernements du traitement des migrations. On peut citer la Conférence euro-africaine de Rabat sur les migrations (10 au 10 juillet 2006), la Conférence ministérielle des PMA sur les transferts de fonds (Cotonou, février 2006) et l'organisation d'un Dialogue de haut niveau à New York les 14 et 15 septembre 2006 sur *Migrations internationales et Développement*.

L'actualité regorge d'incidents graves et parfois mortels liés aux problèmes d'insertion des migrants et d'entrée des candidats à la migration vers différents pays dont notamment les pays européens. Ces incidents témoignent de l'acuité et de la complexité du phénomène migratoire à travers le monde.

Ainsi, la vision que les États ont des liens entre migrations et développement a évolué pour aller au-delà des aspects liés à la fuite des cerveaux et de la main-d'œuvre pour les pays de départ, et à l'accroissement du chômage dans les pays d'accueil : la migration est aujourd'hui perçue comme un moteur de développement pour les deux espaces concernés.

En tant que pays d'immigration en Afrique sub-saharienne et dans une moindre mesure pays d'émigration, la problématique *Migration et Développement* en Côte d'Ivoire occupe une place de choix dans le débat national. En effet, la Côte d'Ivoire a accueilli tout au long de son histoire moderne un effectif important d'immigrants comparativement à sa population totale. Les migrations internes sont tout autant importantes : 42 % de la population ⁸ du pays en 1988 ; 42,7 % en 1998 (RGPH 1988 ; RGPH 1998).

La quasi constance de cette dynamique sur un quart de siècle se nourrit aussi bien de l'exode rural, des déplacements inter-ruraux, de l'immigration étrangère, des mouvements de réfugiés que des déplacés internes ⁹. Cependant, malgré une contribution importante des migrations à la dynamique de la population, les taux moyens d'accroissement intercensitaires observés entre 1975 et 1988 (3,8 %) et entre 1988 et 1998 (3,3 %) montrent que la croissance de la population n'est plus tributaire d'un solde migratoire international élevé. En effet, pendant la période inter censitaire 1988-1998, le solde migratoire externe est estimé à 0,4 % soit 12 % de la croissance annuelle. C'est plutôt le niveau élevé de la fécondité qui détermine de plus en plus le niveau du taux d'accroissement de la population.

Les migrations, favorisées par l'économie de plantation, ont contribué, à leur tour, à la croissance de la population urbaine et au développement rapide de l'économie de plantation qui a propulsé la Côte d'Ivoire au premier rang des pays producteurs de cacao et pendant longtemps au troisième rang de ceux produisant le café ¹⁰.

Cependant, le modèle ivoirien caractérisé par une exploitation extensive des ressources naturelles, et une utilisation intensive de la main-d'œuvre, subit tour à tour les contrecoups de la récession économique des années 1980 et des Programmes d'Ajustement Structurel.

L'objet du présent chapitre est de faire le point sur les migrations et leurs conséquences sur le développement, afin de fournir aux décideurs, les éléments d'une meilleure planification économique et sociale après crise. Il s'articule autour des principaux points suivants : (i) quelques aspects historiques des migrations en Côte-d'Ivoire (ii) volume et caractéristiques des migrations (iii) aménagement du territoire, développement de l'économie de plantation et migration (iv) migrations et intégration sociale.

⁸ - Il s'agit des résidents recensés en dehors de leur lieu de naissance.

⁹ - S'entend ici des personnes ayant été déplacées de force suite aux aménagements hydroélectriques, notamment, la mise en eau du barrage de Kossou, et des personnes déplacées suite au conflit armé de septembre 2002.

¹⁰ - Actuellement la Côte d'Ivoire est 7^{ème} producteur mondial de Café

I - Quelques aspects historiques des migrations

La formation de l'État de la Côte-d'Ivoire actuelle résulte d'un long processus migratoire dont l'origine remonte au néolithique. Les mouvements plus récents ont été entretenus par les politiques de développement qui se sont succédés depuis l'accession à l'indépendance. Trois périodes migratoires distinctes se dégagent : la période précoloniale, la période coloniale et la période post-coloniale.

1.1 - HISTORIQUE DES MIGRATIONS

De nombreux auteurs dont Touré Moriba (1993) synthétisant les sources archéologiques, historiques et les données de tradition orale ont attesté d'une occupation fort ancienne du territoire baptisé ultérieurement Côte d'Ivoire. À ces fonds anciens sont venues s'ajouter des vagues successives de migrants venus aussi bien du Nord que de l'Ouest et de l'Est. S'il est vrai que certaines de ces migrations sont à but économique, d'autre part contre sont dues à des guerres que se livraient les peuples pour des raisons diverses.

Avec la colonisation, c'est à une autre forme de migration que le pays est confronté. En effet, la volonté du colonisateur de faire de la Côte d'Ivoire un réservoir de matières premières pour l'approvisionnement de ses manufactures et la nécessité pour y parvenir de disposer d'une main-d'œuvre abondante et disciplinée, dont la colonie ne disposait pas, l'ont conduit à prendre des mesures idoines pour favoriser l'immigration de la main-d'œuvre extérieure. Ce fut d'abord l'institution du travail forcé qui prit l'allure de déportations des populations recrutées dans toutes les parties de la Côte-d'Ivoire et des colonies voisines comme la Haute Volta (actuel Burkina Faso) et le Soudan Français (actuel Mali). C'est dans la même logique que des terrassiers Dahoméens (actuellement Béninois) et des ouvriers Guinéens ont été recrutés.

Afin de faciliter le recrutement de la main-d'œuvre voltaïque, la France a supprimé en 1932, l'existence formelle de la colonie de Haute Volta et son territoire a été reparté entre le Niger, le

Mali, et la Côte d'Ivoire qui en a reçu la moitié, soit 150 000 Km² devenue la Haute Côte d'Ivoire. Désormais, la plupart des mouvements vers la zone forestière de la colonie se font au sein d'un même territoire et cela a duré de 1932 à 1945. Après l'abolition de la réquisition obligatoire en 1946 et l'arrêt des subventions aux planteurs colons, les employeurs en Côte-d'Ivoire créent le Syndicat Inter-professionnel pour l'Acheminement de la Main-d'Œuvre (SIAMO) en 1951. Les activités du SIAMO permettent de recruter et de drainer la main-d'œuvre vers la Côte-d'Ivoire : 16 000 recrutements en 1947, 18 143 recrutements à la veille de l'indépendance en 1959, avec un pic de 50 017 recrutements en 1951 (tableau 2.1).

La cessation plus tard desdites activités n'empêchera pas pour autant, la poursuite de l'immigration voltaïque et même son intensification. Suite à la constitution de l'Afrique Occidentale Française (AOF), zone politique homogène, d'autres populations venant du Soudan français et de la Guinée Conakry viennent s'ajouter aux immigrés voltaïques.

Après l'indépendance, la Côte d'Ivoire devant prendre sa destinée en main, des besoins nouveaux sont apparus. Aussi, tout en poursuivant le modèle colonial de développement économique qui attire beaucoup de mains-d'œuvre, les nouvelles autorités devaient-ils faire face aux besoins vitaux de la population (santé, éducation, emploi, etc.). Mais à cette époque, la Côte-d'Ivoire ne disposait pas des ressources humaines nécessaires. Ce fut le début de l'immigration des cadres moyens et supérieurs, surtout pour l'enseignement (instituteurs, professeurs des enseignements secondaire et supérieur). Au début des années 1980, on estimait à plusieurs milliers, les enseignants non ivoiriens dont 2000 à 3000 dans le secteur public. La mise en œuvre de l'économie de plantation dans la boucle du cacao (région de l'Est), a donné lieu à des courants migratoires internes en provenance des régions Nord et Centre. Avec ces migrations qui se sont maintenues et renforcées dans le temps, on a assisté au développement des mouvements migratoires baoulé, sénoufo et malinké vers toutes les régions ivoiriennes propices à la pratique des cultures d'exportation et au commerce urbain.

Tableau 2.1 : Effectif des migrants Voltaïques vers la Côte-d'Ivoire : 1947-1959
(Recrutés par les services para officiels)

Date	Volume	Observations
1947	16.000	Recrutés par le Bureau du Travail
1951	50.017	Contrat SIAMO
1952	39.860	Contrat SIAMO
1953	24.930	Contrat SIAMO
1954	28.687	Contrat SIAMO
1955	27.317	Contrat SIAMO
1956	20.586	Contrat SIAMO
1957	17.730	Contrat SIAMO
1958	20.430	Contrat SIAMO
1959	18.143	Contrat SIAMO

Source : G. Sanogoh : Les migrations voltaïques, Notes et documents IV, janvier-mars 1971, Ouagadougou, CVS, P. 3

1.2 - POLITIQUE DE MIGRATION DE LA CÔTE D'IVOIRE INDÉPENDANTE

1.2.1 - POLITIQUE INTERNE

Les grandes lignes de la politique migratoire de la Côte-d'Ivoire indépendante apparaissent dans les politiques successives du Gouvernement contenues dans les plans quinquennaux de Développement Économique, Social et Culturel. La mise en œuvre de ces plans a nécessité des ressources humaines en qualité et en quantité.

Dans le but de promouvoir une croissance économique rapide, les autorités ivoiriennes ont choisi un modèle de développement libéral fondé sur l'ouverture vers l'extérieur pour assurer le progrès économique et social. C'est ainsi que pendant les deux premières décennies de l'indépendance, l'extérieur a joué un rôle essentiel, à la fois comme bailleur de fonds (les ressources internes étant faibles), comme acheteur des produits agricoles d'exportation (le marché intérieur trop étroit) et enfin, comme fournisseur de main-d'œuvre non qualifiée et qualifiée (insuffisance de la main-d'œuvre locale et de cadres qualifiés). Cette ouverture sur l'extérieur est clairement exprimée dans le plan de développement économique, social et culturel de 1971-1975 en ces termes :

"Concernant la très faible présence des hommes et du capital national, dans le secteur moderne de notre économie, nous devons être conscients qu'elle était au départ également inévitable. Qu'aurions nous pu faire, en effet, sans le concours le plus large des capitaux, des techniciens et des entrepreneurs étrangers ?" (Ministère du plan, 1971).

Il a été retenu dans le plan 1976-1980, une transformation des modes de production du monde rural. Cette transformation progressive vise le passage de l'agriculture traditionnelle à une agriculture modernisée. Mais en attendant cette transformation des modes de production, la Côte d'Ivoire doit recourir à des méthodes de production à forte intensité de main-d'œuvre dont elle ne dispose pas. Comme le souligne le plan de 1976-1980 :

"Il est d'ailleurs raisonnable de prévoir un puissant développement de l'agriculture à moyen et à long terme : les besoins prévisibles en matière alimentaire du monde de la fin du siècle et les conditions de production favorables qui sont celles de la zone intertropicale invitent à prendre un tel pari. Or, dans le même temps, on constate un déficit de main-d'œuvre en milieu rural, déficit qui rend nécessaire un recours de plus en plus important à la main-d'œuvre étrangère" (Ministère du Plan, 1976).

Tableau 2.2 : Cultures industrielles et d'exportation : prévisions objectifs de production (Productions en milliers de tonnes et taux de croissance annuels)

	1980	1985	Taux de Croissance Annuelle 80/85 (en %)	1990	Taux de Croissance Annuelle 85/90 (en %)
	Volume	Volume		Volume	
I. Zone forestière					
Cacao (fèves)	320	450	7,1	550	4,1
Café (café vert)	260	325	4,6	400	4,2
Palmier à huile (régime)	750	980	5,5	1 050	1,4
Cocotier (1000 noix)	150	285	13,7	400	7,0
Hévéa (latex)	21	41	14,3	77	13,4
Ananas frais (export)	100	130	5,4	150	2,9
Ananas conserve	190	220	3,0	240	1,8
Banane (export)	130	150	2,9	180	3,7
Total zone forestière	1921	2581	6,1	3047	4,3
II. Zone de savane					
Canne à sucre	1 420	2 630	13,1	2 800	1,3
Coton graine	150	200	5,9	300	8,4
Soja (graine)	-	50		150	24,6
Total zone de savane	1570	2880	11,4	3250	6,6
ENSEMBLE	3491	5461	6,7	6297	4,6

Source: Plan de Développement Économique Social et Culturel 1981-1985

L'option prise par le gouvernement de développer l'agriculture est maintenue au cours de la décennie 1981-1990 dont la particularité a été la diversification des cultures avec comme objectif d'atteindre un taux de croissance de 6,7 % entre 1980 et 1985 puis de 4,6 % entre 1985 et 1990 pour l'ensemble des productions agricoles, y compris la pêche et l'élevage (tableau 2.2). Les cultures sélectionnées pour le développement de la production agricole montrent la volonté du Gouvernement de diversifier l'agriculture et de faire d'elle, le pilier du développement. Les taux de croissance indiquent le dynamisme de l'économie de plantation qui tire sa force des migrations internes et internationales. En effet, les spéculations à promouvoir ont été choisies en fonction de leur rentabilité, leur possibilité de croître fortement à moyen et long terme et la volonté de réduire les disparités entre les régions.

1.2.2 - POLITIQUES RÉGIONALES

L'une des options fondamentales du Plan de Développement Économique, Social et Culturel 1981-1990 est la coopération régionale, qui transparaît à travers la déclaration de Félix Houphouët Boigny premier Président de la Côte d'Ivoire symbolisée par la célèbre déclaration "*La Côte d'Ivoire ne peut ni ne souhaite être un îlot de prospérité dans une région qui ne connaît pas le progrès économique*". Cette vision de solidarité s'est traduite dans la coopération étroite qu'a menée la Côte d'Ivoire avec l'ensemble des États de la région. Ainsi, la Côte d'Ivoire a adhéré à diverses organisations sous-régionales qu'elle a contribué à créer, notamment, la Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) et l'Union Économique et Monétaire Ouest Africaine (UEMOA). Celles-ci ont pour vocation de couvrir tous les domaines de l'activité économique et constituent un cadre permettant de développer des relations avec ses voisins francophones et anglophones. L'appartenance du pays à ces entités favorise les apports humains, techniques et de capitaux dont il a besoin, ainsi que l'extension et la diversification des débouchés de son économie.

a) Le traité de la CEDEAO

La CEDEAO regroupe un ensemble de 15 États de l'Afrique de l'Ouest. Elle a été créée par le Traité signé le 28 mai 1975, et complété par les protocoles adoptés le 5 novembre 1976. L'objectif de la CEDEAO est la création en 15 ans d'un véritable marché commun.

Parmi les textes régissant la CEDEAO, figure un protocole additionnel portant code de conduite pour l'application du protocole sur la libre circulation des personnes, le droit de résidence et d'établissement. L'article 7 de ce protocole porte sur la sauvegarde des biens régulièrement acquis par les migrants, citoyens de la communauté. Il est stipulé, entre autres, dans cet article que :

- l'État Membre, pays d'accueil, est tenu de protéger les biens régulièrement acquis et de respecter les droits qui y sont attachés sur son territoire par le migrant, citoyen de la Communauté ;
- toute mesure d'un État Membre portant atteinte aux biens et intérêts mobiliers ou immobiliers légalement acquis par le citoyen de la Communauté, ressortissant d'un autre État Membre, emportera paiement d'une indemnité juste et équitable ;

- les citoyens de la Communauté, ressortissants d'un État Membre auront dans les mêmes conditions que les nationaux, sur le territoire des autres États Membres, libre accès devant les juridictions de tous ordres, pour la poursuite et la défense de leurs droits.

b) Le traité de l'UEMOA

L'UEMOA a été créée par le Traité signé à Dakar le 10 janvier 1994 par les Chefs d'État et de Gouvernement des sept pays de l'Afrique de l'Ouest ayant en commun l'usage du Franc CFA. Le Traité est entré en vigueur le 1^{er} août 1994, après sa ratification par les États membres. Le 2 mai 1997, la Guinée-Bissau est devenue le 8^{ème} État membre de l'Union. Des extraits contenus dans l'encadré 2.1 du traité de l'UEMOA donnent les principes et objectifs de l'Union, ainsi que de la libre circulation des personnes, des services et des capitaux.

L'appartenance de la Côte d'Ivoire à ces deux Communautés économiques comporte des avantages, mais également des contraintes. Au titre des avantages, cette position de la Côte d'Ivoire est en ligne droite des nouvelles exigences de la mondialisation qui promeut une ouverture au niveau régional et international, en vue de bénéficier des avantages comparatifs. En effet, en comparaison d'un pays isolé, une communauté a plus de poids dans les négociations des échanges commerciaux comme l'ACP-CEE. De même, l'appartenance à une communauté régionale est signe de moindre dépendance à l'égard de l'extérieur (hors communauté). Sur le plan économique, la communauté représente un marché plus large pour l'industrie ivoirienne. Au nombre des contraintes figurent : la solidarité avec les autres membres en contribuant plus fortement aux organismes de compensation, le respect des règles communes qui limite la liberté d'action.

Le principal défi reste la gestion de la migration, en d'autres termes l'élaboration d'une politique migratoire avec deux composantes essentielles : une première porte sur la sélection, c'est-à-dire les règles d'entrée et de séjour sur le territoire, et une deuxième concerne l'intégration des immigrés une fois à l'intérieur du pays.

Mais, comment gérer la migration dans ce contexte ouest africain où la circulation des personnes est un droit acquis dans le cadre des efforts d'intégration amorcés depuis des décennies ? Par ailleurs, la complexité, l'ancienneté et la diversité des systèmes migratoires ainsi que le partage d'un espace culturel et linguistique commun à plusieurs pays sont des éléments à prendre en compte. Dans ce sens, la Côte d'Ivoire pourrait susciter la relance du processus d'intégration régionale décidé dans le cadre du protocole de 1979 de la Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), qui connaît des difficultés de fonctionnement. Ce protocole définit trois étapes pour un espace ouest africain intégré : la liberté de circulation et l'abolition du visa d'entrée entre pays membres, le droit de résidence et enfin le droit d'établissement. Pour l'instant, seuls les courts séjours, c'est-à-dire de moins de 90 jours, font objet d'une réglementation avec l'abolition du visa d'entrée. La Côte d'Ivoire devra préciser, dans le contexte actuel sa vision du traitement de la question des migrations, prenant en compte la dimension d'émigration qui gagne de l'ampleur depuis la crise des années 1990, accentuée par la crise socio-politique que le pays traverse depuis 2000.

Article 4 :

Sans préjudice des objectifs définis dans le Traité de l'UEMOA, l'Union poursuit, dans les conditions établies par le présent Traité, la réalisation des objectifs ci-après :

- ▷ Renforcer la compétitivité des activités économiques et financières des États membres dans le cadre d'un marché ouvert et concurrentiel et d'un environnement juridique rationalisé et harmonisé ;
- ▷ Assurer la convergence des performances et des politiques économiques des États membres par l'institution d'une procédure de surveillance multilatérale ;
- ▷ Créer entre les États membres un marché commun basé sur la libre circulation des personnes, des biens, des services, des capitaux et le droit d'établissement des personnes exerçant une activité indépendante ou salariée, ainsi que sur un tarif extérieur commun et une politique commerciale commune.

Article 91 (modifié) :

Sous réserve des limitations justifiées par des motifs d'ordre public, de sécurité publique et de santé publique, les ressortissants d'un État membre bénéficient sur l'ensemble du territoire de l'Union de la liberté de circulation et de résidence qui implique :

- ▷ L'abolition entre les ressortissants des États membres de toute discrimination fondée sur la nationalité, en ce qui concerne la recherche et l'exercice d'un emploi, à l'exception des emplois dans la Fonction Publique ;
- ▷ Le droit de se déplacer et de séjourner sur le territoire de l'ensemble des États membres ;
- ▷ Le droit de continuer à résider dans un État membre après y avoir exercé un emploi.

1.2.3 - ÉLÉMENTS DE POLITIQUE MIGRATOIRE RÉCENTE

Dans son document de Déclaration de Politique de Population (mars 1997), le Gouvernement ivoirien a prévu au nombre des objectifs généraux, la maîtrise des mouvements migratoires internes et internationaux. Cet objectif se traduit en objectifs spécifiques par : (i) la maîtrise de la migration internationale par une régulation des flux (ii) l'amélioration de la répartition de la population sur l'ensemble du territoire national (iii) le déplacement des quartiers d'habitat précaire des sites inappropriés en respectant les droits et les biens des personnes (iv) la maîtrise du développement des villes et le rééquilibrage au besoin par leur spécialisation.

¹¹ - Les migrants internes se décomposent en migrants intra-départementaux (10,9 %), inter-départementaux (10,2 %) et inter-régionaux (78,9 %).

Pour la mise en œuvre de cette politique de population, une série d'actions a été définie comprenant, entre autres, la valorisation des activités agricoles en vue de développer les zones touchées par la migration, le développement des centres urbains, la révision et l'application des textes relatifs à l'immigration, la mise en place d'un dispositif fiable de régulation des flux migratoires internationaux. À cet effet, il a été créé en 2001 l'Office National d'Identification (ONI) au sein duquel est logé le département d'Immigration-Émigration.

Il résulte de cette section que les dirigeants étaient conscients de la nécessité d'un apport en main-d'œuvre et capitaux étrangers, faute de quoi, la machine économique risque de ne pas tourner à la vitesse souhaitée. C'est pourquoi, le maintien de l'option libérale et le maintien de l'ouverture de l'économie sur l'extérieur, font partie des grandes orientations des plans quinquennaux de développement économique, social et culturel. En définitive, la politique migratoire du Gouvernement au cours des quarante dernières années se résume à : laisser entrer, tous ceux qui peuvent contribuer au développement de la Côte-d'Ivoire, soit par l'apport des capitaux, soit en offrant leur force de travail. Avec une telle ouverture (libre entrée sur le territoire, emplois disponibles) les mouvements observés pendant la colonisation se sont non seulement poursuivis, mais ils se sont intensifiés, puisque désormais, femmes et enfants feront partie des déplacements.

II - Volume et caractéristiques des migrations

2.1 - MIGRATIONS INTERNES

2.1.1 - VOLUME ET CARACTÉRISTIQUE DES MIGRANTS INTERNES

Le volet principal des mouvements migratoires est la migration interne. Les données du recensement général de la population et de l'habitation de 1998 indiquent que 6 568 972 individus (soit 42,8 % de la population) résidaient hors de leur sous-préfecture de naissance soit plus de deux (2) personnes sur cinq (5) ayant effectué au moins une migration au cours de leur vie. Les migrants internes, représentent 67,1 % de l'ensemble des migrants et 28,7 % de la population totale du pays. Ils sont plus nombreux en milieu urbain (55,6 %) qu'en milieu rural (44,4 %). Près de quatre (4) migrants internes sur cinq (5) vont au-delà de leur région¹¹ de naissance (tableau 2.3).

La migration interne a concerné 66 % de l'ensemble des migrants en 1975. En 1988 et 1993 elle a touché 61 % puis 67,8 % des migrants. On observe ainsi une certaine stabilité de la mobilité interne des populations depuis 1980 et qui s'est maintenue jusqu'au dernier recensement de la population en 1998.

Les migrations inter-régionales se font principalement des zones de savane vers les zones forestières réputées plus riches et fertiles. Ainsi, les taux d'immigration les plus forts sont observés dans les régions des Lagunes (39 %), du Moyen-Cavally (35 %), du Bas Sassandra (43 %) et du Fromager (31,4 %). En général, les ressortissants des autres régions s'orientent vers la région des Lagunes, singulièrement à Abidjan.

Tableau 2.3 : Population (en %) par année selon le statut migratoire

Opération	Effectif de la population	Population non migrante (%)	Population migrante (%)	Migrants internes par rapport à l'ensemble des migrants (%)
RGPH 1975	6 709 600	52,8	47,2	66,0
RGPH 1988	10 815 694	58,0	42,0	61,0
EIMU 1993	13 044 941	58,6	41,4	67,8
RGPH 1998	15 366 672	57,3	42,7	67,1

Source: ZANOU, 2001, d'après les données de l'INS

On enregistre parmi les migrants internes d'après le RGPH 1998, plus de femmes (2 224 209, soit 50,5 %) que d'hommes (2 181 119), ce qui correspond à un ratio de 98 hommes pour 100 femmes, alors que la population du pays compte 104 hommes pour 100 femmes. La situation est semblable en milieu urbain où le rapport de masculinité est de 97, contrairement au milieu rural où l'équilibre est établi entre les deux sexes chez les migrants. Les migrants internes se caractérisent aussi par une nette sur-représentation des groupes d'âges actifs (15-34 ans): 47,6 %.

La comparaison du niveau d'éducation des migrants et des non-migrants de 15 ans et plus en 1998 révèle que les premiers ont une situation meilleure que les seconds. Les migrants ayant le niveau d'instruction primaire s'élèvent à 13,7 % contre 18,2 % pour les non-migrants. Au niveau de l'enseignement secondaire et du supérieur, les migrants représentent 19,3 % et 3,8 % (contre 6,5 % et 1,6 % respectivement pour les non-migrants). Les migrants sont plus nombreux à aller au-delà du primaire. Cette situation résulterait en grande partie de la migration scolaire.

Sur un total de 2 006 348 migrants internes actifs dénombrés, 1 889 498 exercent effectivement une activité, soit un taux d'occupation de 94,2 % (93,8 % pour les hommes et 94,8 % pour les femmes). Les migrants internes sont soit des travailleurs indépendants (45,6 %) soit des salariés du public et du privé réunis (27,0 %) soit encore des aides-familiaux (19,6).

2.1.2 - PERSONNES DÉPLACÉES INTERNES (PDI) ET SOLIDARITÉ NATIONALE

La crise ivoirienne qui a éclaté en septembre 2002 a provoqué le départ de nombreuses populations du Nord, de l'Ouest et du Centre vers le Sud. On ne dispose que de quelques données parcellaires sur le nombre de personnes concernées. En 2004, l'opération pilote d'identification des victimes de guerre (IDVG 2004) dans le département de Toumodi a dénombré 9 522 déplacés sur un total de 11 274 victimes. En 2005, l'enquête sur les conditions de vie des personnes déplacées internes et des familles d'accueil (PDI-FAC 2005) réalisée dans 5 départements (Abidjan, Daloa, Duekoué, Toulepleu et Yamoussoukro) a estimé à 709 377 le nombre de personnes déplacées dans les 5 départements étudiés. Par ailleurs, l'on note près de 69 % des PDI enquêtées se sont installées à Abidjan. Par extrapolation on estime d'après cette enquête le nombre total de personnes déplacées internes dans le pays à 1 738 363.

L'afflux des déplacés a provoqué des bouleversements dans la vie aussi bien des populations d'accueil que des populations accueillies: les premiers ont vu leurs besoins augmenter de

plus de moitié du jour au lendemain, tandis que les seconds ont quitté leur lieu de résidence habituelle - de façon imprévisible - sans rien emporter. Les déplacés sont parfois invités à rejoindre un ménage, c'est ce qu'affirment 31 % des chefs de ménage ayant reçu des déplacés. Toutefois, on relève qu'en dépit de la manifestation spontanée de solidarité envers les PDI, celles-ci restent vulnérables du point de vue économique et sanitaire, surtout par rapport à l'éducation des enfants, etc. En matière de santé, la précarité dans laquelle vivent les déplacés a eu une répercussion néfaste sur leur état morbide car 49 % affirment avoir souvent des problèmes de santé. À ceux-ci, il faudrait ajouter 22 % qui reconnaissent avoir été constamment malades, victimes de divers traumatismes ou déplorant des carences diverses.

La scolarisation des enfants est un point essentiel dans la migration des déplacés. Une scolarité entamée oblige quasiment les parents à intégrer ce facteur dans leur projet migratoire. D'énormes problèmes se posent du point de vue de la scolarisation des enfants de déplacés. Au manque d'infrastructures déjà notable s'ajoutent la pléthore de candidats à la scolarisation à tous les niveaux de l'enseignement et le manque d'enseignants. Ainsi, 30 % de ces personnes scolarisables ne vont plus à l'école du fait de la crise. Parmi ces dernières, on compte une proportion importante de personnes ayant arrêté leur scolarisation par manque de moyens financiers.

Aujourd'hui, avec l'accalmie, on assiste à une relative migration de retour des déplacés. Si certains déplacés hésitent encore à faire le déplacement de retour, c'est qu'ils sont confrontés à un problème de sécurité. Au cours de l'enquête PDI-FAC, certaines raisons ont été évoquées par les déplacés pour justifier leur refus de retourner dans les zones de provenance. Il s'agit de l'insécurité (83 %) de la destruction/occupation de leur logement (22 %) du manque de travail (5 %). En un mot le retour massif des déplacés dans leur zone respective serait subordonné à un minimum de sécurité (protection contre les violences et sécurité alimentaire). Mais 28 % des déplacés de guerre ont déclaré qu'ils n'ont pas l'intention de retourner à leur résidence habituelle après la crise.

2.2 - MIGRATIONS INTERNATIONALES

Cette section traite particulièrement de la population étrangère qui est constituée des immigrants étrangers et de leurs descendants nés en Côte-d'Ivoire. L'accent est particulièrement mis sur leur effectif et son évolution, les pays de provenance, leur structure par sexe et âge, les lieux d'installation et les activités économiques exercées.

2. 2.1 - VOLUME ET CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTRANGÈRE

La Côte d'Ivoire héberge sur son sol, une forte communauté étrangère dont l'importance numérique par rapport à l'ensemble de la population a évolué de la façon suivante : 22 % en 1975, 28 % en 1988 et 26 % en 1998. En termes de valeurs absolues, elle est passée de 1 474 469 en 1975 à 4 000 047 en 1998 (tableau 2.4).

Sur une population de 4 000 047 individus recensés en 1998, 57,6 % résident en milieu rural, cette proportion était de 54 % en 1988 et de 50,7 % en 1975. On assiste à une ruralisation de plus en plus forte de la population étrangère, alors qu'à l'opposé, la population de nationalité ivoirienne, s'urbanise. La forte proportion de non Ivoiriens en milieu rural s'explique en partie par le fait que les Burkinabés qui représentent plus de la moitié de cette population (56 %), sont plus présents en milieu rural (73,1 % en 1998).

En 1988, la proportion des étrangers vivant en milieu rural par rapport à l'ensemble de la population rurale, varie de 4,7 % au Centre-Nord à 29,2 % au Centre-Est, avec une moyenne nationale de 14,8 %. Cette moyenne était d'environ 16,4 % en 1975. Hormis le Centre-Est, les régions à forte proportion d'étrangers en milieu rural sont le Centre-Ouest (28,5 %), le Sud-Ouest (22,5 %), et l'Ouest (18,0 %).

L'importance des étrangers dans la population locale a suivi le déplacement du front pionnier du Centre-Ouest au Sud-Ouest et à l'Ouest. L'installation des étrangers est généralisée à tout le pays, aucune région n'enregistrant moins de 13 000 étrangers dans sa population en 1998. En terme de proportion, seules cinq régions sur 19 comptent moins de 2 % d'étrangers. Il s'agit des régions de savane comme le Denguélé, le Bafing, le Zanzan, le Worodougou et la région des Lacs (figure 5). Dans les autres régions, les étrangers représentent plus de 5 % de la population, c'est le cas de la région des Lagunes (27 %), du Bas Sassandra (14,9), du Haut Sassandra (9,3), du Sud Bandama (6,2) et du Sud Comoé (5,2).

L'implantation des étrangers obéit ainsi à une logique semblable à celle des flux migratoires internes. En effet, les régions ci-dessus citées qui ont de fortes proportions d'étrangers sont celles qui sont propices à la production agricole (les quatre dernières) ou qui offrent des opportunités d'emplois comme la région des Lagunes où est située la ville d'Abidjan.

Parmi les étrangers en milieu urbain, près de la moitié (49 %) vivent à Abidjan. Cette préférence pour la capitale économique de la Côte d'Ivoire n'est pas nouvelle, puisqu'en 1975, les résultats du RGPH indiquaient que 46 % des immigrants en milieu urbain se sont installés à Abidjan. C'est dire le poids de la ville

d'Abidjan comme pôle d'attraction pour les immigrants étrangers, comme elle l'est pour les nationaux.

Parmi les communautés les plus représentées, les Burkinabés sont les moins urbanisés (28,2 %), loin derrière les Ghanéens (52,0 %), Maliens (55,9 %), Guinéens (64,6 %) et les Nigériens (65,7 %). Cette répartition par nationalité est en rapport avec les activités exercées par chaque communauté. En effet, comme souligné plus haut, les Burkinabés sont occupés en majorité dans les activités du secteur primaire, en particulier, les activités agricoles. Par contre, les Nigériens, bien que peu instruits, sont spécialisés dans les activités commerciales urbaines (vente de matériaux de construction) et de service. Entre les deux, les Maliens et les Guinéens se retrouvent dans le commerce, tandis que les Ghanéens sont spécialisés dans les services.

À peu de choses près, les régions de fortes concentrations d'étrangers en milieu urbain sont les mêmes que celles où les proportions d'étrangers sont les plus importantes en milieu rural. En effet, le Centre-Ouest (22,7 %), le Sud-Ouest (22,0 %), le Centre-Est (21,0 %) et l'Ouest (15,6 %) sont dans cet ordre, les régions qui enregistrent les plus fortes proportions d'étrangers dans les villes en 1988. Tout se passe comme s'il y avait une division de travail entre les communautés : pendant que certaines d'entre elles se livrent aux activités du secteur primaire, d'autres s'emploient dans les secteurs secondaire et tertiaire des mêmes régions. Ce qui fait que globalement ce sont les régions productrices de cultures d'exportation qui concentrent les plus fortes proportions d'étrangers.

2.2.2 - VOLUMES ET CARACTÉRISTIQUES DES IMMIGRANTS INTERNATIONAUX

Au recensement général de la population et de l'habitation de 1998 (RGPH-98), les migrants internationaux, étaient au nombre de 2 163 644 personnes et se composaient de 98 % de non Ivoiriens et de 2 % d'Ivoiriens. Les analyses qui suivent sont focalisées essentiellement sur les non nationaux.

La population étrangère était estimée, à travers les résultats des recensements, à 1 474 469 en 1975, à 3 039 035 en 1988 et à 4 000 047 en 1998. Parmi celle-ci, les immigrants ont représenté respectivement 70 %, 57,3 % et 53,0 % de l'ensemble des étrangers. Cette série de ratios indique une tendance à la baisse de la proportion des immigrants par rapport à l'ensemble des étrangers. La proportion des immigrants est plus importante parmi les hommes (56,0 % des hommes étrangers sont des immigrants) que parmi les femmes (49,3 %) en 1998 (ZANOÛ, 2001).

Tableau 2.4: Répartition de la population étrangère par milieu de résidence selon l'année

Milieu de Résidence	1975		1988		1998	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Urbain	726 988	49,3	1 398 919	46,0	1 694 349	42,4
Rural	747 481	50,7	1 640 116	54,0	2 305 698	57,6
Ensemble	1 474 469	100,0	3 039 035	100,0	4 000 047	100,0

Source : INS, RGP 75, RGPH 88, RGPH 98.

Les principales communautés étrangères en Côte-d'Ivoire (tableau 2.5) comptent autour de 50% d'immigrants dans leur population. C'est le cas du Burkina Faso (51,3 %), du Mali (48,8 %) et de la Guinée (51,1 %). En d'autres termes, ces communautés comptent presque autant d'immigrés que de descendants d'immigrés nés dans le pays. La plus faible proportion d'immigrés (47,8 %) est enregistrée dans la communauté nigériane, suivie de la communauté malienne (48,8 %) et béninoise (50,3 %).

Les migrants internationaux, se composent de 58 % d'hommes et de 41,8 % de femmes, soit 139 hommes pour 100 femmes. Ces données sont caractéristiques d'une population migrante où les hommes sont largement majoritaires. La concentration de la population aux âges actifs est aussi une caractéristique des immigrants. En effet, la migration internationale étant guidée dans la plupart des cas par des raisons économiques, les personnes touchées sont celles qui ont l'âge de travailler. Ainsi, 62,8 % de la population migrante est âgée de 15 à 40 ans contre 26,9 % pour les non migrants et 53,2 % pour les migrants internes. La prédominance des personnes d'âges actifs est perceptible aussi bien chez les hommes (60,1 % ont entre 15 et 40 ans) que chez les femmes (66,7 %).

La structure par sexe et âge des migrants internationaux était déjà déséquilibrée en 1988. En effet, à cette date, on comptait 59,2 % d'hommes avec un rapport de masculinité de 145. Les personnes de 15 à 39 ans représentaient 69,4 % de l'ensemble des migrants internationaux. La pyramide des âges avait aussi une base rétrécie, d'autant plus que les enfants de moins de 15 ans ne représentaient que 10,9 % de la population.

Les régions à forte proportion d'immigrants internationaux par rapport à la population totale résidente en 1998 sont: les régions du Sud-Comoé (25,0 %), du Bas-Sassandra (24,7 %), du Moyen-Cavally (22,4 %), du Moyen-Comoé (22,1 %), et du Haut-Sassandra (17,6 %). Ces régions se particularisent par

leur situation géographique: elles appartiennent toutes à la zone forestière et se répartissent de l'Est à l'Ouest. C'est dans la partie Nord du pays que se trouvent les régions ayant les plus faibles proportions d'immigrants internationaux. Par rapport à leurs effectifs absolus, les immigrants internationaux se retrouvent par ordre d'importance dans les régions des Lagunes, du Bas-Sassandra, du Haut-Sassandra, du Sud-Bandama, du Sud-Comoé et du Moyen-Cavally.

L'installation des migrants internationaux obéit à des opportunités qu'offre chaque région. Ainsi, les potentialités d'emploi de la ville d'Abidjan ont valu leur concentration dans la région des Lagunes. Cet examen des caractéristiques des migrants internationaux révèle que le taux annuel moyen est passé de 4,4 % entre 1975 et 1988 à seulement de 1,5 % entre 1988 et 1998. Aussi, le poids des immigrants internationaux ne fait que décroître par rapport à l'ensemble des étrangers. Par ailleurs, ils sont en majorité de sexe masculin et se concentrent à près de 70 % dans le groupe d'âges 15-39 ans. Ils s'installent de préférence dans la moitié Sud du pays où ils sont assurés de trouver un emploi. Après les immigrants, l'analyse va s'orienter vers quelques caractéristiques de leurs descendants, à savoir, les étrangers nés en Côte-d'Ivoire.

2.2.3 - CARACTÉRISTIQUES DES ÉTRANGERS NÉS EN CÔTE-D'IVOIRE

La population étrangère née en Côte-d'Ivoire a évolué de façon significative au cours des trente dernières années. En effet, de 30 % des étrangers en 1975, elle est passée successivement à 42,7 % en 1988 et 47 % en 1998. Les étrangers nés en Côte-d'Ivoire représentaient 12,2 % de la population totale du pays (RGPH, 1998). L'analyse des caractéristiques de cette population va s'appesantir sur sa structure par âge et son niveau de scolarisation en comparaison avec celles des immigrants.

Tableau 2.5 : Proportion (en %) des étrangers nés à l'extérieur de la Côte-d'Ivoire par rapport à l'ensemble des étrangers selon la période.

Pays	1975	1988	1998
Burkina Faso	70,1	55,4	51,5
Mali	65,5	53,2	48,9
Guinée	65,5	53,2	51,2
Ghana	88,4	81,9	73,1
Bénin	71,6	74,5	50,4
Togo	-	71,0	68,0
Sénégal	77,1	69,9	67,6
Mauritanie	-	78,2	75,5
Nigeria	62,0	43,1	47,9
Autres Pays d'Afrique	-	-	59,2
Non Afrique	-	77,5	63,5
Total	70,0	57,3	53,0

Source: INS, RGP 75, RGPH 88, RGPH 98

Si la migration féminine est désormais reconnue comme un phénomène d'une importance comparable à celle des hommes, il demeure que les femmes migrent dans des circonstances particulières, principalement liées aux relations de genre. Dans le cas spécifique de la Côte d'Ivoire, la question se pose avec acuité, au regard d'abord de sa situation de principal pays où convergent l'essentiel des migrations dans la sous région, ensuite de son contexte socio-culturel valorisant les rôles sexuels.

De fait, il apparaît important aujourd'hui de s'interroger sur les implications des rapports de genre sur tout le processus migratoire en Côte d'Ivoire, c'est-à-dire depuis le départ jusqu'à l'insertion à la destination. Se basant sur l'importance numérique avérée des femmes dans la migration, de plus en plus de chercheurs émettent l'idée d'une autonomisation des femmes face aux relations de genre en général et à la famille en particulier. Dans les représentations sociales et familiales traditionnelles, la migration est avant tout considérée comme un acte essentiellement masculin auquel les femmes prennent part principalement dans le cadre de leurs rôles familiaux. Les hommes migrent pour assurer leurs responsabilités économiques envers la famille, et les femmes accompagnent les hommes pour assurer la reproduction sociale.

À partir des données de l'Enquête Ivoirienne sur les Migrations et l'Urbanisation (EIMU) réalisée en 1993, il ressort d'abord qu'au départ de la migration, sur l'ensemble des deux variables utilisées pour mesurer l'autonomie (le mode de prise de la décision et la nature de la migration), la famille exerce un contrôle sur la mobilité des femmes. À ce propos, on note qu'à peine 9 % d'entre elles ont évoqué un motif économique contre 46 % chez les hommes. Par contre la migration familiale touche 70 % des femmes. De même, au niveau du mode de prise de la décision, les parents (23 %) et le conjoint (49 %) sont les principaux agents de décision. La décision individuelle ne concerne pour sa part que 25 % des femmes contre 60 % des hommes. En un mot, la participation des femmes à une migration économique ainsi que leur capacité à prendre personnellement la décision de leur départ relèveraient principalement des rôles sexuels traditionnellement construits dans le cadre des relations de genre.

Ensuite à la destination, lors de l'insertion dans le marché du travail, les femmes migrantes représentent un groupe spécifique nécessitant une attention particulière. En effet, ces dernières se présentent sur le marché du travail avec des risques d'une double discrimination, d'abord en tant que femmes et ensuite en tant que migrantes. Les analyses montrent cependant que si pour les hommes, le fait de migrer peut procurer de plus grandes chances d'insertion économique (principalement pour l'accès au

marché du travail), pour les femmes, le statut migratoire joue très peu. Leur insertion relève principalement des relations de genre. Alors que les hommes migrants ont de 2 à 3 fois plus de chances que les hommes non migrants de travailler, il n'apparaît aucune différence significative entre les femmes migrantes et les non migrantes. Par ailleurs, les femmes (tout statut migratoire confondu) dans l'ensemble ont environ 63 % moins de chances que les hommes de travailler au moment de l'enquête.

Enfin, la question de l'intégration économique et sociale des immigrants requiert une attention particulière en rapport avec les relations de genre. En plus de cette problématique, nous présentons une analyse de l'intégration exclusivement basée sur les immigrants. En d'autres termes, plutôt que de comparer les performances des immigrants à celles des nationaux, nous analysons le cas des trois principaux groupes d'immigrants ¹² dans le pays. Sur l'ensemble des variables retenues pour l'intégration économique (accès au marché du travail, appréciation de la situation économique actuelle par rapport à celle du pays d'origine) ainsi que pour l'intégration sociale (mariages mixtes, naturalisation, langues ivoiriennes), les femmes immigrantes présentent une intégration différente de celle des hommes, en lien avec les relations de genre. Par exemple, contrairement aux hommes, les femmes immigrantes qui se marient en Côte d'Ivoire le font presque exclusivement avec des hommes de leur origine. Il ressort aussi des différences très intéressantes entre les immigrants d'une origine à une autre, notamment au sujet de l'appréciation personnelle de la situation économique. En effet, nonobstant des niveaux d'occupation très élevés dans tous les groupes (de 70 à 90 %), on note des appréciations subjectives très différentes d'un groupe à un autre. Par exemple le groupe d'immigrants guinéens exprime une moindre satisfaction de sa situation économique actuelle comparativement au groupe des Burkinabés. De même, pour ce qui concerne l'intégration sociale, les immigrants semblent élaborer et appliquer des stratégies spécifiques basées sur les réseaux sociaux et familiaux.

En conclusion, on peut dire que si les femmes sont désormais visibles dans la migration, le genre demeure un facteur important limitant parfois leur participation effective à toutes les opportunités offertes à la suite de ce départ. Pendant que la migration devient un axe central de recherche au regard de ses retombées évidentes sur le développement au départ et à la destination, il serait important de s'intéresser au cas spécifique des femmes migrantes afin qu'elles deviennent des actrices à part entière du développement au même titre que les hommes.

Résumé synthétique de la thèse de Doctorat de Élise Fiédin COMOË: "Relation de Genre et migration en Côte d'Ivoire: de la décision de migrer à l'insertion dans le marché du travail"; avril 2006, Université de Montréal

¹² - Selon leur importance numérique, nous avons le groupe des Burkinabés, celui des Maliens et enfin le groupe des Guinéens

Tableau 2.6 : Évolution de la production paysanne par tête de 1975 à 1985 (en F CFA)

	1975		1980		1985
	Valeur	Taux de croissance annuel moyen	Valeur	Taux de croissance annuel moyen	Valeur
Forêt					
Cultures industrielles	32 800	4,5	40 800	4,8	51 600
Cultures vivrières	22 000	3,2	25 800	0,7	26700
Total Forêt	54800	4,0	66600	3,3	78300
Savane					
Cultures industrielles	3 400	10,9	5 700	18,5	13 300
Cultures vivrières.	25 500	7,5	36 700	6,5	50 400
Total Savane	28 900	8,0	42400	8,5	63 700
Côte d'Ivoire					
Cultures industrielles	22 300	5,3	28 900	6,1	38 800
Cultures vivrières	23 200	4,9	29 500	3,2	34 600
Total	45500	5,1	58400	4,7	73 400

Source : Plan de Développement Économique, Social et Culturel 1976-1980

La population étrangère née en Côte-d'Ivoire comme celle des immigrés est à majorité masculine, mais plus proche de l'ensemble de la population de Côte-d'Ivoire. Au recensement de 1998, le rapport de masculinité est de 107 hommes pour 100 femmes. Presque tous les groupes d'âges à l'exception de deux (50-54 ans et 80-84 ans), renferment plus d'hommes que de femmes. Mais, à la différence des immigrés, cette surmasculinité est nettement moindre. Une autre différence significative est l'extrême jeunesse de cette population. Près de trois personnes sur quatre (73, 3 %) ont moins de 15 ans dans cette population, avec un âge médian de 8,5 ans contre 29,5 ans pour la population immigrée. Ces chiffres traduisent la forte fécondité de la population immigrée et l'extrême jeunesse de ses descendants.

En matière d'éducation, les descendants des immigrés sont mieux instruits que leurs parents. En effet, alors que 3 personnes sur 4 (76,9 %) parmi les immigrés sont analphabètes, les étrangers nés en Côte-d'Ivoire enregistrent un taux d'analphabétisme de 58,5 %. Cependant, ce ratio est plus faible que celui des enfants ivoiriens estimés à 56,5 % (EIMU, 1993). La distinction entre garçons et filles dans cette population fait apparaître une discrimination à l'égard des filles (35,5 % contre 49,7 %). Cette situation globale cache les réalités de chaque communauté. La plus importante communauté, celle des Burkinabés, en scolarisant 27, 3 % de ses enfants se place devant la communauté malienne qui ne scolarise que 7,8 % des enfants. Cependant,

le plus faible taux de fréquentation se rencontre au sein des enfants Nigériens (3,6 %) avec presque pas de filles à l'école. Dans cet ensemble d'immigrés, ce sont les Libériens qui scolarisent plus leurs enfants (88,3 %). Ceci s'explique par la prise en charge dont ils font l'objet par le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR).

La profession de l'immigré est une variable discriminante pour la scolarisation des enfants. En effet, les résultats de l'enquête font apparaître que les cadres supérieurs scolarisent plus leurs enfants (65 % à 86 %), suivis des agriculteurs (56 %).

2.2.4 - RÉFUGIÉS ET ASSIMILÉS

Pendant de nombreuses années et actuellement, la Côte d'Ivoire a abrité les réfugiés, surtout les populations venant du Liberia dans la partie Ouest du pays. Selon une étude commanditée par le HCR en 1991, ils étaient environ 200 000 pour tout le pays et une dizaine de mille pour la Sous-préfecture de Tabou. Selon les derniers chiffres du HCR, ils sont actuellement au nombre de 25 000 dans la zone, alors que 14 891 ont été rapatriés (volontaires) dont 1 325 en 2006. La majorité des réfugiés se trouvent dans les communautés d'accueil et seulement 2 428 se trouvent au Centre de Transit de Tabou.

Avec le conflit que connaît le pays, des Ivoiriens se sont réfugiés dans des pays de la sous région. Au début de la crise en Côte-d'Ivoire, en 2003, le HCR enregistrait une population de réfugiés et assimilés évaluée à 75 971 personnes.

Article 1 : Le domaine Foncier Rural est constitué par l'ensemble des terres mises en valeur ou non et quelle que soit la nature de la mise en valeur. Il constitue un patrimoine national auquel toute personne physique ou morale peut accéder. Toutefois, seuls l'Etat, les collectivités publiques et les personnes physiques ivoiriennes sont admis à être propriétaire.

Article 16 : Les propriétaires de terrains ruraux en disposent librement dans les limites de l'article 1 ci-dessus.

Article 26 : Les droits de propriété de terres du domaine Foncier Rural acquis antérieurement à la présente loi par des personnes physiques ou morales ne remplissant pas les conditions d'accès à la propriété fixées par l'article 1 ci-dessus sont maintenus à titre personnel.

Les héritiers de ces propriétaires qui ne rempliraient pas les conditions d'accès à la propriété fixées par l'article 1 ci-dessus disposent d'un délai de trois ans pour céder les terres dans les conditions fixées à l'article 16 ci-dessus ou déclarer à l'autorité administrative le retour de ces terres au domaine de l'Etat sous réserve d'en obtenir la location sous forme de bail Emphytéotique cessible.

Les sociétés maintenues dans leur droit de propriété en application des dispositions ci-dessus et qui souhaiteraient céder leurs terres à un cessionnaire ne remplissant pas les conditions d'accès à la propriété fixées par l'article 1 ci-dessus déclarent à l'autorité administrative le retour de ces terres au domaine de l'Etat sous réserve de promesse de bail emphytéotique au cessionnaire désigné.

Cette loi censée limiter les conflits fonciers, moderniser le droit foncier coutumier, assurer la sécurité foncière aux détenteurs de terres et favoriser l'investissement dans l'agriculture n'a pas encore atteint ses objectifs. Les accords de Linas Marcoussis signés par tous les acteurs politiques du pays le 23 janvier 2003 ont reconnu qu'elle " constitue un texte de référence dans un domaine juridiquement délicat et économiquement crucial " mais ont suggéré une meilleure vulgarisation de cette loi et l'amendement de l'article 26 relatif aux héritiers dans le sens d'une meilleure sécurisation de leurs droits.

3.3 - IMPACT DES MIGRATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT

Au-delà des problèmes fonciers évoqués, il est indéniable que les migrations contribuent considérablement au développement de la Côte d'Ivoire. En effet, la mise en valeur des zones forestières, à travers les fronts pionniers successifs et consécutivement les performances économiques de la Côte d'Ivoire dans le domaine agricole notamment, n'auraient pas atteint les niveaux connus (premier producteur mondial de cacao troisième puis septième producteur de café, etc.), sans les migrations internes et internationales. En effet, l'évolution de la production du cacao et de café, ainsi que la place de ces deux produits dans l'économie ivoirienne ont suivi la dynamique des mouvements migratoires en direction des zones de production.

De plus, les migrations internes contribuent, par les transferts de fonds vers les régions de départ, à l'amélioration des

conditions de vie de leurs populations. Les investissements intéressent surtout l'habitat, les équipements socio-collectifs (écoles, centres de santé) et les infrastructures telles que l'électrification et l'adduction d'eau. Toutefois, elles compromettent toute politique de valorisation ou d'aménagement équilibré du territoire. En effet, les migrations internes posent un réel problème de main-d'œuvre agricole dans les régions d'émigration, dans la mesure où la population qui se déplace se trouve dans la tranche d'âge la plus active (15 à 59 ans).

Aujourd'hui, on peut estimer à plus du tiers, la population baoulé qui est installée de façon plus ou moins durable hors de son espace ethno-culturel, soit dans les zones pionnières de café et de cacao, soit en milieu urbain. Il en est de même des Malinké qui sont plus nombreux dans le Sud du pays que dans leur région d'origine. En y ajoutant les mouvements saisonniers "les six mois", il ne serait pas exagéré de dire que les migrations internes sont source de difficulté dans la valorisation des espaces de départ et, par conséquent, ont accentué les déséquilibres économiques entre zones de savane et zones de forêt.

- En plus de l'agriculture dans laquelle certains ont beaucoup investi, notamment dans la région de Méagui (Sud-Ouest), les étrangers ont investi en milieu urbain. Grâce aux importants investissements réalisés et à leur forte présence, ils contrôlent des secteurs d'activité. Ils participent ainsi à la création de la richesse et au développement du pays. Beaucoup d'entre eux réinvestissent leurs revenus dans l'immobilier ou le transport. Ainsi on retrouve :
 - Les Nigériens et Mauritanien dans le petit commerce ;
 - Les Maliens et Nigériens dans le vivrier ;
 - Les Nigériens et Guinéens dans le secteur du bois ;
 - Les Nigériens dans la commercialisation des matériaux de construction ;
 - Les Nigériens dans la quincaillerie ;
 - Les Béninois, Togolais et Ghanéens dans la menuiserie ;
 - Les Ghanéens dans la cordonnerie ;
 - Les Peuhls (Maliens, Mauritanien, etc.) dans le domaine de la boucherie ;
 - Les Burkinabés, Maliens et Ghanéens dans celui de la poissonnerie et la pêche ;
 - Les Burkinabés et Maliens dans les secteurs de l'élevage et du charbon de bois ;
 - Les Burkinabés dans l'horticulture.

Au centre de cette dynamique étrangère se trouvent les Libanais qui contrôlent pratiquement tout le commerce de gros et demi-gros.

IV - Migration et cohésion sociale

4.1 - MIGRATIONS RURALES ET INTÉGRATION DANS LE MILIEU D'ACCUEIL

Les problèmes d'intégration sont plus complexes dans les campagnes que dans les villes. Dans les régions d'économie de plantation, certains Ivoiriens, notamment les Baoulé, vivent en général dans des campements, parfois loin des villages autochtones. En effet, dans les pays Akyé et Agni du Sud et de l'Est (groupes appartenant à la même aire culturelle akan et où le contrôle de l'espace foncier est très bien maîtrisé), les Baoulé ont été accueillis

dans les villages où ils étaient le plus souvent des manoeuvres agricoles. Par contre, dans le Centre-Ouest, le Sud-Ouest et l'Ouest où ils sont très souvent des propriétaires des plantations, ils ont très rapidement fondé des campements agricoles dont certains sont devenus de gros villages.

Souvent, cette séparation des lieux de résidence n'empêche pas les autochtones de participer au développement des infrastructures et équipements dans les villages d'accueil et d'entretenir des relations de bon voisinage avec les autochtones (participation aux fêtes, aux funérailles, etc.). Toutefois, elle ne facilite pas l'intégration véritable des deux communautés qui, vivant de façon séparée, n'apprennent pas toujours à se connaître et à s'accepter vraiment. De sorte que la moindre crise les oppose.

En ce qui concerne, les Malinké et les étrangers, ils s'installent le plus souvent dans les villages d'accueil où ils forment des quartiers à part, à la périphérie des villages : ce sont les Diouladougou et Mossikro. Cette forme d'intégration est liée au fait que ces derniers exercent parfois comme ouvriers agricoles ou planteurs et commerçants. Plus proches de leurs hôtes, ils participent à tous les événements touchant le village. Cependant, les modes de vie différents et la religion font que, même en vivant côte à côte, l'intégration sociale met du temps à se réaliser complètement. Parfois, lorsqu'ils accèdent à la propriété foncière, notamment les Burkinabés, ils se retirent progressivement dans des campements.

4.2 - MIGRATIONS SCOLAIRES

Le système d'enseignement ivoirien comprend trois niveaux : primaire, secondaire (premier et second cycle) et supérieur. Le passage d'un niveau au suivant est l'occasion de migrer pour une bonne partie des enfants scolarisés. Trois causes sous-tendent ces migrations : la répartition inégale des établissements scolaires, le manque d'infrastructures scolaires et le placement ou le renvoi des enfants.

En ce qui concerne l'inégale répartition spatiale des établissements scolaires, il est à noter que la création d'un établissement scolaire, surtout au niveau primaire répond à des normes officielles dont l'effectif de la population scolaire potentielle.

Un décret en date du 10 mars 1964 a institué un système de carte scolaire dont l'objectif est de programmer les infrastructures scolaires en tenant compte des facteurs démographiques, économiques et socioculturels de chaque région. Mais, cette politique n'ayant pas été totalement appliquée, des besoins de scolarisation n'ont pas été satisfaits dans certaines zones, alors que des écoles sont en nombre pléthorique dans d'autres. Les écoles sont inégalement réparties et les régions les moins peuplées ont peu d'écoles sur de vastes étendues. Ce qui amène certains parents à envoyer leurs enfants ailleurs.

Pour des raisons culturelles ou pour l'une des causes évoquées ci-dessus, des parents utilisent des réseaux d'entraide (parents, amis, etc.) auxquels ils confient leurs enfants pour être éduqués. Selon une étude (GUILLAUME et VIMARD, 1991), la scolarisation est le motif du placement à l'extérieur de la localité pour 58 % des enfants ; ils quittent leur lieu d'origine pour aller fréquenter l'école ailleurs, même si les infrastructures existent chez eux.

Une autre cause de mobilité scolaire est le renvoi des élèves lié à la relative faiblesse du rendement interne dans l'enseignement public. Les élèves renvoyés ont deux possibilités pour continuer les études : soit ils changent d'établissement de façon non officielle, soit ils s'inscrivent dans un établissement privé quand les parents en ont les moyens. Généralement, l'élève préfère plutôt changer de localité.

Quoi qu'il en soit, compte tenu de l'inégale répartition des infrastructures scolaires entre le Nord et le Sud d'une part et entre campagnes et villes de l'autre, on peut aisément émettre l'hypothèse que les migrations scolaires se sont poursuivies avant de s'accroître suite à la crise de 2002. Dans la plupart des cas de changement de localité, des élèves ont bénéficié de l'hospitalité de famille d'accueil (parents proches ou éloignés, amis, etc.).

Le rôle que les migrations scolaires jouent dans l'intégration sociale concerne le brassage des populations. En effet, l'orientation des élèves en sixième ou en seconde, hors de leur région d'origine s'est inscrite dans la volonté du Gouvernement comme un moyen pour la jeunesse d'apprendre à se connaître et à fraterniser, en vue de la création d'une nation ivoirienne. Les solidarités ainsi créées, pendant la vie scolaire, se sont poursuivies dans la vie active, avec les associations des anciens élèves de tel ou tel établissement scolaire. Les liens sont devenus parfois si forts que la crise socio-politique actuelle n'a pas pu les ébranler.

4.3 - MARIAGES MIXTES

À notre connaissance, très peu d'études sont consacrées aux mariages entre les étrangers et les Ivoiriens ou entre les Ivoiriens d'ethnies différentes. Mais l'observation empirique permet de dire que le phénomène existe et ceci est confirmé par l'enquête à passages répétés de 1978-1979. Les résultats de cette opération font apparaître que parmi les étrangers qui se marient en dehors de leur communauté, la plupart épousent des Ivoiriens. C'est le cas de Guinéens. En effet, sur les 15,4 % de Guinéens qui ne se marient pas avec des Guinéennes, 11,2 % se marient avec des Ivoiriennes. Cette forme d'intégration des étrangers à la communauté ivoirienne a renforcé la cohésion sociale favorisée en cela par le climat de paix sociale maintenu durant des décennies dans le pays.

Bien qu'on ne dispose pas de statistiques actualisées, on peut penser que les brassages interethniques et internationaux en termes résidentiels et matrimoniaux ont gagné en ampleur et ce, au fur et à mesure que les flux de migrations se sont intensifiés et se sont dirigés vers le milieu rural et les villes. C'est là aussi, l'une des causes d'atténuation de la crise ivoirienne, les uns et les autres ayant des cousins, neveux ou nièces dans les différentes communautés vivant en Côte d'Ivoire.

4.4 - ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE D'INTÉGRATION DES ÉTRANGERS EN CÔTE D'IVOIRE : LA QUESTION DE LA NATURALISATION

L'intégration des étrangers à la communauté ivoirienne peut s'opérer de diverses manières dont nous abordons ici quelques aspects : la naturalisation, le droit de vote et les rapports professionnels.

Le code de nationalité ivoirienne prévoit pour les Non Ivoiriens, la possibilité de se naturaliser. Le postulant doit constituer un dossier de demande de naturalisation et le déposer à la Sous-préfecture de sa résidence pour être transmis au Ministère de la Justice, après l'enquête policière et le visa du Ministère de l'Intérieur. La Direction des Affaires Civiles et Pénales du Ministère de la Justice archive ces dossiers. Le tableau ci-dessous montre que jusqu'en 1980, la demande de naturalisation a été faible, soit un total de 2167 demandes en 19 ans.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'avant les années 1990, l'acquisition de la nationalité ivoirienne ne présentait en réalité aucun intérêt pour les immigrants : les immigrants avaient, entre autres, le droit de vote et l'attribution des bourses nationales d'étude se faisaient sans distinction de nationalité. Mais plus tard, les nouvelles mesures économiques, politiques et sociales restrictives envers les immigrants ont fait naître le besoin de posséder la nationalité ivoirienne pour exercer certains droits. Ainsi, la question de la naturalisation devient un sujet d'intérêt public et d'intégration nationale et sous régionale. De fait, cette question devient un élément incontournable de la problématique migration et développement en Côte d'Ivoire.

Quoi qu'il en soit, le recensement de 1988 a enregistré 51 146 naturalisés parmi la population résidente ; ils sont 88 714 en 1998. Ces effectifs représentent respectivement, 0,7 % et 0,8 % de la population totale.

Des cas spéciaux de naturalisation peuvent intervenir comme le décret portant sur la naturalisation spéciale signée par le Chef de l'État le 31 mai 2006. Ce décret s'applique à trois catégories de personnes : (i) les étrangers qui étaient mineurs (moins de 21 ans) à la date du 20 décembre 1961 (ii) les étrangers qui sont nés entre le 20 décembre 1961 et le 25 janvier 1973 (iii) les étrangers qui avaient leurs résidences sans interruption en Côte d'Ivoire avant le 7 août 1960.

À l'indépendance, le Gouvernement avait en effet autorisé, pour un an, tous les étrangers vivant sur le sol ivoirien à opter pour la nationalité, s'ils le désiraient. Cet article, inscrit dans le Code de la nationalité a été abrogé, dix ans plus tard, en 1972.

Les rapports sociaux entre Ivoiriens et Étrangers ont été de tout temps cordiaux mise à part quelques périodes de crise (événements de 1958, 1967¹⁵, la crise sociopolitique en cours, etc.). En effet, pendant la colonisation, la Côte-d'Ivoire et les

autres colonies françaises ayant une même tutelle, les distinctions entre Ivoiriens et non Ivoiriens n'étaient pas exprimées. Les populations cohabitaient dans leur diversité.

À l'indépendance, l'ambition de Houphouët-Boigny, le premier président était de construire une nation ivoirienne au sein de laquelle il y a de la place pour tous les ressortissants de la sous région Ouest Africaine. Ainsi, sur le plan politique, les ressortissants des pays de la CEDEAO étaient autorisés à voter depuis l'indépendance jusqu'en 1990. À plusieurs reprises, il a fait appel à des personnes d'origine étrangère comme Ministres dans son Gouvernement. Sur le plan économique, Houphouët a conforté la position des étrangers, dont la grande majorité à l'époque (1963) était en milieu rural, quand il disait que "la terre appartient à celui qui la met en valeur". Cette idée d'intégration des autres à la nation ivoirienne en construction est traduite par Pierre EKANZA en ces termes :

"...L'ambition de Houphouët était de faire de la Côte-d'Ivoire, particulièrement de la zone fertile et riche, couverte par la forêt, et passablement habitée, un "melting-pot", une terre d'accueil, aussi bien pour les autochtones venus des régions plus pauvres du Nord et du Centre, que pour les ressortissants de l'Afrique de l'Ouest. La partie Sud deviendrait alors une "petite Amérique", un microcosme de toute l'Afrique, un monde panafricain... L'exemple le plus frappant, qui révèle toute la mesure de cette ambition, fut le projet de la double nationalité proposé, en 1966, aux ressortissants des États du Conseil de l'Entente, vivant sur le sol ivoirien..."

En dehors de quelques incidents dont certains ont été cités plus haut, jusqu'à la fin des années 1980, la présence des étrangers sur le territoire ivoirien n'était pas perçue comme une menace, les différentes communautés vivaient en harmonie en se respectant mutuellement. Depuis la crise des années 1990 avec son cortège de chômage, d'insécurité et de misère, et la libéralisation de la vie politique, on assiste à une remise en cause de certains "acquis" des étrangers obtenus au cours des 30 années précédentes. En modifiant le statut des étrangers et leur place dans la société ivoirienne, cette remise en cause a altéré quelque peu les rapports entre Ivoiriens et Étrangers,

Tableau 2.7 : Répartition des demandes de naturalisation par année

Année	Nombre de demandes	Année	Nombre de demandes	Année	Nombre de demandes
1962	12	1969	42	1976	181
1963	38	1970	72	1977	195
1964	26	1971	76	1978	289
1965	36	1972	111	1979	280
1966	21	1973	89	1980	325
1967	61	1974	87	Total	2 167
1968	55	1975	171		

Source : DUREAU, 1982

¹⁵ - En 1958 une partie de la population ivoirienne s'est soulevée contre les Dahoméens et les Togolais principalement, accusant ceux-ci d'occuper tous les emplois salariés. Il s'en est suivi, le rapatriement de plusieurs milliers de ressortissants de ces pays.

CONCLUSION

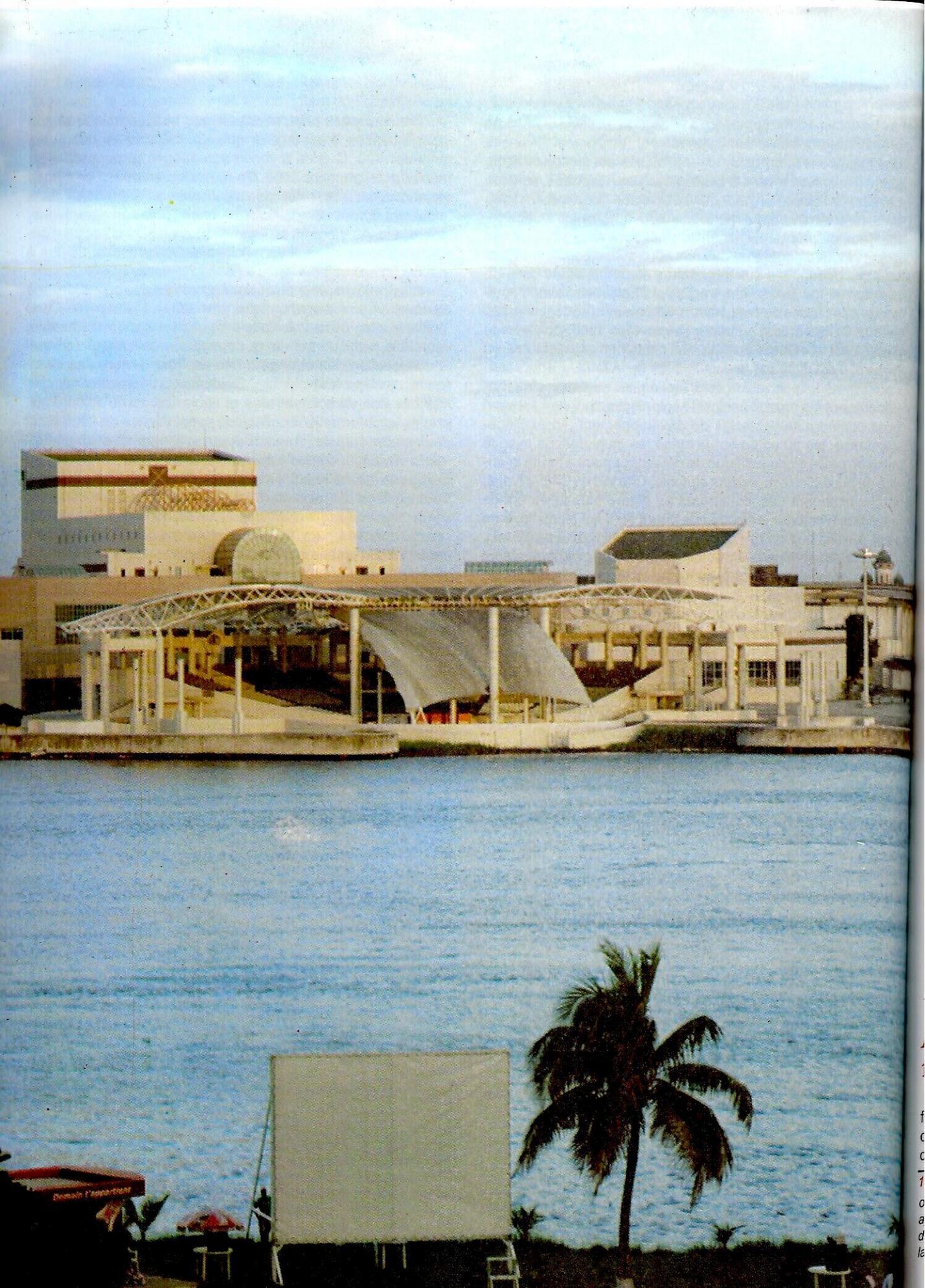
Le document fait apparaître à travers les résultats des études précédentes (recensements, enquêtes) l'ampleur et l'intensité des migrations internes et internationales qui semblent obéir, jusqu'à un passé récent, à des logiques bien précises, puisque passant de l'étape conjoncturelle à un stade structurel. En effet, au niveau interne, en dehors des mouvements intra-départementaux et inter-départementaux qui sont à réexaminer, les grands mouvements sont des flux nord-sud, campagne-ville et ville-campagne. Les flux migratoires étaient orientés dans un premier temps vers le Centre-Est et l'Est; mais, avec l'épuisement des terres de cette région, les courants se sont orientés vers le Centre-Ouest au cours des années 1960, puis vers le Sud-Ouest et l'Ouest ensuite. Ce cheminement n'est pas un hasard, il est dicté par la disponibilité de la forêt.

Commencées avant la colonisation, les migrations internationales ont été organisées par le colonisateur qui s'en est servi pour atteindre ses objectifs de développement. Après l'indépendance, les autorités ont favorisé les immigrations avec la mise en place d'une politique de développement à haute intensité de main-d'œuvre, surtout agricole. Une fois en Côte-d'Ivoire, le cheminement des immigrants ne diffère plus tellement de celui des Ivoiriens: les points de chute sont les plantations de l'est, ensuite du Centre-Ouest, puis du Sud-Ouest et de l'Ouest. Cependant, en plus des travaux agricoles, les étrangers sont également occupés sur les chantiers de coupe de bois de grumes et les scieries. Pendant qu'une partie des immigrants sont en milieu rural, l'autre partie travaille généralement dans l'informel des villes avec une frange importante dans le département d'Abidjan.

Concernant la crise sociopolitique et économique et ses conséquences, il est à noter que, commencée au début des années 1990, la crise a connu son apogée avec la rébellion armée de septembre 2002. En remettant en cause un certain nombre de choses, cette crise a bouleversé "l'ordre établi" dans plusieurs domaines: politique, économique, démographique, social, etc. Au moment où il est de plus en plus question d'envisager l'après crise, il va falloir réfléchir sur les stratégies à mettre en œuvre pour rétablir l'ordre.

Ainsi, vu l'ampleur et les conséquences des migrations sur le développement économique, elles doivent faire partie d'une politique intégrée en vue d'atteindre un développement durable. Une telle politique qui devra dégager un consensus national sur la gestion des étrangers nés en Côte d'Ivoire, les immigrants ainsi que les Ivoiriens de l'extérieur, a besoin de s'appuyer sur des données actualisées et fiables, alors qu'aujourd'hui, toutes les informations collectées avant la crise de 2002 dans le domaine sont devenues caduques. Il apparaît donc primordial d'envisager dès la fin de la crise, une opération d'envergure nationale faisant le point sur la répartition spatiale de la population, l'effectif des migrants et mettant l'accent sur les mécanismes de la migration et l'itinéraire migratoire des individus. À la lumière de ces données, sera examiné le problème des migrations dans le cadre d'un schéma d'action nationale.

Toutes ces caractéristiques et tendances montrent l'ampleur du phénomène en Côte d'Ivoire et soulèvent un certain nombre de défis qui seront analysés dans le dernier chapitre.



Demain l'appartement

f
c
c
7
o
a
d
la

Chapitre 3

Urbanisation et gestion urbaine

Introduction

Phénomène historique de la modernisation des sociétés, l'urbanisation reste aujourd'hui un véritable défi dans les pays en développement. En Afrique au Sud du Sahara, l'une des dernières régions à s'urbaniser, la question est encore plus préoccupante. Le taux d'urbanisation (34 %), bien que modeste par rapport à celles des pays d'Europe et d'Amérique (74 %), se fait à un rythme accéléré sans commune mesure.

La Côte d'Ivoire, pays par excellence de destination de flux migratoires, n'échappe pas à la dynamique de l'urbanisation. Bien qu'en baisse, le rythme de croissance annuel moyen de la population urbaine reste élevé : de 5,4 % sur la période 1975-1988, il est à 4,2 % entre 1988 et 1998. Dans ce contexte, les difficultés liées à l'urbanisation et à la gestion urbaine sont accentuées par la migration et la crise sociopolitique que traverse le pays depuis les années 1990. En effet, en milieu urbain, les migrants constituent plus de la moitié de la population. À Abidjan particulièrement, la pression de la migration est plus forte du fait de sa position de pôle de développement économique et administratif. Plus encore, en dépit des crises successives, les flux migratoires en direction du pays demeurent intacts. Sur la période 1998-2001, l'on a enregistré un peu moins de 100 000 nouveaux arrivants internationaux.

Depuis l'accession du pays à l'indépendance en 1960, les pouvoirs publics ivoiriens, s'inscrivant dans la logique coloniale de ségrégation spatiale, ont initié plusieurs actions en vue de maîtriser le processus de l'urbanisation et de la gestion urbaine. Aujourd'hui cependant, le constat de la non-maîtrise de cette urbanisation fondée pour une large part sur d'importants flux migratoires, engendrent maintes contraintes de développement. En effet, dans le nouveau contexte de libéralisation du commerce mondial, seules les "villes inclusives"¹⁶, bien équipées en infrastructures et offrant des services de qualité sont aptes à bénéficier des activités durables à forte valeur ajoutée.

L'objectif du présent chapitre est de comprendre la dynamique de l'urbanisation, en vue de contribuer à l'amélioration de la gestion durable des villes, ainsi que des conditions de vie des populations urbaines. Il s'articule autour de quatre points que sont i) l'analyse du processus d'urbanisation ; (ii) la définition des facteurs de cette urbanisation accélérée ; (iii) les problèmes qu'engendre une telle urbanisation ; (iv) les politiques de gestion durable de l'urbanisation.

I - Processus de l'urbanisation

1.1 - LE FAIT URBAIN DANS L'HISTOIRE

L'analyse des rythmes d'urbanisation et de la nature des facteurs de croissance permet d'identifier trois phases distinctes que sont les phases (i) pré coloniale, (ii) coloniale et (iii) post coloniale.

¹⁶ - Villes inclusives concilient croissance et équité. Elles sont le lieu où tout le monde, quel que soit son revenu, son sexe, sa race, son appartenance ethnique ou religieuse a la possibilité et est en mesure de participer pleinement à la vie sociale, économique et politique qu'offre la ville.

1.1.1 - LA PHASE PRÉ COLONIALE

Au cours de la phase pré coloniale, l'urbanisation était insignifiante. Le pays comptait trois catégories de cités : les cités marchandes, les capitales politiques et les comptoirs côtiers. Les cités marchandes d'importance étaient localisées dans le Nord du pays, précisément aux carrefours des principales pistes caravanières. Les places marchandes les plus connues Bouna, Kong, Bondoukou, Odienné, etc. constituaient donc des étapes (centres relais) où s'échangeaient les principaux produits en provenance du Sud et des contrées sahéliennes et sahariennes. Ces centres offraient le gîte et le couvert aux commerçants, mais aussi des installations et la main-d'œuvre nécessaire au conditionnement des produits périssables (la cola, etc.). Ces centres qui connaissaient une relative prospérité économique à la veille de la colonisation, vont passer sous le contrôle du grand conquérant Samory TOURE. Dès lors, désertés par les commerçants à l'approche des sofas de SAMORY, ces centres vont amorcer leur déclin économique.

Les capitales des petits États et Royaumes du Sud forestier et des régions de savanes des pays baoulé et manding étaient reliées aux principales pistes caravanières qui sillonnaient le pays. Leur développement était lié aux échanges avec l'extérieur. Après la conquête coloniale, la restructuration des pistes caravanières imposée par le colonisateur en vue de mieux maîtriser les flux de personnes et des marchandises, va entraîner le déclin des capitales politiques, particulièrement celles situées dans les zones faisant frontière avec les possessions anglaises.

Les principaux comptoirs côtiers vers lesquels convergeaient les pistes caravanières, étaient limités dans leur croissance par la présence de la barre qui détruisait périodiquement leurs installations portuaires.

À part ces trois types de cités précoloniales, les autres villes du réseau urbain actuel sont issues de la colonisation.

1.1.2 - LA PHASE COLONIALE

Cette deuxième phase de l'urbanisation dite phase coloniale, peut être découpée en trois périodes distinctes présentant chacune des facteurs de croissance propres. La première période de l'urbanisation correspond à celle de la pacification (vers la fin des années 1800). C'est à cette période que la presque totalité des postes militaires et administratifs ont été créés. Les postes militaires servaient de base d'appui pour la conquête et le contrôle des territoires environnants. Leurs localisations obéissaient à une logique stratégique. Ainsi, certains postes militaires seront créés sur les sites mêmes d'anciennes cités marchandes (Bondoukou 1898, Odienné 1897 Bouna 1898, Kong 1848, etc.) et d'anciens comptoirs (Assinie 1883, Bassam 1883, Dabou 1883, Sassandra 1894, Tabou 1894, etc.), ainsi que le long des anciennes pistes caravanières, en vue d'assurer le contrôle des flux. D'autres postes militaires installés aux zones frontalières avec les pays anglophones (Agnibilékrou 1896, Grabo 1904, Danané 1906, Zaranou 1884 etc.) étaient des points d'observation très importants, puisqu'ils assuraient la sécurité des frontières et le contrôle des flux.

Quelques postes ont été créés, en vue de surveiller les voies fluviales importantes (Tiassalé 1893, Bétié 1894) et le tracé de la voie ferrée qui devait relier la Haute et la Basse Côte d'Ivoire (Abidjan 1903, Agboville 1908, Dimbokro 1908). Quant aux postes d'Abengourou (1885), Odienné (1897), Bouaké (1899) et Korhogo (1902), ils ont été installés sur d'anciennes capitales politiques ou dans leur voisinage immédiat, en vue de contrôler les puissantes chefferies traditionnelles qu'elles abritaient.

La deuxième période de la phase coloniale est celle dite du chemin de fer. Elle va de 1904 à 1945. Durant cette période, dès que le chemin de fer atteignait les postes militaires et administratifs jalonnant son tracé, ceux-ci amorçaient leur croissance avec l'installation d'activités commerciales dans les gares qui deviennent rapidement les noyaux des quartiers commerciaux. Parallèlement au développement du quartier commercial, le noyau du quartier administratif constitué des bureaux et résidences de l'administrateur, du camp des gardes, de la maison d'arrêt et de la mission catholique, se consolide. Durant cette deuxième phase, le taux moyen de croissance urbaine était d'environ 3 %. En effet, les villes du chemin de fer (Agboville, Rubino, Katiola, Dimbokro, Bouaké, Ferkéssédougou) vont être les principales bénéficiaires du déclin des pistes caravanières. Avant le développement du réseau routier, la plupart des courants d'échanges vont converger vers ces villes.

