

MINISTÈRE D'ÉTAT,
MINISTÈRE DU PLAN ET
DU DÉVELOPPEMENT

DIRECTION GÉNÉRALE DE
LA POPULATION ET DU
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

DIRECTION DES POLITIQUES DE POPULATION



RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union - Discipline - Travail

en A4

REVUE DES QUINZE ANS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTION DE LA CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR LA POPULATION ET LE DÉVELOPPEMENT (CIPD) ET DE LA DÉCLARATION DE DAKAR/NGOR (DDN) CÔTE D'IVOIRE



Sous la coordination de :

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

01 BP 6344 Abidjan 01
Tél: (225) 20 21 20 69
Fax: (225) 20 21 20 64
Email: yessohgoorebi@yahoo.fr

**Avec l'appui technique
et financier du:**



Fonds des Nations Unies
pour la Population

Abidjan, mars 2009

*Revue
La Famille*

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union- Discipline- Travail



MINISTERE D'ETAT, MINISTERE DU PLAN ET DU DEVELOPPEMENT

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA POPULATION ET DU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

DIRECTION DES POLITIQUES DE POPULATION

*REVUE DES QUINZE ANS DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME
D'ACTION DE LA CONFERENCE INTERNATIONALE SUR LA
POPULATION ET LE DEVELOPPEMENT (CIPD)
ET DE LA DECLARATION DE DAKAR/NGOR (DDN)*

COTE D'IVOIRE

Sous la coordination de :

Mme GOORE BI Y. Christine,

Directeur Général de la Population et du Renforcement des Capacités

01 BP 6344 Abidjan 01

Fax: (225) 20 21 20 64

Tél: (225) 20 21 20 69

Email: yessohgoorebi@yahoo.fr

Avec l'appui technique et financier du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)



Fonds des Nations Unies
pour la Population

Abidjan, Mars 2009

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	i
LISTE DES CARTES	ii
SIGLES ET ACRONYMES.....	iii
RESUME EXECUTIF.....	vi
INTRODUCTION.....	1
CARACTERISTIQUES PHYSIQUE, SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DU PAYS	2
I. POPULATION, ENVIRONNEMENT, PAUVRETE, ET DEVELOPPEMENT DURABLE	3
1.1. Niveaux et Tendances	3
1.1.1. Population	3
1.1.2. Environnement.....	4
1.1.3. Pauvreté.....	5
1.2. Actions, défis et contraintes majeurs	5
II. DROIT EN MATIERE DE REPRODUCTION ET SANTE PROCREATRICE	8
2.1. Niveaux et tendances	8
2.1.1. Santé de la mère et de la femme.....	8
2.1.2. Santé de l'enfant	9
2.1.3. Santé du jeune et de l'adolescent.....	10
2.1.4. Santé de l'homme	10
2.2. Législations, politiques et programmes de santé de la reproduction.....	10
2.3. Défis et contraintes.....	12
III. EGALITE DU GENRE, EQUITE ET AUTONOMISATION DES FEMMES	13
3.1. Niveaux et tendances	13
3.2. Législations et politiques basées sur le genre.....	15
3.3. Résultats des activités menées	16
3.4. Défis et contraintes.....	17
IV. VIH/SIDA, PALUDISME, TUBERCULOSE ET AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES	17
4.1. Niveaux et tendances	17
Carte 1 : Prévalence du Sida par région.....	19
4.2. Politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies transmissibles	20
4.3. Défis et contraintes.....	22
V. DROITS DE L'ENFANT, SANTE SEXUELLE ET AUTONOMISATION DES JEUNES	23
5.1. Niveaux et tendances	23
5.2. Cadre institutionnel, politique et programme	25
5.2.1. Droits et protection de l'enfant.....	25
5.2.2. Santé de la reproduction chez les jeunes	26
5.2.3. Insertion socio-professionnelle des jeunes.....	26
5.3. Défis et contraintes.....	26
VI. REPARTITION DE LA POPULATION, URBANISATION ET MIGRATION INTERNE	26
6.1. Niveaux et tendances	27
6.2. Législation, politique et programme.....	27
6.3. Défis et contraintes.....	28
VII. LES MIGRATIONS INTERNATIONALES.....	28
7.1. Niveaux et tendances	28
7.2. Politique migratoire en Côte d'Ivoire.....	29
7.3. Défis et contraintes.....	29

VIII.	SITUATION DE CRISE ET PREPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE	30
8.1.	Niveaux et tendance.....	30
8.2.	Législation, politiques et programmes.....	31
8.3.	Défis et contraintes.....	31
IX.	MOBILISATION DES RESSOURCES, PARTENARIATS ET COORDINATION.....	32
9.1.	<i>Niveaux et tendances</i>	32
9.2.	Politiques, programmes et législations	33
9.3.	Défis et contraintes.....	34
X.	CONTROLE ET MECANISME D'EVALUATION.....	34
10.1.	Politique, programmes, législation	34
10.2.	Actions menées	34
10.3.	Défis et contraintes.....	35
XI.	RECOMMANDATIONS.....	36
11.1.	A l'attention du Gouvernement	36
11.2.	A l'attention des partenaires au développement	37
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
X	ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
	ANNEXE I.....	I
	ANNEXE II	V
	ANNEXE III.....	X
	ANNEXE IV.....	XV

LISTE DES CARTES

Carte 1 :	Prévalence du Sida par région	19
Carte 2 :	densité de la population par région.....	26