La troisième phase qui débute immédiatement après la deuxième guerre mondiale, correspond à la mise en valeur de la colonie. Ces deux principaux facteurs de croissance sont le développement de l'économie de plantation et la mise en place du réseau routier. En effet, la conjonction de ces deux facteurs a engendré le développement des activités d'échanges et l'implantation des sociétés de commerces (C.F.A.O., C.F.C.I., S.C.O.A., C.I.C.A. etc.) dans les petits postes administratifs. Ces gros bourgs ont enregistré des taux de croissance de l'ordre de 8 %. Ainsi, à la fin de la période coloniale, les bases d'une armature urbaine en Côte d'Ivoire étaient déjà jetées, le taux d'urbanisation du pays ayant atteint 15.4 %.

1.1.3 - LA PHASE POST COLONIALE

Cette phase peut être divisée en deux périodes : la période 1960-1980, caractérisée par une croissance économique rapide et une urbanisation soutenue avec un taux moyen de croissance urbaine de l'ordre de 10 % l'an et la période de 1980-2006, marquée par une grave crise économique et un conflit armé, avec une croissance urbaine ralentie dont le taux moyen se stabilise autour de 4% l'an.

Durant toute cette phase post coloniale, quatre principaux facteurs sont à la base de la croissance urbaine. Ce sont notamment : (i) l'expansion et le déplacement du front pionnier de la culture du café et du cacao de l'Est vers l'Ouest et qui a induit dans son sillage des villes nées de la nécessité des échanges (traite) à la base de l'économie de plantation (Soubré, Méaguy, Divo etc.) (ii) la création de nouveaux centres administratifs et la promotion d'anciens centres en chefs-lieux de département (iii) la concentration de l'investissement public dans quelques centres urbains choisis pour accueillir les fêtes tournantes de l'indépendance (Abengourou 1968, Bondoukou 1971 Gagnoa 1970, Dimbokro 1975, Odienné 1972 etc.) et dans deux centres urbains nés de la politique d'aménagement volontariste de l'État (San Pedro et Yamoussoukro) (iv) l'expansion et l'amélioration du réseau routier national.

Sous l'effet conjugué de tous ces facteurs, le niveau d'urbanisation au Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH 98) s'établissait à 43 %. On réalise que si la plupart des villes ont amorcé leur développement entre les deux guerres mondiales, le pays connaîtra sa véritable explosion urbaine entre 1950 et 1980.

1.2 - MODALITÉS DE L'URBANISATION

L'urbanisation de la Côte d'Ivoire procède de deux modalités : l'expansion démographique des villes existantes et l'augmentation du nombre de villes ou la diffusion de l'urbanisation.

1.2.1 - L'EXPANSION DÉMOGRAPHIQUE DES VILLES EXISTANTES

L'analyse de l'expansion démographique des villes existantes fait apparaître quatre périodes.

De 1936 à 1945, Abidjan et Bouaké, les deux principales villes du réseau urbain naissant, connaissaient un rythme de croissance élevé pendant que les autres villes régressaient ou stagnaient. Cette période voit l'intégration de quatre nouvelles villes à croissance rapide dans la population urbaine.

De 1945 à 1955, on assiste à une accélération du rythme de croissance démographique des villes de l'intérieur. En effet, les petites villes côtières (Tabou, Jacquville, Fresco etc.) dont l'effectif déclinait, amorçaient une croissance modérée de 5 % l'an, pendant que le groupe des villes naguère stagnantes (Touba, Tiassalé, etc.) atteignait un taux de croissance accéléré de l'ordre de 8 %. Un troisième groupe composé des villes moyennes de Man, Adzopé, Dimbokro et Gagnoa présentait des taux de croissance annuelle élevés de l'ordre de 15 %.

La période de 1955 à 1980 est caractérisée par un taux de croissance démographique modéré des anciens centres urbains (6 %) et très élevé dans les nouveaux centres urbains du Centre-Ouest et des villes nouvelles de San Pedro et Yamoussoukro.

La période de 1980 à 2000 coïncidant avec une crise économique persistante, connaît des taux de croissance démographique faibles s'échelonnant entre -3 et 14 %. Durant cette période, comme dans la période précédente, les villes à croissance forte et moyenne sont concentrées dans le Sud-Ouest et l'Ouest, zone de redéploiement de l'économie de plantation et surtout d'accueil des réfugiés libériens. Quant aux villes à croissance faible, elles se retrouvent aussi bien dans le Sud forestier (Aboisso et Abengourou) que dans les régions de Savanes (Korhogo et Bouna). Leur faible progression s'explique par les mutations qui s'opèrent dans leurs bases économiques (transfert d'activités économiques et administratives, vieillissement de l'appareil productif etc.). Quant aux villes à croissance négative, elles se situent pour la plupart dans des zones d'émigration (ancienne boucle du cacao et le Nord).

1.2.2 - L'AUGMENTATION DU NOMBRE DE VILLES

L'une des caractéristiques les plus manifestes de l'urbanisation en Côte d'Ivoire est l'augmentation du nombre de villes. Cette deuxième modalité de l'urbanisation, démarrée timidement lors de la pacification, a connu un essor sans précédent après la deuxième guerre mondiale avec l'exploitation des ressources du pays et surtout après l'indépendance avec l'expansion de l'économie de plantation et la mise en place du réseau de transport.

Ainsi, de 4 centres urbains de plus de 5000 habitants que comptait le pays en 1945, on est passé à 6 en 1955, puis à 30 en 1965, à 89 en 1988 pour atteindre 127 centres urbains en 1998 (Zanou 2001). Dans ce mouvement, le nombre des villes de plus de 10000 habitants a été multiplié par 9 de 1950 à 1975, passant de 5 à 44. Ce nombre a atteint 80 en 1998 dont 16 villes de 50000 habitants et plus et 8 villes de plus de 100 000 habitants. Mais, la population urbaine est largement dominée par celles des deux plus grandes villes du pays, à savoir Abidjan et Bouaké qui concentrent plus de la moitié des citadins (51,1 %).

Le gonflement des populations urbaines et la multiplication du nombre des villes ont comme conséquence une accélération du taux d'urbanisation qui est passé de 2,1 % en 1921 à 12,9 % en 1955. À partir de cette date, la population urbaine va connaître une augmentation remarquable, au point où le taux d'urbanisation a atteint 32 % en 1975, et 43 % en 1998. Les tendances en matière d'urbanisation laissent présager qu'en 2008 près de 50 % de la population du pays (10267400) vivra en ville et qu'en 2018 les citadins seront majoritaires dans la population 56,8 % soit un effectif d'environ 15410664 d'urbains.

1.3 - DYNAMIQUE SPATIALE DE L'URBANISATION

L'analyse de la dynamique spatiale de l'urbanisation s'envisage sous les quatre angles suivants : (i) la répartition spatiale des villes ; (ii) la distribution spatiale des taux d'urbanisation ; (iii) l'évolution et l'image du réseau urbain ; (iv) la structuration des espaces intra urbains.

1.3.1 - LA RÉPARTITION SPATIALE DES VILLES

La répartition spatiale des villes reflète la disparité économique entre le Nord et le Sud. En effet, en 1998, sur les 127 villes que compte le pays, 89 soit 70.1 % sont localisées dans les régions du sud forestier et concentrent à elles seules 82.2 % de la population urbaine. Les 38 autres villes sont dans les régions de savane (29.9 % du nombre de villes) et abritent seulement 17.8 % de la population urbaine. En outre, plus de la moitié de la population urbaine (54.3 %) se concentre dans les trois régions côtières du pays : Lagunes, Bas Sassandra et Sud-Comoé. La seule région des Lagunes, avec Abidjan, compte 47.9 % de la population urbaine totale.

1.3.2 - LA DISTRIBUTION SPATIALE DES TAUX D'URBANISATION

Le taux d'urbanisation de 43 % établi en 1998 est inégalement réparti sur l'espace national. Ce taux varie entre 13,50 % et 83,70 %. Les plus faibles niveaux d'urbanisation (inférieurs à 20 %) se retrouvent dans les Savanes du Nord (Zanzan, Bafing, Denguélé) et le Bas Sassandra. Les autres régions où

l'on enregistre les taux d'urbanisation supérieurs à la moyenne nationale sont les régions des Lacs (44,90 %), de la Vallée du Bandama (57 %) et des Lagunes (83.70 %). Ces taux exceptionnellement élevés s'expliquent par le fait que ces trois régions abritent les deux plus grandes villes du pays (Abidjan et Bouaké), et Yamoussoukro, la capitale politique, qui concentrent respectivement 92,10 %, 78 % et 72 % de la population urbaine de leur région d'appartenance respective (Zanou, 2001).

1.3.3 - L'ÉVOLUTION ET L'IMAGE DU RÉSEAU URBAIN

L'analyse de la distribution spatiale des villes ivoiriennes (Dureau, 1985) confirme les constats majeurs faits par les géographes de l'université nationale de Côte d'Ivoire (actuellement université de Cocody) et de l'ex Orstom (Cotten, 1971), (Cotten et Marguerat, 1977), à l'effet qu'avant la deuxième guerre mondiale, les rares foyers d'urbanisation étaient situés sur le littoral et dans le Nord du pays. Mais déjà en 1936, le système urbain naissant, avait amorcé un développement primitif avec une très forte croissance de la ville d'Abidjan, suivi vers les années 45, du décollage de la ville de Bouaké. À partir de 1955, l'urbanisation se diffuse dans le sud forestier avec un maillage régulier de villes de petite taille (10 à 20.000 habitants).

La période de 1955 à 1965, se caractérise par la multiplication des centres urbains dans le Sud-Est du pays avec un maillage serré, mais peu différencié et une dispersion de localités de tailles moyennes dans le reste du pays. Durant cette période, le réseau urbain se consolide par le décollage des villes moyennes qui constituent un pendant à Abidjan et Bouaké.

La période de 1965 à 2000, se caractérise par l'apparition de localités de petites tailles dans le Sud-Ouest forestier et l'émergence des villes de Yamoussoukro et de San Pedro. Le réseau urbain qui poursuit sa consolidation durant cette période est caractérisé par le renforcement de l'écart entre Abidjan et Bouaké et entre ces deux villes et les autres localités ivoiriennes. Cette recrudescence de la primatie qui n'a pu empêcher la formation d'un réseau urbain hiérarchisé à l'intérieur du pays s'explique par le fait que la ville d'Abidjan bénéficie de l'effet de métropolisation qui lui permet de jouir à la fois de la croissance naturelle de la population, des migrations internationales et interurbaines, ainsi que de l'exode rural.

Abritant à elles deux, un peu plus de la moitié des citadins en 1998 (51.45 %), les villes d'Abidjan et de Bouaké polarisent l'essentiel de l'urbanisation de la Côte d'Ivoire. Cependant, en raison de leur nombre sans cesse croissant, le poids démographique de plus en plus important des autres villes, a tendance à contrebalancer celui des deux principales villes.

Tableau 3.1 : Évolution de la population des villes de plus de 100 000 habitants de 1975 à 1998.

Villes	1975	1988	1998	Taux d'accroissement annuel moyen en %	
				1975-1988	1988-1998
Abidjan	951216	1929076	2877948	5,6	3,8
Bouaké	175264	329 850	461618	5,0	3,2
Daloa	60837	121842	173107	5,5	3,3
Gagnoa	42285	85563	107244	5,6	2,1
Korhogo	45250	109445	142039	7,0	2,5
Man	50288	89575	116657	4,5	2,5
San Pedro	31606	70611	131800	6,4	6,0
Yamoussoukro	37257	106786	155803	8,4	3,6

Source: RGPH, 1975 ; 1988 ; 1998

Tableau 3.2 : Évolution du taux d'urbanisation

Année	Population urbaine	Taux d'urbanisation	Taux d'accroissement
1921	32 000	2,1	-
1932	50 000	2,9	4,1
1948	186 000	8,9	8,5
1955	330 000	12,9	8,5
1958	493 000	15,4	14,3
1965	980 000	24,5	10,3
1975	2 146 293	32,0	8,2
1988	4 220 535	39,0	5,5
1998	6 529 138	43	4,1

Source : F. Dureau, Zanou, RGP-75, RGPH-88, RGPH-98

Abidjan, la capitale économique du pays abrite 44,1 % de la population urbaine et 18,7 % de la population totale du pays. De l'ouverture du canal de Vridi et l'aménagement du port en eau profonde au début des années 50 jusqu'en 1980 marquant le début de la crise économique, Abidjan a connu une croissance supérieure à 10 % l'an. La suprématie démographique d'Abidjan sur les autres agglomérations du réseau urbain est notable. En effet, à la suite d'Abidjan, peuplée de 2.877.948 habitants, la ville de Bouaké qui occupe le deuxième rang dans la hiérarchie urbaine, ne compte que 481.638 habitants soit près de 1/6 de la population Abidjanaise. Daloa qui occupe la troisième place de la hiérarchie, ne compte que 190.719 habitants soit près de 1/15 de la population Abidjanaise.

L'image actuelle du réseau urbain qui est le reflet des dynamismes économiques et démographiques locaux, révèle trois types de peuplement urbain bien différenciés selon les régions : (i) une concentration de la population urbaine dans quelques unités de grandes tailles dispersées au Nord (ii) un réseau de villes relativement dense et nettement hiérarchisé au Sud-Ouest (iii) un réseau très dense sans hiérarchisation affirmée des localités au Sud-Est.

1.3.4 - LES PAYSAGES URBAINS

L'analyse des paysages des villes ivoiriennes permet de distinguer deux types de structures spatiales : la structure au paysage très différencié de la ville d'Abidjan et une structure au paysage assez homogène caractéristique des villes de l'intérieur.

La ville d'Abidjan comporte trois grands ensembles assez différenciés. Au centre, il y a le centre-ville (Plateau) qui a remplacé l'ancien quartier colonial, affecté aux activités du tertiaire supérieur privé et aux fonctions administratives publiques. Ce quartier fait l'objet d'opérations de rénovation commandées par une volonté de densification et d'utilisation plus rationnelle du sol urbain. Ce quartier est encadré par les anciennes cités africaines fondées entre les deux guerres pour accueillir les indigènes. Ces quartiers, victimes des départs massifs des éléments plus riches et plus dynamiques vers les nouvelles zones résidentielles périphériques, se paupérisent progressivement. Leurs patrimoines immobiliers, exception faite de ceux des principales artères, qui se renouvellent pour accueillir des activités commerciales, se détériorent. Quant aux zones d'extension périphérique qui résultent de l'éclatement des deux premiers types de quartier, elles présentent une structure hétérogène composée de zones d'habitats très différenciées.

Les villes de l'intérieur, présentent aussi trois zones distinctes. Il y a d'abord le quartier administratif et commercial, organisé autour de l'ancien noyau administratif et de la place du marché. La zone résidentielle et ses extensions développées autour de la résidence de l'administrateur colonial accueillent aujourd'hui un habitat de haut standing, des équipements collectifs et de services. Les noyaux traditionnels où résidaient les indigènes se sont éclatés pour donner les extensions populaires qui représentent près de 80 % du tissu urbain. D'une manière générale, les petits centres urbains constitués d'opérations de lotissements anarchiques présentent très peu d'attributs de l'urbanité.

II - Facteurs de l'urbanisation accélérée

Deux groupes de facteurs sous-tendent le processus d'urbanisation : les politiques d'aménagement régional et de développement urbain et les migrations en direction des villes.

2.1 - RÔLE DES POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT RÉGIONAL ET URBAIN

2.1.1 - POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT RÉGIONAL

La prise de conscience des contrastes flagrants entre les différentes régions du pays a conduit les autorités à initier un ensemble de programmes de développement pour lutter contre les disparités régionales. Il en sera ainsi pour les investissements publics multisectoriels mettant en valeur les matières premières de base autour de grands équipements structurants, barrage ou port. Ainsi, l'opération de l'Aménagement de la Vallée du Bandama (AVB) a permis d'amorcer le développement du Centre. S'agissant du Sud-Ouest, le désenclavement économique de cette région sous la direction de l'Autorité de la Région du Sud-Ouest (ARSO) a favorisé l'exportation des matières premières, notamment le cacao et le bois et l'implantation des relais administratifs dans l'une des régions alors les moins urbanisées du pays. Le projet ARSO fondé sur l'aménagement urbain et portuaire de San Pedro a créé une dynamique démographique et urbaine sans précédent dans le Sud-Ouest. Des petits Bourgs comme San Pedro, Soubré et Méagui dont la population n'excédait guère 10 000 habitants au début des années 1960 ont vu leur population s'accroître de façon considérable. Ainsi, la population de San Pedro estimée à environ 6000 habitants au début des années 1960 est passée à 31606 en 1975, 70 611 en 1988 et 131 800 en 1998.

Des actions ponctuelles visant l'équipement des villes qui accueilleraient les fêtes toumantes de l'indépendance, le programme sucrier initié dans le Nord, le programme de réanimation des villes du chemin de fer par la création de grands complexes textiles (UTEXI à Dimbokro, COTIVO à Agboville et GONFREVILLE à Bouaké) figurent au nombre des actions initiées par les pouvoirs publics. L'opération faisant de Yamoussoukro la capitale politique et administrative en mars 1983, est à citer parmi ces interventions publiques. Elle vise à créer une capitale politique au Centre du pays, en vue de désengorger la capitale économique, Abidjan. Elle participe aussi de la traduction dans l'espace, de la réussite économique qualifiée de : "miracle ivoirien". Yamoussoukro a dès lors amorcé une croissance rapide (plus de 8 % entre 1975 et 1988) qui s'est par la suite un peu essoufflée (3,6 % entre 1988 et 1998). Sa population évaluée à 37 257 habitants en 1975 se chiffre à 106 786 en 1988 et à 155 803 habitants en 1998.

En définitive, plusieurs enseignements se dégagent des deux époques en matière d'armature urbaine. En effet, en maintenant l'héritage de l'appareil institutionnel colonial, le nouvel État a certes tenté d'infléchir les flux migratoires du Nord vers le Sud, à travers notamment les programmes des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (FRAR), les grands complexes sucriers et la diffusion du coton. Mais, force est de constater que les disparités demeurent. Pour nombre de spécialistes, toute tentative de développement régional suppose que l'action publique volontariste soit enracinée dans les dynamismes locaux (Dubresson, 1987). Or, l'approche publique des pratiques d'aménagement a exclu les forces sociales locales au profit de la seule intervention du pouvoir central aussi bien dans la conception que dans la mise en œuvre des projets.

2.1.2 - POLITIQUES D'AMÉNAGEMENT URBAIN

Au cours de la phase coloniale, l'administration s'inspire largement de la conception de la ville forgée par la révolution industrielle. Durant cette époque, l'espace réel urbain en France était hiérarchisé, caractérisé par la séparation des quartiers riches et des quartiers prolétaires, contrôlé c'est-à-dire quadrillé, organisé et policé. Cet espace était également touché par la révolution pasteurienne c'est-à-dire qu'elle bénéficiait d'égouts, de services sanitaires et de moyens de contrôle des épidémies (Gervais cité par Kipré, 1988)

La traduction de ces principes dans la ville coloniale en Côte d'Ivoire permet d'asseoir une administration de contrôle dans l'espace urbain. Pour ce faire, on spécialisait des portions de l'espace urbain parmi lesquels on distingue à Abidjan par exemple le quartier du commerce avec le marché et les magasins, le quartier administratif avec la Résidence et les bureaux administratifs (Plateau), le camp des gardes de police, (Camp Gallieni entre Adjamé et Plateau), le quartier résidentiel et les quartiers indigènes (Adjamé et Blokosso). En outre, les exigences de sécurité imposaient un plan quadrillé et un urbanisme à trame orthogonale (Treichville), en rupture avec la conception clanique ou tribale de la ville précoloniale dont Kong et Bouna par exemple. Le plan d'Abidjan de 1928 est la traduction spatiale des principes d'organisation de la ville coloniale. Avec la nouvelle politique économique, l'urbanisme et l'habitat apparaissent comme des secteurs d'intervention prioritaires. Des équipements collectifs notamment les dispensaires, les écoles, les camps des gardes ou les magasins sont répartis à travers les villes. Ainsi en 1960,

de telles transformations sont bien perceptibles dans quelques villes de la colonie, notamment à Abidjan et à Bouaké (Kipré, 1988).

À l'indépendance, les autorités politiques ivoiriennes n'opèrent pas de rupture avec la logique de la ville coloniale dualiste : ville européenne et ville indigène. Bien au contraire, les choix opérés vont amplifier les centres urbains comme lieu de diffusion de la modernité, mais également comme structure de contrôle administratif du territoire et de développement économique (Paulais, 1995).

La politique urbaine a connu une évolution dictée par les exigences des périodes coloniales et post coloniales. Au sortir de la deuxième guerre mondiale, une nouvelle politique coloniale caractérisée par de nouveaux cadres institutionnels, des plans de développement est initiée. Ce changement tient aux transformations politiques et économiques qui encouragent le développement des infrastructures dans les colonies. Dans ce nouveau contexte, l'administration coloniale intervient directement dans le financement des investissements les plus coûteux, en vue de favoriser l'intégration des colonies dans l'économie mondiale et leur participation à la reconstruction de la métropole sortie de guerre (Antoine Ph. et al. 1987).

À l'indépendance, l'État naissant intervient dans tous les domaines de l'aménagement urbain avec le maintien de la logique de ségrégation spatiale de l'époque coloniale.

Une autre stratégie pour la poursuite de cet objectif est la politique d'habitat. Elle aussi vise non seulement à élargir la base sociale, mais également à asseoir un projet de société et à maîtriser l'ensemble du processus de production de la ville et de l'habitat. Cette politique de l'habitat est dotée d'un ensemble d'organismes, Société d'Urbanisme et de Construction de Côte d'Ivoire (SUCCI), Société Immobilière d'Habitation de Côte d'Ivoire (SHCI) relayées dans les années 1960 par la Société Ivoirienne de Construction et de Gestion Immobilière (SICOGI) et la Société de Gestion Financière et de l'habitat (SOGEFIHA). Quant au financement, il est le fait du Fonds de Soutien à l'Habitat (FSH), alors que l'équipement des terrains relève de la Société d'Équipement des Terrains Urbains (SETU).

Avec la crise économique des années 1980, l'on assiste à la reformulation de la politique de l'habitat caractérisé par le retrait de l'État de la production du logement, ainsi que la définition d'un nouveau cadre d'intervention.

Dans le nouveau cadre institutionnel, il est mis en place le Compte de Mobilisation de l'Habitat (CDMH) afin de servir de relais aux banques commerciales, en vue de prolonger la durée des prêts de 10 à 20 ans. En lieu et place de la SETU, il est créé le Compte des Terrains Urbains (CTU), auto renouvelable à travers le financement des équipements des terrains et assurant sa rémunération sur la vente de ceux-ci.

Dans l'ensemble, la politique urbaine initiée par les pouvoirs publics a permis de doter Abidjan et bien d'autres centres urbains de parcs immobiliers importants et d'un vaste patrimoine public évalué au total à 72 000 logements. Cependant à l'analyse, il ressort que le grand projet social de l'État ivoirien et le projet de l'habitat de la première génération n'ont pu atteindre leurs objectifs, la plupart de ces logements étant détournés par la classe moyenne (Dembélé, 1997).

2.2 - LES MIGRATIONS DANS LA DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE DES VILLES

Ce point se propose de faire une analyse à deux niveaux. Il abordera d'une part la contribution des migrations à la croissance urbaine et d'autre part l'impact des migrations et de la crise sociopolitique sur le cadre de vie des ménages.

2.2.1 - CONTRIBUTION DES MIGRATIONS À LA CROISSANCE URBAINE

L'examen de la documentation disponible consacrée à la contribution des migrations à la croissance démographique des villes montre la très grande importance de ce phénomène. En effet, il ressort des résultats du recensement général de 1975 que la migration contribuait à environ pour 21 % à la croissance de la population urbaine. À cette date, les natifs des villes ne représentaient que 35 % des résidents. En d'autres termes près de 65 % des habitants des villes venaient d'ailleurs. En 1998, malgré une évolution de la situation, les migrants constituent plus de la moitié (51,4 %) de la population de l'ensemble des villes aussi bien chez les hommes (52 %) que chez les femmes (50,8 %).

L'attraction des villes s'exerce d'abord sur les migrants externes qui représentent 13,9 % de l'ensemble de la population urbaine en 1998, ensuite sur la population née en Côte d'Ivoire, principalement celle issue du milieu rural. La disponibilité d'emplois urbains ne nécessitant pas toujours une qualification professionnelle préalable et le foisonnement d'activités dans l'informel, ainsi que le désir d'aventure (mirage exercé par la ville) sont des éléments qui favorisent l'immigration urbaine.

Depuis les années 1960, on assiste à des mouvements de populations des zones rurales vers les villes moyennes et Abidjan. Ces mouvements ont atteint leur point culminant pendant la période allant de la fin des années 1960 au début des années 1980. Par exemple, Abidjan symbole de l'urbanisation rapide du pays a connu un accroissement exceptionnel (10 % environ) au cours de cette période : sa population est passée de 120 000 habitants à 1 200 000 habitants. Cette croissance est essentiellement due à l'apport migratoire interne et international, puisque le taux d'accroissement naturel n'excédait pas 2,5 %. Pôle d'attraction aussi bien pour les Ivoiriens que pour les ressortissants des pays de la sous-région, la ville d'Abidjan compte 57,9 % de non-natifs dans sa population en 1998 et accueille à elle seule 33,4 % des migrants à destination urbaine. Cette situation s'est renforcée avec la crise politico-militaire. Sur 709 377 personnes déplacées internes à la suite de la crise de septembre 2002 recensées dans cinq départements de grande affluence des déplacés internes (Abidjan, Yamoussoukro, Daloa, Duekoué, Toulepleu), 69 % ont migré vers Abidjan. Fait remarquable, autant les migrations internes vers la ville sont dominées par les femmes, autant celles en provenance de l'extérieur sont dominées par les hommes.

Au total, toutes ces données attestent l'extrême rapidité de la croissance urbaine du pays. Si le taux d'accroissement naturel est un facteur déterminant, il n'en demeure pas moins que les mouvements migratoires en constituent le moteur, ainsi qu'on l'observe sur le graphique 3.1.

2.2.2 - CADRE ET CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES URBAINS

Les conditions de vie des populations urbaines déjà assez précaires ont été fragilisées par la crise économique des années 1980 et la crise politico-militaire qui ont fortement réduit les moyens d'interventions de l'État et des collectivités locales soutenues essentiellement par les fonds publics. Dans l'ensemble des villes ivoiriennes, on a dénombré en 1998 (RGPH, 1998), 1 222 072 ménages ordinaires (576 779 à Abidjan et 645 293 dans les autres villes) avec une taille moyenne de 5,3 personnes. La distribution de ces ménages par types de construction montre que dans l'ensemble 10 % des ménages vivent dans des logements peu décents (6,3 dans des cases traditionnelles et 3,7 % dans des baraques). La précarité des conditions de logement à Abidjan, est plus grande : 9,7 % des ménages à Abidjan habitent des baraques et 0,8 % dans des cases traditionnelles. Dans les autres villes, cette proportion est respectivement de 3,3 % et 7,6 %.

La prolifération des quartiers d'habitats précaires dans les grandes villes est la conséquence d'une dynamique urbaine accélérée sous-tendue par les migrations incontrôlées, du coût élevé des terrains viabilisés et du logement, de l'insuffisance de l'offre de logement et de l'absence ou de la non application des schémas d'urbanisme.

L'analyse des résultats du RGPH 1998 (INS, 2001) révèle qu'à Abidjan seulement 17 % des ménages étaient propriétaires de leur logement contre 33,9 % (un ménage sur trois) dans les autres villes. Il ressort de cette même source qu'à Abidjan, un ménage sur quatre (25,6 %) avait un poste radio, 23 % possédaient la radio et la télévision et plus d'un ménage sur cinq (19,3 %) ne disposaient d'aucun équipement. Dans les autres villes, 34,9 % des ménages disposaient d'un poste radio, 16,1 % avaient la télévision et la radio. Mais, près d'un ménage sur trois ne disposaient d'aucun équipement.

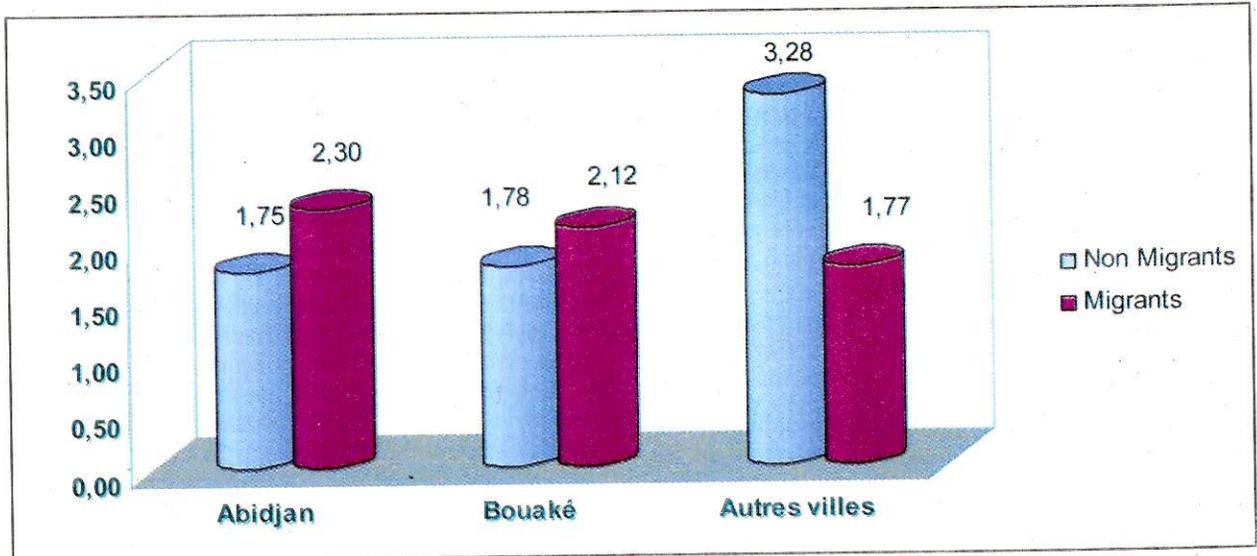
III - Problèmes liés à l'urbanisation

Les principaux problèmes engendrés par la forte croissance depuis la fin de la deuxième guerre mondiale sont notamment la dégradation de l'environnement périurbain, l'insalubrité, l'insécurité grandissante, l'accroissement des bidonvilles, la paupérisation croissante, le manque et l'insuffisance des équipements et des services urbains, l'insuffisance des logements, l'inadaptation des outils de planification et des pratiques foncières. Cependant pour les fins de l'analyse un accent particulier sera mis sur les trois problèmes majeurs suivants : (i) la non maîtrise de la croissance de l'espace urbain ; (ii) la crise des services urbains de base ; (iii) la paupérisation croissante de la population urbaine.

3.1 - NON MAÎTRISE DE LA CROISSANCE DE L'ESPACE URBAIN

Avec la croissance accélérée et désordonnée des villes, les autorités nationales et urbaines se sont assignées comme objectifs de contenir l'expansion spatiale des cités et d'assurer une spécialisation des espaces urbains, au regard des principales fonctions d'une ville moderne. La mise en œuvre de cette vision sur le terrain s'est traduite par la dotation des entités urbaines les plus importantes de documents d'urbanisme directeurs et opérationnels. Ce sont essentiellement les Plans d'urbanisme Directeurs (PUD) et les Plans de lotissement (PL) :

Graphique 3.1 : Contribution à la croissance urbaine par statut migratoire (%)



Source : INS, DDSS, RGPH 98 et notre calcul

- le PUD établit les lignes directrices de l'organisation physique et du développement de l'ensemble du territoire communal et comprend les grandes orientations d'aménagement du territoire urbain, les grandes affectations du sol et les densités de son occupation et un plan programme décrivant les travaux à être exécutés au cours des trois prochaines années, avec indication de leur coût approximatif;
- le plan de lotissement consiste uniquement en un découpage parcellaire, plutôt en l'organisation du cadre de vie. Son élaboration obéit à des principes et à des règlements. Elle passe par trois étapes qui sont l'établissement de levés d'état de la zone à lotir par un cabinet de géomètre agréé, l'élaboration du plan de lotissement confié à un cabinet d'urbanisme agréé, et l'implantation du projet de lotissement de la zone aménagée par un géomètre agréé.

La Côte d'Ivoire est un des pays d'Afrique au sud du Sahara qui a une tradition de planification urbaine relativement ancienne. Le premier plan d'Abidjan date de 1928. Mais force est de constater que ces documents de planification n'ont pas pu permettre de maîtriser la croissance spatiale des villes ivoiriennes. Cet échec est inhérent aux insuffisances mêmes de la fonction de planification dans un contexte d'économie libérale et de croissance urbaine très accélérée. Les principales insuffisances des documents d'urbanisme sont notamment :

- la faible appropriation des documents par les citoyens résultant de leur implication insuffisante dans son élaboration;
- la faiblesse des ressources affectées à leur mise en œuvre;
- l'indisponibilité des données quantitatives depuis la suppression de l'Atelier d'Urbanisme d'Abidjan (AUA) et l'Atelier d'Urbanisme des Villes de l'Intérieur (AUVI);
- la faible capacité de gestion de ces documents qui limite leur usage;
- l'intervention incontrôlée et intempestive des propriétaires fonciers coutumiers et des démarcheurs dans les lotissements et les attributions de parcelles;
- le non-respect des dispositions et des normes techniques préconisées par ces documents, notamment la suppression des espaces réservés aux équipements à des fins spéculatives;

- l'absence de viabilisation des nouveaux lotissements dans les périphéries urbaines.

3.2 - LA CRISE GÉNÉRALISÉE DES SERVICES URBAINS DE BASE

D'une manière générale, les services urbains de base comprennent, l'approvisionnement des citoyens en eau potable, la salubrité, l'habitat, les infrastructures de voirie, de drainage et d'assainissement et le système de collecte des ordures ménagères. Il s'agit des services nécessaires et vitaux non seulement pour le bien-être des citoyens, mais également pour la bonne marche et l'efficacité de l'économie urbaine. C'est pourquoi ces derniers temps, l'électricité, les télécommunications, le transport public, la santé, les services de proximité (écoles primaires, dispensaires) et les équipements marchands (marchés, abattoirs, morgues, gares routières) sont ajoutés à la première liste.

Aujourd'hui, la capacité d'attirer et de retenir les industries et services à même de fonctionner efficacement et être compétitifs tant sur le plan national qu'international est fonction de la qualité et de la façon dont les services urbains de base sont fournis régulièrement dans chaque ville. On assiste depuis deux décennies, à une crise généralisée de l'accès aux services urbains de base. En milieu urbain, par exemple un ménage sur quatre n'a pas accès à l'eau potable (INS, ENV 2002), près d'un ménage sur cinq n'a pas accès à l'électricité. La situation est sensiblement identique aussi bien à Abidjan (16 %) qu'à Bouaké (17 %). De même, 58 % des ménages urbains ne bénéficient pas des services de ramassage des ordures ménagères. Cette proportion est de 30 % à Abidjan. Une telle situation relève beaucoup plus de l'absence d'un mode de financement approprié à ce type de prestation et aussi au manque de professionnalisme des entreprises du secteur.

Dans la plupart des villes de l'intérieur, l'on note l'inexistence de schéma directeur d'assainissement. En matière de transport, seule la ville d'Abidjan dispose d'un réseau de transport public avec une flotte vieillissante. Dans le domaine de l'éducation, on note des effectifs pléthoriques au primaire et au secondaire de l'enseignement public avec plus de 45 à 60 élèves

par classe. En matière de santé, l'accès aux soins et aux médicaments est limité. Depuis quelques années, le réseau des centres de santé communautaires offre une réponse appropriée, mais limitée à quelques ménages à faibles revenus.

Par ailleurs, face à la crise économique persistante et à l'instigation des institutions de Bretton Woods, une vague de privatisations des services urbains de base a été réalisée dans les années 1990. Si ces privatisations ont permis d'améliorer la qualité des prestations offertes, il n'en demeure pas moins qu'elles n'ont pu toucher la question fondamentale de la prise en charge des nouveaux investissements.

3.3 - PAUPÉRISATION CROISSANTE DES POPULATIONS URBAINES

La brutalité de la croissance de la population urbaine va de paire avec l'accroissement du nombre de pauvres dans les zones urbaines. Si par le passé la pauvreté était un phénomène essentiellement rural, aujourd'hui les citadins pauvres constituent une proportion de plus en plus importante de la population vivant sous le seuil de pauvreté. Cette expansion de la pauvreté vers la ville dit "*urbanisation de la pauvreté*", a commencé à prendre de l'ampleur à partir des années 80, avec l'accentuation de la crise économique et la mise en œuvre des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS). En effet, certaines mesures des PAS telles que la suppression des subventions des principales denrées de consommation urbaine (riz, farine etc.), le raccrochage des personnels de l'enseignement public, la suppression des indemnités de logement et des baux administratifs, la révision à la baisse des salaires nominaux de la fonction publique, les licenciements pour des motifs économiques et ceux consécutifs à la privatisation des entreprises d'État ont contribué à l'érosion du pouvoir d'achat des citadins.

Cette détérioration constante des conditions de vie des populations urbaines cumulée à la crise socio politique que traverse le pays depuis le 19 septembre 2002 a aggravé la situation. En effet, le milieu urbain a enregistré une hausse de l'incidence de la pauvreté qui est passée de 5 % en 1985 à 23,4% en 1998 pour s'établir à 24,5 % en 2002 (cf. rapport national sur les OMD). Ce niveau élevé de la pauvreté a sans doute une incidence sur la prolifération des quartiers précaires et des quartiers lotis sous équipés. Plus de 10 % de la population abidjanaise vit dans ces quartiers pauvres.

3.4 - DÉVELOPPEMENT DES PATHOLOGIES SOCIALES

La paupérisation croissante des populations urbaines, les difficultés d'insertion économique des migrants et des jeunes, la montée du chômage, l'effritement des valeurs familiales ont entraîné le développement d'un certain nombre de maux, surtout dans les grandes villes du pays. Il s'agit notamment de la délinquance juvénile, de la prostitution, du banditisme et de l'insécurité avec la fréquence des vols à mains armées, les braquages de véhicules, de banques, de magasins de commerce, etc. Face à cette insécurité croissante, de nombreuses sociétés privées de gardiennage se sont développées mais manquent pour la plupart de professionnalisme et ne font pas l'objet de contrôle suffisant des forces de sécurité publiques. La crise politico-militaire que traverse le pays depuis le coup d'État de décembre 1999 a exacerbé cette situation d'insécurité, principalement à Abidjan à tel point que des mesures d'exception ont été prises pour faire face.

IV - Pour une gestion urbaine durable

4.1 - PROMOTION DE LA GOUVERNANCE URBAINE

Le concept de gouvernance, implique qu'il existe un pouvoir à l'intérieur et à l'extérieur de l'autorité formelle et des institutions officielles. La gouvernance met en jeu trois principaux groupes d'acteurs : les autorités publiques, le secteur privé et la société civile. Elle met par ailleurs l'accent sur le processus décisionnel dans la mesure où toute décision est le résultat de rapports complexes entre de multiples acteurs, ayant des intérêts divergents ; c'est la conciliation de ces intérêts qui est au cœur même de la notion de gouvernance.

Les principes poursuivis par la gouvernance sont, entre autres, l'équité, la durabilité, la délégation de pouvoir, l'efficacité, la transparence, l'imputabilité, la participation, la responsabilité et la sécurité. Selon l'ONU HABITAT, la gouvernance urbaine, peut se définir comme "un ensemble d'institutions et de pratiques favorables à la liberté individuelle et collective, à la paix et au développement au niveau de la ville".

En Côte d'Ivoire, les orientations politiques ont successivement mis l'accent sur les notions d'administration municipale (1960-1980), de gestion urbaine (1980-2000), et de développement local (2000 à nos jours). Cette évolution a grandement influencé les actions et les pratiques des collectivités locales. En effet, ce n'est qu'au cours de la période dite de développement local qu'un intérêt particulier est porté aux questions de gouvernance. Aujourd'hui, les principales préoccupations liées à la gouvernance sont relatives aux trois indicateurs ci-dessous : (i) la participation des citoyens à la gestion et à l'amélioration de la cité (ii) la transparence dans la gestion des affaires municipales (iii) l'accès à l'information.

4.1.1 - PARTICIPATION DES CITOYENS À LA GESTION ET À L'AMÉLIORATION DE LA CITÉ

Cette participation est embryonnaire. Elle est limitée par les problèmes tels que la mauvaise appréciation des enjeux de la participation populaire par les élus et les acteurs locaux, la confusion entre la démocratie représentative et la démocratie participative, le choix des outils et méthodes de communication inadaptés, l'absence de plan et programme de développement consensuel, le manque d'anticipation dans la gestion des conflits, l'opacité dans la gestion des affaires locales.

Dans les années 1990, une innovation importante a été introduite avec l'avènement des Comités de Développement des Quartiers (CDQ) dans quelques communes, notamment Adjamé et Port Bouët, pour la promotion de la participation des citoyens à la mise en œuvre du budget communal.

Malheureusement, cette expérience des CDQ, tant médiatisée, était limitée tant dans ses ambitions que dans l'espace, dans la mesure où elle n'a pu déboucher sur une contribution significative des citoyens à la préparation et à la mise en œuvre du budget d'investissement communal, à l'instar des budgets participatifs en vogue dans les communes ayant les meilleures pratiques de gestion en Amérique latine et en Europe.

4.1.2 - TRANSPARENCE DANS LA GESTION DES AFFAIRES MUNICIPALES

Une première évaluation du niveau de transparence dans la gestion communale en 1985 (ATTAHI, 1993), a fait état d'une gestion opaque, émaillée au niveau de la gestion des ressources financières de deux catégories de fautes : les fautes de gestion et la gestion de fait. Aujourd'hui, après vingt-cinq ans d'apprentissage de vie communale, la plupart des fautes lourdes ont disparu. Cependant, si des cas de gestion de fait persistent, c'est qu'il existe encore des responsables municipaux qui continuent de tout mettre en œuvre pour transformer leur statut d'élus en position de rente. Cette logique de captage des rentes, expliquerait l'aversion que certains maires ont pour la gestion déléguée, la transparence dans la passation des marchés ou pour l'organisation des populations en vue du renforcement des capacités locales de contrôle, par une plus grande implication de celles-ci dans la gestion des affaires locales.

4.1.3 - ACCÈS À L'INFORMATION

D'une manière générale, le système de communication est organisé par des chargés de communication relevant des Cabinets des maires. Ceux-ci, du fait de leur positionnement, manifestent un intérêt plus marqué à l'endroit des activités des maires que celles émanant de la base. Une telle situation a tendance à biaiser la communication qui est plus descendante (top down) qu'ascendante. Toutefois, depuis la libéralisation des ondes, quelques radios municipales ont été mises en service. Elles participent activement à l'information et à l'animation des territoires communaux. On note malheureusement que ces radios quittent rarement les rubriques des informations générales pour aborder les brûlantes questions de développement local. Les quelques magazines d'information sur le développement local et les bulletins d'information municipale reproduisent le même schéma. Il faut indiquer à leur décharge, la non disponibilité de l'information due à la quasi absence des bases de données municipales et le manque de formation spécialisée.

4.2 - LE FINANCEMENT DU DÉVELOPPEMENT URBAIN DURABLE

L'analyse du financement des villes se fonde sur des sources secondaires (ATTAHI 1993), (ATTAHI 1992), (Partenariat pour le Développement Municipal 1997, 1998, 2000). Les contraintes identifiées ci-après découlent de l'analyse de ces sources secondaires. Ce sont notamment :

- l'approche éclatée des interventions des différents acteurs dans le secteur urbain qui ne permet pas toujours leur optimisation (État, communes, sociétés concessionnaires de services, projets de développement, etc.);
- les transferts de compétences dans le cadre de la décentralisation qui n'ont pas été accompagnés de ressources conséquentes pour exercer les nouvelles responsabilités;
- le faible rendement de la plupart des ressources transférées;
- la faible autonomie de gestion des mécanismes et instruments de financement des services urbains et la non pérennité des ressources affectées;
- la multiplicité des fonds spécialisés dans les différents secteurs des services urbains (fonds de l'eau, fonds de soutien de l'habitat, compte des terrains urbains, compte de mobilisation de l'habitat);

- le manque de liquidité à certaines périodes de l'année pour faire face aux engagements relatifs aux prestations de certains services urbains essentiels résultant du principe de l'unicité de caisse encore en vigueur dans la gestion financière.

Ainsi, en 2000, l'ensemble des communes ivoiriennes enregistrait un déficit de clôture de 9,68 milliards F CFA.

CONCLUSION

L'étude portant sur l'urbanisation et la gestion urbaine, a permis de tirer de nombreux enseignements. En effet, débutée de manière timide, on a assisté à une véritable poussée de l'urbanisation entre 1950 et 1975. Cette urbanisation rapide, s'est traduite par une multiplication du nombre de villes et une restructuration de l'espace national par la mise en place d'un réseau urbain dense et hiérarchisé surtout dans la partie Sud du pays. Le moteur de cette urbanisation rapide est sans conteste les migrations qui participent à une vaste restructuration de l'espace ouest africain.

Cette urbanisation est aussi caractérisée par un rythme accéléré qui n'a pu permettre la mise en place des conditions idoines pour son encadrement et donc sa maîtrise. Ainsi, la brutalité de ce phénomène a entraîné une crise aiguë des services urbains dont la principale manifestation est la prolifération des quartiers précaires et la formation des quartiers lotis sous équipés qui abritent respectivement 16 % et plus de 50 % des ménages urbains.

Depuis le début des années 1980, la rupture observée dans la croissance urbaine devait permettre aux autorités de maîtriser les problèmes de couvertures des besoins essentiels. Malheureusement, la crise économique qui la sous-tend a considérablement diminué les ressources de l'État. En outre, cette crise, installée dans la durée, conjuguée avec la crise sociopolitique des années 2000 a exacerbé la pauvreté urbaine et détérioré les conditions et le cadre de vie des ménages. Elle a par ailleurs accentué la stratification sociale, la ségrégation spatiale, ainsi que les inégalités sociales.

En définitive, " l'urbanisation de la pauvreté "est une réalité qui s'accélère. À l'époque coloniale, la fragmentation physique de la ville avait un fondement purement racial; aujourd'hui ce fondement est devenu beaucoup plus économique et social créant ainsi un climat de morosité, de méfiance, de défiance et de suspicion propice à un embrasement généralisé. Parallèlement, la décentralisation lancée depuis les années 1980, en affermissant la culture démocratique et la "libération de la parole", a induit une mutation du citoyen administré en citoyen, plus attentif à ses droits et plus exigeant dans la qualité de l'offre des services. De nouveaux acteurs sont apparus sur la scène urbaine complexifiant ainsi la gestion de la cité. Dès lors, de nombreux défis sont à relever pour le développement urbain durable. Parmi ceux-ci, les plus déterminants et passionnants dans une Côte d'Ivoire post-crise, sont sans aucun doute le passage de la démocratie représentative à la démocratie participative, la gestion de la diversité et la contribution des autorités locales à la reconstruction et au maintien de la cohésion sociale.



Chapitre 4

Gestion de l'environnement et développement durable

Introduction

Les relations entre la population, les ressources, l'environnement et le développement sont au centre des débats qui animent la scène internationale depuis au moins deux décennies. La forte croissance démographique, la pression exercée sur les ressources par des populations de plus en plus pauvres, les modes de production et de consommation non viables, font peser d'énormes menaces sur les ressources naturelles et dégradent l'environnement surtout dans les pays en voie de développement. L'épuisement des ressources naturelles, la détérioration de l'environnement et la rétroaction d'un environnement dégradé sur les hommes et leurs activités constituent de nos jours des préoccupations des gouvernements, notamment ceux des pays du sud.

En Côte d'Ivoire, on assiste à une dégradation de plus en plus poussée de l'environnement qui est liée en grande partie aux activités humaines. En effet, les actions de l'homme sur l'environnement sont d'autant plus intenses que la croissance démographique est très forte. Selon les estimations de l'Institut National de la Statistique (INS), la population en Côte d'Ivoire croît à un taux annuel de plus de 3 % par an depuis les années 1960, avec une urbanisation rapide et une forte concentration dans le sud forestier ¹⁷.

Il résulte de cette situation que l'accroissement rapide de la population et l'élévation des densités qui l'accompagne ont accentué la pression sur les ressources naturelles et intensifié leur exploitation, au fur et à mesure qu'augmentaient les besoins des populations en terres cultivables, en énergie et en biens de toutes sortes. Les contraintes que le développement fait ainsi subir à l'environnement peuvent à leur tour contrarier les objectifs d'amélioration du bien-être des populations. En effet, l'épuisement et la destruction des ressources naturelles et des écosystèmes, pour satisfaire les besoins immédiats, peuvent être préjudiciables aux populations actuelles et futures, notamment aux jeunes ruraux, dans la mesure où ils peuvent avoir de graves incidences sur le développement au point d'appauvrir la qualité de la vie.

Les activités humaines se développent aujourd'hui sous des contraintes dont la croissance démographique est l'une des plus fortes. Aussi, mettre en évidence la responsabilité des hommes et de leurs activités sur la dégradation de l'environnement constitue la préoccupation première de ce travail dont la finalité est de parvenir à la définition d'un cadre de développement durable où l'on pourra améliorer le niveau de vie des Ivoiriens sans pour autant détruire leur environnement.

Ce travail s'articule autour de trois points. Le premier se veut une analyse des principaux problèmes d'environnement, ainsi que les facteurs qui les sous-tendent. Le second point traite des conséquences de la dégradation de l'environnement sur l'économie ivoirienne et sur les populations. Enfin, le troisième point met en évidence les actions à la fois politiques, institutionnelles, juridiques et pratiques que l'État mène pour réduire les effets négatifs de la dégradation de l'environnement.

I - Situation de l'environnement : état des lieux

Les activités humaines en milieu rural sont essentiellement orientées vers l'agriculture, donc vers l'appropriation et l'exploitation des ressources naturelles que sont les forêts, les terres et les eaux. Les demandes croissantes dont ces ressources font l'objet (du fait de la forte croissance démographique) et les modes de production non viables portent de graves atteintes à l'environnement. Il s'agit notamment de la déforestation préoccupante, de la dégradation des sols et de la savanisation des régions forestières, de la surexploitation des ressources halieutiques, du braconnage qui menace la faune et de la dégradation de l'environnement urbain.

1.1 - DÉFORESTATION PRÉOCCUPANTE

La zone forestière ivoirienne fait partie du bloc forestier guinéen. En 1900, cette forêt dense était estimée à un peu plus de 15 millions d'hectares. Aujourd'hui, la couverture forestière est composée de 4,196 millions d'hectares de forêts classées avec 168 000 hectares de plantations forestières et de 2 millions d'hectares d'aires protégées (Ministère des eaux et forêts, 2005). Les aires protégées comprennent huit parcs nationaux, cinq réserves naturelles et seize réserves botaniques. Quelque 5 549 forêts sacrées complètent le réseau de zones protégées. Ces forêts abritent d'importantes ressources en biodiversité d'une grande variété de matériel génétique à des fins de recherche et de développement et qui contribuent à un objectif national puisqu'elles sont nécessaires pour une croissance durable du secteur agricole.

Comme on peut le constater, de 1900 à nos jours, la forêt dense a fortement reculé. Débutée de façon modérée pendant la période coloniale, à raison d'environ 70 000 hectares par an, la déforestation s'est accélérée avec l'indépendance, à un rythme moyen annuel de 300 000 hectares (tableau 4.1). Elle a été favorisée par une absence de réglementation forestière

17 - Confère chapitre 1

formelle et des slogans du genre "La terre appartient à celui qui la met en valeur" (Houphouët-Boigny, 1968). Dans ce processus, les forêts classées ont été infiltrées et partiellement voire entièrement détruites. (tableau 4.2). De même, les aires protégées, surtout les parcs nationaux, n'ont pas été épargnées (Mont Sangbé, Taï, Marahoué, etc.).

L'activité agricole, plus précisément les cultures commerciales (café, cacao, hévéa, palmier à huile, etc.) et vivrières, basée sur un système de culture extensif, constitue le nœud de la problématique de la dégradation de l'écosystème forestier. En effet, avec la culture itinérante sur brûlis, la croissance démographique rapide devient source de pression et facteur de défrichement accéléré des forêts. Les modes de cultures extensifs et les stratégies pionnières de l'occupation de l'espace contribuent à une dégradation plus poussée des forêts. À cette première cause s'ajoute l'exploitation forestière minière. La responsabilité de l'exploitation forestière dans le déboisement se situe à deux niveaux. Elle a consisté d'une part à faire avancer le front pionnier agricole par l'ouverture de pistes que les agriculteurs ont utilisées pour s'infiltrer dans les massifs forestiers longtemps vus comme des milieux opaques, mystérieux et donc répulsifs. D'autre part, l'activité forestière elle-même ne s'est pas inscrite dans une perspective de développement durable, puisqu'elle a été souvent pratiquée par des exploitants non professionnels.

Le troisième facteur qui porte atteinte à la forêt est la consommation croissante de bois et de charbon de bois. Pour satisfaire les besoins croissants en combustibles (bois de feu, charbon de bois) d'une population de plus en plus nombreuse, d'importantes ponctions de bois sont effectuées sur le milieu naturel. En 1990, la consommation annuelle en biomasse - énergie a été évaluée à 11 millions de m³ de bois de feu et 256 000 tonnes de charbon; elle est estimée à 13 millions de m³ de bois de feu et à 330 000 tonnes de charbon en 2000 (Ministère des

Eaux et Forêts, 2005). Dans la mesure où au moins 95 % des ménages du milieu rural et 60 % de ceux des villes ont recours au bois de feu et au charbon de bois comme seule source d'énergie domestique, si ces tendances de consommation sont maintenues, les atteintes à l'environnement risquent d'être des plus critiques.

Enfin la réduction de la couverture forestière a été quelquefois provoquée par les incendies de forêt. Les données du Comité national de lutte contre les feux de brousse indiquent que de 1983 à 2001, les feux de brousse ont dévasté 67 000 hectares de forêt et 5000 hectares de reboisement.

Ainsi, la croissance de la production agricole et les performances économiques ont été soutenues par un déboisement rapide. Comme le mentionnait un rapport de la Banque Mondiale en 1994: "S'il n'est pas maîtrisé, le déboisement aura des impacts dramatiques sur l'équilibre des écosystèmes, ce qui affecterait de façon irréversible le développement agricole et économique de la Côte d'Ivoire". En effet, le déboisement étant réalisé avec les techniques de défriche - brûlis, il ne touche pas uniquement les superficies physiques, mais attaque aussi la qualité des sols en brisant en peu de temps des équilibres écologiques très anciens.

1.2 - DÉGRADATION DES SOLS ET SAVANISATION

D'après la classification de Perraud, A. (1971), la Côte d'Ivoire possède des sols ferrallitiques et des sols ferrugineux qui sont dans l'ensemble des sols pauvres mais, qui conviennent à la pratique de l'agriculture. Ces sols subissent une surexploitation et une dégradation poussée à cause des pratiques agricoles suivant un système de culture extensif, du faible niveau technique des paysans et de l'utilisation du feu, dans un contexte de pression foncière liée à l'accroissement rapide de la population. En effet, dans les régions d'économie de plantation où d'importantes surfaces sont immobilisées par les cultures

Tableau 4.1: Évolution de la forêt dense depuis de 1900 à 1990

Période	Surface restante à l'année (en millier d'ha)	Surfaces détruites sur la période (en millier d'ha)	Taux moyen annuel de réduction sur la période (en %)
[1900 – 1956]	15 671 – 11 765	3 906	0,44
[1956 – 1960]	11 765 – 10 680	1 085	2,30
[1960 – 1962]	10 680 – 10 120	560	2,62
[1962 – 1964]	10 120 – 9 560	560	2,77
[1964 – 1966]	9 560 – 8 985	575	3,01
[1966 – 1968]	8 985 – 8 100	885	4,92
[1968 – 1970]	8 100 – 7 200	900	5,55
[1970 – 1972]	7 200 – 6 300	900	6,25
[1972 – 1974]	6 300 – 5 400	900	7,14
[1974 – 1981]	5 400 – 3600	1 800	4,76
[1981 – 1983]	3 600 – 3 000	600	8,33
[1983 – 1990(1)]	3 000 – 2 000	1 000	4,76

Source : Ministère des Eaux et Forêts, 1988 - (1): estimation

pérennes et où les concentrations humaines sont les plus élevées, il y a un raccourcissement de la durée de la jachère : le temps de repos des terres qui permettait au sol de reconstituer sa fertilité agronomique est passé de 15 à 20 ans dans les années 60 à environ 4 à 5 ans de nos jours, après un temps de mise en valeur continue d'une même parcelle qui peut atteindre 3 à 4 ans. La jachère a même disparu dans les périphéries urbaines où les terres sont en permanence occupées par les vivriers.

L'exploitation régulière de la même parcelle modifie la structure du sol et le prédispose à l'érosion et au lessivage. À ce propos, "On estime que l'érosion des sols nus dans les zones de savanes se situe entre 10 et 30 tonnes/hectare/an et qu'elle est peut-être de l'ordre de 500 tonnes/hectare/an dans la zone forestière "(Banque mondiale, 1994). Quant au lessivage, il conduit à la baisse de fertilité des sols, donc à leur appauvrissement. C'est ce qui explique l'apparition d'îlots de savane en milieu forestier. On observe ce phénomène autour des grandes

villes où la forêt a disparu (Daloa et Abidjan par exemple) et dans les régions de Tiassalé-N'Douci et surtout d'Oumé où des formations à base de *Chromolaena odorata* et diverses graminées sont annuellement parcourues par les feux (Ndabalishye, I, 1992).

1.3 - SUREXPLOITATION DES RESSOURCES HALIEUTIQUES

À partir de la littérature et des données de terrain, Anoh P. (A paraître) fait ressortir que les lagunes étaient des espaces très productifs et rentables pour les communautés riveraines. Mais depuis les années 1950, il est observé une tendance à la baisse des ressources halieutiques attribuée à un appauvrissement du milieu lagunaire. Cet appauvrissement fait suite à l'arrivée massive d'engins collectifs non sélectifs et aux changements des conditions écologiques dus à la pollution progressive du milieu par l'urbanisation accélérée des villes littorales et par

Tableau 4.2 : État de dégradation des forêts classées de l'Ouest.

Nom de la forêt classée	Superficie initiale (en Ha)	Superficie actuelle estimée (en Ha)	Taux de réduction (en %)
Mont glo	10250	5430	47
Mont Glas	3100	650	79
Dent de Man	136	100	26
Trois Mamelons	1630	80	40
Mont Tonkoui	6150	5000	19
Sanguiné	25800	9320	64
Mont Tia	24990	18500	26
Flansobly	14650	12000	18
Kouin	11600	7000	40
Sémien	3200	2800	13
Ira	19150	14360	25
Mont Gba	9575	3460	64
Gouéoulé	18375	16720	9
Yalo	30200	26800	20
Gaba	27100	5500	80
Mont Bapleu	18300	4130	77
Tyonlé	2450	1100	55
Scio	108000	75600	30
Goin-Débé	133170	93220	30
Cavally	83000	66400	20
Mont Sainte	10000	6000	40
Duékoué	53600	22000	59
Mont Momi	10500	6000	43
Mont Niéton	11268	7400	34
Tiapleu	28000	15000	46
Krozialé	14000	9240	34
Goulaleu	950	940	5
Région	677 644	421 250	38

Source: Rapport d'activités 1992, Direction régionale MINAGRA, Man.

Tableau 4.3: Production halieutique par type de pêche de la Côte d'Ivoire de 1990 à 2004 (en tonne)

Année	Pêche industrielle	Pêche artisanale	Aquaculture	Production totale
1990	40 000	55 000	30	95 030
1991	34 974	47 881	327	83 182
1992	39 713	47 326	244	87 283
1993	29 533	40 290	351	70 174
1994	28 357	45 621	116	74 094
1995	26 191	43 998	337	70 526
1996	30 736	42 005	1 128	73 839
1997	23 880	43 287	450	67 617
1998	27 928	44 600	862	73 390
1999	28 237	50 036	896	79 168
2000	34 681	45 642	1 200	81 523
2001	30 363	45 642	1 033	77 038
2002	16 885	53 211	866	70 962
2003	18 344	50 559	866	69 768
2004	19 379	35 017	865	55 261

Source: Direction des productions halieutiques

le développement des grandes plantations industrielles utilisant de grandes quantités de produits phytosanitaires. Malgré, les variations d'une année à l'autre, l'évolution des productions halieutiques de ces dernières années confirme cette baisse (tableau 4.3). On observe une baisse dans les différents types de pêches (artisanale et industrielle) entre 1990 et 2004.

La diminution des ressources halieutiques est accentuée par l'utilisation de substances chimiques ou pesticides dans la pêche, bien que la pêche par empoisonnement soit une pratique interdite. Il en est de même des eaux de lessivage contenant des produits phytosanitaires et fertilisants chimiques provenant des grandes plantations agro-industrielles localisées dans le bassin versant des lagunes, ainsi que les eaux usées et les effluents industriels provenant des agglomérations comme Abidjan.

S'agissant de la pêche en mer, qu'elle soit artisanale ou industrielle, elle se pratique sur le plateau continental, dans les premiers miles marins (3,704 km), c'est-à-dire proche des berges. Il se trouve que cet espace est la principale zone de concentration des espèces pélagiques et démersales. Aussi cette partie de la mer où s'exerce la pression des pêcheurs correspond-elle à la zone de frayère (lieu de ponte) des poissons. Il s'agit donc d'une zone fragile qui mérite d'être protégée et surveillée.

1.4 - BRACONNAGE

La chasse est une activité traditionnelle pratiquée de façon individuelle ou collective, avec des moyens à rendement aléatoire. Bien qu'au Nord du pays, elle ait donné lieu à des chasseurs initiés et fins connaisseurs de la faune et de la nature, les "Dozos", la chasse traditionnelle destinée à la consommation domestique vise essentiellement le petit gibier nuisible aux cultures et a un faible impact sur le peuplement faunique.

Mais, face à la croissance démographique, surtout au développement urbain et à la propension des populations des villes à la consommation de la "viande de brousse", la chasse est devenue une activité lucrative donnant lieu au développement du braconnage. Il s'agit désormais de chasses organisées par des professionnels ou des villageois dans un but commercial et cherchant essentiellement à approvisionner les "maquis" (restaurants africains) dans les centres urbains et semi-urbains ou visant l'exportation des sous-produits animaux (ivoire, peaux, plumes, cornes, pieds, queues, etc.). Cette forme de chasse sévit dans toutes les régions du pays où elle décime inconsidérément les animaux sauvages.

1.5 - DÉGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT URBAIN

Le manque de moyens financiers au niveau de l'État et des communes, ainsi que l'insuffisance des capacités techniques ont été accentués par la crise socio-politique actuelle. Cela ne permet pas d'améliorer les conditions de vie d'une population en forte croissance, même à Abidjan, une ville qui aura bénéficié d'importants investissements dans différents domaines. Il s'en suit de nombreux problèmes au niveau de l'environnement urbain.

1.5.1 - LA PROLIFÉRATION DES ORDURES

La collecte et l'élimination des ordures ménagères constituent l'un des défis majeurs en matière de gestion de l'environnement urbain. L'insuffisance des moyens financiers et des capacités techniques devient une contrainte majeure à la bonne gestion des villes avec le nombre de plus en plus élevé de citadins. En effet, les villes produisent plus de déchets que les structures de collecte ne peuvent en ramasser. La production journalière des villes de l'intérieur varie en général entre 50 et 200 tonnes en moyenne, celle des communes ayant une population supérieure à 5000 habitants est estimée à plus d'un million de tonnes

dans l'année (MECU, 1991). En 1998, avec une population de 2 877 959 habitants et à raison de près de 1 kg/jour/habitant, la production quotidienne d'ordures ménagères d'Abidjan peut être évaluée à environ 2 900 tonnes. Avec environ 3 888 712 habitants en 2005, elle avoisinerait 4 000 tonnes. Au niveau des autres villes, la situation est encore plus alarmante car, aucune de ces villes n'assurait entièrement la collecte de ses ordures. Au recensement de 1998, le taux de collecte des ordures dans les villes de l'intérieur était de 26,1 % contre 65,7% dans la ville d'Abidjan.

La crise militaro-politique qui a éclaté en septembre 2002 est venue aggraver cette situation, au point où aujourd'hui, rares sont les villes de la zone gouvernementale qui peuvent prétendre enlever la moitié de leurs déchets ménagers. La situation en zone sous contrôle des forces nouvelles où l'administration est pratiquement absente est probablement plus dramatique. De ce fait, les ordures non ramassées s'amoncellent dans les rues, les places publiques et les caniveaux ou alimentent des dépôts autorisés ou non. L'insalubrité est devenue si critique à Abidjan où elle constitue une menace réelle pour l'environnement et la santé des populations à tel point que le Gouvernement s'est engagé, à travers le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, à assainir la ville d'Abidjan.

Dans la plupart des villes, les ordures collectées sont déversées sans aucune précaution dans des décharges non aménagées et installées à des distances qui ne sont pas toujours raisonnables. Même la décharge d'Abidjan, située à Akouedo, d'ailleurs saturée, n'est pas une décharge appropriée. Elle présente des risques majeurs pour la santé des populations riveraines et de contamination de la nappe souterraine d'Abidjan. Ce dépotoir reçoit les déchets de diverses origines (ménagers, industriels, et biomédicaux, etc.) qui constitue une menace pour les populations riveraines et pour la masse de population qui y pratiquent des activités de récupération. Sa délocalisation est devenue une urgence environnementale.

1.5.2 - L'INSUFFISANCE DE L'ASSAINISSEMENT ET DE L'ACCÈS À L'EAU POTABLE

Dans la plupart des villes de l'intérieur, il n'existe pas d'infrastructures d'assainissement des eaux usées domestiques, ce qui pose un réel problème d'environnement. En effet, chaque ménage gère selon ses propres moyens les déchets liquides, les eaux de douche étant souvent éliminées dans un puits perdu et les autres dans les caniveaux ou dans la nature. Pour ce qui concerne les excréta, l'assainissement individuel est le système le plus répandu. Il est dominé par les latrines traditionnelles. Il existe néanmoins des villes qui disposent de réseau collectif. Mais ce réseau ne couvre que certains quartiers modernes ou d'habitat collectif : par exemple les blocs SOGEFIHA à Bouaké et à Daloa, le quartier Lac à San-Pedro et les cités du patrimoine de l'État, les grandes écoles et les villas d'astreinte de Yamoussoukro.

Contrairement aux villes de l'intérieur, Abidjan dispose d'un réseau d'égout public de plus de 990 km pour l'assainissement de la ville au niveau des eaux usées et des eaux vannes, y compris le réseau unitaire. Ce réseau collectif couvre près de 70 % de la ville. Pourtant, seulement autour de 45% des ménages y sont raccordés (Direction de l'assainissement, 2005). Il drainait jusqu'à une époque récente l'ensemble des eaux usées et excréta dans la lagune Ebrié. Actuellement, à l'exception de Yopougon et Attécoubé à l'ouest et de Cocody-Est dont les

eaux usées sont toujours évacuées dans la lagune, c'est un émissaire en mer qui achemine les déchets liquides depuis Abobo pour les déverser dans la mer à 1200 mètres au-delà de Port-Bouët. Nombreux sont donc les ménages (55 % environ) qui utilisent le système d'assainissement individuel (fosses septiques dans les quartiers résidentiels et latrines ailleurs), provoquant des problèmes d'évacuation des eaux usées dans les rues et les caniveaux.

On note que 75,8 % des ménages urbains avaient accès à l'eau potable en 2002. Ce chiffre cache toutefois de grandes disparités entre les villes de l'intérieur (44 %), généralement moins nanties, et Abidjan (95 %) (RGPH, 1998). En dehors d'Abidjan où l'eau de consommation est issue d'une nappe souterraine située entre 80 et 120 mètres de profondeur, dans la plupart des autres villes, elle provient des eaux de surface.

Avec la crise socio-politique de 2002, une forte pression s'est exercée sur les ressources en eau potable des villes qui ont accueilli de nombreux déplacés (Daloa, Duékoué, Yamoussoukro, Abidjan) entraînant une baisse de niveau, voire une pénurie d'eau dans certains quartiers. Dans les zones ex-occupées, on a enregistré des coupures fréquentes d'eau engendrant aussi de forte pression sur l'eau potable. Cela est dû en grande partie au manque de maintenance des installations suite au déplacement du personnel de la société de distribution d'eau des zones de conflit vers les zones gouvernementales.

1.5.3 - LA PRÉCARITÉ DES CONDITIONS DE LOGEMENT

Les efforts accomplis par l'État dans la production des logements se sont soldés par la réalisation de 60 000 logements économiques à Abidjan, de 1960 à 1980. Avec la crise économique, au début des années 80, l'État s'est désengagé de ce secteur au profit des opérateurs privés. Il a toutefois mis en place des instruments et des mécanismes qui permettent d'exonérer de taxe les logements sociaux et économiques et de financer l'habitat rural, à travers le Fonds de Soutien à l'Habitat (FSH), et l'habitat urbain par le Compte de Mobilisation de l'Habitat (CDMH) (PNUD, 2004).

Malgré cela, il y a une inadéquation entre la croissance démographique urbaine et la production de logements, ce qui est un véritable problème, surtout à Abidjan. En effet, l'offre actuelle de logements est assurée essentiellement par le secteur privé à raison de 30 000 logements par an, alors que les besoins sont estimés à 40 000 nouveaux logements par an (PNUD, 2004). De plus, les architectes n'interviennent pas toujours dans la conception et la construction de ces logements ; ce qui entraîne le non-respect de certaines normes de qualité, notamment la superficie des pièces, les normes de sécurité et d'aération.

La détérioration des conditions de logements est plus accentuée dans l'habitat précaire dont la prolifération témoigne de l'impossibilité de satisfaire la demande de plus en plus forte en logements. On en trouve dans toutes les villes où il se développe sur initiative des populations urbaines les plus défavorisées. Par exemple, en 1998, on a évalué à près de 800 000 personnes, les habitants d'Abidjan qui vivaient dans les quartiers d'habitat précaire. On peut estimer cette population à plus d'un million de personnes aujourd'hui. C'est également le cas du quartier Bardo à San Pedro qui abrite la plus grande partie de la population de la ville. Avec la guerre de 2002, ce type d'habitat a reçu beaucoup de populations venues des zones assiégées

1.5.4 - LE SOUS-ÉQUIPEMENT DES VILLES

La construction des infrastructures socio économique n'a pas suivi l'accroissement rapide de la population. De sorte que les équipements socio-collectifs sont insuffisants pour répondre aux besoins sans cesse croissants de la population urbaine. Ceux qui existent font l'objet d'une forte pression, d'où leur dégradation rapide. En témoigne l'état de dégradation des rues d'Abidjan en cette période de crise aiguë.

Aussi, la faible intervention des urbanistes dans l'aménagement des villes, le non-respect des plans d'urbanisme expliquent le peu d'espaces réservés aux équipements collectifs tels que les écoles, marchés, centres de santé, et l'absence de latrines publiques, d'espaces de jeux, de parcs et jardins. Parfois les espaces réservés sont envahis par l'habitat précaire ou lotis et revendus à des acquéreurs de terrains urbains à force d'attendre l'équipement prévu. Ainsi l'absence ou l'insuffisance d'équipements nécessaires à une vie saine empêche-t-elle les populations de s'épanouir pleinement.

1.5.5 - LES POLLUTIONS ET NUISANCES

Les pollutions affectent essentiellement les eaux et l'air. Elles concernent plus les centres urbains à cause de la concentration humaine de plus en plus élevée et de la multiplicité des activités qui s'y déroulent. En effet, les eaux usées domestiques, les rejets industriels et la prolifération des activités liées au transport constituent les principales sources de pollution.

Au niveau de la pollution des eaux, dans les villes de l'intérieur, elle touche les cours d'eau et les plans d'eau (retenues d'eau, lacs). À Abidjan, c'est la lagune Ebrié qui est concernée. Ces eaux sont de plus en plus polluées par des déchets solides et liquides qui y sont déversés quotidiennement par les ménages et les industries, sans traitement préalable. Elles le sont également par le ruissellement des eaux de pluies qui transportent de très fortes charges de polluants (déchets organiques et chimiques, germes pathogènes, etc.). Les plus fortes pollutions dans la lagune Ebrié sont enregistrées au niveau des baies de Biétry, du Banco, de Cocody et de Marcory qui font l'objet d'une intense pollution bactérienne.

Le niveau de pollution des eaux ne fait que s'accroître face à la croissance urbaine et à la non-maîtrise de la gestion de l'environnement urbain à Abidjan, d'où de graves menaces sur la qualité des eaux dont l'impact est indéniable, aussi bien sur la santé des populations riveraines que sur le fonctionnement de l'écosystème lagunaire lui-même.

Au niveau de la pollution atmosphérique, dans les villes de l'intérieur comme à Abidjan, elle provient essentiellement des gaz d'échappement des véhicules à moteur et des activités industrielles et artisanales. Elle est plus préoccupante à Abidjan à cause des fumées polluantes rejetées par les industries et de l'accroissement du nombre de véhicules de transport, au cours de ces dernières années, du fait de l'explosion du commerce des véhicules d'occasion et de la crise socio-politique de 2002 qui a entraîné les déplacements des populations. La contribution des scieries, menuiseries et ébénisteries, de l'incinération des pneumatiques et des fumoirs de poissons à ce type de pollution est également significative. Mais en l'absence de données, il est difficile d'en situer le niveau réel.

En ce qui concerne les nuisances, ce sont les mauvaises odeurs émanant des dépôts d'ordures, ce sont les mauvaises

ou qui stagnent dans les rues, voire de la lagune. Ce sont également les incommodités liées aux latrines traditionnelles (mauvaises odeurs, prolifération des mouches, des moustiques, des cafards), ainsi que les bruits incessants de véhicules, de musique et des activités artisanales dans les zones d'habitations. À ces nuisances, s'ajoutent les végétaux aquatiques envahissants qui, depuis le milieu des années 1980 recouvrent les cours et plans d'eau, soit de façon périodique (cas de la lagune à Abidjan), soit en permanence (cas d'autres plans d'eau à l'intérieur du pays). Leur impact écologique est certain et réside aussi bien dans l'obstacle à la navigation que dans l'atteinte à l'esthétique du milieu.

1.5.6 - L'EXPOSITION AUX RISQUES ET CATASTROPHES NATURELS

Avec la croissance urbaine accélérée des villes ivoiriennes et les problèmes d'habitat auxquels une partie de la population est confrontée, l'installation des quartiers précaires ou non sur les zones tenues à l'écart de l'urbanisation aggrave les risques naturels jadis assez modérés ou inconnus. Cette situation expose de plus en plus de citoyens à des menaces sérieuses.

À ce niveau, l'érosion en milieu urbain qui est liée à l'absence ou à la mauvaise canalisation des eaux de ruissellement constitue la menace la plus répandue. Sur le littoral, l'érosion se manifeste par le recul de la côte, à la vitesse de 0 à 3 mètres en moyenne par an (Tastet, J. P. et alii, 1985). Elle est plus prononcée au niveau de Port-Bouët. Même, dans les secteurs où l'érosion côtière est relativement moins importante (littoral entre Grand Bassam et Assinie), c'est-à-dire où le recul du trait de côte est estimé à environ 1 mètre par an, elle est devenue préoccupante.

Il y a aussi les inondations qui touchent toutes les zones basses à l'intérieur des villes : fonds de vallées, cuvettes et terrains plats. Pendant la saison des pluies, les eaux de ruissellement inondent de nombreuses habitations construites sur ces sites. Des manifestations catastrophiques de ce type de phénomène se sont toujours produites dans beaucoup de villes, avec plus d'acuité à Abidjan.

Quant aux glissements et aux éboulements de terrain, ils se produisent surtout à Abidjan, là où l'habitat s'est développé au niveau des versants instables ou en forme d'escarpement. À cet effet, il ne se passe pas une année sans que la commune d'Attécoubé connaisse un drame. Mais, la dénudation des montagnes de l'Ouest peut être source de plus graves catastrophes naturelles. En effet, le fort degré de fracturation des rochers lié à l'exposition permanente et à l'ensoleillement, ajouté à l'altitude et aux fortes pentes, favorise la déstabilisation des versants et les expose aux éboulements (Kouadio, 2001). Ainsi, la suspension aux flancs des montagnes des blocs rocheux susceptibles de s'ébouler constitue un véritable danger auquel les populations peuvent être exposées. C'est le cas de la ville de Man où, au regard de la position de certains blocs et des constructions qui occupent les pieds et les bas versants des montagnes, les risques d'éboulement sont particulièrement élevés.

Au regard de ce qui précède, on constate qu'il y a une véritable crise environnementale qui s'est amplifiée avec le contexte de crise socio-politique : toutes les ressources naturelles s'épuisent, en même temps que les établissements humains, notamment urbains se détériorent gravement. Quelles en sont les conséquences ?

II - Prix à payer : graves menaces pour l'économie et les populations

L'acuité des problèmes environnementaux liés à l'accroissement de la population implique des effets assez significatifs sur le développement économique et social. En effet, l'inadaptation des techniques d'exploitation des ressources naturelles et des politiques d'urbanisation au contexte démographique est source de graves menaces pour l'économie et les populations. Celles-ci se manifestent par la perte de bois d'œuvre, la perte de biodiversité, la pénurie des énergies domestiques à base de bois, la baisse de la productivité des terres agricoles, la prolifération des maladies environnementales et les pertes en vie humaine et des dégâts matériels liés aux catastrophes naturelles.

2.1 - PERTES DE BOIS D'ŒUVRE

La forte réduction des superficies des forêts denses humides exploitables, suite aux activités humaines, s'est accompagnée d'une raréfaction des espèces de bois d'œuvre dont l'avenir à moyen terme est menacé. En effet, la production forestière est passée de 3,5 millions de m³ en 1970 à 5,3 millions de m³ en 1977, puis a chuté progressivement pour se situer à une moyenne annuelle de 2,2 millions de m³ au cours des années 1990, et à 1 558 528 m³ en 2004 (Ministère des Eaux et Forêts, 2005). Dans le même temps, le nombre d'exploitants forestiers qui était de 327 en 1994 est tombé à 172 en 2004.

Aussi observe-t-on que la part des bois rouges, considérés comme des bois polyvalents de qualité supérieure, a considérablement diminué au fil du temps, au point où les principales essences exploitées en quantité dans les années 90 ne portaient que sur des bois de déroulage (Samba, Fromager et Bahia) et un bois de menuiserie de qualité supérieure, à savoir l'Iroko (MINAGRA, 1997). Les espèces de bois d'œuvre en voie de disparition concernent les *Endentrophragma* sp. (Sipo, Kosipo, etc.), l'Assamela, l'Iroko, etc. et celles qui sont les plus exploitées aujourd'hui sont les bois blancs, notamment le Samba et le Fromager.

Cette érosion de bois d'œuvre se traduit également par une perte de recettes pour l'État et l'économie ivoirienne : de 4 % du PIB en 1970, la part de l'exploitation forestière dans le PIB a été de 2 % des années 1980 à 1995 et de 1 % de 1995 à 2001 (Ministère des Eaux et Forêts, 2005). De sorte que "l'aménagement adéquat du reliquat des forêts produirait un flux économique soutenable dans les secteurs public et privé, certes moins important, mais plus régulier qu'aujourd'hui" (Banque mondiale, 1994).

Enfin, la perte de bois d'œuvre se fait sentir sur l'industrie du bois, avec les incessantes ruptures d'approvisionnement des scieries. Cette situation s'est compliquée davantage avec la crise sociopolitique : depuis 2000 de nombreuses usines agréées ont cessé toute activité, d'où la réduction de la part du bois dans l'économie ivoirienne.

2.2 - PERTES DE BIODIVERSITÉ

La destruction des écosystèmes forestiers et la dégradation des systèmes aquatiques par les activités humaines ont entraîné la disparition des habitats et niches indispensables à l'existence de nombreuses espèces inféodées. Par exemple,

la modification des écosystèmes a entraîné la dispersion des espèces animales qui dépendent du milieu forestier (les céphalophes de forêt, les chimpanzés, les éléphants, les buffles, les léopards, etc.). Cette situation met en évidence la menace que la destruction de la forêt fait peser sur la vie des différentes espèces animales. La déforestation et le braconnage intensif ont entraîné la réduction du peuplement de nombreuses espèces animales. Certaines sont même menacées d'extinction : 26 espèces de mammifères, 7 espèces d'oiseaux forestiers, le papillon "queue d'hirondelle" géant parmi les insectes, 3 espèces de crocodiles et les tortues marines parmi les reptiles, 8 espèces d'amphibiens (UICN, 1990).

L'appauvrissement des forêts en diversité floristique concerne surtout les bois rouges dont toutes les espèces sont aujourd'hui rares en zone rurale. À ce niveau, sur 89 espèces et sous-espèces de plantes endémiques à la Côte d'Ivoire, 59 sont menacées (UICN, 1990). De même, environ 1500 espèces de la flore sont utilisées à des fins médicinales et 120 taxons comme plantes alimentaires de cueillette. Avec la pression démographique, le prélèvement de ces ressources excède leur capacité propre à se régénérer (Ministère d'État, Ministère de l'environnement, 2005).

2.3 - LA PÉNURIE DES ÉNERGIES DOMESTIQUES À BASE DE BOIS

Le déboisement très poussé en milieu rural et dans les périphéries urbaines conduit à une raréfaction du bois. Dans les anciens fronts agricoles (Est, Sud et Centre-Ouest du pays par exemple), les femmes utilisent de plus en plus tous les types de bois qu'elles trouvent, y compris ceux qui ont une faible valeur calorifique tels que les cacaoyers secs, comme combustibles. Dans les centres urbains où il y a une forte concentration humaine et où la population augmente plus vite, l'accroissement de la consommation et donc de la demande en bois de feu et en charbon de bois entraîne un éloignement de plus en plus sensible des zones d'approvisionnement.

La pénurie des énergies à base de bois se fait également sentir sur les prix en milieu urbain qui augmentent indirectement par la diminution du volume servi. Elle agit aussi sur le travail des femmes des campagnes qui doivent parfois aller plus loin pour avoir du bois. La pénurie de bois contribue ainsi à la dégradation des conditions de vie des couches sociales pauvres des villes et des campagnes. En attendant de réduire de façon substantielle la consommation des énergies domestiques à base de bois, au profit d'autres sources telles que le gaz butane, une professionnalisation de ce secteur d'activité, par l'utilisation des techniques modernes de production du charbon, s'impose.

2.4 - BAISSÉ DE LA PRODUCTIVITÉ DES TERRES AGRICOLES

Les estimations statistiques disponibles (Statistiques agricoles 1900 à 1983, 1980, 1984, 2004, 2005) montrent que l'accroissement des productions agricoles résulte d'une augmentation des superficies qui leur sont consacrées. La dépendance de la production aux surfaces cultivées implique des rendements faibles et stables, aussi bien au niveau des cultures de rente que des produits vivriers. Par exemple, les productions potentielles (en station expérimentale) à l'hectare pour une plantation de

cacao et de café sont respectivement de 2 tonnes et 1,5 tonne, alors que les parcelles paysannes ne produisent que 0,5 et 0,25 tonne/hectare. Aussi, la régression des rendements a été plus évidente au niveau du café, notamment depuis 1969-1970, passant de 429 kg/hectare à 239 kg/hectare en 1979-1980, puis à 79 kg/hectare en 1983-1984, situation aggravée par la sécheresse de 1983. Dans le même temps, ceux du cacao ont constamment varié entre 400 et un peu plus de 500 kg/hectare. Ces rendements sont encore plus faibles au niveau des vieilles plantations qui, sans apport de fertilisants ni de renouvellement du verger, ne contribuent pas de façon significative à la production nationale de ces cultures. Dans ces mêmes régions, la baisse de la productivité des sols influe parfois sur le cycle végétatif de certaines plantes.

S'agissant des cultures vivrières, la pression humaine sur les terres non occupées par les cultures pérennes est devenue telle que la durée de la jachère ne permet plus au sol de se régénérer, avant sa remise en culture. Cela a pour conséquence une baisse de la productivité des terres qui se traduit, dans les anciennes régions de plantation, non seulement par des rendements agricoles plus faibles qu'ailleurs, mais aussi par le déplacement des zones de production qui suivent les fronts pionniers. Par exemple, dans les années 70, la région de Divo était l'un des principaux "bassins vivriers" de la Côte d'Ivoire. Aujourd'hui, les produits jadis abondants comme le taro y sont devenus rares; les productions de banane plantain et d'igname ont considérablement baissé: de 14 % de la production nationale de banane plantain en 1975 à 7,3 % en 1984; de 3,4 % de celle de l'igname tardive en 1975 à 1,7 % en 1984 (Statistiques agricoles, 1980 et 1984), au profit des régions du Sud-Ouest (Soubré) et de l'Ouest (Guiglo, Duékoué). Au regard de cette situation qui va s'accroître avec l'augmentation de la population et des contraintes foncières qui vont survenir après la stabilisation des fronts sud-ouest et ouest, il est à craindre que, sans adoption de modes intensifs de culture, la Côte d'Ivoire puisse s'assurer une sécurité alimentaire durable et éviter de graves déséquilibres écologiques.

2.5 - PROLIFÉRATION DES MALADIES ENVIRONNEMENTALES

On observe depuis quelques années une prolifération inquiétante des maladies dites environnementales dans les centres urbains. En effet, la dégradation de l'environnement urbain et l'insalubrité grandissante qui l'accompagne favorisent la prolifération des agents pathogènes et exposent de plus en plus les populations aux maladies.

D'après les statistiques du Ministère de la santé (de 1994 à 2001), l'exemple de la ville d'Abidjan illustre parfaitement cette situation:

- le paludisme qui présente une expansion alarmante: de 93 422 cas en 1994 à 273 544 cas en 1996, puis 262 016 cas en 2000.
- les infections respiratoires aiguës (IRA) qui sont passées de 43 991 cas en 1994 à 127 377 cas en 1996 et, pour les seuls enfants de moins de cinq ans, 28 055 cas en 2000.
- les diarrhées connaissent également une évolution importante, en passant de 16 797 cas en 1994 à 45 385 cas en 1996, puis à 10 538 cas en 2000 pour les seuls enfants de moins de cinq ans.

- la tuberculose dont on avait enregistré que 333 cas en 1995 a atteint 8 106 cas en 2000, tandis que la rougeole passait de 835 cas en 1994 à 3 777 cas en 1996. Les enfants de moins de cinq ans atteints par cette maladie étaient au nombre de 3 526 en 2000.
- des maladies liées au défaut d'ablutions telles que le pian, la varicelle, la conjonctivite, ne sont pas non plus négligeables.
- le choléra, la fièvre jaune et la fièvre typhoïde se manifestent de plus en plus dans cette métropole où les conditions d'hygiène se dégradent de jour en jour pour tous. En effet, sur 6 260 cas de choléra déclarés en Côte d'Ivoire d'octobre 2000 à octobre 2001, 3 250 cas ont concerné Abidjan, occasionnant 59 décès, alors qu'en 1996 on y avait enregistré que 109 cas suspects.
- sur 280 cas suspects de fièvre jaune identifiés dans tout le pays de février à décembre 2001, 157 l'ont été à Abidjan dont 14 ont été confirmés; en 1996, le nombre de cas suspects n'était que de 77.

2.6 - PERTES EN VIES HUMAINES ET DÉGÂTS MATÉRIELS LIÉS AUX CATASTROPHES NATURELLES

Phénomène apparemment anodin par la lenteur de ses manifestations, les dommages causés par l'érosion sont devenus importants du fait de l'expansion urbaine, de sorte que celle-ci apparaît comme la menace la plus grave dans la plupart des villes où elle creuse des rigoles, met à nu les infrastructures de distribution d'eau potable ou d'assainissement et dégrade les rues. L'érosion est plus dangereuse, non seulement au pied des maisons construites sur des pentes dont elle sape les fondations et provoque la chute, mais aussi au niveau des ponts dont elle a déjà détruit certains à Abidjan: le pont du Lycée technique en 2000, la digue reliant les Deux Plateaux à Attoban et plus récemment celui qui relie Niangon Nord à la Cité verte. Sur la côte, les dégâts sur les habitations, sur les équipements hôteliers et sur les villages de pêcheurs proches du rivage sont énormes. En effet, toutes ces constructions sont détruites, au fur et à mesure que l'érosion côtière avance.

Quant aux inondations, elles provoquent chaque année des dégâts matériels importants et amènent certains habitants à abandonner momentanément et quelquefois définitivement leurs maisons: par exemple à Daloa et dans les cuvettes d'Abobo. Les événements les plus tragiques ont concerné: une inondation survenue au quartier Marais à Daloa vers les années 1970 qui aurait fait une dizaine de morts; quatre crues exceptionnelles de l'Agnéby qui se sont produites à Agboville depuis la création de la ville (1956, 1962, 1976, 1989). La dernière a eu des conséquences lourdes, avec plusieurs personnes tuées et des dégâts matériels estimés à 970 millions de FCFA; les inondations survenues à Abidjan en 1996 au cours desquelles de nombreux quartiers ont été sinistrés, ce qui a provoqué la mort de cinq enfants à Abobo et d'un autre à Bonoumin.

Les glissements et éboulements de terrain sont également dangereux à Abidjan, notamment dans la commune d'Attécoubé où, chaque année, en plus de l'écrasement de maisons, des drames se produisent, dont les plus graves sont la mort de sept personnes dans la nuit du 30 au 31 mai 1996 et de six autres d'une même famille en juin 2005.



Photo 4.1 : L'action de l'érosion au pied d'une maison dans l'habitat précaire (Attécoubé)

Comme on le voit, les conséquences de la dégradation de l'environnement sont énormes : les bases de l'économie ivoirienne s'effondrent, la précarisation de la santé publique s'accroît. Quelles dispositions les autorités et la communauté internationale prennent pour faire face à cette situation ?

III - Politiques et stratégies de gestion de l'environnement

À l'heure actuelle, il n'existe pas encore une politique nationale unique et coordonnée en matière de gestion de l'environnement et des ressources naturelles. Ce domaine a toujours été appréhendé d'une manière sectorielle et cloisonnée. Ainsi, les outils de la stratégie générale ou sectorielle sont de plus en plus nombreux, en dépit des incohérences certaines, voire des contradictions susceptibles d'amoinrir leur opérationnalité.

3.1 - POLITIQUES SECTORIELLES

3.1.1 - LE PLAN NATIONAL D'ACTION POUR L'ENVIRONNEMENT

Dans le cadre de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie de développement durable, le gouvernement a entrepris l'élaboration d'un Plan National d'Action Environnemental (PNAE), fondé dans sa phase initiale, sur une consultation très élargie de tous les acteurs et partenaires de l'environnement, tant au plan national qu'au plan international. Cette démarche a conduit à l'élaboration du Livre blanc de l'Environnement, adopté par le Gouvernement, le 24 mai 1995. Représentant le consensus national autour des grandes préoccupations du pays relatives aux problèmes d'environnement, ce document a été traduit en Plan National d'Action Environnemental pour les quinze prochaines années (1996-2010).

Ce Plan d'Action adopté par le Conseil des Ministres, le 13 décembre 1995, répond à une des préoccupations majeures du Gouvernement de doter le pays d'un outil performant de gestion rationnelle des ressources naturelles et de préservation de l'environnement. La mise en œuvre de ce Plan National d'Action Environnemental a été formulée en dix grands programmes : développement agricole durable ; préservation de la diversité biologique ; gestion des établissements humains ;

gestion de la zone littorale ; lutte contre la pollution et autres nuisances industrielles ; gestion intégrée de l'eau ; amélioration de la gestion des ressources énergétiques ; recherche, éducation, formation et sensibilisation ; gestion intégrée et coordonnée de l'information environnementale ; amélioration du cadre institutionnel et réglementaire.

Mais dans une première phase (1996-2000), il était question de mettre en œuvre quelques actions prioritaires de court terme dont certaines ont été réalisées, à savoir l'élaboration du code de l'environnement, du code de l'eau, de la loi sur le foncier rural, du livre blanc du littoral ivoirien et l'intégration de l'environnement dans les programmes scolaires (primaire et secondaire)

3.1.2 - LA STRATÉGIE DE RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ

Depuis juin 1997, le gouvernement est déterminé dans le cadre du Programme de Lutte contre la Pauvreté à approfondir la question de la pauvreté pour en faire un axe prioritaire de son programme de développement. Pour ce faire, il convient de s'orienter vers le choix d'actions concrètes permettant aux populations et les pauvres en particulier, d'améliorer leur cadre de vie et la gestion durable des ressources naturelles (biodiversité, eaux, terres) afin d'assurer leurs besoins essentiels.

C'est sur cette base que, dans le cadre du Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), un diagnostic approfondi du secteur de l'environnement en relation avec la réduction de la pauvreté a été établi. Ensuite les politiques et stratégies avec des objectifs quantifiés et mesurables sur la période 2003-2007 et les stratégies de mise en œuvre ont été clairement définies.

3.1.3 - LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT

En septembre 2000, la communauté internationale s'est engagée à atteindre un objectif ambitieux : diminuer de moitié le nombre des personnes vivant dans une pauvreté absolue à l'horizon 2015. Pour ce faire, les dirigeants du monde ont adopté des objectifs dont le septième vise à assurer un environnement durable, convaincus que la croissance de la population, son appauvrissement et la dégradation de ses conditions de vie influenceront dans une très large mesure sur l'instauration d'un équilibre entre utilisation des ressources et besoins de l'environnement.

Dans le cadre du suivi des recommandations des OMD, la Côte d'Ivoire a produit, en décembre 2003, son premier Rapport National sur les OMD. Dans le cadre de l'appropriation locale des OMD, la Cellule de Lutte Contre la Pauvreté et le Bureau National d'Études Techniques et de Développement (BNETD), en collaboration avec la Mairie de Tiassalé, ont initié un projet pilote de mise en œuvre des OMD au niveau local.

3.1.4 - LA POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION

Conformément à l'objectif poursuivi par la politique de développement des ressources humaines, le but principal visé par la Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP) est l'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable. Cette politique s'intègre dans l'élaboration de la planification économique, sociale et culturelle à moyen et long termes. À cet effet, six problèmes de population ont été identifiés dont l'un portant sur la dégradation du cadre de vie des populations et la sauvegarde de l'environnement.

Pour faire face à ce problème d'environnement, des objectifs ont été fixés, à savoir déplacer les quartiers d'habitat précaire des sites inappropriés en respectant les droits et les biens des personnes, développer la formation, l'appui et l'encadrement des agriculteurs, éleveurs et pêcheurs et assurer la pérennité de l'approvisionnement en ressources alimentaires, assainir le cadre de vie des populations pour le garantir contre la pollution et la dégradation de l'environnement et promouvoir au niveau des individus une meilleure connaissance des interrelations population - environnement - développement.

Cette politique s'appuie sur un Programme National d'Actions en matière de population adopté en mars 2002 par le Gouvernement pour la période 2002-2006.

3.2 - CADRE INSTITUTIONNEL

Le diagnostic du cadre institutionnel de gestion de l'environnement en Côte d'Ivoire a été effectué à la faveur de la préparation du Plan National d'Action pour l'Environnement (PNAE). Cette évaluation a conclu que l'architecture institutionnelle avait une faible efficacité, en raison de l'incohérence et du chevauchement des attributions des services, et la multiplicité des centres de décision et des initiatives, particulièrement parce que plusieurs autres Ministères ont des attributions en matière d'action environnementale. La conséquence de cette situation est traduite par une coordination pratiquement inexistante et un suivi inefficace des actions. En décembre 1998, une réflexion sur le renforcement des capacités institutionnelles en gestion et planification de l'environnement fut initiée par la Banque mondiale en collaboration avec la Primature.

En tout état de cause, le Ministère de l'Environnement et des Eaux et Forêts, avec ses structures sous tutelle que sont l'Agence Nationale De l'Environnement (ANDE), l'Office Ivoirien des Parcs et Réserves (OIPR), le Centre Ivoirien Antipollution (CIAPOL) et la Société de Développement des Forêts (SODEFOR), dans le cadre de ses compétences générales, dispose de prérogatives pour proposer une politique globale et définir des perspectives stratégiques d'ensemble, en vue de la sauvegarde de l'environnement et de la protection des ressources naturelles. Il soutient également la mise en œuvre des mesures opérationnelles arrêtées. Les autres ministères concernés contribuent à la mise en œuvre de la politique, dans le cadre de leurs compétences sectorielles. Dans ces conditions les ambiguïtés viennent de ce que certains de ces ministères veulent développer leur propre expertise et programmes.

À côté de ces institutions, se trouve le BNETD, une société d'État qui possède en son sein plusieurs départements sectoriels dont ceux de l'environnement, du milieu urbain, de la forêt, de l'agriculture et de l'hydraulique. Elle a pour missions essentielles de faire les études et d'évaluer les grands projets de l'État.

Enfin, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) d'environnement se sont multipliées à la veille du sommet de Rio en 1992. Elles participent avec plus ou moins de succès à la résolution des problèmes d'environnement. Elles travaillent en synergie avec certaines ONG internationales comme le Fonds Mondial pour la Nature (WWF), Conservation Internationale (CI), Afrique Nature Internationale, Birdlife International, etc.

3.3 - CADRE JURIDIQUE

3.3.1 - LES INSTRUMENTS JURIDIQUES INTERNATIONAUX

À ce niveau, il convient de rappeler deux principes fondamentaux de la constitution ivoirienne : la nécessaire conformité des engagements internationaux à la constitution et la supériorité aux lois des traités ou accords régulièrement ratifiés et publiés, pourvu qu'ils soient appliqués par l'autre partie. De plus en l'absence de textes nationaux sur une matière donnée, on a recours aux dispositions des conventions internationales. En matière d'environnement, la Côte d'Ivoire a signé une cinquantaine de conventions internationales. Les dernières à être signées sont : convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international, ratifiée en 2003 ; la convention de Stockholm de 2001 sur les polluants organiques persistants (POP), ratifiée en 2003 ; Protocole de Kyoto sur le gaz à effet de serre, ratifié le 25 octobre 2005.

3.3.2 - LA LÉGISLATION ET LA RÉGLEMENTATION NATIONALES

La Côte d'Ivoire dispose d'une législation environnementale relativement dense. En l'absence d'une politique de gestion globale de l'environnement et des ressources naturelles, la diversité des structures de conception des textes les régissant, ainsi qu'une certaine frilosité de ces structures à l'égard de leurs prérogatives ont abouti à l'adoption d'une pléthore de textes de lois relatifs à la gestion des ressources naturelles. Mais, comme cela a été déjà révélé dans le livre blanc de l'environnement, la réglementation de l'environnement souffre de son manque d'homogénéité. En effet, certains secteurs sont relativement fournis en dispositions juridiques, d'autres le sont moins et d'autres encore n'ont jusqu'à présent fait l'objet d'aucune réglementation spécifique. Donner des exemples de secteurs où il n'y a pas de réglementation.

Aussi, l'intérêt et l'engagement de l'État pour la protection de l'environnement sont exprimés dans l'article 28 de la Constitution ivoirienne, en ces termes : *"La protection de l'environnement et la promotion de la qualité de la vie sont un devoir pour la communauté et pour chaque personne physique ou morale"*.

3.4 - RÉSULTATS DES ACTIONS DE PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

3.4.1 - LA GESTION DES FORÊTS

De plus en plus préoccupé par les graves problèmes d'environnement causés par la destruction des forêts naturelles et pour leur permettre de remplir leurs multiples rôles, le Gouvernement a adopté, en 1988, un Plan Directeur Forestier (PDF) pour la période 1988-2015, pour la sauvegarde et la reconstitution du patrimoine forestier (restaurer le couvert forestier à hauteur de 20 %), parallèlement au développement de l'agriculture. Le Projet Sectoriel Forestier (PSF1), première phase de ce programme, a été exécuté de 1991 à 1998, avec des concours financiers extérieurs d'un montant de 84,66 milliards de FCFA. À la suite du bilan diagnostic réalisé en 1998, le Gouvernement a adopté une nouvelle orientation de la politique forestière en 1999 (Ministère des Eaux et Forêts, 2005). Pour atteindre les objectifs définis, l'État a retenu une démarche stratégique contenue dans un Programme Cadre de Gestion des Forêts (PCGF) qui sera mis en œuvre sur une période de quatorze ans.

Aussi, la SODEFOR qui s'occupait de la constitution de plantations d'essences forestières de valeur a vu sa mission s'étendre, à partir de 1992, à l'aménagement et à la gestion des forêts classées. À cet effet, elle participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique du Gouvernement en matière d'enrichissement du patrimoine forestier national, de développement de la production forestière, de valorisation des produits de la forêt, de sauvegarde des zones forestières (Ministère des Eaux et Forêts, 2005).

3.4.2 - LA CONSERVATION DE LA DIVERSITÉ BIOLOGIQUE

En matière de protection de la biodiversité, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans l'établissement d'un réseau d'aires protégées recouvrant toutes les zones phytogéographiques (exemples: le Parc national de Tai et la Réserve faunique du N'Zo dans la zone forestière; le Parc national de la Marahoué dans la zone de transition; le Parc national de la Comoé en zone de savane), à l'exception du centre d'endémisme Est du bloc forestier guinéen. Mais, la conservation et l'utilisation durable de la diversité biologique ne peuvent se faire sans la collaboration des communautés locales et des différents intervenants susceptibles d'avoir des impacts sur la biodiversité.

L'élaboration de la Monographie nationale, de la Stratégie et du Plan d'actions relatifs à la diversité biologique participe aussi des efforts consentis par la Côte d'Ivoire pour mettre en œuvre la Convention sur la Diversité biologique. Les autres avancées du secteur sont matérialisées par la Loi sur le financement et la gestion des parcs et réserves, la création de l'Office Ivoirien des Parcs et Réserves.

3.4.3 - LA PROTECTION DES SOLS

En l'absence d'une politique nationale de protection des sols, les actions menées dans ce domaine sont pour l'instant très limitées. On peut citer l'utilisation des plantes de couverture dans les plantations agro-industrielles du Sud, en particulier sous l'hévéa et le palmier à huile, ainsi que le paillage qui est recommandé sur l'ananas et la banane. Ils permettent de protéger les sols contre l'érosion qui est très agressive dans cette partie du pays (estimation environ 500 tonnes par hectare et par an). En plus de cela, les plantes de couverture permettent aussi d'entretenir la fertilité du sol et certainement de lutter contre l'enherbement.

Il y a aussi les pratiques d'agroforesterie initiées par le Centre Technique Forestier Tropical (CTFT) dans les années 1980 et 1990 dans les régions d'Oumé et de Korhogo. Il s'agit ici, en plantant les espèces locales et des espèces exotiques à croissance plus rapide, de reconstituer les ressources forestières. Mais en même temps, on lutte contre l'érosion des sols et on met à la disposition des cultures des éléments nutritifs pour la fertilisation biologique des sols. Ces expériences sont poursuivies aujourd'hui par le Centre National de Recherche Agronomique (CNRA).

3.4.4 - LA LUTTE CONTRE LES POLLUTIONS ET LES NUISANCES

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention cadre des Nations Unies sur les changements climatiques, un projet visant à réaliser l'inventaire des Gaz à Effet de Serre (GES), à évaluer la vulnérabilité du pays à ces gaz et à proposer des mesures pour en réduire les émissions a été initié en 1994.

Par ailleurs, la ratification du protocole de Montréal conduit à la mise en place d'un projet Ozone, en 1996, dont l'objectif principal est l'élimination des substances qui appauvrissent la couche d'ozone. Ce projet devra permettre l'utilisation de substances de substitution sans effet sur la couche d'ozone.

Dans le cas de la lutte contre les pollutions d'origine industrielle, le CIAPOL, par l'intermédiaire du Service de l'Inspection des Installations Classées (SIIC), procède périodiquement au contrôle des industries. Mais, le manque de moyens humains et matériels limite l'efficacité de cette action sur le long terme. Par ailleurs, la promotion des Études d'Impact Environnemental et des Audits Environnementaux constitue une avancée dans le domaine de la surveillance et de suivi de ce type de pollution.

Le CIAPOL réalise également des études sur la qualité des milieux récepteurs (air, eau, sol) en procédant à la collecte des données physico-chimiques et bactériologiques sur l'état des pollutions, en particulier dans le système lagunaire Ebrié. Mais, force est de constater que le premier annuaire statistique sur l'Observatoire de la qualité des eaux n'a pu être officiellement publié par le CIAPOL. Il a également la gestion du Plan POLLUMAR (Pollution Marine), qui consiste à mettre en œuvre toutes les actions en faveur de la lutte contre les pollutions accidentelles ou non du milieu marin et lagunaire.

3.4.5 - LA LUTTE CONTRE LES FEUX DE BROUSSE ET LA DÉSER- TIFICATION

Pour faire face aux dégâts causés par les feux de brousse et les incendies de forêt, des actions de sensibilisation dans ce domaine ont démarré en septembre 1997 avec les Journées nationales d'information et de sensibilisation sur la Convention de Lutte Contre la désertification (CCD). Depuis lors, elles n'ont pas connu d'interruption. Ces journées qui s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du processus de vulgarisation de la CCD sont organisées par le Ministère chargé de l'Environnement, en collaboration avec le secrétariat intérimaire de la Convention et le PNUD.

Au fur et à mesure, les actions se sont focalisées autour des campagnes d'information et de sensibilisation organisées le 17 juin de chaque année, à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de la lutte contre la désertification et à quelques campagnes de sensibilisation.

3.4.6 - LA GESTION DU MILIEU URBAIN

De nombreuses actions sont menées pour résoudre les problèmes environnementaux urbains. Ces actions s'intègrent dans la politique globale menée par le Gouvernement en matière de décentralisation, visant à privilégier le développement local et régional. Les objectifs de cette politique sont d'une part d'améliorer l'environnement des communes rurales et de préserver les ressources naturelles dans leurs aires d'influence, d'autre part d'améliorer le cadre de vie des populations des villes de l'intérieur, et enfin de renforcer la politique de décentralisation par un soutien aux communes dans la prise en charge autonome de leurs problèmes environnementaux.

Dans cette optique, les profils environnementaux effectués par l'ANDE et les activités du Programme de Gestion Urbaine (PGU) au profit des communes, constituent des aides utiles au développement. En effet, les populations peuvent s'appuyer sur ces documents de planification pour orienter la politique locale de développement.

développement. En effet, les populations peuvent s'appuyer sur ces documents de planification pour orienter la politique locale de développement.

Malgré ces actions et l'existence d'un cadre politique et institutionnel favorable à la protection de l'environnement¹⁸, nos villes donnent l'image d'une œuvre inachevée, tant au niveau de leur planification que de leur gestion, submergées qu'elles sont par une population de plus en plus nombreuse.

Cette situation est aggravée par l'instabilité des structures chargées de la gestion de l'environnement et le chevauchement des responsabilités dans la résolution des problèmes d'environnement par les pouvoirs publics.

Au total, les activités humaines ont porté des atteintes aux divers milieux. Malgré les efforts entrepris par les pouvoirs publics en vue d'assurer la protection de l'environnement et la gestion des ressources naturelles, de nombreux problèmes persistent et vont même s'accroître dans les années à venir si rien n'est fait. Ces problèmes analysés en terme de défis seront abordés dans le dernier chapitre du présent rapport.

CONCLUSION

18 - L'existence d'un Ministère en charge de l'environnement, l'Agenda 21 à la Conférence de Rio et le Plan National d'action pour l'Environnement, l'exigence des études d'impact environnemental avant tout projets de Développement

La croissance de la population ivoirienne est le fait essentiel d'un accroissement naturel élevé lié à une forte fécondité et d'une migration étrangère importante. Cette population vit dans un environnement de plus en plus menacé par les pratiques agricoles et d'exploitation forestière encore extensives et inscrites dans la satisfaction de besoins immédiats, les besoins en énergie domestique et en habitation de plus en plus croissants, et la concentration de plus en plus forte dans les centres urbains. Plus la population devient nombreuse, plus ses besoins augmentent. Pour les satisfaire, elle utilise de façon abusive les ressources naturelles : sols, forêts, eaux, faune.

La dégradation de l'environnement, déjà avancée avant 2000, s'est accentuée ces dernières années du fait de la crise socio-politique de septembre 2002. Cette dégradation procède d'une exploitation forestière et de pratiques agricoles extensives inscrites dans la satisfaction de besoins immédiats (énergie domestique, habitation) qui amènent les populations à utiliser de façon abusive les ressources naturelles telles que le sol, la forêt, les eaux et la faune. Ces populations se concentrent de plus en plus dans les zones urbaines où elles exercent une forte pression sur le foncier et les infrastructures. Aussi, l'engagement du Gouvernement ivoirien dans la mise en œuvre des Objectifs du Millénaire pour le Développement devra permettre à la Côte d'Ivoire de répondre à ce défi permanent



Chapitre 5

Développement du capital humain

Introduction

Grâce aux surplus prélevés sur l'agriculture d'exportation, l'État ivoirien a fait un effort soutenu d'investissement en capital humain au cours des deux premières décennies, qualifiées de "miracle économique". Cet effort dans le développement des ressources humaines permis par la situation économique et financière a été freiné durant la décennie 1980 en raison d'une crise économique persistante qui a conduit à l'adoption des programmes d'ajustement structurel (PAS).

Avec l'appui des partenaires au développement (BAD, BIRD, CEE, les Coopérations allemande, française et japonaise), le Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PDRH) a été mis en place par les pouvoirs publics entre 1991 et 1994, pour poursuivre la politique volontariste de développement du capital humain. L'intérêt majeur du PDRH est qu'il a mis en évidence la liaison contexte macroéconomique et politique sectorielle en renforçant les capacités de budgétisation, de programmation et de planification des ministères chargés de l'Éducation et de la Santé.

À la suite de la dévaluation du FCFA en 1994, le Gouvernement a conclu avec les Institutions de Bretton Woods, un Document Cadre de Politique Économique (DCPE) pour la période 1994-1996. Au cours de cette période, une action soutenue en faveur du développement des ressources humaines a été envisagée puisque 19,4 % des ressources financières devraient lui être allouées. Dans le cadre des objectifs et stratégies du plan de développement de la Côte d'Ivoire 1995-2000, baptisé "Éléphant d'Afrique", l'orientation des investissements publics vers les secteurs sociaux va être poursuivi afin que le pays réalise une croissance forte et auto-entretenu.

Parallèlement aux efforts financiers, des politiques et des stratégies ont été conçues pour valoriser les ressources humaines. C'est ainsi que dans le domaine de l'éducation et de la formation, le Plan National de Développement de l'Éducation et de la Formation (PNDEF) a été adopté en 1997 et que dans celui de la santé, le Plan National de Développement de la Santé (PNDS) a vu le jour en 1996. Par ailleurs, une Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP) a été adoptée en mars 1997. Son but principal est l'amélioration du niveau de vie et du bien-être des populations dans la perspective d'un développement humain durable.

Si l'élaboration de ces plans et politiques traduit la volonté des pouvoirs publics de valoriser les ressources humaines, on peut toutefois s'interroger si ces initiatives étatiques ont permis de constituer un stock de capital humain nécessaire au processus de la croissance économique ivoirienne. Par ailleurs, on peut se demander si ces efforts pour développer le capital humain

n'ont pas été freinés par la crise socio-politique que traverse le pays depuis décembre 1999. La présente étude consistera à mettre en évidence les principales préoccupations de l'éducation et de la santé à partir d'analyses documentaires des politiques, stratégies et des résultats relatifs à ces deux domaines. Pour ce faire, elle analyse, tout d'abord, la pertinence de la politique du développement du capital humain telle que conçue au cours des décennies 1970 et 1980 et formalisée dans le cadre de la politique économique depuis la mise en œuvre du PVRH. Ensuite, sont examinés les éléments constitutifs du capital humain, les performances des secteurs éducatifs et sanitaires à partir des indicateurs d'efficacité, d'efficience et d'équité. Enfin, est abordée l'insuffisance des résultats obtenus par les systèmes éducatif et sanitaire imputable à un ensemble de problèmes et de contraintes (budgétaire, démographique, socio-culturel, institutionnel et technique). Au préalable, il importe de préciser le cadre conceptuel, analytique et méthodologique de cette réflexion.

I - Cadre conceptuel et analytique

L'édification théorique du concept de capital humain fait suite à la réflexion pionnière menée par Garry Becker au début des années soixante. En élaborant la théorie du capital humain, l'auteur a voulu mettre en relief la dimension qualitative de l'offre de travail, un aspect jusqu'alors négligé par les économistes.

Défini comme l'ensemble des compétences, qualifications et autres capacités possédées par un individu à des fins productives, le concept du capital humain renvoie à l'éducation, à la formation professionnelle, à l'information recherchée sur le marché du travail, à la mobilité professionnelle des individus, de même qu'à leurs "investissements" dans leur propre santé. Ce cadre conceptuel considère que l'individu investit en capital humain, dans son propre capital humain, afin d'accroître la productivité de son travail par des actes volontaires d'investissement dans l'éducation ou la santé, ou même encore en migrant.

Comme facteur endogène résultant de choix rationnels d'investissement de la part des familles, des travailleurs et des entreprises dans l'éducation, le savoir-faire, la migration et la santé, le capital humain a été intégré dans le processus de croissance par les modèles de croissance endogène. Ces modèles adoptent une approche plus macroéconomique des rendements de l'éducation et de la santé en prenant en compte l'externalité du capital humain sur la production. En effet, dans les premières études sur la relation éducation et croissance basées sur le modèle de croissance néo-classique (Solow, 1956), en particulier l'article pionnier de Mankiv, Romer et Weil

(1992), l'idée de base est que le capital humain joue le même rôle dans la production que le capital physique, et qu'accumuler des années d'études revient à multiplier la force de travail, autrement dit à en augmenter l'efficacité productive à technologie constante; ce surcroît d'efficacité permet de compenser les rendements décroissants du capital et, par conséquent, de soutenir la croissance dans le long terme.

Avec un progrès technique purement exogène, la contribution de l'éducation à la croissance se limite à ce seul impact sur l'efficacité de la force de travail. Pour maintenir une croissance positive à long terme, il faut donc augmenter toujours le niveau d'éducation de la population (Aghion et Cohen, 2004).

En remettant en cause l'approche néo-classique, basée sur l'accumulation du capital, Benhabib et Spiegel (1994) ont remis à l'honneur une vision plus "technologique" du rôle de l'éducation dans la croissance économique, qui avait été développée de façon embryonnaire par Nelson et Phelps en 1966. L'analyse de ces derniers conduit à la conclusion selon laquelle dans une économie avec progrès technique, le niveau d'éducation affecte la croissance de long terme à travers ses effets sur la vitesse d'adaptation au changement technologique.

Cette complémentarité entre éducation et progrès technique a d'importantes implications concrètes pour la politique économique. Elle suggère en particulier qu'une bonne politique de croissance passe, entre autres, par une amélioration de la qualité du système éducatif.

Les performances économiques des pays ne s'expliquent pas uniquement par les performances du système éducatif; elles dépendent également du dispositif de la santé. En effet, la santé est un fort générateur de croissance endogène parce qu'elle est un élément constitutif du capital humain depuis l'article fondateur de Michael Grossman en 1972. À cet effet, le modèle de Ulmann met en évidence le fait que la santé est un déterminant de la qualité du capital humain et donc comme facteur de la fonction de production globale, car des travailleurs en bonne santé sont non seulement plus productifs parce qu'ils sont plus présents au travail mais aussi parce qu'ils sont efficaces dans leur tâche (Majnoni d'Intignano, 2001).

L'approche endogène de la croissance indique qu'il existe aussi une interaction dynamique entre la santé et l'éducation. En effet, en prenant en compte les externalités positives croisées de ces deux secteurs, des études (Wheeler, 1980; Cochrane, 1979; Habicht, 1986 cité par Morisson, 2002) indiquent que l'éducation a un impact sur la santé et réciproquement. Dans la plupart des pays africains, le système d'éducation apporte une importante contribution au développement de la santé dans la mesure où l'éducation de la mère a un effet favorable sur la santé de l'enfant. Inversement, l'état de santé entraîne des effets externes pour l'éducation: les performances scolaires dépendent en partie de la santé des enfants puisqu'en bonne santé, ils sont en mesure de mieux apprendre.

Les interactions entre éducation et santé ne sont pas que positives; elles peuvent aussi être négatives. Par exemple, lorsque les parents sont illettrés, les enfants sont en moins bonne santé, ils sont inscrits plus tard à l'école et la quittent plus tôt; ils obtiennent de moins bons résultats et ont donc des capacités de gain plus faible (Morisson, 2002).

II - Analyse de la politique de développement du capital humain

Les efforts pour développer le capital humain remontent au début des années 1960. En effet, le système éducatif a connu un essor très important de 1963 à 1995, puisque le nombre de classes dans l'enseignement primaire a été multiplié par 5 et par 15 au niveau secondaire; les effectifs ont aussi augmenté de façon exponentielle (Min. Éducation, 1997). En dépit des nombreux efforts déployés par le Gouvernement puisqu'il consacrait 40 % de son budget au secteur éducatif et des réformes entreprises, l'école ivoirienne connaissait des problèmes structurels: stagnation du taux de scolarisation dans le primaire, dégradation des conditions d'enseignement dans le primaire et le secondaire, faible scolarisation des filles, non-adaptation des filières au marché de l'emploi.

Au niveau de la santé, la Côte d'Ivoire a adopté dès 1958, une politique sanitaire qui vise à consolider l'infrastructure coloniale et la formation de personnels. Dans les années 70, l'infrastructure hospitalière est fortement consolidée par la construction de nouveaux hôpitaux et par la création de la faculté de pharmacie; durant cette décennie, le financement du secteur était presque exclusivement à la charge de l'État.

Au cours de la décennie 1980, les résolutions d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaires (SSP) et les "États généraux de la santé" en 1984 ont bouleversé dans une certaine mesure la logique de fonctionnement du système sanitaire. La Banque Mondiale intervient pour la première fois dans le secteur de la santé à travers le projet "Santé et Démographie". Dans ce secteur, les effets de la crise économique se sont manifestés par la dégradation des infrastructures et la pénurie des médicaments, des équipements et des matériels dans l'ensemble des formations sanitaires (Min. Santé, 1996).

Les problèmes rencontrés par le système éducatif et sanitaire, durant la décennie 80, vont amener le Gouvernement à réagir en faisant une "Déclaration de politique de développement des ressources humaines" (DPDRH). Dans l'esprit de cette déclaration, adoptée en 1991, des plans ont été conçus pour développer le capital humain à partir de l'éducation, de la formation, de la santé et de l'emploi. Avant d'analyser la pertinence de la politique de développement du capital humain, il convient de rappeler les grands axes de ces différents plans.

2.1 - OBJECTIFS ET STRATÉGIES DES PLANS RELATIFS AU DÉVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN

La détérioration des indicateurs sociaux à la fin des années 1980, consécutivement à la dégradation de la situation économique, à l'inadéquation des politiques et gestion des ressources humaines et à l'inefficience dans le fonctionnement des services sociaux, a conduit le gouvernement ivoirien à s'engager avec l'appui des partenaires extérieurs, dans des programmes d'ajustement structurel et sectoriel, en vue de restaurer les conditions d'une reprise durable. Le PVRH conçu à cet effet, visait: (i) la mise en place de politiques sectorielles et de structures institutionnelles conformes aux besoins de la population en matière de santé, d'éducation et d'emploi (ii) la réallocation des ressources en vue d'une couverture plus efficace des besoins de base; et (iii) l'amélioration de la capacité de planification et gestion décentralisée des secteurs des ressources humaines.

L'exécution du PVRH a permis de concevoir des politiques sectorielles dans les domaines de l'éducation et de la santé. C'est ainsi qu'au niveau de l'éducation, le PNDEF a été adopté en 1997 pour la période 1998-2010, en vue d'offrir à chaque citoyen les possibilités de s'éduquer et de se former tout au long de sa vie. Les objectifs visés par ce Plan sont essentiellement (i) l'amélioration de l'accès à tous les niveaux (ii) l'amélioration de la qualité (iii) l'adéquation offre/besoins de formation professionnelle (iv) le renforcement des capacités de gestion (v) la décentralisation et l'utilisation optimale de la recherche développement.

Les stratégies prévues dans le cadre du PNDEF reposent sur (i) la démocratisation et la décentralisation de l'enseignement (ii) l'amélioration de la gestion scolaire et le développement des capacités institutionnelles (iii) la scolarisation des filles et (iv) la promotion de l'enseignement privé.

Au niveau de la santé, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) approuvé en 1996 et prévu pour la période 1996-2005, visait l'amélioration de l'état de santé de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre des prestations sanitaires et les besoins essentiels. Les objectifs spécifiques de ce Plan ont été relatifs (i) à la réduction de la morbidité et de la mortalité liée aux grands problèmes (ii) à l'amélioration de l'efficacité du système sanitaire (iii) et à l'amélioration de la qualité des prestations sanitaires. La stratégie envisagée dans le cadre de ce plan de développement sanitaire a été d'améliorer l'accessibilité aux services sanitaires et de promouvoir les Soins de Santé Primaire par la définition et la mise en œuvre d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA). Cette brève présentation de ces deux plans nationaux relatifs à l'éducation (PNDEF) et à la santé (PNDS), indique qu'ils sont très ambitieux. Aussi est-on en droit de se demander si certains de leurs objectifs et stratégies sont encore pertinents, compte tenu d'une part, de l'évolution des budgets de l'État consacré à ces deux secteurs et d'autre part, des tendances démographiques en Côte d'Ivoire ?

2.2 - PERTINENCE DES PLANS DE DÉVELOPPEMENT DU CAPITAL HUMAIN PAR RAPPORT À LA SITUATION ÉCONOMIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Au début des années 2000, on note que les budgets de l'État alloués à l'éducation et à la santé sont en hausse malgré la situation socio-politique du pays. Par exemple, de 289.5 milliards de F CFA en 2000, le budget de l'Éducation est passé à 353.3 milliards en 2003 ; en ce qui concerne la santé, le budget qui lui est alloué est en nette progression : de 61 milliards en 2000, il est estimé à 69.5 milliards en 2003 (Min. Plan, 2004). Cette hausse des budgets affectés à l'éducation et à la santé qui s'est traduite par une augmentation de leur part dans le PIB, a plus profité aux dépenses de fonctionnement. C'est ainsi qu'au niveau de l'Éducation, les dépenses ordinaires ont représenté en moyenne 94 % du budget alloué à ce secteur sur la période 1999-2003. En ce qui concerne la santé, la part des dépenses de fonctionnement a été 89.8 % en 2001 et 83.6 % en 2003 soit une baisse de la proportion des dépenses d'investissement dans le budget total de ce secteur. Par ailleurs, on note la réduction des appuis budgétaires extérieurs au financement des dépenses d'investissement dans les secteurs de l'éducation et de la santé. La chute du financement extérieur

des dépenses d'investissement a été préjudiciable à ces secteurs sociaux dans la mesure où l'apport du Reste du Monde représentait 80 % du budget d'investissement de la santé entre 1995 et 1998.

En privilégiant les dépenses de fonctionnement au détriment des dépenses d'investissement, le mode actuel d'allocation des ressources publiques ne permet pas d'augmenter les capacités d'accueil des infrastructures éducatives et sanitaires, de réhabiliter et de maintenir des équipements nécessaires à l'accroissement de l'offre des services et à l'amélioration de la qualité des prestations, objectifs majeurs du PNDS et du PNDEF.

Dans un contexte de forte croissance démographique, ces objectifs ne semblent pas être réalisables. En effet, comment satisfaire les demandes de plus en plus importantes en matière d'éducation et de santé lorsque la situation économique et financière dégradée du pays, ne permet pas de dégager les ressources nécessaires à l'amélioration de l'accès aux services des secteurs éducatifs et sanitaires et à la fourniture des prestations de qualité.

Bien que des objectifs des plans relatifs à l'éducation et à la santé ne semblent pas être réalistes compte tenu du contexte macroéconomique et démographique, il n'en demeure pas moins que leur pertinence ne soit pas contestable au regard de la situation du système éducatif et sanitaire, au cours de ces dernières années.

III - Éducation et développement du capital humain

Dans la constitution du capital humain, l'éducation joue un rôle déterminant parce qu'elle fournit la qualité du travail indispensable à la croissance économique. En tant qu'investissement, il importe d'analyser la performance du système qui la produit. Engager une telle démarche ici est d'autant plus justifiée que le rendement du système éducatif ivoirien semble faible car en deçà des attentes compte tenu des moyens mobilisés. Le système éducatif est en outre inéquitable parce que son accessibilité varie en fonction du sexe, de la région et de la zone d'origine. Des problèmes et contraintes sont à l'origine du peu d'efficacité et d'équité du dispositif éducatif ivoirien dans son ensemble.

3.1 - RENDEMENT INTERNE ET IMPACT SOCIAL ¹⁹

Le rendement interne du dispositif éducatif est apprécié généralement à travers un ensemble d'indicateurs. Il s'agit du taux de scolarisation, du taux d'alphabétisation, du taux de réussite, du taux de transition et du taux de redoublement (Encadré 5.1).

Les efforts financiers à ce secteur (34 % du budget de l'État accordé à ce secteur depuis 1960), se sont traduits par une amélioration du taux brut de scolarisation, du taux d'alphabétisation. Ainsi de 67,7 % en 1992, le taux de scolarisation au

¹⁹ - Les données analysées dans cette partie proviennent en majorité du Tableau de Bord Social, 2003 et 2004 élaboré par l'INS.

5.1 TAUX BRUT DE SCOLARISATION ET TAUX D'ALPHABÉTISATION

▷ **Taux brut de scolarisation** : c'est le rapport de l'effectif global des élèves d'un cycle scolaire donné à la population scolarisable ;

▷ **Taux d'alphabétisation** : rapport population alphabétisée de plus de 15 ans sur population totale de plus de 15 ans.

niveau primaire est passé à 71,8 % en 1996. Cependant depuis la crise politico-militaire, on observe une tendance à la baisse du taux de scolarisation au niveau primaire : au cours de l'année scolaire 2001-2002, il a enregistré une baisse de 1 point par rapport à l'année scolaire 1998-1999, et de 0,4 point par rapport à l'année scolaire 2000-2001.

Ces résultats globaux masquent d'importantes disparités au niveau régional. En 1998, les régions des Lagunes et de l'Agnéby sont les plus scolarisées puisque leur taux brut de scolarisation, au niveau primaire, est respectivement de 83,4 % et de 85,4 %. En revanche, les régions faiblement scolarisées sont celles du Bas Sassandra, des Savanes, du Denguélé, du Bafing et du Worodougou : leur taux de scolarisation est inférieur à 50 %.

Quant au taux d'alphabétisation des adultes, il est passé de 39,4 % en 1993 à 43 % en 1996. Estimé à 45,7 % en 2002, ce taux, a comparativement à l'année 1998, enregistré une augmentation dans des proportions moindres (près de 20 % des centres d'alphabétisation sont non fonctionnels en raison de la guerre).

Au niveau régional, des disparités subsistent également puisque le taux d'alphabétisation des régions du Nord, du Nord-Est, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest est moins élevé que celui des autres régions. Par exemple, dans les régions du Centre-Est, du Centre-Nord, du Centre, du Centre-Ouest et de l'Ouest, les taux d'alphabétisation ont été respectivement de 46,2 %, 49,2 %, 41,1 %, 40,8 % et 39,3 %. Destiné à éliminer cette disparité régionale, le Projet Pilote d'Alphabétisation qui devrait couvrir les cinq régions sous-alphabétisées (celle du Zanzan, des Savanes, du Denguélé, du Worodougou, et celle du Bas-Sassandra) a été freiné par la crise politico-militaire.

L'efficacité interne du système éducatif ivoirien est aussi appréciée à partir du taux de réussite, du taux d'abandon, du taux de transition et du taux de redoublement. De 1999 à 2003, le taux de réussite aux différents examens (CEPE, BEPC, BAC) est en hausse. Au niveau du CEPE, on est passé de 35,02 % en 1999 à 63,43 % en 2003 ; en ce qui concerne le BEPC, la tendance est également à la hausse : 42,15 % en 2003 contre 24,49 % en 1999. Le taux de réussite à l'examen du BAC est aussi en augmentation : 25,03 % en 1999 et 49,19 % en 2003.

Malgré ce résultat encourageant, on note que le système éducatif est inefficace si on se réfère aux autres indicateurs. En effet, on a enregistré un taux d'abandon de 11,85 % au cours de l'année scolaire 1999-2000 ; on note aussi que les taux de transition en 6^{ème} et en 2^{ème} sont faibles et en régression : par exemple, au cours de l'année scolaire 1999-2000, 35,2 % des

élèves au CM2 sont passés en 6^{ème} ; 41,91 % de la 3^{ème} à la 2^{ème}. Au cours de l'année scolaire 2001-2002, la proportion des élèves de CM2 admis en 6^{ème} a chuté de 1,62 points par rapport à son niveau de l'année scolaire 2000-2001.

En ce qui concerne les redoublements, les taux sont élevés dans l'enseignement primaire. Par exemple, les taux de redoublement qui étaient de 18,3 % au CP1 et de 42,8 % au CM2 au cours de l'année scolaire 1999-2000, se sont accrus de 3,2 points au CP1 et de 0,2 points au CM2 en 2000-2001. Sur ces deux années scolaires, le taux de redoublement des filles est demeuré supérieur à celui des garçons, à tous les niveaux de l'enseignement primaire.

Dans les établissements scolaires des zones ex-assiégées, les taux de redoublement actuels ont la même tendance que ceux du reste du pays : 21,6 % en moyenne entre 1999 et 2002 au CP1 et 41,2 % au CM2. Dans le secondaire premier cycle, plus le niveau d'étude est élevé, plus le taux de redoublement est élevé : dans les classes de 4^{ème} et 3^{ème}, les taux de redoublement sont plus élevés que ceux de la 6^{ème} et de la 5^{ème}. Dans ces dernières classes, on a enregistré des taux de redoublement respectifs de 5,5 % et 7,2 % au cours des années scolaires 1999-2000 contre 17,6 % et 31,3 % pour les classes de 4^{ème} et 5^{ème}. Tout comme dans l'enseignement primaire, les filles sont plus nombreuses à redoubler que les garçons avant et après le conflit armé.

La faiblesse du rendement interne du dispositif éducatif s'explique par un ensemble de facteurs dont la détérioration de la qualité de l'enseignement. Celle-ci résulterait du niveau de recrutement des élèves, des maîtres, de la durée et du contenu de leur formation. La dégradation de la qualité de l'enseignement serait aussi imputable à la faiblesse du matériel didactique, aux surcharges des classes, à la double vacation, aux enseignants peu encadrés et peu incités. Ces insuffisances ont été amplifiées par la crise politico-militaire dans la mesure où l'application des programmes scolaires a été gênée par *"le temps imparti, notamment dans les classes d'examen, l'absence d'enseignants qualifiés ou suffisamment compétents, ou encore le manque de manuels et de matériel didactique"* (Rocare, 2004).

Par ailleurs, la faiblesse de l'efficacité interne du système éducatif résulte de l'inefficacité allocative des ressources affectées à ce secteur. En effet, on note par exemple, une inégale répartition des infrastructures scolaires entre les régions. La ville d'Abidjan à elle seule, détient 35,6 % de l'ensemble des classes pédagogiques de l'enseignement et 46,7 % des classes pédagogiques de l'enseignement secondaire. Une telle concentration des classes scolaires peut engendrer un encombrement des locaux de classe dans certaines régions. Dans les zones ex-occupées, le taux d'utilisation des infrastructures scolaires du primaire est de 31,1 % en 2002-2003 ; les trois principales régions où l'on enregistre le plus grand nombre d'établissements fonctionnels sont celles de Man, Korhogo et Bouaké avec des taux respectifs de 50,1 %, 44,3 % et 25,4 % (Rocare, 2004).

L'évolution de ces différents indicateurs, au cours de ces dernières années, indique clairement que la crise politico-militaire a aggravé les problèmes de rendement interne du système éducatif ivoirien, déjà caractérisé par la faiblesse de ses résultats. Ce dispositif semble aussi moins performant sur le plan externe.

de l'enseignement supérieur. Une étude récente de l'UEMOA sur l'agglomération de la ville d'Abidjan confirme cette idée. En effet, comme l'indique le tableau 5.1, comparativement à la population non scolarisée, la population scolarisée est la plus touchée par le chômage. Le taux de chômage augmente avec leur niveau d'instruction : 11,4 % pour les personnes de niveau d'instruction Primaire et 20,7 % pour les diplômés de l'Enseignement Supérieur.

Ces données confirment la faiblesse de l'efficacité externe de l'éducation et de la formation comme l'indiquent de nombreux rapports de mission d'évaluation et des études. La situation économique du pays, désastreuse, ces six dernières années a amplifié la crise de l'emploi observable depuis la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel au début des années 1980.

Pour lutter contre le chômage des jeunes, des programmes d'emploi (Programme d'Aide à l'Embauche (PAE), et Programme d'Absorption des Jeunes Descolarisés (PAJD) ont été mis en place. Cependant depuis 1999, la quasi-totalité de ces programmes ne sont pas fonctionnels. Par exemple, pour la période 2002-2003, environ 515 apprentis ont dû arrêter leur participation au PAJD, pour cause de guerre. Nous y revenons au chapitre 6 consacré avec l'analyse de l'emploi des jeunes.

3.3 - IMPACT DE L'ÉDUCATION SUR LES DISPARITÉS DE GENRE

Outre son faible rendement interne et externe, le système éducatif semble aussi inéquitable. En effet, comparativement à la population masculine, la population féminine est très peu scolarisée : le taux brut de scolarisation des filles est constant ment inférieur à celui des garçons, quel que soit le niveau d'enseignement. Au cours de l'année scolaire 2001-2002, le taux brut de scolarisation des filles dans le secondaire a été de 67,3 % contre 79,5 % pour les garçons. Dans le secondaire premier cycle, l'écart a été plus prononcé dans la mesure où le taux brut de scolarisation des garçons est supérieur de 15,6 points à celui des filles

Par ailleurs, le taux d'admission des filles est inférieur à celui des garçons quel que soit le niveau d'enseignement. En effet, les écarts sont de 8 points pour l'entrée au CP1, de 14 points pour l'entrée en 6^{ème} et de 9 points pour l'entrée en 2^{ème}. Selon les propos recueillis auprès des communautés vivant dans les zones ex-assiégées, la situation de guerre a aggravé les disparités selon le genre. En ce qui concerne l'alphabétisation, des disparités existent aussi selon le genre. En effet, les données de 2002 indiquent que les hommes sont plus alphabétisés que les femmes : leur taux d'alphabétisation a été de 53,4 % contre 38 % pour les femmes (Rocare, 2004).

Tableau 5.1 : Taux de chômage selon le cycle à Abidjan.

Ensemble	13,5
Non scolarisé	8,7
Primaire	11,4
Secondaire 1 ^{er} cycle	18,1
Secondaire 2 ^{ème} cycle	19,2
Enseignement technique secondaire	23,3
Enseignement supérieur	20,7

Source : Tableau extrait d'Alain BRILLEAU, Françoise ROUBAUD et Constance TORELLI [2004].

3.2 - ADEQUATION FORMATION-EMPLOI

La qualité externe d'un système éducatif peut être appréciée à partir de la liaison formation-emploi qui diffère selon le niveau du dispositif. Au niveau du secteur primaire, le but est d'avoir des actifs plus performants dans une panoplie d'emplois très diversifiés : des métiers de l'agriculture à ceux de l'artisanat, des métiers de commerce à ceux des services de base. L'insertion professionnelle est envisagée au niveau de l'enseignement secondaire, surtout au niveau secondaire professionnel. En ce qui concerne l'enseignement supérieur, son objectif a été dans l'ensemble de satisfaire à court terme, les besoins en cadres politiques et administratifs de la fonction publique et les besoins en enseignants nécessaires au système éducatif en expansion. Il a permis également de satisfaire les besoins du secteur moderne privé. Mais, selon Gurgand (1997), l'éducation primaire n'a pas permis d'augmenter l'efficacité de la production agricole : il a même montré que l'éducation secondaire a eu un impact négatif sur la productivité des agriculteurs. Par ailleurs, dans sa globalité, le système éducatif exclut, chaque année, entre 200 000 et 300 000 jeunes sans aucune qualification et sans aucune chance d'insertion dans la vie active (AGFOP, 1995). En outre, on note un important chômage des diplômés depuis la perte massive d'emplois dans le secteur moderne public et privé. Les chiffres officiels indiquent une perte de plus de 60 000 emplois dans ce secteur entre 1982 et 1992. La part de l'emploi moderne dans l'emploi total a diminué : 10,48 % en 2002 contre 11,38 % en 1998.

Du fait de la rareté de l'emploi dans le secteur formel, on assiste à une informalisation croissante de l'emploi. En effet, la proportion des personnes actives travaillant dans l'informel est passée de 28,4 % en 1998 à 30,2 % en 2002. La précarité sur le marché du travail a amplifié le développement de l'emploi informel. La main-d'œuvre salariée est de plus en plus remplacée par une main-d'œuvre peu rémunérée, voire gratuite (apprentis, aides familiaux).

La restriction et la précarisation croissante de l'emploi dans l'ensemble de l'économie se sont traduites par un chômage massif, dont les principales victimes sont les jeunes. En effet, les jeunes sont particulièrement touchés par le chômage dans la mesure où comparativement aux autres couches de la population, leur taux de chômage est passé de 16,4 % en 1998 à 18,3 % en 2002 pour les tranches d'âge de 20 à 24 ans, de 17,2 % à 19,3 % pour les 25 à 29 ans.

Le chômage des jeunes s'explique essentiellement par l'inadéquation du système éducatif et par l'excédent de diplômés

Tableau 5.1 : Taux de chômage selon le cycle à Abidjan.

Ensemble	Non scolarisé	Primaire	Secondaire 1 ^{er} cycle	Secondaire 2 ^{ème} cycle	Enseignement technique secondaire	Enseignement supérieur
13,5	8,7	11,4	18,1	19,2	23,3	20,7

Source : Tableau extrait d'Alain BRILLEAU, Françoise ROUBAUD et Constance TORELLI [2004].

3.2 - ADÉQUATION FORMATION-EMPLOI

La qualité externe d'un système éducatif peut être appréciée à partir de la liaison formation-emploi qui diffère selon le niveau du dispositif. Au niveau du secteur primaire, le but est d'avoir des actifs plus performants dans une panoplie d'emplois très diversifiés : des métiers de l'agriculture à ceux de l'artisanat, des métiers de commerce à ceux des services de base. L'insertion professionnelle est envisagée au niveau de l'enseignement secondaire, surtout au niveau secondaire professionnel. En ce qui concerne l'enseignement supérieur, son objectif a été dans l'ensemble de satisfaire à court terme, les besoins en cadres politiques et administratifs de la fonction publique et les besoins en enseignants nécessaires au système éducatif en expansion. Il a permis également de satisfaire les besoins du secteur moderne privé. Mais, selon Gurgand (1997), l'éducation primaire n'a pas permis d'augmenter l'efficacité de la production agricole ; il a même montré que l'éducation secondaire a eu un impact négatif sur la productivité des agriculteurs.

Par ailleurs, dans sa globalité, le système éducatif exclut, chaque année, entre 200 000 et 300 000 jeunes sans aucune qualification et sans aucune chance d'insertion dans la vie active (AGEFOP, 1995). En outre, on note un important chômage des diplômés depuis la perte massive d'emplois dans le secteur moderne public et privé. Les chiffres officiels indiquent une perte de plus de 60 000 emplois dans ce secteur entre 1982 et 1992. La part de l'emploi moderne dans l'emploi total a diminué : 10,48 % en 2002 contre 11,38 % en 1998.

Du fait de la rareté de l'emploi dans le secteur formel, on assiste à une informalisation croissante de l'emploi. En effet, la proportion des personnes actives travaillant dans l'informel est passée de 28,4 % en 1998 à 30,2 % en 2002. La précarité sur le marché du travail a amplifié le développement de l'emploi informel. La main-d'œuvre salariée est de plus en plus remplacée par une main-d'œuvre peu rémunérée, voire gratuite (apprentis, aides familiaux).

La restriction et la précarisation croissante de l'emploi dans l'ensemble de l'économie se sont traduites par un chômage massif, dont les principales victimes sont les jeunes. En effet, les jeunes sont particulièrement touchés par le chômage dans la mesure où comparativement aux autres couches de la population, leur taux de chômage est passé de 16,4 % en 1998 à 18,3 % en 2002 pour les tranches d'âge de 20 à 24 ans, de 17,2 % à 19,3 % pour les 25 à 29 ans.

Le chômage des jeunes s'explique essentiellement par l'inadéquation du système éducatif et par l'excédent de diplômés

de l'enseignement supérieur. Une étude récente de l'UEMOA sur l'agglomération de la ville d'Abidjan confirme cette idée. En effet, comme l'indique le tableau 5.1, comparativement à la population non scolarisée, la population scolarisée est la plus touchée par le chômage. Le taux de chômage augmente avec leur niveau d'instruction : 11,4 % pour les personnes de niveau d'instruction Primaire et 20,7 % pour les diplômés de l'Enseignement Supérieur.

Ces données confirment la faiblesse de l'efficacité externe de l'éducation et de la formation comme l'indiquent de nombreux rapports de mission d'évaluation et des études. La situation économique du pays, désastreuse, ces six dernières années a amplifié la crise de l'emploi observable depuis la mise en œuvre des programmes d'ajustement structurel au début des années 1980.

Pour lutter contre le chômage des jeunes, des programmes d'emploi (Programme d'Aide à l'Embauche (PAE), et Programme d'Absorption des Jeunes Déscolarisés (PAJD) ont été mis en place. Cependant depuis 1999, la quasi-totalité de ces programmes ne sont pas fonctionnels. Par exemple, pour la période 2002-2003, environ 515 apprentis ont dû arrêter leur participation au PAJD, pour cause de guerre. Nous y reviendrons au chapitre 6 consacré avec l'analyse de l'emploi des jeunes.

3.3 - IMPACT DE L'ÉDUCATION SUR LES DISPARITÉS DE GENRE

Outre son faible rendement interne et externe, le système éducatif semble aussi inéquitable. En effet, comparativement à la population masculine, la population féminine est très peu scolarisée : le taux brut de scolarisation des filles est constamment inférieur à celui des garçons, quel que soit le niveau d'enseignement. Au cours de l'année scolaire 2001-2002, le taux brut de scolarisation des filles dans le secondaire a été de 67,3 % contre 79,5 % pour les garçons. Dans le secondaire premier cycle, l'écart a été plus prononcé dans la mesure où le taux brut de scolarisation des garçons est supérieur de 15,6 points à celui des filles

Par ailleurs, le taux d'admission des filles est inférieur à celui des garçons quel que soit le niveau d'enseignement. En moyenne, les écarts sont de 8 points pour l'entrée au CP1, de 14 points pour l'entrée en 6^{ème} et de 9 points pour l'entrée en 2^{ème} 20. Selon les propos recueillis auprès des communautés vivant dans les zones ex-assiégées, la situation de guerre a aggravé les disparités selon le genre. En ce qui concerne l'alphabétisation, des disparités existent aussi selon le genre. En effet, les données de 2002 indiquent que les hommes sont plus alphabétisés que les femmes : leur taux d'alphabétisation a été de 53,4 % contre 38 % pour les femmes (Rocare, 2004).

20 - cf. Ministère du Plan et du Développement [2004], tome I, p. 34 ;

Pour réduire les disparités au niveau de l'accès à l'éducation, des mesures incitatives à la scolarisation des filles ont été engagées. Celles-ci ont été relatives à l'augmentation du nombre de filles bénéficiaires d'une bourse ou d'une prise en charge au niveau des enseignements secondaires, à l'octroi de manuels scolaires en faveur des filles dans les régions où la sous-scolarisation est élevée. Le Programme d'Éducation à la Vie Familiale et en matière de Population (EVF/Emp), au sein duquel le Gouvernement ivoirien, le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) et l'UNESCO collaborent depuis 1990, s'inscrit également dans la perspective de réduction des disparités de genre.

3.4 - PROBLÈMES ET CONTRAINTES DU SYSTÈME ÉDUCATIF

À la fois peu efficace et insuffisamment équitable, le système éducatif ivoirien est soumis à des contraintes. Celles-ci sont d'ordre démographique et budgétaire, socio-culturel et institutionnel, pédagogique et technique.

3.4.1 - CONTRAINTES DÉMOGRAPHIQUES ET BUDGÉTAIRES

La réalisation des objectifs de relever le taux brut de scolarisation, d'améliorer la qualité de l'enseignement et d'accroître le taux d'alphabétisation se trouve freinée par les contraintes démographiques. En effet, la population ivoirienne qui ne cesse de croître, est composée majoritairement de jeunes âgés de moins de 25 ans. La forte présence des jeunes dans la population ivoirienne s'est traduite par une augmentation de la population scolarisable. C'est ainsi qu'on est passé d'un effectif scolarisable de 8,7 millions de jeunes de moins de 25 ans en 1998-1999 à 9,3 millions en 2002-2003 (INS, 2004). L'augmentation du nombre d'enfants à scolariser nécessite un accroissement des investissements dans le secteur de l'éducation et une augmentation de l'effectif du personnel enseignant. Malgré des efforts faits dans ce sens, la pression de la population scolarisable sur les infrastructures scolaires est forte : en moyenne 45 élèves par classe dans le primaire et 50 dans le secondaire au cours de la période 1999-2001. Le ratio enseignement/élève est aussi élevé, même si l'augmentation de l'effectif des enseignants est proportionnelle à celui des élèves.

L'accroissement des effectifs scolarisés ou à scolariser a des implications budgétaires ; il nécessite en effet que le volume des dépenses de l'éducation augmente proportionnellement à l'accroissement des effectifs. Or au cours de ces dernières années, on note une baisse des dépenses publiques consacrées à l'éducation dans les dépenses primaires de l'État : de 37,9 % en 2001, leur proportion dans les dépenses primaires est tombée à 29,5 % en 2003.

La restriction ou/et la réallocation budgétaire imposées par la situation économique et financière de la Côte d'Ivoire font de la contrainte budgétaire un frein supplémentaire aux atteintes des objectifs du système éducatif qui, au demeurant, subit des contraintes socio-culturelles et institutionnelles.

3.4.2 - CONTRAINTES SOCIO-CULTURELLES ET INSTITUTIONNELLES

L'objectif d'améliorer la scolarisation des enfants, notamment des filles rencontre des obstacles d'ordre culturel. En effet, des freins "culturels" seraient à l'origine de la non scolarisation plus prononcée des filles, particulièrement dans certaines régions : c'est le cas des Régions du Worodougou (Séguéla), des Savanes (Korhogo), du Denguélé (Odienné) et du Zanzan (Bondoukou) avec des taux de scolarisation inférieurs à 40 %.

Dans ces régions, la scolarisation des filles a un coût d'opportunité trop élevé pour leurs parents. L'investissement scolaire leur apparaît inutile en raison des valeurs culturelles dominantes. Pour ces derniers en effet, une fille a un destin matrimonial puisqu'elle est destinée à être une épouse ; or, sa scolarisation va à l'encontre d'un tel objectif. La scolarisation différenciée des enfants qui résulte de stratégies familiales, est défavorable aux filles puisque, selon une étude de la Banque Mondiale, une fille a 17 % de chances en moins qu'un garçon d'être scolarisée (Bazzi-veil et al, 2003).

Parallèlement aux blocages culturels, des contraintes organisationnelles et institutionnelles sont préjudiciables à l'atteinte des objectifs du secteur éducatif. En confiant la question éducative à trois ministères (Ministère de l'Éducation Nationale, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, Ministère de l'Enseignement Supérieur), il se pose en effet le problème de la coordination des missions et des actions. La distribution des responsabilités au niveau de chaque ministère limite inévitablement les possibilités d'une politique sectorielle intégrée et cohérente.

Par ailleurs, le développement rapide de l'enseignement privé²¹ au sein du système éducatif dans son ensemble, ne s'est pas toujours fait selon la logique organisationnelle du ministère en charge de l'éducation. Des conflits relatifs aux moyens et méthodes sont légion et récurrents. On a parfois l'impression d'une juxtaposition de deux composantes d'un même ensemble devenu multiforme. En effet, pour le non-paiement des subventions de l'État aux établissements scolaires privés, on assiste régulièrement à des conflits entre les responsables de ces établissements et les ministères en charge de l'éducation. Par exemple, les examens de l'année scolaire 2005-2006 ont été repoussés en raison de ces conflits.

3.4.3 - CONTRAINTES PÉDAGOGIQUES ET TECHNIQUES

Des contraintes pédagogiques et techniques ne permettent pas également d'atteindre les objectifs du système éducatif, notamment celui de l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité. En effet, les faibles résultats obtenus en matière de qualité de l'enseignement s'expliquent par un ensemble de facteurs dont notamment l'allocation des ressources, l'encombrement des locaux de classes, le manque de soutien pédagogique et de formation des enseignants. Le nombre d'établissements scolaires selon les divers niveaux d'enseignement a augmenté (tableau 5.2), mais cela reste insuffisant.

L'orientation des dépenses d'éducation est défavorable au budget d'équipement puisque 75 % de l'enveloppe budgétaire du Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation de Base au cours de la période 1999-2002, a été affectée au paiement des salaires et à l'assistance technique. En conséquence, le système dispose de très peu de moyens pour son volet pédagogique ; c'est ainsi que les écoles manquent de

²¹ - Au cours de l'année scolaire 1995-1996, 50 % des effectifs de l'enseignement préscolaire et 36 % de ceux du secondaire étaient des établissements scolaires privés.

Tableau 5.2 : Nombre d'établissements selon le niveau d'enseignement

Niveau d'enseignement	1997/98	2000/01
Précolaire	226	330
Primaire	7 698	8 483
Secondaire	482	565
supérieur	34	112

Sources : TBS 2003

matériels didactiques, le nombre de tournées de contrôle des Inspecteurs a été réduit au minimum par manque de carburant, etc.

La qualité de l'enseignement et son accessibilité sont aussi affectées par un déficit massif en salles spécialisées, particulièrement en laboratoires de sorte qu'une grande partie de l'enseignement scientifique au niveau du secondaire est dispensée dans des salles non spécialisées. Par ailleurs, le recours au principe de double vacation pour faire face à l'encombrement des locaux de classe n'a pas pour autant masqué la pénurie de salles.

Au déficit en salles, il faut ajouter la pénurie d'enseignants au niveau de certaines disciplines (scientifiques et philosophiques). La qualité de l'enseignement est également affectée par le niveau actuel des formateurs, le contenu et le calendrier de leur formation. Dans les zones ex-assiégées, les cours sont dispensés majoritairement par des enseignants bénévoles sans aucune formation et expérience professionnelle.

En définitive, le système éducatif, dans sa mission de contribuer au développement du capital humain est soumis à des contraintes d'ordre budgétaire, démographique, socio-culturel, institutionnel, pédagogique et technique, qui le rendent peu efficace et équitable. Les insuffisances de ce dispositif sont-elles compensées par les performances du système sanitaire ?

3.4.4 - LE TRAVAIL DES ENFANTS

Les enfants qui n'ont pu être scolarisés ou qui ont abandonné très précocement l'école se retrouvent impliqués dans les activités économiques, comme des adultes. Ce phénomène est fréquemment analysé en séparant les enfants âgés de moins de 15 ans des adolescents de 15 à 17 ans. Cette perspective a été adoptée par exemple dans l'analyse des résultats du recensement général de la population et de l'habitation en 1998 (RGPH-98) ainsi que par Grootaert (1998, cité par Tinel et Guichaoua, 2002) qui fournit une mesure du travail des enfants reconnue comme rigoureuse et complète. Ces études prennent donc en compte toute la tranche d'âge qui définit l'enfance et qui est au centre des Conventions de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) relatives à la lutte contre le travail des enfants.

Cependant, d'autres études ne se limitent qu'aux enfants âgés de moins de 15 ans. C'est le cas de l'enquête à indicateurs multiples en 2000 (MICS 2000) qui a examiné les enfants de 5 à 14 ans révolus. La présente analyse suivra cette orientation étant donné que le travail des adolescents présente moins de conséquences dramatiques. L'analyse portera plus précisément sur les enfants de 6-14 ans et sur ceux de 15-18 ans compte tenu des données disponibles.

Les résultats du RGPH-98 indiquent que la proportion de travailleurs parmi les enfants de 6-14 ans²² s'élève à 14,3 % et est de 43,6 % parmi les adolescents âgés de 15 à 18 ans. L'étude de Grootaert réalisée à partir des enquêtes de niveau de vie des ménages évalue le taux de participation au marché du travail des enfants à 19,3 % et celui des adolescents à 47,7 %, en 1988. D'après les données du RGPH 1998, la proportion de travailleurs parmi les enfants de 6-14 ans est nettement plus élevée en milieu rural (20 %) qu'en milieu urbain (7 %); elle est plus élevée chez les garçons (15,1 %) que chez les filles (13,2 %). Quel que soit le milieu de résidence, les enfants travailleurs sont relativement plus nombreux chez les étrangers que chez les Ivoiriens. En ce qui concerne les adolescents, les travailleurs sont nettement plus nombreux en milieu rural (60 %) qu'en milieu urbain (30 %). Au sein du milieu rural, la proportion d'adolescents travailleurs est nettement plus élevée (73 %) que celle des adolescentes (60 %) en revanche, en milieu urbain, il n'y a pas de différences selon les sexes (30 %).

L'étude de Grootaert a montré que le taux de participation à l'activité économique est plus élevé dans les ménages les plus pauvres et que de 1985 à 1988, ces ménages avaient connu une nette augmentation à l'opposé des autres ménages. En outre, l'ajustement à la dégradation du revenu s'opère dans les ménages pauvres par une mobilisation à la fois de "bras" et de temps de travail par individu supplémentaire tandis que dans les autres ménages, on procède à une augmentation de la charge des jeunes qui travaillent déjà. Partant de ces résultats, on peut s'attendre à un accroissement de la participation des enfants au marché du travail consécutive à la dégradation des conditions de vie des ménages depuis le déclenchement de la crise militaro politique.

D'après les données du RGPH 1998, 93 % des enfants travailleurs en milieu rural et 76 % en milieu urbain sont analphabètes. Cette proportion est un peu plus élevée chez les filles que chez les garçons : 78 % contre 74 % en milieu urbain et 95 % contre 92 % en milieu rural. La réduction du travail des enfants passe par la scolarisation universelle et le maintien des enfants à l'école jusqu'à l'âge légal du travail. Autrement dit, l'atteinte de l'OMD de l'éducation universelle permettra de réduire l'ampleur du phénomène du travail des enfants.

²² - Selon la MICS 2000, la proportion d'enfants travailleurs dans le groupe d'âge de 5 à 14 ans s'élève à 40,3 %. Dans cette enquête, on considère comme travaillant au moment de l'enquête, les enfants qui ont effectué un travail rémunéré ou non-rémunéré pour une personne autre qu'un membre de ménage ou qui consacrent plus de quatre heures par jour aux corvées ménagères au sein du ménage ou qui effectuent d'autres travaux familiaux.

La tendance chez les adolescents est à l'image de celle observée chez les plus jeunes travailleurs. La plupart sont analphabètes 69 % contre 25 % de niveau primaire et 6 % de niveau secondaire, d'après les données du RGPH 1998.

L'utilisation des enfants dans les plantations de cacao préoccupe la communauté internationale ainsi que les autorités politiques de la Côte d'Ivoire. Le cacao occupe une place primordiale dans l'économie nationale; celle-ci représente 40 % des exportations en 1998. Le système de production du cacao se caractérise par des unités familiales utilisant une forte intensité de main-d'œuvre. Certaines études révèlent l'implication des enfants dans la chaîne de production du cacao. Les résultats de l'étude sur les pratiques de travail dans la cacaoculture indiquent qu'environ 619 496 enfants travaillent dans les plantations ivoiriennes de cacao. Parmi ces enfants, 1,9 % sont des travailleurs non familiaux et 21,2 % exécutent des tâches dangereuses (CEPRASS/IITA, 2002, cité par Encompass LLC, 2005). Une autre étude réalisée par The International Institute of Tropical Agriculture (l'IITA) dans quatre pays (Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana et Nigeria) a confirmé la présence d'enfants dans la production du cacao; elle a montré en outre que 34 % des enfants qui travaillent sur les plantations de cacao sont scolarisés. Les enfants effectuent des tâches difficiles comme la cueillette des cabosses, l'extraction des graines à l'aide de la machette, le port de charges lourdes et l'application de pesticides.

Une étude commanditée par Encompass et réalisée par le Centre Africain de Recherche et d'Intervention en Développement (CARID) dans les départements de Daloa et Soubré indique que 55,5 % des enfants travailleurs se situent dans la tranche d'âge des 14 et 17 ans. Ils travaillent en général cinq jours par semaine et la durée du travail journalier varie entre 4 et 7 heures. Ils assument des tâches couvrant tout le cycle de production du cacao: nettoyage des herbes sous les cacaoyers, traitement phytosanitaire, application des engrais, récolte (cueillette), assemblage des cabosses, écabossage, transport du cacao, fermentation, séchage, etc. Certaines tâches comme le traitement phytosanitaire peuvent se révéler dangereuses pour la santé des enfants. Toutefois, il faut signaler que la plupart des activités de production ne sont pas permanentes, elles sont effectuées périodiquement dans l'année. Les résultats de la même étude montrent que les enfants faisant partie de la main-d'œuvre permanente sont pour la plupart des migrants nationaux ou étrangers en provenance des pays voisins (Burkina Faso, Mali) et appartiennent à la même communauté ethnique que l'employeur.

La non scolarisation et l'abandon précoce de l'école figurent parmi les premiers facteurs explicatifs cités, résultat qui est confirmé par l'analyse des caractéristiques des enfants travailleurs observés lors du RGPH 1998. Si la faible scolarisation encourage le travail des enfants, inversement, les opportunités d'emplois offertes aux enfants conduisent à l'abandon de l'école.

Le travail des enfants a des conséquences à court terme et à long terme. À court terme, le travail permet d'occuper les enfants et d'éviter ainsi qu'ils sombrent dans la délinquance juvénile. Toutefois, le travail peut avoir des effets néfastes sur leur santé et leur croissance parce qu'il épuise leurs faibles réserves d'énergie, en diminuant leur résistance aux maladies débilitantes et en les exposant au risque d'accident (Kponhassia, 1993). Le mauvais traitement auquel les enfants sont assujettis (injure, bastonnade, sévices sexuels) font perdre à l'enfant l'estime de soi. Toutes choses qui conduisent à la précocité des rapports sexuels, la délinquance, la consommation de la drogue, etc.

À long terme, l'arrêt de l'accumulation de capital éducatif dû à la non scolarisation et à l'abandon scolaire engendre une pauvreté des potentialités, c'est-à-dire une insuffisance dans le capital minimal qui permet de vivre, de fonctionner correctement et de faire preuve d'un esprit créatif dans la société. Au total, le travail des enfants peut constituer une véritable entrave au développement du capital humain.

La Côte d'Ivoire a ratifié la Convention Relative aux Droits de l'Enfant ainsi que les Conventions 138, 182, 184 de l'OIT relatives à la lutte contre le travail des enfants. À cela s'ajoute un accord multilatéral entre neuf pays de la sous région ouest-africaine en 2005 (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali, Niger, Nigeria, Togo). La lutte contre le travail des enfants met à contribution plusieurs départements ministériels (primature, ministère de la fonction publique et de l'emploi, ministère de la Famille et des Affaires Sociales) des partenaires au développement (BIT, UNICEF, GTZ, BICE etc.) et des ONGs.