SIGLES ET ACRONYMES

AFJCI	: Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire
AGEFOP	: Agence Nationale de Formation Professionnelle
AGEPE	: Agence d'Etudes et de Promotion de l'Emploi
AIBEF	: Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial
BUNAP	: Bureau National de la Population
CAT	: Centre Anti-Tuberculeux
CDV	: Centre de Dépistage Volontaire
CEA	: Commission Economique pour l'Afrique
CEC	: Centre d'Ecoute et de Conseil
CEDEAO	: Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest
CEDEF	: Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discriminations à l'Egard des Femmes
CIMLS	: Comité Inter-Ministériel de Lutte contre le Sida
CIPD	: Conférence International sur la Population et le Développement
CNLS	: Comité National de lutte contre le SIDA
CNO	: Centre Nord Ouest
CONAPO	: Conseil National de Population
COREPO	: Conseil Régional de Population
CPN	: Consultation Prénatale
CRESAR-CI	: Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction-Côte d'Ivoire
DC.PNRS/PF	: Direction de la Coordination du Programme Nationale de Santé de la Reproduction /Planification Familiale
DDN	: Déclaration de Dakar/N'gor
DEPG	: Direction de l'Egalité et de la Promotion du Genre
DGPRC	: Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités
DPNEEG	: Déclaration de la Politique Nationale sur l'Egalité des chances, l'Equité et le Genre
DPNP	: Déclaration de Politique Nationale de Population
DSRP	: Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EAP	: Enquête sur les Aspirations de la Population
EBC	: Enquête Budget-Consommation
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
EIF	: Enquête Ivoirienne sur la Fécondité
EIS	: Enquête sur les Indicateurs du Sida
EVF/EMP	: Education à la Vie Familiale/Education en Matière de Population
ENTE	: Enquête Nationale sur le Travail des Enfants
ENV	: Enquête Niveau de Vie des ménages
FAFN	: Forces Armées des Forces Nouvelles
FDFP	: Fonds de Développement de la Formation Professionnelle
FDS	: Forces de Défense et de Sécurité
FVV	: Fistule Vésico-Vaginale
IEC/CCC	: Information, Education, Communication/Communication pour le Changement de Comportement

IFEF	: Institut de Formation et d'Education Féminine
IRA	: Infection Respiratoire Aiguë
MFFAS	: Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales
MGF	: Mutilation Génitale Féminine
MICS	: Enquêtes à Indicateurs Multiples
MJSL	: Ministère de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement
ONI	: Office National d'Identification
PANE	: Programme d'Action National pour l'Enfant
PDI-FAC	: Enquête sur les conditions de vie des Personnes Déplacées Internes et des Familles d'Accueil
PF	: Planification Familiale
PIP	: Programme d'Investissements Publics
PNA	: Plan National d'Action en matière de population
PNAE	: Plan National d'Action pour l'Environnement
PNAF	: Plan National d'Action de la Femme
PNDEF	: Plan National de Développement du secteur Education / Formation
PNDS	: Plan National de Développement Sanitaire
PNLS	: Programme National de Lutte contre le Sida
PNLS/IST/TUB	: Programme National de lutte contre le SIDA, les IST et la Tuberculose
PN-OEV	: Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants Vulnérables
PNPEC	: Programme National de Prise en Charge des Personnes vivant avec le VIH
PNSSU	: Programme National de Santé Scolaire et Universitaire
PNUD	: Programme des Nations-Unies pour le Développement
PTME	: Prévention de la Transmission Mère Enfant
PUR	: Programme d'Urgence et de Réhabilitation
PVVIH	: Personnes Vivant avec le VIH
REPCI	: Rapport National sur l'Etat et le Devenir de la Population de la Côte d'Ivoire
RGP	: Recensement Général de la Population
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RIPS/AJ	: Réseau Ivoirien pour la Promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes.
SONU	: Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence
SOU	: Soins Obstétricaux d'Urgence
SPD	: Sous Programme Population et Développement
SR	: Santé de la Reproduction
SSSU	: Services de Santé Scolaire et Universitaire
UEMOA	: Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
UNDAF	: Plan Cadre des Nations-Unis pour l'Aide au Développement
UNFPA	: Fonds des Nations Unies pour la Population
UNGASS	: United Nations General Assembly Special Session/ Session Extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VBG	: Violences Basées sur le Genre

RESUME EXECUTIF

Le Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) a recommandé que soient évalués tous les cinq ans, les progrès réalisés dans l'exécution du Programme. Ainsi, le présent rapport s'inscrit dans la même logique que les deux premiers élaborés en 1999 et en 2004. Conformément aux directives de la CEA et de l'UA, les domaines ci-après ont été soumis à l'examen.

1. Population, environnement, pauvreté et développement durable

Malgré une légère baisse, la Côte d'Ivoire connaît un accroissement rapide de sa population (3,8% sur la période 1975-1988, contre 3,3% entre 1988 et 1998). Ce dynamisme démographique est le résultat d'une fécondité élevée mais en baisse, d'une mortalité en baisse régulière et d'un apport migratoire autrefois important mais quasi nul depuis 1995-2000. La conséquence directe est l'aggravation des conditions de vie des populations (33,6% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté en 1998, 38,4% en 2002 et 48,9% en 2008). Une autre conséquence est la dégradation de l'environnement (une perte de plus de 75% du patrimoine forestier en moins d'un demi-siècle). La réponse nationale à tous ces défis se résume dans le DSRP qui constitue actuellement le cadre de référence en matière de mobilisation de ressources en attendant l'adoption de la Politique Nationale de Population révisée.

2. Droits en matière de reproduction et santé procréatrice

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. C'est certainement le domaine qui a le plus retenu l'attention des autorités au regard de la mobilisation des ressources humaines et financières. Pour opérationnaliser la SR en Côte d'Ivoire, quatre volets ont été retenus : (i) la santé de la mère et de la femme, (ii) la santé de l'enfant, (iii) la santé des jeunes et (iv) la santé des hommes. De l'analyse de la situation, il ressort que la mortalité maternelle demeure élevée (543 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005 contre 597 en 1994), la pratique contraceptive reste faible (4,3 % en 1994, 7 % en 1998-1999 et 8% en 2006) et de plus en plus de jeunes adoptent des comportements sexuels à risque (en 2005, 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans. En outre, seules 12% des femmes et 30% des hommes ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels).

Les actions entreprises s'articulent autour des trois stratégies suivantes : (i) création de services intégrés de santé de la reproduction de qualité, (ii) amélioration des soins obstétricaux d'urgence, y compris le traitement des complications découlant des avortements; (iii) accès accru à l'information et aux services de santé de la reproduction pour les adolescents et les jeunes.