Un Programme d'Action National pour la survie, le développement et la protection de l'enfant ivoirien à l'horizon 2000 a été élaboré. Le Bureau International du Travail (BIT) intervient à travers un Programme International pour l'Élimination du travail des Enfants (IPEC) et un programme ouest-africain pour l'élimination du travail dangereux et l'exploitation des enfants dans l'agriculture commerciale en particulier dans le cacao (WACAP). Dans ce cadre, des actions de sensibilisation, de mobilisation sociale, de formation, d'encadrement de tous les acteurs impliqués dans le travail des enfants ont été menées dans les zones d'interventions que sont: Abengourou, Aboisso, Adzopé, Agboville, Alépé, Daloa, Gagnoa, Oumé, Soubré, San Pédro. En outre, le BIT a apporté un appui technique au projet pilote du système de suivi du travail des enfants (SSTE) mis en œuvre par la Primature en vue de la certification du cacao. Depuis 2002, le GTZ a initié des projets d'appuis à la politique nationale de lutte contre l'utilisation des enfants dans les plantations de cacao. Des actions de sensibilisation contre le travail des enfants sont menées dans les plantations de Oumé.

IV - Santé et développement du capital humain

L'objectif de tout système de santé est d'une part d'améliorer le niveau de santé de la population et d'autre part d'assurer l'équité dans l'accès aux soins ainsi que l'équité de la contribution financière. Pour atteindre un tel objectif, le dispositif sanitaire doit utiliser de façon judicieuse les ressources rares dont il dispose.

En ce qui concerne le système sanitaire ivoirien, le problème de son efficacité et de son équité se pose au regard des ressources mobilisées et leurs affectations. En outre, des contraintes spécifiques au système et en dehors de celui-ci l'empêchent de réaliser les objectifs que lui a assignés la communauté nationale et internationale.

4.1 - RENDEMENT INTERNE DU SYSTÈME SANITAIRE

Au niveau du secteur de la santé, des efforts remarquables ont été aussi faits depuis l'indépendance, surtout à partir de la mise en œuvre du PNDS. Ces efforts qui se sont traduits par une plus grande accessibilité des populations aux soins de santé, ont ciblé la réhabilitation et la construction d'infrastruc-

tures sanitaires et la formation du personnel de santé. L'offre globale des soins est organisée sous la forme d'une pyramide à trois niveaux à savoir :

- un niveau primaire point d'entrée dans le système et qui est constitué des établissements sanitaires de premiers contacts que sont les centres de santé (dispensaire et maternité) et les formations sanitaires urbaines. On compte en Côte d'Ivoire 1338 établissements sanitaires primaires. Ces établissements doivent pouvoir dispenser les soins obstétricaux d'urgence de base. Le fonctionnement est assuré par des infirmiers, des sages femmes et parfois des médecins généralistes.
- un niveau secondaire représenté par les établissements de première référence pour les malades venus du niveau primaire. Ce niveau secondaire est constitué par un ensemble de 48 Hôpitaux généraux (HG) de moyenne importance, de 17 centres hospitaliers régionaux (CHR). Ces établissements doivent pouvoir dispenser les soins obstétricaux complets. Ils présentent en leur sein un personnel médical composé de médecins généralistes et/ou de spécialistes, d'infirmiers et de sages-femmes.
- un niveau tertiaire constitué par les établissements sanitaires assurant une fonction de dernier recours. Ce niveau comprend les 4 centres Hospitaliers universitaires (CHU de Cocody, Treichville, Yopougon et Bouaké) et des institutions spécialisées de soins (Institut Raoul Follereau, l'Institut de Cardiologie d'Abidjan, l'Institut National de Santé Publique...).

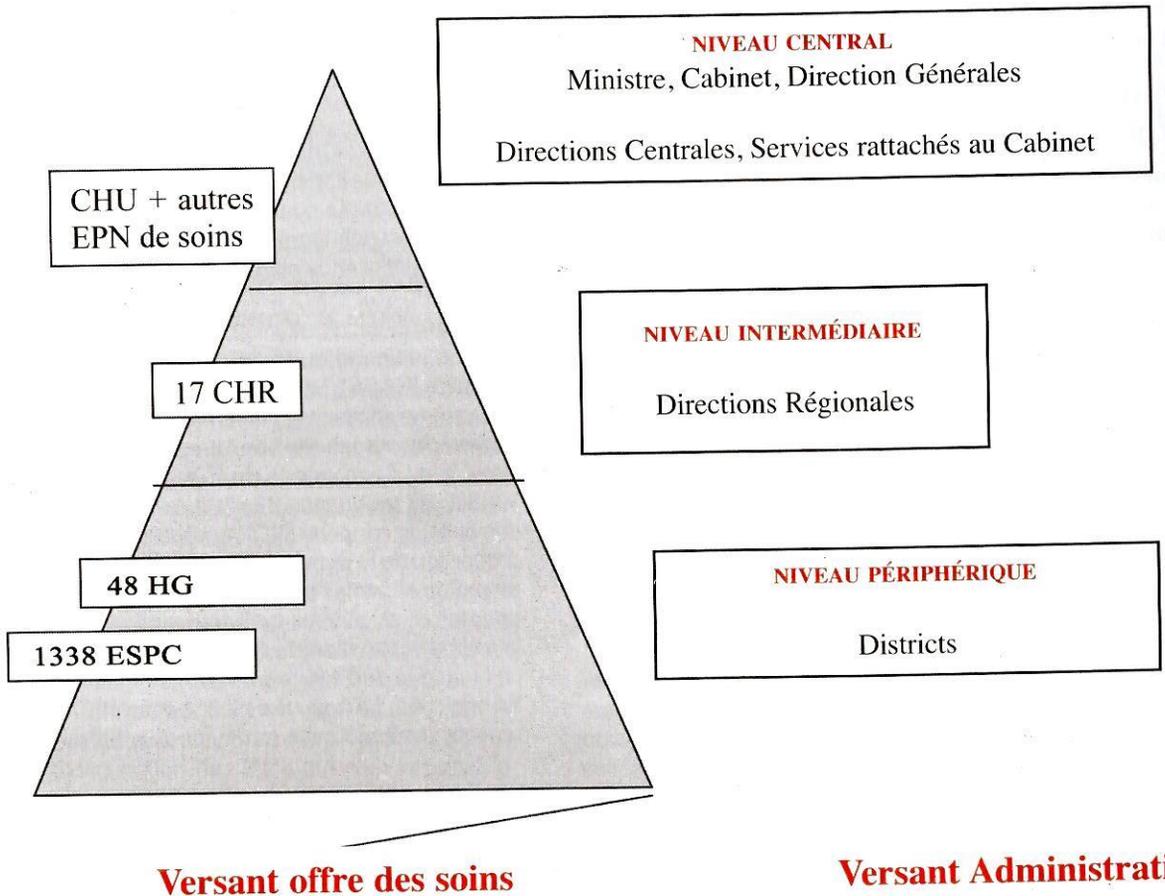
Il s'agit au total d'un ensemble de près de 1400 établissements, avec un ratio par habitant estimé globalement à 1 établissement sanitaire pour 9300 habitants. L'infrastructure sanitaire de type privé comprend 25 hôpitaux et cliniques privées pour un total de 524 lits, 28 cabinets médicaux, 212 infirmeries privées.

L'ensemble des infrastructures et des ressources humaines dont dispose le système sanitaire, lui a permis d'obtenir des résultats encourageants avant la crise politico-militaire. En effet, les mortalités générale, maternelle et infantile ont chuté : de 28 ‰ en 1958, le taux de mortalité général est tombé à 14.2 ‰ en 1999 ; le taux de mortalité maternelle s'élève à 597 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1994 ; la mortalité infantile a aussi baissé : de 190 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1994, il est passé à 103.2 ‰ en 1999 (INS, 2002). L'espérance de vie a aussi progressé puisqu'elle est passée de 55 ans en 1988 à 56 ans en 1996.

Après ces résultats relativement satisfaisants, la situation sanitaire s'est dégradée à partir de 1999. L'espérance de vie désormais estimée à 50,9 ans est une des preuves de cette dégradation sanitaire qui s'explique par un effet conjugué de plusieurs facteurs relatifs notamment à la prévalence du paludisme et du VIH/SIDA, à la couverture vaccinale et à la situation des infrastructures sanitaires.

Les résultats de l'EIS 2005 indiquent que le taux de prévalence du VIH au niveau national (tous sexes confondus) s'élève à 4,7 %. Le taux est nettement plus élevé chez les femmes

Graphique 5.1 : Pyramide sanitaire



(6,4 %) que chez les hommes (2,9 %). Le ratio d'infection femme/homme est égal à 2,21.

En ce qui concerne la couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois, les résultats obtenus sont en deçà des espérances. Par exemple, la couverture nationale par le vaccin anti-amaril (contre la fièvre jaune) et par le BCG (vaccin antituberculeux) ont enregistré en 2002 des baisses respectives de 1,6 % et 2,5 % comparativement aux résultats obtenus en 2000. Pour l'ensemble du Programme Elargi de Vaccination (PEV), on a noté une régression au niveau des régions du Zanzan, du Bas-Sassandra, du Denguelé et du Worodougou.

Quant à la couverture sanitaire, l'évolution des indicateurs de couverture justifie le bien fondé de la préoccupation du PNDS à savoir le développement des infrastructures sanitaires puisque le nombre de celles-ci est en diminution : par exemple, au niveau primaire, le nombre d'établissements sanitaires a chuté de 1338 à l'an 2000, à 1246 à l'an 2002.

Les effets de la crise politico-militaire ont amplifié la décroissance du nombre des infrastructures. En effet, selon le Rapport Action Santé en Crise de novembre 2004 publié par l'OMS, 70 % des structures sanitaires à travers le pays ne fonctionnaient plus en 2004 (USAID/Côte d'Ivoire, 2005, p. 6). Mais depuis des efforts ont été accomplis par le gouvernement avec l'appui des partenaires au développement pour la remise en état de la plupart de ces infrastructures (cf. chapitre 8).

Les résultats ainsi obtenus indiquent clairement que le dispositif de santé n'a pas pu guérir et prévenir comme on l'aurait souhaité ; en revanche, les dépenses totales de santé ont enregistré une hausse depuis 2001 puisque 74,6 milliards au cours de cette année, elles sont passées à 83,7 milliards en 2003 ; cette augmentation est imputable pour l'essentiel au budget exécuté du système sanitaire qui est passé de 59,2 milliards FCFA en 2001 à 69,5 milliards FCFA en 2003.

4.2 - FAIBLE DÉVELOPPEMENT DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

Outre l'inefficacité interne, le système sanitaire n'est pas aussi efficace sur le plan externe puisqu'il n'a pas permis de développer la médecine du travail et la médecine traditionnelle.

En effet, bien que la productivité des travailleurs dépende des conditions d'hygiène et de sécurité au travail et de la surveillance de leur santé, une plus grande attention devrait être accordée à la médecine du travail en raison de son impact potentiel sur l'économie. L'examen des textes officiels et la situation dans le milieu du travail, quel que soit le secteur (formel ou informel), ne permet pas d'affirmer que la Côte d'Ivoire dispose d'une politique et de programmes nationaux cohérents de sécurité et de santé au travail.

Malgré l'évolution des textes au cours de ces dernières années, la médecine du travail demeure au stade de médecine de dispensaire qui administre des soins curatifs. La surveillance des lieux de travail et la surveillance de la santé des travailleurs ne sont pas souvent assurées.

Une des conséquences de l'absence d'une véritable médecine du travail est que les risques professionnels sont encore élevés. En effet, comme l'indique le tableau 5.3, le nombre de dossiers d'accidents de travail et de maladies professionnelles

demeurent important même si la tendance est à la baisse. En revanche, le nombre des bénéficiaires est en hausse. Les dépenses relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles sont relativement importantes puisqu'elles représentent environ 17 % de l'ensemble des dépenses de prestation en 2002 et 2003.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, elle n'est pas intégrée au système de santé ivoirien. Tolérée, elle est marginalisée par les itinéraires thérapeutiques en vigueur en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, elle rencontre deux obstacles majeurs auxquels le système de santé actuel n'a pas apporté une réponse appropriée ; il s'agit du manque de formation adéquate des prestataires et de l'absence d'un dispositif de qualification et de délivrance d'autorisation d'exercer.

Les textes existants ou en projet n'instituent pas les moyens d'un véritable contrôle et d'une évaluation des différents itinéraires en vue de sécuriser la population. Or face à une inaccessibilité au système de santé formel due aux coûts exorbitants pour certaines couches de la population, les produits et services de la médecine traditionnelle pourraient être une alternative crédible.

Dans cette perspective, la Côte d'Ivoire à l'instar de certains pays africains, a prévu un cadre légal pour cette médecine, un organisme national de coordination des activités relevant de cette médecine, un budget national. L'État ivoirien a aussi mis en place un programme de formation des accoucheuses traditionnelles (AT) en vue d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances en matière de santé primaire (OMS, 2002). Malgré ces initiatives pour développer la médecine traditionnelle, celle-ci n'est pas intégrée dans le système de santé ivoirien. Contrairement aux systèmes intégratif et inclusif de certains pays, ce dispositif qui tolère certaines pratiques de la médecine traditionnelle, rencontre des problèmes pour maximiser les possibilités de cette médecine.

4.3 - EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'analyse de l'efficacité du système de santé vient compléter celle de l'efficacéité pour savoir si les résultats obtenus l'ont été au moindre coût. On retiendra les concepts d'efficacéité technique et d'efficacéité allocative.

4.3.1 - EFFICACÉITÉ TECHNIQUE

Des indicateurs, fournis par le Rapport sur la Situation Sanitaire (RASS), permettent d'apprécier l'efficacéité technique du système sanitaire ivoirien ; il s'agit notamment i) du taux d'utilisation des structures sanitaires, ii) du taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour iii) et le plateau technique.

S'agissant du taux d'utilisation des structures sanitaires, il convient de rappeler qu'il représente dans chaque district la proportion de la population ayant fréquenté un centre de santé au moins une fois dans l'année. Bien qu'il soit difficile d'établir une norme et un seuil de fréquentation optimale, on note que le taux d'occupation des structures ainsi défini, ne progresse pas puisque de 21,5 % en 1995, il s'élevait à 21,1 % en 2000. En moyenne, il a diminué de 7,2 % entre 1997 et 2000. L'évolution récente confirme cette tendance à la baisse dans la mesure

Tableau 5.3 : Évolution des variables relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles.

Variabiles	2002	2003	2004
Nombre de dossiers d'accidents de travail et de maladies professionnelles (AT/MP)	-	11 648	8 940
Nombre de bénéficiaires des AT/MP	-	8 026	8 272
Prestations sociales (en FCFA)	40 818 300 000	47 327 490 000	54 417 366 482
Dépenses relatives aux AT/MP (en FCFA)	6 805 870 000	8 243 180 000	4 070 938 174
% des dépenses des AT/MP dans l'ensemble des dépenses des prestations sociales	0.17	0.17	0.075

Source: Tableau construit à partir des rapports d'activité de la CNPS.

où les données provisoires de 2002 l'estiment à 20,4 %. Au plan régional, l'évolution du taux d'occupation est inégale; l'écart entre les régions est très important, parfois on passe du simple au double. Par exemple, en 2000, le taux d'occupation le plus élevé (31,1 %), a été enregistré dans la région du Moyen-Comoé; en revanche, la région du Bas-Sassandra a connu le taux d'occupation le plus faible (12,7 %).

Cette importante disparité régionale du taux d'occupation qui souligne la sous-utilisation des structures sanitaires publiques, n'est pas le seul indice de l'inefficience technique; d'autres critères tels que le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour, permettent aussi d'apprécier ce problème. En effet, les indicateurs relatifs à l'occupation des lits et à la durée moyenne de séjour sont largement utilisés pour juger de l'efficacité d'un système de santé. C'est ainsi que des taux d'occupation faibles peuvent signifier que les hôpitaux sont trop grands par rapport aux besoins dans certains endroits; autrement dit, l'offre des soins est supérieure à la demande. Des taux d'occupation faibles peuvent également indiquer une qualité de soins médiocre dans une catégorie particulière d'hôpitaux (Knowles, 1997, p. 38.)

Quel que soit le cas de figure, le niveau d'occupation des lits dans les hôpitaux en Côte d'Ivoire pose le problème de la qualité et de l'accessibilité de leurs services. En effet, l'activité des hôpitaux généraux est marquée par une diminution du nombre d'entrées et de journées d'hospitalisation sur la période 1996-2000: de 34,9 % en 1996, le taux d'occupation des lits est tombé à 27,2 % en 2000; en ce qui concerne la durée moyenne de séjour, elle a peu varié: 3,4 jours en 1996 et 3,1 jours en 2000.

En ce qui concerne les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), on note la même tendance à la baisse puisque le taux moyen d'occupation de leurs lits de 46.1 % en 1999, est tombé à 42,0 % en 2000. La durée moyenne de séjour dans ces hôpitaux régionaux est stable: 3,5 jours en 1999 et 3,7 jours en 2000. Au niveau des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), la chute du taux d'occupation des lits a été plus importante:

44,5 % en 2000 contre 57,7 % en 1999. En revanche, la durée moyenne de séjour s'améliore en diminuant puisqu'il est de 5,2 jours en 1999 à 4,8 en 2000.

L'activité des plateaux techniques des hôpitaux permet aussi d'apprécier leur efficacité technique à partir du nombre d'interventions chirurgicales, d'examens de laboratoire et d'examens de radiologie qu'ils ont effectués. Sur la période 1996-2000, on note que l'activité des plateaux techniques des hôpitaux généraux est en hausse: le nombre d'interventions chirurgicales a progressé de 25,0 %, le nombre d'examens de laboratoire réalisés a été multiplié par trois en cinq ans, le nombre d'examens de radiologie a augmenté également de 28,0 % (Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la santé, 2002, p. 101;). Ce résultat relativement satisfaisant est dû à la réhabilitation progressive des hôpitaux. Par contre l'activité des plateaux techniques des CHR s'est stabilisée au cours de la même période; quant aux CHU, l'activité de leurs plateaux techniques aurait baissé.

Ces différents indicateurs montrent clairement qu'il existe un problème d'efficacité technique dans la mesure où il y a une sous-utilisation des infrastructures sanitaires et une faible productivité du personnel sanitaire. Outre l'inefficience technique, le secteur sanitaire a aussi des problèmes d'efficacité allocative.

4.3.2. - EFFICIENCE ALLOCATIVE

Pour mesurer la performance du système sanitaire, il convient également de mettre en relation ses intrants (budget de fonctionnement, ressources humaines, infrastructures) et ses résultats (taux de mortalité général, maternelle et infantile, taux de vaccination, etc.). Cette mise en relation des résultats obtenus avec les moyens dégagés (ressources financières et humaines) a été faite ici à partir de calculs de pourcentage et de ratios. Le résultat de ces calculs a permis de comparer la performance des régions, classées en fonction de leur part dans le total des formations sanitaires, des ressources financières et humaines.

C'est ainsi que, comme l'indique le tableau la région des lagunes qui représente 23,1 % de la population, dispose de 62,0 % des médecins et 48,0 % des Infirmiers Diplômés d'État (IDE)/Sages Femmes (SF) et possède 14,5 % des structures sanitaires et 64,3 % du budget de fonctionnement du Ministère de la Santé en 2002. La crise politico-militaire a contribué ainsi à concentrer davantage le personnel de santé dans cette région

Comparativement aux moyens mis à la disposition de la région des Lagunes, les résultats obtenus sont peu satisfaisants sur certains points²³. En effet, cette région a été classée 8^{ème} au niveau de la vaccination DTC3, avec un taux vaccinal inférieur à la moyenne nationale (60,4); cette région est en outre mal classée au niveau de la mortalité maternelle puisque son taux de mortalité représente environ le double de la moyenne nationale.

En revanche, certaines régions disposant de peu de structures, d'un budget de fonctionnement peu élevé, de ressources humaines par habitant faible, ont des résultats en termes de taux de vaccination et de mortalité moyens. Il s'agit des régions du Worodougou, des Montagnes et du Bas Sassandra.

En multipliant les exemples, on s'aperçoit qu'il y a un décalage entre les moyens et les résultats obtenus; ce qui confirme l'inefficience du dispositif de la santé en Côte d'Ivoire.

4.4 - ANALYSE DE L'ÉQUITÉ AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'équité est le second objectif de tout système. Appliqué au système de santé, le concept d'équité peut être apprécié par rapport à l'état de santé des composantes d'une population donnée (groupes de revenus, groupes socio-professionnels, groupes ethniques, etc.); il peut aussi être jugé en se référant à l'utilisation ou à l'accès des services de santé.

Au regard de l'objectif du PNDS d'améliorer l'accessibilité aux services de santé, l'accent sur l'équité d'accès est privilégié; dans ce cas, on peut se demander s'il existe des obstacles géographiques et/ou financier à l'accès aux services de santé?

4.4.1 - ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

La répartition géographique de ces infrastructures sanitaires constitue un obstacle à l'accès des services de santé pour une partie de la population. En effet, on observe une forte disparité régionale dans l'implantation des infrastructures sanitaires puisque les régions de Lagunes et du Haut-Sassandra détiennent à elles seules 27,1 % des infrastructures sanitaires dont 24,6 % de CHU. Les populations des autres régions ne disposent pas de ces équipements de pointe qu'offrent ces CHU.

Par ailleurs, la distance peut constituer un obstacle à l'accessibilité des populations aux structures de santé. Par exemple, 48% des usagers des services de santé sont situés à 5 kilomètres des infrastructures sanitaires; la majorité d'entre eux (52,0 %) doivent parcourir plus de 5 km (28 % entre 5 et 15 km et 24,0 % pour plus de 15 km) pour atteindre une formation sanitaire (Ouattara, 2006).

4.4.2 - ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

En 1987, l'initiative de Bamako a mis un terme à la situation de gratuité des soins et a favorisé la contribution des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Pour instaurer cette participation financière des populations, il a été institué en Côte d'Ivoire, une redevance correspondant à tout ou partie du coût des prestations à la charge des usagers.

Les dispositions légales de l'institution de cette redevance fixée par la loi 94-201 du 8 avril 1994 et par le Décret n° 93-216 du 3 février 1993, prévoient d'adapter la tarification au type de formation sanitaire pour tenir compte, en particulier, des différences entre milieu rural et milieu urbain. C'est ainsi qu'on a modulé le système de tarification en fonction du type de formation sanitaire.

L'accès des populations aux services de santé est freiné par cette politique tarifaire pratiquée au sein des formations sanitaires. En effet, la tarification différentielle entre les centres hospitaliers régionaux et les hôpitaux généraux a induit une contribution financière inégale des usagers. Par exemple, pour 15 districts disposant seulement d'un centre hospitalier régional, la population pauvre est confrontée à une tarification plus élevée que dans les districts munis d'un hôpital général, même si les usagers sont référés pour la même pathologie.

Par ailleurs, des systèmes d'exemptions ont été institués en Côte d'Ivoire selon les catégories de bénéficiaires et selon les soins consommés au niveau des différents types de structures sanitaires. Par exemple, les agents des Établissements Sanitaires Primaires (ESP) sont exonérés des frais de consultation et bénéficient d'une réduction de 50,0 % pour les frais relatifs aux autres actes; les élèves et étudiants bénéficient également d'une réduction de 50,0 % sur les charges liées à tous les actes médicaux.

La recherche de l'équité a été mise à mal par la politique de tarification et d'exemption dans la mesure où cette politique ne permet pas de répartir le coût du système sanitaire en fonction de la capacité à payer. Or l'indice de l'équité de la contribution financière de la santé calculé à cet effet à partir de l'Enquête de Niveau de vie des ménages de 1998, indique que plus des trois quarts des ménages (77,0 %) sont favorables à une répartition équitable de leur contribution financière aux dépenses de santé (Enoh, 2003).

4.5 - PROBLÈMES ET CONTRAINTES DU DOMAINE DE LA SANTÉ

Outre son inefficience et son inéquité, de nombreuses contraintes pèsent sur le système sanitaire ivoirien; celles-ci sont relatives à la croissance démographique, aux restrictions budgétaires, aux valeurs socio-culturelles et institutionnelles et à l'insuffisance et à la vétusté des infrastructures sanitaires.

4.5.1 - CONTRAINTES DÉMOGRAPHIQUES ET FINANCIÈRES

La forte croissance démographique de la Côte d'Ivoire est une contrainte majeure qui pèse sur le système de santé. En effet, l'augmentation rapide de la population ivoirienne a des répercussions sur la demande de soins qui ne cesse de s'accroître du fait de la recrudescence de certaines maladies transmissibles tels que le VIH/SIDA.

²³ - Les résultats de la région des Lagunes sont à nuancer dans la mesure où il semble que toutes les informations n'ont pu être recueillies.

CONCLUSION

Face à une demande de soins insatisfaite, les infrastructures sanitaires surexploitées, vétustes insuffisantes n'ont pas été réhabilitées pour répondre aux besoins exprimés ; par ailleurs, leur rythme de construction n'a pas suivi l'accroissement de la population en raison des contraintes budgétaires. En effet, le budget exécuté du MSP suit une évolution à la fois erratique et décroissante alors que la demande de santé, sous pression de la croissance démographique et l'apparition ou la résurgence de certaines pathologies, ne cesse de croître.

Au total, la hausse de demande de soins imputable à la croissance démographique n'a pas reçu de réponses appropriées en terme de procédures et de volumes d'allocations budgétaires. A cette contrainte démographique et budgétaire, le système sanitaire doit faire face à des pesanteurs culturelles qui touchent particulièrement les femmes.

4.5.2 - CONTRAINTES SOCIOCULTURELLES

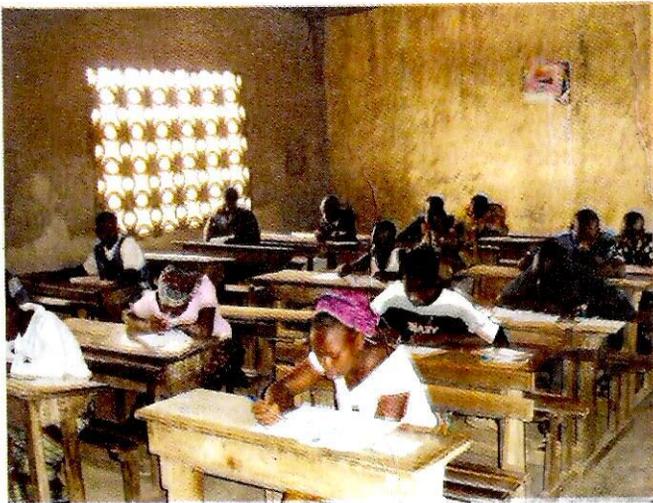
En effet, des éléments socio-culturels tels que les mutilations génitales, affectent la situation sanitaire des femmes. Pratiquées dans des conditions d'hygiène souvent précaires, les mutilations génitales féminines sont à l'origine d'infections vulvaires, urinaires et gynécologiques, entraînant parfois la stérilité et des fistules vésico-vaginales (PNAF, 2003).

Par ailleurs, les valeurs socio-culturelles fortement natalistes sont aussi à l'origine d'une mortalité maternelle élevée. Estimée à 597 décès pour 100 000 naissances vivantes.

4.5.3 - CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES

En plus des contraintes socio-culturelles, des problèmes d'ordre organisationnel et fonctionnel affectent les résultats attendus du système sanitaire. En effet, le Ministère de la Santé qui est la clé de voûte, connaît de fréquentes et constantes modifications liées davantage aux circonstances et aux forces en présence qu'à des restructurations véritablement fonctionnelles (8 Ministres en 5 ans.)

On note des redondances, incertitudes sur les rôles et responsabilités respectives des différents acteurs. En gros, l'organigramme du Ministère de la santé comprend de nombreuses unités dont les attributions se chevauchent ou se complètent, et qui sont distribuées au niveau des services rattachés, des directions centrales voire des EPN.



Dans l'esprit de la "Déclaration de politique de développement des ressources humaines" (DPDRH) adoptée en 1991, des plans ont été conçus pour développer le capital humain à partir de l'éducation, de la formation, de la santé et de l'emploi.

Ces initiatives étatiques, prises pour constituer le stock de capital humain nécessaire au processus de la croissance économique ivoirienne, qui ont été affectées par la crise socio-politique que traverse le pays depuis décembre 1999, ont privilégié l'éducation et la santé.

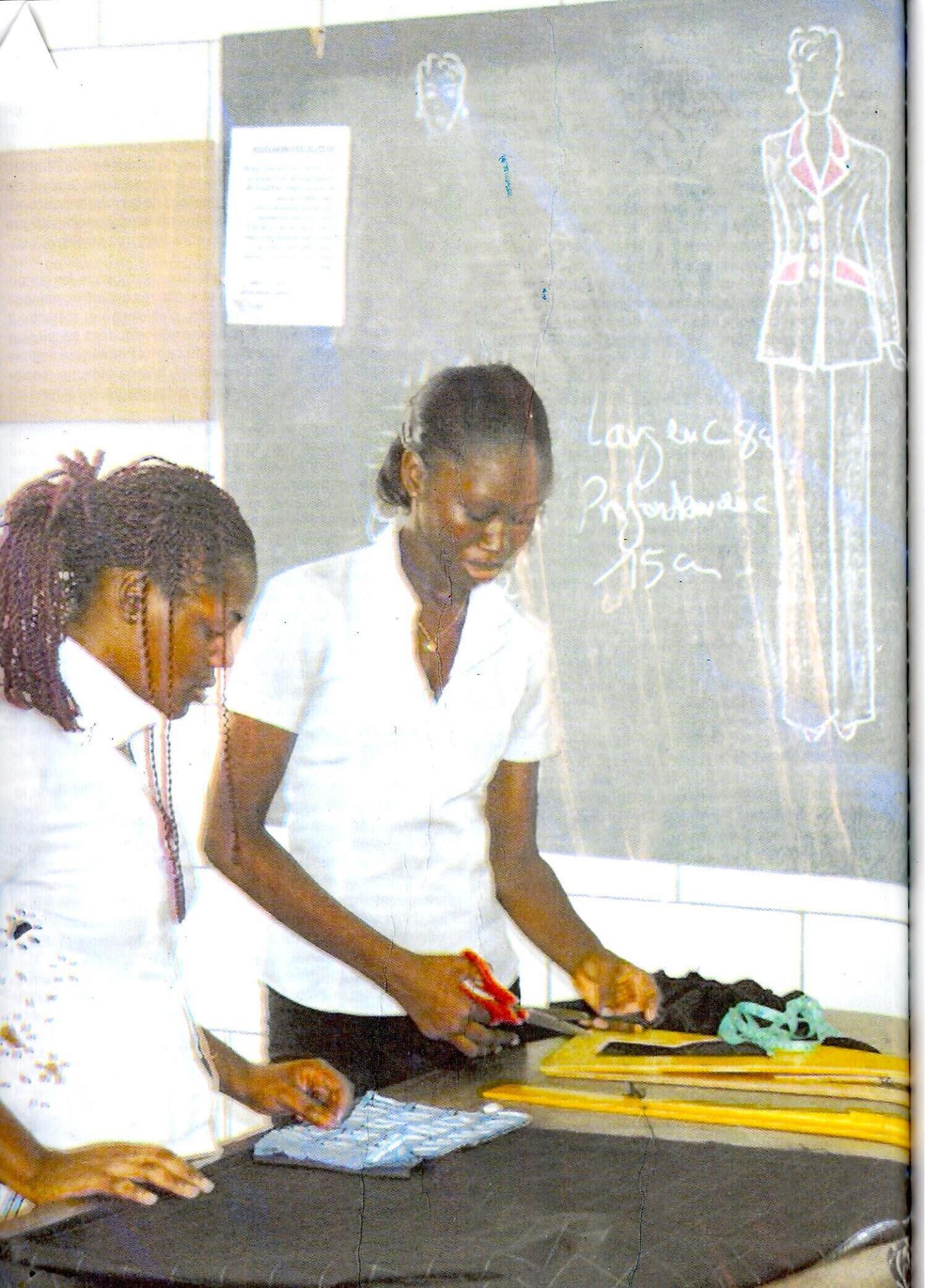
En tant qu'éléments constitutifs du capital humain, les performances des secteurs éducatifs et sanitaires ont été examinées à partir des indicateurs d'efficacité, d'efficience et d'équité. Il ressort en définitive, que le système éducatif, dans sa mission de contribuer au développement du capital humain est soumis à des contraintes d'ordre budgétaire, démographique, socio-culturel, institutionnel, pédagogique et technique, qui le rendent peu efficace et équitable.

En ce qui concerne le système sanitaire ivoirien, le problème de son efficacité se pose au regard des ressources mobilisées et leurs affectations. Outre son inefficacité interne, le système sanitaire n'est pas aussi efficace sur le plan externe puisqu'il n'a pas permis de développer la médecine du travail et la médecine traditionnelle. Par ailleurs, des indicateurs montrent clairement qu'il existe un problème d'efficience technique et allocative dans la mesure où il y a une sous-utilisation des infrastructures sanitaires et une faible productivité du personnel sanitaire. Le système sanitaire est aussi inéquitable parce qu'il se pose le problème de l'accessibilité géographique et financière de ses infrastructures.

De nombreuses contraintes pèsent également sur le système sanitaire ivoirien ; celles-ci sont relatives à la croissance démographique, aux restrictions budgétaires, aux valeurs socio-culturelles et institutionnelles et à l'insuffisance et à la vétusté des infrastructures sanitaires.

Par rapport aux problèmes et contraintes auxquels le dispositif éducatif et sanitaire est confronté, la Côte d'Ivoire et les partenaires au développement qui l'accompagnent dans le processus de développement du capital humain, doivent relever des défis dans les années à venir. C'est ainsi que d'ici 2015, il sera essentiellement question i) d'améliorer l'accessibilité aux services de l'éducation et de la santé, ii) d'améliorer la qualité de l'éducation et de la santé et iii) de développer la médecine traditionnelle et la médecine du travail, iv) de fournir une main-d'œuvre qualifiée v) et de mettre en place un système d'information fiable pour le suivi des axes prioritaires des politiques éducatives et sanitaires.

Pour que les défis des politiques éducatives et sanitaires puissent être relevés, il faudrait que des mesures en faveur de la cohérence, de l'efficacité et de l'équité soient prises.



Small white paper with text pinned to the chalkboard on the left side of the image.

Long Length
Proportion
15a



Chapitre 6

Jeunesse et insertion sociale

Introduction

La jeunesse est une catégorie sociale multiforme et très hétéroclite. Au cours de sa croissance, le jeune est soumis à un processus de maturation biologique et physiologique qui le prédispose à la malléabilité, à l'instabilité et à la fragilité. Cependant, des aptitudes positives telles que la spontanéité, la volonté et la créativité caractérisent également la jeunesse. C'est à juste titre qu'elle représente l'avenir de l'humanité, car les jeunes constituent, aujourd'hui, la génération la plus nombreuse de toute l'histoire. En effet, la moitié de la population mondiale est âgée de moins de 25 ans. Au moment où cette génération aborde les étapes préparatoires qui doivent la mener à l'âge adulte, l'obligation qu'a la société de répondre à leurs besoins en matière d'éducation, de formation, d'emploi et de santé revêt une importance plus grande que jamais. Ainsi, tous les pays doivent concevoir et mettre en œuvre des politiques susceptibles d'offrir aux jeunes la possibilité de donner le meilleur d'eux-mêmes pour garantir leur contribution au développement.

En Côte d'Ivoire, la population est extrêmement jeune. Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998 (RGPH-98), 43,5 % de la population a moins de 15 ans et 36,4 % de celle-ci a un âge compris entre 15 et 34 ans. Cette importance numérique des jeunes constitue d'une part un atout majeur pour le développement économique, social et culturel de la nation, mais constitue aussi une préoccupation au regard de nombreux besoins qu'elle suscite en matière d'emploi, de formation, de santé, de loisirs et de participation politique et sociale. Par ailleurs, la paupérisation des familles et l'effritement des liens parentaux ont fragilisé l'environnement social des jeunes et ont favorisé l'émergence de plusieurs maux tels que l'alcoolisme, le tabagisme, la drogue et les IST/VIH/SIDA. La crise économique depuis les années 1980, exacerbée par les crises politico-militaires à répétition, a fortement dégradé la situation déjà précaire des jeunes en favorisant l'émergence de nouvelles catégories de jeunes : les déplacés internes, les combattants, les enfants soldats.

Au moment où la situation socio politique tend à se normaliser avec en perspective la sortie de crise, il est impérieux de mieux connaître cette population cible en vue sa plus grande implication dans le processus de reconstruction post-crise et sa réinsertion sociale.

Le présent chapitre dont l'objectif est d'analyser la situation des jeunes, notamment les problèmes qu'ils rencontrent en matière d'insertion socio économique en vue de dégager des perspectives pour l'avenir est organisé en cinq parties. La première est relative à l'emploi des jeunes. Il s'agira de faire le bilan des politiques d'emploi mises en œuvre depuis l'indépendance. La deuxième partie présente la délinquance juvénile. À cet effet, la situation, les causes et l'impact de ce fléau seront abordés. La troisième partie est consacrée à l'insertion sociale des jeunes. Quant aux quatrième et cinquième parties, elles présentent respectivement la participation des jeunes à la vie politique et sociale et leur accès aux loisirs.

I - Emploi et insertion professionnelle des jeunes

L'emploi peut être défini comme une activité exercée par un individu pour son propre compte (auto-emploi) ou pour le compte d'un tiers (emploi) donnant lieu à une rémunération. Le chômage des jeunes avec son corollaire de sous-emploi, en plus d'être un problème économique, constitue un problème central de politique et de sécurité en Afrique de l'Ouest.

1.1 - ÉVOLUTION DE L'EMPLOI DE 1960 À 2006

En Côte d'Ivoire, les différents Gouvernements depuis l'indépendance ont accordé un intérêt particulier au secteur de l'emploi, le considérant comme un axe important du développement socio-économique. Cependant, les résultats obtenus par les différentes politiques initiées n'ont pas été à la hauteur de tous les dispositifs mis en place. Les programmes d'ajustement structurel engagés à partir des années 1980 ont contribué à amplifier la dépression économique, la paupérisation des populations, l'accroissement du chômage et du sous-emploi appréhendés à travers les plans quinquennaux (1971-1975; 1976 -1980; 1981-1985) . L'emploi des jeunes sera analysé sur quatre périodes distinctes : la phase de création massive d'emploi de 1960 à 1980, la phase de régression du rythme de création d'emploi de 1980 à 1990, la phase de relance économique de 1990 à 2000 et une accentuation de la crise de l'emploi de 2000 à 2006.

1.1.1 - PHASE DE CRÉATION MASSIVE D'EMPLOI: 1960 À 1980

Les deux premières décennies de l'indépendance, ont été marquées par une prospérité économique, avec un taux de croissance du PIB d'environ 7,7 % en moyenne par an. De grands investissements ont été réalisés dans tous les secteurs, notamment l'Agriculture, l'Industrie et le Bâtiment et les Travaux Publics. Le développement économique créera 362 000 emplois nouveaux en quinze ans, entre 1965 et 1980. L'agriculture, la pêche, l'élevage et les activités de foresterie ont constitué la base du développement économique et social et offraient la moitié des emplois salariés.

La situation de l'emploi était caractérisée par des déséquilibres entre l'offre et la demande et par la faible présence des Ivoiriens dans les emplois salariés. En milieu rural, l'exode des jeunes vers les villes engendrait la diminution de la population active, palliée par l'immigration étrangère qui fournissait les ouvriers agricoles. Un déficit de main-d'œuvre était apparu, estimé à 10 000 travailleurs en 1974, selon l'Office de la Main-d'œuvre de Côte d'Ivoire (OMOCI). En milieu urbain, le chômage s'est développé, à partir de l'écart grandissant entre la forte croissance de la population active (taux annuel moyen de 11 % à Abidjan de 1970 à 1975) et le rythme annuel de croissance des emplois estimé à 9 %. Au niveau de la répartition des emplois par nationalité, la part des étrangers était significative, au regard de la pratique dans les pays de la sous région : emplois qualifiés : 89,8 % d'Africains dont 67,4 % d'Ivoiriens ; cadres : 6,6 % d'Africains dont 4,1 % d'Ivoiriens.

Face aux trois problèmes d'emplois susmentionnés, le Gouvernement s'était assigné des objectifs en vue de les résorber : (i) la modération et la réorientation de l'exode rural des jeunes ; (ii) l'accroissement du rythme de création d'emploi en milieu urbain ; (iii) la recherche d'une meilleure adaptation de l'offre et de la demande, (iv) la promotion de l'emploi des nationaux. Plusieurs mesures avaient été prises afin d'atteindre les objectifs fixés. Au niveau macro-économique, il s'agit de l'option pour une croissance forte des secteurs secondaire et tertiaire (industrie et commerce) afin d'accroître le rythme de création d'emplois en milieu urbain. Le développement et la modernisation de l'artisanat et du secteur traditionnel ont alors été retenus. En matière d'insertion effective des nationaux, une Commission Nationale de l'Ivoirisation a été créée, pour animer et contrôler l'ensemble des processus réglementaires et contractuels de l'Ivoirisation. Le retour des jeunes à la terre a été soutenu par la modernisation en profondeur de l'agriculture et des actions d'aménagement du territoire pour améliorer le cadre de vie rural et lui conférer des commodités attrayantes. Au niveau de la formation, l'adaptation de l'appareil d'éducation-formation aux besoins de l'économie, a été engagée. Le Gouvernement a orienté un nombre suffisant de bacheliers vers des formations techniques et commerciales avec pour objectif, la mise sur le marché du travail des cadres qualifiés et compétents.

La mise en œuvre des mesures susmentionnées a permis une croissance assez rapide des emplois sur la période 1975-1980. Au niveau urbain, le nombre total des emplois offerts est de 877 000 en 1980 avec un rythme moyen de croissance de 5,7 % l'an. Cependant la poursuite d'une urbanisation très rapide a déterminé un excédent de main-d'œuvre dont la gestion appellera des mesures nouvelles au cours des années 1980. Dans le milieu rural, les problèmes d'emploi continuent de se poser

qualitativement en terme de force de travail nécessaire pour atteindre les objectifs de production. Quant à la politique d'ivoirisation menée de 1975 à 1980, la Charte de l'Ivoirisation qui fixe le cadre et le contenu de la politique à mener en la matière, a été élaborée et mise en œuvre. Les résultats globaux de l'Ivoirisation des emplois, sont les suivants : 53,6 % des emplois en 1974 contre 61,8 % en 1977 et 63,1 % en 1979.

Cependant, la croissance économique urbaine ne sera pas en mesure d'absorber totalement l'excédent de main-d'œuvre. En effet, les perspectives du bilan de l'emploi urbain permettent d'évaluer à environ 223 000 personnes le potentiel humain qui est inutilisé dans les villes ivoiriennes, en 1980, et l'estimer à 432 000 en 1985 et 671 000 en 1990. Il se pose alors la problématique d'une plus grande insertion des jeunes en milieu rural. Le développement des activités artisanales et traditionnelles non agricoles est envisagé, avec une accélération de l'Ivoirisation des emplois modernes.

1.1.2 - LA PHASE DE RÉGRESSION DU RYTHME DE CRÉATION D'EMPLOI: 1980 À 1990

Les années 1980 ont été marquées par une forte récession économique et la mise en œuvre de programmes d'ajustement structurels à partir de 1985. La croissance moyenne annuelle du PIB a été de 0,3 % entre 1980 et 1985, contre 6,2 % entre 1971 et 1975 et 8,7 % entre 1976 et 1980.

La récession économique au cours de la période a affecté négativement l'évolution globale du volume de l'emploi. Le secteur moderne est passé d'un taux de croissance de l'ordre de 7 % par an à une baisse du volume d'emploi de l'ordre de 3 % par an de 1980 à 1983. Le secteur secondaire, particulièrement le secteur du Bâtiment et des Travaux Publics s'est effondré, avec une baisse de 23 % en moyenne par an sur la période. L'ensemble des emplois urbains s'est maintenu à un taux de croissance de 2 %, grâce au dynamisme du secteur informel (taux de croissance de 6 % par an). Cependant, la population urbaine a connu une croissance accélérée, avec un taux annuel de 8,4 %. La population disponible pour l'emploi est passée de 183 000 en 1980 à 277 000 en 1983. Il convient de souligner que l'emploi agricole et traditionnel qui connaît une progression régulière de 3,2 % par an, est toujours confronté au problème de l'exode rural. On note une stagnation de l'Ivoirisation dans le secteur moderne privé avec 67,2 % des emplois occupés par les Ivoiriens en 1979 contre 67,5 % en 1984.

Les politiques d'emploi menées reposaient sur deux axes : la résorption de l'excédent de main-d'œuvre en milieu urbain couplée au freinage de l'exode rural et l'Ivoirisation. Trois opérations ont été adoptées par le Gouvernement pour résoudre l'excédent de main-d'œuvre en milieu urbain : (i) le développement des activités artisanales et traditionnelles, en milieu rural et urbain, avec 3 000 emplois à créer (projets spécifiques de poterie, fumage de poisson, filature, tissage) ; (ii) la formation-installation de mécaniciens d'entretien, artisans pour l'habitat rural, réseau de scieries artisanales, artisans d'art etc. ; (iii) l'installation des jeunes en milieu rural dans les domaines de l'agriculture et de l'élevage ; et l'accélération de l'Ivoirisation.

Il s'est avéré également nécessaire pour l'État d'opérer de profondes mutations dans l'organisation du secteur industriel. Au niveau du cadre économique, il a été élaboré et mis en place un code des investissements beaucoup plus favorable à la créa-

tion d'emplois pour les Ivoiriens, à la décentralisation des activités industrielles vers les régions et la création de PME. Au niveau des entreprises, l'assainissement général de la gestion des entreprises publiques et parapubliques, avec proposition de plan de restructuration, a été engagé par les pouvoirs publics.

L'installation des jeunes en milieu rural pour des activités agricoles et d'élevage, à raison de 5 000 jeunes par an à installer sur cinq ans, a été le programme majeur d'emploi de cette décennie. C'était un projet destiné essentiellement aux jeunes, élaboré pour freiner l'exode rural et diminuer le nombre de jeunes sans emploi, notamment les déscolarisés urbains désireux d'intégrer le milieu rural. Il était prévu un soutien de 600 000 FCFA pour l'installation d'un jeune, soit trois milliards de FCFA par an pour 5 000 jeunes concernés chaque année, et 15 milliards sur 5 ans. Le projet nécessitait des terres villageoises à obtenir par négociation auprès des autorités coutumières, afin d'y créer des exploitations individuelles ou collectives pour les jeunes. Une formation technique préalable, notamment une formation agricole complète était envisagée au bénéfice des populations cibles, dans des centres de formation spécifiques aux techniques agricoles, qui relevaient désormais d'un Ministère chargé du développement rural.

En définitive, l'évolution du volume global de l'emploi a été freinée par les effets néfastes de la récession économique, au cours de la période 1980-1990. Le nombre d'entreprises nouvelles créées a été réduit de moitié au cours de la période 1981-1985 par rapport aux périodes 1971-1975 et 1976-1980, avec une forte réduction de l'investissement annuel.

Le marché de l'emploi fait apparaître simultanément des déséquilibres structurels et des distorsions d'ordre conjoncturel. Le déséquilibre structurel est lié au système de formation orienté exclusivement vers la satisfaction des besoins du secteur moderne dont la capacité d'absorption reste limitée par rapport à la production du système de formation. Quant aux distorsions d'ordre conjoncturel, il s'agit du ralentissement des investissements publics et privés dû à la récession économique, qui a entraîné la limitation des créations d'emplois au niveau de la Fonction Publique et l'accroissement du rythme de compression de personnel (20 % par an sur la période 80/84) dans le secteur privé. Le chômage intellectuel a alors fait son apparition sur le marché de l'emploi.

1.1.3 - LA PHASE DE RELANCE ÉCONOMIQUE : 1990 À 2000

Après cette première décennie de récession économique, la Côte d'Ivoire a amorcé après la dévaluation du franc CFA en janvier 1994, une croissance économique soutenue. En effet, le taux de croissance du PIB est passé de - 0,4 % en 1993 à 2 % dès 1994, pour atteindre 7,1 % en 1995. Cette dynamique de la croissance intérieure repose en grande partie sur les investissements et les exportations. Les recherches de solution à la crise économique de la décennie 1980-1990, ont induit dans le cadre des programmes d'ajustement structurel, des préoccupations spécifiques pour l'emploi. Celles-ci ont été prises en compte à travers les mesures de redressement économique et le plan national de l'emploi adopté en 1995. La croissance positive du PIB qui s'est maintenue jusqu'en 1998, sera contrariée par les crises socio-politiques, notamment le coup d'État Militaire de 1999 ; entraînant ainsi un taux de croissance négatif (- 2,3 % en 2000).

Par ailleurs, la politique de l'emploi initiée par le Gouvernement vise la réduction du nombre de sans emploi et l'amélioration de la productivité du travail, afin que l'emploi contribue à la croissance économique et réduise la pauvreté. Les objectifs spécifiques sont de : (i) développer l'emploi dans le secteur moderne et en milieu rural ; (ii) promouvoir l'auto-emploi et l'emploi indépendant ; et (iii) susciter l'emploi local.

L'action de l'État en faveur de l'environnement de l'emploi concerne l'animation du cadre réglementaire (par rapport au nouveau Code du Travail), la production et la diffusion d'informations sur le marché de l'emploi, la gestion des conflits sociaux, l'indemnisation du chômage et les fonds sociaux nationaux de prêts. L'intervention directe de l'État en faveur des populations défavorisées s'opère à travers les programmes d'emploi que l'on peut regrouper en deux grandes catégories : les programmes gérés par l'Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi (AGEPE) et ceux relevant des ministères techniques.

Plusieurs programmes ont été créés, dans le cadre de l'auto-emploi et des emplois indépendants, comme le résultat des priorités politiques fixées par l'État. Selon la Direction de la promotion de l'emploi de l'AGEPE, ces fonds ont permis à 5400 promoteurs de bénéficier de 20,327 milliards de prêt et de créer 24 269 emplois. Bien que les jeunes aient bénéficié de ces fonds sans distinction, il convient de mentionner les fonds spécifiques qui leur ont été destinés dans le cadre de ces mesures générales.

Les trois fonds ci-après ont été en effet mis en place pour les jeunes par le Gouvernement. Il s'agit d'abord du Programme Spécial d'Insertion des Jeunes Ruraux (PSIJR). Il vise essentiellement la promotion de l'emploi des jeunes ruraux. De 1994 à 1998, 19 promoteurs ont bénéficié du PSIJR qui a créé 1 145 emplois. Les jeunes ont également bénéficié du Fonds d'Installation et d'Appui aux initiatives des Jeunes Agriculteurs (FIAIJA). Il vise l'amélioration de la productivité et la compétitivité de l'agriculture et doit assurer la sauvegarde de l'environnement naturel. 753 promoteurs ont bénéficié de ce fonds qui a créé 10 505 emplois. Il s'agit enfin du Fonds National de la Jeunesse et des Sports (FNJ). Il a pour objet de promouvoir l'esprit d'entreprise en soutenant toute initiative des jeunes pouvant contribuer à leur insertion socio-économique. Ce fonds a permis d'agréer 911 projets de 1994 à 1998, avec 3 400 emplois créés.

Plusieurs insuffisances ont été relevées dans la gestion des fonds sociaux en général, et ceux destinés aux jeunes en particulier. La plupart des projets présentés par leurs promoteurs ne bénéficiaient pas d'études techniques et financières fiables préalables, notamment la rentabilité. Beaucoup de jeunes n'avaient pas non plus d'aptitude à mettre en œuvre des projets dans des domaines techniques dont ils avaient une connaissance approximative. Aucune formation officielle d'appui aux promoteurs n'était prévue dans la mise en œuvre de ces importants concours financiers du Gouvernement. Les jeunes étaient donc abandonnés aux soins d'une multitude de cabinets privés dont les compétences n'étaient pas toujours garanties.

Il convient aussi de déplorer le manque d'indépendance des structures techniques de l'État chargées de gérer ces fonds sociaux, et qui doivent agréer les projets des jeunes selon des critères rigoureux et dans la transparence. Ces structures subissent parfois des pressions et des trafics d'influence de hautes personnalités, qui font croire à tort aux jeunes que l'obtention

de ces appuis financiers serait la récompense de leur militantisme, ce qui pourrait expliquer en partie les difficultés de recouvrement constatées sur le terrain.

1.1.4 - ACCENTUATION DE LA CRISE DE L'EMPLOI: 2000 À 2006

Les politiques de l'emploi de cette période reposent sur le Plan national de l'emploi 2002-2005 et comportent deux éléments caractéristiques: (i) la création d'un cadre institutionnel, juridique et macro-économique favorable à la reprise des investissements publics et privés, porteurs de créations d'emplois; (ii) et la définition des politiques sélectives spécifiques à l'emploi, en vue de prendre en compte les diverses nuances dans lesquelles se pose le problème de l'emploi. Il s'agit désormais de considérer le secteur de l'emploi comme un secteur social à part entière et y investir, prendre des dispositions d'appuis financiers et de mesures générales.

Durant cette période, le taux moyen de croissance qui était de 6 % entre 1995 et 1998, a connu une baisse progressive pour se situer à -1.7 % en 2003. On avait assisté à une lente reprise des activités avec un taux de croissance du PIB de 1 % en 2004, mais les prévisions pour 2005 estiment ce taux à 0 %. Cette baisse du PIB trouve en partie son explication dans les résultats de l'enquête PDI-FAC 2005. En effet, on a noté une baisse de 12 % des chefs de ménages ayant une occupation avant la crise et au moment de l'enquête.

1.2 - INSERTION PROFESSIONNELLE DES JEUNES

L'insertion sociale des jeunes revêt plusieurs dimensions. Il s'agit d'abord de l'obtention d'un emploi décent qui sécurise le jeune et lui permet d'avoir des revenus significatifs et de réaliser une pleine installation sociale (l'acquisition d'un logement, des équipements ménagers et d'autres commodités, l'accessibilité aux soins de santé etc.). Cependant, la formation professionnelle demeure une porte d'entrée majeure pour l'insertion socio-économique globale car elle détermine les qualifications et les compétences qui peuvent conduire à un emploi salarié ou à l'auto-emploi. Deux points seront abordés, à savoir: l'action d'insertion professionnelle gouvernementale et celle de la société civile.

1.2.1 - ACTIONS GOUVERNEMENTALES D'INSERTION PROFESSIONNELLE

Afin de faire face aux difficultés de l'emploi créées par la récession économique des années 1980, le Gouvernement a mis en place plusieurs structures qui concourent à la promotion de l'emploi, notamment l'Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi (AGEPE), l'Agence de Formation Professionnelle (AGEFOP) et le Fonds de Développement et de la Formation Professionnelle (FDFP), trois institutions aux missions complémentaires. En effet, l'AGEPE gère l'insertion professionnelle, l'AGEFOP assure la formation par apprentissage et le FDFP finance la formation continue et le perfectionnement. L'existence de ces trois structures opérationnelles assure l'efficacité de la gestion de l'emploi et de la formation professionnelle.

a) Actions des structures de promotion de l'emploi

En matière d'insertion par la formation professionnelle, l'État a mis en place dès le début des années 1990, un cadre institutionnel d'intervention, composé de l'AGEFOP, le FDFP et

l'AGEPE (Encadré 6.1.). Il convient de mentionner également les Instituts de Formation et d'Éducation Féminines (IFEFF) qui jouent un rôle efficace dans l'insertion des jeunes filles.

Dans le cas particulier des jeunes, l'AGEFOP a mis en place un Programme d'Absorption des Jeunes Déscolarisées (PAJD). Ce projet conduit par l'AGEFOP a pour objectif d'assurer, par le biais de la formation qualifiante de courte durée, l'insertion professionnelle des jeunes en rupture scolaire afin de leur éviter l'extrême pauvreté. Le PAJD regroupe quatre projets spécifiques: les projets de Formation par Apprentissage, de Formation à Distance aux métiers de l'électronique et de l'électricité, de création d'un Centre d'Éveil Technologique, de création d'un Laboratoire Moderne de Conception de Programmes de Formation Qualifiante.

L'AGEFOP vise de nombreuses populations cibles: les jeunes déscolarisés, les femmes rurales, les jeunes filles, les chômeurs, les diplômés en quête d'un premier emploi, les handicapés, les accidentés du travail, les retraités, les travailleurs des secteurs public et privé, les étudiants, les collectivités locales, les ONGs et associations.

En 2002, cinq projets ont été réalisés, pour un coût global de 400 millions de FCFA. La source du financement des projets est essentiellement la subvention de l'État allouée à travers le Programme d'Investissement Public (PIP). Le niveau de réalisation des projets est donc étroitement lié à la disponibilité des ressources publiques, et de la santé économique générale du pays.

Depuis sa création en 1992, les activités du FDFP sont en nette progression. Le nombre de stagiaires est passé de 15 561 en 1993, dans le cadre des plans de formation, à 41 974 en 2004, soit une progression moyenne de 14,9 % entre 1993 et 2001. En 2005, 152 projets collectifs et 4 études ont été agréés. Leur financement a mobilisé 3 121 898 736 FCFA dont 3 083 856 736 FCFA pour les projets collectifs. Près de la moitié de ce financement était destiné au développement rural (49 %). Sur un total de 6 680 437 745 FCFA de financement en 2004, 66,6 % des réalisations concernent les actions de formation en entreprise contre 33,4 % pour l'ensemble des projets collectifs.

Concernant l'AGEPE, le bilan établi entre 1994 et 1998 fournit des résultats obtenus pour l'ensemble des programmes d'emplois en faveur des populations défavorisées, pour lesquelles les jeunes ont été éligibles à chaque programme spécifique. Six programmes ont été à la charge de l'AGEPE:

(1) le Programme d'Aide à l'Embauche (PAE): 884 demandeurs de formation ont été formés (formation qualifiante) dont 599 ont été placés en entreprise; 474 stagiaires ont été formés en entreprise (activité de mise en stage); (2) le Programme de Maintien de l'Emploi et de Reconversion Professionnelle (PMERP): 12 projets ont été initiés en faveur de 196 demandeurs de formation de reconversion professionnelle; ces chiffres sont loin des résultats escomptés qui étaient d'assurer la reconversion et l'insertion professionnelle de 500 chômeurs de longue durée; (3) le Programme de Création de Micro-Entreprises (PCME): 1 518 dossiers ont été agréés au financement pour 7 590 emplois directs créés; (4) le Programme Spécial d'Insertion des Femmes (PSIF) et le Programme Spécial d'Insertion des Jeunes Ruraux (PSIJR): 30 groupements ont été installés (11 pour les femmes et 19 pour les jeunes) pour 1 145 emplois créés; (5) le Programme Spécial de Création d'Emploi (PSCE/THIMO): ce programme a créé 6 000 emplois dans 196 communes du pays.

6.1 STRUCTURES ÉTATIQUES DE PROMOTION DE L'EMPLOI

▷ **L'AGEFOP**, créé par le décret n° 92-316 du 15 mai 1992, a pour missions principales de : (i) prospecter et analyser les besoins de formation professionnelle ; (ii) élaborer les projets de formation professionnelle selon les besoins exprimés ou détectés ; (iii) gérer et coordonner les projets de formation professionnelle dont elle a la charge ; (iv) produire des biens et services à travers des actions de formation professionnelle ; (v) expérimenter les projets nationaux qui lui sont confiés par l'État ; (vi) élaborer et mettre en œuvre les plans de financement et de subventions relatifs aux projets de formation professionnelle. L'AGEFOP recueille et analyse les préoccupations des populations en quête de formation ou d'emploi en vue d'apporter des solutions adaptées à leurs besoins.

▷ **Le FDFP**, créé par la loi n° 91-997 du 27 décembre 1991 et le décret n° 92-05 du 8 janvier 1992, a pour mission d'assurer le financement des actions dans le domaine de la Formation Professionnelle et de l'Apprentissage, grâce aux taxes afférentes, payées par les entreprises, et les fonds publics mis à disposition. Le produit de la taxe additionnelle à la Formation Professionnelle continue et celui de la taxe à l'Apprentissage représentent respectivement, 1,2 % et 0,4 % de la masse salariale des entreprises. En ce qui concerne la taxe additionnelle pour la formation Continue, le FDFP assure le financement des actions de formation continue destinées aux salariés des entreprises et des études ayant trait à la planification générale de la formation professionnelle continue. Pour la taxe d'apprentissage, le FDFP assure le financement des actions de formation professionnelle initiale, des actions de formation d'apprentis et des études ayant trait à la planification générale de la formation professionnelle et technique. Il anime également des projets de formation répondant à une logique plus collective, notamment en milieu rural.

▷ **L'AGEPE**, créé par le décret n° 93-221 du 3 février 1993, assure les missions d'observatoire de l'emploi, des métiers, de la formation et de promotion de l'emploi. À ce titre, elle est chargée de : (i) constituer une base de données relative à l'emploi, au métier, au chômage et à la formation ; (ii) mettre en œuvre des programmes d'emploi et de formation initiés par le Gouvernement ; (iii) rechercher en liaison avec le Ministère chargé de l'Économie et des Finances, le financement pour les programmes d'emplois ; (iv) réaliser et diffuser toute documentation sur l'emploi et la formation et les résultats des études et enquêtes ; (v) conduire toutes les actions visant à assurer une meilleure adéquation Emploi-Formation ; (vi) enregistrer et recenser les demandeurs d'emplois ; (vii) prospecter le marché de l'Emploi auprès des entreprises en vue du placement des demandeurs d'emplois ; (viii) assurer le conseil en recrutement et en gestion des ressources humaines ; (ix) sélectionner, conseiller et orienter les demandeurs d'emploi ; (x) assurer la gestion administrative et financière de l'aide au chômage.

En ce qui concerne les jeunes filles spécifiquement, les Institutions de Formation et d'Éducation Féminine (IFEFF) ou "foyer féminin" participent activement à leur insertion sociale à travers des programmes de formation par apprentissage. Au nombre de 90 sur toute l'étendue du territoire national, ces instituts couvrent des domaines tels que la puériculture, l'économie domestique, l'éducation civique, l'hygiène générale, l'hygiène alimentaire, le planning familial, la cuisine, la création et la gestion des activités génératrices de revenus. Les objectifs visés par la formation dans les IFEFF sont notamment : l'autonomisation sociale et économique de la jeune fille, l'acquisition par la jeune fille de compétences professionnelles, d'un savoir faire en vue de l'exercice d'une activité génératrice de revenus.

b) De la nécessité d'une action concertée pour l'emploi des jeunes

En 2002, sur une population en âge de travailler de 9 718 192 personnes, 4 405 597 sont en difficulté vis-à-vis de l'emploi. Sur cet effectif, on distingue 918 450 chômeurs et 3 487 147 individus occupés, mais percevant un revenu inférieur au SMIG. L'ampleur du chômage et les risques d'augmentation de la marginalisation et de l'exclusion sociale ont amené les autorités à interpeller les trois structures, AGEFOP, FDFP et AGEPE dont les missions concourent à la création et à l'animation d'un système dynamique de relation formation-emploi.

Les trois structures ont décidé alors d'un programme commun de formation et d'insertion des jeunes mis en œuvre dans le cadre d'une plate-forme de services. Celle-ci leur permet de mobiliser en complémentarité, leurs ressources et leurs moyens pour réaliser au mieux les engagements et les objectifs liés à ce programme. Ce programme se propose de concourir à la résorption du chômage des jeunes (urbains, ruraux, analphabètes, déscolarisés, diplômés, handicapés, jeunes de la rue, veuves et orphelins, chômeurs, ex-combattants, etc.) sur une période de dix ans sur l'ensemble du territoire national. L'approche "plate-forme de service" adoptée par l'AGEFOP, le FDFP et l'AGEPE permet la convergence et la complémentarité d'action des trois institutions, le renforcement des compétences de chaque institution, avec un recentrage sur les missions : l'AGEPE pour les études, la mise en situation d'emploi et l'encadrement ; l'AGEFOP pour la formation professionnelle et les compétences ; et le FDFP pour le financement, le développement local et la mobilisation des acteurs et partenaires.

1.2.2 - ACTIONS D'INSERTION PROFESSIONNELLE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Une politique hardie d'insertion des jeunes en difficulté est effective au niveau de plusieurs ONGs, notamment le Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE) à Abidjan, le Centre Abel LVIA à Grand-Bassam, le Centre Don Orione à Bonoua et à Korhogo, le Centre Lomania à Korhogo et l'Association Médecins du Monde.

Il s'agit d'abord des jeunes handicapés physiques moteurs, suite aux accidents de la voie publique, aux effets de la guerre ou aux maladies invalidantes (la poliomyélite, la lèpre, l'ulcère de Buruli, le diabète etc.). La prise en charge de ces jeunes handicapés se fait par des centres d'appareillage orthopédique, notamment les centres Don Orione de Bonoua et de Korhogo, le centre d'appareillage orthopédique de la CNPS (Caisse Nationale de Protection Sociale) d'Abidjan-Yopougon, le centre

Tableau 6.1 : Les programmes d'insertion/Fonds sociaux en faveur des jeunes.

Programmes d'emplois	Nombre de groupements ou de promoteurs	Montant des financements cumulés (milliards de FCFA)	Nombre d'emplois créés cumulés
<i>Programmes gérés par l'AGEPE</i>			
PSIF - Programme Spécial d'Insertion des Femmes (AGEPE)	10	0,142	558
PIJR- Programme d'Insertion des Jeunes Ruraux (AGEPE)	16	0,362	440
PCME- Programme de Création de Micro-Entreprise (AGEPE)	1441	9,120	7 200
<i>Programmes gérés par d'autres Ministères</i>			
FPPA- Fonds de Promotion des Productions Animales (Ministère de l'Agriculture)	243	1,1170	10 505
FIAIJA- Fonds d'Installation et d'Appui aux Initiatives des Jeunes Agriculteurs (Ministère de l'Agriculture)	753	2,739	
FDAPE- Fonds de Diversification Agricole et de Promotion des Exploitations (Ministère de l'Agriculture)	604	2,867	
Fonds National Femmes et Développement (Ministère de la Famille et de la Femme)	1 287	0,904	1 287
FNJ- Fonds National de la Jeunesse et des Sports	529	1,122	2 000
FIAC- Fonds d'Insertion pour l'Action Culturelle (Ministère de la Culture)	54	0,415	342
TOTAL		18,841	22 332

de Réadaptation à Assise Communautaire des Personnes Handicapées (RACH) de Gagnoa et le centre d'appareillage de l'Institut Raoul Follereau d'Adzopé. Outre les soins médicaux, certains centres dispensent une formation permettant aux handicapés d'accéder au travail.

En ce qui concerne les autres types de difficultés, c'est plutôt le BICE qui couvre un large spectre d'activités, en liaison parfois avec le centre Abel LVIA et Médecins du Monde. Installé en Côte d'Ivoire depuis 1987, le BICE développe quatre programmes majeurs d'insertion :

- Le "Programme Enfants handicapés" apporte un appui aux enfants handicapés et à leurs parents à travers le dépistage précoce, la rééducation, la dotation de prothèse, la rescolarisation, la mise en apprentissage et les activités génératrices de revenus;
- Le "Programme jeunes filles domestiques" s'intéresse à la défense des droits de ces filles, à leur accompagnement pour de meilleures conditions de travail et leur reconversion;
- Le "Programme enfants privés de liberté" se préoccupe

des enfants en conflit avec la loi. Il intervient notamment dans la médiation pénale pour éviter aux enfants d'aller en prison, l'amélioration de leurs conditions de détention et la réhabilitation sociale par leur réinsertion socio-familiale et professionnelle;

- Le "Programme des enfants de la rue" s'intéresse aux enfants en rupture familiale et sociale. Au total, le BICE déploie ses activités à travers quatre centres installés à Abidjan : le Centre de Sauvetage à Abidjan-Plateau, le Centre d'Écoute Pilote d'Adjamé, le Centre d'Éveil et de stimulation des enfants handicapés à Yopougon Selmer et le Centre de réhabilitation ERB ALOIS à Yopougon Toits rouges.

En résumé, les politiques d'emploi menées depuis plusieurs décennies connaissent des faiblesses similaires. Les capacités réduites de la Fonction Publique et du secteur privé moderne limitent les perspectives d'embauche des jeunes, surtout que la création de nouveaux emplois dans les entreprises dépend

étroitement de la prospérité économique et de l'importance des investissements. L'inadéquation entre la formation et le marché du travail continue également de peser sur les chances d'insertion professionnelle de plusieurs jeunes, diplômés des universités ou des cycles courts des écoles techniques d'enseignement supérieur.

C'est le lieu d'indiquer qu'une reconversion de mentalité des jeunes est nécessaire afin qu'ils envisagent l'alternative de l'auto-emploi, à travers le secteur informel et les emplois locaux qui demeurent insuffisamment valorisés. Il convient enfin d'indiquer que les structures d'accompagnement des jeunes, notamment au niveau des fonds sociaux, devraient vaincre les faiblesses constatées dans les sélections des dossiers de projets et le peu d'intérêt accordé à l'encadrement des jeunes dans la phase d'exécution de leurs activités.

1 - Les jeunes dans le conflit armé

L'accent est mis, ici, sur un nouveau domaine prioritaire qui est celui des jeunes dans le conflit armé. La crise revêt une dimension régionale qui ne facilite pas sa gestion : certains pays frontaliers comme le Liberia et la Sierra Leone sortent de leurs guerres civiles et d'autres comme la Guinée et le Mali ont réussi à faire échouer des projets de déstabilisation politique.

Néanmoins, la paix semble pointer à l'horizon avec le début de retrait des forces combattantes de la ligne de front depuis le 18 mai 2006. Dans cette perspective, la question de la réinsertion et de la réintégration des jeunes ex-combattants ainsi que celle de la réhabilitation des jeunes civils sinistrés par la guerre se posent avec acuité.

1 - ÉVALUATION DE L'IMPORTANCE NUMÉRIQUE ET

DES TRAITS SPÉCIFIQUES DES JEUNES EX-COMBATTANTS

Il n'est pas aisé à ce jour de chiffrer les jeunes impliqués dans les combats et leurs victimes. Ces jeunes proviennent de différents groupes armés :

- les Forces de Défense et de Sécurité (FDS) (Forces Terrestres, Forces Aériennes, la Marine Nationale, la Gendarmerie Nationale, la Police Nationale, la Douane, les Eaux et Forêts) ;
- Les Forces Armées des Forces Nouvelles (FAFN) (les forces recrutées depuis le 19 septembre 2002, certains FDS en activité au 19 septembre 2002 ayant rallié les FAFN, les FDS à la retraite et récupérés par les FAFN, les FDS déserteurs, en exil ou portés disparus) ;
- Les groupes ou individus civils en arme (les milices)²⁴, les groupes d'autodéfense, les mercenaires étrangers, les "dozo", les organisations et groupes spéciaux, les individus détenant illégalement des armes, les sociétés de gardiennage équipées d'armes de guerre).

D'après les données de la Commission Nationale de Désarmement de Démobilisation et de Réinsertion (CNDDR)²⁵, le nombre de combattants à démobiliser se chiffrait à 4 000 du côté des FDS et à 40 914 dont 3 000 enfants soldats du côté des FAFN. La présence d'enfants au sein des forces combattantes constitue une violation du droit international humanitaire. À cela s'ajoutent les jeunes appartenant à la catégorie des groupes et individus civils en arme ; on avance le chiffre de 10 700 pour les milices de l'Ouest (L'inter, n° 2422, 7 juin 2006).

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des jeunes qui ont fait partie des unités armées, on peut estimer qu'ils sont analphabètes dans leur grande majorité et proviennent des milieux sociaux défavorisés. En effet, si les individus qui maîtrisent la lecture et l'écriture peuvent avoir accès à des textes et concepts idéologiques qui améliorent la qualité du discernement face aux différentes situations de la vie, les masses enfermées dans une culture orale sont manipulables et réfractaires à la démocratie.

En outre, comme le souligne le rapport 2005 sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la pauvreté et la faim favorisent les conflits (Nations Unies, 2005). Il est en conséquence probable que les troupes de jeunes combattants aient été alimentées par les masses d'enfants travailleurs qui sont, comme on l'a déjà vu, le plus souvent analphabètes et vivent dans des conditions difficiles. De ce point de vue, l'alphabétisation de masse pourrait favoriser la non-participation des enfants et des jeunes aux unités armées.

2.2 - ANALYSE DE LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS SPÉCIFIQUES DES JEUNES DANS LE PNDDR/RC

L'Accord de Linas Marcoussis du 24 janvier 2003, soutenu par la résolution 1 464 du 4 février 2003 du Conseil de Sécurité de l'ONU, a préconisé un Programme National de Désarmement, Démobilisation, Réinsertion et Réhabilitation Communautaire (PNDDR/RC). Ce type de programme est mis en œuvre dans toutes les régions qui ont été confrontées à de graves conflits armés. Le DDR est inscrit dans le programme d'actions prioritaires 2005 du Gouvernement qui demeure encore d'actualité en 2006. Il comprend quatre axes majeurs : (i) le désarmement, la démobilisation et la réinsertion ; (ii) le redéploiement de l'administration ; (iii) l'identification, les élections ; (iv) la reconstruction. Le PNDDR/RC s'adresse à deux catégories de cibles, ce qui donne lieu à deux volets : les groupes armés pour lesquels est élaboré le volet DDR, les populations civiles sinistrées par la guerre, prises en charge par le volet RC.

Les objectifs du PNDDR/RC indiquent que la réintégration socioéconomique de toutes les personnes détenant des armes de guerre, notamment les jeunes, sera assurée par le programme. Il ressort également de l'examen de ces objectifs qu'à travers le volet RC, les jeunes victimes provenant des régions les plus touchées par les combats pourraient bénéficier des activités de réinsertion sociale et économique. Il est prévu que les enfants, particulièrement les filles, bénéficient d'un programme spécifique DDR adapté à leur statut de mineurs.

²⁴ - Les Forces Nouvelles regroupent le Mouvement Patriotique de Côte d'Ivoire (MPCI), le Mouvement Populaire Ivoirien du Grand Ouest (MPIGO) et le Mouvement Pour la Justice et la Paix (MJP).

²⁵ - Il existe une polémique à propos du terme "milice" en Côte d'Ivoire. Les groupes civils armés appelés "milices" par certains, sont qualifiés de "groupes d'autodéfense" par d'autres. En dépit de cette divergence dans l'appellation, on note de nombreux groupes civils armés : Mouvement Ivoirien de Libération de l'Ouest (MILOCI) ; Alliance des Patriotes Wé (AP-Wé) ; Union des Patriotes Résistants du Grand-Ouest (UPRGO)...

²⁶ - La démobilisation est le processus qui conduit le combattant de la vie militaire à la vie civile. Elle ne concerne que les individus recrutés à partir du 19 septembre 2002.

Cependant, il convient de noter que les responsables des groupes d'auto-défense basés à Abidjan et ses environs ²⁷ ont tenu à rencontrer récemment les services de la Primature pour exprimer leurs inquiétudes au sujet de leur prise en compte dans le processus de DDR en cours. Ils ont été rassurés de ce qu'aucun groupe ne sera laissé pour compte (Fraternité matin, 20 juin 2006). Ce type de revendication pourrait constituer un obstacle à la cohésion sociale en ceci qu'elle pourrait attiser les frustrations et la méfiance des groupes d'autodéfense à l'égard des ex-combattants rebelles. Pour éviter ces revendications, les responsables du PNDDR gagneraient à spécifier les critères d'éligibilité au DDR et informer largement les populations.

Quant à la pertinence du programme, on note que les actions envisagées pour la réintégration socioéconomique touchent les domaines de préoccupations majeures des jeunes, à savoir la formation et l'insertion sur le marché du travail (Encadré 6.2). En ce sens, il est pertinent. On remarque qu'un système de suivi accompagnement des démobilisés est prévu; cet aspect s'il est bien mené constitue un élément crucial de réussite de la réintégration socio-économique des ex-combattants.

D'autres domaines prioritaires pour les jeunes comme la santé ne sont pas négligés même s'ils ne figurent pas parmi les activités de réintégration. Durant leur séjour sur les sites DDR, période qui précède le transfert vers le lieu d'insertion, les ex-combattants bénéficient d'une assistante médicale et psychosociale, notamment ils sont sensibilisés sur le VIH/sida et le dépistage volontaire.

Le programme s'efforce également d'assurer l'autonomie financière des ex-combattants au cours des six premiers mois de vie dans le lieu d'insertion à travers un filet de sécurité d'un montant de 499 500 FCFA. Le filet de sécurité est remis au bénéficiaire en trois tranches. La première tranche correspondant à 25 % du montant total est remise le jour de l'arrivée au bureau régional; la deuxième tranche également de 25 %, 45 jours après et la troisième tranche de 50 %, 90 jours après l'arrivée dans le milieu d'insertion. Il est suggéré que cette troisième tranche soit utilisée pour démarrer une activité génératrice de revenu ou pour le paiement de la scolarité.

Le paiement par tranche permet le suivi/accompagnement des ex-combattants et contribue à les sédentariser. Sans cela, il faut craindre une hausse de l'insécurité due à l'implication des jeunes dans les gangs ou à leur ralliement à des troupes de combattants dans la sous-région. Il faut cependant se demander si le filet de sécurité proposé peut assurer leur autonomie jusqu'à ce qu'ils acquièrent une source durable de revenu.

Le développement des activités prévues reste largement tributaire des conditions socio-économiques des milieux d'accueil. Les activités du volet RC permettent justement de rendre le cadre de réinsertion favorable. Elles consistent à : (i) la restauration de la cohésion sociale;

(ii) la réhabilitation, la reconstruction et l'équipement des

infrastructures sociales et économiques de base endommagées ou détruites lors du conflit; (iii) l'appui au démarrage des activités génératrices de revenus (AGR).

Ce volet RC permet de mener des actions au niveau collectif en faveur des ex-combattants comme des populations civiles sinistrées par la guerre. Les groupes identifiés se composent des populations déplacées de retour dans leur région d'origine, les populations des zones de conflit qui sont restées dans leur région d'origine, les communautés qui ont reçu les plus forts taux de déplacés, les groupes vulnérables (Femmes, enfants, handicapés et mutilés de guerre, veuves, veufs et orphelin de guerre). Ce volet qui touche aussi bien les populations déplacées que les non déplacées, la zone assiégée comme la zone gouvernementale pourrait être mis en rapport avec la politique nationale de prise en charge des déplacées et victimes de guerre, en cours d'élaboration.

III - Délinquance juvénile

Cette section présentera la situation générale de la délinquance juvénile. Ensuite, les causes de ce fléau seront abordées. Enfin, il sera examiné sa persistance et son impact, d'une part et le suivi, l'encadrement et l'assistance aux jeunes délinquants d'autre part.

3.1 - SITUATION GÉNÉRALE DE LA DÉLINQUANCE JUVÉNILE

La délinquance est l'expression d'un comportement social caractérisé par des délits répétés. Ces délits sont de diverses natures et concernent notamment la criminalité, l'alcool, la drogue, les vols, les viols et les braquages. Le délinquant est une personne contrevenant à une règle de droit pénal, qui s'expose de ce fait à des poursuites. Le délinquant primaire est celui qui commet un premier délit, opposé à un récidiviste.

La délinquance juvénile a trait aux jeunes, c'est-à-dire ceux dont l'âge varie de 15 à 35 ans, dans le cadre de cette étude. Il convient de rappeler les dispositions de la législation ivoirienne en la matière. La loi n° 70-483 du 3 août 1970 fixe en effet la majorité civile à 21 ans tandis que le Code Pénal définit la majorité pénale à 18 ans. Conformément à ce Code, les jeunes délinquants de 18 ans révolus sont traités dans la catégorie des adultes et ne font l'objet d'aucune disposition particulière, en matière judiciaire. Pour le législateur ivoirien, la délinquance juvénile concerne essentiellement les jeunes de moins de 18 ans et toutes les politiques publiques de prévention, d'assistance et de réinsertion des jeunes délinquants tiennent compte de ce cadre de "délinquants mineurs". Créé en 1978 et conçu pour une capacité maximale de 120 délinquants, le Centre d'Observation des Mineurs (COM) de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA) enregistre constamment des effectifs pléthoriques de jeunes délinquants, comme l'indique le tableau 6.2 :

D'une façon générale, la délinquance juvénile dans la société ivoirienne, tant en milieu urbain que rural est un fléau qui s'est accru, dans l'environnement des crises politico-militaires récurrentes en Côte d'Ivoire depuis 1990. Cette délinquance se caractérise par plusieurs indicateurs, notamment : la consommation abusive d'alcool par les jeunes dans les bars et maquis qui foisonnent dans les villes et villages; la consommation du tabac; la consommation de la drogue; le libertinage sexuel; le phénomène périlleux de "bôrô d'enjaillement" qui consiste pour les jeunes élèves à monter sur les toits des autobus, à en

²⁷ - Il s'agit d'associations regroupées au sein d'une fédération dénommée Union des patriotes pour la libération totale de la Côte d'Ivoire (UPLTICI). Ce sont : Front national de libération totale de la Côte d'Ivoire (FNLTCI), Groupement des Patriotes pour la Paix (GPP), Comité national de libération de Bouaké (CNLB), Mouvement pour la libération du Grand Centre (MLGC), Front patriotique pour la libération du nord (FPLN), Coordination nationale des ressortissants du Grand centre, Radicaux civilisés (RAC).