3. Egalité du genre, équité et autonomisation des femmes

En Côte d'Ivoire, la population féminine représente 49% de la population totale du pays. Mais cette répartition quasi-égalitaire ne se reflète ni dans les différents ordres d'enseignement, ni dans les différents secteurs d'activité (en 2005 seulement 12,71% des emplois modernes étaient occupés par les femmes), ni dans les instances de prise de décision (le Gouvernement de mars 2007 ne compte que 4 femmes ministres sur 33 membres soit 12,12 % de l'effectif). Aussi, plus d'une femme sur dix a été victime d'au moins une des formes de violence et 36% ont connu l'excision. En effet, les femmes sont victimes de la marginalisation liée au sexe.

En plus des dispositions juridiques internationales et nationales, le MFFAS avec l'appui de l'UNFPA a identifié cinq programmes pour assurer l'égalité du genre, l'équité et l'autonomisation des femmes. Il s'agit de : (i) l'appui à la promotion économique des femmes et à la lutte contre la pauvreté, (ii) l'appui à l'amélioration de la santé, du cadre de vie des femmes/filles et à la protection contre les violences à leur endroit, (iii) l'amélioration des niveaux de scolarisation des filles, d'éducation et d'information des femmes et de leur image sociale à travers les médias, (iv) l'appui à la valorisation du statut et du rôle de la femme dans la société et de sa participation à la vie publique, à la médiation sociale et à l'éducation à la culture de la paix, (v) le renforcement du dispositif institutionnel de promotion de la femme.

4. VIH/Sida, paludisme, tuberculose et autres maladies transmissibles

Avec une prévalence de 4,7% en 2005, la Côte d'Ivoire est le pays le plus affecté par le VIH en Afrique de l'Ouest. Cette pandémie qui constitue la première cause de décès chez les adultes comme chez les jeunes, a un impact négatif au plan social, économique et démographique. Aussi, la Côte d'Ivoire a-t-elle fait de la lutte contre ce fléau une priorité en créant spécialement un Ministère et en optant pour une approche multi-sectorielle et décentralisée. A côté de cette pandémie, des stratégies ont également été mises en œuvre pour lutter contre le paludisme qui constitue 42% des causes de consultation chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

5. Droits de l'enfant, santé sexuelle et autonomisation des jeunes

La population ivoirienne est très jeune: 43,5% de la population totale ont moins de 15 ans. La situation des droits de l'enfant n'est guère reluisante : en 2005, la mortalité infantile s'est chiffrée à 84 pour mille, le taux de non enregistrement des naissances à l'Etat civil des moins de 5 ans est passé de 28% à 45% entre 2000 et 2006, 24% des filles et 26% des garçons de 5-14 ans exercent une activité économique, 3 000 enfants soldats du côté des FAFN. Aussi, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 20-24 ans est de 2,9%. Les jeunes constituent la catégorie la plus touchée par le chômage (2/3 des chômeurs ont moins de 30 ans).

Face à cette situation, la Côte d'Ivoire a ratifié la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) de 1989, la Convention 138 de 1973 sur l'âge minimum au travail, et la Convention 182 de 1999 sur les pires formes de travail des enfants. L'IEC/CCC constitue le principal moyen pour promouvoir une sexualité saine et responsable. Cela passe également par l'insertion socio-professionnelle. Plusieurs structures étatiques ont été mises en place à cet effet (AGEPE, AGEFOP, FDFP, FNS).

6. Répartition de la population, urbanisation et migration interne

La répartition de la population sur le territoire constitue un élément central des décisions d'implantation des services socioéconomiques de base, et généralement de la gestion administrative. En Côte d'Ivoire, elle se caractérise par des disparités spatiales importantes et une urbanisation non contrôlée. La répartition de la population sur le territoire obéit à une logique économique : la zone de savane qui occupe 53 % de la superficie du pays, n'accueille que 22 % de la population totale. En revanche, la zone forestière, « plus riche » et moins vaste (47 %), concentre 78 % de cette population, 70,1% des villes et 82,2% de la population urbaine. Aussi, les mouvements migratoires à l'intérieur du pays sont intenses (42,8 % de la population résidait hors de leur sous-préfecture de naissance) et ils se sont accentués avec la crise politico-militaire de 2002.

Les solutions préconisées résident dans le développement équilibré des régions, l'aménagement urbain et rural.

7. Migrations internationales

De par sa position de leader économique dans la sous-région ouest-africaine, la Côte d'Ivoire est le siège d'un important flux de migrants en provenance des pays limitrophes. En termes de flux, 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, le taux net d'immigration est presque nul sur la période 1995-2000. Depuis, l'effectif des étrangers a augmenté en proportion d'année en année : 17,5% en 1965, 22% en 1975 et 28% en 1988. En 1998, on a dénombré 26 % d'étrangers dans la population totale dont 47,3 % nés en Côte d'Ivoire (RGPH 1998).

L'un des défis auxquels est confrontée la Côte d'Ivoire reste l'élaboration d'une politique migratoire en harmonie avec les efforts d'intégration sous-régionale, les exigences de l'économie et les liens linguistiques et culturels existant avec les pays limitrophes

8. Situation de crise et situation d'urgence

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. L'afflux des déplacés a provoqué des bouleversements dans la vie aussi bien des populations d'accueil que des populations accueillies. 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.

Pour résoudre les problèmes liés à la crise, la Côte d'Ivoire a facilité des accords de siège à un certain nombre d'ONG internationales agissant dans le domaine humanitaire, notamment, la Croix Rouge, Médecin Sans Frontière (France, Belgique, Hollande), MERLIN, CARE INTERNATIONAL, Family Health International, EGPAF, etc. Ces ONG ont agi dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de l'hydraulique humaine, etc.

9. Mobilisation des ressources, partenariats et coordination

Pour la mise en œuvre de sa Politique Nationale de Population, la Côte d'Ivoire doit compter non seulement sur ses ressources propres mais également sur les contributions multilatérales provenant essentiellement du Système des Nations-Unies (UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD...), des apports bilatéraux à travers la coopération avec les pays développés (France, Japon, Etats-Unis, Canada...) et des institutions financières (FMI, Banque Mondiale, BAD...).