6.2 LES ACTIVITÉS POTENTIELLES DE RÉINTÉGRATION

- ▷ 1 - La réintégration de certains démobilisés dans leurs activités initiales (pour les anciens fonctionnaires par exemple) ou le lancement de l'auto emploi par d'autres (activités primaires : agriculture, élevage etc., ou activités de transformation) ;
- ▷ 2 - La formation : le retour aux études pour certains jeunes, l'alphabétisation fonctionnelle intensive, la formation technique et professionnelle, la formation en gestion, en organisation coopérative et associative, la formation en entrepreneuriat, etc. ;
- ▷ 3 - Le placement de certains démobilisés qualifiés dans des emplois existants ou leur utilisation en tant que main-d'œuvre dans des travaux de reconstruction de type haute intensité de main-d'œuvre (HIMO) ;
- ▷ 4 - L'identification, la sélection et la signature d'un contrat de partenariat avec un système de financement existant à la base et enfin l'octroi des financements aux démobilisés pour la réalisation de leurs activités ;
- ▷ 5 - La mise en place d'un système de suivi accompagnement des bénéficiaires et d'évaluation des activités des démobilisés ;
- ▷ 6 - Le lancement des activités génératrices de revenu (micro, petites et moyennes entreprises) ;
- ▷ 7 - L'intégration des bénéficiaires dans les structures associatives, coopératives ou mutualistes existantes ou à créer en joint venture avec les autres membres de la communauté locale et pour des activités similaires.

descendre quand ces véhicules sont en pleine course ; la récurrence des agressions à arme blanche ou arme à feu par les jeunes en milieu urbain et les délits des mineurs.

3.2 - CAUSES DE LA DÉLINQUANCE JUVÉNILE

Le fléau de la délinquance juvénile s'explique par la conjugaison de plusieurs facteurs qui fragilisent l'environnement socio-culturel des jeunes. Certains facteurs d'ordre culturel découlent du système éducatif et de l'encadrement familial. La dimension économique du phénomène est mise en exergue par le chômage et la pauvreté qui conduisent à l'exode rural. Des aspects sécuritaires liés aux conflits armés récents ou actuels sont également identifiés comme incitateurs de la délinquance juvénile.

Le système éducatif génère un taux de rejet important. Ces nombreux laissés pour compte sont des proies faciles pour la drogue, la prostitution et toutes formes de violences. En la matière, les statistiques fournies par les Actes de l'Atelier de lancement du processus d'élaboration du Plan d'Action pour

l'Éducation Pour Tous tenu à Aboisso en janvier 2002 sont édifiantes. En effet, à la rentrée scolaire 1997-1998, sur 2 900 000 enfants de 6 à 11 ans, 1 000 000 sont restés en marge de l'école. Parmi les 1 900 000 enfants entrés au CP1 en 1997-1998, 875 900 n'ont pas achevé le cycle primaire. Au secondaire, sur 1 000 garçons entrés en 6ème entre 1986 et 1990, 293 ont abandonné l'école avant la 3ème, 375 ont accédé au second cycle et 13 se sont inscrits à l'Université, soit 3,5 %.

L'éducation traditionnelle qui impliquait une part prépondérante de la famille dans l'encadrement des adolescents et des jeunes a cédé le pas à l'école moderne, sans que celle-ci puisse véritablement offrir les conditions d'une formation complète aux plans culturel, psychologique, sociologique, moral et civique. La démission des parents et de la famille dans l'éducation de base a projeté dans la société, une génération de jeunes sans repère, déboussolée et ayant perdu confiance en son avenir. Cette jeunesse, expression d'un profond malaise social, est également présente dans la délinquance juvénile. Des 364 jeunes délinquants du COM de la MACA en 2002, 60,72 % sont issus de foyers désunis.

Au niveau économique, le chômage a créé l'oisiveté et l'errance des jeunes, la pauvreté et les conditions favorables pour qu'ils se portent vers l'alcoolisme, la drogue, la prostitution et la violence. Ce désœuvrement très poussé est de nature à provoquer la dégradation de la personnalité des jeunes et à les exposer à la délinquance juvénile. De même, la paupérisation continue des zones rurales depuis les années 80 a renforcé l'exode rural vers les grandes villes, notamment Abidjan, Bouaké, San-Pedro, Daloa et Korhogo. La population urbaine est en croissance rapide, avec pour corollaire la création et la prolifération de quartiers précaires et de taudis. Ces conditions de vie difficiles favorisent la dépravation des mœurs et la délinquance des jeunes qui disposent de peu d'alternatives pour faire face aux exigences de l'existence de la vie quotidienne.

Un lien existe également entre la stabilité générale de la sous-région ouest africaine et la délinquance des jeunes. Au cours de ces vingt-cinq dernières années, l'Afrique de l'Ouest a été le théâtre d'importants conflits armés, notamment dans la zone du Mano River (Liberia, Sierra Leone et Guinée), la Guinée Bissau et la Casamance au Sénégal. Il convient de signaler également les rébellions Touareg au Mali et au Niger au début des années 90. La circulation d'armes légères et de stupéfiants s'est alors intensifiée en dépit de plusieurs protocoles d'accord mis en œuvre par la CEDEAO. La Côte d'Ivoire a en outre accueilli environ 400 000 réfugiés libériens et sierra léonais (TBS, 2003). Des poches d'insécurité se sont développées progressivement dans les zones d'accueil des réfugiés (Tabou, Guiglo, Man, Danané et Toulepleu) du fait des trafics d'armes transfrontaliers. Ce phénomène a contribué à la progression de la délinquance juvénile en Côte d'Ivoire, au regard de la faiblesse des moyens de répression dont disposent les forces de sécurité.

3.3. - PERSISTANCE ET IMPACT DE LA DÉLINQUANCE JUVÉNILE

Le phénomène de la délinquance juvénile a eu des conséquences néfastes dans plusieurs domaines, au niveau notamment des milieux ruraux et urbains, du secteur privé, des milieux scolaires et universitaires et de l'enrôlement des jeunes dans les bandes armées.

L'agression dans les villes est devenue un fléau : vols à main armée à domicile, dans les rues, dans les magasins et dans les banques et les braquages de véhicules ; attaques diverses à l'arme blanche. L'insécurité urbaine constitue une préoccupation sociale majeure. Dans la campagne, le phénomène des coupeurs de route a pris de l'ampleur. Il convient d'indiquer également le vol persistant des productions agricoles dans les plantations villageoises.

La délinquance juvénile persistante a aussi des effets négatifs sur l'activité économique en général et le secteur privé en particulier. Les agressions récurrentes des chefs d'entreprise ne créent pas un environnement favorable à l'investissement et au développement du secteur privé. Cette délinquance a induit l'émergence de nombreuses bandes armées de gangsters dans les milieux urbains disséminés dans les multiples poches de pauvreté que constituent les quartiers précaires et les taudis.

Compte tenu de son caractère multidimensionnel, le phénomène de la délinquance juvénile est difficile à résorber. Il repose en effet sur plusieurs facteurs conjugués, notamment les facteurs sociaux, économiques, éducatifs et sécuritaires. "La délinquance juvénile "n'a jamais été considérée comme "un secteur "pour lequel la résolution des problèmes identifiés nécessiterait une approche globale, surtout au niveau des pouvoirs publics. Les actions initiées ont été plutôt sectorielles en général.

3.4. - SUIVI, ENCADREMENT ET ASSISTANCE AUX JEUNES DÉLINQUANTS

La Direction de la Protection Judiciaire, de l'Enfance et de la Jeunesse du Ministère de la Justice dispose de quatre structures spécialisées qui élaborent et mettent en œuvre des actions de suivi, d'encadrement et de réinsertion des jeunes délinquants. Il s'agit du Service de la liberté Surveillée, du Service de l'Assistance Éducative, du Centre Professionnel de Dabou et du Centre d'Observation des Mineurs de la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). Ces structures jouent des rôles complémentaires qui portent sur la prévention de la délinquance juvénile, la réinsertion des mineurs délinquants en famille et en milieu socio-professionnel. Certains de ces mineurs sont orientés dans le Centre Professionnel de Dabou pour l'apprentissage d'un métier. Sur les 364 mineurs pensionnaires du COM en 2002, les éducateurs spécialisés ont pu retrouver les domiciles des familles de 255 d'entre eux (soit 70,05 % des mineurs). Les ONGs internationales telles que le Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE) et Médecins du Monde apportent leur concours dans la mise en œuvre de ces activités d'encadrement des jeunes délinquants. Cependant, l'insuffisance de personnel qualifié et de moyens logistiques ne permet pas aux structures socio-éducatives chargées de l'encadrement des jeunes délinquants d'atteindre les résultats escomptés.

On peut retenir que la délinquance juvénile est en croissance en Côte d'Ivoire quel que soit le milieu de résidence dans un environnement de crise socio-politique. Elle se caractérise par la consommation abusive de l'alcool, du tabac et la dépravation des mœurs. Le chômage, la pauvreté et l'effritement des liens familiaux sont à la base de ce phénomène. Cela a pour

corollaire l'insécurité généralisée dans les villes comme dans les campagnes. L'État et les ONG apportent une assistance et un encadrement aux jeunes délinquants. Toutefois, les difficultés de tous ordres ne leur permettent pas d'atteindre les objectifs fixés.

IV - Participation des jeunes à la vie politique et sociale

Cette section s'articule autour de quatre points : le premier présente les dimensions de la participation des jeunes ; le second traite de leur participation au niveau politique et institutionnel ; le troisième point est consacré à leur participation à la vie sociale ; le dernier va aborder leur leadership.

4.1. - DIMENSIONS DE LA PARTICIPATION DES JEUNES

La participation des jeunes nécessite leur implication effective et active dans toutes les phases des politiques de développement et des programmes. Il s'agit notamment de l'élaboration des choix, de la gestion et la mise en œuvre des décisions, du contrôle et de l'évaluation des activités. Cette participation ne saurait se réduire à une consultation symbolique des jeunes. Elle implique que les jeunes soient bien préparés et formés, disposent de capacités de leadership, et puissent plaider eux-mêmes, de façon convaincante pour leurs intérêts et leurs besoins en tant que partenaires clés dans la réalisation du développement national. Ils doivent être pleinement responsabilisés, surtout dans les stratégies pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, et dans la mise en œuvre de la gouvernance. Plusieurs instances internationales ont permis des avancées significatives dans la réalisation de ces objectifs. Il s'agit notamment du Forum mondial de la jeunesse organisé par le système des Nations Unies et de la Conférence mondiale des Ministres de la jeunesse (Lisbonne, 1998), du deuxième Sommet panafricain sur le leadership de la jeunesse (Maroc, 2005), du Forum régional des jeunes (Lusaka, Zambie, 2005) et du Forum panafricain de la jeunesse (Éthiopie, 2006).

La participation politique demeure une composante essentielle de la participation de la jeunesse aux secteurs clés de la vie sociale et économique. Elle est en effet liée étroitement au processus décisionnel et au partage du pouvoir. L'effectivité de cette reconnaissance passe par l'adoption de politiques nationales des jeunes et la création d'organismes nationaux représentant les jeunes. La participation à la dynamique de la société civile représente une autre composante de la gouvernance qui interpelle la jeunesse. Les associations, les mouvements et les réseaux de jeunesse constituent en effet des plateformes efficaces d'information, de sensibilisation et d'implication effective de ces organisations en tant que partenaires sociaux dans les processus de prise de décision et de mise en œuvre des programmes de développement. Il convient également d'indiquer le leadership des jeunes qui est l'affirmation d'une participation socio-économique basée sur la créativité et l'innovation artistiques et culturelles, l'entrepreneuriat, et le développement des partenariats notamment avec le secteur privé.

Tableau 6.2 : Effectifs du Centre d'Observation des Mineurs

Années	1990	1991	1992	2000	2005
Effectifs de mineurs au COM	235	253	186	153	364

Source : Service Assistance Éducative, Direction de la Protection Judiciaire, de l'Enfance et de la Jeunesse (Ministère chargé de la Justice)

4.2. - PARTICIPATION POLITIQUE ET INSTITUTIONNELLE

4.2.1 - AU NIVEAU INSTITUTIONNEL ET LÉGAL

La jeunesse a été prise en compte au sommet de l'État, en apparaissant clairement dans un Département ministériel, dans tous les gouvernements successifs depuis l'indépendance.

Cependant, son rattachement cyclique à d'autres ministères tels que le Sport, la Culture ou le Service Civique est une source d'instabilité institutionnelle. En effet, les remaniements successifs engendrent des réaffectations incessantes du personnel technique, le changement des structures administratives avec le risque de perte de dossiers techniques dans les passations de charges. En ce qui concerne les textes de base régissant la jeunesse, des lois et décrets (la loi 60-315 du 21 septembre 1960 relative aux Associations, le décret 72-746 du 24 novembre 1972, portant organisation des Associations de Jeunesse et d'Éducation Populaire) ont été adoptés entre 1960 et 1972. Or depuis trente ans, de nombreuses mutations intervenues dans la société auraient pu induire une adaptation des textes ou l'élaboration de nouveaux cadres juridiques et réglementaires complémentaires.

4.2.2 - AU NIVEAU DES CONCERTATIONS NATIONALES

Le Gouvernement a organisé des assises nationales, à intervalle de cinq ans, depuis 1980, pour permettre à tout le corps social, les jeunes y compris, de discuter, de tous les problèmes concernant la vie des jeunes et leur participation au développement national. Ces tribunes d'échanges et de participation ont permis de produire des résolutions prises en compte dans les actions gouvernementales.

4.2.3 - AU NIVEAU CIVIQUE

Le Service Civique a été pris en compte dans des Départements ministériels depuis 1959, avec pour point culminant, la création en 1996 du Ministère de la Promotion des Jeunes et de la Culture Civique. Sous l'impulsion de ce Ministère, le Gouvernement a adopté une Politique Nationale de la Culture Civique (PNCC), en 1997. Plusieurs actions ont été menées dans le sens de la promotion du civisme et du renforcement de la citoyenneté active et participative.

Au plan de la formation, l'École des Cadres du Service Civique créée en 1961, a formé 1 779 stagiaires en 14 promotions, dans les camps de jeunesse rurale, dans les domaines de l'alphabétisation, de l'agriculture, de l'élevage. Ce public cible était constitué de jeunes, en majorité issus du milieu rural pour une éducation civique, agricole, technique et générale, en vue de les installer comme agriculteurs modernes sur les parcelles de terre préparées à leur intention dans leur village

d'origine. D'autres unités spécialisées ont également accueilli des formations civiques. Au total, près de 10 880 jeunes ruraux ont été formés et insérés par le Service Civique dans le tissu socio-économique. L'esprit de volontariat et de bénévolat intégré dans la formation civique crée les conditions d'une participation de la jeunesse aux travaux d'intérêt communautaire et public en général.

Cependant, des difficultés liées à l'installation des jeunes et certains dysfonctionnements ont conduit à la disparition du Service Civique. Il s'agit notamment de son ancrage au Ministère de la Défense qui l'a confiné dans un environnement militaire qui ne lui a pas permis de couvrir toutes les activités socio-économiques nécessaires au développement du pays.

4.2.4 - AU NIVEAU POLITIQUE

La jeunesse a participé à la vie politique du pays, en régime de parti unique, de 1960 à 1990, dans un mouvement unique de jeunes, le Mouvement des Élèves et Étudiants de Côte d'Ivoire (MEECI), section de la jeunesse du PDCI-RDA. Dès la réinstauration du multipartisme en 1990, les nouveaux partis politiques ont créé leurs structures de jeunesse. Ces mouvements de jeunes constituent des écoles de formation aux valeurs civiques, à la démocratie et à la gestion des affaires publiques. Cependant, ces nobles missions sont parfois dévoyées, au profit de l'instrumentalisation de ces structures, tout comme les associations ou groupes de soutien à des leaders politiques. Les mouvements et les marches de contestation prennent souvent le pas sur le militantisme politique des jeunes.

4.3 - PARTICIPATION À LA SOCIÉTÉ CIVILE

4.3.1 - AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

L'ère du multipartisme a vu l'éclosion de plusieurs syndicats, associations et ONGs de jeunes. De nombreuses organisations de la société civiles défendent divers thèmes, notamment : la démocratie, la paix, l'environnement, la santé, la culture, l'alphabétisation et le bien-être familial. L'efficacité de ces structures est souvent affaiblie par plusieurs maux dont le manque de formation de certains leaders, le caractère informel de plusieurs associations, le manque d'idéal, et l'insuffisance d'encadrement et de soutien financier de l'État.

4.3.2 - AU NIVEAU LOCAL

Les jeunes communales très actives et entreprenantes à travers l'ensemble du territoire, constituent un réseau de jeunes qui participent aux activités de développement local aux côtés des élus. Des organisations similaires sont en cours de création au niveau départemental, à travers les Conseils Généraux. Dans certaines collectivités, la volonté d'indépen-

dance des jeunes vis-à-vis des élus locaux a été une pierre d'achoppement qui a paralysé leurs activités. Pourtant cette indépendance des mouvements de jeunesse est une exigence démocratique et une condition nécessaire de leur plein épanouissement.

4.3.3 - AU NIVEAU INTERNATIONAL

La jeunesse ivoirienne participe aux rencontres internationales et milite dans des organisations sous-régionales en Afrique de l'Ouest, au niveau continental, dans la Francophonie et au plan mondial. C'est le cas du Réseau Ivoirien pour la Promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes (RIPS/AJ) qui regroupe plusieurs fédérations d'associations et mouvements de jeunesse et qui a pris part notamment au Forum régional des jeunes à Lusaka (Zambie) en décembre 2005, au Sommet de Syrte (Libye) en février 2006 et au Forum panafricain de la jeunesse à Addis-Abeba (Éthiopie) en mai 2006. Elle doit amener les autorités de tutelle à ratifier les accords qui émanent des résolutions des sommets internationaux et créer des structures proposées à l'occasion de ces assises. Il s'agit, entre autres, de la Charte africaine de la Jeunesse, de la création d'un Réseau national de la jeunesse, de l'institutionnalisation de la Journée de la jeunesse africaine le 1^{er} novembre de chaque année, de la création d'un Conseil National de la Jeunesse qui est un espace adéquat pour la participation de la jeunesse aux processus politiques et au développement au niveau national.

4.4. - LEADERSHIP DES JEUNES

Le leadership des jeunes s'est manifesté à travers la production artistique où des talents se sont révélés au cours de ces quinze dernières années et ont hissé la musique ivoirienne au niveau continental. Les musiques "Zouglou", "Mapouka" et "Coupé-décalé" inventées par les jeunes ivoiriens sont prisées dans toute l'Afrique, y compris au Maghreb. D'autres talents se sont manifestés dans la peinture et la littérature à travers laquelle de jeunes romanciers s'illustrent. Au niveau du secteur privé, plusieurs jeunes ont créé des PME dans divers secteurs, notamment le génie civil, le commerce, le transit et les métiers de bois. Ces entrepreneurs sont souvent freinés dans leur ingéniosité et leur élan par le manque d'appui financier, notamment les crédits bancaires nécessaires pour l'accroissement de leurs activités.

C'est le lieu d'évoquer la part active prise par Junior Achèvement Afrique Francophone, dans la promotion du leadership des jeunes en Côte d'Ivoire. En effet, depuis sa création en 1993, cette ONG internationale développe l'esprit d'entreprise à l'école, à travers des activités associant étroitement les élèves et les chefs d'entreprises, avec la récompense des meilleurs élèves entrepreneurs. Une illustration est offerte par son Programme d'Appui à l'Insertion Économique (PAIE) qui vise le renforcement de la culture informatique, de l'esprit de compétition et du travail en équipe chez les jeunes élèves, en équipant une vingtaine de centres, d'écoles et de lycées d'Abidjan, de Grand-Bassam et de Bingerville, en matériel informatique, pour mieux connecter par an, 12 000 à 40 000 enfants issus de milieux défavorisés, au monde de l'Internet et de l'entreprise.

6.3 LES GRANDES ASSISES NATIONALES DE LA JEUNESSE

- ▷ **a. 1980,**
Le séminaire de Yamoussoukro, où il a été fait l'évaluation de l'action menée depuis la veille de l'indépendance;
- ▷ **b. 1985,**
À l'occasion de la célébration de l'Année Internationale de la Jeunesse, où de nouvelles orientations en matière de jeunesse ont été définies, notamment la participation des jeunes au processus de prise de décisions;
- ▷ **c. 1990,**
le séminaire d'Abidjan au Centre de Commerce International (CCIA) a fait le point sur les besoins et aspirations des jeunes et mis en exergue le problème de l'insertion socio-professionnelle des jeunes;
- ▷ **d. 1996,**
Les premières assises de la jeunesse ont été l'occasion de la grande évaluation de la décennie 1985-1995; 2001, l'organisation du Forum de Grand-Bassam sur la Jeunesse, l'emploi et la Formation professionnelle.

V - Accès des jeunes aux loisirs

Cette section passera en revue la situation de l'accès des jeunes aux loisirs et les insuffisances relevées au niveau des infrastructures et équipements.

5.1 - ÉTAT DES LIEUX

Les loisirs se situent dans le temps dont une personne dispose, hors de ses occupations ordinaires. Ce sont également les occupations auxquelles un individu peut s'adonner de son plein gré, pour se reposer, se divertir, développer son information ou satisfaire sa curiosité, après s'être dégagé de ses obligations professionnelles, familiales ou de tout autre ordre. Les loisirs peuvent revêtir trois dimensions: les dimensions culturelles, sportive et éducative.

Le développement des loisirs culturels s'est illustré à travers l'expansion prodigieuse de la musique dont les créateurs ont été surtout des jeunes, des activités de vacances des élèves et étudiants et des manifestations culturelles à caractère régional. Les musiques "Zouglou", "Mapouka" et "Coupé-décalé", créés par des groupes de jeunes, ont connu un succès retentissant dans tous les pays d'Afrique. De même les foyers polyvalents, construits dans les villes et villages grâce aux projets des Fonds Régionaux d'Aménagement Rural (FRAR) et Fonds d'Investissement et d'Aménagement Urbain (FIAU) abritent plusieurs manifestations culturelles, notamment les concours de musique au niveau des jeunes communales. Les fêtes traditionnelles dans les régions de Côte d'Ivoire offrent l'occa-

sion de spectacles culturels pittoresques qui mobilisent de nombreux spectateurs. Cependant, les jeunes promoteurs de musique ne connaissent pas la notoriété correspondant à leurs talents car ils sont handicapés par le manque de soutien financier. Il n'y a pas non plus eu une politique nationale de promotion des fêtes traditionnelles qui sont restées dans une organisation villageoise et parfois artisanale. Elles n'ont pas été suffisamment valorisées pour pouvoir intégrer des circuits internationaux du tourisme.

En ce qui concerne les loisirs sportifs (les marches, les footing), ils sont peu pratiqués. Cependant, les sports de masse sont prisés par toute la jeunesse. Le football "maracana" mobilise de nombreux jeunes dans les villages et les quartiers des villes. Plusieurs compétitions de football sont organisées par les jeunes élèves et étudiants, à titre de loisirs et saine occupation, lors des périodes de grandes vacances scolaires. Cependant, la dégradation avancée des infrastructures et équipements de sport et des loisirs affaiblit le patrimoine acquis au terme de plusieurs décennies d'effort, faute d'entretien.

Quant aux loisirs éducatifs, ils sont dominés par le cinéma, les vidéo-clubs et l'Internet. Ce sont trois vecteurs importants d'acquisition de la culture générale hors des établissements d'enseignement. Le cinéma, développé dans les grandes villes et les villes moyennes, est en perte de vitesse depuis les années 1990. Les vidéo-clubs connaissent un développement spectaculaire ces dernières années, notamment tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les vidéo-clubs offrent certes des espaces de distraction aux enfants et jeunes, mais comportent de nombreux effets pervers. L'Internet connaît une expansion avec l'installation accélérée des cyber cafés dans tous les quartiers urbains et certains villages connectés au réseau des télécommunications. Ce nouveau moyen de connaissance n'est pas encore accessible à toutes les parties du territoire à cause des limitations des réseaux électriques et de télécommunication.

D'une façon générale, le cadre juridique et institutionnel de promotion des loisirs a fait défaut pendant longtemps. Cette affirmation pourrait être atténuée à l'idée que la politique des loisirs pourrait être implicitement liée à celle des sports.

Le Ministère des Sports et Loisirs créé en 2001 a adopté un Plan Stratégique Triennal pour le Développement du Sport et des Loisirs en Côte d'Ivoire. Ce plan a permis de faire une distinction claire entre le "sport pour tous", le "sport de masse" et le "sport de haut niveau" à travers la définition de la notion de "loisir pour tous". En effet, le sport pour tous est "une pratique régulière et librement choisie d'une activité physique ou sportive par le grand nombre d'individus, dans le but de saine occupation, de prévention de la maladie et d'entretien du corps. Il se différencie du sport de compétition qui vise pour sa part la performance et le record". L'objectif de ce plan est de promouvoir le sport et les loisirs pour tous dans une perspective de divertissement, de bien-être social, d'acquisition d'une bonne santé physique et psychologique pour l'ensemble de la population. Pour atteindre cet objectif, les actions à mener doivent tourner autour de : (i) le caractère indissociable du binôme "sport et loisirs pour tous"; (ii) le rôle prééminent des Conseils Généraux et des Communes, au regard des nouvelles compétences qui leur sont dévolues; (iii) l'information, l'éducation et la communication (IEC); (iv) l'accessibilité des lieux de pratique par des coûts raisonnables; (v) la formation des encadreurs. La mise en œuvre de ce plan a été contrariée par la crise politico-militaire que le pays a connue depuis le 19 septembre 2002.

En plus, la loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'État aux collectivités territoriales, a conféré à ces entités locales, le développement des sports et des loisirs sur leurs territoires respectifs. Il s'agit de l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action, de la création, de l'entretien et de la gestion des infrastructures et équipements, et des activités promotionnelles.

5.2 - INSUFFISANCES DES INFRASTRUCTURES ET ÉQUIPEMENTS

Plusieurs infrastructures ont été souvent insuffisamment équipées et sont même tombées dans un état de délabrement avancé, surtout dans les villages et les petites communes. Au titre des structures d'information au niveau national, on peut citer le Centre National d'Information et de Documentation Jeunesse (CNIDJ), une institution d'État créée en 1986. Mais, cette structure confrontée à des difficultés liées à son emplacement peu accessible au public cible, au manque de ressources matérielles, techniques et financières, demeure peu fonctionnelle.

Un rapport de 2004 du Ministère de la Jeunesse et du Service Civique a établi en effet que sur 150 infrastructures socio-éducatives recensées (foyers des jeunes, centres culturels, centres polyvalents, centres d'écoute et de conseil, auberges de jeunesse, centres d'information et de documentation des jeunes), sur l'ensemble du territoire national, seulement 30 % d'entre elles sont fonctionnelles. Au plan sportif, des stades munis d'infrastructures d'athlétisme, des complexes sportifs, des gymnases et des piscines publiques n'existent véritablement qu'à Abidjan, Bouaké et Yamoussoukro. Ces insuffisances d'équipement pour l'athlétisme, les loisirs et le sport en général sont constatés dans la grande majorité des lycées et collèges. Seuls l'Université de Cocody, les Grandes Écoles et le Lycée Scientifique de Yamoussoukro disposent d'infrastructures permettant aux jeunes élèves et étudiants de développer des activités de sport et de loisir. Il convient néanmoins de révéler certaines infrastructures qui fonctionnent : le Centre Pilote des jeunes de Port-Bouët; le Centre d'accueil et de formation d'Agboville; le Carrefour Jeunesse et le Centre d'Insertion de Grand-Bassam; la Maison du Jeune citoyen d'Adzopé; la Maison Carrée des Scouts située sur la route de Dabou; et certains Centres d'Écoute et Conseil et foyers de jeunes tels que celui de Marcory.

CONCLUSION

La jeunesse continue d'être une préoccupation majeure du Gouvernement ivoirien, en dépit de la crise socio-politique que vit le pays depuis plus de dix ans. Plusieurs importantes rencontres sur ce sujet ont réuni en effet tous les partenaires, à l'initiative du Gouvernement, en vue d'identifier les stratégies et les actions les plus efficaces pour la meilleure insertion des jeunes dans la société. Il s'agit des assises suivantes : (i) forum National sur la Jeunesse, l'Emploi et la Formation Professionnelle, les 16, 17 et 18 mars 2001 à Grand-Bassam (ii) atelier sur le Projet de Politique Nationale de la Jeunesse et du Service Civique sur la période 2004-2005 en janvier 2004 à Grand-Lahou (iii) Séminaire sur la validation du Projet de Politique Nationale de la Jeunesse et du Service Civique les 19, 20 et 21 juillet 2004 à Grand-Bassam.

Cependant, beaucoup d'indicateurs de développement humain demeurent encore alarmants, dans le contexte morose d'agitations sociales permanentes depuis 1990 et des crises socio-politiques récurrentes depuis 1999. Le seuil de pauvreté a atteint 38,4 % selon l'INS et environ cinq (5) millions de personnes sont en difficulté d'emploi, selon la Direction Générale de l'Emploi.

En matière d'insertion socio-économique, des efforts ont été faits en mettant en place l'AGEFOP, le FDFP et l'AGEPE pour des actions concrètes dans le domaine. Pour être plus efficace, une plate-forme de service a été élaborée par ces structures de nature à apporter des solutions appropriées au renforcement de la formation professionnelle, à l'apprentissage et à une meilleure valorisation de l'auto-emploi, au regard de la grande diversité de jeunes sans qualification ou sans emploi.

De même, la résorption de la délinquance juvénile passe par la prévention qui nécessite plusieurs actions conjuguées, notamment: la réduction de la pauvreté, la réduction du chômage, la réduction du taux d'échecs scolaires, la promotion des loisirs pour la jeunesse et le contrôle strict de la circulation de la drogue et des armes légères dans le pays.

Ces conditions susmentionnées sont nécessaires pour l'épanouissement de la jeunesse, afin qu'elle participe activement au développement économique et social du pays. Il s'agit de responsabiliser la jeunesse, renforcer ses capacités, afin qu'elle soit un partenaire dans le processus décisionnel et puisse contribuer efficacement à la mise en œuvre de la gouvernance à travers des associations, des mouvements, des ONGs et des réseaux de jeunes actifs dans la société civile.

Dans la perspective d'une sortie prochaine de la crise et de la reconstruction nationale, le Gouvernement doit faire face à plusieurs enjeux de développement. Dans ce cadre, le Gouvernement devra procéder à: la valorisation des ressources humaines, la prise en charge des populations jeunes non scolarisées et déscolarisées, la formation des jeunes en leur donnant le savoir, clé de la promotion individuelle et collective et au renforcement des capacités du jeune citoyen à participer au développement de son pays en lui permettant d'exercer un emploi décent, en liaison avec ses aptitudes.

Mise REPCI ok 28/09/07 12:11 Page 5 (Noir/Process Black film)



Chapitre 7

Genre, culture et promotion de la femme

Introduction

En Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des autres pays sous développés, les cultures sont caractérisées par une division des rôles entre les sexes qui consacre souvent la domination de l'homme dans les différents secteurs de la vie. C'est ainsi que, pour promouvoir le statut de la femme et favoriser sa pleine participation au développement, le Gouvernement s'est engagé dès 1960, à mettre en œuvre des actions visant à faciliter l'accès des femmes aux services sociaux de base (éducation et santé). À la faveur de l'Année Internationale de la Femme instaurée en 1975, le gouvernement a également manifesté au cours de l'année 1976, sa détermination à promouvoir le statut de la femme par la création d'un Ministère de la Condition Féminine (actuellement Ministère de la Famille et des Affaires Sociales), et la mise en œuvre d'une politique d'intégration de la femme au développement en vue de faciliter leur accès aux facteurs de production et d'améliorer leur statut juridique.

Malgré cette ferme volonté du gouvernement et les efforts déployés pour améliorer la condition socioéconomique et juridique de la femme ivoirienne, la question de l'égalité entre les sexes est de plus en plus préoccupante. Des maux tels que les Viols sexuels, la Violence familiale, la Traite des Femmes, les Droits de Reproduction, le Harcèlement sexuel, et les Droits de Propriété observés continuent de détériorer l'intégrité physique, psychologique et sociale de la femme. Et pourtant, la Quatrième Conférence mondiale des Femmes à Beijing (1995) a identifié, dans sa résolution (A/RES/50/225) du 19 avril 1996, les mécanismes institutionnels pour la Promotion de la Femme comme l'un des 12 domaines principaux de travail de la Plate-forme d'Action de Beijing (PFA). Dans le processus de la mise en œuvre de cette PFA, la Côte d'Ivoire a ratifié plusieurs traités et conventions fondés sur la reconnaissance du rôle de la femme dans le processus du développement et la préservation des droits de la femme. Elle a également entrepris de multiples actions visant à réduire les disparités de Genre à tous les secteurs de la vie économique et politique. Un Plan National d'Action pour la Femme (2003-2007) a ainsi été adopté en 2002.

Mais, les évaluateurs sont unanimes sur le fait que les résultats mitigés obtenus dans la mise en œuvre d'actions pour la promotion de la femme découlent de la non prise en compte effective des rapports sociaux qui conditionnent le devenir de chaque individu. En effet, la réalisation de l'égalité entre les sexes, exige que l'on reconnaisse que les institutions sociales, économiques, politiques et culturelles actuelles sont marquées par des rapports de genre ; que les conditions des femmes qui les mettent dans une situation défavorable par rapport aux hommes sont de nature systémique et qu'il est nécessaire de les prendre en compte dans tout programme de développement.

Avec les mutations liées à la modernisation et à l'économie de marché, des changements notoires s'opèrent dans le tissu culturel, avec un impact sur la répartition du pouvoir au sein du couple, de la communauté et sur la participation à la gestion de la société. Ces transformations sociales, culturelles, économiques et politiques traduisent la nécessité de recourir au Genre comme un outil de développement durable. L'objet de ce chapitre est de mettre en exergue (i) les évolutions culturelles intervenues suite aux mutations opérées dans la société, (ii) la participation de la femme à la vie publique et enfin (iii) les inégalités entre les sexes dans les secteurs de production et leur accès aux ressources.

7.1 DÉFINITION DES CONCEPTS

▷ Culture

L'anthropologue E. B Tylor définit la culture comme étant "un ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société".

La culture a une double fonction de cohésion sociale et d'intégration des individus. Transmise de génération en génération, elle est un héritage social, mais cet héritage se transforme.

▷ Genre

En anglais, *Gender* désigne les rôles sociaux "Masculins" et "Féminins" ainsi que les rôles qui existent entre les hommes et les femmes. La notion de genre fait partie intégrante du système social. À l'instar d'autres éléments (classe sociale, âge, appartenance ethnique), elle détermine de manière significative les rôles, les droits, les responsabilités des hommes et des femmes ainsi que les relations que l'on observe entre eux.

Une approche genre consiste à comprendre quels rôles et relations Femmes - Hommes sont dus aux valeurs dominantes, au sexe biologique et à d'autres facteurs sociaux. Elle examine de manière comparative la situation des femmes et des hommes, identifie les sources d'inégalité entre les sexes, et vise à les réduire. L'approche Genre consiste ensuite à tenir compte de ces éléments lors de la formulation des objectifs, des méthodes et des indicateurs. Intégrer l'approche Genre dans les politiques de développement est une méthode de travail pour promouvoir un développement équitable.

I - Évolution des valeurs familiales et communautaires

La culture est un ensemble de modes de vie, de symbolismes et de pratiques qui caractérisent la vie en société. Elle permet ainsi d'assurer l'existence du groupe (Lévi-Strauss, 1967) dont l'homogénéité est régie par des règles, des normes et des valeurs fondées sur des pratiques sociales et juridiques propres à une société. La Côte d'Ivoire compte plus d'une soixantaine d'ethnies regroupées en quatre grands groupes qui sont régis chacun par des pratiques culturelles affectant la vie quotidienne des communautés, qui organisent la vie de leurs membres en répartissant les tâches, les rôles et les fonctions dans le cadre de la survie et de la reproduction sociale. Dans cette organisation, la famille occupe une place centrale. Avec les différentes mutations opérées, comment ont évolué l'organisation familiale, la pratique de l'héritage et du mariage ?

1.1 - DE LA FAMILLE ÉLARGIE À LA FAMILLE NUCLÉAIRE : REDÉFINITION DES RAPPORTS ENTRE CONJOINTS

La famille est le microcosme dans lequel tout être humain naît, grandit, se forme, évolue et où toute transformation sociale prend racine. C'est le cadre de la socialisation de l'individu et le moyen privilégié de transmission du patrimoine culturel et des valeurs de la communauté. De cette conception, il ressort que la Famille est plus un fait social que biologique et détermine les responsabilités sociales de ces membres. La famille sociale ou élargie s'organise autour d'un "patriarche" chef de famille, et comprend plusieurs autres personnes composées de ses épouses, de ses enfants, des épouses de leurs enfants, des petits enfants, des serviteurs et d'autres personnes qui bénéficient de la protection du patriarche. Dans cette composition, l'homme est le chef de famille, la femme se réfère à lui avant de prendre toute sorte de décision. Bien que la femme soit celle qui enfante, c'est l'homme qui prend les initiatives en matière de sexualité (rapport sexuel, nombre d'enfants et planification des naissances). Traditionnellement, la femme joue trois rôles essentiels : (i) en tant que génitrice, elle est le symbole de la renaissance et de la survie de l'humanité (ii) en tant qu'épouse, elle est l'élément stabilisateur et organisationnel du foyer, (iii) en tant que mère, elle joue un rôle important dans l'éducation des enfants, surtout dans les foyers polygames qui sont en fait constitués de cellules autonomes dont la femme est le centre. Selon cette division du travail, l'homme a une grande autorité par rapport à la femme et il a le droit d'imposer ses choix à son épouse. Il faut toutefois noter que le fils du patriarche n'a pas une grande influence sur la gestion de son épouse et de ses enfants, qui sont régis par les règles fixées par le chef de famille.

L'enfant est initié aux vertus de l'effort et du travail au sein de la famille. Très tôt les enfants sont conscientisés sur les activités qui relèvent de leurs prérogatives. Les enfants de sexe masculin s'initient auprès de leur père à assumer leur rôle de chef de famille par l'exercice des activités en dehors du cadre familial tandis que la fille s'investit auprès de sa mère pour les travaux domestiques, les soins aux autres enfants et le soutien aux activités masculines. Cette division sexuelle du travail au sein de la famille africaine se retrouve dans la société où, même dans le secteur moderne, les femmes s'orientent consciemment

ou inconsciemment plus vers des métiers qui sont en rapport avec leur rôle traditionnel. C'est ainsi qu'une femme préférera faire la couture ou la coiffure au lieu de s'engager dans le métier de menuisier ou de tapissier. On retrouvera également plus de femmes secrétaires qu'il y en a dans le secteur de la gestion.

Avec les mutations sociales et les changements intervenus dans le mode de vie, la composition de la famille a connu une grande modification. Il s'agit notamment du développement des villes et de la réduction de l'espace habitable qui conditionnent la taille de la famille. On assiste alors au déclin de la famille élargie et à l'émergence de la famille nucléaire, composée de la femme, du mari et des enfants. Les données issues des différents recensements de la population mettent en exergue la baisse progressive de la taille des ménages, surtout en milieu urbain (cf. chapitre 1). Elles montrent l'apparition de nouvelles structures familiales composées de femmes seules ou de femmes chefs de ménage. Ces formes d'organisation familiale se sont accentuées avec les différentes crises (économique et sociopolitique) que traverse la Côte d'Ivoire. Plusieurs facteurs expliquent cette nouvelle dynamique sociale : (i) la rareté du mariage du fait de l'existence des "mineurs adultes" liée à l'entrée tardive en activité économique, (ii) la séparation des familles, et (iii) la perte de l'époux. Par ailleurs, la présence d'un homme comme chef de famille tend à ne plus apparaître aux yeux des femmes comme un élément indispensable d'épanouissement et de réussite sociale. Il est donc courant d'entendre les femmes et les jeunes filles dire "mon premier mari, c'est mon travail" (Encadré 7.2).

7.2 LE PHÉNOMÈNE DES FEMMES SEULES ET LA REDÉFINITION DES RAPPORTS SOCIAUX DE GENRE

▷ Le phénomène de la femme seule traduit l'évolution de la société ivoirienne à l'égard du mariage et de la famille. La présence d'un conjoint n'apparaît plus aux yeux de la nouvelle génération de femmes intellectuelles comme une condition pour s'épanouir dans la société ou pour être mère. Il n'est pas rare d'entendre la mère dire à sa fille : " ton premier mari, ce sont tes études ". Il n'est pas non plus rare d'entendre les filles dire : " mon premier mari, c'est mon travail ". Si les expressions qui viennent d'être mentionnées sont une incitation ou un auto encouragement à la réussite dans les études et au plan professionnel, elles marquent tout de même une évolution de mentalité des femmes, surtout des jeunes filles, à l'égard des hommes. Les spectacles quotidiens de vie conjugale faits d'humiliations et de chantages de la part des hommes ont entraîné une prise de conscience chez les femmes qui tendent de moins en moins à idéaliser le mariage et la vie familiale en couple.

Mariétou Koné et N'Guessan Kouamé (2005)

2 - IMPLICATION PROGRESSIVE DE LA FEMME AU PARTAGE DE L'HÉRITAGE

La Côte d'Ivoire moderne compte une multiplicité d'ethnies avec une grande diversité culturelle centrée autour de quatre (4) grands groupes que sont les Akan, les Krou, les Mandé et les Gur ou Voltaïque. Deux systèmes de parenté et de succession régissent les rapports entre les membres de ces différents groupes notamment entre les hommes et les femmes. Les peuples dits de savane composés des Mandé du Nord (Malinké, Dioula venus de l'ancien empire du Mali) et des Voltaïques (Sénoufo, Koulango, Lobi...) sont islamisés et de filiation patrilinéaire (la succession se fait du côté du père). Toutefois, certains sous-groupes comme les Lobi et les Sénoufo sont plutôt animistes et de tradition matrilineaire. Ces peuples de savane n'ont pas connu de pouvoir centralisé. La direction des affaires des groupes est dévolue aux chefs de lignage.

Les Krou (Bété, Guéré, wobé...) et les Mandé du Sud (Dan, Yacouba, Gouro...), peuples de forêt installés à l'ouest du Bandama, sont animistes et de filiation patrilinéaire. Ces peuples ont "extrêmement compartimentés, repliés sur la famille et sur le village, n'ayant pas dépassé, socialement et politiquement, le stade de l'organisation en classes d'âges dont chacune a sa

part déterminée dans la marche de la vie commune, la plus ancienne assurant un "gouvernement "de gérontocratie" (Rougerie, 1957, p. 8). Exceptés les Abbey, les Akan sont de filiation matrilineaire (succession du côté de la mère). Les sociétés Akan sont centralisées et organisées en pyramide. "Les liens internes sont plus serrés et plus autoritaires" (Rougerie, 1957, p. 8).

Quel que soit le système, seuls les hommes héritent: les enfants de sexe masculin héritent directement de leur père dans le système patrilinéaire, tandis que dans l'autre système, ces derniers héritent de leur oncle maternel. Ainsi, tant qu'il y a des hommes dans la famille, quel que soit le système, les femmes n'ont pas accès à l'héritage laissé par leur père ou leurs oncles. Depuis l'adoption du code civil en 1964, les enfants et la conjointe du défunt font désormais partie de ses héritiers, ce qui était impossible dans les systèmes traditionnels, que ce soit dans les groupes sociaux de filiation patrilinéaire (peuples de savanes et peuples de la forêt à l'ouest du Bandama) ou dans ceux de filiation matrilineaire (peuples de la forêt à l'est du Bandama).

Cependant, seules les femmes qui ont contracté un mariage à l'État civil peuvent prétendre à l'héritage. Aussi, en cas de divorce, la femme peut prétendre à une partie des biens du ménage si le mariage est sous le régime de la communauté

Tableau 7.1 : Aire de peuplement et principaux traits des grands groupes ethniques

Aire de peuplement et grands groupes ethniques concernés	Croyances religieuses	Organisation socio-politique	Mode de succession	Compensation matrimoniale
<i>Peuples de savane</i>				
<i>Mandé du Nord</i> (malinké, Maou, Dioula occupant la savane guinéenne du nord-ouest et du centre-est	Islam	Société segmentaire	Patrilinéaire	Peu élevée
<i>Voltaïque</i> (Sénoufo, Koulango, Lobi, Djimini, Tagouana.) occupant la savane soudanaise du nord et du nord-est	Animisme, Islam	société segmentaire	Matrilinéaire, Patrilinéaire	Peu élevée
<i>Peuples de la forêt à l'ouest du Bandama</i>				
Krou (Bété, Guéré, wobé,) Mandé sud (Dan, Yacouba, Gouro..)	Animisme, culte syncretique	Classe d'âge, gouvernement de gérontocratie	Patrilinéaire	Très élevée
<i>Peuples de la forêt à l'est du Bandama</i>				
Akan (Abron, Agni, Baoulé, Attié, Adjoukrou, Ebrié...)	Animisme, christianisme	Royaume, Classe d'âge	Matrilinéaire,	Symbolique

Sources: Rougerie, 1957; Raulin, 1968.

des biens. Il faut toutefois noter que pour se conformer à la tradition et éviter le droit à l'héritage par la femme, la plupart des familles n'encouragent pas leurs enfants à célébrer le mariage civil. On note ainsi que très peu d'Ivoiriens ont recours à cette forme de mariage.

Une constance dans l'évolution du régime matrimonial est la valeur accordée à l'enfant. Dans quasiment toutes les sociétés ivoiriennes, l'enfant est le fondement du mariage et l'élément fédérateur entre les communautés. Une femme sans enfant est généralement mal perçue et l'infécondité du couple est souvent considérée comme relevant de la responsabilité de cette dernière. Même si l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) a connu une baisse passant de 7,2 enfants par femme en 1981 à 4,6 enfants par femme en 2005, il indique que la fécondité reste encore un lieu de valorisation de la femme. Mais, cette valorisation n'est effective que lorsque la femme donne naissance à au moins un enfant de sexe masculin parmi sa descendance. Ainsi la préférence accordée pour l'enfant de sexe masculin reste une expression des inégalités envers la petite fille, qui se répercute au niveau de l'éducation et de l'accès à un emploi qualifié. Du fait de son rôle central dans la perpétuation du lignage, l'enfant de sexe masculin est plus désiré que celui de sexe féminin. Du fait de cette culture, une femme qui n'a pas d'enfant de sexe masculin fait l'objet de peu de considération dans son milieu social et surtout au niveau de sa belle famille. Il faut toutefois noter que cette disposition culturelle est en train de disparaître, notamment dans les milieux les plus favorisés, du fait de l'instruction des femmes et de leur insertion dans le marché de travail, ce qui leur permet d'assurer un mieux être à leurs enfants.

1.3 - DE LA PERSISTANCE DE LA POLYGAMIE

Dans la société traditionnelle africaine, le mariage est perçu comme un contrat social qui lie deux groupes d'individus, deux familles et vise à satisfaire les intérêts de la communauté. Les époux, particulièrement la femme, ne participe pas aux négociations. Elle se doit d'obéir à sa famille et d'épouser la personne identifiée par les siens pour la reproduction et le scellage des liens entre deux communautés. Comme le résume Richard (1972) "ce n'est que mariée et mère de famille qu'elle (la femme) accède à la plénitude de son être. La femme n'a de valeur que si elle produit et reproduit, et, elle ne peut le réaliser que dans un autre clan". La société tolère le mariage de l'homme avec plusieurs femmes à cause d'une part de l'indisponibilité de la femme à certains moments de la vie, et de l'honneur et le prestige que confère le nombre de femmes et d'enfants à un homme d'autre part. On note ainsi que la polygamie n'est guidée que par la satisfaction des intérêts masculins au détriment du bien-être de la femme et de ses enfants. Au-delà des facteurs culturels liés à la reproduction, dans les zones rurales, les raisons qui peuvent amener un homme à prendre plusieurs épouses sont également d'ordre économique. Puisque le système de production est basé sur l'agriculture, avoir plusieurs femmes est perçu comme une stratégie pour augmenter la production.

Au lendemain des indépendances, la loi 64-375 relative au mariage fixe l'âge légal au premier mariage à 18 ans révolus pour la femme et à 20 ans révolus pour l'homme. Elle rend obligatoire le consentement personnel de chacun des futurs époux à leur mariage et interdit la polygamie. L'institution de la compensation matrimoniale, qui consiste dans le versement au profit du lignage d'origine de la future épouse d'avantages matériels

conditionnant la réalisation du mariage traditionnel, est également abolie (JOCl, du 27 octobre 1964 et du 17 décembre 1964, cités par Raulin, 1968). Au niveau juridique, la Côte d'Ivoire faisait figure d'exception dans une Afrique de l'Ouest où la polygamie est légalisée dans pratiquement tous les pays voisins (Bénin jusqu'à l'adoption du code de la famille en 2004, Togo, Sénégal, notamment). Les dispositions précédentes ont été renforcées avec la loi n° 83-800 du 2 août 1983.

Cependant, selon les données du RGPH, la proportion de femmes vivant en union polygamique est passée de 44 % en 1975 à 35 % en 1998. Le nombre élevé d'unions polygamiques montre qu'en réalité, depuis la modification de cette loi, la coutume semble continuer de prévaloir dans le pays²⁸. Aussi, certains aspects de cette loi consacrent le pouvoir de l'homme sur la femme, perpétuant ainsi les inégalités basées sur le genre contrairement à la vision du gouvernement. Selon la loi ivoirienne, le choix du domicile familial relève du ressort de l'homme et obligation est faite à la femme de le suivre. En matière de nom, la femme mariée porte le nom de son mari, ce qui fait d'elle une personne qui naît de nouveau avec une nouvelle identité. Maître Offoumou-Yapo, disait à ce propos : "la femme est considérée comme un Bien de l'homme, alors que l'inverse n'est pas admis".

En plus d'autoriser la polygamie, la culture africaine donne le droit à l'homme d'entretenir des relations extraconjugales. L'infidélité étant souvent perçue comme une prouesse et une expression de la "masculinité". Le droit moderne n'a pas pu changer véritablement ces dispositions. En effet, dans le Code pénal ivoirien, on observe un traitement différencié dans l'établissement du délit d'adultère : la femme est punie en toutes circonstances alors que l'homme n'est puni que s'il a des rapports sexuels fréquents avec la même femme sous le toit conjugal.

Par ailleurs, dans les dispositions coutumières du mariage, la compensation matrimoniale (dot) est considérée comme un élément central. En anthropologie, la dot a été pendant longtemps perçue comme le prix d'achat de la femme ou le prix de la fiancée. C'est elle qui attribue la puissance paternelle au futur époux et sa famille. Sa nature varie en fonction des grands groupes ethniques. Chez les Mandé et les Gur, elle se présente souvent sous forme de prestation en nature et en services et est peu élevée. Chez les Akan, la compensation matrimoniale est symbolique. En revanche, chez les Krou et les Mandé du Sud, elle est très élevée ; la monnaie constitue le principal mode de règlement de cette compensation.

Face à son caractère avilissant pour les femmes et son impact sur le mariage des jeunes, au lendemain des indépendances, la loi 64-381 du 7 octobre 1964 abolit la dot et définit une série de peines auxquelles s'exposent les contrevenants :

"sera puni d'un emprisonnement de six à deux ans et d'une amende double de la valeur des promesses agréées ou des choses reçues ou demandées, sans que ladite amende puisse être inférieure à 50 000 Fcfa quiconque aura en violation des

²⁸ - Il faudra conduire des études plus poussées pour apprécier l'importance de la proportion des contrevenants à ces dispositions légales, notamment la proportion des personnes qui ont contracté des mariages polygamiques depuis l'adoption de cette loi.

dispositions de l'article précédente, soit directement, soit par personne interposée, que le mariage ait lieu ou non: 1) sollicité ou agrée des offres ou promesses de dot, sollicité ou reçu une dot; 2) usé d'offres ou de promesses de dot ou cédé à des sollicitations tendant au versement d'une dot".

Bien que cette loi soit en vigueur, la dot demeure une pratique courante dans le pays. Les femmes, qu'elles soient intellectuelles ou non, incitent leur partenaire à les doter du fait de la valeur sociale que cela confère à la femme et l'honneur qu'elle procure à la famille de la femme.

II - De l'exercice du pouvoir traditionnel à la participation à la vie publique

Dans la société traditionnelle, la gestion communautaire incombe à l'homme. Très peu de femmes y ont accès et ont droit à la parole en présence des hommes sur ces questions. La conséquence en est que les femmes sont restées longtemps en dehors de la vie politique dans le monde, et principalement en Côte d'Ivoire. Cependant, les mutations sociales qui s'opèrent entraînent de légères modifications de ce schéma pré-établi.

2.1 - PARTICIPATION DE LA FEMME À LA PRISE DE DÉCISION

Pour induire un changement durable dans les rapports de genre, il importe de favoriser une plus grande participation des deux sexes à la prise de décision dans la société. La création du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant en Côte d'Ivoire, l'adoption de mesures institutionnelles et des programmes en faveur de la femme garantissant l'équité et l'égalité dans les différents secteurs sociaux, économiques et politiques ont permis de valoriser le statut de la femme et d'accroître sa participation à la vie politique. Ces changements se sont traduits, entre autres, par une augmentation du nombre de femmes aux postes de décision. Le RGPH 1998 a en effet montré qu'environ 6 % des femmes étaient à des postes de décision parmi les personnes qui ont accédé à ce niveau de responsabilité dans le pays.

Au niveau de la gestion de l'État, on assiste à une participation plus accrue des femmes aux institutions de la république. Depuis près de 50 ans que la Côte d'Ivoire existe, il n'y a jamais eu de femme Présidente d'Institution. Il a fallu attendre 1990 pour voir la nomination d'une femme Ministre de la Justice, une autre Ministre de la Communication et de la Culture, postes qui étaient jusque-là réservés aux hommes. L'analyse des tableaux 1 et 2 indique que la proportion des femmes Députés et Maires n'a pas excédé 10 % entre 1975 et 2005. On note aussi que 14,1 % des ambassadeurs étaient des femmes en 2004 et 13 femmes étaient chefs du village sur un total de 8549. En 2005, on note la présence de: (i) 24 femmes sur 120 soit 20 % au Conseil Économique et Social, (ii) 6 femmes sur 50 soit 12 % à la Cour Suprême, (iii) 2 femmes sur 7, soit 28 % au Conseil Constitutionnel, (iv) 3 femmes sur 58 au niveau des Greffiers en chef. Par ailleurs, au niveau du gouvernement, on constate une évolution du nombre de femmes Ministres: On est passé de 3 femmes Ministres sur 36 soit 8,33 % en 1995, à 6 femmes Ministres sur 41 Membres soit 14 % en 2001 et 7 femmes sur 42 Ministres, soit 16,66 % en 2005 dans le Gouvernement de Réconciliation Nationale.

Depuis les années 2000, la Côte d'Ivoire est lancée dans un processus de décentralisation avec la création des Conseils régionaux. En 2005, on ne dénombrait qu'une seule femme Présidente de Conseil Général sur 52 et 20 femmes Vice-présidentes de districts et Vice-présidentes de Conseils Généraux sur 295 membres.

De nombreux efforts restent encore à faire au niveau du pays pour la pleine participation des femmes à la prise de décision et surtout pour être en conformité avec la Déclaration Solennelle sur l'Égalité entre les hommes et les femmes en Afrique, adoptée par les chefs d'État et de Gouvernement.

2.2 - PARTICIPATION DES FEMMES À LA VIE POLITIQUE ET AU PROCESSUS DE PAIX

La politique est restée pendant longtemps la chasse gardée des hommes. C'est au début des années 1980 que les femmes ont commencé à investir l'espace politique, mais leur présence reste encore très limitée. De plus en plus, la plupart des partis politiques dispose d'une section féminine et fixe des quotas de représentativité des femmes aux instances de décision (Encadré 7.3).

Tableau 7.2 : Évolution du nombre de femmes Députées en Côte d'Ivoire de 1975-2005

Année	Nombre Total de Femmes	Nombre Total	Pourcentage de Femmes
1975 – 1980	11	110	10 %
1980 – 1985	8	147	5,4 %
1985 – 1990	10	175	5,7 %
1990 – 1995	8	175	4,6 %
1995 – 2000	14	168	8,33 %
2000 – 2005	18	223	8,07%

Source: Enquête de terrain 2005

Tableau 7.3 : Évolution du nombre de femmes Maires en Côte d'Ivoire

Année	Nombre Total De Femmes	Nombre Total	Pourcentage de Femmes
1975 – 1980	1	37	2,7 %
1980 – 1985	4	137	2,9 %
1985 – 1990	4	175	2,3 %
1990 – 1995	4	136	3,0 %
1995 – 2000	10	196	5,1 %
2000 – 2005	9	197	4,56%

Source: Enquête de terrain 2005

7.3 REPRÉSENTATIVITÉ DES FEMMES DANS CERTAINS PARTIS POLITIQUES

▷ **Au PDCI**, un quota de 10 % est recommandé à son 10^{ème} Congrès, on enregistre 41 femmes sur 414 membres au Bureau Politique, soit 9,90 %.

▷ **Au FPI**, un quota de 30 % est recommandé dans l'article 12 de ses statuts avec révision à la hausse de ce pourcentage à chaque Congrès. Ainsi, son Secrétariat Général compte 15 femmes et son Comité de contrôle 9 femmes sur 31 membres soit 29,03 %.

▷ **Au RDR**, il existe 7 femmes Secrétaires Nationales sur 45 membres au Comité Central soit 15,55 %. La secrétaire générale de ce parti est une femme.

▷ **Au PIT**, 1 femme sur 11 membres du Secrétariat National soit 9,09 %. 3 femmes sur 45

De façon générale, les partis politiques sont encore loin de l'atteinte des recommandations internationales, notamment celles de Beijing et proclamées par l'Union Africaine sur le quota de 30 % de représentativité.

Le pouvoir politique a fini par s'accommoder des nouvelles formes de pouvoir qui sont inscrites dans la société civile. Ainsi les femmes commencent à occuper des fonctions de responsabilités dans les partis politiques, les syndicats, les associations d'employeur et les associations de profession libérale.

Pour permettre à la femme d'être plus présente dans les sphères de décision, des regroupements s'opèrent de plus en plus en leur sein. Certaines associations sont regroupées au sein de réseaux. Le Réseau Ivoirien des Organisations Féminines (RIOF) créée en 1995 comprend à ce jour 45 ONG membres. Il existe également des associations professionnelles telles l'Association des Femmes Professionnelles de la Communication (APAC-CI), l'Association des Femmes Ivoiriennes Cadres Supérieurs de la Santé (AFICSS), le Réseau des Femmes Africaines Ministres et Parlementaires (REFAMP-CI), le Réseau Ivoirien des Femmes Entrepreneurs (RIFEN), la Coalition des Femmes Leaders (CFELCI), l'AID Afrique et le Réseau International Eau, Femmes et Pouvoir de Décisions (RIEFPD).

Le travail en réseau permet à ses membres d'échanger sur les problématiques qui les concernent mais il permet également de faire entendre leurs voix sur le plan national et international, d'être reconnues comme des interlocutrices incontournables dans les réflexions concernant la promotion des femmes et de l'égalité des sexes.

III - Inégalité dans l'accès aux facteurs de production et aux services sociaux de base

Les différentes opérations de collecte des données réalisées en Côte d'Ivoire depuis les années 1970 ont mis en exergue l'infériorité numérique des femmes dans la population totale. En 1998 par exemple, la population féminine se chiffrait à 7,522 millions d'habitants, avec un rapport de masculinité qui était de 96 femmes pour 100 hommes. Comment s'opère la participation de cette moitié de la population à la vie économique, sociale ?

3.1 - PARTICIPATION À LA VIE ÉCONOMIQUE

Traditionnellement confinée aux rôles de mère et d'épouse, la femme ivoirienne participe de plus en plus à la vie économique du pays. L'agriculture demeure le plus grand pourvoyeur d'emploi pour la femme. Selon les statistiques de la FAO (1997), plus de 80 % des denrées alimentaires de base produites en Afrique au Sud du Sahara et dans le Pacifique, le sont par l'action des femmes. En Côte d'Ivoire, les femmes constituent le pilier de la production vivrière où elles assurent 75 % de la production en 1998. Pour ce qui est des cultures de rente, Kama (1998) montrait par exemple que la proportion des femmes chef d'exploitation était de 1 % pour le coton et de 7 % pour le café et le cacao. On note aussi une participation plus accrue de la femme dans le secteur non agricole. Selon Benié (1998), les taux de croissance de l'emploi des femmes sont dans l'ensemble supérieurs à ceux des hommes à partir de 1981, surtout au niveau du Commerce. En effet, la proportion des femmes dans l'emploi total du secteur privé, quoiqu'encore faible, a connu une augmentation passant de 6 % en 1981 à 10,4 % en 1996. En outre, les femmes se sont orientées très tôt vers le secteur informel où elles tirent l'essentiel de leur revenu. Sur 26 % des actifs travaillant dans le secteur informel en 1995, les femmes représentaient 52 %. Plus de 30 % des femmes gagnent

leur vie dans ce secteur contre 17 % des hommes au cours de l'année 1995 (Benié, 1998).

Malgré ces efforts d'intégration des femmes au développement, des disparités existent surtout au niveau des rémunérations entre les sexes. Les inégalités de revenu se ressentent dans le secteur moderne et dans le secteur privé où les femmes sont rarement propriétaires d'unités industrielles (Hemmings-Gapihan, 1996). Selon le même auteur, en Côte d'Ivoire, les salaires féminins n'atteignent le plus souvent que les 2/3 des salaires masculins moyens, à niveau d'éducation égal. Ces écarts de salaires entre homme et femme sont plus grands dans le secteur privé. L'auteur conclut en affirmant que *"les écarts constatés, d'une manière générale, ne s'expliquent qu'en partie par la différence entre les niveaux d'instruction et d'expérience professionnelle respectifs des hommes et des femmes, ce qui donne à penser que la discrimination fondée sur le sexe en matière de recrutement est une pratique largement répandue"*.

L'accès au crédit est également difficile pour les femmes parce qu'elles ne parviennent pas à remplir toutes les conditions exigées, en particulier celles relatives à la garantie à rembourser aux institutions prêteuses. Elles ont de ce fait recours au crédit informel, au financement de la famille ou encore aux fonds sociaux institués par l'État.

La crise socio-politique que traverse la Côte d'Ivoire depuis septembre 2002 a encore créé des disparités entre les hommes et les femmes dans l'accès à l'emploi. En effet, les secteurs les plus touchés par la crise sont ceux qui concentrent un nombre important de femmes : l'agriculture, le commerce et le secteur informel. Les résultats de l'enquête PDI-FAC 2005 ont montré que la crise a entraîné une baisse de près de 12 % de la proportion des chefs de ménages occupés, avec des niveaux encore plus élevés chez les femmes.

Une autre disparité importante entre l'homme et la femme réside dans la classification et la reconnaissance du travail. Selon le RGPH 1998, le taux brut d'activité des femmes est de 30,9 % contre 50,1 % pour les hommes (RGPH 98). On recense une forte proportion de femmes non occupées dans le secteur agricole. Cette situation découle de la sous-estimation de l'emploi féminin dans les enquêtes sur les ménages et dans les procédures de la comptabilité nationale. Les activités économiques des femmes sont souvent considérées comme des activités "domestiques" et non "économiques" même lorsque la définition internationale de l'activité économique a été élargie. En effet, selon la quatrième révision du Système de Comptabilité Nationale (SCN, 1993), toutes les activités primaires, manufacturières et de construction entrent dans le cadre de la production mesurable par le PIB- même lorsqu'il s'agit d'activités non marchandes. Mais les chiffres ne sont pas disponibles dans le cas de la Côte d'Ivoire.

3.2 - SITUATION DU GENRE EN MATIÈRE D'ÉDUCATION ET DE SANTÉ

L'éducation des filles est un facteur important du développement et du bien-être général de la société. L'analyse de la situation en matière d'éducation montre que les femmes sont

moins scolarisées que les hommes. Le taux d'analphabétisme par groupe d'âges des femmes a été rapporté à celui des hommes en vue d'étudier les différences selon le sexe (graphique). On constate que quels que soient le groupe d'âge et le milieu de résidence, le degré d'analphabétisme est partout plus élevé chez les femmes que chez les hommes. L'écart entre les hommes et les femmes en matière d'analphabétisme est plus accusé chez les jeunes générations que chez les plus anciennes, et en milieu urbain qu'en milieu rural. En milieu rural, le degré d'analphabétisme des adolescentes (15-19 ans) équivaut à 1,2 fois celui des garçons du même groupe d'âge, tandis que ce rapport est de 1,1 chez les femmes et les hommes âgés de 50-54 ans. En milieu urbain, le rapport est de 2 chez les adolescentes et les adolescents contre 1,5 chez les personnes âgées de 50-54 ans. Ces disparités entre générations et entre milieu de résidence suggèrent que l'amélioration de l'offre d'infrastructures scolaires profite davantage aux hommes qu'aux femmes.

L'indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire qui est passé de 0,77 % à 0,81 % sur la période de 1997-2000. Dans l'enseignement supérieur, on compte en moyenne 1 fille pour 3 garçons entre 1993 et 1998.

Avec la crise que traverse le pays, du fait de la dégradation des conditions de vie des populations, des choix s'opèrent au sein des familles pour la ré-inscription des enfants tant dans les zones occupées que dans les zones non occupées. Les missions d'évaluation sur le terrain montrent à ce propos que lorsque la ré-inscription des enfants dans les établissements existants est possible, les garçons sont en général deux fois plus favorisés que les filles tant dans le cycle primaire que dans le cycle secondaire. L'écart observé entre les filles et les garçons au niveau de ces deux cycles du système éducatif en 2000-2001²⁹, va s'accroître davantage à cause de la crise. Par ailleurs, les élèves victimes du dysfonctionnement du système éducatif sont amenés à évoluer dans un univers où tout est à reconstruire (structure familiale, recherche de nouveaux amis et souvent de nouveau partenaire sexuel, etc.).

Les différences observées dans l'enseignement entre les filles et les garçons sont essentiellement dues aux inégalités de Genre³⁰. Les autorités et les familles continuent de dispenser une éducation inadaptée aux critères d'égalité et d'équité des chances. Plusieurs facteurs influencent les parents dans le choix des enfants à scolariser. Du fait des dispositions culturelles, les parents accordent plus de priorités à l'inscription des garçons à l'école pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de chef de famille. Ils crient souvent que les filles ont peu de chances de réussir et que leur scolarisation risque d'être interrompue par une grossesse. Même lorsque l'inscription est possible, les charges domestiques auxquelles les filles font souvent face influencent leurs performances scolaires, surtout en milieu rural. Les risques qu'elles soient exclues de l'école sont plus élevés que chez les garçons. La crise affecte encore plus ces possibilités de scolarisation, du fait de la plus grande paupérisation de la population.

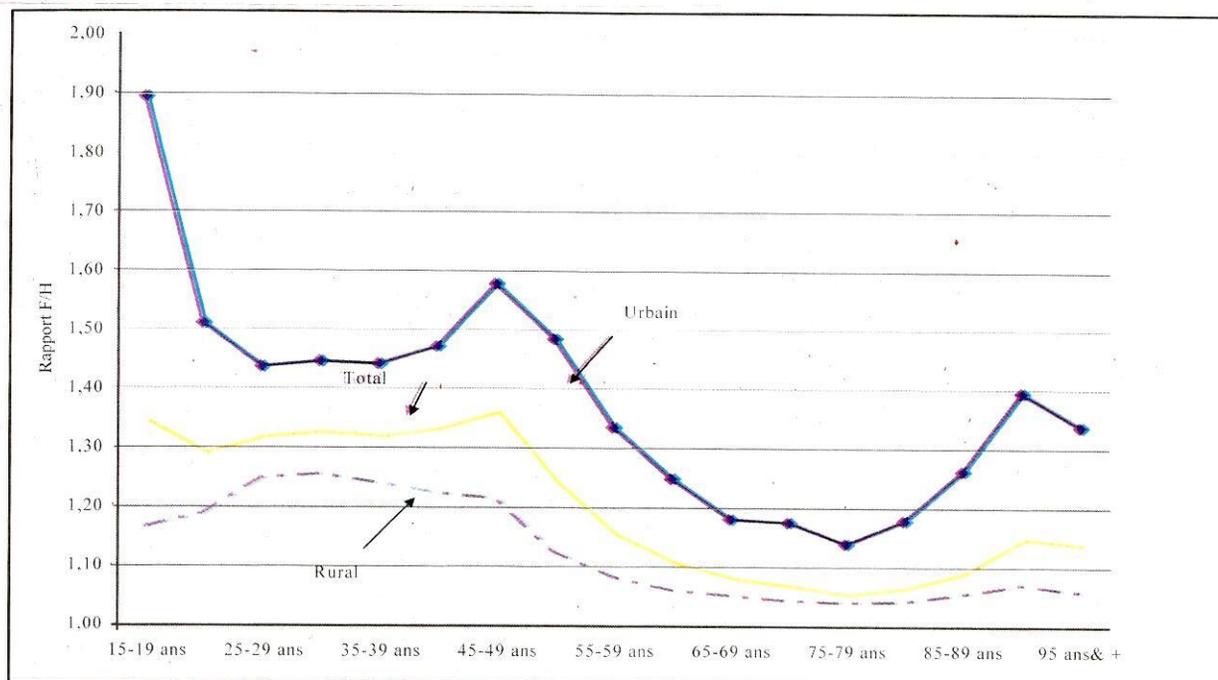
Les stéréotypes dans l'enseignement constituent aussi un obstacle à la scolarisation des filles et à leur réussite à l'école. Le fait que le rendement scolaire soit plus faible et les déperditions scolaires plus élevées chez les filles que chez les garçons est aussi attribuable à l'acceptation inconsciente des rôles traditionnellement définis. L'enfance étant une période primordiale et sensible dans le processus de socialisation, les filles et les

²⁹ - Confère chapitres 1 et 5

³⁰ - Le système de genre englobe le complexe de rôles, de droits, de statuts, qui s'imposent à l'être féminin et masculin dans une société ou une culture donnée

: Courbe du rapport du taux d'analphabétisme par âge des femmes à celui des hommes, Côte d'Ivoire, 1998

Graphique 7.1



garçons grandissent avec des conceptions et visions du monde qui leur sont transmises au cours de cette double socialisation. Ainsi, la reproduction des rôles sexués dans les manuels scolaires des enfants légitime et perpétue les inégalités de sexe dans la société qui favorisent ensuite une faible scolarisation des filles (Djanganoné et al, 1999). Outre les manuels scolaires, les enseignants ont souvent été identifiés pour expliquer leur faible rendement scolaire des élèves. Selon Kabré (1999), "beaucoup d'enseignants, sans mauvaise volonté, ont eux-mêmes des comportements inégalitaires auxquels ils ont été conditionnés et dont ils ne perçoivent pas les conséquences sur leur classe et notamment sur les filles".

La santé de la mère est nécessaire pour la vie de la société. Et pourtant les femmes n'ont pas accès autant que les hommes aux soins de santé lorsqu'elles sont malades. Bien que des progrès aient été réalisés dans le pays, on note que la santé des femmes est globalement moins reluisante. Le taux de mortalité maternelle y est des plus élevés et le VIH/Sida s'est féminisé (chapitres 8 et 9). Avec la crise, on assiste à l'augmentation des cas de violence de tous genres, notamment les violences sexuelles. Des pratiques traditionnelles comme les mutilations génitales féminines et les mariages forcés contribuent à rendre les femmes encore plus vulnérables, surtout dans l'exercice de leur droit à la procréation. Bien que l'excision soit interdite par la loi n° 98-757 du 23 décembre 1998, sa pratique est encore courante et tend à augmenter du fait de la baisse du contrôle social avec la situation de crise. Les naissances rapprochées et nombreuses fragilisent aussi l'état de santé de la mère, dans un contexte où la planification familiale n'est pas très pratiquée. Avec la crise, on note en zone occupée une quasi-absence de

personnel qualifié pour les accouchements en milieu médicalisé, exposant de nombreuses femmes au risque élevé de mortalité maternelle. Les raisons majeures de la dégradation de l'état de santé de la mère sont liées à l'offre de services mais il ne faut pas négliger les facteurs culturels tels que la valeur accordée à la forte fécondité.

IV - De la promotion de la femme à la lutte contre les disparités de genre : le fossé ivoirien

Au lendemain des indépendances, la mission principale de chaque pays était d'assurer un bien être à sa population par le développement économique. Une priorité n'avait pas été accordée à des groupes spécifiques comme les femmes. Dans le sillage de l'Année Internationale de la Femme en 1975, la Côte d'Ivoire a manifesté dès 1976, sa détermination à promouvoir le statut de la femme en créant un Ministère de la Condition Féminine. Avec la création de ce Ministère, l'État a adopté une politique visant à mettre en place des moyens pour faciliter l'accès des femmes ivoiriennes aux ressources. Le mandat de ce ministère, est d'assurer la mise en œuvre et le suivi de la feuille de route du gouvernement dans le domaine de la protection de la famille, de la femme et de l'enfant. À partir de cette époque, le Gouvernement et les partenaires au développement ont commencé à mettre en œuvre des programmes volontaristes pour améliorer les conditions de vies des femmes afin de les intégrer au processus de développement. Ses activités sont

orientées vers la formation et l'éducation féminine, la sensibilisation des femmes et des enfants sur leurs droits, et l'intégration des femmes aux activités de développement socio-économique du pays.

À la suite de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) 1994 et la Conférence de Beijing en 1995, les approches Égalités des chances et Renforcement du pouvoir ou Empowerment apparaissent sur l'échiquier international. Il est désormais admis que la situation de la femme ne peut être traitée de façon verticale car elle touche à tous les secteurs de la vie. Les ministères sectoriels ont commencé à mener des actions spécifiques en faveur de la promotion de la femme. On note ainsi la création des cellules "Genre" et des services ou directions spécifiques en charge des questions des femmes. C'est le cas de la Cellule de Promotion de l'Éducation et de la Formation des Filles et des Femmes (CEPEF).

Dans cette perspective, plusieurs documents cadre dont le livre blanc et le Plan National d'Action de la Femme (PNAF en 2002), ont été élaborés.

Bien que la nécessité de la prise en compte des rapports entre l'homme et la femme pour une plus grande autonomisation de la femme soit reconnue, très peu d'actions ont été entreprises dans le pays dans ce sens. Les interventions continuent de s'orienter vers la promotion de la femme. L'approche "droit humain" tenant compte de la culture et qui est capable de les amener à jouer pleinement leur rôle dans la société, n'est pas encore très utilisée pour répondre aux besoins stratégiques des femmes.

Cette recherche de repère a poussé le Gouvernement à changer plusieurs fois la dénomination du Ministère en charge des questions de la femme. En 2006, une orientation certaine vers la prise en compte effective du genre a été opérée par la création de la Direction Centrale chargée de l'Égalité et de la Promotion du Genre en 2006. Cette direction est chargée de (i) veiller au respect de l'égalité et de l'équité entre les hommes et les femmes, (ii) concevoir et mettre en œuvre des programmes de sensibilisation des décideurs, des planificateurs et la société civile en Genre et Développement, (iii) élaborer la Politique Nationale Genre, (iv) coordonner les activités des points focaux et autres structures actives dans le secteur du Genre et Développement au plan national, (v) suivre et évaluer la mise en œuvre des engagements pris par la Côte d'Ivoire au plan international en matière d'équité et d'égalité entre les sexes et élaborer les rapports nationaux.

Ainsi, comme la plupart des pays, la Côte d'Ivoire est à la recherche d'une stratégie lui permettant de prendre véritablement en compte l'approche genre dans sa politique de développement en vue d'assurer un équilibre entre les hommes et les femmes pour atteindre un développement équitable et durable.

CONCLUSION

Au terme de cette analyse, il ressort qu'il existe une interrelation entre Genre, culture et promotion de la femme. La famille qui est le lieu de transmission des valeurs culturelles, est en pleine mutation avec des répercussions sur le statut de la femme et les rapports entre les sexes. De la conception d'une famille sociale, on est aujourd'hui dans des modèles de famille conjugale et l'apparition de certains types de famille nucléaire. Les rapports entre l'homme et la femme ont connu aussi une évolution. On est passé du mariage "communautaire" "arrangé" par les familles au mariage "personnel" "découlant de la volonté des conjoints de s'unir. Contrairement à ce qui était fait dans les sociétés traditionnelles, les femmes ont de plus en plus droit à l'héritage et acquièrent un contrôle sur leur fécondité du fait de leur instruction et de leur insertion sur le marché de l'emploi. D'une situation de non participation à la prise de décision et à la vie publique, on note que les femmes prennent une part active à la gestion de la communauté et s'organisent pour apporter une réponse féminine au processus de sortie de crise en Côte d'Ivoire.

Bien que des évolutions notables aient été obtenues et soutenues par la législation, l'analyse de la situation a fait apparaître la faible représentativité des femmes sur le plan politique, économique ou social. On note une sous représentativité de la femme dans la vie économique et une plus grande paupérisation en cas de crise économique et sociopolitique. Les femmes sont moins instruites que les hommes et ont un accès mitigé aux services de la santé. En effet, le taux de mortalité maternelle est des plus élevés et le Sida s'est féminisé dans le pays. Très peu de femmes ont accédé à des postes de décision.

L'une des raisons principales des faibles avancées obtenues est la non prise en compte de la culture dans les actions visant la promotion de la femme. L'inscription dans l'approche culturelle suppose l'identification des rapports de pouvoirs et la mise en œuvre d'actions visant à un partage équitable et efficiente des responsabilités pour l'obtention d'un développement durable. Ces lacunes relèvent en grande partie de la non prise en compte des rapports sociaux lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des actions de développement et de considérer la femme comme une catégorie vulnérable qu'il faut intégrer au processus de développement.

Pour atteindre un développement équitable prenant en compte les deux composantes de la société, il faudra adopter une démarche holistique et systémique entraînant des modifications aux pratiques institutionnelles et aux relations sociales.



Depuis la Conférence internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, l'approche de la santé de la reproduction a été légitimée et tous les pays signataires ont pris des mesures pour la traduire dans les faits. Tout en adhérant aux recommandations internationales relatives aux questions de santé ³¹, la Côte d'Ivoire déploie des efforts pour améliorer l'état de santé de la population en général et en particulier dans le domaine de la santé de la reproduction. Ainsi, ont été adoptés un Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 1996-2005, un programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale 1999-2003. En dépit de ces efforts, la santé de la reproduction demeure une préoccupation majeure en Côte d'Ivoire, comme c'est le cas pour bon nombre de pays.

Dans le présent chapitre sont examinés les besoins de la population en santé de la reproduction et les possibilités qui sont offertes pour répondre à ces besoins. La réflexion s'organise autour de quatre sections : la première section rappelle la définition du concept de la santé de la reproduction telle qu'énoncée à la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD 1994) au Caire en dégageant les aspects opérationnels pour la Côte d'Ivoire, la deuxième section analyse l'évolution de la demande de services de santé de la reproduction, la troisième section traite de l'offre de services en matière de santé de la reproduction et enfin la quatrième section étudie la qualité de l'offre de soins.