Du fait de la crise, les activités du sous programme population et développement ont été mises en veilleuse entre 2003 et 2005 et transformées en programmes d'urgence. A partir de 2006, malgré le retard pris dans l'exécution du sous programme, les efforts soutenus de mobilisation de ressources de l'UNFPA ont permis de multiplier les dépenses par six. La mise en œuvre du 6ème Programme de Coopération 2009-2013 nécessitera 72 650 000 dollars US dont 31 900 000 dollars US de ressources propres et 40 750 000 dollars US des Fonds Multi/Bilatéraux.

Aussi depuis 2007 l'Etat de Côte d'Ivoire apporte-t-il, outre les moyens logistiques et humains, une contribution financière dans le cadre du Programme d'Investissement Public (PIP).

10. Contrôle et mécanisme de suivi

La coordination de l'exécution du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA couvrant la période 2003-2007 et 2008 a été assurée par le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement à travers la Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités (DGPRC).

L'exécution nationale est privilégiée comme modalité de mise en œuvre du programme à travers les ministères de tutelle des projets et d'autres institutions nationales, y compris les ONG. Cependant, du fait de la crise, l'exécution nationale a été interrompue au profit de la gestion directe par l'UNFPA. Le suivi et l'évaluation du Programme sont assurés conjointement avec le Gouvernement en conformité avec les procédures et directives de l'UNFPA. En 2006, la Direction du Suivi-Evaluation a été créée au sein de la DGPRC pour mener les activités de suivi-évaluation des programmes.

INTRODUCTION

Le présent rapport est préparé dans le cadre du quinzième anniversaire de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), tenue au Caire (Egypte) en 1994. Il est élaboré à l'initiative de la Commission Économique pour l'Afrique (CEA) et de l'Union Africaine (UA). Il a pour objectif, à la suite du premier rapport (CIPD + 5) en 1999 et du deuxième rapport (CIPD + 10) en 2004, de faire un bilan diagnostic des politiques et programmes de population mis en œuvre en Côte d'Ivoire ; programmes soutenus principalement par l'UNFPA, en plus d'autres partenaires au développement.

L'évaluation du programme d'action de cette Conférence porte d'une part sur les progrès accomplis depuis 2004 et les difficultés rencontrées, et d'autre part sur les mesures essentielles à mettre en œuvre pour une meilleure intégration des questions de population dans la planification du développement.

Il a été élaboré à partir du questionnaire de la CEA et de l'UA relatif à l'examen des quinze ans de mise en œuvre de la Déclaration de la Conférence Ministérielle sur la CIPD de Dakar/Ngor, du Programme d'Action de la CIPD et des perspectives pour atteindre les OMD à l'horizon 2015. Le processus a été accompagné de la démarche participative qui a permis d'impliquer dans une équipe intégrée les institutions gouvernementales, les ONG et le Bureau pays de l'UNFPA. En effet, le questionnaire de la CEA et de l'UA a été renseigné par les différents Ministères et les ONG et centralisé par la Direction des Politiques de Population. Il a, par la suite, été mis à la disposition du consultant qui l'a exploité pour la rédaction du premier draft du rapport. Ce dernier a fait l'objet d'une validation interne par la Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités (DGPRC) et le Bureau pays UNFPA avant d'être soumis à une validation externe élargie à l'ensemble des partenaires dans le cadre d'un atelier.

Conformément aux directives de la CEA et de l'UA, les domaines examinés dans le rapport sont les suivants : (i) Pauvreté, population, environnement et développement durable ; (ii) Droits de reproduction et santé procréatrice ; (iii) Egalité du genre, équité et autonomisation des femmes ; (iv) Droits des enfants, santé sexuelle et autonomisation des jeunes ; (v) VIH/SIDA, Paludisme, Tuberculose et autres maladies transmissibles ; (vi) Répartition de la population, urbanisation et migration interne ; (vii) Migration internationale ; (viii) Situation de crise et préparation aux situations d'urgence; (ix) Mobilisation des ressources, partenariats et coordination; (x) Contrôle et mécanisme d'évaluation et (xi) Recommandations.

Pour chacun de ces domaines, les analyses ont porté sur les aspects suivants : (i) Situations et tendances ; (ii) Actions menées (arrangements institutionnels, politiques, stratégies, programmes mis en œuvre) ; (iii) Réalisations en mettant l'accent sur les résultats concrets ; (iv) Défis et contraintes majeurs.

CARACTERISTIQUES PHYSIQUE, SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET ECONOMIQUE DU PAYS

Située en Afrique de l'Ouest entre les 4°30 et 10°30 de latitude Nord, la Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322.462 km². Elle est limitée à l'Est par le Ghana, à l'Ouest par le Libéria et la Guinée, au Nord par le Mali et le Burkina Faso et au Sud par le Golfe de Guinée. La capitale économique Abidjan, est située au Sud et la capitale politique Yamoussoukro au centre du pays.

Le relief de la Côte d'Ivoire est peu contrasté avec des plaines au Sud, des plateaux étagés au Centre et au Nord et des Montagnes à l'Ouest. Quatre principales zones climatiques à rythme et volume de précipitations variables (1150 à 2500 mm/an) se distinguent sur le territoire national. Comme le climat, la végétation est très diversifiée avec deux traits marquants : la forêt dans la moitié Sud couvre 47% du territoire et la savane dans la moitié Nord occupe 53% du territoire nationale.

L'administration territoriale ivoirienne est structurée selon les principes de la déconcentration et de la décentralisation au terme de la loi n° 2001-476 du 9 août 2001 d'orientation sur l'organisation générale de l'administration territoriale. Ainsi, en fin Septembre 2008, le pays compte 19 Régions, 80 Départements dont 54 sont dotés de Conseils Généraux, 390 Sous-préfectures, 986 Communes dont 197 dotées de conseils municipaux, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), et plus de 11 000 villages (DSRP, 2009).