I - Concept de Santé de la reproduction

La Santé de la Reproduction (SR) a été définie en référence au concept de santé énoncé lors de la Conférence d'Alma Ata internationale sur Population et Développement (CIPD) tenue au Caire en septembre 1994. " Par santé de la reproduction, on entend le bien être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité " .

Cela suppose donc qu'une personne puisse mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle soit capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent

³¹ - Stratégie des soins de santé primaire à Alma Ata (1978), Initiative de Bamako (1987), Charte de développement de l'enfant (1990), Conférence internationale sur la Population et le Développement (1994), Sommet Mondial sur le Développement Social en (1995),...

Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes aient le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et l'accouchement et donnent au couple toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il faut donc entendre par les services de santé en matière de reproduction, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles (CIPD, 1994).

La Côte d'Ivoire a adopté en 1998 dans le cadre de la Politique Nationale en Matière de Santé de la Reproduction, le concept globalisant de la Santé de la reproduction issu de la CIPD. Pour opérationnaliser la SR en Côte d'Ivoire, quatre volets ont été retenus :

- Santé de la mère et de la femme : les composantes de la santé de la mère et de la femme sont les soins pré-conceptionnels, les soins prénatals, la vaccination, l'accouchement, l'avortement et la prise en charge des cas à risques, les soins post-natals, la planification familiale, les soins gynécologiques, la prise en charge des infections du tractus génito-urinaire, la prise en charge des cancers génitaux et du sein et les pratiques traditionnelles à risques;
- Santé de l'enfant : les composantes de la santé de l'enfant, la vaccination, les soins de l'enfant et les pratiques traditionnelles à risques pour la santé de l'enfant;
- Santé des jeunes : les composantes relatives à la santé des jeunes sont l'information, l'éducation et la communication (IEC) en rapport avec la vie sexuelle et la vie familiale et en rapport avec les comportements à risques ainsi que les soins pour les jeunes;

Chapitre 8

Santé de la reproduction

Introduction

Depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, l'approche de la santé de la reproduction a été légitimée et tous les pays signataires ont pris des mesures pour la traduire dans les faits. Tout en adhérant aux recommandations internationales relatives aux questions de santé ³¹, la Côte d'Ivoire déploie des efforts pour améliorer l'état de santé de la population en général et en particulier dans le domaine de la santé de la reproduction. Ainsi, ont été adoptés un Plan National de Développement Sanitaire couvrant la période 1996-2005, un programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale 1999-2003. En dépit de ces efforts, la santé de la reproduction demeure une préoccupation majeure en Côte d'Ivoire, comme c'est le cas pour bon nombre de pays.

Dans le présent chapitre sont examinés les besoins de la population en santé de la reproduction et les possibilités qui sont offertes pour répondre à ces besoins. La réflexion s'organise autour de quatre sections : la première section rappelle la définition du concept de la santé de la reproduction telle qu'énoncée à la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD 1994) au Caire en dégagant les aspects opérationnels pour la Côte d'Ivoire, la deuxième section analyse l'évolution de la demande de services de santé de la reproduction, la troisième section traite de l'offre de services en matière de santé de la reproduction et enfin la quatrième section étudie la qualité de l'offre de soins.

I- Concept de Santé de la reproduction

La Santé de la Reproduction (SR) a été définie en référence au concept de santé énoncé lors de la Conférence d'Alma Ata en 1978. Ainsi, selon le plan d'action issu de la Conférence Internationale sur Population et Développement (CIPD) tenue au Caire en septembre 1994. " *Par santé de la reproduction, on entend le bien être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ".

Cela suppose donc qu'une personne puisse mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle soit capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent

qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes aient le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de régulation des naissances qui ne sont pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien leur grossesse et l'accouchement et donnent au couple toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.

Il faut donc entendre par les services de santé en matière de reproduction, l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de vie et les relations interpersonnelles et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles "(CIPD, 1994).

La Côte d'Ivoire a adopté en 1998 dans le cadre de la Politique Nationale en Matière de Santé de la Reproduction, le concept globalisant de la Santé de la reproduction issu de la CIPD. Pour opérationnaliser la SR en Côte d'Ivoire, quatre volets ont été retenus :

- Santé de la mère et de la femme : les composantes de la santé de la mère et de la femme sont les soins pré-conceptionnels, les soins prénataux, la vaccination, l'accouchement, l'avortement et la prise en charge des cas à risques, les soins post-natals, la planification familiale, les soins gynécologiques, la prise en charge des infections du tractus génito-urinaire, la prise en charge des cancers génitaux et du sein et les pratiques traditionnelles à risques ;
- Santé de l'enfant : les composantes de la santé de l'enfant sont les soins néonataux, l'alimentation de l'enfant, la vaccination, les soins de l'enfant et les pratiques traditionnelles à risques pour la santé de l'enfant ;
- Santé des jeunes : les composantes relatives à la santé des jeunes sont l'Information, l'Éducation et la Communication (IEC) en rapport avec la vie sexuelle et la vie familiale et en rapport avec les comportements à risques ainsi que les soins pour les jeunes ;

³¹ - Stratégie des soins de santé primaire à Alma Ata (1978), Initiative de Bamako (1987), Charte de développement de l'enfant (1990), Conférence Internationale sur la Population et le Développement (1994), Sommet Mondial sur le Développement Social en (1995),...

- Santé des hommes : les composantes de la santé des hommes sont l'IEC à la vie familiale et à la parenté responsable ainsi que les soins pour les hommes.

Pour chacune de ces composantes, les éléments de politique ont été clairement définis dans le document de politique et standard des services de santé de la reproduction. Les composantes communes à ces quatre volets de la Santé de la Reproduction sont : (i) les services de Planification Familiale y compris la lutte contre les IST/SIDA, l'Infertilité et l'Infécondité (ii) l'IEC/CCC en santé de la reproduction (iii) la gestion des services.

II - Évolution de la demande en santé de la reproduction

Le niveau actuel des principaux indicateurs de morbidité et de mortalité rend compte de l'état de santé général des populations. Il traduit dans une certaine mesure une demande en soins de santé notamment, pour les couches de populations les plus vulnérables en particulier la mère, l'enfant, les jeunes et les hommes.

2.1 - SANTÉ DE LA MÈRE ET DE LA FEMME

2.1.1 - MORTALITÉ MATERNELLE ÉLEVÉE

L'OMS définit la mortalité maternelle comme étant le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quelle que soit la durée ou le siège de celle-ci. Les causes de décès accidentels ou fortuits sont exclus.

En Côte d'Ivoire, le taux de mortalité maternelle demeure élevé. Il est resté quasiment constant au cours de la dernière décennie : 597 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1994 (EDS-CI 1994) et 543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 (EIS, 2005).

Parmi les causes directes de la mortalité maternelle, les hémorragies ³², les dystocies, les avortements provoqués, les maladies hypertensives, les infections sont les plus incriminés. Une étude réalisée par la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction de Côte d'Ivoire (CRESARCI) en 2000, estime le ratio de mortalité lié aux complications obstétricales à 3,7%, niveau supérieur au minimum admis qui est de 1%. Trois retards sont responsables des décès maternels en cas de complications : (i) le retard dans la prise de décision pour le recours à des soins appropriés au niveau de l'individu et de la communauté (ii) le retard dans l'accès à une structure sanitaire (iii) le retard dans l'administration des soins dans les structures de santé d'accueil.

Ces retards ont pour origine, entre autres, à : (i) une insuffisance des services de santé maternelle, néonatale et infantile de qualité (ii) une inaccessibilité financière et géographique pour la majorité de la population.

³²- L'hémorragie est la première cause de mortalité maternelle (50 % de cas) ; le délai de grâce pour une femme qui saigne est de deux heures quand elle n'a pas été prise en charge.

2.1.2 - AVORTEMENT À RISQUE, UNE PRÉOCCUPATION

L'avortement constitue un problème majeur de santé publique. Les données de l'enquête auprès des jeunes réalisée par l'ENSEA avec l'appui technique et financier de l'UNFPA dans trois villes moyennes de la Côte d'Ivoire indiquent que la proportion des jeunes qui pratiquent les avortements augmente selon l'âge. Chez les filles, elle varie de 1% chez les 12-14 ans, 8% chez les 15-19 ans pour atteindre 18% chez celles de 20-24 ans. Les proportions chez les garçons des mêmes groupes d'âge qui ont encouragé un avortement sont respectivement de 0,4%, 2,7% et 13,1%.

Parmi les méthodes abortives utilisées en Côte d'Ivoire l'intervention médicale (le curetage) est la plus fréquemment citées. D'après les données de l'enquête auprès des jeunes, de 60% des enquêtés recourent à cette méthode pratiquée par un personnel médical plus ou moins qualifié (graphique 8.1). Des méthodes à base de plantes sont aussi très courantes, sous forme de lavement, d'ovules traditionnels, de tisanes ou de sondes végétales. L'utilisation des produits pharmaceutiques est moins répandue. Il s'agit essentiellement d'hormones ou d'antipaludéens pris en surdosage.

Toutes ces méthodes, dont l'efficacité est loin d'être garantie, comportent des risques importants pour la santé des femmes. Les avortements sont en effet pratiqués dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes : près du tiers des femmes déclarent avoir eu des complications consécutives à un avortement (infections, hémorragie...) et une femme sur deux reconnaît avoir perdu une proche parente des suites d'un avortement (Koffi, kouyé et Sika, 1994).

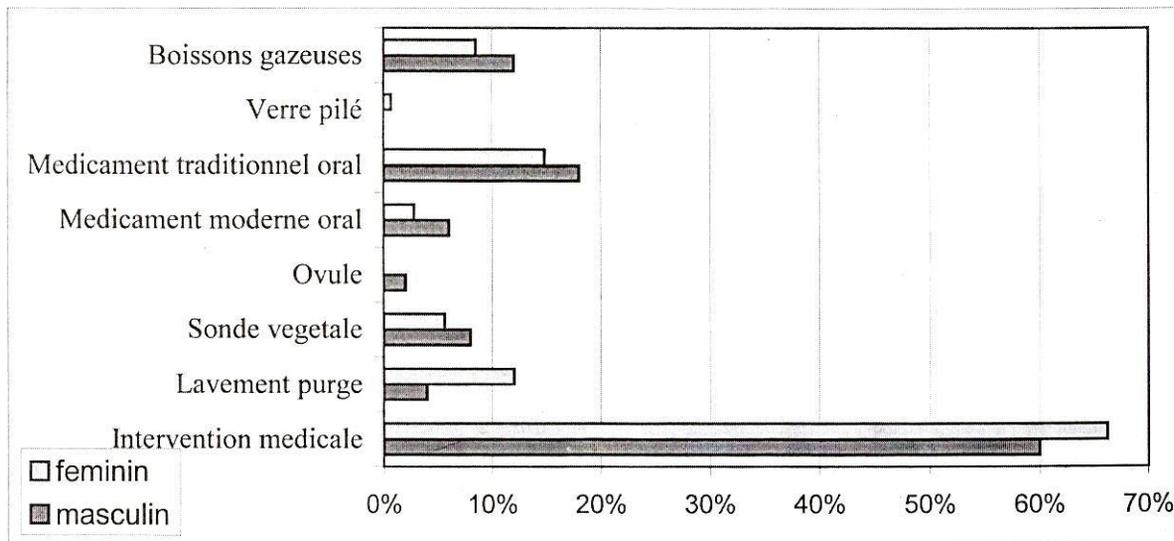
La législation en vigueur en Côte d'Ivoire en la matière n'autorise le recours à l'avortement thérapeutique que si la santé de la mère est en danger. En dépit de la loi réprimant l'interruption volontaire de grossesse, la pratique de l'avortement à risque connaît parmi les jeunes femmes une recrudescence. Elle est plus fréquente chez les jeunes femmes célibataires les femmes mariées ne sont pas épargnées (Guillaume, 1999, Desgrees Du Lou et al., 1999).

2.1.3 - CANCERS DU SEIN ET DE L'UTÉRUS

En Côte d'Ivoire, 15000 nouveaux cas de cancers sont constatés chaque année. Une exploitation du registre national du cancer au CHU de Treichville en 1994 révèle que les cancers de la femme sont de loin les plus nombreux, l'incidence est de 98,8 cas pour 100 000 habitants en 2004 avec 25,2% de cancers du sein et 23% de cancers du col de l'utérus ³³.

Dans les milieux défavorisés les cancers rencontrés sont liés aux infections. C'est le cas du cancer du col de l'utérus. Le virus qui en est responsable est le "Papilloma Virus", dont l'homme est porteur sain. Les praticiens appellent souvent cette affection le cancer de l'ignorance parce qu'il frappe la patiente qui ne va pas consulter systématiquement la sage-femme ou le gynécologue, et qui peut être victime d'une infection chronique liée à ce virus. Des consultations périodiques avec des gestes précis et par l'inspection visuelle des cols peuvent prévenir ce cancer dans 60 à 70 % des cas.

Graphique 8.1 : Techniques utilisées pour l'interruption volontaire de grossesses selon le sexe



Source: enquête auprès des jeunes de 12 à 24 ans dans trois villes moyennes de la Côte d'Ivoire: ENSEA/UNFPA, 2004

Le cancer du sein prend de l'ampleur particulièrement en milieu urbain. Les facteurs hormonaux tels que la baisse de la fécondité, l'allongement de la période d'activité génitale, avec la ménopause tardive peuvent constituer également des facteurs de risque de ce cancer. Il en est de même du stress qui perturbe le métabolisme hormonal de la femme. À titre préventif, le dépistage systématique de ce cancer à travers la mammographie annuelle systématique, est conseillé aux femmes de plus de 40 ans. L'autopalpation est importante et doit être enseignée dans toutes les maternités et les formations sanitaires.

2.1.4 - FISTULES OBSTÉTRICALES

Les fistules obstétricales sont les conséquences d'une absence et/ou d'une insuffisance dans le suivi de la grossesse et de l'assistance à l'accouchement. Il s'agit d'une communication anormale entre la vessie et le vagin et/ou entre le rectum et le vagin. Cette lésion survient en général après un travail d'accouchement difficile, prolongé et sans assistance médicale adéquate. Trois principaux types de fistules sont répertoriés: les fistules vésico-vaginales, les fistules recto vaginales et les fistules vésico-recto-vaginales. Les plus courantes, sont les fistules vésico-vaginales qui consistent en une brèche par laquelle les urines s'écoulent en permanence vers le vagin. En Afrique, les fistules obstétricales représentent à plus de 95%, la forme étiologique la plus fréquente des Fistules Uro-Génitales (FUG) et Recto-Vaginales (FRV), contrairement aux pays occidentaux où prédominent les fistules de cause chirurgicale (Kouyé et al., 2006).

Un dépouillement des registres de santé a été effectué récemment dans le cadre d'une étude commanditée par le

Ministère de la santé et de l'hygiène publique avec l'appui de l'UNFPA dans 8 structures sanitaires (CHR Abengourou, CHU Cocody, CHU Treichville, HG Abobo, FSU Abobo, CHR Bouaké, HG Duékoué, CHR Guiglo). Il a été recensé 209 cas de fistules sur la période 1995-2005. La quasi-totalité de ces fistules obstétricales (91%) sont de nature vésico-vaginales; 7% des cas sont des fistules recto vaginale et environ 2%, la combinaison des deux autres formes. Les fistules obstétricales frappent de manière inégale tous les groupes d'âges: 15% ont moins de 20 ans, 40% ont entre 20-29 ans, 22% entre 30-39 ans et 17% entre 40 ans et plus.

Le traitement des fistules obstétricales nécessite une expérience en urologie et un plateau technique spéciale. En Côte d'Ivoire, seuls les services d'urologie des CHU de Cocody et de Treichville peuvent prendre en charge les fistules uro-génitales (FUG); toutefois, ces structures sanitaires ont besoin d'un renforcement des capacités opérationnelles (recyclage et dotation en équipements) pour mieux assumer la prise en charge des cas de FUG.

2.1.5 VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE, Y COMPRIS LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES

Depuis les années 1970, les violences contre les femmes définies comme les atteintes à l'intégrité physique et psychique de la personne, sont dénoncées par les mouvements féministes comme étant fondées sur le genre parce qu'elles sont liées en partie au statut subordonné de la femme dans la société. Ces violences constituent des atteintes aux droits de l'homme; en outre certaines formes de violences comme les viols et les mutilations génitales féminines ont de graves conséquences sanitaires.

L'enquête sur les indicateurs du sida en 2005 (EIS, 2005) a permis d'estimer la prévalence de certains actes de violences récents tels que les injures, les coups, la séquestration, le viol. Il ressort que 12,4% des femmes ont été victimes d'une de ces formes de violence au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Cette proportion varie selon l'âge, de l'ordre 7% à 9%

33 - Sources: Registre National du Cancer en Côte-d'Ivoire
CHU de Treichville;
Année 2004

Tableau 8.1 : Évolution de l'incidence des maladies des enfants de moins de 5 ans

Année	Incidence des maladies diarrhéiques (en ‰)	Incidence des IRA (en ‰)	Incidence du paludisme (en ‰)	Incidence de la rougeole (en ‰)
1996	39,1	89,9	69,93	5,5
1997	47,4	99,4	86,71	2,4
1998	47,0	94,9	92,84	4,3
1999	53,0	106,9	102,46	4,6
2000	54,0	112	113,16	4,8

Source: RASS 1999-2000

aux âges extrêmes (mois de 20 et 40 ans et plus), elle varie entre 11% et 15 % dans la tranche d'âge des 20 à 39 ans. Les femmes du milieu rural subissent nettement plus d'actes de violences (14%) que leurs consœurs du milieu urbain (10%). Il n'y a pas de différence notable en fonction du niveau du bien-être économique.

En considérant les formes de violences, on constate que 9,6 % des femmes ont été victimes d'injures au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête, 6% ont déclaré avoir été battues, 0,2 % ont déclaré avoir été séquestrées, 0,3% ont déclaré avoir été violées et 0,1% ont subi un viol collectif. Ces femmes victimes de viols résident dans la ville d'Abidjan et dans la région du Centre- Nord ; celles qui sont victimes de viols collectifs ont entre 25 et 34 ans tandis que celles violées par un individu isolé ont entre 15-29 ans.

Il faut signaler que le conflit politico-militaire favorise la multiplication des viols. Durant la période de novembre 2002 à avril 2003, 80 cas de viols parmi les femmes déplacées du fait de la guerre ont été enregistrés par l'Institut National de la Santé Publique (INSP). Ces chiffres ne traduisent que très partiellement la réalité du phénomène, les guerres étant, en effet depuis longtemps, l'occasion de viols qui expriment à la fois la volonté d'humilier les vaincus, le sentiment de puissance virile des vainqueurs. Ils ont également une fonction stratégique de faire fuir les populations en les traumatisant.

Un autre type de violence basée sur le genre aux conséquences dramatiques sont les mutilations génitales féminines (MGF). Selon l'OMS, les MGF " consistent en toute opération qui implique l'ablation totale ou partielle et/ou les blessures pratiquées sur les organes génitaux féminins pour des raisons culturelles ou autres n'ayant aucune indication thérapeutique ". En Côte d'Ivoire, la proportion de femmes de 14-49 ans qui sont excisées est passée de 45 % en 1998-99 (EDSCI-II) à 42 % en 2005 (EIS, 2005). Les données de l'EIS 2005 indiquent qu'il n'y a pas de différences entre les femmes du milieu rural et les citadines (INS, MLS, Macro ORC., 2006). En revanche, il existe des contrastes marqués en fonction des religions. Les femmes musulmanes sont particulièrement touchées (76%) , suivent les animistes (45%) ; à l'opposée la proportion de femmes chrétiennes excisées ne dépasse pas 15 % , plus précisément, 12,6 % chez les protestantes, 14,2% chez les catholiques et 14,8% chez les autres chrétiennes. Il existe également des inégalités régionales ; la pratique des MGF est particulièrement répandue dans le Nord (88%), le Nord-Ouest (85%), l'Ouest

(75%). La proportion de femmes de 15-49 ans excisées dans les autres varie entre 18% (Centre) et 37% (Sud-Ouest).

Les complications sont connues, les MGF contribuent à une forte morbidité et une forte mortalité féminine. La lutte contre les MGF est une lutte permanente. Elle doit passer par trois étapes: (i) la reconversion des mentalités, en faisant appel, pour convaincre les personnes encore farouchement attachées à ces pratiques, à toutes les autorités coutumières, morales et politiques qui sont très écoutées, (ii) l'utilisation des médias, (iii) la décision administrative et politique. En Côte d'Ivoire, la première étape de reconversion des mentalités n'a certainement pas bien fonctionné car l'adoption d'une loi interdisant les MGF en 1998 n'a pas arrêté ces pratiques. En outre cette loi n'est pas correctement appliquée ni suffisamment divulguée.

Il est à noter que la femme subit d'autres formes de violence: Violence physique, violence verbale, harcèlement sexuel dont l'ampleur n'est pas bien connue.

2.1.5 - IST ET VIH/SIDA

Les infections sexuellement transmissibles (précédemment appelées maladies sexuellement transmissibles, MST) chez les femmes âgées de 15 à 44 ans, viennent en deuxième position des causes de morbidité même quand on ne tient pas compte du VIH/SIDA derrière la morbidité liée à la maternité. L'incidence moyenne au plan national des IST chez l'adulte s'élevait à 10,7 ‰ en 2000. D'après les données des Rapports Annuels sur la situation sanitaire de 1996 à 2000, cette incidence a connu une tendance en baisse depuis 1996³⁴. Il est important de noter que la plupart des IST curables chez les femmes entraîne un tableau d'infections infra cliniques ou asymptomatiques. La gonococcie par exemple, provoque habituellement des symptômes chez les hommes, ce qui les amène à consulter, tandis que les femmes demeurent asymptomatiques ou ne présentent que des symptômes mineurs.

La surveillance sentinelle de l'infection syphilitique chez les femmes enceintes reçues en première consultation prénatale a montré une séroprévalence ponctuelle globale de 0,8 %. Cette prévalence est basse dans la population des femmes enceintes. Le *Treponema Pallidum*, l'agent infectieux qui provoque la

34 - Rapports Annuels sur la situation Sanitaire de 1996 à 2000 / Ministère de la Santé

Tableau 8.2 : Évolution de la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans

Année	Hypotrophie néonatale (%)	Prévalence de la malnutrition en consultation curative (%)	Prévalence de la malnutrition en consultation préventive (%)	Prévalence de l'anémie infantile juvénile (%)
1997	12,7	0,81	4,5	1,3
1998	12,1	0,87	4,6	1,2
1999	12,8	0,79	5,1	2,6
2000	12,5	0,96	6,6	2,8

Source: RASS 1999-2000

syphilis peut traverser la barrière foeto placentaire et infecter le fœtus. Certaines interventions, telles que le dépistage systématique et le traitement des IST ont démontré leur efficacité à travers la réduction de façon considérable de la séro-incidence du VIH et de la prévalence des IST chez les femmes libres d'Abidjan.

Le rapport homme-femme pour les cas notifiés de sida maladie est passé de 4,8 hommes pour 1 femme en 1988 à moins de 1 homme pour 1 femme en 2000 (RASS). Ce qui traduit une féminisation progressive et importante de l'épidémie qui est confirmée par les résultats de l'enquête sur les indicateurs du sida en 2005. Selon cette enquête, le taux de séroprévalence chez les femmes (6,4%) est le double de celui des hommes (2,9%). Plusieurs facteurs expliquent cette progression différentielle. Les uns sont d'ordre biologique, le VIH passant plus facilement de l'homme à la femme (au cours des rapports sexuels la muqueuse vaginale est plus fragile et présente une surface de contamination plus importante). Mais ce sont surtout les facteurs sociaux et culturels qui expliquent cette différence. Les hommes ont le pouvoir de décision; il est très difficile pour une femme d'exiger l'usage du préservatif (OMS, PNUD, 1994) Le VIH /SIDA fait l'objet d'une analyse détaillée au chapitre 9.

2.2 - SANTÉ INFANTILE

La baisse de la mortalité infantile depuis les années 1960 a été remise en cause au début des années 90. Le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de mourir entre la naissance et le premier anniversaire, de 97 décès pour 1000 naissances vivantes en 1988 a augmenté à 112 ‰ en 1998. Les résultats de l'EIS 2005 révèlent un retour de la tendance baissière, le quotient de mortalité infantile s'élève à 84 décès pour 1000 naissances vivantes en 2005.

La mortalité infantile quant à elle, est passée de 150‰ en 1998 à 175‰ en 2001 et 192‰ en 2003. Une estimation de la mortalité (indicateur correspondant au nombre d'enfants mort - né) a été fournie par l'EDS 1998 qui révèle qu'elle reste élevée à 62 décès pour 1000 naissances vivantes. L'anorexie cérébrale, les infections, le petit poids de naissance et la détresse respiratoire sont les causes majeures de cette mortalité. Le tétanos néonatal est en voie d'élimination, car seulement 12 cas ont été répertoriés en 2004.

Le profil épidémiologique reste dominé par les affections courantes telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la malnutrition

chronique. En 2000, les incidences étaient estimées à 54‰ pour les maladies diarrhéiques, 112‰ pour les Infections Respiratoires Aiguës (IRA), 13,1‰ pour le paludisme et 4,8‰ pour la rougeole.

Au niveau nutritionnel, le faible poids de naissance (inférieur à 2500 grammes) est évalué à 12,5 % en 2000. Un enfant de moins de 3 ans sur 5 (21,3 %) souffre d'un retard de croissance dont un tiers sous forme sévère. Les enfants du milieu rural sont beaucoup plus atteints de malnutrition sous toutes ses formes que ceux du milieu urbain.

La prévalence de l'anémie est de 2,8 % chez les enfants de moins de cinq ans vus en consultations curatives pour un motif quelconque.

En ce qui concerne l'allaitement au sein, 11 % des enfants âgés de moins de quatre mois sont allaités exclusivement. La carence en iode dans l'alimentation est très élevée, 43 % des ménages urbains disposent de sels iodés contre seulement 20 % des ménages ruraux. L'Ouest et le Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire sont les zones les plus touchées.

La prévalence de l'hypotrophie à la naissance en Côte d'Ivoire demeure relativement stable au plan national d'une année sur l'autre, mais des disparités régionales existent. Le taux de prévalence le plus élevé est celui de la région du Moyen Comoé, 24 % en 2000. Les causes sont nombreuses, le paludisme et la malnutrition chez les femmes enceintes sont deux causes directes de plus en plus citées par les praticiens. L'infestation parasitaire provoquée par le paludisme survenant au cours de la grossesse entraîne parfois une atteinte de l'intégrité placentaire et une séquestration placentaire qui a des répercussions sur la diminution des nutriments pour nourrir le fœtus. Ce qui va provoquer à la longue une hypotrophie néonatale. La malnutrition est endémique chez les femmes enceintes. Cette morbidité alarmante invite à développer des stratégies de prévention (prévention du paludisme et lutte contre la malnutrition chez la femme enceinte).

Le paludisme constitue un véritable problème de santé publique en Côte d'Ivoire. En effet, selon les données statistiques disponibles, ce fléau représente la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les formations sanitaires. Le paludisme représente 36,1 % des hospitalisations chez les femmes enceintes. Il a des répercussions sur le poids de naissance, l'accouchement prématuré, l'avortement spontané et l'anémie notamment pendant les 1^{er} et 2^{ème} trimestres de la grossesse. Aucune zone du pays n'est à l'abri du fléau.

FIGURE 6 : COUVERTURE EN SERVICES DE PLANNING FAMILIAL



Tableau 8.3 : Ratio de couverture médicale

Ressources Humaines	Normes OMS	Situation en Côte d'Ivoire en 2000
Médecin	1/ 10 000	1/ 9 908 Habitants
Infirmier	1/ 5 000	1/ 2 416 Habitants
Sage Femme	1/ 5000	1/ 2118 FAP ⁶³

Source: RASS 2000

3.3 - RESSOURCES HUMAINES

Au plan des ressources humaines le dispositif sanitaire public, comprend un total de 17 186 agents dont 1 539 médecins, 59 pharmaciens, 165 chirurgiens dentistes, 7 233 infirmiers, 1980 sages femmes en 2003.

Au regard de ces effectifs, la Côte d'Ivoire présente une situation meilleure en comparaison des normes d'encadrement de l'OMS. Cependant, le personnel médical est inégalement reparti sur le territoire national. La ville d'Abidjan et la région des Lagunes concentrent une grande partie des effectifs au détriment du milieu rural. Le déficit concernant le personnel paramédical (infirmier et sages femmes) est le plus préoccupant en raison de la demande croissante de soins de base en milieu rural et de la nécessité d'étendre le réseau de soins aux zones moins nanties. Il convient de noter que le personnel de santé est peu motivé en raison de l'absence de mesures incitatives.

Par ailleurs, les disparités spatiales dans la répartition du personnel de santé se sont accrues au cours de la crise socio politique. Le conflit politico-militaire a provoqué le déplacement massif de populations obligeant celles-ci à fuir leurs domiciles. Ce conflit a causé dans le Nord et dans l'Ouest du pays, un accès restreint aux services sociaux et publics de base. Le secteur de la santé a été le plus affecté, car plusieurs centres ont été obligés d'interrompre leurs services suite au départ du personnel clé et des ruptures de stocks d'équipements et de médicaments essentiels. Très peu d'activités structurées de promotion de la santé sont en place hormis les services humanitaires fournis par les ONG internationales comme Médecins Sans frontières, Médecins du Monde, les Organisations religieuses, et les agences des Nations Unies telles que le HCR, l'UNICEF et l'UNFPA.

3.4 - MÉDICAMENTS ET PRODUITS DE LA SR

La disponibilité des médicaments, des vaccins, des consommables et petits matériels médico chirurgicaux constitue le déterminant de la prise en charge préventive et thérapeutique des cas de maladies à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

3.4.1 - MODE DE FINANCEMENT

Le mode de financement des produits de la Santé de la reproduction est de trois types :

- D'abord le budget de l'État à travers la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) qui se charge d'approvisionner les

structures publiques de santé de la reproduction dans une vision de santé publique. Ce secteur dit public bénéficie de dons ou de prêt provenant des principaux donateurs (UNFPA, Banque Mondiale³⁵, Coopération Allemande, Coopération Technique Belge, Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ...). Une allocation de 850 millions F CFA provenant du budget de l'État est réservée à l'achat des antiretroviraux chaque année ;

- Puis le financement direct des produits de la santé de la reproduction par les donateurs eux-mêmes. Les partenaires soutiennent les activités de santé de la reproduction à travers les accords de coopération qui sont mis en exécution grâce à des projets. Dans certains projets des volets importants concernent le financement des produits de la santé de la reproduction notamment les préservatifs, les contraceptifs hormonaux, les antiretroviraux, les équipements médicaux (ventouse d'accouchement, stéthoscope obstétrical...);
- Enfin le secteur commercial qui dispose d'une gamme variée de produits proposés aux clients dans les officines privées et autres dépôts pharmaceutiques.

De façon globale, le financement des produits de la SR rencontre d'énormes difficultés :

- Ce financement est trop dépendant de l'aide extérieure ; le retrait progressif des bailleurs de fonds perturbe durablement le financement des produits contraceptifs. La part du budget consacré à l'achat des médicaments s'amoindrit. On note également que l'appui de l'État ne concerne pas l'approvisionnement en produits contraceptifs en raison de l'absence d'une ligne budgétaire allouée à cet effet ;
- Le coût élevé des produits de la santé de la reproduction dans les officines privées ne permet pas d'être accessible à la grande majorité de la population.

³⁵ - La Banque Mondiale a contribué au financement des produits contraceptifs y compris les préservatifs à travers le Projet de développement des services de santé intégré (PDSSI) jusqu'à la dernière phase du projet qui pris fin en 2004.

8.1 POUR UN GAP D'UN MILLION DE DOLLARS AU NIVEAU DE L'ACHAT DE PRODUITS CONTRACEPTIFS :

- ▷ Nombre de grossesses non désirées occasionnés : **360 000**
- ▷ Nombre d'avortements supplémentaires : **150 000**
- ▷ Nombre de décès maternels supplémentaires : **800**
- ▷ Nombre de décès infantiles supplémentaires : **11 000**
- ▷ Augmentation des décès des enfants de moins de 5 ans : **14 000**

Source : UNFPA

3.4.2 - SÉCURISATION DES PRODUITS ET RECOUVREMENT DES COÛTS DES PRODUITS ³⁶

a) Définition de la sécurisation et utilité des produits de la SR

Il y a sécurité des produits de la santé de la reproduction, lorsque la population peut choisir, obtenir, et utiliser des produits de santé de la reproduction de qualité à chaque fois qu'elle le désire.

Les produits SR ne concernent pas uniquement les contraceptifs. De nombreux produits entrent dans cette gamme pour assurer la prise en charge : L'éclampsie peut être traitée efficacement par du sulfate de magnésium. L'utilisation d'antibiotiques prophylactiques au moment d'une césarienne diminue l'incidence de morbidité infectieuse post-opératoire. Par exemple, ces antibiotiques diminuent l'incidence de l'endométriose de l'ordre de deux tiers à trois quarts et diminuent nettement les épisodes de fièvres, les infections des plaies, les infections des voies urinaires et les infections graves. La vaccination des femmes enceintes contre le tétanos est l'un des moyens les plus simples et les plus efficaces par rapport aux coûts pour réduire le taux de mortalité néonatale et réduire également l'incidence du tétanos maternel. Le traitement de l'anémie ferriprive, grâce à l'apport de fer pendant la grossesse, permet de réduire l'anémie et la morbidité maternelle. Le traitement d'une carence grave en fer pendant la grossesse diminue le risque de mortalité maternelle.

Les produits contraceptifs ne figurent pas encore dans la liste des médicaments essentiels faisant l'objet de prérogatives de la Pharmacie de la Santé Publique (PSP) en matière de commande et de mise à disposition des établissements sanitaires publics. Or de nombreuses études ont démontré un lien entre la sécurité des produits de santé de la reproduction et de meilleures issues en santé maternelle et infantile (JSI/DELIVER, 2005).

b) Stratégie de sécurisation des produits de la SR

Au cours de ces dernières années, la planification familiale en Côte d'Ivoire a souffert d'un grave sous financement. En effet plus de la moitié de la demande demeure insatisfaite. Et cela est d'autant plus préoccupant que les complications des grossesses et accouchement restent la première cause de mortalité parmi les femmes en âge de procréer. Par ailleurs, on a noté des ruptures fréquentes en produits contraceptifs. Cette

dernière difficulté n'est pas nouvelle. Déjà en 1994, le retrait de l'USAID combiné à la dévaluation du franc CFA a conduit les pouvoirs publics à recourir à d'autres partenaires pour contribuer au financement des contraceptifs. La Banque Mondiale par le biais du Projet de Développement des Services de Santé Intégrés (PDSSI) a permis d'obtenir des produits de la SR (contraceptifs, réactifs de laboratoire, produits et médicaments pour les maternités des zones d'intervention du projet...). La commande des produits s'est faite par le biais de l'UNFPA dans son réseau de centrales d'achat au niveau international. Il n'y a vraisemblablement pas de sécurité des produits de la SR en Côte d'Ivoire. Pour renforcer la sécurisation de l'approvisionnement des produits contraceptifs, l'UNFPA appuie le Ministère de la santé à travers une convention d'assistance.

Il y a lieu de développer des stratégies et des actions coordonnées pour satisfaire les besoins. Le cadre de sécurisation des produits de la santé de la reproduction peut permettre d'atteindre cet objectif. Ce cadre au centre duquel se trouve le client met en exergue les éléments qui entrent en jeu lorsque l'on veut assurer la sécurisation des produits SR. Au niveau du financement, en dépit des difficultés économiques, l'intervention de l'État devrait permettre d'éviter les ruptures fréquentes. Les bailleurs de fonds ne viendraient qu'en appui aux actions déjà entreprises.

c) Recouvrement des coûts

En Côte d'Ivoire pour favoriser la participation des populations, il a été instauré à la charge des usagers, une redevance correspondant à tout ou partie du coût des prestations. Les dispositions légales de l'institution de cette redevance sont fixées par la loi 94-201 du 8 avril 1994 et par le décret N° 93 - 216 du 3 février 1993.

Les prestations relatives aux activités préventives, promotionnelles (vaccination du programme élargi de vaccination (PEV), consultations prénatales, consultations de planification familiale...) sont exonérées de toute redevance.

Pour rendre attrayant auprès des usagers le programme de santé de la reproduction et de planification familiale, le coût des différents produits est subventionné par l'État de Côte d'Ivoire, soit à travers le budget de l'État, soit à travers les dons et prêts effectués par les Bailleurs de Fonds. Les structures sanitaires vendent ces produits subventionnés aux clients. Le déconditionnement des produits et la confection de kits (accouchement, césarienne, IST...) contribuent également à la réduction du coût des produits. Les structures sanitaires s'approvisionnent à la PSP. Les recettes des ventes de ces structures sont reversées dans les comptes du Trésor Public conformément au principe d'unicité des caisses³⁷. De ce fait, elle n'a pas la latitude ou la liberté de sortir elle-même les fonds dont elle a besoin pour ses propres opérations. En cas de retard des allocations du Ministère de la santé ou des décaissements du Trésor Public, la capacité de la PSP à répondre à ses engagements avec les fournisseurs extérieurs diminue.

³⁶ - Il s'agit d'un recouvrement spécifique des coûts du médicament avec des mécanismes permettant d'utiliser les recettes issues de la vente des médicaments dans les formations sanitaires pour le réapprovisionnement en médicaments.

³⁷ - Il s'agit de la caisse unique du trésor public où proviennent les fonds de tous les secteurs (Agriculture, industrie, transport, santé, Energie...)

Tableau 8.4 : Nombre de contraceptifs distribués dans les centres de PF de l'AIBEF de 2003 à 2005 par méthode.

Méthodes	Années		
	2003	2004	2005
Pilule	26 762	28 947	29 299
DIU	2 706	3 226	2545
Injectables	38 344	41 641	46 468
Condom	245 742	239 658	254 338
Spermicides	3 979	26 665	485 066

Source: Rapport AIBEF, 2003, 2004, 2005

Les cliniques de planification familiale de l'AIBEF et de l'État vendent aux usagers les produits subventionnés. La vente des produits sert au renouvellement des stocks. Le mécanisme de subvention s'explique par plusieurs mesures. Considérés comme des biens essentiels, les médicaments bénéficient d'un statut fiscal particulier: les médicaments importés sont exonérés des droits de douane et de la taxe à la valeur ajoutée (TVA), mais restent soumis à l'assurance et fret (CAF), au prélèvement communautaire de solidarité UEMOA (Union Économique et Monétaire Ouest Africaine) de 1 %. Les prix de vente aux malades de la filière publique sont, depuis 1996, fixés par arrêté ministériel particulier³⁸ et font l'objet d'affichage obligatoire dans chacun des points de ventes pharmaceutiques publics (guichets des pharmacies des formations sanitaires).

3.4.3 - APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE LA SR

La Pharmacie de la Santé Publique (PSP) procède à l'approvisionnement de l'essentiel des structures publiques en produit de la santé de la reproduction. Deux modes d'acquisition sont utilisés par la PSP pour son approvisionnement dans les conditions fixées par le code des marchés publics: (i) les appels d'offres ouverts internationaux (ii) et les marchés de gré à gré.

Compte tenu de l'importance du budget alloué à l'achat des médicaments, l'appel d'offre ouvert international est le principal mode d'acquisition des médicaments conformément au décret n° 92-08 du 8 janvier 1992 portant code des marchés publics. Ce mode d'achat qui consiste à faire appel à la concurrence, permet d'avoir une gamme variée de produits de qualité à des prix concurrentiels. Le marché de gré à gré intervient dans des cas exceptionnels pour les achats inférieurs à 40 000 000 FCFA, des produits spécifiques, des produits protégés par un brevet et des produits rendus infructueux à l'appel d'offre. Cette procédure a l'avantage d'être moins longue.

La PSP rencontre quelques difficultés: les problèmes existent dans la mise en place des médicaments génériques au niveau de la qualité/efficacité, de la disponibilité et de l'accessibilité. Au niveau de la qualité, la PSP a recours le plus souvent pour le contrôle de ses médicaments au laboratoire de référence de

l'OMS situé à Niamey (Niger). Cela pose les contraintes de l'éloignement et le risque de perte ou de détérioration des produits en cours de route. En outre, les habitudes de prescriptions des professionnels de la santé sont trop axées sur les médicaments de spécialité.

Outre la PSP, les organismes donateurs et ONG peuvent obtenir les produits de la santé de la reproduction à travers des produits subventionnés ou à faible coût sur le marché international grâce aux partenaires internationaux.

L'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familiale (AIBEF) s'approvisionne en produits contraceptifs en utilisant le réseau de distribution de son partenaire financier et technique, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'AIBEF est l'une des principales structures qui œuvrent aux côtés du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers l'offre des services de Planification familiale. Le tableau ci-dessous montre l'état des contraceptifs utilisés dans ses structures de 2003 à 2005.

L'Association Ivoirienne de Marketing social (AIMAS) a pour l'objectif principal de concevoir et mettre en œuvre des stratégies de marketing social des préservatifs et la communication pour le changement de comportement. Grâce à la subvention de la KfW (Kreditanstalt für Wiederaufbau), l'AIMAS a étendu ses activités, en lançant la pilule "confiance" en 1996. Le tableau ci-dessous donne l'état de distribution des contraceptifs y compris les préservatifs.

IV - Accessibilité et qualité des services en santé de la reproduction

4.1 - ACCESSIBILITÉ PHYSIQUE ET FINANCIÈRE AUX SERVICES DE SR

Comme il a été constaté dans les chapitres précédents, le ratio de mortalité des complications obstétricales en Côte d'Ivoire (3,7 %) est élevé par rapport au minimum admis qui

Tableau 8.5: Nombre de contraceptifs distribués par l'AIMAS de 2003 à 2005 par méthode

Méthodes	Années		
	2003	2004	2005
Pilule « Confiance »	913 619	1 002 853	984 243
Condom « Prudence »	27 826 591	29 270 915	30 117 493

Source: Rapport AIMAS, 2005

est de 1 %. Les trois retards responsables de décès maternel en cas de complications contribuent à ce tableau sombre en matière de santé de la reproduction :

- le retard dans la prise de décision pour le recours à des soins appropriés au niveau de l'individu et de la communauté est le plus souvent le fait de l'homme qui se retrouve comme le seul habilité à prendre la décision. ;
- le retard dans l'accès à une structure sanitaire, il convient de noter que la moyenne nationale est de 17 km pour accéder à un dispensaire et de 25 km pour accéder à une maternité ;
- enfin, le retard dans l'administration des soins dans les structures de santé d'accueil est lié en partie à la mauvaise organisation des services d'accueil, et dans une certaine mesure aux difficultés financières des ménages.

4.1.1 - ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

La couverture sanitaire est faible dans la plupart des régions du pays. Le déficit est considérable en ce qui concerne les maternités en milieu rural. Par ailleurs, 56 % de la population ne dispose pas d'un établissement sanitaire dans un rayon de 5 km. Une étude effectuée par la Cellule de recherche en santé de la reproduction section Côte d'Ivoire (CRESACI) en 2000 montre que les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU) sont disponibles à hauteur de 10,2 établissements offrant des SOU de base et 1,5 établissement offrant des SOU complets pour une population de 500 000 habitants³⁹.

4.1.2 - ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

L'accessibilité financière doit prendre en compte les coûts de transport, de consultations et d'acquisition des produits médicamenteux et dérivés. L'étude sur l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction réalisée dans les districts sanitaires de Bondoukou et Bouaflé (Population Council, 2000) indique que les clientes des structures de santé de la reproduction surtout dans les maternités et autres centres de santé, sont en général satisfaites et que les coûts sont acceptables surtout en consultation prénatale (84 % à Bondoukou et 89 % pour Bouaflé).

Cependant pour l'ensemble, il revient de façon récurrente que les habitudes de prescriptions des professionnels de la santé trop axées sur les médicaments de spécialités entraînent des surcoûts pour les ménages. Les patients s'orientent de plus en plus vers les médicaments de la rue en général prohibés et dangereux ou vers la médecine traditionnelle.

La médecine et la pharmacopée traditionnelles constituent une source majeure du patrimoine culturel à laquelle la population reste toujours attachée en raison de son accessibilité et de sa plus grande acceptabilité. La contribution de la pharma-

copée traditionnelle à la recherche des solutions vis-à-vis des coûts élevés des soins de santé demeure peu exploitée. La médecine traditionnelle est devenue une composante de la politique sanitaire depuis 1996. Cette volonté politique a été soutenue par la mise en place d'un cadre législatif sur la médecine traditionnelle au cours de l'atelier de consensus sur la politique d'intégration de la médecine traditionnelle dans le système sanitaire ivoirien les 7 et 8 octobre 1996. Un programme national de médecine traditionnelle a été créé.

4.2 - QUALITÉ DES SERVICES

4.2.1 - DISPONIBILITÉS DES ÉQUIPEMENTS ADÉQUATS

Le plateau technique connaît dans son ensemble des insuffisances et des dysfonctionnements allant de la simple vétusté du mobilier au mauvais fonctionnement des appareillages, voire l'absence d'instruments ou d'appareils nécessaires à une pratique médicale sécurisée et efficace. De nombreuses localités ne disposent pas du minimum pour mener à bien leur activité. Une étude d'analyse situationnelle réalisée dans les districts sanitaires de Bondoukou, Tanda, Bouaflé, Sinfra révèle une insuffisance voire une inexistence de matériel de réanimation néonatale et de récupération nutritionnelle dans la quasi-totalité des établissements enquêtés (MSP/UNFPA/Pop Council, 2000). Par ailleurs, le dispositif actuel de soins dans le pays demeure insuffisamment doté en blocs opératoires, laboratoires d'analyse, en postes de radiologie. Les inégalités dans ce domaine concernent les zones de l'intérieur et particulièrement le milieu rural.

4.2.2 - INTÉGRATION DES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

a) Faible intégration des services de planification familiale

La planification familiale est insuffisamment intégrée dans le Paquet Minimum d'Activités (PMA) tel que défini par le Ministère de la Santé en Côte d'Ivoire.

Les services de planification sont intégrés dans le PMA de seulement 33 % des structures sanitaires publiques potentiellement capables d'offrir des services de la SR. Cela a pour conséquence une faible utilisation des moyens modernes de contraception. L'étude réalisée dans le département de Bondoukou (Liagui, 2006) montre que 80,5 % des femmes connaissent les méthodes contraceptives et que les femmes sont mieux informées que les hommes. La prévalence contraceptive est de 10 % chez les femmes en union en 1998 contre 4% en 1994. Cette progression montre que des efforts ont été faits mais cela reste encore insuffisant.

Lorsque les prestations en matière de Planification Familiale existent, les outils de sensibilisation et les supports IEC font défaut.

b) Surveillance de la grossesse et Prévention de la transmission mère enfant.

L'offre d'une consultation prénatale augmente les chances de contacts de la population féminine avec les professionnels de la santé. Ceux-ci pourraient profiter de cette occasion pour leur offrir une gamme de prestations dans le but de dépister toute anomalie de la grossesse et de prévoir les éventuels accouchements dystociques.

³⁸ - Arrêté 316 du 1^{er} octobre 2001 portant prix des médicaments essentiels.

³⁹ - Les Normes OMS préconisent 1 établissement dispensant les SOU Complets et 4 SOU de base pour 500 000 Habitants

Une comparaison des données de l'EDS 1998-99 à celles de l'EIS 2005 montre que le nombre de grossesse n'ayant fait l'objet d'aucune visite par du personnel qualifié diminue, passant de 14% à 7%. Cependant la déperdition dans le niveau d'utilisation des services de consultation prénatale selon l'âge de la grossesse persiste en dépit d'une amélioration sensible. En 1998-99, le niveau d'utilisation des services prénatale variait de 84% pour les CPN1 à 35,6% pour les CPN4 et plus; en 2005, il passait de 85 % pour le CPN1 à 45% pour le CPN4 et plus. D'autres résultats fournis par les différents Rapports Annuels sur la Situation Sanitaire (RASS) jusqu'en 2000 montrent qu'en dehors du district de Bouaké, on note un accroissement de la déperdition, puisque 59 % des femmes vues en CPN1 revenaient en CPN3 en 1996, contre 40 % en 2000.

Les résultats des interviews dans l'enquête faite au cours de l'étude sur l'analyse de la situation effectuée en 2000 montrent que les femmes ne connaissent pas les avantages de la CPN. Cette insuffisance dans la surveillance de la grossesse est imputable en grande partie à une faible mobilisation communautaire et le peu d'intérêt qu'accordent les hommes pour les soins prénataux et l'accouchement à la maternité. Or dans nos sociétés surtout dans le monde rural la décision de se rendre au centre de santé émane de l'homme.

La prévention de la transmission mère enfant du VIH/SIDA est un volet important de la santé de la reproduction eu égard aux nombreux avantages. En Côte d'Ivoire l'offre de dépistage est proposée aux mères, surtout dans les structures privées car la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Côte d'Ivoire (SOGOCI) en a fait son cheval de bataille. Par ailleurs, de nombreuses structures publiques offrent un programme de Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME). Cette offre est croissante depuis les premiers essais en 1998 en Côte d'Ivoire qui ont montré leur efficacité. Cette prévention est faite en utilisant les antirétroviraux chez la femme enceinte. Ce qui permet de réduire le taux de transmission mère enfant du VIH.

Au total, on compte en Côte d'Ivoire 53 sites PTME et un plan de décentralisation en cours pour couvrir tout le territoire national. La qualité de cette prestation rencontre encore quelques obstacles qui sont de quatre types: (i) difficultés liées à l'annonce de la sérologie au conjoint (ii) alimentation du nourrisson né de mère séropositive (iii) motivation du personnel (syndrome d'épuisement professionnel des soignants) (iv) stigmatisation et rejet des personnes vivant avec le Vih/Sida.

c) Assistance à l'accouchement

Les données de l'EIS 2005 indiquent que parmi les naissances vivantes survenues pendant les cinq dernières années ayant précédé l'enquête, un peu plus de la moitié (56%) se sont déroulées dans un établissement sanitaire, essentiellement dans les structures publiques (54%) (INS, MLS et Marco ORC, 2006). Cette proportion diminue en fonction du statut socio-économique, passant de plus de 80 % chez les riches et les plus riches à 33% chez les pauvres et 27% chez les plus pauvres. Les contrastes entre les régions sont également saisissants: entre 25 % et 34 % dans les régions du Sud-Ouest, de l'Ouest, du Nord-Ouest et du Nord-Est alors qu'elle atteint 75 % dans le Centre-Est et même 89 % dans la ville d'Abidjan. On note que la totalité des femmes qui n'ont effectué aucune visite médicale (1,2 % en milieu urbain et 11,7 % en milieu rural) ont accouché en dehors des établissements sanitaires.

Concernant l'assistance à l'accouchement, les mêmes sources révèlent que 55 % des naissances des cinq dernières années précédant l'enquête ont été assisté par du personnel qualifié. Si la proportion des naissances assistées par du personnel formé atteint 88 % à Abidjan et dans les couches socio-économiques les plus riches, elle ne dépasse pas 30 % dans le sud-ouest, l'ouest, le nord ouest et dans les ménages pauvres.

Par ailleurs, les soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) ne sont pas complètement maîtrisés par la majorité des sages-femmes, notamment l'accouchement vaginal assisté (Forceps, ventouse) et délivrance artificielle. Lorsque le plateau technique est disponible, l'insuffisance de consommable retarde la prise en charge des complications.

d) Suivi des soins prénatals et post natals

Une étude réalisée sur la qualité de la prise en charge de la parturiente et du nouveau né (Ahimon, 2002) a montré que les agents de santé n'utilisent pas le partogramme de façon efficace et efficiente malgré une diffusion large de cet outil d'aide à la décision au niveau des établissements sanitaires. Le partogramme est un instrument sous forme de fiche quadrillée destiné à la surveillance de la grossesse:

- Il sert à collecter des paramètres maternels (dilatation du col, engagement du fœtus, contractions utérines, pouls de la mère...) et fœtaux (rythme cardiaque, couleur et quantité du liquide amniotique...);
- Il facilite la communication entre les professionnels de santé. Il permet d'identifier précocement les anomalies du travail.

Environ trois partogrammes sur quatre sont établis après l'accouchement, alors que leur utilité est fortement appréciée pendant le travail et non après. Par ailleurs seulement 2,3 % des parturientes ont bénéficié d'une surveillance régulière des bruits du cœur fœtal malgré l'existence d'un stéthoscope obstétrical. Après l'accouchement, le placenta est pesé mais il est rarement examiné, pour déceler d'éventuelles anomalies afin de procéder à une révision utérine.

L'étude a démontré que les conditions d'asepsie ne sont pas respectées. Les agents de santé ne se lavent pas les mains avant l'examen du nouveau né dans 97,8 % des cas. La table d'accouchement n'était pas désinfectée dans 33 % des cas.

L'étude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire (CREDES, 2000) a révélé une insuffisance de l'assistance à l'accouchement par un personnel de santé qualifié (Plus de la moitié des femmes accouchent sans l'aide d'un personnel qualifié: 54,2 %) et une insuffisance dans la prise en charge des soins obstétricaux d'urgence et néonataux. Les Soins obstétricaux d'urgences sont disponibles à hauteur de 1,5 établissements offrant des SOU complets pour une population de 500 000 habitants⁴⁰ (CRESACI, 2000). Cependant sur l'ensemble des besoins obstétricaux d'urgences attendus en 2000, seuls 42 % ont été satisfaits. La pratique de la césarienne reste peu courante et se situait en 2000 à 0,78 % alors que l'OMS préconise un minimum de 5 % et un maximum de 15 %.

⁴⁰ - L'OMS préconise 1 établissement dispensant les SOU pour 500 000 habitants

En outre, aucun centre ne dispose de ventouse ou de forceps pour l'assistance à l'accouchement par voie basse en cas de complications. Même si ces types d'équipement étaient disponibles, les difficultés d'encadrement limitent la formation pratique des sages-femmes aux deux derniers gestes sur les six que nécessite leur cursus. Ce qui constitue une limite non négligeable aux prestations offertes.

e) Consultations curatives et préventives chez l'enfant

En ce qui concerne le volet prévention des maladies de l'enfance, depuis 1994, on a noté une nette amélioration dans la couverture vaccinale jusqu'en 2002 où la crise socio politique a anéanti les efforts, avec un arrêt de la mise en œuvre de la vaccination de routine dans certaines zones.

Pour mieux analyser cette situation, le DTC3 a été choisi car il demande un bon suivi du calendrier vaccinal des enfants. Les couvertures enregistrées tant au niveau du Système d'Information et de Gestion (SIG) que des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et MICS sont en nette progression et le rôle du secteur public est important voire exclusif, étant donné la superposition des données des enquêtes et des données du RASS dans le graphique ci-dessous.

Sur la période 1995-1999, le taux de couverture DTP (diph-térie, tétanos et poliomyélite), évalué à 60 % pour la Côte d'Ivoire, s'aligne sur les données d'Afrique subsaharienne (59 %), mais n'atteint ni celui du Bénin (90 %) ni celui du Ghana (72 %) (Banque Mondiale, 2001).

Selon le RASS 1999-2000, les couvertures les plus basses sont observées dans les zones à faible densité de population (Zanzan, Savanes, Denguele/Worodougou) et Bas Sassandra, avec des taux entre 30 et 40 %. Les taux sont pratiquement doublés dans les zones à forte densité telle que la région des Lagunes (81 %), cet écart important nous amène à nous interroger sur la réalité des stratégies avancées telles qu'elles se pratiquent actuellement.

La même tendance positive est observée pour le DTC3 et le VAR, dernier vaccin administré dans le graphe ci-dessous.

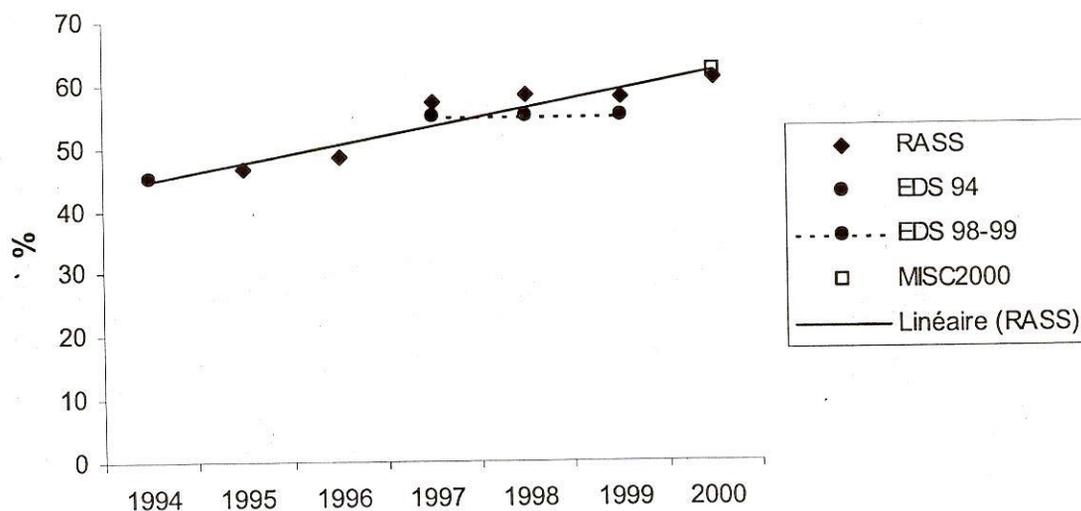
Pour les années où les données sont disponibles et si on considère que le BCG est le premier vaccin administré, confor-

mément au calendrier, on note une déperdition importante en 1999 et 2000. Ceci indique qu'il existe des opportunités d'améliorer la couverture vaccinale en s'assurant que les clientes ramènent bien leur enfant, une fois le BCG administré, pour les autres injections. Tout comme pour la CPN1 et la CPN3, la déperdition suggère que la qualité mériterait d'être améliorée. En l'absence de déperdition entre DTC3 (administré à la 14^{ème} semaine) et VAR (administré à 9 mois), il semble que le problème se situe donc juste après l'accouchement, lorsque le BCG est administré.

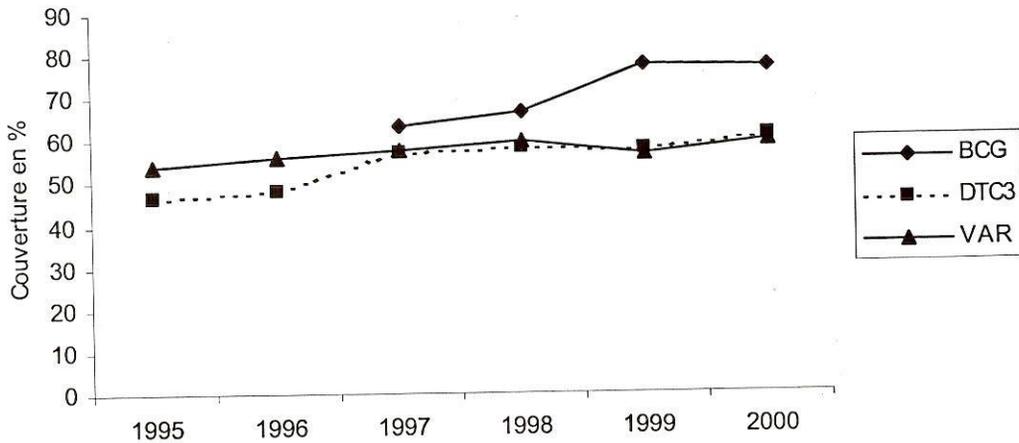
En septembre 2002, la crise socio politique a entravé les actions entreprises, la vaccination de routine ne s'est pas faite pendant trois ans. On a noté une flambée des épidémies de fièvre jaune et de rougeole. En outre 17 cas de poliovirus sauvage ont été découverts en 2004. Cette crise a donc été une contrainte majeure à l'atteinte des objectifs assignés. En 2005, les couvertures vaccinales pour les différentes maladies sont les suivantes: BCG, 61 % ; DTCHepB3, 56% ; VAR, 50% ; VAA, 52% ; VAT2+, 35% (Rapport d'activité 2005, DC-PEV). En ce qui concerne le volet curatif, l'étude sur l'utilisation des services médicaux et l'étude sur l'analyse situationnelle dans les départements de Bondoukou et Bouaflé donnent un aperçu de la qualité de la prise en charge des enfants. Plusieurs déterminants participent à la survenue de la mortalité des moins de cinq ans. Parmi ces facteurs, l'on peut citer:

- les agents de santé livrent peu de conseils lors des consultations. Les consultations ne sont pas accompagnées de conseils donnés à la mère;
- la méconnaissance des signes de gravité des maladies par les parents, entraîne le retard pour se rendre dans un établissement sanitaire pour une prise en charge et donc une forte probabilité de décès des enfants;
- la faible pratique de l'allaitement exclusif (11 %) est due aux exigences culturelles et à l'influence des grand-mères quant à l'adjonction d'eau au régime alimentaire du nouveau-né;
- le sevrage est mal conduit. Les mères ne savent pas quels aliments donner à l'enfant. En outre, ce sevrage se fait précocement (3 mois);

Graphique 8.2 : Taux de couverture en DTC3 chez les enfants de moins de 12 mois



Graphique 8.3 : Déperdition entre BCG et DTC3



- la réduction de la quantité et la fréquence des repas pendant les épisodes diarrhéiques des enfants, aggravent la maladie ;
- les problèmes culturels tels que les interdits alimentaires : le colostrum qui n'est pas un bon lait est éliminé, les œufs ne sont pas donnés aux enfants, alors que l'œuf est une bonne source de protéine.

f) Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé n'est pas une pratique courante dans les structures de santé surtout dans les zones rurales. Cependant lorsque cette prestation existe, elle est faite en

fenêtre avant les consultations prénatales, les activités de vaccinations et les activités de démonstrations nutritionnelles. L'étude sur l'analyse de la situation des services de santé de la reproduction a révélé que seulement 22 % des clientes ont pu bénéficier de conseils sur l'hygiène de la grossesse.

Outre le secteur de la santé, d'autres secteurs sont impliqués dans l'éducation pour la santé. C'est le cas du Ministère de la Jeunesse avec le projet jeune dans le cadre de la santé sexuelle des jeunes et adolescents. Le Ministère de l'Éducation intègre de plus en plus cette stratégie dans le curricula de formation des enseignants et propose des encarts dans les manuels à l'attention des élèves.

8.2 PRINCIPAUX PROBLÈMES RELATIFS À LA SR

- ▷ La morbidité du fait du paludisme reste encore élevée chez la femme enceinte et à des répercussions sur le fœtus entraînant une hypotrophie néonatale ;
- ▷ Une augmentation des cancers du sein et du col de l'utérus
- ▷ Une méconnaissance des signes des IST et un comportement à risque élevé face aux IST/VIH/SIDA (42 %) chez les jeunes et adolescents ;
- ▷ Un nombre élevé de grossesses en milieu scolaire ;
- ▷ Un faible taux d'utilisation systématique du préservatif ;
- ▷ Une faible couverture du territoire en service de planification familiale (surtout dans le Nord du Pays (Denguelé, Savanes, Worodougou)
- ▷ Une faible couverture du territoire en personnel de santé qui est peu motivé et un déficit en maternité rurale ;

- ▷ La césarienne reste peu courante (0,78 %) ;
- ▷ Une inexistence budget alloué pour l'achat des contraceptifs
- ▷ Une utilisation inadéquate du partogramme par les agents de santé ;
- ▷ Un faible recours à la contraception moderne : prévalence contraceptive de 10 % ;
- ▷ Surveillance insuffisante de la grossesse et une surveillance postnatale quasiment inexistante ;
- ▷ Un faible couverture vaccinale ;
- ▷ Un faible taux d'accouchements assistés par un professionnel de la santé ;
- ▷ Un faible implication des hommes dans les activités de santé de la reproduction ;

CONCLUSION

La santé de la reproduction en Côte d'Ivoire a amorcé un tournant décisif depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994. Des avancées notables en matière de politique ont pu être obtenues par la définition d'une politique de santé de la reproduction, la création d'un programme de santé de la reproduction et de planification familiale. Ce programme rencontre quelques difficultés de fonctionnement inhérentes à une trop grande verticalisation des activités qui ne permettent pas de bien prendre en compte les préoccupations des prestataires du niveau périphérique et des bénéficiaires.

Outre le volet politique, le droit en matière de santé de la reproduction s'est amélioré par l'adoption au cours de ces dix dernières années de lois protégeant la santé de la femme. Cependant l'application de ces lois rencontre encore quelques difficultés. Une plus grande sensibilisation pourrait permettre à tous les acteurs de mieux s'en imprégner.

Par ailleurs, la mise à disposition de normes et standards en matière de santé de la reproduction répond au souci de mettre à la disposition des usagers des instruments de qualité. Malgré ces efforts, la situation de la Côte d'Ivoire en matière de santé de la reproduction n'est guère reluisante. L'utilisation de contraceptif parmi les femmes en âge de procréer reste encore très faible, la couverture en accouchement par du personnel qualifié est insuffisante et les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence ne cessent de croître. Tous ces indicateurs alarmants favorisent le maintien de la forte mortalité maternelle.

Il ressort de l'analyse de notre analyse que le déséquilibre entre l'offre des prestations et la demande des services en santé de la reproduction s'est accentué au cours de la crise politico militaire que vit la Côte d'Ivoire depuis septembre 2002. La réduction de la mortalité maternelle, la réduction de la mortalité infantile et juvénile et un accès accru des jeunes aux services de santé de la reproduction constituent les défis majeurs à relever pour les années à venir.



Chapitre 9

VIH/sida et son impact démographique, économique et social

Introduction

À la fin 2005, environ 40 millions de personnes vivaient avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le monde (ONUSIDA, 2005). En l'absence d'une thérapie appropriée, on estime qu'une personne infectée par le VIH/SIDA (PVVIH) survit pendant une durée moyenne de 10 ans. Ainsi, les décès de PVVIH ayant contracté le virus en 1995 viendront amplifier les taux annuels de mortalité en 2005. Selon ONUSIDA, plus de 25 millions de personnes sont mortes du SIDA en 2005. L'Afrique Subsaharienne est sévèrement affectée par le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) avec plus des 2/3 des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au monde. Dans cette région, en 2005, la prévalence du VIH parmi les adultes (15-49 ans) est de 7,2 % contre 1,1 % dans le reste du monde (ONUSIDA, 2005).

Le SIDA a bouleversé les acquis en matière d'espérance de vie et d'amélioration de la mortalité infantile après trois décennies de pandémie. Principale cause de décès parmi la population âgée de 15 à 49 ans, le VIH/SIDA affecte l'exécution de l'ensemble des objectifs de développement du millénaire adopté par les Nations Unies en 2000. En effet, il s'attaque aux bras valides et menace les secteurs importants de la vie socioéconomique.

Avec le conflit armé survenu en 2002 et la réduction des structures et personnels chargés d'assurer la prise en charge médicale des PVVIH dans certaines régions du pays, le SIDA opérera des changements importants dans la taille et la structure de la population s'il n'existe pas d'accès universel aux traitements.

Ce chapitre décrit l'ampleur du VIH/SIDA à travers l'analyse des données épidémiologiques disponibles et montre son impact démographique en termes de mortalité élevée, de baisse de l'espérance de vie et de la fécondité. Il analyse les conséquences économiques et sociales en insistant sur les effets de l'épidémie sur les ménages, les familles, les communautés ainsi que sur les mécanismes formels et informels de solidarité sociale. Enfin, le chapitre examine la pertinence des politiques, stratégies et les ressources mobilisées pour enrayer la propagation du VIH/SIDA ainsi que le niveau de mobilisation des différents acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA.

⁴¹ Des données épidémiologiques indiquent que c'est dans ce groupe que se déclarent jusqu'à 60 % de nouveaux cas d'infection à VIH (Best, 2000).

I - Situation épidémiologique

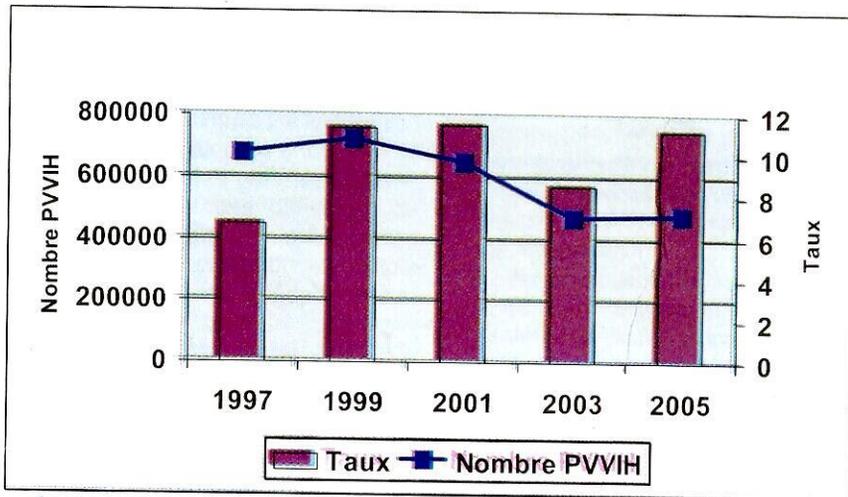
1.1 - PRÉVALENCE DE L'INFECTION VIH EN BAISSÉ

La Côte d'Ivoire est le pays le plus affecté par le VIH en Afrique de l'Ouest. L'évolution de l'épidémie y a pris des proportions inquiétantes et est même devenue la première cause de mortalité dans la population sexuellement active, ravissant ce triste record au paludisme. Depuis la reconnaissance officielle du VIH/SIDA en 1985 par le Gouvernement, l'épidémie a connu une progression rapide. De 2 cas officiellement déclarés en 1985, les nouveaux cas d'infection au VIH/Sida sont passés à 450 000 en 1997, 770 000 en 2001 pour se situer à 750 000 PVVIH en fin 2005 (ONUSIDA/OMS, 1998, 2002, 2006). Selon les mêmes sources, la prévalence du VIH/SIDA chez l'adulte (plus de 15 ans) est passée de 10,1 % en 1997 à 9,7 % en 2003 (graphique 1). En 2005, l'ONUSIDA estimait à 7 % la prévalence du VIH en Côte d'Ivoire avec environ 750 000 PVVIH dont 74 000 enfants de moins de 15 ans. Au cours de la même année, l'enquête sur les indicateurs du Sida (EIS 2005) a notifié 4,7 % de séroprévalence du VIH/Sida dans la population générale.

Les estimations de l'ONUSIDA sont réalisées à partir de résultats d'enquêtes de sérosurveillance des groupes cibles que sont les femmes enceintes en consultations prénatales et les professionnelles du sexe pour l'estimation des taux de séroprévalence. Par contre l'enquête Ivoirienne sur les Indicateurs du SIDA (EIS 2005) est réalisée auprès des hommes de 15 à 59 ans et des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été tirés dans un échantillon de District de recensement (DR) représentatif au niveau national.

Le Sida est plus répandu en milieu urbain qu'en milieu rural. Selon les estimations, les taux de séroprévalence variaient entre 6 % et 7 % dans les zones rurales contre 12 % et 14 % en milieu urbain en 1999 (Zanou et al, 1999). Les données de l'EIS 2005 dessinent la même tendance : le taux de séroprévalence est deux fois plus élevé en milieu urbain (7,4 %) comparativement au milieu rural (3,2 %). Les populations âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives et les plus actives économiquement payent un lourd tribut à la pandémie du VIH. En 1997, la majorité des cas de SIDA était recensée parmi les sujets âgés de 20 à 49 ans, avec une prépondérance de la tranche d'âge de 30 à 34 ans (environ 20 %). L'EIS 2005 confirme la plus grande exposition des tranches d'âge 25 à 49 ans, avec un pic à 30-34 ans. Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient environ 18 % de la totalité des cas notifiés. Le taux de nouvelles infections chez les jeunes de moins de 25 ans y est des plus élevés ⁴². Des données épidémiologiques indiquent que c'est

Graphique 9.1 : Évolution des indicateurs du VIH/Sida



dans ce groupe que se déclarent jusqu'à 60 % de nouveaux cas d'infection à VIH (Best, 2000).

La série chronologique établie à partir des données des sites sentinelles sur la prévalence du VIH chez les femmes enceintes vues en première consultation pré nationale (CPN1) en milieu urbain de 1998 à 2004 montre une tendance générale à la baisse dans les régions (tableau 9.1).

En période de crise, du fait de la baisse du contrôle, de la plus grande paupérisation des populations, on observe en général une augmentation de la séroprévalence. En 2004, le taux de séroprévalence du VIH variait de 9,1 % chez les femmes enceintes en zone gouvernementale contre 6,8 % en zone ex-occupée. On observe globalement une baisse de la prévalence du VIH/SIDA entre les régions sur les périodes 1998-2000 et une stabilité de 2002 à 2004, à l'exception de Bondoukou. Les résultats de l'EIS 2005 montrent que les régions du Centre (4,8 %), du Centre-Est (5,8 %), du Sud (5,5 %) et la ville d'Abidjan (6,1 %), enregistrent des taux supérieurs à la moyenne nationale. Aucune de ces régions ne se trouve en zone ex-occupée. Les déplacements massifs de population des zones de conflit vers les zones d'accueil expliquent en partie cette prévalence différentielle.

L'observance de la prévalence au sein de certains groupes cibles que sont les donneurs de sang met aussi en exergue la baisse du VIH/SIDA au sein de la population. On note en effet que la prévalence est passée de 4 % en 1993 chez les donneurs réguliers à moins de 1 % en 2003, tandis qu'elle a chuté de 14 % à 3 % sur la même période parmi les nouveaux donneurs de sang (Abisse et al, 2001).

Comme dans la plupart des pays sous développés, le SIDA s'est progressivement féminisé. Des études effectuées auprès des populations africaines montrent que les jeunes filles de 15-19 ans sont 5 ou 6 fois plus susceptibles d'être séropositives que les jeunes garçons de leur âge (Best, 2000). En Côte d'Ivoire, le rapport homme-femme pour les cas notifiés est passé de 4,8 hommes pour 1 femme en 1988 à moins de 1 homme pour 1 femme en 2000 (graphique 2). Ainsi, la prévalence du VIH/SIDA, qui était 4 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes au début de l'épidémie, tend à s'équilibrer entre les sexes. En 1999, l'on a constaté que sur l'ensemble des cas de VIH/SIDA notifiés, 54 % étaient de sexe masculin

et 46 % étaient de sexe féminin. Les femmes sont infectées à un âge plus précoce que les hommes. Cette situation est attribuable en grande partie à la différence d'âge au mariage. En cas d'infection, les femmes subissent plus longuement les conséquences du VIH/SIDA que les hommes. Cette féminisation du VIH/SIDA est confirmée par l'EIS-Côte d'Ivoire qui indique une prévalence du VIH de 6,4 % parmi les femmes contre 2,9 % pour les hommes. Autrement dit, on recense deux fois plus de femmes infectées que d'hommes au sein de la population ivoirienne.

1.2 - PRÉVALENCE DU VIH/SIDA AU SEIN DES GROUPES CIBLES PARTICULIERS

Le taux élevé de séroprévalence observé dans la population ivoirienne est alimenté en grande partie par les niveaux alarmants enregistrés dans les groupes à haut risque comme les professionnelles du sexe, les routiers, les militaires, les enseignants, les porteurs d'une IST et les tuberculeux.

Chez les professionnelles du sexe, les statistiques du projet RETRO-CI montrent que la prévalence du VIH/SIDA est passée, à Abidjan, de 84 % en 1992-1993 à près de 70 % en 1994-1995 pour se situer à environ 27 % en 2000. Cette diminution du pourcentage de professionnelles du sexe séropositives a été possible grâce à l'augmentation du recours au préservatif, comme l'indique le graphique 2.

Dans quasiment tous les pays, les forces armées sont considérées comme des populations à haut risque. La situation de crise en Côte d'Ivoire qui pousse les militaires et les gendarmes à passer de longs mois loin de leur famille est aussi un facteur important d'exposition au risque de contamination du VIH/SIDA. Les informations sur ce groupe cible sont parcellaires et sont fournies essentiellement par deux sources. On note qu'une enquête portant sur 216 militaires donneurs de sang a permis de constater que 14,4 % d'entre eux étaient séropositifs en 1997 (Ehoussou et al, 1997). Environ 42 % de ces personnes séropositives étaient âgées de 20 à 29 ans. En 2000, une étude du Fonds de Prévoyance Militaire (FPM) a noté qu'entre 150 et 200 Militaires décèdent par an pour cause de VIH/SIDA.

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) constituent une porte d'entrée pour le virus du SIDA. Selon les données

Tableau 9.1 : Évolution des principaux indicateurs du VIH/Sida de 1997 à 2005

	1997	1999	2001	2003	2005
Adultes et enfants vivants avec le VIH	450 000	760 000	770 000	570 000	750 000
Nombre de femmes vivant avec le VIH	330 000	400 000	400 000	300 000	400 000
Adultes (+ de 15 ans)	670 000	130 000	690 000	530 000	680 000
OEV	320 000	420 000	420 000	310 000	450 000
Prévalence chez l'adulte	10,06	10,76	9,7	7	7,1
Enfants 0-14ans		32 000	84 000	40 000	74 000
Jeunes 15-24 ans F/H		12,33/5,47	9,95/3,49		5,1/1,7
Professionnelles du sexe principales zones Urbaines	69,2	68,4 (1995)	36% (1999)		
Femmes en consultation prénatales principales zones urbaines	9,1	10,6 (1998)	9% (2000)		
Patients avec IST principales zones urbaines	18,4	18,4 (1992)	25% (2000)		
Décès dû au sida, adulte et enfant	72 000	72 000	75 000	47 000	65 000

Source : Rapport annuel ONUSIDA/OMS de 1997 à 2005

de l'ONUSIDA, le taux de séroprévalence chez les patients atteints d'une IST dans les principales zones urbaines est passé de 18,4 % en 1997 à 25 % en 2001. L'Enquête de Surveillance de Comportement (ESC) de 2002 a montré que dans 6 localités du pays, 10 % des garçons contre 18 % des filles âgés entre 15 et 19 ans avaient eu au moins un des symptômes d'une IST (plaie et/ou écoulement sur le sexe). Dans la capitale politique Yamoussoukro, 18,6 % des jeunes filles apprenties couturières avaient déjà souffert d'une IST dans leur vie en 2000 (Traoré, 2000). Par ailleurs, en 2004 environ 55 % des Militaires et 59 % des Gendarmes ont déclaré lors d'une enquête avoir déjà eu une IST au cours de leur vie ; respectivement près de 8 % et 6 % d'entre eux ont été infectés au cours des 12 derniers mois ayant précédé la date de l'enquête (PSI/CARID, 2004). Enfin, il convient de noter que la prévalence du VIH parmi les tuberculeux était d'environ 45 % en 2003.

II - Déterminants de l'épidémie du VIH

Les déterminants de l'épidémie sont les facteurs de vulnérabilité qui favorisent la propagation du VIH/SIDA, aussi bien sur le plan économique que sur le plan culturel. La Côte d'Ivoire présente des facteurs de vulnérabilité qui favorisent une propagation rapide du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, aussi bien sur le plan socio-économique que sur les plans culturel et politique : Sur le plan socio-économique, la paupérisation progressive des populations, le taux important

de chômage chez les jeunes crée des conditions précaires d'existence et de dépendance économique. Depuis 2002, cette situation a été exacerbée à cause de la crise que connaît le pays. La prostitution de survie liée au faible niveau socio-économique de la communauté aggrave le phénomène de prostitution. La précocité des rapports sexuels, les agressions sexuelles pendant la période de belligérance, les déplacements massifs de population ont créé une pression démographique dans les zones d'accueil avec son corollaire de viols, de prostitution et de toxicomanie. Enfin, l'intensité du trafic le long des routes reliant Abidjan à Lagos, du rail (Sénégal, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et Mali), et du fleuve Mano (Liberia, Guinée, Sierra Leone) et les liens avec la Côte d'Ivoire augmentent le risque de propagation du VIH/SIDA.

Au plan culturel, un certain nombre de comportements accroissent le risque d'exposition à l'infection.. Les difficultés d'échanger sur la sexualité au sein de la famille, la faiblesse des infrastructures culturelles favorisent l'oisiveté des jeunes. L'accès facile aux médias pourrait expliquer certaines conduites à risques tels que les rapports sexuels précoces et avec de multiples partenaires. À cela, il faut ajouter la réticence et/ou refus en ce qui concerne l'utilisation du préservatif, la consommation abusive d'alcool, de drogues, la fréquentation de lieux de perversion, etc., ainsi que certaines pratiques culturelles telles que l'excision, le tatouage, le piercing.

À ces déterminants classiques de la propagation du VIH/SIDA se sont ajoutés certains autres du fait de la crise. Ce sont les viols et violences sexuelles dont sont victimes les femmes et

Il n'existe aucun moyen pratique de déterminer exactement combien de personnes sont infectées, dans un pays donné, par un virus comme le VIH. Les scientifiques recueillent des données pertinentes, affinent diverses hypothèses concernant les voies et le rythme de transmission du VIH et étalonnent des modèles mathématiques permettant de se rapprocher du nombre de personnes qui contractent le VIH et décèdent des suites du SIDA, par exemple (Ward et al, 2004).

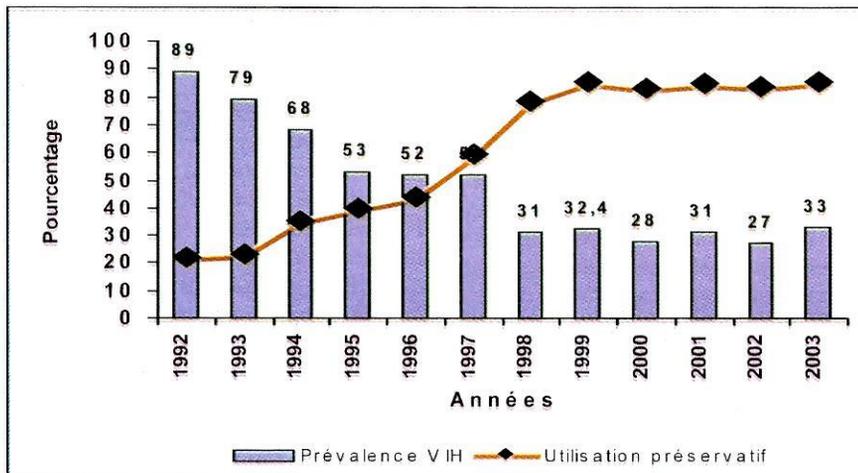
Dans les épidémies de SIDA essentiellement hétérosexuelles, telles que celles qui se déroulent en Afrique subsaharienne, les données les plus couramment utilisées pour ces calculs sont recueillies dans des centres de consultations prénatales, où des échantillons de sang de femmes enceintes sont testés de manière anonyme pour dépister le VIH. Mais par définition, ces données ne reflètent que la prévalence du VIH chez des femmes qui ont eu des rapports sexuels non protégés. De ce fait, elles tendent à surestimer la prévalence du VIH chez les jeunes femmes (15-24 ans), dont une proportion importante n'est pas encore sexuellement active. Les données ne fournissent pas non plus de preuve directe de la prévalence parmi les hommes, parmi les femmes avant ou après l'âge de procréer, ni parmi les femmes qui n'ont pas de rapports sexuels non protégés. Souvent, les centres choisis sont urbains ou périurbains. Ces facteurs peuvent conduire à une surestimation des infections à VIH. Par ailleurs, étant donné que le VIH réduit la fécondité, les données recueillies par le dépistage des femmes enceintes pourraient ne pas tenir compte du grand nombre de femmes qui sont infectées par le virus et ne peuvent avoir d'enfant. Une fois ajustées en fonction d'autres informations pertinentes de d'hypothèses fondées sur le concret, les données constituent une base permettant des estimations assez précises, qui sont présentées dans des limites de plausibilité ou des 'fourchettes d'incertitude'.

Les enquêtes auprès des ménages comprenant le dépistage du VIH fournissent des données à l'échelle du pays concernant la prévalence pour les deux sexes et divers groupes d'âge, et elles comprennent des échantillons provenant de zones rurales éloignées. Mais elles aussi ont parfois tendance à être inexactes. Si une part importante des personnes refusent de faire le test, ou ne répondent qu'à certaines questions ou encore sont absentes au moment de l'enquête, on introduit peut-être un biais dans les données de l'étude. Ceci est un problème récurrent dans la plupart des enquêtes auprès des ménages effectués dans les pays africains ces dernières années, où des taux de non-réponse de 8 à 42% ont été enregistrés. Les estimations peuvent être ajustées si les caractéristiques marquantes des non répondants sont connues. Cependant, les enquêtes ne révèlent généralement pas l'éventuel rapport entre l'absence d'une personne ou son refus de participer et sa sérologie VIH. Il se pourrait que le refus d'une personne à participer ou son absence du domicile corresponde à une probabilité accrue d'infection à VIH. Il y a donc des chances que des taux élevés de non-réponse dans les enquêtes auprès des ménages conduisent à une sous-estimation de la prévalence du VIH.

Chacune de ces méthodes possède des points forts et des faiblesses. Généralement, les estimations fondées sur les données des consultations prénatales constituent une évaluation utile des tendances de l'infection à VIH parmi les 15 à 49 ans. D'autre part, les enquêtes auprès des ménages peuvent apporter des informations importantes sur le niveau national de prévalence et la propagation du VIH (ainsi que d'autres estimations p.ex. les décès liés au SIDA). Toutefois, les estimations relatives au VIH et au SIDA (qu'elles émanent des enquêtes auprès des ménages ou de la surveillance sentinelle) doivent être soigneusement évaluées et les données et hypothèses constamment réexaminées. Les estimations régionales présentées dans ce chapitre intègrent les deux sources d'information.

Source : le Point sur l'épidémie du Sida, Décembre 2005

Graphique 9.2: Évolution de la prévalence du VIH et de l'utilisation du préservatif parmi les Professionnelles du sexe (1992 - 2003)



Données recueillies de MLS/RETRO-CI : Surveillance du VIH

les enfants; l'accès limité à la sécurité transfusionnelle dans les zones non gouvernementales, les migrations et déplacements massifs des populations.

Les déterminants suivants de l'épidémie seront examinés dans ce rapport: (i) la prostitution; (ii) les pratiques sexuelles à risque (précocité des rapports sexuels, la non utilisation systématique du préservatif chez les jeunes); (iii) la stigmatisation et la discrimination à l'égard des PVVIH.

2.1 - LA PROSTITUTION

Du fait de la multiplicité des partenaires, de la fréquence des rapports sexuels et souvent de la faible utilisation du préservatif, la prostitution constitue un facteur déterminant pour la transmission du VIH/Sida. D'autres facteurs comme la pauvreté grandissante sont favorables à l'infection surtout au niveau des filles déplacées internes. L'éloignement des familles pour cause d'étude pousse aussi les filles à s'adonner à la prostitution.

La multiplicité des partenaires sexuels est mise en exergue par l'ESC 2002. Au cours de la semaine qui a précédé l'enquête, les PS ont eu des rapports sexuels avec 10 partenaires différents en moyenne (9 clients et un partenaire occasionnel). Certaines ont dit avoir eu plus de 5 partenaires lors du dernier jour avant l'enquête. Ces chiffres témoignent de l'intensité de l'activité sexuelle au sein des professionnelles du sexe et justifient l'ampleur des actions qui doivent être menées en vue de prévenir la propagation du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire.

Sur le plan de la connaissance des IST et du VIH/SIDA, la littérature montre qu'il existe, deux schémas suivant la nature et les conditions de la prostitution. Presque toutes les études sont unanimes sur le fait que les PS qui affichent leur prostitution ont un niveau de connaissance sur le VIH/SIDA beaucoup plus élevé que les autres et recourent plus aux préservatifs

(ONUSIDA Équipe Inter pays, 2003; Kane, 1995; Huygens, 2001). Elles connaissent également mieux les modes de transmission de la maladie et les moyens pour la prévenir. Les rares études existantes sur la prostitution clandestine mettent en exergue le faible niveau de connaissance chez les filles pratiquant ce type de prostitution et leur faible recours au préservatif (Kane, 1995; Huygens, 2001). Dans l'ensemble, 25 % des femmes interrogées lors de l'enquête ont dit qu'elles avaient déjà subi un test de dépistage et près d'une femme sur 5 a pris connaissance des résultats de ce test. À Abidjan, la moitié des femmes exerçant le métier de prostitution ont déjà fait leur test de dépistage et pris connaissance des résultats de ce test. Ce comportement est plus fréquent chez les professionnelles du sexe âgées de plus de 40 ans que chez les autres.

La prostitution constitue un facteur important de propagation du virus du fait de la fidélisation de certains partenaires et de la non utilisation du préservatif. La densité du réseau sexuel expose ainsi l'ensemble des personnes sexuellement actives à l'infection. On note en effet que près du tiers des professionnelles du sexe enquêtées lors de l'ESC 2002 vivaient en union.

2.2 - PRATIQUES SEXUELLES À RISQUE

La voie hétérosexuelle constitue le principal mode de transmission (80 % des cas de SIDA). Certains groupes spécifiques que sont les jeunes, les migrants, les routiers et les forces armées ont des pratiques sexuelles qui les exposent à l'infection et contribuent à la propagation du virus dans la population.

Du fait de l'importance numérique des jeunes, ils constituent une cible privilégiée et des acteurs incontournables pour le développement du pays. Ce groupe cible figure parmi les groupes jugés vulnérables à l'infection dans le pays, en particulier ceux de 15 à 24 ans. Les jeunes de cette tranche entrent très précocement en vie sexuelle: 22 % des jeunes ont eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 15 ans et 60% avant 18 ans (EDS, 1998). Plus de 33 % des garçons contre 8 % des filles ont déclaré avoir eu des partenaires sexuels multiples au cours de la même période ⁴². De même, 22 % des garçons

⁴² L'enquête de surveillance comportementale de 1998 auprès des jeunes de 15-19 ans dans 6 villes de Côte d'Ivoire indiquent une proportion presque 3 fois plus élevée pour les filles (21 %).

sexuellement actifs ont indiqué avoir eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnelles. Alors que la quasi-totalité des jeunes déclarent connaître le Sida, très peu d'entre eux recourent aux préservatifs, surtout de façon systématique. Des opérations ponctuelles de collecte des données limitées très souvent à des zones urbaines auprès des jeunes ou de l'ensemble de la population ont montré une tendance à la hausse de l'utilisation systématique du préservatif.

Quand on sait que la voie hétérosexuelle est le principal mode de contamination au VIH/SIDA en Afrique au Sud du Sahara, on comprend qu'une frange importante des jeunes est à risque compromettant ainsi la qualité future de leur vie ainsi que celle de leur nation. Au regard de cette analyse, on peut dire que les jeunes, surtout les filles doivent faire l'objet d'attention plus particulière de la part des intervenants dans le domaine de la santé génésique. Si l'on considère que les jeunes d'aujourd'hui sont ceux qui seront les adultes de demain, la meilleure façon de lutter contre le SIDA et d'espérer une vie de meilleure qualité et partant un développement harmonieux de nos sociétés est d'accorder une place de choix à la jeunesse.

Les routiers constituent un groupe à risque d'exposition au comportement sexuel à risque du fait de longs séjours en dehors du cadre familial. En 2001, dans le cadre d'une étude réalisée par l'ENSEA, on a noté que 4 routiers sur 10 avaient des rapports sexuels avec au moins 2 partenaires différentes. Ces rapports ont le plus souvent lieu avec les professionnelles du sexe et les partenaires occasionnels rencontrés pendant le voyage. Le recours au préservatif n'est pas encore très systématique au niveau des routiers. Seuls 38 % d'entre eux ont dit recourir de manière systématique à ce produit lorsqu'ils ont des rapports sexuels avec une PS. L'utilisation du condom au dernier rapport sexuel varie selon le type de partenaire sexuel se situant à 53 % lorsqu'il s'agit de partenaires régulières et augmente jusqu'à 82 % lorsqu'il s'agit de PS.

Les informations disponibles sur les Forces armées proviennent des enquêtes quantitatives et qualitatives réalisées par le CARID en 2004, à la demande de Population Service International (PSI). Les résultats indiquent que face au risque élevé de mourir au combat, certains militaires minimisent le VIH/Sida et s'adonnent à des pratiques sexuelles dangereuses. Bien que le niveau de connaissance du Sida et des modes de transmission soient élevés (plus de 90 %), 29 % de Militaires croient encore que le Sida peut être transmis par le lancement d'un sort ou par la sorcellerie. Au sein des forces armées, contracter une IST comme la Gonococcie fait partie des choses courantes. C'est un signe de prouesse et de virilité. Certains d'entre eux pensent qu'"un bon Militaire est celui qui a déjà eu au moins une fois cette maladie". Bien que le test de dépistage soit davantage reconnu comme un moyen efficace dans la lutte contre le VIH/SIDA, seuls 29 % des militaires et 38 % des gendarmes ont déclaré lors de l'enquête avoir effectué au moins un test de dépistage du Sida au cours de leur vie. Par ailleurs, 47 % des militaires contre 42 % des gendarmes ont affirmé entretenir des rapports sexuels avec plus de 4 partenaires sexuelles.

2.3 - STIGMATISATION ET DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES PVVIH

La stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH et les comportements sexuels à risque qui en résultent pourraient justifier en partie la propagation du VIH/Sida. De peur de se voir rejeter par la communauté et particulièrement par le partenaire sexuel, après le test, la plupart des PVVIH continuent d'avoir des rapports sexuels, souvent non protégés (Kornfield et al, 2002). Dans le cadre de l'évaluation de l'Initiative ONUSIDA, sur 29 PVVIH interviewées lors d'une étude qualitative, seules 7 ont déclaré avoir informé leur partenaire de leur statut sérologique (Coulibaly Traoré et al, 2001). En outre, à Abidjan, dans le cadre d'un projet de prévention Mère-enfant, moins de 50 % des femmes enceintes qui acceptent de faire le test et qui découvrent qu'elles vivent avec le virus se présentent pour recevoir le traitement nécessaire à la prévention de la transmission mère-enfant (ONUSIDA/OMS, 2001) par crainte du rejet et de la stigmatisation. En 2005, Djangoné et al. ont trouvé des résultats similaires sur la base des informations collectées auprès de 10 PVVIH, comme l'attestent les propos contenus dans l'encadré 9.1.

Par ailleurs, les informations véhiculées sur le VIH/Sida à travers les médias ou lors des activités de sensibilisation grand public portent à interprétation. Pour certains, étant donné qu'une personne porteuse du virus peut avoir des enfants, il n'est pas nécessaire d'informer son partenaire ou de protéger les rapports sexuels. Selon la Conseillère CDV du centre de Planification familiale de Yopougon, *"quand les gens viennent, ils vous disent qu'on leur a dit à la télévision qu'on peut avoir des enfants en étant séropositive. Alors, pourquoi vous voulez que j'aie des rapports protégés, si je dis à mon partenaire il va me laisser, est ce que je vais avoir des enfants, donc je n'ai pas besoin de lui dire"*.

En outre, du fait de la pratique de la polygamie et du multi partenariat sexuel dans la plupart de nos pays, le non partage du résultat contribue grandement à la propagation du virus. En effet, la polygamie est une pratique très répandue en Côte d'Ivoire puisqu'elle concerne 35 % de femmes et 17 % d'hommes en union (EDSCI 1998). Ces mêmes données indiquent que pendant qu'environ 2 % des femmes en union ont déclaré avoir eu des rapports sexuels en dehors de leurs époux au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, cette proportion s'élève à 25 % chez les hommes vivant en union. Plus de 33 % des hommes ne vivant pas en union et environ 8 % des femmes du même statut ont eu au moins 2 partenaires sexuels sur la même période. Pourtant, seuls 2 % des femmes et 17 % des hommes ont déclaré utilisé le condom au cours du dernier rapport sexuel

On note ainsi qu'une grande partie de la population ivoirienne est constamment exposée au risque de contamination du VIH/SIDA. Comme pour corroborer ce fait, il est rapporté (Coulibaly-Traoré et al, 2001) qu'un polygame séropositif craignant de se voir abandonner par ses deux épouses a refusé de partager son résultat avec ces dernières et continue d'entretenir des relations sans aucune protection. Ainsi, même si une petite minorité de personnes infectées par le VIH se savent séropositives du fait de la rareté du test de dépistage (Desgrées du Lou et al, 2001), le risque de propagation du VIH/SIDA demeure encore élevé. Mais, contrairement à la prise en charge des autres IST, il n'existe pas de politique nationale de notifi-

cation aux partenaires des PVVIH. Bien que d'une grande importance dans la lutte contre le VIH, la faisabilité de la notification aux partenaires des PVVIH n'est pas facile car elle se heurte non seulement aux règles éthiques mais aussi au secret de confidentialité du test, si cette décision d'en informer le partenaire relève du prestataire de santé.

Au regard de ce cercle vicieux créé par le "réseau sexuel" la rareté du test de dépistage et le faible partage des résultats, la lutte contre les discriminations et le rejet permettraient de contribuer à la réduction de la propagation de la maladie.

III - Analyse de la réponse au VIH/sida au niveau national

3.1 - AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Depuis la découverte du premier cas de Sida en 1985, la lutte contre la progression de cette pandémie n'a officiellement commencé en Côte d'Ivoire qu'en 1987, marquée par la création d'un Bureau Central de Coordination (BCC) des activités

de lutte contre le VIH/SIDA, puis d'un Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS) qui s'est ensuite transformé en 1989 en un Programme National de lutte contre le VIH/SIDA, les IST et la tuberculose (PNLS/IST/TUB) placé sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique (MSP).

En janvier 2001, un ministère chargé exclusivement de la lutte contre le VIH/SIDA a été créé (en remplacement du PNLS), marquant ainsi la volonté du gouvernement d'agir pour freiner la progression de cette pandémie. Il a pour rôle d'impulser l'amélioration du cadre institutionnel par l'élaboration et l'adoption des plans stratégiques, la coordination des ONGs et de toutes les actions entreprises par les partenaires au développement dans les domaines de la prévention, de la Communication pour le changement de comportement, etc.

Compte tenu de la transversalité du VIH/SIDA, la Côte d'Ivoire a opté depuis plusieurs années pour une lutte multi-sectorielle et décentralisée. Au cours de ces dernières années, le Gouvernement a créé : (i) le Conseil National de lutte contre le Sida (CNLS) présidé par le Chef de l'État ; (ii) Le Comité Interministériel de Lutte contre le Sida (CIMLS) présidé par le Premier Ministre ; (iii) le Comité "multipartite et du Partenariat, présidé par le Ministre de la Lutte contre le Sida. À côté de ces organes, des comités décentralisés ainsi que des comités sectoriels de lutte contre le SIDA ont été créés : du niveau régional au niveau communal et villageois. Comme appui technique de travail, des structures opérationnelles ont été créées : (i) le programme national de prise en charge des PVVIH (PNPEC), le Programme National de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables du fait du Sida (PNOEV). Des documents de normes et procédures et de politiques ont été élaborés portant sur les IST, la PTME, le CDV, la mobilisation sociale et la prise en charge des OEV. Pour orienter la lutte, la Côte d'Ivoire vient d'élaborer son deuxième Plan stratégique de lutte contre le Sida pour la période 2006-2010.

Si au début de l'épidémie, la plupart des activités de prévention du VIH/SIDA étaient réalisées par l'État à travers le BCC, il convient de noter qu'à partir des années 1990, les organisations internationales (UNICEF, OMS, ONUSIDA, USAID, UNFPA, etc.) et les ONGs nationales y ont pris une part active. Un grand nombre d'organisations non gouvernementales internationales (PSI, CARE, RETROCI, SFPS, etc.) et nationales (AIMAS, Ruban Rouge, SidAlerte, RSB, etc.) opèrent dans le pays en vue de prévenir cette maladie. Certaines d'entre elles ont cessé leurs activités depuis le déclenchement de la guerre. C'est le cas du projet Santé Familiale et Prévention du Sida (SFPS).

À ces ONGs, il faut ajouter diverses associations qu'on retrouve dans l'ensemble de la société civile (association de scouts, associations religieuses, comités d'entreprises et des services publics, cellules de lutte contre le SIDA dans les lycées et collèges). La lutte contre le SIDA s'est traduite aussi par l'institution d'une journée nationale de lutte contre le SIDA dont la première s'est tenue à Abidjan du 16 au 18 novembre 1992.

À partir des années 1990 et surtout grâce à l'initiative ONUSIDA, les PVVIH se sont organisées pour prendre une part active dans la lutte. Il s'agit notamment de Club Des Amis (CDA), Lumière Action, AMEPOUH, GAP+PS qui apportent un soutien psychologique et un appui nutritionnel aux malades, et luttent pour lever les barrières entre les PVVIH et leurs familles en terme de stigmatisation/rejet et aussi font des témoignages à visage découvert. Ces ONG se sont organisées en réseau (RIP+).

9.2

TEMOIGNAGE DE PVVIH

▷ "... bon au début ils ont fait semblant d'accepter, mais à un moment donné de façon voilée en fait, de façon voilée surtout ma sœur, elle veut plus que je m'occupe d'elle si elle est malade... je sens un peu de chose... elle veut plus que je prépare la nourriture. ..bon en tout cas je sens un peu l'indifférence. Je lui est même dit la dernière fois et elle dit non... c'est pas à cause de mon état... mais en fait c'est ce qui se passe effectivement de façon voilée quoi. Elle fait croire aux gens que bon il faut soutenir les gens qui sont séropositifs. Dans le comportement du jour au jour c'est pas ça moi je fais avec".

(Informatrice, mariée, 1 enfant, 27 ans);

▷ " Marie est âgée de 46 ans et mère de trois enfants. Le père de ces enfants est décédé et depuis 4 ans, elle entretient des relations avec un homme marié qui lui a donné un logement et s'occupe d'elle et de ses enfants. Ayant appris son statut sérologique, elle a informé son partenaire depuis 1 an 3 mois. Après l'annonce du résultat le partenaire refuse d'entretenir des rapports sexuels avec elle, sous prétexte qu'elle doit se soigner. Ces visites à la maison sont rares et ils ne participent pas comme auparavant à la gestion du ménage de Marie ainsi qu'à l'achat des médicaments. Les enfants de Marie se " débrouillent " pour venir en aide à leur mère et lui procurer de l'argent nécessaire à l'achat de ses médicaments. Cela fait deux mois que le partenaire n'est pas passer voir Marie".

(Informatrice âgée de 46 ans, et mère de trois enfants)

Djangone et al, 2005

3.2 - RENFORCEMENT PROGRESSIF DE LA PRÉVENTION

En Côte d'Ivoire, plusieurs actions sont entreprises dans le domaine de la prévention, notamment le dépistage, l'IEC/CCC, la PTME.

3.2.1 - DÉPISTAGE VOLONTAIRE ET PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT

La sensibilisation pour le dépistage volontaire du VIH/SIDA est l'une des stratégies utilisées pour freiner la propagation de cette pandémie en Côte d'Ivoire. La politique de dépistage du VIH/SIDA a commencé en 1985 au début de l'épidémie. Depuis cette date, le gouvernement fait des efforts avec l'aide des autres partenaires dans le domaine du VIH/SIDA pour faciliter l'accès aux services offerts dans ces centres et organiser la prise en charge des personnes séropositives.

En 2004, environ 15 centres de dépistage volontaires (CDV) existaient dans le pays et offrent des services de counseling aux patients. Mais la plupart de ces centres se trouvent à Abidjan. Dans certains cas, ces centres sont intégrés à des structures sanitaires. D'autres fonctionnent de manière autonome. Contrairement aux années 1980, on dispose de techniques de dépistage rapide qui peuvent fournir des résultats en une journée.

Face au risque important d'infection à VIH chez les femmes et la possibilité que le virus se transmette au nouveau-né, des initiatives ont très tôt vu le jour dans le domaine de la PTME en Côte d'Ivoire. Sur le plan politique, cette volonté du gouvernement ivoirien de lutter contre la transmission du SIDA de la mère à l'enfant s'est affirmée par la mise en place d'un Programme national de la PTME. Au cours de la période 1995-2000, sur 43997 femmes enceintes ayant reçu des conseils sur le VIH/SIDA dans le cadre du projet RETROCI, plus de 72 % d'entre elles ont accepté de se faire dépister (Blibolo et al., 2003).

Suite à l'élaboration des Normes et Directives Nationales de la PTME, un document national de communication sur la PTME a été conçu. Un film sur la PTME a été réalisé "FATOUMATA MERE SEROPOSITIVE" avec l'appui d'AIMAS en partenariat avec RETRO-CI et PSI. Le passage à échelle de la PTME a conduit à la formation de 365 personnels de santé par 45 formateurs nationaux dans la majorité des régions sanitaires. Le nombre de site de PTME est passé de 12 en 2003 à 71 à la fin de l'année 2005 pour 111 prévus. L'intégration de la PTME au paquet minimum d'activités ne couvrant pas toutes les structures sanitaires, les objectifs 2005 n'ont pu être atteints. Cependant, le pourcentage de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de TME a augmenté passant de 0,98 % en 2003 à 4,36 % en 2004 (rapport UNGASS 2005).

⁴³ - Cette partie s'inspire de l'étude " Communication pour le changement de comportement dans le domaine du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire : Analyse des stratégies et de la réponse de 1985 à 2004 ", commanditée par Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (JHU/CCP) et réalisée par le Centre Africain de Recherche et d'Intervention en Développement (CARID)

3.2.2 - INITIATIVES EN DIRECTION DES GROUPES CIBLES PARTICULIERS

a) Les routiers et les autres acteurs de la gare

Deux programmes importants s'adressent aux routiers et aux autres acteurs de la gare pour la prévention et la prise en charge du VIH/Sida. Il s'agit du projet de "Prévention du SIDA sur les Axes migratoires de l'Afrique de l'Ouest" (PSAMAO), qui est une initiative régionale mise en œuvre en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et au Togo par PSI depuis 1991. L'axe Abidjan-Ouangolodougou est la principale voie visée par ce projet visant à inciter les routiers et toutes les personnes qui fréquentent les gares routières à l'adoption de comportements à moindre risque et ralentir la propagation du VIH/SIDA. Le Projet PSAMAO a axé ses stratégies d'intervention sur la sensibilisation à travers les actions des pairs éducateurs, les panneaux publicitaires, les campagnes mass média utilisant comme supports la radio et la télé, et la distribution ou la promotion des préservatifs de marque "Prudence". Des cassettes ont été régulièrement produites et distribuées aux passagers sur les gares routières situées sur les lignes internationales. AIMAS intervient en direction de cette cible avec PSI par la production et la diffusion de films tels que "ADAMS le Routier".

Une autre approche sous régionale a été initiée en 1995, par les pays d'Afrique de l'Ouest sous l'égide de la Banque Mondiale et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dénommée "Projet régional commun de prévention et de prise en charge des IST/VIH/Sida le long du CORRIDOR de migration Abidjan - Lagos". Le site Noé-Elubo à la frontière de la Côte d'Ivoire et du Ghana abrite le projet. Une enquête de surveillance de seconde génération a montré un taux de séroprévalence de 12,8 % dans ce site en 2005. Les actions entreprises dans le cadre de ce projet portent sur la sensibilisation, la prise en charge et la création d'activités génératrices de revenus pour l'insertion sociale des PS, surtout les clandestines.

Ainsi, la réponse en direction des personnes mobiles s'intensifie depuis quelques années. En dehors de ces deux initiatives majeures, on note les interventions entreprises dans le cadre du projet "Rail-link" sur l'axe du chemin de fer Abidjan-Ouagadougou, "SIDA en exode", et "Mano River Union".

b) Les professionnelles du sexe

La mise en œuvre en 1991 d'un projet de prévention des IST et du VIH/SIDA chez les professionnelles du sexe et leurs partenaires (PPP) est un bel exemple de collaboration et de partenariat entre plusieurs intervenants pour obtenir un résultat optimal en matière de lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire. Face au niveau élevé de séroprévalence du SIDA relevé à Abidjan dans les complexes agro-industriels d'Adiopodoumé à la fin des années 1980 (32 % à 51 %), le Gouvernement a pris l'initiative de mettre en place un programme de prévention du VIH/SIDA et de prise en charge des IST en direction des femmes libres et leurs partenaires. Initialement implanté à Abidjan, le projet s'est étendu à 3 autres villes de l'intérieur du pays et a bénéficié du concours d'autres bailleurs. Le tableau suivant montre les villes d'implantation du projet ainsi que les structures de gestion et les bailleurs de fonds (ONUSIDA Équipe Inter pays, 2003).

En appui aux différents Projets PPP, le projet RETROCI, avec l'appui du ministère de la santé et de l'IMT d'Anvers, a créé en 1992 un centre de santé dans la commune de Koumassi réservé exclusivement aux PS dénommé "Clinique de Confiance", spécialisé dans le dépistage des IST/VIH. L'objectif principal de cette initiative était de procéder au dépistage du VIH et des IST en milieu prostitutionnel, les actions entreprises visent principalement à orienter les bénéficiaires vers cette clinique. Une autre clinique du même type existe actuellement à San-Pédro et est fonctionnelle.

Plusieurs ONGs interviennent pour la lutte contre le Sida en milieu prostitutionnel. Il s'agit de Renaissance Santé Bouaké, de SidAlerte et aussi dans le cadre des projets CORRIDOR et PSAMAO.

c) Les jeunes

En Côte d'Ivoire, les jeunes constituent une cible importante pour les activités de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) en matière de VIH/SIDA; du fait de leur grande exposition à cette pandémie ravageuse des vies humaines. Afin de les sensibiliser à l'adoption de comportements sexuels responsables et à moindre risque, plusieurs interventions dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA visent comme cibles primaires les jeunes. À ce propos, l'étude réalisée par JHU/CCP et CARID en 2004 sur 97 activités d'IEC/CCC recensées auprès de 65 ONGs et structures nationales a mis en exergue la prépondérance des activités de sensibilisation, qui vise principalement les jeunes.

Pour la prévention du VIH/Sida auprès des jeunes, les stratégies mises en œuvre à cet effet sont le développement, la production et la distribution des guides de formation et des matériels de sensibilisation; la formation du personnel d'encadrement et des élèves pairs éducateurs; la campagne de sensibilisation sur le VIH et la collaboration avec les ONGs, les associations locales et les partenaires tels que PNSSU, MLS, DESAC, CILUS, SFPS, PSI-CI, AIMAS, UNICEF, UNFPA, Coopération Française, Lumière action, Ruban Rouge, COSCI, ONUSIDA (Équipe Inter pays), RTI.

On pourrait mentionner la campagne jeune dénommée "l'Amour Sans Risque, C'est PL.U.S" de SFPS/JHU/CCP réalisée de juillet à décembre 2002 en Côte d'Ivoire. Cette campagne s'inscrivait dans le cadre de la mise en œuvre d'un plan sous-régional de prévention des IST/VIH/SIDA et visait le changement de comportement chez les jeunes en matière de sexualité. Des actions sont en cours pour relancer cette campagne et étendre les activités de CCC en direction des Jeunes. Par ailleurs, la campagne a sollicité la participation et la contribution de nombreux autres partenaires tels que les centres d'écoute de certaines ONGs locales (HWCI, MESAD, etc.), les cliniques SYMPA, la ligne verte clients mystères, les autorités locales et les ONGs.

De nombreuses ONGs privées nationales mènent également des activités de CCC en direction des jeunes. Il s'agit, entre autres, de l'ONG Ruban Rouge. Cette ONG existe depuis 1994 et mène des activités dans le cadre de la sensibilisation et de l'information de la population sur les IST/VIH/SIDA ainsi que de la prise en charge psychosociale et thérapeutique des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des personnes affectées par le VIH (PAVIH). Il y a aussi l'ONG Lumière Action qui s'occupe des PVVIH et PAVIH. Ses principales activités consistent en la sensibilisation du grand public dont les jeunes, la sensibilisation de proximité, la formation des pairs éducateurs, la formation des personnels de santé et la conception des guides de pairs éducateurs. Elle travaille en partenariat avec RETROCI, UNICEF, Croix Rouge, Coopération Française, ONUSIDA, PSI, RIP+, RAP+, COSCI.

Certaines structures gouvernementales comme le Ministère de la Jeunesse et du Service Civique mènent une activité de CCC en vue de promouvoir la santé sexuelle et reproductive et prévenir les IST/VIH/SIDA chez les adolescents et les jeunes. Ce projet est réalisé dans dix localités du pays à savoir : Abidjan, Agboville, Abengourou, Toumodi, Sinfra, Gagnoa, Bouaffé, Bouaké, Tanda, Bondoukou. La stratégie utilisée dans le cadre du projet a consisté à faciliter l'accès aux services de santé par les jeunes et à les conscientiser sur les risques d'infection par le VIH/SIDA. Pour faciliter l'accès aux services, 40 distributeurs automatiques de préservatifs ont été installés dans les dix localités des zones d'intervention du projet, des pairs éducateurs ont été formés en gestion des services à base communautaires.

Tableau 9.2 : Présentation des zones d'implantation du projet PPP selon les dates et les structures de gestion et bailleurs de fonds

Ville	Dates d'implantation	Structures de gestion	Bailleurs de fonds
Abidjan	1991	Programme National de Lutte contre le SIDA	UNFPA (2001-2004) OMS/GPA, ONUSIDA, PNUD, IMT, coopération française
Aboisso	1999	Comité Départemental de Lutte contre le SIDA	AFRICARE/USAID, PSI/SFPS
Bouaké	1994	Renaissance Santé Bouaké	ACDI (1994-2004) OMS/GPA, ONUSIDA,
Daloa	1994	Comité Régional de Lutte contre le SIDA	ACDI (1994-2004) OMS/GPA, ONUSIDA, GTZ

Source: rapport JHU/CCP et CARID, 2004

La conscientisation des jeunes sur les risques d'infection à VIH s'est faite à travers des causeries, des conférences, des projections de films et des séances de counseling sur les questions relatives à la SSRA. En effet, dans le cadre de ce projet, des centres d'écoute et de conseil (CEC) ont été ouverts, un forum de discussions a été organisé, un Bulletin "Ami des Jeunes" a été produit et un site Internet créé.

3.3 - PRISE EN CHARGE DE PLUS EN PLUS ACCRUE MAIS INÉGALE

Au début de l'épidémie du VIH/SIDA, le programme national de lutte contre le Sida ne prenait en compte ni le traitement ni la prise en charge des personnes séropositives (coût excessivement élevé). La prise en charge des personnes infectées consistait à traiter seulement les affections opportunistes et à leur assurer un soutien social et psychologique (Blibolo et al., 2003). Pour éviter la transmission du VIH par le matériel médical, l'une des mesures prises par l'État a été d'imposer l'utilisation de seringues à usage unique dans les services de santé. Lors du démarrage du projet pilote "Initiative ONUSIDA" d'accès aux ARV en 1997, l'organisation de la prise en charge des personnes testées séropositives a été retenue par le gouvernement comme une activité prioritaire de sa politique de lutte contre le VIH/SIDA. Un programme national de prise en charge des PVVIH a été mis en œuvre et placé sous la tutelle du ministère de la santé publique. Il est chargé de la communication, de la sensibilisation et du suivi/évaluation des activités menées dans le cadre du programme de lutte contre le SIDA. Il existe des centres (8) accrédités de prise en charge où les malades du SIDA sont suivis et traités aux ARV dans le cadre de l'initiative. Tous ces centres se trouvent à Abidjan et la plupart d'entre eux relèvent du secteur public. Cette période a été également marquée par l'essor des ONGs et associations de personnes séropositives et leur forte implication dans les activités de prise en charge des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA.

Concernant la prise en charge médicale des séropositifs, en l'absence de tout traitement curatif, le gouvernement fait aussi des efforts, avec l'aide de la communauté internationale, pour faciliter l'accès aux nouveaux médicaments et plus particulièrement aux ARV. Ces ARV ont été introduits dans le traitement du VIH en Côte d'Ivoire en 1997 dans le cadre de l'initiative ONUSIDA. Les critères d'éligibilité pour accéder à ce traitement sont loin d'être cliniquement symptomatiques et d'être à un pourcentage de CD4 < 15 % (Laguide et al., 2003). La cotrimoxazole qui existe depuis la fin des années 80 reste très peu connue par les agents de santé (50 % n'en ont jamais entendu parler) (Desgrées A., H. Brou et al., 2003). La zidovudine (AZT), la névirapine, le chlorure de benzalkonium sont des traitements proposés aux patients en Côte d'Ivoire. En terme d'efficacité, le régime à la zidovudine administré aux femmes enceintes infectées pendant la grossesse et l'accouchement, et la désinfection vaginale avant et pendant l'accouchement sont deux traitements présentés dans la littérature comme réduisant la transmission péripartum (Blibolo D., Meda et al., 1996).

La prise en charge médicale des malades du SIDA a toujours un coût que le patient doit supporter. Avant l'initiative ONUSIDA, le coût d'une prise en charge complète, comprenant les frais de médicaments, d'hospitalisation et les examens divers, était estimé à 140 000 FCFA (Kakou et al., 1997). Avec l'initiative ONUSIDA, deux groupes de patients ont été identifiés pour

bénéficier de la réduction des coûts des ARV. Le premier groupe est composé de membres d'associations de femmes ayant participé à un essai thérapeutique de réduction de la transmission mère-enfant. Ceux-ci ont bénéficié respectivement d'une subvention de 75 % pour la bi thérapie et de 95 % pour la tri thérapie accordée par le Fonds de Solidarité Thérapeutique International (FSTI). Ce qui correspondait en 1999 à des dépenses à la charge du patient de 5 000 F CFA pour la bi thérapie et de 10 000 F CFA pour la tri thérapie ;

Le deuxième groupe est composé de patients n'appartenant pas aux catégories précédentes et qui étaient dans l'incapacité de prendre en charge les frais d'un traitement de plein tarif. À partir de 1999, ces patients ont bénéficié d'une subvention de 50 % pour la bi thérapie et de 75 % pour la tri thérapie. Ce qui représentait une charge au patient respectivement de l'ordre de 50 000 F CFA et 80 000 F CFA. Pour les infectés ne bénéficiant pas de l'Initiative, le coût mensuel du traitement varie entre 100 000 F CFA et 500 000 FCFA (Msellati, L. Vidal et al., 2001).

La Côte d'Ivoire s'est engagée dans la politique d'accès universel aux soins telle que recommandée par les Nations Unies et l'OMS " 3 by 5 " aux fins de mettre sous traitement ARV 50 % des PVVIH, soit un effectif total de 39 000 personnes parvenues à un stade avancé de la maladie jusqu'en fin 2005. Ce passage à grande échelle de la prise en charge des PVVIH impose la décentralisation des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Grâce à l'action conjuguée du Gouvernement et des partenaires au développement, de 2 473 PVVIH sous ARV en 2003, ce nombre est passé à 17 404 à la fin du mois de novembre 2005, représentant 22,1 % des PVVIH vivant dans le pays. Les objectifs de " 3 by 5 " ne sont atteints que d'environ 45 %. Par ailleurs, malgré la gratuité des ARV, peu d'enfants y ont accès : 740 sur un total de 40 000 enfants vivant avec le VIH/SIDA.

Après le Séminaire de Consensus sur la gestion des ARV en décembre 2005, un arrêté ministériel a été pris pour réduire la contribution des PVVIH aux frais d'acquisition des ARV de 5000 FCFA à 3000 FCFA par trimestre. L'État de Côte d'Ivoire, le PEPFAR avec le Gouvernement Américain et le Fonds global constituent les principaux bailleurs pour la subvention au prix. Dans les années à venir, on s'attend à une augmentation du nombre de PVVIH sous ARV en vue de l'atteinte des objectifs de " 3 by 5 " en Côte d'Ivoire.

3.4-SUIVI,ÉVALUATION ET RECHERCHE OPÉRATIONNELLE

Pour une meilleure lisibilité des interventions et en application des recommandations internationales, la Côte d'Ivoire s'est dotée d'un Cadre National de Suivi Évaluation intégré à toutes les étapes de la lutte contre le VIH/SIDA. Le Système National de suivi-évaluation comprend trois niveaux : (i) le niveau périphérique où informations médicales sont recueillies, (ii) le niveau intermédiaire où se font les activités de coordination, d'appui et de mesure des résultats et (iii) le niveau central qui assure la gestion du Système National de Suivi Évaluation en s'appuyant sur le MHSP/DIPE.

De 2002 à 2005, des efforts ont été entrepris et ont permis (i) d'identifier les indicateurs prioritaires relatifs à la prévention et à la prise en charge des IST/VIH/Sida à intégrer au système d'information et de gestion (SIG), (ii) d'intégrer la surveillance épidémiologique du VIH/Sida précédemment dévolue au projet

Retro-Ci (à partir de 1996), (iii) d'améliorer le système de notification des cas de sida. Des actions visant à compléter la Surveillance Epidémiologique du VIH/SIDA (séro-surveillance du VIH/SID. A chez les femmes enceintes 2002-2004) par la surveillance comportementale matérialisée par plusieurs études d'envergure nationale telles que l'Enquête des Indicateurs sur le VIH/SIDA (EIS) ou sectorielle (Étude auprès des professionnelles du sexe et du secteur transport), ont été réalisées. On peut citer entre autres: " Étude de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes de 12-24 ans en Côte d'Ivoire ", une étude réalisée dans les villes de Bondoukou, Bouaflé et Toumodi, en 2004 par le FNUAP dans le cadre d'un projet du Ministère chargé de la Jeunesse; "Enquête de surveillance des comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA en Côte d'Ivoire ", réalisée en 2002 sur onze sites urbains, par le Ministère chargé de la Lutte contre le VIH/SIDA, dans le cadre du projet SFPS; et deux études de PSI (Population Service International), " Analyse des comportements à risque des IST/VIH/SIDA auprès des forces armées de Côte d'Ivoire " en 2004 et " Promotion du test de dépistage volontaire en Côte d'Ivoire: étude de la campagne mass média " en 2005.

Malgré ces efforts, le système national de suivi évaluation n'a pas atteint les objectifs escomptés. Les raisons évoquées portent sur les points suivants:

- la non appropriation du cadre de S/E par les acteurs entraînant la mise en œuvre de systèmes parallèles de reportage par certains partenaires et le non partage des informations recueillies;
- l'insuffisance de la culture de l'information se traduisant par un faible intérêt porté à l'activité de reportage, base du suivi;
- la non fonctionnalité du système de suivi-évaluation se traduisant entre autres par l'absence de rapports nationaux de suivi-évaluation et de l'indisponibilité des outils standardisés sur certains sites;
- l'insuffisance de la coordination du suivi-évaluation.

Le volet recherche opérationnelle a également occupé une place importante dans la stratégie développée pour faire face à cette pandémie. Le Projet CDC/RETRO-CI a joué un rôle de premier plan dans ce domaine jusqu'en 2002 avant de s'inscrire dans une stratégie de dévolution. Par ailleurs, dès sa création, le Ministère de la Lutte contre le Sida a suscité la création d'une structure de recherche, l'agence nationale de recherche sur le SIDA (ANRS). Plusieurs établissements servent de support aux programmes de recherche sur le VIH/SIDA: le Centre d'Information et de Prévention du SIDA (CIPS, premier centre de dépistage anonyme gratuit en Afrique de l'Ouest, le Centre intégré de recherche bio clinique d'Abidjan (CIRBA), l'Unité de Soins Ambulatoires et de Conseil (USAC Unité), les Centres Anti tuberculeux (CAT), le CeDRes, le CNTS et le projet RETROCI qui sont des centres de recherche sur le SIDA. D'autres structures existent dans le pays et contribuent aux travaux de recherche sur le SIDA dans ses divers aspects (comportementaux, sensibilisation, transmission mère-enfant, prise en charge, etc.); il s'agit de l'IRD (ex-ORSTOM), l'ENSEA, IES, le CERCOM, le CIRES).

3.5 - APPORT DU SECTEUR PRIVÉ ET DES MÉDIAS DANS

En plus des initiatives provenant des ONGs et des partenaires bilatéraux, plusieurs autres structures s'investissent depuis le début des années 1990 dans la lutte contre le VIH/SIDA. C'est le cas des entreprises et des associations corporatistes telles que les musiciens et les agents de communication. Ainsi, on note les activités menées par les entreprises du secteur privé de Côte d'Ivoire pour sensibiliser les employés et prévenir l'infection à VIH au sein de l'entreprise. Les grandes entreprises comme la CIE et FILTISAC ont entrepris des activités de lutte contre le VIH/SIDA en direction de leur personnel au début des années 1990. Le compte rendu de la réunion conjointe BIT/GTZ/FHI/SFPS/ONUSIDA sur le VIH/SIDA en milieu de travail, résumé dans l'encadré ci dessous, renseigne sur les activités réalisées par ces entreprises. La plupart des entreprises ont basé leurs stratégies d'intervention sur l'implication des travailleurs, comme le témoigne ce message inscrit sur le Bulletin d'information de la SDV: "VIH/SIDA, Aujourd'hui, on peut faire beaucoup, mais rien sans vous". D'autres entreprises comme SDV-SAGA, Sitarail, SOTRA et des structures étatiques comme le BNETD, ANADER font de la prévention du VIH/SIDA en milieu professionnel leur cheval de bataille. Elles mènent des activités de sensibilisation et allouent un budget pour la prise en charge des agents infectés. Des cellules de lutte contre le SIDA ont été aussi installées dans certains ministères.

Par ailleurs, une enquête qui a porté sur les 25 plus grandes entreprises du secteur privé (source CGECI) et 5 Ministères (transport, emploi, tourisme, éducation, santé) permet de mieux apprécier les interventions dans ce secteur. On note que quinze (15) des 25 entreprises du secteur privé soit 60 %, sont dotés d'un programme complet de lutte contre le VIH/SIDA. Cinq ministères fournissent l'ensemble des services exceptés les médicaments liés au VIH/SIDA. Le pourcentage de grandes entreprises/sociétés qui ont mis en place des politiques et des programmes de riposte au VIH/SIDA sur le lieu de travail, est de 66,66 % en 2004 contre 43,33 % en 2003 (Rapport UNGASS 2004). Ce pourcentage est en hausse et s'explique par les efforts consentis par le monde du travail pour intensifier la prévention de l'infection par le VIH avec l'appui de nombreux partenaires tant institutionnels que techniques (MLS, CGECI, PEPFAR, FHI, Fonds Mondial). La CGECI a formé des membres des Comités de Lutte contre le VIH/SIDA, les points focaux des Comités d'Entreprise et les membres de la cellule bipartite de lutte contre le VIH/SIDA de certaines Entreprises en gestion des projets, IEC/CCC, et en cycle de vulnérabilité à l'infection au VIH/SIDA.

Depuis le début de l'année 2004, les agents des médias se sont engagés dans la lutte contre le SIDA par la mise en place d'un Réseau regroupant les Professionnels des Médias et les Artistes de Côte d'Ivoire (REPMASCI). Ce réseau mène d'importantes activités de sensibilisation en direction des hommes de média et de la population dans son ensemble à travers la télévision et la radio avec l'appui de certains bailleurs de fonds tels que l'UNFPA, le PNUD et le Fonds Global de lutte contre le VIH/SIDA et la tuberculose. Un projet dénommé les " Rendez-vous du REPMASCI " est réalisé sous forme d'émission télévisée hebdomadaire faisant le point des actions de sensibilisation dans le domaine du VIH/SIDA avec la participation d'une personne

ressource du projet pour débattre d'un thème donné relatif au VIH/SIDA. Les femmes de médias se sont aussi regroupées pour apporter une réponse féminine à la lutte contre le VIH/SIDA.

3.6 - MOBILISATION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Face à l'ampleur du phénomène, des moyens doivent être mobilisés au niveau interne et externe pour la lutte contre la propagation du VIH/Sida. Une enquête sur les flux financiers en matière de Population et de Sida a montré que 88 % du financement des 15 structures visitées en 2003 relatif aux IST/VIH était assuré par des sources internes. Bien que certaines grandes entreprises comme la Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE), la Filature et le Tissage des Sacs (FILTISAC) et le Port Autonome d'Abidjan (PAA) mènent des activités de lutte contre le VIH/Sida en direction des travailleurs, le secteur privé ne constitue pas encore un pôle important de financement des activités liées à la population et au SIDA. En suivant l'exemple de ces sociétés pionnières, de plus en plus d'entreprises et d'associations privées disposent de cellules de lutte contre le Sida. Dans les années à venir, il faut s'attendre à une plus grande contribution du secteur privé pour les activités relatives à la Population et au Sida en Côte d'Ivoire (Enquête NIDI, 2004).

Au cours de ces dernières années, la Côte d'Ivoire a reçu un appui du Fonds Mondial de lutte contre le Sida et du Gouvernement américain à travers le PEPFAR pour le passage à l'échelle. Ainsi, les tendances dans le mode de financement se sont inversées, mettant les ressources externes au premier rang des intervenants dans la lutte. En effet, entre 2003 et 2005,

les fonds alloués à la lutte contre le SIDA par l'État de Côte d'Ivoire s'évaluent à 6 957 795 658 FCFA. En 2005, les partenaires au développement ont soutenu les activités de lutte contre le SIDA à environ 56 millions de Dollars (US) soit un peu plus de 30 milliards de FCFA (1\$ US=550 FCFA). Au total, les financements des activités inscrites dans le Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA de la période 2002-2005 ont été évalués à quarante Milliards de F CFA. Ces divers appuis ont permis d'intensifier les interventions de prévention mais également à un plus grand nombre de malades d'avoir accès aux traitements ARV.

III - Impact démographique et socio-économique du VIH/sida

3.1 - IMPACT DÉMOGRAPHIQUE

L'impact démographique du Sida est analysé à travers les indicateurs suivants: la morbidité et la mortalité, l'espérance de vie et le taux de fécondité.

L'état de santé de la population ivoirienne est caractérisé par un taux brut de mortalité (TBM) estimé à 12,3 ‰ en 1988 et à 13,9 ‰ en 1998 (INS, 2001; IPC, 2000). Parmi les étiologies, depuis 1990, le SIDA est la première cause de mortalité chez l'homme adulte et la 2ème chez la femme après la mortalité due à la grossesse et à l'accouchement. En 2005, l'examen de trois taux avec ou sans le Sida met en relief le besoin d'intensification de la lutte et de passage à l'échelle pour des interventions ciblant les groupes à risque. En effet, le TBM dans

9.3 LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA DANS LE SECTEUR PRIVÉ EN CÔTE D'IVOIRE

▶ **La compagnie ivoirienne d'électricité (CIE)** a débuté dès 1991 une grande campagne de sensibilisation auprès de ses employés à travers toutes ses exploitations. Touchant 25 000 employés, son implication comprend: la création de comités de lutte contre le SIDA, la formation de 211 volontaires pour la sensibilisation de leurs pairs et de leurs familles, la distribution de préservatif et la participation aux grandes manifestations nationales de lutte contre le SIDA et l'accès gratuit aux ARV grâce à un fonds de solidarité.

La société de Filature et de Tissage des Sacs (FILTISAC), employant 1750 travailleurs, a entrepris ses activités de lutte contre le SIDA, avec appui du PNLS, à partir de 1992. L'engagement de l'entreprise s'est traduit par: la mise en place d'équipe pour la sensibilisation des pairs, la création d'une mutuelle de prêts pour les PVVIH, la distribution de préservatifs et le suivi psychosocial et médical des employés VIH positifs.

La Direction du Port Autonome d'Abidjan (PAA) a débuté son action en 1997, avec l'appui du PNLS/MST/SIDA: création d'une cellule médicale de suivi/prévention par la sensibilisation et la distribution de préservatifs. Depuis 1999, avec ses partenaires, la société a mis en place une cellule de prise en charge médicale des travailleurs vivant avec le VIH; le budget consacré en 2000 était de 30 millions de francs CFA, il est passé à 75 millions en 2001.

La SEMPA, structure interentreprises (25) d'activités maritimes, compte 8000 travailleurs occasionnels (Dockers) et a été mis en place en 1996, avec le PNLS et l'AIBEF, un programme de prévention à plusieurs volets: matériels IEC, consultation médicale, formation des pairs éducateurs et vente des préservatifs à bas prix.

Les autres entreprises visitées ont, soit débuté leurs activités de prévention tout récemment (Côte d'Ivoire Télécom, SAPH, Hôtel Ivoire), soit sont en période de réflexion ou d'étude sur les actions à entreprendre (Sitarail, Castelli Côte d'Ivoire, Nestlé Côte d'Ivoire).

Comparaison du coût action/inaction: une étude chez FILTISAC

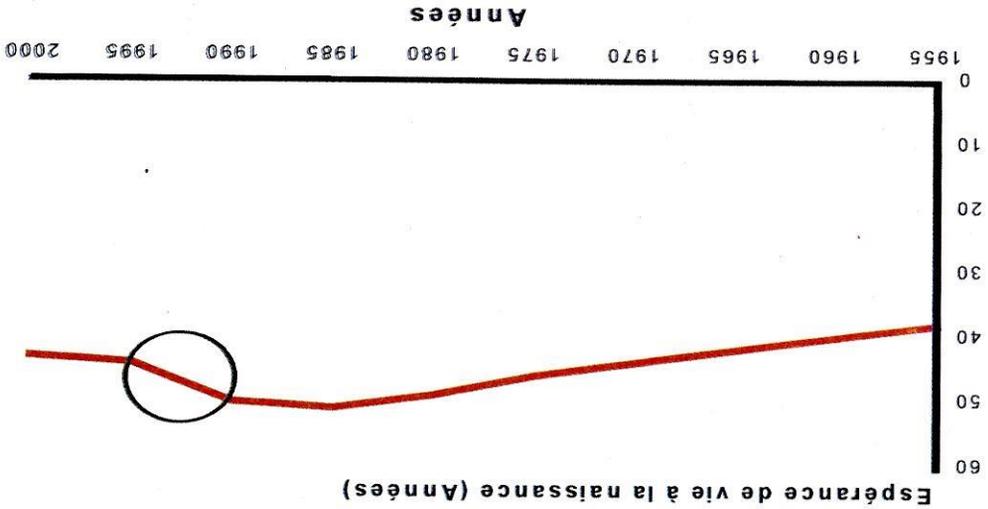
Suite à une analyse des coûts directs et indirects, occasionnés par la prise en charge médico-sociale de 13 employés décédés du SIDA en 1992, la direction de l'entreprise a constaté qu'il serait moins coûteux de s'engager à fond dans la prévention.

Les activités tous azimuts de prévention appuyées par l'entreprise et ses partenaires (PNLS et SIDA 2) se sont soldées par une réduction significative des cas de MST et de VIH/SIDA chez les employés de 1992 à 1996.

Compte rendu de la réunion conjointe BIT/GTZ/FHI6 SFPS/ONUSIDA sur le VIH/SIDA en milieu de travail

Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire, 1995 - 2000

Graphique 9.3 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance en Côte d'Ivoire, 1995-2000



no 10

La population générale est estimée à environ 11% sans le SIDA contre 14,9% avec le SIDA. Le taux de mortalité infantile-juvénile était estimé à 90,8% contre 83,8% naissances vivantes respectivement avec le SIDA et sans le SIDA. Enfin le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 138,2% avec le SIDA contre 126,8% sans le SIDA. Les projections pour 2015 montrent une baisse de tous les taux avec le Sida. Cela est dû au fait que les adultes sexuellement actifs, sont fortement touchés par l'infection par le VIH. Cette tranche de la population enregistrera de nombreux cas de décès (tableau 9.1).

L'espérance de vie a connu une progression entre 1958 (33 ans) et 1988 (55,6 ans) pour ensuite se stabiliser jusqu'en 1995 avant d'amorcer une baisse régulière. En 2000, l'espérance de vie était d'environ 45 ans, faisant perdre à la population environ 11 ans par rapport au niveau de 1988. Cette baisse est attribuable en grande partie à l'action du Sida au sein de la population. En effet, en 2005, on estimait l'espérance de vie à 48,6 ans avec le SIDA contre 56,1 ans sans le SIDA, traduisant une réduction considérable de 7 ans de l'espérance de vie parmi les personnes atteintes du SIDA. Jusqu'en 2015, malgré une augmentation d'environ deux ans, l'espérance de vie parmi les personnes atteintes du SIDA marquera toujours un retard avec une différence de 10 ans avec les personnes non atteintes du SIDA (50,7 ans avec le SIDA contre 60,1 ans sans le SIDA). Ces tendances pour 2015 sont tributaires à une intensification de la lutte visant à faire chuter le nombre de nouveaux cas d'infection et à prolonger la vie des PVVH par l'accès amélioré au ARV.

La fécondité est en baisse en Côte d'Ivoire depuis une vingtaine d'années. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé respectivement de 7,2 enfants par femme en 1981 à 5,4 enfants par femme en 1998. Les proportions non négligeables d'enfants qui naissent contaminés n'atteindront pas tous l'âge de la procréation (Dedy et Tapé, 1995; Desgrées du Lou et al,

Le monde du travail paie un lourd fardeau au VIH/SIDA qui constitue une menace pour les droits fondamentaux des travailleurs et des entreprises. En effet, une enquête conduite de 1989 à 1994 dans une entreprise en Côte d'Ivoire, a montré que sur 329 employés, la prévalence du VIH/SIDA était de 10%, une morbidité de 50% et une mortalité de 44% à la fin de l'année 1994. L'impact social du VIH s'apprécie en termes d'absentéisme maladie, d'hospitalisations et de mortalité élevée allant jusqu'à 75% de tous les décès. Par ailleurs, les contributions des travailleurs aux frais funéraires de collègues et aux fonds de solidarité de prise en charge de travailleurs vivant avec le SIDA, consolident un impact social qui affecte terriblement les familles, la scolarité des enfants, les activités professionnelles. En outre, le SIDA fait émerger des phénomènes

3.2.1 - MILIEU DU TRAVAIL

L'impact économique du VIH/SIDA sur le plan national est complexe. Non seulement, les fonds sont dégaçés par le Gouvernement pour organiser la lutte, mais aussi, la force de travail que constitue la population, notamment les jeunes, dépendent ou alors ne peuvent pas jouer leur rôle économique du fait de la maladie. Il est désormais admis que le SIDA ne se limite pas à un problème de santé publique. Ses conséquences sociales et économiques deviennent, de plus en plus connues pour plusieurs secteurs d'activités dont les entreprises, l'éducation et l'agriculture.

3.2 - IMPACT ECONOMIQUE

La Côte d'Ivoire paie un lourd tribut au VIH/Sida sur le plan économique. Par ailleurs, les stratégies de prévention du VIH/SIDA, qui consistent à réduire les comportements à risque par l'adoption de l'abstinence, l'utilisation du préservatif et la fidélité assorties du test de dépistage, conduisent indirectement à réduire la fécondité

mènes de stigmatisation et d'orphelins du SIDA parmi les travailleurs. Les coûts directs et indirects de ces phénomènes liés au SIDA et subis par les travailleurs sont rarement estimés.

L'impact négatif qu'a le SIDA sur les entreprises en termes d'accroissement des taux et indemnités de décès (75 % dus au SIDA), des frais funéraires (68 %), d'absentéisme maladie (28 %), des hospitalisations (76 %), de formation et recrutement d'employés suppléants fait baisser leur productivité en moyenne de 36 %. De 1989 à 1995, des entreprises qui employaient des travailleurs infectés par le VIH, pouvaient dépenser entre 29 et 128 millions de francs CFA en termes de charges. Cela représentait un coût annuel par entreprise qui variait entre 6 et 18 millions de francs CFA soit 0,8 à 3,4 % de la masse salariale.

Étant donné que la population active qui évolue dans le secteur informel est la plus nombreuse, en l'absence d'information, il n'est pas fortuit d'avancer que les conséquences du Sida sur le milieu du travail sont sous-estimées.

En l'absence d'interventions efficaces, avec le nombre croissant de travailleurs sexuellement actifs qui pourraient être infectés par le VIH, on peut craindre que les dépenses des entreprises continuent d'augmenter et que la productivité baisse davantage.

3.2.2 - VIH ET DÉVELOPPEMENT AGRICOLE

Le secteur agricole contribue pour 33 % au PIB national et pour 66 % aux exportations. Ce secteur, base de l'économie ivoirienne, est durement touché par le VIH/SIDA. Les données de la situation du VIH sur le secteur agricole, recueillies dans 10 pays africains dont la Côte d'Ivoire avec l'appui de la FAO, ont montré une séroprévalence d'environ 17 % dans les complexes agro-industriels. Le milieu de l'agriculture et particulièrement le secteur de la production alimentaire sont sévèrement touchés par le VIH/SIDA. En effet, selon la FAO, il y aura une réduction des superficies cultivées, de la main-d'œuvre agricole d'environ 25 % et une perte de l'expertise agricole. En Côte d'Ivoire une étude (Koné et Djangoné, 2004) a montré, en comparant la situation avant la maladie que la main-d'œuvre familiale des ménages affectés par le VIH/SIDA s'est réduite d'environ 40 %. Au niveau des cultures pérennes, on observe l'arrêt de la création de nouvelles parcelles. Les

parcelles déjà créées font l'objet d'entretien partiel. Certaines d'entre elles sont vendues ou abandonnées. Selon que le malade soit le chef d'exploitation ou un membre du ménage, l'on enregistre respectivement soit une réduction des superficies, soit une stagnation de celles-ci. La réduction des superficies peut atteindre 50 % à 100 % de l'exploitation pour certaines spéculations. Dans tous les cas, quand un ménage est affecté par le VIH/SIDA il y a une " cassure " du système de sécurité mis en place au niveau de l'exploitation. Les cultures " mineures " sont abandonnées au profit d'une culture (ou deux) dite essentielle, engendrant ainsi l'insécurité alimentaire.

L'apport de l'agriculture au PIB connaîtra encore des baisses importantes si des actions ne sont pas entreprises pour éradiquer cette pandémie en milieu rural. La FAO estime que la prévalence atteindra 11,5 % en 2020 contre 6 % en 2000 parmi les travailleurs agricoles.

Le SIDA fait émerger dans le milieu agricole des phénomènes de veuves, et d'orphelins du SIDA, souvent mineurs qui devront survivre des revenus de leur propre travail.

3.2.3 - SECTEURS ÉDUCATIF ET SANTIAIRE

Peu d'études ont porté sur l'exposition du milieu scolaire aux risques du VIH/SIDA (ONUSIDA, 1998). Une enquête réalisée entre 1996 et 1997 parmi le personnel enseignant indique que sur 641 enseignants infectés par le VIH, 81 % relèvent de l'enseignement primaire, 15 % du secondaire et 3 % sont des éducateurs (encadreurs de l'enseignement secondaire). Cette enquête indique que 64 % des décès d'enseignants de causes connues, sont dus au VIH/SIDA et représentent 5 décès par semaine scolaire pour les enseignants du primaire. En rapportant ce chiffre à l'année, du fait du Sida, 369 classes du primaire perdent leurs instituteurs chaque année. Ainsi, de 1997 à 2000, pour cause de VIH/SIDA chez les enseignants, au moins 71 655 enfants âgés de 6 à 11 ans n'ont pu être scolarisés en Côte d'Ivoire. Au secondaire, l'estimation annuelle du nombre de décès et d'encadreurs est de 87 personnes. Par ailleurs, les enseignants du primaire décédés du SIDA ont une moyenne d'âge de 36 ans et une ancienneté moyenne de 13 ans (la durée totale de carrière est d'environ 30 ans). Par conséquent, le SIDA fait perdre à l'éducation nationale 17 ans d'expérience par enseignant décédé.

Tableau 9.3 : Dépenses moyennes mensuelles par exploitation avant et après la maladie.

	Dépenses mensuelles moyennes avant la maladie (en FCFA)	Dépenses mensuelles moyennes après la maladie (en FCFA)	Taux de variation
Dépenses d'alimentation,	30000	24125	- 19,58%
Dépenses de main-d'œuvre agricole,	Données non disponibles	0	Données non calculables
Dépenses de soins de santé,	3792	24125	+ 536,26%
Dépenses de transport.	1550	8533	+ 450,54%

Source: Koné Miaman et Djangone, 2004

De manière générale, on note en milieu hospitalier, une augmentation progressive de la prévalence de l'infection par le VIH : dans le service de Pneumo-phtisiologie du CHU de TREICHVILLE (PPH), la séroprévalence du VIH parmi les patients hospitalisés est passée de 23 % en 1987 à 68 % en 1992. Le service des Maladies Infectieuses, reçoit le plus grand nombre de patients suspects d'infection à VIH, et a une prévalence qui est passée de 45 % en 1987 à 79 % en 1995 (Eholie S.P. et al., 1997). Pour cause d'accidents d'exposition au sang (par piqûre), le risque de contamination par le VIH est de 14 % parmi les agents de santé dans les centres de suivi des malades du SIDA (Coughlan, 2003 ; MEMSP, 2003). En 1997, une étude (CIDEF/Union Européenne) indiquait que le coût d'une hospitalisation pour cause de SIDA se situait au tour de 600 \$ US au CHU de Treichville, 150 \$ US au CHR de San-Pédro. La prise en charge des patients atteints de SIDA représente environ 25 % du coût de fonctionnement du CHU de Treichville, environ 6 % au CHR de San-Pédro et 3 à 4 % du coût de fonctionnement d'une Formation Sanitaire Urbaine (Union Européenne, 1997).

En matière de prise en charge pour le VIH/SIDA, le coût par patient était estimé à environ 300 dollars US en 2000. Avec la mobilisation des associations des PVVIH et des institutions, ce coût a été revu à la baisse. Au niveau des infrastructures, selon une étude de ANRS en 1998, du fait du long séjour en hospitalisation, 40 % des lits d'hôpitaux à Abidjan étaient occupés par les patients atteints du SIDA. En l'absence d'une universalité au traitement par les ARV, cette proportion pourrait augmenter dans le temps.

3.3 - IMPACT SOCIAL

L'impact du VIH sur les ménages, le tissu familial, les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) et les relations interpersonnelles n'a pas fait l'objet d'une investigation spécifique. Cependant, les chiffres sur l'ampleur de la pandémie du VIH/SIDA font état d'une augmentation du nombre de personnes infectées et affectées notamment les OEV. En effet, les estimations de l'ONUSIDA montrent que le nombre d'OEV est en constance évolution dans le temps passant de 320 000 en 1997 à 450 000 en 2005.

Dans les années 1997, une étude réalisée sur le devenir économique des enfants affectés par le VIH/SIDA. (ANRS, CIDEF, Université Paris 1, ORSTOM) a montré que dans 40 % des ménages où, l'homme ou la femme est malade du SIDA, on a procédé à un changement dans la répartition des responsabilités entre les différents membres de la famille. Une étude réalisée par l'UNICEF a montré qu'environ 50 % des enfants des ménages, où il y a eu un décès lié au VIH/SIDA, avaient un accès réduit aux offres des services par rapport aux enfants des ménages où l'on mourait d'autres maladies et des ménages sans décès. Plus d'un quart de ces enfants affectés par le VIH/SIDA étaient retirés de l'école.

La structure des dépenses du ménage se modifie considérablement lorsqu'un membre du ménage est affecté par le VIH/SIDA.

Les dépenses ayant habituellement un caractère non obligatoire (ou non vital) sont supprimées et des ajustements sont effectués au niveau des dépenses indispensables, telles que les dépenses d'alimentation. On assiste ainsi à une baisse 20 % des dépenses alimentaires, quand les dépenses de santé et de transport enregistrent des bonds spectaculaires à la hausse, avec des valeurs habituelles multipliées par 4 ou 5.

Face à cette situation, les familles touchées par le VIH/SIDA ne peuvent survivre que si elles reçoivent de l'aide d'une tierce personne. L'étude de la FAO révèle à ce propos qu'environ 22 % des familles touchées par le SIDA recevaient des aides financières ponctuelles de l'entourage pour le règlement de certaines dépenses dont 6 % pour supporter les coûts pour les loyers, 5,5 % pour la scolarisation des enfants, 4,5 % pour assurer le transport et 4 % pour assistance en santé.

CONCLUSION

L'infection par le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, épidémie généralisée, menace et met à nu la précarité des fondements culturels, socioéconomiques et politiques. Depuis la découverte des premiers cas de SIDA, ce pays a réalisé des efforts considérables en matière de description de la pandémie et de son évolution dans différentes couches de la population, d'élaboration de stratégies et de politiques de lutte et enfin de coordination par un engagement et une prise de décision au plus haut niveau de l'État. Au regard de l'expérience acquise en matière de compétence, d'exécution et de mise en œuvre des activités de prévention et de prise en charge des PVVIH, la Côte d'Ivoire est devenue une plate-forme qui doit continuer de mériter la confiance des partenaires. Néanmoins, avec une frange de la population économiquement active et exposée à la maladie, une féminisation de la pandémie, une accessibilité encore limitée aux méthodes pouvant améliorer la qualité de vie et réduire la transmission de l'infection, des efforts supplémentaires reste à fournir. Il s'agit de :

- redynamiser la coordination de la lutte contre le VIH/SIDA à tous les niveaux et dans tous les secteurs et poursuivre la politique de décentralisation notamment dans les localités ex-assiégées ;
- intensifier la prévention parmi les jeunes et renforcer la prise en charge chez les femmes et les enfants dans le cadre de l'accès universel aux soins ;
- redynamiser le cadre de Suivi-Evaluation et élaborer un plan de financement des activités de lutte contre le VIH/SIDA dans une perspective de pérennisation des ressources ;
- poursuivre le développement de compétence par le renforcement des capacités des ressources humaines impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA dans le cadre d'un plan de formation à élaborer ;
- promouvoir la recherche opérationnelle et réduire les impacts socio-économiques du VIH/SIDA sur les populations dans le cadre de la lutte contre la pauvreté.

Conclusion Générale

Défis et propositions pour une meilleure intégration de la population au développement durable

I - Vue d'ensemble

Dans le cadre de la présente étude, il a été question de passer en revue les différentes problématiques en matière de population et développement, d'en dégager les réalisations, tout en mettant en exergue les gaps restant à combler. L'analyse au niveau de l'état, la dynamique et des potentialités de croissance montre que depuis au moins trois quarts de siècle, le taux d'accroissement démographique demeure élevé en dépit d'une baisse récente (3,8% en 1975-1988 contre 3,3% durant la période intercensitaire 1988-1998). La population demeure extrêmement jeune et inégalement répartie sur le territoire national. Elle se caractérise par ailleurs par sa diversité ethnique et le poids important des immigrés. La croissance de la population repose sur une forte immigration et un accroissement naturel élevé. Le pays a entamé sa transition démographique mais celle-ci est perturbée par le sida et par le conflit militaro politique.

La population s'urbanise à un rythme rapide ; ce processus apparaît aujourd'hui comme irréversible. La dynamique urbaine va se maintenir et se poursuivre dans les années à venir. Dans les dix prochaines années, la majorité de la population ivoirienne sera urbaine. Cette urbanisation rapide, s'est traduite par une multiplication du nombre de villes et une restructuration de l'espace national par la mise en place d'un réseau urbain dense et hiérarchisé surtout dans la partie Sud du pays. Cette urbanisation accélérée, insufflée par le croît naturel élevé, mais surtout l'exode rural et les migrations externes est mal maîtrisée et pose de ce fait de nombreux problèmes. La brutalité de ce phénomène a entraîné une crise aiguë des services urbains dont la principale manifestation est la prolifération des quartiers précaires et la formation des quartiers lotis sous-équipés. Les problèmes sont exacerbés par la longue crise économique que la population traverse depuis 1980 et la crise politico-militaire de ces dernières années. En effet la longue crise économique à laquelle se sont ajoutées les crises militaro politiques à répétition depuis 1999 s'est traduite par une baisse continue du pouvoir d'achat des ménages. L'incidence de la pauvreté déjà élevée (36,8 % en 1995, 38,4 % en 2002) s'est accrue en raison de la hausse du taux de chômage. La pauvreté touche toutes les régions du pays à des niveaux variables.

L'accroissement de la population est synonyme d'accroissement des ressources humaines à investir dans la production à condition que celle-ci soit de qualité, c'est-à-dire bien formée et en bonne santé. En tant qu'éléments constitutifs du capital

humain, les performances des secteurs éducatifs et sanitaires ont été examinées à partir des indicateurs d'efficacité, d'efficience et d'équité. Il ressort en définitive, que le système éducatif, dans sa mission de contribuer au développement du capital humain est soumis à des contraintes d'ordre budgétaire, démographique, socio-culturel, institutionnel, pédagogique et technique, qui le rendent peu efficace et équitable. De nombreuses contraintes pèsent également sur le système sanitaire ivoirien ; celles-ci sont relatives à la croissance démographique, aux restrictions budgétaires, aux valeurs socio-culturelles et institutionnelles et à l'insuffisance et à la vétusté des infrastructures sanitaires.

On note que les jeunes, frange numériquement la plus importante de la société, sont frappés par le chômage et le sous-emploi. Des efforts ont été faits par les pouvoirs publics pour leur assurer une meilleure insertion dans le tissu socio-économique. Cela s'est traduit par la mise en place de l'AGEFOP, du FDFP et de l'AGEPE qui ont mis en place une plate forme de service de nature à apporter des solutions appropriées au renforcement de la formation professionnelle, à l'apprentissage et à une meilleure valorisation de l'auto-emploi. Ceci devrait les prémunir contre les comportements déviants, notamment la délinquance juvénile et l'enrôlement dans les groupes armés.

Les femmes subissent plus que les hommes les affres de ces différentes crises. En effet, l'analyse de la situation fait apparaître la faible représentativité des femmes sur le plan politique, économique ou social. L'une des raisons principales des faibles avancées obtenues est la non prise en compte de la culture dans les actions visant la promotion de la femme. L'inscription dans l'approche culturelle suppose l'identification des rapports de pouvoirs et la mise en œuvre d'actions visant à un partage équitable et efficient des responsabilités pour l'obtention d'un développement durable. Ces lacunes relèvent en grande partie de la non prise en compte des rapports sociaux lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des actions de développement et le fait de considérer la femme comme une catégorie vulnérable qu'il faut intégrer au processus de développement. Mais, de plus en plus, contrairement à ce qui avait cours dans les sociétés traditionnelles, les femmes ont de plus en plus droit à l'héritage et acquièrent un contrôle sur leur fécondité du fait de leur instruction et de leur insertion sur le marché de l'emploi. Le mariage " communautaire " arrangé par les familles fait place au mariage " personnel " découlant de la volonté des conjoints de s'unir.

Cependant, très peu d'entre elles sont instruites et la crise de l'emploi les touche davantage que les hommes.

En matière de santé de la reproduction, des avancées notables ont été enregistrées. Une politique nationale de santé de la reproduction a été définie et traduit en plan d'action à travers le programme de santé de la reproduction et de planification familiale ainsi que des programmes connexes. Des normes et standards ont été également élaborés. Dans le cadre des droits spécifiques en santé de la reproduction, des progrès réels ont été enregistrés grâce à l'adoption au cours de ces dix dernières années de lois protégeant la santé de la femme. Cependant l'application de ces lois rencontre encore quelques difficultés.

Malgré la mise en œuvre de ces politiques et programmes, le taux de prévalence contraceptive parmi les femmes en âge de procréer reste encore très faible, la couverture en accouchement par du personnel qualifié est insuffisante et les besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence ne sont pas satisfaits. Il existe un déséquilibre entre l'offre des prestations et la demande des services en santé de la reproduction qui s'est accentué au cours de cette crise que traverse le pays. En outre, le VIH/SIDA dont les premiers cas ont été notifiés en 1985 a connu une expansion fulgurante et touche les couches les plus actives de la population avec une féminisation de plus en plus marquée de l'épidémie. En dépit des efforts dans la riposte, la Côte d'Ivoire demeure parmi les pays où l'épidémie à VIH est généralisée. Des progrès ont été réalisés en matière d'accès aux antiretroviraux et de prévention de la transmission mère-enfant. Mais les résultats restent encore limités.

Par ailleurs, la dégradation de l'environnement, déjà avancée avant 2000, s'est accentuée ces dernières années du fait de la crise socio-politique de septembre 2002. En milieu rural, la pression des activités humaines sur le milieu et l'exploitation extensive des ressources naturelles telles que le sol, la forêt, les eaux et la faune contribuent à leur épuisement et à leur dégradation. En milieu urbain, les concentrations humaines, l'insuffisance des capacités techniques des collectivités locales et l'insuffisance de ressources rendent de plus en plus précaires l'existence et les conditions de vie des populations. Les collectivités éprouvent des difficultés à faire face aux besoins en matière de collecte des ordures, d'assainissement des eaux usées et des eaux pluviales et aux besoins en matière d'équipements et services urbains de base.

La plupart de ces problèmes ont été mis en exergue dans la Déclaration de Politique Nationale de Population adoptée en mars 1997 et opérationnalisée par le tout premier Programme National d'Actions en matière de population (PNA 2002-2006) adopté en mars 2002. La mise en œuvre de cette politique et de son programme d'action a été contrariée par la crise politico militaire de septembre 2002. Au moment où l'espoir de sortie de crise se concrétise et s'annonce la reconstruction post-crise, la planification du développement va se heurter à plusieurs défis à relever à court et moyen termes dans la perspective d'un développement humain durable.

II - Défis majeurs

2.1 - DISPOSER DE DONNÉES ACTUALISÉES ET FIABLES POUR LA PLANIFICATION DU DÉVELOPPEMENT ET LA RECONSTRUCTION POST CRISE

Diverses opérations de collecte de données ont été effectuées en Côte d'Ivoire dès l'accession à l'indépendance nationale. Le modèle ivoirien de développement étant particulièrement interventionniste, il était nécessaire de disposer d'informations de base utiles à l'élaboration des plans quinquennaux de développement économique, social et culturel. C'est ainsi que des enquêtes régionales ont été menées sur l'ensemble du territoire de 1962 à 1964 dans le cadre des préparations du premier plan quinquennal. Cependant, les opérations de collecte de données d'envergure nationale n'ont débuté qu'à partir des années 1970 avec le premier recensement général de la population en 1975 réalisé dans le cadre du programme africain de recensement de la population. Deux autres recensements ont été réalisés en 1988 et en 1998 conformément aux recommandations faites aux pays africains d'effectuer un recensement général de leur population tous les dix ans.

La Côte d'Ivoire a participé à plusieurs programmes mondiaux de collecte de données (enquête de fécondité en 1980-81, enquêtes démographiques et de santé en 1984 puis en 1998-1999, enquêtes à indicateurs multiples 1996,2000 et 2006) ainsi que des programmes régionaux (enquête sur les migrations et l'urbanisation en Afrique de l'Ouest en 1993). Il faut noter également les enquêtes sur le niveau de vie de la population (en 1995, 1998 et 2002) et " l'enquête 1,2,3 " menée en 2002 dont l'objectif est de fournir des informations sur l'emploi, le secteur informel et la consommation des ménages. Parallèlement, des enquêtes à petite échelle ont été réalisées régulièrement par les instituts de recherche et/ou de formation dans le cadre de leurs activités.

Par ailleurs, les statistiques courantes de l'administration publique et des collectivités décentralisées restent parcellaires. Il s'agit notamment des faits d'état civil, des statistiques sanitaires, de l'agriculture, de l'éducation, etc, qui sont déficientes. Par exemple, au niveau des statistiques sanitaires, il existe des supports opérationnels des activités (registre de consultations, registre de soins curatifs, registre d'accouchement, etc.) dans tous les établissements sanitaires, mais, une exploitation régulière de ces informations n'est pas faite. L'éducation qui avait un système acceptable de collecte et de traitement des statistiques connaît des difficultés depuis quelques années.

La crise militaro-politique qui dure depuis septembre 2002 a eu de nombreuses conséquences : déplacement des populations, augmentation de la pauvreté, détérioration d'infrastructures socio-économiques de base. Elle ouvre, en conséquence, de nouveaux thèmes de recherche et exigent de nouvelles données pour évaluer les changements et leurs effets démographiques mais également pour cibler les nouveaux besoins des populations. En outre, la crise rend caduque toutes les données existantes. On note aussi la destruction d'une partie importante des registres d'état civil. Les opérations de collecte et d'analyse récentes (enquête sur les indicateurs du sida, enquête sur les conditions de vie des déplacés et des familles d'accueil) ainsi que l'enquête MICS 3, l'enquête sur les violences basées

sur le genre (VGB) en cours fourniront des éléments importants, mais beaucoup reste à faire.