Selon les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1998, la Côte d'Ivoire compte 74% d'ivoiriens et 26% d'étrangers. La population de nationalité ivoirienne est composée de 60 ethnies réparties en cinq grands groupes : les Akan (42%), les Krou (13%), les Mandés du Nord (17%), les Mandés du Sud (10%) et les Gur (18%). Pour ce qui est de la religion, la population se compose de musulmans (38,6%), de chrétiens (29 %), d'animistes (15,4 %) et de personnes pratiquant d'autres formes de religion (27 %).

Selon l'EIS 2005, 39% des hommes et 54% des femmes sont analphabètes. Le niveau d'analphabétisme est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. En milieu rural, le taux d'analphabétisme est de 60% chez les femmes et de 46% chez les hommes. En milieu urbain, ces taux s'établissent respectivement à 47% et 31%.

Au cours de la période 1960-1980, la Côte d'Ivoire a connu une forte croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) au rythme moyen de 7% par an. Depuis les années 1980, l'économie, confrontée à de nombreux chocs extérieurs dont la baisse du cours des matières premières, le renchérissement du cours du dollar et du pétrole, et la hausse des taux d'intérêt internationaux, peine à renouer avec la croissance économique. De plus, le pays est entré dans une période d'instabilité politique depuis le coup d'Etat de Décembre 1999 qui a culminé avec la crise politico-militaire du 19 septembre 2002. Cette crise a eu un impact négatif sur l'économie ivoirienne déjà fortement éprouvée.

En termes réels, le taux de croissance du PIB qui était de 5,4% en 1998 s'est établi à 1,6% en 1999 pour chuter à -2,3% en 2000. L'inversion de la tendance observée en 2001 (+0,3%) s'est estompée en 2002 (-1,6%) notamment en raison de la crise politico-militaire. La tendance de normalisation amorcée depuis 2004 semble ne pas être suffisamment forte pour se maintenir puisqu'en 2006, le taux de croissance rechute pour atteindre +1,2% après avoir atteint son plus haut niveau en 2005 (+1,8%). La croissance économique a atteint 2,3% en 2008 et devrait dépasser 3,5% en 2009 grâce à la relance dans le secteur industriel.

Au niveau social, ces contre-performances de l'économie ont engendré une paupérisation des populations. Les résultats de l'Enquête sur le Niveau de Vie (ENV-2008) révèlent que près de la moitié de la population (48,9%) vit en dessous du seuil de pauvreté (661 FCFA/ jour, soit 241 145 FCFA/an) contre 33,6% en 1998, soit une hausse de 45,5% en une décennie.

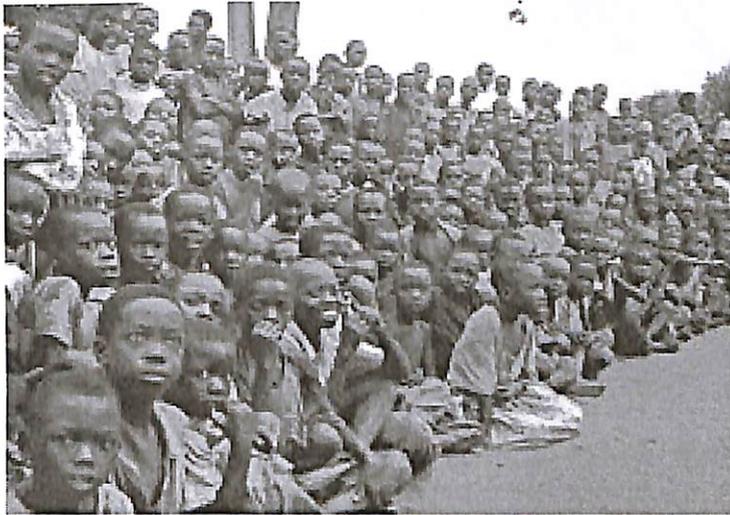
I. POPULATION, ENVIRONNEMENT, PAUVRETE, ET DEVELOPPEMENT DURABLE

1.1. Niveaux et Tendances

1.1.1. Population

La Côte d'Ivoire est l'un des pays à taux d'accroissement démographique élevé dans le monde malgré un ralentissement récent. En effet, estimée à 6 709 000 par le Recensement Général de la Population (RGP) de 1975, la population est passée à 10 815 694 d'habitants selon le RGPH de 1988 et à 15 366 672 selon

le RGPH de 1998; soit un taux de croissance démographique de 3,8% sur la période 1975-1988, contre 3,3% pour la période 1988-1998. Selon les projections de l'INS, la population se chifferrait à 20,8 millions



en 2008. Ce dynamisme démographique est le résultat d'une fécondité élevée mais en baisse, d'une mortalité en baisse régulière et d'un apport migratoire important au lendemain de l'indépendance et qui commence à s'estomper. Ainsi, l'une des particularités de la population ivoirienne est le nombre important d'étrangers installés dans le pays depuis de nombreuses années.

La fécondité

La fécondité a baissé au cours des 25 dernières années mais reste tout de même élevée. L'Indice

Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 7,2 enfants par femme en 1980-81 (EIF 1980-81) à 5,7 en 1994 (EDS 1994) pour atteindre 4,6 enfants par femme en 2005 (EIS 2005). La baisse de la fécondité concerne davantage les milieux favorisés, les couches les plus pauvres gardent un comportement pro nataliste. L'indice synthétique de fécondité est égal à 3,2 enfants par femme dans les milieux aisés contre 6,1 enfants chez les plus pauvres (EIS 2005). L'âge moyen au premier mariage chez les femmes (19,2 ans), la précocité de l'âge au premier rapport sexuel (l'âge médian est de 16,4 ans chez les femmes âgées de 25-49 ans), la précocité de l'entrée en vie féconde (trois adolescentes sur dix) permettent de conjecturer sur une fécondité encore élevée dans les prochaines années.

La mortalité

La mortalité générale a baissé continuellement depuis les années 1950 avant d'enregistrer une inversion de tendance dans les années 1990. En effet, le taux brut de mortalité (TBM) qui était de 17 ‰ en 1978 a baissé 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.

En moyenne, les femmes vivent plus longtemps que les hommes : 57,3 ans contre 53,9 ans chez les hommes en 1988. En 1998, l'espérance de vie est tombée à 52,7 ans pour les femmes et à 49,7 ans pour les hommes.