De ce fait pour disposer des données actualisées et fiables pour la planification du développement, pour l'élaboration et le suivi des stratégies de lutte contre la pauvreté, le suivi des objectifs de la CIPD et des OMD, les stratégies suivantes, sont à remettre en œuvre :

1. le renforcement du cadre institutionnel en matière de collecte et d'analyse des faits statistiques par l'adoption de la loi statistique, du schéma directeur de la statistique ;
2. la reconstitution des registres détruits du fait de la guerre et modernisation du système d'état civil ;
3. la réalisation décennale du recensement général de la population, notamment celui de 2008 ;
4. la dynamisation du cadre de fonctionnement du système statistique national par l'appui à la collecte, au traitement et à l'analyse des sources administratives

2.2. - MAÎTRISER LE RYTHME ET LES MODALITÉS DE LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

Pour ce qui concerne l'état et la dynamique de la population, le principal défi est la maîtrise du rythme et des modalités de la transition démographique, c'est-à-dire le passage d'un régime démographique traditionnel, caractérisé par des taux de natalité et de mortalité élevés, à un régime démographique moderne caractérisé par de faibles taux de natalité et de mortalité. Dans la plupart des pays du Tiers Monde, ce processus commence par une baisse de la mortalité notamment la mortalité infanto-juvénile liée à des facteurs exogènes que sont les technologies médicales et sanitaires. Comme la baisse de la natalité ne dépend pas des facteurs techniques mais plutôt du développement économique et du progrès social, elle n'intervient que bien plus tard. Ce décalage entraîne une croissance rapide de la population, qualifiée parfois d'explosive, ce qui entraîne des tensions malthusiennes (déséquilibre entre l'offre et la demande de services sociaux de base, pression sur les infrastructures). Le stade atteint actuellement par la Côte d'Ivoire en matière de transition démographique est à la base de la croissance rapide de la population et du poids important des jeunes.

La mortalité a diminué depuis les années 1950 jusque dans les années 1990 comme résultats des transferts de technologies médicales et sanitaires. Mais les données disponibles indiquent une brusque inversion de tendance vers la fin des années 1990 liée sans doute à la raréfaction des ressources sanitaires et aux effets du SIDA. Selon les résultats de l'Enquête sur les Indicateurs du Sida (EIS), la tendance semble revenir à la normale, cependant la mortalité est nettement plus élevée chez les populations pauvres que chez les plus riches. Ceci soulève la question de l'équité de l'offre de services de santé face à une demande caractérisée ces dernières années par la résurgence des maladies infectieuses et parasitaires et par les effets du conflit armé.

La baisse de la fécondité a été entamée dans les années 1980, dans un contexte de crise et de faible disponibilité de services de planification familiale. Cette baisse résulte des mutations de la société notamment le relâchement des croyances et des valeurs sociales et familiales traditionnelles favorables

au maintien de la forte fécondité. La crise n'a joué qu'un rôle d'accélérateur d'une prise de conscience des populations du fait que leurs comportements de fécondité n'étaient plus adaptés au contexte socio-économique du moment. Toutefois, la baisse de la fécondité concerne davantage les milieux favorisés, les couches les plus pauvres gardant un comportement pronataliste. Dans ces conditions la généralisation de la réduction de la fécondité dépendra de l'offre de service de planification familiale comme ce fut le cas en Amérique Latine, où la transition de la fécondité a été engendrée par des conditions de vie précaires et une offre très abondante de moyens contraceptifs accessibles à toutes les couches de la population, même les plus marginalisées. Pour l'atteinte de ce défi, les stratégies suivantes sont à mettre en œuvre :

1. la promotion de l'équité en matière de santé pour que la baisse de la mortalité puisse se généraliser à toutes les couches de la société ;
2. la mise en exécution des Actions et Investissements Prioritaires (AIP), élément de base de l'exécution du Programme National d'Actions en matière de population (PNA) 2002-2006, notamment l'AIP qui porte sur l'accroissement de l'offre, de l'accessibilité et de l'utilisation des services de santé de la reproduction (y compris la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes).

2.3. - GÉRER LES MOUVEMENTS MIGRATOIRES, LES PERSONNES DÉPLACÉES INTERNES ET LES RÉFUGIÉS

La Côte d'Ivoire est le théâtre d'intenses mouvements migratoires internes et externes. Les flux de migration interne très importants proviennent des zones de savanes du nord et de l'ancienne boucle du cacao (région du N'Zi Comoé) et s'orientent actuellement vers Abidjan et la zone forestière, notamment le front pionnier du Centre-Ouest, du Sud Ouest et de l'Ouest. Concernant les migrations externes, certes les flux commencent à s'essouffler, mais persistent parce qu'entretenus par les réseaux des premiers migrants installés. Ces migrations alimentent la croissance démographique et modifient la distribution spatiale de la population. Elles contribuent au développement économique, notamment à l'essor de l'économie de plantation. Cependant, elles posent des problèmes à l'aménagement du territoire et engendrent des conflits fonciers qui mettent en péril la cohésion sociale.

Le conflit du 19 septembre 2002 a engendré des flux importants de déplacés internes. Ces déplacements renforcent le déséquilibre au niveau de la répartition spatiale entre zones de savanes et zones forestières d'une part, et entre Abidjan la capitale économique et les autres villes, d'autre part. Le retour volontaire et la réinstallation constituent la solution durable aux besoins multiformes des populations déplacées et des communautés hôtes.

La Côte d'Ivoire dispose de plusieurs dispositifs de référence dont l'exploitation pourrait contribuer à la résolution des problèmes posés par les migrations et les déplacements internes : (i) l'Office National d'Identification ; (ii) les traités de l'UEMOA et de la CEDEAO, complétés par les protocoles additionnels sur la libre circulation des personnes et des biens, le droit de résidence et d'établissement ; (iii) la loi n°98-750 du 23 décembre 1998 relative à la propriété foncière en Côte d'Ivoire ; (iv) le Ministère de la Solidarité et des Victimes de Guerre (MSVG).

Relever ce défi migratoire est une condition essentielle pour la paix et l'harmonie sociale. Pour cela, les actions suivantes sont recommandées :

1. l'élaboration et l'adoption d'une politique cohérente de gestion de l'immigration prenant en compte les trois volets à savoir : (i) l'entrée et la sortie du territoire ivoirien, (ii) l'intégration des étrangers, (iii) la coopération avec les pays d'origine des immigrants;
2. l'élaboration d'une politique migratoire explicite prenant en compte la gestion des stocks existant en adéquation avec les accords en matière d'intégration sous régionale;
3. la promotion de la cohésion sociale par la mise en œuvre d'une politique adéquate de sécurisation foncière;
4. mise en œuvre de la politique nationale de prise en charge des déplacés et victimes de guerre. Conformément au principe 29 des principes directeurs des Nations Unies, cette politique devrait prendre en compte le recouvrement des propriétés, les indemnisations et les dédommagements des personnes car ce sont des éléments cruciaux pour la réussite de la réinstallation.

2.4 - MAÎTRISER L'URBANISATION ET L'ASSAINISSEMENT DES VILLES

L'urbanisation est accélérée depuis les années 1960. Les villes se caractérisent presque toutes par une insuffisance d'infrastructures, d'équipements et services de base : absence ou insuffisance de voirie dans certains quartiers dont l'accès est difficile, absence de réseau d'évacuation des eaux usées et des eaux pluviales, insuffisance et irrégularité de l'approvisionnement en eau potable et en électricité, et déficience des systèmes de collecte des ordures ménagères.

En dépit des efforts, la collecte, l'élimination et la valorisation des ordures ne sont pas assurées de façon adéquate. Dans de nombreuses villes, les systèmes de collecte des ordures ménagères sont inexistantes voire déficients, ce qui entraîne des amoncellements périodiques ou permanents d'ordures ménagères. Les déchets solides non éliminés attirent les moustiques, les mouches, les souris, et favorisent la prolifération des agents pathogènes responsables de nombreuses maladies parasitaires et virales.

Le problème d'assainissement des eaux usées et des eaux pluviales se pose avec acuité dans toutes les villes. Même à Abidjan où il existe un réseau d'égout public couvrant une grande partie de la ville, plus de la moitié des ménages utilisent des systèmes d'assainissement individuel (fosses septiques dans les quartiers résidentiels et latrines ailleurs) peu viables. Cela entraîne le déversement des eaux usées dans les rues et les caniveaux. L'absence ou la mauvaise canalisation des eaux pluviales favorise l'érosion qui creuse des rigoles, met à nu les infrastructures de distribution d'eau potable ou d'assainissement, dégrade les rues, exhume les fondations des bâtiments construits sur des pentes, détruit certains ouvrages de franchissement.

Le processus d'urbanisation au regard des tendances observables semble irréversible, et les problèmes actuels seront accentués dans l'avenir si rien n'est fait. Il importe de maîtriser l'urbanisation et de promouvoir la bonne gouvernance urbaine. Cela suppose :

1. l'élaboration et l'adoption d'une stratégie nationale d'hygiène publique
2. la poursuite et la mise en œuvre effective de la décentralisation et de la déconcentration de l'administration, de même que le transfert des compétences aux collectivités locales;
3. le renforcement des capacités techniques des structures de collecte et de traitement des ordures ménagères, des déchets médicaux et des déchets industriels;
4. la généralisation et la décentralisation de la pré-collecte, en suscitant une plus grande adhésion communautaire et individuel, notamment les actions des jeunes des quartiers qui y sont impliqués pour en faire de véritables gestionnaires de l'environnement urbain;
5. la dotation des zones urbaines de la Côte d'Ivoire, notamment la ville d'Abidjan de décharges modernes et susceptible de protéger aussi bien l'environnement que les populations

2.5 - PROMOUVOIR UN DÉVELOPPEMENT RURAL INTÉGRÉ

Le développement rural présente des insuffisances. L'activité économique y est très peu diversifiée, elle repose essentiellement sur l'agriculture qui avec l'exploitation forestière ont été à la base de l'essor économique qu'a connu la Côte d'Ivoire durant les deux premières décennies de son indépendance. Les revenus tirés de l'activité agricole ont permis d'amorcer l'équipement et la modernisation du milieu rural.

En dépit de la crise économique qui perdure depuis les années 1980, l'agriculture et l'exploitation forestière subsistent et le seront pour longtemps. Or, s'ils permettent de mobiliser des devises, l'agriculture et l'exploitation forestière de type minier sont à la base de la déforestation accélérée, de la dégradation des sols et de la savanisation subséquentes. Ces effets néfastes de l'agriculture sur l'environnement proviennent du fait que les méthodes utilisées restent archaïques et que les ajustements opérés pour faire face aux besoins croissants en produits agricoles ont été jusqu'à présent de type extensif. Compte tenu de la loi des rendements décroissants, ce processus aboutit à long terme à des ajustements malthusiens : déforestation, perte de la fertilité des sols, baisse des rendements, et perte des revenus des paysans et émigration vers de nouveaux fronts pionniers.

Les défis à relever pour promouvoir un développement rural intégré et lutter contre l'exode rural ainsi que la dégradation de l'environnement passent par :

1. l'organisation de l'agriculture ivoirienne sous forme "d'entreprise agricole";
2. l'adoption des progrès obtenus dans le système de production (nouvelles variétés de plantes, nouveaux itinéraires techniques...);
3. la formation des jeunes entrepreneurs agricoles. Les jeunes qui sont sortis des écoles d'agriculture jusqu'à présent n'ont pas eu tendance à s'installer à leur propre compte sans doute à cause du contenu de la formation reçue. Il importe de créer des filières complémentaires en vue de former des acteurs capables de développer une agriculture rentable et qui ne porte pas de graves atteintes à l'environnement;

4. la diversification des bases de l'économie rurale par la promotion d'activités autres que l'agriculture (artisanat, agro-industrie, services...);
5. le renforcement des infrastructures et des équipements socio-collectifs.

2.6 - AMÉLIORER LA COHÉRENCE, L'EFFICACITÉ ET L'ÉQUITÉ DES SYSTÈMES ÉDUCATIF ET SANITAIRE

En dépit des efforts constants pour développer le capital humain, les dispositifs éducatif et sanitaire sont confrontés à diverses contraintes. Le système éducatif est confronté à des problèmes structurels : dégradation des conditions d'enseignement dans le primaire et le secondaire, faible scolarisation des filles, nombreux cas d'abandons scolaires, inadéquation formation-emploi.

Dans le secteur de la santé, on note la dégradation des infrastructures, la pénurie des médicaments et matériels médicaux dans la plupart des formations sanitaires; ce qui compromet l'atteinte des OMD concernant la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, l'amélioration de la santé maternelle et la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies. Pour lever toutes ces contraintes, des mesures en faveur de la cohérence, de l'efficacité et de l'équité des systèmes sanitaires et éducatifs devraient être prises. La recherche de la cohérence, qui implique la définition d'un ensemble de mesures en fonction des objectifs à atteindre, se situe dans une perspective dynamique à long terme avec une coordination de tous les acteurs, y compris les donateurs. Quant à l'exigence de la cohérence, elle devrait se concrétiser à la fois au niveau des interventions, du calendrier et des acteurs.

Par ailleurs, plusieurs mesures devraient être envisagées pour accroître l'efficacité des systèmes éducatif et sanitaire. Le fondement de ces mesures qui ont trait aux infrastructures, aux ressources financières et aux ressources humaines, devrait être le principe de la correspondance objectifs/ressources disponibles. Au niveau du système éducatif, l'objectif d'assurer l'éducation primaire pour tous nécessite une utilisation judicieuse des infrastructures scolaires existantes. L'amélioration des performances du système éducatif implique également des actions sur la demande globale, notamment celle concernant les filles. Quant au système de santé, il conviendrait de réhabiliter, de construire et d'équiper les formations sanitaires et assurer une meilleure qualité des soins. L'efficacité externe du système sanitaire dépend du maintien à niveau des formations sanitaires réhabilitées et équipées, lequel nécessite la présence sur le terrain de techniciens biomédicaux motivés, compétents et outillés.

L'amélioration de l'équité dans l'accessibilité est une priorité au niveau des plans de développement éducatif et sanitaire et du DSRP. A cet effet, un ensemble de mesures ayant trait aux infrastructures, à l'allocation budgétaire, au personnel sont envisagées. Ainsi, il est prévu au niveau du secteur de l'éducation, la construction de classes en fonction de la carte scolaire, l'augmentation du budget alloué à l'enseignement primaire et plus spécifiquement celui relatif aux actes pédagogiques et au recrutement d'enseignants. Cet ensemble de mesures en complément celles qui existent (gratuité des manuels scolaires, suppression des droits d'inscription, libéralisation du port de l'uniforme, etc.) devrait permettre d'atteindre l'objectif de l'accès pour tous à l'éducation en Côte d'Ivoire d'ici 2015.

Au niveau de la santé, il est envisagé, entre autres, d'augmenter la part des dépenses de santé dans le total des dépenses primaires de l'Etat, d'accroître les infrastructures de santé et de faciliter leur accès aux groupes vulnérables, de faciliter à un plus grand nombre de malades l'accès aux médicaments anti-rétroviraux et au traitement du paludisme.

Une répartition plus équitable du financement peut contribuer à améliorer l'éducation et la santé en diminuant les risques pour les couches défavorisées de renoncer aux services fournis par les systèmes éducatif et sanitaire. Comme la démarche de financement équitable des dépenses de santé testée en Côte d'Ivoire a donné des résultats encourageants, il est souhaité qu'une démarche semblable soit également conduite dans le domaine de l'éducation.

2.7 - METTRE EN PLACE UN PROGRAMME PRIORITAIRE DE FORMATION ET D'INSERTION DES JEUNES

La mise en œuvre des politiques d'emploi depuis les années 1960 a permis des acquis majeurs. Cependant, la longue crise économique des années 1980 a entraîné des suppressions massives d'emplois dans le secteur public et privé. Le déséquilibre entre l'offre et la demande sur le marché du travail a occasionné un chômage massif, surtout des jeunes, et amplifié le développement de l'emploi informel. La situation s'est aggravée avec la crise socio-politique qui dure depuis septembre 2002.

Cette grave crise a favorisé l'émergence de nouvelles catégories de jeunes : les déplacés internes, les combattants, etc. La réinsertion de ceux-ci, y compris les autres catégories de jeunes (déscolarisés, en quête de premier emploi, chômeurs...) devrait constituer une des priorités du gouvernement dans la période post crise afin de garantir une paix sociale et une stabilité politique durables, conditions nécessaires au développement économique et social. La mise en place d'un programme prioritaire de formation et d'insertion socio-économique de tous ces jeunes est d'une urgente nécessité. Les stratégies suivantes sont à envisager :

1. la promotion de l'adéquation "formation-emploi" dans la recherche de solutions appropriées allant dans le sens de la création d'emplois et d'activités génératrices de revenus au bénéfice des jeunes;
2. la redynamisation de la plate forme de services pour l'octroi de moyen conséquent afin de promouvoir à grande échelle les actions de formation et d'insertion des jeunes;
3. l'établissement de partenariats entre les collectivités décentralisées et les institutions nationales et internationales de développement en vue de développer des programmes de formation visant à favoriser l'insertion des jeunes dans les différents corps de métiers

2.8 LUTTER CONTRE LE PHÉNOMÈNE DES ENFANTS TRAVAILLEURS

La pauvreté et le dysfonctionnement du système scolaire sont à la base du travail des enfants, qu'il s'agisse du travail inscrit dans une logique de socialisation ou de traite. Le travail des enfants a des liens avec toutes les formes de pauvretés

(pauvreté monétaire, pauvreté d'existence, pauvreté des potentialités) et comporte plusieurs conséquences à court et long terme. A court terme, il empêche la scolarisation des enfants concernés ou leur sortie précoce du système scolaire, ce qui engendre une pauvreté d'existence. A long terme, l'arrêt de l'accumulation de capital éducatif conduit à une pauvreté dans les potentialités de ces enfants. Il est donc clair que la lutte contre le travail des enfants s'inscrit dans la lutte contre la pauvreté d'une manière générale.

Dans cette perspective, il importe avant tout de prendre des mesures de prévention. Ce qui suppose d'intervenir sur les déterminants collectifs que sont l'insuffisance de la croissance économique, la redistribution de la richesse nationale et l'offre en matière de scolarisation, mais également sur les déterminants individuels que sont le déficit d'information sur les conséquences néfastes de certaines tâches, le confiage des enfants. Les actions suivantes permettraient de lutter contre le phénomène des enfants travailleurs :

1. l'adoption de mesures adéquates pour l'atteinte de l'OMD de l'éducation universelle ; en ce sens, sensibiliser les parents sur le principe de la scolarisation obligatoire et poursuivre et renforcer le système de solidarité consistant à appuyer les enfants des familles démunies notamment ;
2. l'adoption de décrets pour l'application des conventions et accords régionaux ratifiés par la Côte d'Ivoire (Convention Relative aux Droits de l'Enfant, Conventions 138 ; 182 et 184 de l'OIT relatives à la lutte contre le travail des enfants, Accord multilatéral entre les pays de la sous région ouest africaine en 2005...) ;
3. la recherche d'une meilleure synergie entre les intervenants dans la lutte contre le travail des enfants en impliquant davantage les autorités locales.

2.9- ASSURER L'ÉGALITÉ ET L'ÉQUITÉ DE GENRE EN SUSCITANT UN CHANGEMENT CULTUREL

L'héritage culturel est à la base des inégalités constatées entre les femmes et les hommes, qu'il s'agisse des besoins pratiques des femmes (l'accès aux soins de santé, les opportunités d'emplois et de crédits...) ou de leurs besoins stratégiques (les droits juridiques, la suppression de la violence familiale, l'égalité des salaires, le contrôle des femmes sur leur propre corps...). Par exemple, il a été maintes fois reconnu que le droit moderne actuel en Côte d'Ivoire prend en compte la situation des femmes (voir par exemple Tapinos, 2002) cependant les codes traditionnels de la famille subsistent à côté des codes modernes. Pour ces mêmes raisons, l'amélioration de l'offre d'infrastructures scolaires a profité plus aux garçons qu'aux filles. Les données disponibles montrent que la population ivoirienne est composée à des proportions presque équivalentes d'hommes (51%) et de femmes (49%). Le processus de développement du pays ne peut être viable si les femmes sont marginalisées. Dans ces conditions, l'élimination des disparités de genre et l'autonomisation des femmes constituent une priorité. L'atteinte de cette priorité est conditionnée par la modification des systèmes de genre, c'est-à-dire l'ensemble des attentes socialement construites de la société en matière de comportements masculin et féminin. Une attention particulière devrait être portée sur les agents de socialisation, notamment la famille et l'école, qui transmettent habituellement " l'héritage social " qu'est la culture. Cela sera possible par :

1. le renforcement du cadre institutionnel en matière de genre et d'égalité des sexes par l'adoption de la politique nationale et le développement de cadre sectoriel de prise en compte du genre ;

2. l'élaboration du code de la personne et de la famille en Côte d'Ivoire, en tenant compte de l'évolution de la société dans la conception et la révision des textes légaux de sorte à réduire les disparités de Genre, surtout au niveau du droit du mariage, de succession, et pénal (adultère, harcèlement psychologique) ;

3. la prise en compte des différences entre les couches sociales (Hommes/Femmes ; Adolescents-Jeunes/Vieux) dans le programme de désarmement, de démobilisation et de réinsertion, de manière à rétablir l'égalité et l'équité de genre ;

4. la promotion des valeurs constructives et positives, dans l'éducation (formelle et non formelle), et s'assurer que les mass média ne diffusent pas des modèles contribuant à déstabiliser les familles et la paix ;

2.10 - AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ ET LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

La santé de la reproduction enregistre des avancées notables depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement en 1994. Il s'agit notamment de : (i) la définition d'une politique de santé de la reproduction et création d'un programme de santé de la reproduction et de planification familiale et de programmes complémentaires de santé ; (ii) le renforcement des droits en matière de santé de la reproduction (iii) la mise à disposition des acteurs de normes et standards en matière de santé de la reproduction, des instruments de qualité.

Malgré ces efforts, la situation du pays en matière de santé de la reproduction présente encore des insuffisances. On relève en effet, une faible couverture du territoire en service de planification familiale, en personnel de santé, un déficit en maternité rurale. On note par ailleurs une surveillance insuffisante des grossesses, un faible taux d'accouchements assistés par un professionnel de la santé et une surveillance postnatale quasi inexistante. La couverture vaccinale reste faible au regard des normes de l'OMS. Enfin, les hommes s'impliquent peu dans les activités de santé de la reproduction. La crise que vit le pays a aggravé cette situation. Il importe d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services et de la santé maternelle et infantile. Cela suppose :

1. le renforcement des capacités des maternités en Soins Obsétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) de base par le recrutement de sages-femmes dans les maternités rurales et la mise en place de mesures d'incitation en leur faveur, l'équipement conséquent des maternités rurales en forceps et autres ventouses, en appareil d'aspiration pour les mucosités du nouveau-né et en véhicules pour le transfert des cas dystociques ;

2. le renforcement des moyens d'actions de la Direction Centrale du Programme National de Santé de la Reproduction pour l'intégration de la SR dans les structures sanitaires, l'intensification de la lutte contre le cancer, la lutte contre les fistules et la promotion de la planification familiale ;

3. le renforcement des Centres d'Ecoute et de Conseil pour les Jeunes et leur extension à tous les chefs-lieux de départements;

2.11 - AMÉLIORER LES MOYENS DE PRÉVENTION, DE PRISE EN CHARGE DES IST/VIH/SIDA ET ASSURER LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

L'enquête sur les indicateurs du Sida (EIS 2005) offre de constater une séroprévalence du VIH/SIDA de 4,7% en 2005 dans la population générale; ce qui traduit un contexte d'épidémie généralisée. La féminisation du VIH/SIDA constatée au cours des dernières années est confirmée par cette même enquête qui indique une prévalence du VIH de 6,4% parmi les femmes contre 2,9% pour les hommes. La voie sexuelle constitue le principal mode de transmission. Le VIH se propage en conséquence dans les populations ayant des comportements sexuels à haut risque (précocité de rapports sexuels, multipartenariat, non utilisation systématique du préservatif). Certains groupes sont particulièrement exposés : les professionnelles du sexe, les routiers, les migrants, les jeunes, les enseignants, les forces de défense et de sécurité.

La crise militaro politique qui a occasionné de nombreux viols et violences sexuelles, des migrations et déplacements internes des personnes a aggravé la situation. Cette pandémie est devenue aujourd'hui la première cause de mortalité et contribue à la baisse de l'espérance de vie à la naissance. Elle a aussi des conséquences au plan économique et social : réduction des performances économiques du fait de l'absentéisme des malades du SIDA, coûts élevés de la prise en charge des personnes infectées et affectées par la maladie, marginalisation sociale, stigmatisation. Une réponse nationale soutenue et multisectorielle a été développée depuis 1985. Au cours de ces dernières années, le mode de financement de la lutte contre le VIH/SIDA s'est diversifié avec les appuis du Fonds Mondial et du Gouvernement américain à travers le PEPFAR. Cette riposte devrait être renforcée en améliorant les moyens de prévention, de prise en charge adéquate des IST/VIH/SIDA et de sécurité transfusionnelle dans le cadre du plan stratégique 2006-2010. Les stratégies suivantes sont à envisager :

1. l'adoption d'une loi sur la prévention, le traitement et le suivi du VIH/SIDA, conformément aux résolutions du forum des Parlementaires sur la Population et le développement;
2. le développement et la mise en œuvre d'un programme d'urgence de lutte contre la féminisation du VIH/Sida, les stigmatisations et la prise en charge des OEV et la mortalité maternelle;
3. la mise en place d'actions concertées en vue de la mise en œuvre effective du plan d'action nationale de lutte contre le VIH/Sida 2006-2010 ;
4. la promotion du passage à l'échelle des programmes de prévention (CCC, CDV, PTME) et de prise en charge des IST/VIH/SIDA ;
5. la redynamisation des organisations civiles et des communautés en leur apportant des appuis techniques et financiers pour la conduite de leurs activités de prévention et de conscientisation surtout en faveur des professionnelles du sexe, des jeunes et des OEV ;

III - Leçons apprises et perspectives

3.1 - LES PRINCIPALES LEÇONS

Trois principales leçons se dégagent des analyses effectuées. La première leçon est que les obstacles qui se posent au développement durable ne sont pas tous engendrés systématiquement par la croissance démographique rapide, problème qui continue d'inquiéter de nombreux gouvernements depuis le lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La Côte d'Ivoire reste confrontée à une croissance démographique rapide qui, dans un contexte de rareté des ressources, représente un problème majeur. Cependant elle ne peut constituer le seul enjeu d'une politique de population. En effet, les obstacles à l'amélioration du bien-être des populations qui ont été mis en évidence dans la présente analyse ne sont pas tous engendrés par l'effectif de plus en plus croissant de la population. C'est le cas par exemple de la faible scolarisation de la petite fille, qui résulte plutôt des systèmes de genre ; c'est également le cas de la déforestation et de la dégradation des sols qui provient pour l'essentiel d'une faible adoption par les agriculteurs des innovations obtenues dans le système de production ; on peut également citer l'insuffisance d'assainissement du milieu urbain qui est due le plus souvent à des comportements individuels défavorables à la protection de l'environnement et à une gestion inefficace des collectivités.

La deuxième leçon est relative à la question de la prise en compte par le gouvernement des problèmes de population et de développement. Certes, le gouvernement a affirmé sa volonté politique de gérer ces problèmes. Cela s'est traduit, en l'absence d'une planification centralisée comme ce fut le cas dans les premières décennies de l'indépendance, par l'élaboration et l'adoption de plusieurs plans cadres sectoriels. Mais l'engagement des pouvoirs publics reste encore limité. Cela se traduit par la faiblesse des ressources allouées au financement de la plupart des programmes élaborés de sorte que l'exécution de ceux-ci est conditionnée par la disponibilité des ressources extérieures.

La troisième leçon est la contribution importante des bailleurs de fonds et des partenaires au développement dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes destinés à améliorer les conditions de vie des populations. Leur retrait pour une raison ou une autre contrarie fortement l'exécution des activités programmées.

3.2 - LES PERSPECTIVES

Les analyses effectuées ont permis de faire l'état des lieux sur différents thèmes importants du domaine population et développement. Elles fournissent des indications utiles pour les actions de développement aussi bien pour la période immédiate de post-crise que pour le moyen et long termes. Le présent rapport devrait servir à améliorer l'action publique pour la planification et la reconstruction post-crise.

La décision d'institutionnaliser la production annuelle d'un rapport national " sur population et développement " est pertinente eu égard à la complexité des interrelations entre population et développement. En effet, ces interrelations ne sont pas figées, mais dynamiques dans le temps et dans l'espace ; les problématiques devraient être revisitées périodiquement pour appréhender les changements éventuels et identifier les problèmes émergents. Les rapports qui suivront devraient servir à un meilleur suivi évaluation de l'action publique dans le domaine population et développement.

Bibliographie

Références bibliographiques

- Abisse (A.) et al, 1997, Diminution de la séroprévalence VIH chez les donneurs de sang au CNTS d'Abidjan de 1993-1996 ". Xè Conférence Internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, Abidjan-Côte d'Ivoire; du 7-11 Décembre 1997.
- Abou (N.), Koné (K.), 2001, Recensement général de la population et de l'habitat de 1998, tome 1, deuxième partie : indicateurs démographiques et sociaux en 1998, Abidjan, INS.
- Adepoju (A.), 1983, Etude sur la dynamique, l'évolution et les conséquences des migrations, IV : Les villes moyennes au Nigéria : Perspectives en matière de recherche et de politique, UNESCO, Rapport et documents de sciences sociales N° 53
- Adjé (K.G.), 2001, Fécondité, Analyse des résultats définitifs RGPH-98, Volume IV, Tome 3, Institut National de la Statistique (INS), Abidjan.
- Affou (A.), 2006, Une loi foncière critiquable ... mais pas à la base de la rébellion armée en Côte d'Ivoire, in Le Journal des Sciences Sociales n° 3, Abidjan, Décembre 2006.
- AGEFOP, 2002, Rapport d'activité 2002
- AGEPE, 2000, Situation de l'emploi en 1998, Abidjan
- Aghion (P) et Cohen (E.), 2004, Education et croissance, La documentation Française, Paris.
- Ahonzon (E.), Barrere (B.) et Kopylov (P.), 1984, Population de Côte d'Ivoire: Analyse des données démographiques disponibles, Ministère de l'Economie et des Finances, Direction de la Statistique, Abidjan.
- Aka (D. D.), 2001, Situation socio-économique des enfants et des jeunes, Abidjan, INS
- Alla (D. A.) 2002, Croissance démographique, développement dans la sous préfecture de Daloa (Centre Ouest de la Côte d'Ivoire, Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement, volume 2, pp 69-80, Abidjan.
- Allou (M.) et Irié (M.), 2004, Population et développement, " Des Politiques et Programmes, Bunap Infos, N°000, p 2-11, Abidjan.
- Amoakon (B.) et al., 2002, Etude Genre et Pauvreté, Rapport détaillé, Abidjan, GEFICI
- Anoh (A.), 2006, Les politiques de population en Côte d'Ivoire, in Caselli (G.), Vallin (J.) et Wunsch (G.), (dir), Démographie : Analyse et synthèse VII, Population et société, pp.677-721, Paris, Edition de l'INED, 920 p

Antoine (Ph.), Dubresson (A.) et Nanou-Savina (A.), 1987, Abidjan " côté cours ", Paris, Karthala

Appessika (K.), 1999, Etude de cas : Côte d'Ivoire, in CNUEH et Gouvernement du Burkina Faso (éd. Bonne Gouvernance local et évaluation de l'aménagement foncier urbain et en Afrique Sub-saharienne Enjeux et opportunités après la conférence Habitat II, Rapport du colloque régional des professionnels africains, Série Gestion foncière n° 7, Ouagadougou, Burkina Faso, 20-23 avril 1999, pp.42-6.

Appessika (K.), 2003, Case study highlights : Abidjan Côte d'Ivoire, in The Challenge of SLUMS, Global Report on Human Settlements 2003, United Nations Human Settlement Programme

Association Ivoirio-Canadienne, Ministère des Eaux et Forêts, Agence Canadienne de Développement International, 1988, Les énergies domestiques à base de bois et menaces écologiques en Côte d'Ivoire Séminaire de l'année de la forêt, Korhogo.

Attahi (K.), 1998, Côte d'Ivoire : évaluation des réformes de gestion urbaine, in Stren (R.E° et White (R.R. (éds.) avec la collaboration de Coquery (M.), Villes africaines en crise, Gérer la croissance urbaine au Sud du Sahara, Karthala, Paris, pp. 125-186

Attahi (K.), 1999, Abidjan Côte d'Ivoire in MANAGING THE MONSTER, Urban Waste and Governance in Africa; Edited by Adepoju (G.), Onibokun, IDRC CANADA

Attahi (K.), 1999, les outils pour une meilleure gestion urbaine, in STEIN C. (éd) , Development and Urban Africa, Barcelona, CEA, pp.115-126

Attahi (K.), 2000, Decentralisation and Participatory Urban Governance in Francophone Africa, in Swilling (M.) (éd), Governing Africa's cities, Johannesburg, WUP, pp. 161-209

Attahi (K.), Yao (B), 1991, Etude comparative des programmes nationaux de financement des investissements destinés au développement des établissements humains au Cameroun en Côte d'Ivoire et au Sénégal Centre des Nations Unies pour les Etablissement humains (Nairobi)

Ba (A.) et Sarr (I.), 1994, Migration et urbanisation au Sénégal, CERPOD, Rapport de Recherche Vol 1 N°

BAD/République de Côte d'Ivoire, 1997, Programme de soutien aux secteurs des ressources humaines Rapport de la mission d'identification, version préliminaire, République de Côte d'Ivoire.

Balac (R), 1997, L'acheminement de l'économie de plantation ivoirien vers un blocage structurel : analyse d'une crise, In Contamin (B.) et Memel Foté (H.) (éds), Le modèle ivoirien en questions. Crises, ajustements, recompositions, Paris, Karthala, 311-324.

Balac (R), 1998, Gens de terres, gens des réseaux : mécanismes de production et lien social. Pour une nouvelle mise en perspective de l'économie de plantation en Côte d'Ivoire. Thèse de doctorat démographie économique, Institut d'études politiques de Paris, 244 p.

- Banque Mondiale, 1988, Le financement des administrations locales, in Rapport sur le développement dans le monde, Washington D.C., pp. 181-196
- Banque Mondiale, 1989, Côte d'Ivoire, Document de travail sur les ressources humaines, Rapport n° 7587-IVC, 25 janvier.
- Banque Mondiale, 1990, Urbanisation et développement humain, Rapport Mondial sur le développement humain, Washington D.C. , pp. 94-106
- Banque Mondiale, 1994, Projet d'appui à la formation de la population active, Rapport dévaluation, 27 mai, République de Côte d'Ivoire.
- Banque Mondiale, 1994, Vers un développement durable en Côte d'Ivoire. Abidjan.
- BANQUE MONDIALE, 1998, Côte d'Ivoire - La contribution des grandes villes au développement, Abidjan subventionne-t-elle le reste de la Côte d'Ivoire ? Washington D.C. Institut de Développement Economique
- Barbieri (M.) et Vallin (J.), 1996, Les conséquences de la crise économique africaine sur l'évolution de la mortalité, in : Coussy (J.) et Vallin (J.) (dir.), Crise et population en Afrique. Crises économiques, programmes d'ajustement et dynamiques démographiques, p. 319-343, Paris, CEPED, xx p. + 580 p. (Les Études du CEPED, n° 13).
- Beauchemin (C.), 2001, L'émergence de l'émigration urbaine en Côte-d'Ivoire : Radioscopie d'une enquête démographique (1988-1993), les études du CEPED n° 19, CEPED, INS, 310 p..
- Beth (W.), 2002, Egalité entre les sexes et consolidation de la paix : Un cadre d'action, Canada, Agence Canadienne de Développement Internationale (ACDI).
- Bissilliat (J.), Verschur (.), 2000, Cahiers genre et développement, le genre : un outil nécessaire, introduction à une problématique, Paris, l'harmattan.
- Blibolo (D.) et al, 2003, Impact socio-économique à long terme du VIH/SIDA sur les enfants et les politiques de réponse: le cas de la Côte d'Ivoire, UNICEF-Côte d'Ivoire, Abibjan, 164 p.
- Brou (K.) et Charbit (Y.), 1994, La politique migratoire de la Côte-d'Ivoire, Revue européenne des migrations internationales, vol. 10, n° 3, p. 33-59.
- Brynn (G.) Epstein, 2004, The Demographic Impact of HIV/AIDS.
- Bureau des Nations Unies pour l'Afrique de l'Ouest, 2005, Chômage des jeunes et insécurité régionale en Afrique de l'Ouest, Décembre 2005

Bureau National d'Etudes Techniques et de Développement, 1998, Etude Relative aux défis Démographiques Majeurs et au Développement Durable en Côte-d'Ivoire, BNETD, 362 p.

Bureau National de Population, 2002, Programme National d'Actions en matière de population 2002-2006, BUNAP, Abidjan, 121 p.

Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification du développement, 2002, Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté

Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification et du Développement, Programme national d'actions en matière de population 2002-2006, BNUAP, Abidjan

Center for reproductive rights, 2003, Faire peser les droits, New York, publié par le Centre pour les droits reproductifs.

Centre Africain de Recherche et d'Intervention en Développement (CARID), ***, Communication pour le changement de comportement dans le domaine du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire : Analyse des stratégies et de la réponse de 1985 à 2004.

Cling (J. P.), de Vreyer (P.), Razafindrakoto (M.), Roubaud (F.), 2003, La croissance ne suffit pas pour réduire la pauvreté : le rôle des inégalités, DIAL, Paris, 28 p.

Collectif, 1992, Compte rendu séminaire sur l'aménagement intégré des forêts denses humides et des zones agricole périphériques (Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire), université Wageningen, GTZ et Tropenbos.

Collectif, 1997, Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra, (Sud - Ouest de la Côte d'Ivoire), Paris, ORSTOM, ENSEA et GIDIS - CI.

Collomb (P.), Gendreau (F.), 2004, La durabilité du développement : quelles solutions au système des interactions entre population, développement et environnement ?, communication au Colloque "Développement Durable : Leçons et perspectives", Ouagadougou, 1-4 juin 2004, 26 p.

Commission Mondiale sur l'environnement et le Développement, 1989, Notre avenir à tous, Introduction de Brundtland (G. H.), Montréal, Les Editions du Fleuve, xxviii + 434 p. [traduction de Our common future Oxford University Press, 1987].

Comoé (F.E.), 2006, Relation de genre et migration en Côte d'Ivoire : de la décision de migrer à l'insertion dans le marché du travail, Thèse de doctorat de démographie, Université de Montréal, Canada.

Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), 1994, Résumé du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Nations-Unies, 5-13 septembre 1994, Caire.

Coquery-Vidrovitch (C.), 1990, Démographie et déstabilisation politique en Afrique occidentale, in Vilquin

(E.), ed., Révolution et population. Aspects démographiques des grandes révolutions politiques. Chaire Quételet 1989, Institut de Démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Academia, p. 173-202.

Cornet (A.), Cecchini (I.), Holvoet (N.), 2003, Analyse budgétaire en terme de genre et d'égalité hommes-femmes, Gender Budgeting, Bruxelles, Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Cosio-Zavala (M.E.), 2000, Singularités et modalités des transitions de la fécondité en Amérique latine, in : Pilon (M.), Guillaume (A) (éds), Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud, pp. 21-33, Paris, Éditions IRD, (Collection Colloques et Séminaires), pp. 21-33.

Coulibaly (S.) et al., 1974, Les migrations voltaïques : Tome II, Mesure de la migration, 1969-1973, Tome IV, Caractéristiques des migrants et des non-migrants ; République de Haute-Volta, Institut National de la Statistique et de la Démographie, 64 + 111 p.

Coulibaly (S.Z.), 1999, Enquête sur le niveau de vie des ménages, Côte d'Ivoire 1998, Analyse de l'emploi, Abidjan, INS.

CRESARCI, 2000, Etude sur l'utilisation des services médicaux en Côte d'Ivoire. Septembre 2000, Abidjan.

Djangoné-Mian Rachelle ; Kone Idrissa ; KOUAKOU Lucien (2005). « Notification aux partenaires des PVVIH : état de la situation dans deux centres de planification familiale intégrant le dépistage volontaire à Abidjan ». 25e congrès international de la population de l'UIESP ;Tours, France. 18 au 23 juillet 2005.

D'Intignano (B. M.), 2001, Economie de la santé, PUF, Paris.

Dédy (S.) et Tapé (G.), 1994, Jeunesse sexualité et SIDA en Côte-d'Ivoire. Le cas d'Abidjan. PNLIS, Mars 1994, 147 P.

Dédy (S.) et Tapé (G.), 1995, SIDA et procréation en Côte-d'Ivoire, le cas d'Abidjan.

Dedy (S.F.) et Tapé (G.) 1995, Famille et éducation en Côte d'Ivoire, Abidjan, Editions des Lagunes

Desgrées du Lou (A.), et al., 1997, Infection par le VIH-1 et fécondité des femmes: étude rétrospective chez les femmes enceintes à Abidjan, Côte d'Ivoire, 1995-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Desgrées Du Lou (A.), Msellati (P.), Viho (I.), et Welfens (E.C.), 1999, L'évolution du recours à l'avortement, Population, Vol 54, N° 3, p 427- 44.

Diallo (O.) et al., 1997, Trends in sociodemographic and behavioral characteristics, sexually transmitted diseases and HIV infections among female sex workers in Abidjan 1992-1997. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Direction Générale du Plan, 1995, Côte-d'Ivoire 2005 : rapport de synthèse de l'étude nationale prospective, DGP, Abidjan, juillet 1995, version, n° 1, 98 p.

Jé (O.), 2001, Mortalité, Analyse des résultats définitifs RGPH-98 Volume IV, Tome 4, Institut National de la Statistique (INS), Abidjan.

Dubresson (A.), 1987, Discours et pratique de l'aménagement du territoire en Côte d'Ivoire : derrière la contradiction, l'Etat, in Terray (E.) (éd), L'Etat contemporain en Afrique, Paris, l'Harmattan, pp.123-140

Dubresson (A.), 1989, Villes et industries en Côte d'Ivoire, pour une géographie de l'accumulation urbaine, Karthala, Paris.

Dupuy (R., M.), 1997, La prévention du SIDA et les jeunes : une nouvelle approche en milieu scolaire, Comité National d'orientation du Plan SIDA de l'Église Catholique, Abidjan, Côte d'Ivoire, Xè Conférence Internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, Abidjan-Côte d'Ivoire; du 7-11 Décembre 1997.

Dureau (F), 1982, Analyse quantitative de la migration en Côte d'Ivoire, Mémoire de D.E.A. de Démographie, Paris, 255 p.

Dureau (F), 1987, Migration et Urbanisation, le cas de la Côte d'Ivoire, Paris, Editions de l'ORSTOM, collection Etudes et Thèses, 654 p.

Egnankou (W.M.), 1987, La mangrove ivoirienne en voie de disparition, Annales de l'Université d'Abidjan, série E (Ecologie), tome XIX, pp 9-27, Abidjan.

Eholie (S.P.) et al., 1997, Evaluation du coût direct de la prise en charge hospitalière des sidéens au service des maladies infectieuses et tropicales et du CHU de Treichville. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Ekanza (S.P.), 2005, La Côte-d'Ivoire à la recherche de son identité, Le Journal des Sciences Sociales n° 2, Abidjan, Décembre 2005, pp : 7-22

Elong Mbassi (J.P.), 2005, Quelle gouvernance pour les villes d'Afrique ? in Villes en Développement, n° 67-68, pp.6-7

Enoh (M. G.), 2003, Equité de financement de la santé en Côte d'Ivoire, février, INS.

MSVG/ENSEA/UNFPA 2005, Conditions de vie des personnes déplacées internes et des familles d'accueil en zone gouvernementale : résultats de l'enquête" (enquête PDI-FAC).

Equipe de communication de la commission économique pour l'Afrique, 2004, Indice de Développement, et des Inégalités entre les Sexes en Afrique, Addis-Abeba, Equipe de communication de la CEA.

Essoh (B.), 2001, État et structure de la population, Analyse des résultats définitifs RGPH-98 Volume IV, Tome 1, Institut National de la Statistique (INS), Abidjan.

Falloux (F.), Talbot (L.), 1992, Crise et opportunités, Paris, Maisonneuve et Larmer et ACCT.

FAO, 1997, Impact du VIH/SIDA sur les systèmes d'exploitation agricole en Afrique de l'Ouest- Rome

Fargues (Ph.), 1981, Les migrations en Côte d'Ivoire d'après le recensement de 1975, Abidjan, CIREC, Document de travail n° 37, 185 p.

Farvacque-Vitkovic (C.) Godin (L.), 1997, L'avenir des villes africaines, Enjeux et priorités du développement urbain, Washington, Banque Mondiale

FDFP, 2002, Annuaire des statistiques de la formation professionnelle continue en Côte d'Ivoire Année 2002

FDFP, 2003, Annuaire des statistiques de la formation professionnelle continue en Côte d'Ivoire Année 2003

FDFP, 2004, Annuaire des statistiques de la formation professionnelle continue en Côte d'Ivoire Année 2004

FNUAP, 1999, Population et développement durable. Cinq ans après Rio, 38 p.

Gendreau (F.), 1991, Avant-propos, in Gendreau (F.), Meillassoux (C.), Schlemmer (B.), Verlet (M.), eds, 1991, Les spectres de Malthus, Paris, EDI-ORSTOM-CEPED, p. 7-13.

Gendreau (F.), Piché (V.), 2001, "Introduction : Les transitions démographiques à l'aube du XXI^e siècle", in Gendreau (F.), Poupard (M.), (éds), Les transitions démographiques des pays du Sud, ESTEM-UREF, Universités francophones, Paris, p. 3-22.

Gendreau (F.), Véron (J.), 1998, La démographie, objet de fantasmes ?, in Schlemmer (B.) ed., Terrains et engagements de Claude Meillassoux, Paris, Karthala, p. 309-324.

Grignon (M.), 2004, Les comparaisons internationales des systèmes de santé : apports et difficultés des classements de performances, in Chronique Internationale de l'IRES, n° 91, novembre.

Guillaume (A.), 1999, Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU Com d'Abidjan, IRD/ENSEA, (Rapport d'enquête).

Guillaume (A.), 2004, Fréquence et conditions du recours à l'avortement, in Guillaume (A.) et Khat (M.) (eds.), Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique, Paris, CEPED, (Les collections du CEPED Rencontres), pp. 73-94.

Hans-Ulrich Caspary, 1999, Utilisation de la faune sauvage en Côte d'Ivoire et l'Afrique de l'Ouest - potentiels et contraintes pour la coopération au développement, Eschborn, GTZ.

Hare, (L.) et al. 2004, Approche stratégique pour la sécurité des produits de la santé de la reproduction. Un outil pour l'évaluation et la mise en œuvre/ Center for communication programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public health.

Hauhout (A.A.), 2002, Développement, Aménagement, Régionalisation en Côte d'Ivoire, Abidjan EUCI

Hugon (P.), 2002, Rétrospective et perspective économiques, in Tapinos (P.G.) Hugon (P.) et Vimard (P.) (éd), La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle, Défis démographiques et développement durable, Paris, Karthala, pp. 137-192

Hugon (P.), 2002, L'éducation , in. Tapinos, (G. P.), Hugon, (P.), Vimard, (P.) (édd.), La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIè siècle, Editions KARTHALA, Paris.

IASC CAP SUB-WORKING GROUP, 2006, Le cadre d'analyse des besoins : renforcer le processus d'analyse et de présentation des besoins humanitaires dans le CAP, Abidjan.

INS (Institut National de la Statistique), 2002, Situation Démographique Nationale, " Tome1 : synthèse des principaux ", Abidjan, INS.

INS (Institut National de la Statistique), 2003, Situation Démographique Nationale, " Tome 3 : Perspectives Démographiques Ensemble Côte d'Ivoire : 1998 - 2018 ", Volume V, Abidjan, INS.

INS, 2004, Tableau de bord social de la Côte d'Ivoire, tome 1 : Analyses thématiques, PNUD.

Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire) et ORC Macro. (2001) " Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999.

Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire), 2001, Recensement Général de la Population et de l'Habitation 98 : Migration - urbanisation, Volume 4, Tome 2, Abidjan, INS.

Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire), 2001, Recensement Général de la Population et de l'Habitation 98 : Caractéristiques des ménages et conditions de vie des Populations, Volume 4 Tome 12, Abidjan, INS.

Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire), 2003, Enquête sur le niveau de vie en Côte d'Ivoire (ENV) 2002, Abidjan, INS.

Institut national de la statistique (INS) et ORC Macro, 2001, Enquête démographique et de santé. Côte d'Ivoire 1998-1999, Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro, 298 p.

Institut National de la Statistique (INS), 1992, Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028, Tome 5, Analyse des résultats définitifs du RGPH-88, Abidjan

Institut National de la Statistique (INS), 1992, Recensement général de la population et de l'habitation de 1988, Volume III : Structure, état matrimonial, fécondité et mortalité. Résultats définitifs, Abidjan Institut National de la Statistique, 222 p.

Institut National de la Statistique (INS), 1992, Répartition spatiale de la population et migrations, Tome 2, Analyse des résultats définitifs du RGPH-88, Abidjan.

Institut National de la Statistique (INS), 1992, Structure, Caractéristiques socio-économiques de la population, Analyse des résultats définitifs, RGPH-88, Tome 3, Abidjan.

Institut National de la Statistique (INS), 2000, Premiers résultats définitifs du RGPH-98, Abidjan.

Institut National de la Statistique (INS), 2002, Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1998-2018, Volume V, Tome 3, Situation démographique nationale, Abidjan

Institut national de la statistique (INS), Ministère de la Lutte contre le Sida (Côte d'Ivoire) et ORC Macro, 2006, Enquête sur les indicateurs du sida, Côte d'Ivoire 2005 (EIS-CI), Calverton, Maryland, USA : INS et ORC Macro, 263 p.

Institut National de la Statistique, 1998, Recensement Général de la Population 98: État et structure de la population, Vol 4, Tome 1, 118p.

Institut National de la Statistique, 1992; Recensement Général de la population et de l'Habitat 1988, Répartition spatiale de la population et Migration, Analyse des résultats définitifs, Tome 2, volume 3, INS, Abidjan, 201 p.

IPS-CNPS, 2005, Rapport d'activités 2004, avant-projet.

JSI/DELIVER, 2005, Stratégie sous régionale pour la sécurité des produits de la santé de la reproduction en Afrique de l'ouest : un document conceptuel.

Kadio Morokro (S.) et Coulibaly, 1999, Point sur l'épidémie du VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, 1987-1997.

Kipré (P.), 1988, Sociétés urbaines africaines et pratiques sociales de l'espace urbain : le cas ivoirien (1930-1960), in Coquery-Vidrovitch C. (éds.), Processus d'urbanisation en Afrique, Tome 2, L'Harmattan/Villes et Entreprises, Paris, pp.37-46

Knowles, (J. C.) et Leighton (C.), 1997, La mesure de la réforme du secteur de la santé pour évaluer la performance du système : manuel des indicateurs, Rapport n° 1. Bethesda, MD (USA).

Koffi (N.) et al, 2006, Migration forcée, forme et configuration des ménages en Côte d'Ivoire : les conséquences familiales et sociales de la crise de 2002, communication au symposium international sur " Dynamiques familiales en Côte d'Ivoire: défis et perspectives", Abidjan 27- 30 Novembre 2006.

Koffi (N.), Kouye (P.) et Sika (L.), 1994, La planification familiale dans le département d'Aboisso, Etudes et recherches, ENSEA, 137 p + annexes.

Koné Miaman; Djangoné-Mian Rachelle (2004). « Evaluation d'impact de la pandémie du VIH/Sida sur la production agricole : Approche méthodologique et application »; Winrock International/REI; 2004.

Koné (M.) et Kouamé (N.), 2005, Socio-anthrologie de la famille en Afrique : évolution des modèles en Côte d'Ivoire, Abidjan, CERAP

Kouadio (B. H.), 2001, Insécurité climatique et géorisques en Afrique de l'Ouest : Apport des systèmes d'informations géographiques et de la télédétection à l'étude des phénomènes à risques naturels dans la région Semi - Montagneuse de Man (Ouest de la Côte d'Ivoire), Doctorat de 3e cycle, Université de Cocody, Abidjan.

- Kouadio (B. M.), 2004, Explication de la croissance en Côte d'Ivoire, CREA, Nairobi, Kenya.
- Kouamé (G.), 2006, Du conflit intra-familial au conflit inter-communautaire autour des transferts fonciers. Le cas de la société Abouré (Basse Côte d'Ivoire), *Le journal des Sciences Sociales*, n°3, Abidjan décembre 2006.
- Kouyé (M.P.) et al, 2006, Etude socio-antropologique des fistules obstétricales en Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de l'hygiène publique/UNFPA, Abidjan.
- Lachaud (J.P), 1989, Le marché du travail urbain en Côte d'Ivoire : Structure et segmentation, Institut international d'études sociales, Genève, Série Recherche N° 95
- Lea Salmon-Marchant, 2004, Les enfants de la rue à Abidjan, Paris, l'Harmattan
- Leduc (B.), Offoumou (F.), Koné (K.), 2001, Programme transversal pour l'avancement des femmes et l'égalité des Genres (PAFEG), rapport provisoire, Abidjan, MFFE.
- Legrain (G.), Delvoye (P.), Rasolofomanana (J.), 2001, La santé de la reproduction Pratique et Opérationnelle.
- Lesourd (M), 1985, Migrations et développement rural en Côte d'Ivoire ; Thèse Doct. 3e cycle Université Paris X, Cah. Géogr. de Rouen, n° 24 98 p.
- Liagui (O), 2006, Etude des facteurs de sous utilisation des services de planification familiale et de prévention des Ist/vih/sida par les population des districts de bondoukou et de Tanda. Mémoire diplôme supérieur de gestion, UCAD/ISED.
- Locoh (T.), 2001, Genre et développement : théories et mises en œuvre des concepts dans le développement, Colloque International Genre, Population et Développement en Afrique, Abidjan, ENSEA, IFORD, INED, UAPS, UEPA.
- Locoh (Th.) et Koffi (N.), 1999, Genre, Population et Développement en Afrique de l'Ouest, UNFPA/ENSEA, Abidjan.
- Logossah (K. D.A.), 1994, Capital humain et croissance économique : une revue de la littérature, in *Economie et Prévision*, n° 116, pp 17-34.
- Loriaux (M.), 2006, La guerre du développement est-elle déjà perdue ou en voie d'être gagnée. Simples réflexions sur la population et le développement et les tentatives de les associer depuis Malthus jusqu'aux objectifs du millénaire, en passant par la CIPD du Caire" ?, Conférence introductive au Symposium international sur "la formation et la recherche en science de la population pour le développement de l'Afrique", IFORD, Yaoundé, 23-25 mai 2006, 16 p. multigr.
- Loucou (J-N), 1984, Histoire de la Côte-d'Ivoire, 1. La formation des peuples, Abidjan, Editions CEDA, 208 p
- Malthus (T.), 1798, Essai sur le principe de population, Réédition INED, 1980, Paris, 166 p.

Mbaye (A. A.), 2002, Capital humain, compétence et productivité du travail au Sénégal : une analyse empirique, in Economie et Sociétés, Série F, n° 40, pp. 567-588.

MCPD/UNFPA, 2005, Rapport national sur l'état et le devenir de la population du Bénin (REP 2003), Cotonou, MCPD/UNFPA.

MDPDI, 1996, Projet de Déclaration de Politique Nationale de Population, République de Côte d'Ivoire, Ministère Déléguée auprès du Premier Ministre chargé du Plan et du Développement Industriel (MDPDI), Décembre 1996, 1-33.

MEMSP, 2004, Atelier sur la généralisation de la prise en charges des personnes vivant avec le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire : Aboisso, du 11 au 13 février 2004, Rapport final, 24p

MFPSS, UNFPA, 2003, La famille et les défis du développement au Bénin, Cotonou, MFPSS, UNFPA.

Ministère d'Etat, Ministère de l'Agriculture, 2004, Annuaire des statistiques agricoles 2000, 2001, 2002, 2003, Abidjan.

Ministère d'Etat, Ministère de l'Agriculture, 2005, Annuaire des statistiques agricoles 2004, Abidjan.

Ministère d'Etat, Ministère de l'Environnement, 2004, Mise en œuvre de la Convention des Nations Unies de Lutte Contre la Désertification (UNCCD), Abidjan.

Ministère de l'Agriculture et des Eaux et Forêts, 1984, Annuaire des statistiques agricoles et forestières, Abidjan.

Ministère de l'Agriculture et des Eaux et Forêts,***, Annuaire rétrospectif des statistiques agricoles et forestières 1900 -1983 : Tome 3- Les produits vivriers et les produits forestiers bruts et transformés.

Ministère de l'Agriculture et des Eaux et Forêts,***, Annuaire rétrospectif des statistiques agricoles et forestières 1900 -1983 : Tome 1- L'agriculture et la forêt dans l'économie ivoirienne ;

Ministère de l'Agriculture et des Eaux et Forêts,***, Annuaire rétrospectif des statistiques agricoles et forestières 1900 -1983 : Tome 2- Les produits agricoles destinés à l'industrie et à l'exportation ;

Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales, 1992, Plan Directeur du Développement Agricole, 1992-2015, Abidjan.

Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales, 1997, Structures agricoles et des ressources animales en Côte d'Ivoire : défis et perspectives, Abidjan.

Ministère de l'Agriculture, 1980, Statistiques agricoles, Abidjan.

Ministère de l'Education et de la Formation de Base/Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle/Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche, et de l'Innovation Technologique, 1997, Plan National de Développement du Secteur Education/Formation (PNDEF), Actes de la Table Ronde des bailleurs de fonds, 3 au 5 septembre, Yamoussokro.

Ministère de l'Education Nationale et de la Formation de Base, Ministère de l'Enseignement Technique et de la Formation Professionnelle, Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation Technologique, Septembre 1997, Plan national de développement du secteur éducation/formation, PNDEF 1998-2010, Actes de la table ronde des bailleurs de fonds, 3au 5 Septembre 1997 à Yamoussoukro

Ministère de l'Education Nationale/ROCARE, 2004, Evaluation de l'impact du conflit armé sur le système scolaire dans les zones sous contrôle de la rébellion, Rapport final, Abidjan, Décembre.

Ministère de l'Emploi et de la Fonction Publique, Janvier 1995, Plan national de l'Emploi, Abidjan.

Ministère de l'Enseignement Technique, de la Formation Professionnelle et de l'Artisanat, 1995, Etude de cas : Le Programme d'Absorption des Jeunes Déscolarisés (PAIJD) 1995-2000 Abidjan.

Ministère de l'Environnement et de Cadre de Vie, Stratégie nationale de conservation et d'utilisation durable de la diversité biologique de la Côte d'Ivoire, Abidjan

Ministère de l'Environnement et du Cadre de Vie, 2002, Rapport d'évaluation de la mise en œuvre de l'Agenda 21 en Côte d'Ivoire, Abidjan.

Ministère de l'Environnement, 1995, Environnement de Côte de d'Ivoire, Abidjan, la documentation ivoirienne

Ministère de l'Environnement, 2003, Diagnostic de l'environnement du littoral de Côte d'Ivoire, Abidjan, SECA et BOPA

Ministère de la Famille de la Femme et de l'Enfant, 2003, Plan national d'action de la femme 2003-2007, UNFPA.

Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant, Décembre 2002, Plan national d'action de la femme 2003-2007, Abidjan.

Ministère de la Fonction Publique et de la Prévoyance sociale, 1999, Plan de relance de l'Emploi 1999-2000, Abidjan.

Ministère de la Jeunesse et du Service Civique, Janvier 2004, Politique nationale e la Jeunesse et du Service Civique, Abidjan.

Ministère de la Jeunesse et du Service Civique, Juillet 2004, Actes du séminaire sur " Projet de validation de politique nationale de la jeunesse et du service civique ", IIAO de Grand-Bassam

Ministère de la Jeunesse et du Service Civique/FNUAP, 2005, Promotion de la santé sexuelle et de la reproduction et de la prévention des IST/VIH parmi les adolescents et les jeunes, Abidjan.

Ministère de la Jeunesse et du Service Civique/UNFPA, 2005, Etude de la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes de 12 à 24 ans en Côte d'Ivoire., Rapport d'étude, Abidjan.

Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, Mars 2001, Actes du forum national sur la jeunesse, l'emploi et la formation professionnelle, IIAO de Grand-Bassam

Ministère de la Jeunesse, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, Mai 2002, Plan de développement de l'Emploi 2002-2005, Abidjan.

Ministère de la Lutte contre le SIDA, 2005, Evaluation de la participation des entreprises du secteur privé à la lutte contre le SIDA. Projet de rapport.

Ministère de la lutte contre le SIDA, 2006, Rapport de revue pour le plan national stratégique de lutte contre le VIH/SIDA, 2006.

Ministère de la Lutte contre le SIDA, 2006, Rapport National de la Côte d'Ivoire, UNGASS, 2006.

Ministère de la lutte contre le SIDA: Evaluation des conséquences de la crise sociopolitique sur la lutte contre le VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, 2005-2006

Ministère de la Promotion Economique et du Développement, 2000. État de la population du Tchad en 1999: croissance démographique et dégradation de l'environnement. N'Djaména, imprimerie du Tchad.

Ministère de la Santé publique, 1996, Plan national de développement sanitaire 1996-2005. Tome 1: Diagnostic, politique et stratégies.

Ministère de la Santé Publique, 2000, Annuaire sur la situation sanitaire 1998, Abidjan.

Ministère de l'Environnement, de la Construction et de l'Urbanisme, 1991, Rapport national sur l'Etat de l'Environnement en Côte d'Ivoire, Abidjan.

Ministère de Lutte contre le VIH/SIDA, 2002, Enquête de surveillance des comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA en Côte d'Ivoire, Rapport d'analyse.

Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la santé, 2002, Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000, Abidjan

Ministère délégué auprès du Ministre de la Solidarité chargé de la santé, (2002), Rapport sur la situation sanitaire des années 1999 et 2000, République de Côte d'Ivoire, Abidjan, Novembre.

Ministère Délégué auprès du Ministre de la Solidarité, chargé de la santé, 2002, Revue des Dépenses Publiques dans le Secteur de la santé en Côte d'Ivoire (1995-2001), Rapport Final, tome 1, PDSSI IDA-2893 IVC.

Ministère délégué auprès du Premier Ministre, chargé de l'Economie, des Finances, du Commerce et du Plan, 1991, Déclaration de politique de développement des ressources humaines, République de Côte d'Ivoire, octobre 1991. Abidjan.

- Ministère délégué auprès du Premier Ministre, chargé de l'Economie, des Finances et du Plan, Juillet 1998, Côte d'Ivoire 2025 Rapport de synthèse de l'étude nationale prospective
- Ministère des Eaux et Forêts, 2001, Bilan et Perspectives des Activités, Séminaire Gouvernemental, Abidjan.
- Ministère des Eaux et Forêts, 2002, Programme de gestion durable des forêts, Abidjan.
- Ministère des Sports et Loisirs, 2001, Plan stratégique triennal pour le développement du sport et des loisirs en Côte d'Ivoire, Abidjan.
- Ministère du plan et du Développement (MPD), 2004, Tableau de bord Social, Côte d'Ivoire, 2003, Tome 1 : Analyses Thématiques. Abidjan
- Ministère du plan et du développement industriel, commission nationale de prospective, 1997, Côte d'Ivoire 2025, rapport de synthèse, Neter, Abidjan.
- Ministère du plan et du développement, 2003, Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, Abidjan, publication du Ministère du Plan et du Développement
- Ministère du plan et du développement, 2004, Tableau de Bord Social Côte d'Ivoire 2003, Tome1 : Analyses Thématiques, Abidjan, publication du Ministère du Plan et du Développement.
- Ministère du Plan, 1977, Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980, Abidjan.
- Ministère du Plan, 1983, Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1981-1985, Abidjan.
- Ministère du Plan, 1968, Plan quinquennal de développement 1971-1975, Abidjan
- Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant, 2002, Plan National d'Action de la Femme (2003-2007), Abidjan., MFFE.
- MLS, 2006, Canevas de collection de l'Information sur le financement du PNLS 2006-2008, groupe de travail chargé de l'élaboration du plan stratégique de lutte (MLS) contre le SIDA 2006-2010.
- MLS/MEMSP, 2003, Politique nationale de la prévention de la transmission mère-enfant
- MLS/RETRO-CI, 2004, Surveillance du VIH et de la syphilis par réseau sentinelle dans les centres de protection maternelle et infantile en Côte-d'Ivoire. Notification des cas de SIDA dans les capitales de région de Côte-d'Ivoire. Rapport 2000-2004.
- Morrisson (C.), 2002, " Santé, éducation et réduction de la pauvreté ", in Cahier de politique

- Msellati (P.) et al., 1997, Prévention de la transmission mère enfant du VIH en Afrique: acceptabilité du dépistage et du processus d'inclusion chez les femmes enceintes à Abidjan. CISMA, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- MSP, 2004, Organisation de la prise en charge médicale des PVVIH, Programme Nationale de Prise en Charge (PNPEC).
- MSP, 2004, Rapport d'activité 2004 Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, Abidjan.
- MSP, 2004, Rapport Programme National de Lutte contre le Paludisme 2004, Abidjan.
- MSP, 2005, Rapport 2005 Programme National de Santé Scolaire et Universitaire 2005, Abidjan.
- MSP, 2006, Plan d'action national Orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/SIDA 2004-2006.
- MSP/PNLS/ MST/TUB, 1998, Rapports de notification des cas de SIDA, 1998.
- MSP/UNFPA/Pop Council, 2000, Etude sur l'analyse situationnelle des services de santé de la reproduction dans les départements de Bondoukou et de Bouaflé, Juin 2000.
- Muhuri (P.K.), Blanc (A.K.) et Rutstein (S.O.), 1994, Socioeconomic differentials in fertility, Calverton, Maryland, Macro International Inc., 79 p. (Demographic and Health Surveys, Comparative Studies n° 13), 79 p..
- N'Cho (A. S.), 2003, Analyse des dépenses publiques de santé en Côte d'Ivoire, Mémoire de DEA-PTCI, Université de Cocody.
- N'Da (N), 1999, Vers une nouvelle lecture urbaine et de nouvelles pratiques professionnelles face à l'émergence des collectivités locale en Afrique noire francophone, in Stein (C) (éd.) Développement and Urban Africa, Barcelona, CEA, pp. 115-126
- Nations Unies, 1974, Plan d'action mondial sur la population, New-York, 32 p.
- Nations Unies, 1998, Programme d'action adopté à la conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New-York, 204 p.
- Nations Unies, 2000, Déclaration du Millénaire, New-York, 10 p.
- Nations Unies, 2005, Objectifs du Millénaire pour le développement, Rapport 2005, New York.
- NATIONS UNIES, 2006, Côte d'Ivoire 2006, Situation humanitaire à tabou, 17 p.
- Ndabalishye (I.), 1992, Agriculture et environnement en zone forestière ivoirienne, Abidjan, Banque mondiale.
- Nkengasong (J.N) et al. 2000, Distribution of HIV-1 subtypes among HIV-seropositive patients in the interior of Côte d'Ivoire, J Acquir Immune Defic Syndr. Apr 15, 23(5):430-6.

OMS, 2002, Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, Genève.

OMS, 2003, Médecine traditionnelle, Rapport du Secrétariat.

OMS, PNUD, 1994, Women and Aids; Agenda for Action. Geneve. Publication de l'OMS

ONUSIDA, 1998, Le VIH/SIDA et le corps des enseignants. Projet impact du VIH/SIDA sur le système éducatif Ivoirien. Bulletin N° 4.

ONUSIDA, 2005, Le point de l'épidémie de SIDA, décembre 2005. ONUSIDA / OMS.

Orivel (F.), 1995, Problèmes et perspectives des systèmes éducatifs, in Michel (V.), (éd.), Education, emploi et ajustement, Paris, Economica.

Osmot (A.), 2005, L'état de la réflexion sur la gouvernance urbaine dans les PED, in Villes en Développement, n° 67-68, pp.4-5

Ouattara (F. S.), 2006, Analyse de la contribution financière de l'OMS au fonctionnement du système de santé ivoirien de 1995 à 2003, Mémoire de fin de cycle, DESS Economie de la santé, CESAG, Dakar.

Pallix, (G.), Comolet (A.), 1996, L'impact environnemental des politiques macro-économiques d'ajustement structurel en Côte d'Ivoire, Paris, Planistat Europe.

Paulais (T.), 1995, Le développement urbain en Côte d'Ivoire, les projets de la Banque Mondiale, Karthala, Paris.

Pavy (J.M.), Van Outryve d'Ydewalle (S.), 1996, Biodiversité - Importance et Conservation en Côte d'Ivoire, Table ronde des bailleurs de fonds pour l'environnement, Abidjan.

Perraud, (A.), 1971, Pédologie, in Atlas de Côte d'Ivoire, I.G.T., ORSTOM, Abidjan.

Pilon (M.) et Vignikin K.), 1996, Stratégie face à la crise et changements dans les structures familiales in: Coussy (J.) et Vallin (J.) (éds.), Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques, p. 471-493, Paris, CEPED, 580 p. (Les Études du CEPED n° 13).

PNUD, 2003, Tableau de Bord Social 2001, Côte d'Ivoire, Tome 1, Analyses thématiques, Abidjan

Pokan Wadja Kemajou (J.), 1998. Pression démographique et dégradation de l'environnement dans une région forestière du Sud du Cameroun : le cas de Moungo, Cameroun, UEPA.

Population Reference Bureau (PRB), 2005, Women of our World, Washington, D.C

Population Service International, 2004, Analyse des comportements à risque des IST/VIH/SIDA auprès des forces armées de Côte d'Ivoire, Abidjan.

- Population Service International, 2005, Promotion du test de dépistage volontaire en Côte d'Ivoire : évaluation de la campagne masse média, Abidjan.
- Prevost (M.), 1985, Politique de l'Habitat : d'un âge à un autre, in Cités Africaines, n° 2, Janv. Mars, pp.24-28.
- Primature, 1996, Programme présidentiel sur les dix sentiers du futur : l'éléphant d'Afrique en marche. Objectifs et stratégies de développement de la Côte d'Ivoire : 2000-2005, tome 1, Abidjan, CDA.
- Proceedings of a technical meeting for the Development of a framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, care, treatment and support in the Health sector, October 2005, World Health Organization, Geneva.
- Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement, décembre 2003, Abidjan.
- Récapitulatif du financement des DAP du PNLS 2002-2004 et du Plan Intérimaire 2005.
- République de Côte d'Ivoire, 1995, Côte d'Ivoire 2025 : Rapport de Synthèse de l'Etude Nationale Prospective, version N°1
- République de Côte d'Ivoire, 1995, Côte d'Ivoire 2025, Rapport de synthèse de l'étude nationale prospective, version n° 1, Abidjan, juillet, Abidjan.
- République de Côte d'Ivoire, 1995, Eléphant d'Afrique : Objectifs et stratégies de développement de la Côte d'Ivoire 1995-2000, tome 1, Abidjan.
- République de Côte d'Ivoire, 1998, Réunion du Groupe consultatif " Lutte contre la pauvreté, Document stratégique, mai.
- République de Côte d'Ivoire, 1999, Programme présidentiel sur les 10 sentiers du futur, l'éléphant d'Afrique en marche, Objectifs et Stratégies de Développement de la Côte d'Ivoire : 2000-2005, Abidjan.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère du plan, 1995, Enquête Ivoirienne sur les Migrations et l'Urbanisation, Rapport National descriptif. INS, CIREs, ITG, IES, 202 p.
- République de Côte d'Ivoire/Ministère de la Santé, 1996, Plan National de Développement Sanitaire, Abidjan.
- République de Côte d'Ivoire/Système des Nations-Unies en Côte d'Ivoire, 2003, Rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement.
- Revue canadienne. VIH/SIDA et Droit vol 7, n° 2-3, décembre 2003
- Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), 2002, Connaissance, attitude et comportements en matière d'IST/VIH/SIDA chez les jeunes du milieu urbain en Côte d'Ivoire, Juin 2002. Abidjan.

- Santé Famille et Prévention du SIDA (SFPS), 2002, Connaissance, attitudes et comportements en matière d'IST/VIH/SIDA chez les jeunes du milieu urbain en Côte d'Ivoire, Abidjan, Janvier 2002.
- Sauvy (A.), 1966, Théorie générale de la population. Volume 2, Paris, PUF, 397 p.
- Sika (L), Bentuni (K.), Kouamé (S.A.), 2005, Santé sexuelle et de la reproduction des Adolescents et des Jeunes de 12-24 ans en Côte d'Ivoire. ENSEA, UNFPA (Projet IVC /03 /P02).
- Sombo (N.) et al., 1995, Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994, Calverton, Maryland, USA, Institut National de la Statistique et Macro International Inc.
- Sombo (N.) et al., 1995, Enquête Démographique et de Santé, Côte d'Ivoire 1994, Calverton, Maryland, USA, Institut National de la Statistique et Macro International Inc.
- Stren (R.), 2005, La gouvernance dans le développement urbain, in Villes en Développement, n° 67-68, pp.2-3
- Stren (R.), Attahi (K.), 1991, Building Municipal Institutions in Africa : The World Bank Experience in Côte d'Ivoire, 1978-1990, The World Bank, Infrastructure and Urban Development Department, Discussion Paper
- Tapé (G.), 1997, Adolescence, sexualité, relations familiales et infections à VIH; ENS Abidjan, Xè Conférence Internationale sur le SIDA et les maladies sexuellement transmissibles, Abidjan-Côte d'Ivoire; du 7-11 décembre 1997.
- Tapinos (G. P.), 2001, Introduction, in Tapinos (G. P.), Hugon (P.), Vimard (P.), eds., La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle. Défis démographiques et développement durable, Paris, Karthala, p. 7-11.
- Tapinos (G. P.), Hugon (P.), Vimard (P.), eds., 2002, La Côte d'Ivoire à l'aube du XXIe siècle. Défis démographiques et développement durable, Paris, Karthala, 498 p.
- Tastet (J. P.) et al., 1985, La dynamique sédimentaire littorale devant Abidjan, impact des aménagements; contribution à la compréhension des phénomènes d'érosion et de sédimentation, Abidjan.
- The Development Planning Unit, 2002, Sustainable urbanisation: Brindging the Green and Brown Agendas; University College London
- Thomas Legrand, 1998, Croissance de la population mondiale et environnement : les enjeux, n°2, PP. 221-252, Université de Montréal.
- Tiéhi (T. N.), 2006, Analyse économique du système de santé : fondements théoriques et essai d'évaluation des performances productives du système public de soins en Côte d'Ivoire, Thèse de doctorat (en cours), Université de Cocody.

- Touré (M.), Ouattara (S.), Annan-Yao (E.), 1993, Dynamique de population et stratégies de développement en Côte d'Ivoire, in Migrations et Urbanisation au sud du Sahara : Quels impacts sur les politiques de population et de développement ?, CODESRIA Dakar.
- U.S. Census Bureau, International Programs Center, 2000, "Country Profiles." Available via the Internet: at www.census.gov/ipc/www/hivctry.html.
- UNFPA, 2004, État de la population mondiale.
- UNFPA, 2005, Promesse d'égalité, État de la Population Mondiale 2005, New York.
- UNFPA, 2005, Rapport du Forum régional des jeunes, Luzaka-Zambie
- UNFPA, 2006, Rapport du Forum panafricain de la jeunesse, Addis-Abeba
- UNICEF, 1996, Analyse de la situation des femmes et des enfants de Côte d'Ivoire, Abidjan.
- UNICEF, 2005, Situation de l'enfant dans le monde.
- UNICEF, 2002, Côte d'Ivoire, Rapport National sur les Disparités, Abidjan, UNICEF
- UNICEF. Bureau Côte d'Ivoire, 2003, Impact du VIH/SIDA sur les enfants. Le cas de la Côte. D'Ivoire. Abidjan 2003.
- UNIFEM, 2000, Le progrès des femmes à travers le monde, rapport biennal, New York,
- Union Européenne, 1997, SIDA et secteur de la santé: analyse des conséquences et stratégies de réponse. Le cas de la Côte d'Ivoire.
- USAID/Côte d'Ivoire, 2005, Evaluation des ressources humaines en Côte d'Ivoire, PHRplus, Abt.
- Venard (J.L), 1985, 25 ans de planification urbaine, in Cités Africaines, n°2 Janv. Mars, pp.20-24
- Venard (J.L), 1993, Bailleurs de fonds et développement local, in Jaglin (S.) et Dubresson (A.) (éds.), Pouvoirs et cités d'Afrique noire, Décentralisation en questions, Karthala, Paris pp.19-33
- Vilquin (E.), ed., 1990, Révolution et population. Aspects démographiques des grandes révolutions politiques. Chaire Quételet 1989, Institut de Démographie, Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Academia, 312 p.
- Vimard (P.) et Guillaume (A.), 1991, Mobilités familiales et spatiales des enfants en Côte-d'Ivoire in Migration, changements sociaux et développement (Dir.) Quesnel et Vimard, Paris, Orstom, 388 p, pp : 243-260.
- Vimard (P.), 1996. Évolutions de la fécondité et crises africaines, in : Coussy (J.) et Vallin (J.) (éds.), Crise et population en Afrique. Crises économiques, politiques d'ajustement et dynamiques démographiques, p. 293-318, Paris, CEPED, 580 p. (Les Études du CEPED n° 13).

- Yapi-Diahou (A.), 2000, Baraques et pouvoirs dans l'agglomération abidjanaise, Paris, l'Harmattan,.
- Yapi-Diahou, (A.), 1988, Les enfants du bidonville ZOE Bruno à Abidjan. Bidonvilles, l'urbanisation et ses incidences sur la vie de l'enfant, in UNICEF, Enfants et femmes d'Afrique occidentale et centrale, pp 26-34, Abidjan.
- Zanou (B), 1987, Quelques aspects de la migration en Côte d'Ivoire : Synthèse des données disponibles, Direction de la Statistique, Abidjan, Juin 1986, 63 p.
- Zanou (B), 1992, Les Migrations en Côte d'Ivoire in Actes Séminaire "Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire, 1988 - 2028"; 18 - 20 Nov. 1992, INS, Abidjan, rapport multi. 17 p.
- Zanou (B), 1994, Aspects démographiques et socio-économiques des migrations burkinabè vers la Côte d'Ivoire, Institut National de la Statistique, Abidjan, 99 p.
- Zanou (B), Aka (D.), 1994, Abidjan la cosmopolite : un étude démographique de la ville d'Abidjan, Institut National de la Statistique, Abidjan, 79 p.
- Zanou (B.) et al, 1998, Mobilité et SIDA : Résultats d'une Enquête de base auprès des routiers, travailleurs migrants et prostituées en Côte d'Ivoire, USAID/FHAWCA/ENSEA, 71 p.
- Zanou (B.) et al, 2002, Enquête de surveillance des comportements relatifs aux IST/VIH/SIDA en Côte d'Ivoire (ESC-CI 2002), ENSEA/FHI/USAID/SFPS, 117p.
- Zanou (B.) et al., 2002, Connaissances, attitudes et Perceptions en matière d'IST/VIH/SIDA et comportements sexuels des routiers sur les axes migratoires Abidjan-Noé et Abidjan-Ouagadougou, SFPS/USAID/PSI/ENSEA, 45 p
- Zongo (M), 2005, Entre-deux: la communauté burkinabé de l'Ouest forestier ivoirien: insertion et rapports avec les pays d'origine et d'adoption, Le Journal des Sciences Sociales n° 2, Abidjan, Décembre 2005.

A 26 115



Achévé d'imprimer sur les presses de Édicoms-sarl
pour le compte du Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement.

Mise en page: Adiaffi Olivier 07 05 73 99

Couverture: Adiaffi Olivier

Dépôt légal en cours

2^{ème} trimestre 2007