La précarisation des conditions de vie (santé, logement, nourriture), consécutive à la crise économique généralisée qui perdure depuis 1980 et la prévalence élevée du SIDA (4,7% dans la population générale en 2005) expliquent la rupture dans la baisse du taux de mortalité générale. En outre, même si le nombre de personnes tuées pendant la guerre est relativement faible, les conséquences à court et à long terme de cette guerre pourraient influencer à la hausse la mortalité, du fait des effets collatéraux.

Les migrations

La Côte d'Ivoire a développé, durant les années 1920 et 1930, une économie de plantation, qui a nécessité une main d'œuvre extérieure importante. En termes de flux, 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, le taux net d'immigration est presque nul sur la période 1995-2000. Depuis, l'effectif des étrangers a augmenté en proportion d'année en année : 17,5% en 1965, 22% en 1975 et 28% en 1988. En 1998, on a dénombré 26 % d'étrangers dans la population totale dont 47,3 % nés en Côte d'Ivoire (RGPH 1998).

1.1.2. Environnement

Les composantes principales de l'environnement (eau, air, sol), le patrimoine forestier, les éléments constitutifs de la diversité biologique, la qualité des terres, les changements climatiques sont les éléments dont la gestion optimale est indispensable pour assurer une certaine qualité de vie aux populations et assurer un développement durable. Sans être exhaustif, les éléments ci-après rendent compte du niveau de dégradation de l'environnement en Côte d'Ivoire :



- **Au niveau du patrimoine forestier**, la superficie de forêt dense qui était de 12 millions d'ha en 1960 ne représente plus que 2,802 millions ha en 2007, soit une perte de plus de 75% du patrimoine en moins d'un demi-siècle ;
- **En matière de ressources en eau**, la Côte d'Ivoire dispose de quatre grands fleuves que sont le Sassandra, le Bandama, le Comoé et le Cavally auxquels s'ajoutent un vaste plan d'eau lagunaire, plusieurs nappes souterraines et onze bassins versants. Ces ressources qui permettent d'alimenter 70% des abonnés nationaux en eau, atteindront leurs limites à l'horizon 2012 (Rapport final sur le profil environnemental, 2006), des traces de pollution et une baisse de niveau ayant été observées. En effet, l'analyse des débits pour les périodes 1950-1970 et 1971-1990 a montré une baisse générale des apports en eau. Cette baisse s'accompagne de celle de la pluviométrie. De plus, les eaux des baies lagunaires d'Abidjan enregistrent des niveaux de pollution élevés en raison des activités industrielles et des déchets domestiques ;
- **Au plan climatique**, la Côte d'Ivoire connaît quatre types de climats et une pluviométrie relativement bonne (1150 à 2500 mm/an). Cependant, l'examen des relevés pluviométriques montre que les précipitations annuelles ont diminué en moyenne de 0,5 % par an entre 1965 et 1980, et de 4,6% dans les années 80 (Rapport final sur le profil environnemental en 2006).

1.1.3. Pauvreté

Les contre-performances macro-économiques et les crises socio-politiques récurrentes ont eu un impact négatif sur le niveau de vie des populations. Aujourd'hui, une personne sur deux est pauvre contre une personne sur dix en 1985 et le nombre de pauvres a été multiplié par 5 en l'espace d'une génération. L'incidence de la pauvreté a connu une hausse tendancielle passant de 10,0% en 1985 à 36,8% en 1995 et à 33,6% en 1998 avant de remonter à 38,4% en 2002 puis à 48,9% en 2008 (EBC-1985, ENV 1995, 1998, 2002 et 2008).

Elle est plus accentuée en milieu rural qu'en milieu urbain. Le taux de pauvreté est passé de 49% en 2002 à 62,45% en 2008 en milieu rural contre 24,5% et 29,45% sur la même période en milieu urbain. La pauvreté frappe aussi bien les hommes que les femmes. En effet, le ratio de pauvreté se situe en 2008 à 48,4% chez les hommes et à 49,5% chez les femmes contre respectivement 38,1% et 38,7% en 2002.

1.2. Actions, défis et contraintes majeurs.

Pour faire face à la détérioration des indicateurs démographiques, économiques, sociaux et environnementaux, plusieurs mesures et réformes institutionnelles ont été prises.

En matière de population

Depuis les années 1990, des efforts sont entrepris pour élaborer et mettre en œuvre des mesures cohérentes visant à influencer les tendances démographiques. Ainsi, une Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP) a été adoptée en Mars 1997. Les objectifs généraux de la PNP sont structurés autour de trois thèmes : le mouvement démographique, le contexte économique, social, culturel et environnemental, les capacités de planification et de gestion des politiques et programmes de population. Un cadre institutionnel comprenant quatre organes dont un organe technique (le Bureau National de la Population (BUNAP) a été mis en place en 1997.

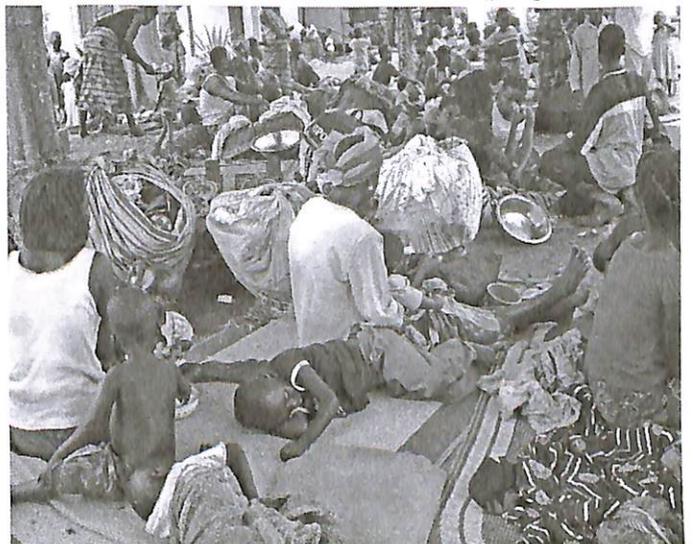
En vue de l'opérationnalisation de la PNP, un Programme National d'Action en matière de Population (PNA) pour la période 2002-2006 a été adopté en mai 2002, quelques mois avant la tentative de coup d'Etat du 19 septembre 2002. Il comprend cinq sous-programmes : maîtrise de la croissance naturelle ; maîtrise des migrations internes et internationales ; valorisation de la famille, du statut de la femme et des jeunes, amélioration du cadre de vie des populations, sauvegarde de l'environnement ; développement des capacités de conception et de gestion des politiques et programmes de population.

Parallèlement à la Politique Nationale et au PNA, plusieurs programmes sectoriels portant sur les questions prioritaires de population ont été élaborés. A titre d'exemple, on peut citer : le Plan National d'Action de l'Environnement (PNAE, 1996-2010), le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS, 1996-2006), le Plan National d'Action de la Femme (PNAF, 2003-2007), le Plan National pour le Développement du Secteur Education-Formation (PNDEF, 1997-2007) etc.

L'environnement national marqué par les crises à répétition a fortement contrarié la mise en œuvre optimale de tous ces programmes, la gestion des urgences humanitaires ayant pris le pas sur les questions de développement. Toutefois, certaines actions inscrites dans le PNA ont connu un début d'exécution dans la mesure où elles ont été extraites des politiques sectorielles qui étaient déjà en cours d'exécution.

En 2006, dans sa volonté de donner une priorité et une vision aux questions de population, le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement a créé, avec le soutien de l'UNFPA, la Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités (DGPRC) en remplacement du BUNAP. Cette Direction Générale comprend trois directions opérationnelles consacrées respectivement à la définition des politiques de population, au renforcement des capacités et au suivi évaluation des actions du Gouvernement en matière de population.

Dans le même temps, le Gouvernement a suggéré lors de la revue à mi-parcours du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007, d'intégrer les questions structurelles dans les programmes d'activité. Ceci a abouti à la réalisation d'importantes études telles que l'Enquête sur les Personnes Déplacées Internes (PDI-FAC) de 2005, la contribution à l'Enquête sur les Indicateurs du Sida en 2005, la préparation des documents de plaidoyer pour le prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitation, la promotion du genre et de l'équité entre sexe, la révision de la Déclaration de Politique Nationale de Population pour tenir compte des recommandations de la CIPD+10, etc.



Après la mise en œuvre des programmes de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007, du programme intérimaire 2008, un nouveau programme de coopération pour la période 2009-2013 vient d'être approuvé. En 2008, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans un processus de révision de la Déclaration de Politique Nationale de Population pour prendre davantage en compte les recommandations de la CIPD+10 et des autres documents cadres internationaux (OMD, NEPAD, DDN, etc.). Les résultats des travaux sont en cours d'examen par le Gouvernement.

Cependant, pour le suivi des progrès vers l'atteinte des objectifs, il est important de disposer de données fiables et actualisées, ce qui suppose de réaliser un nouveau RGPH en raison des mouvements de populations intenses qui ont eu lieu pendant la période de crise et qui rendent caduques les projections de population basées sur le RGPH de 1998. Il convient également de prévoir des enquêtes post-censitaires pour le suivi-évaluation des programmes (EIS, EDS, MICS, ENV, EAP, etc.).

En matière d'environnement

Dans le domaine des politiques et législations environnementales, des progrès notables ont été accomplis par la Côte d'Ivoire : élaboration du livre blanc sur l'environnement en 1994, du PNAE en 1995, du Code de l'environnement en 1996, du code de Gestion des ressources en eau en 1996, de la Nouvelle Politique Forestière en 1999, du livre blanc du littoral en 2004.

L'Union Européenne a joué un rôle majeur dans la mise en œuvre des politiques environnementales à travers les Fonds Européen pour le Développement (FED) essentiellement orientés vers l'agriculture et le développement rural.

Cependant, du fait de la crise, un grand nombre de programmes et de projets ayant un impact plus ou moins direct sur l'environnement ont été arrêtés et/ou transformés en programmes d'urgence par la plupart des bailleurs multinationaux et bilatéraux (Banque Mondiale, Banque Africaine de Développement, Coopération Française, etc.). Une autre difficulté rencontrée est la faiblesse de la mise en œuvre des réglementations sur le terrain.

Dans le cadre de la sortie de crise, la mise en place d'un programme d'urgence pour les parcs nationaux et les réserves nationales est une priorité, en raison de la dégradation avancée des zones protégées et des faibles capacités (logistiques et financières) des structures chargées de leur contrôle et suivi. Il s'avère également nécessaire de faire un inventaire de la flore et de la faune, d'apprécier le degré de destruction de la biodiversité et des infrastructures et de mesurer les changements socioéconomiques induits par ces destructions.

Compte tenu des efforts consentis pour accroître le nombre des zones protégées (de 7,2% en 2002 à 10% en 2008) et des prévisions du DSRP (14% en 2010), il est probable pour la Côte d'Ivoire d'atteindre le but 7 des OMD, c'est-à-dire de réduire d'ici à 2010, la perte de la bio-diversité.

En matière de lutte contre la pauvreté

Depuis la crise économique de 1980, la Côte d'Ivoire réalise régulièrement des enquêtes nationales pour apprécier l'état de pauvreté des populations (1985, 1995, 1998, 2002 et 2008).

Dans le cadre de la lutte contre la pauvreté, un premier Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP) avait été rédigé en 2001. Malheureusement, ce premier document intérimaire finalisé et adopté par le Gouvernement en 2002, n'a pu être validé par les Institutions de Bretton Woods du fait du déclenchement de la crise politico-militaire du 19 septembre 2002. Un deuxième DSRP a été élaboré et adopté en 2009 par le Gouvernement et par les conseils d'administration du FMI et de la Banque Mondiale. Ce document a fait l'objet d'un point de décision le 27 Mars 2009 et entre dans la phase de mise en œuvre.

Ce nouveau document cadre prend en compte la plupart des recommandations de la CIPD+10, la Déclaration de Dakar/N'Gor et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Six axes stratégiques pour la réduction de la pauvreté sur la période 2009-2015 ont été retenus. Il s'agit de : (i) consolidation de la paix, sécurité des personnes et des biens, et promotion de la bonne gouvernance ; (ii) assainissement du cadre macroéconomique ; (iii) création d'emplois et de richesses par le soutien au monde rural et promotion du secteur privé comme moteur de la croissance; (iv) amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux de base (notamment la SR et la lutte contre le VIH/SIDA), préservation de l'environnement, promotion de l'égalité de genre et protection sociale ; (v) décentralisation comme moyen de participation des populations au processus de développement et de réduction des disparités régionales ; et (vi) contexte international et intégration régionale.

Cependant, le DSRP n'aborde pas de manière approfondie toutes les questions de population ; d'où la nécessité d'adopter une politique nationale de population qui offrirait un cadre plus spécifique de mobilisation des ressources.

La tendance de l'évolution de l'incidence de la pauvreté est à l'augmentation (36,8% en 1995 et 48,9% en 2008). Toutefois, le DSRP prévoit porter à 16% la proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté à l'horizon 2015 et atteindre ainsi, l'objectif 1 du premier but des OMD.

II. DROIT EN MATIERE DE REPRODUCTION ET SANTE PROCREATRICE

La Côte d'Ivoire a adopté en 1998 une Politique Nationale en Matière de Santé de la Reproduction. Le concept de santé de la reproduction issu des recommandations de la CIPD a été opérationnalisé à travers les quatre volets suivants :

- **Santé de la mère et de la femme.** Les composantes de la santé de la mère et de la femme sont les soins préconceptionnels, 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 ;
- **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.

2.1. Niveaux et tendances

Pour chacune des composantes ci-dessus, 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.

2.1.1. Santé de la mère et de la femme

Maternité à moindre risque. Le taux de mortalité maternelle demeure élevé malgré une légère baisse (597 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1994 et 543 en 2005). Selon une étude de la Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction section Côte d'Ivoire (CRESARCI), en 2000, le ratio de mortalité

dû aux complications obstétricales en Côte d'Ivoire est de 3,7% contre une norme recommandée de 1%.

En outre, un dépouillement des registres de santé initié par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique avec l'appui de l'UNFPA dans 8 structures sanitaires a permis de recenser 209 cas de fistules sur la période 1995-2005.

L'incidence du cancer chez la femme 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.



Le suivi de la grossesse n'est pas satisfaisant. Selon les données de l'EDS-1994 et de 1998 et de l'EIS-2005, la proportion de naissances ayant bénéficié d'au moins une visite prénatale est passée de 83% en 1994 à 84% en 1998 et à 87% en 2005. L'assistance médicale à l'accouchement est faible : 45,4% en 1994, 46,8% en 1998 et 55% en 2005.

Du côté de l'offre, une étude menée par la CRESARCI 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 habitants. A titre de comparaison, rappelons que l'OMS préconise 1 établissement dispensant les SOU Complets et 4 SOU de base pour 500 000 habitants. L'offre est donc satisfaisante mais reste inégalement répartie sur le territoire national, notamment en zone rurale. L'accessibilité physique et financière aux services de la SR reste limitée. En effet, 56% de la population ne dispose pas d'un établissement sanitaire dans un rayon de 5 Km. En outre, les habitudes de prescriptions des professionnels de la santé trop axées sur les médicaments de spécialités entraînent des surcoûts pour les ménages.

Planification familiale. La pratique contraceptive a progressé sensiblement depuis le début des années 1980, mais elle demeure faible. La proportion des femmes en union qui utilisent une méthode moderne



n'était que de 1 % en 1980-1981 mais s'élevait à 4,3 % en 1994, à 7 % en 1998-1999 et a atteint 8% en 2006. Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale sont très importants puisque selon MICS-2006, seules 29% des femmes en ont exprimé le besoin. De plus, l'intégration des services de planification familiale dans les paquets minimum d'activités ne concernait que 33% des structures sanitaires publiques (Liagui, 2006). Le faible niveau de la pratique contraceptive a des répercussions négatives sur la santé de la mère et de l'enfant.

Comme conséquences, l'étude de l'Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF)

en 2008 montre que 82,7% des femmes sexuellement actives au moment de l'enquête avaient déjà contracté au moins une grossesse. Près de la moitié (44,3%) d'entre elles ont reconnu avoir eu des grossesses non désirées.

Avortement. En 2004, 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 filles qui pratiquent les avortements augmente selon l'âge. Elle varie de 1% chez les 12-14 ans, 8% chez les 15-19 ans pour atteindre 18% chez celles de 20-24 ans. Selon, une étude réalisée par l'AIBEF en 2008, la prévalence de l'avortement provoqué clandestin est de 41,5% et elle est beaucoup plus fréquente chez les jeunes de moins de 30 ans.

2.1.2. Santé de l'enfant

Le quotient de mortalité infantile, c'est-à-dire la probabilité de décéder entre la naissance et le premier anniversaire est passé de 97 décès pour 1000 naissances vivantes en 1988 à 112 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 et à 84 décès pour 1000 naissances vivantes selon l'EIS-2005.

Il y aurait donc une baisse de la mortalité entre 1998 et 2005, alors que sur la période précédente, la tendance était à la hausse. Au regard de la situation présente du pays, une telle baisse de la mortalité des enfants paraît quelque peu surprenante. Cela pourrait s'expliquer par l'action des ONG humanitaires qui favorisent la proximité des services et la gratuité des médicaments.

Quant à la mortalité infanto juvénile c'est-à-dire celle des enfants de moins de cinq ans, elle a connu une baisse, passant de 181 décès pour 1000 naissances vivantes en 1998 à 175 décès pour 1000 naissances vivantes en 2001 pour atteindre 125 décès pour 1000 naissances vivantes selon les résultats de l'EIS 2005.

Le profil épidémiologique chez les enfants reste dominé par les affections courantes telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, la rougeole, la malnutrition chronique. Selon MICS 2006, les incidences étaient estimées à 17% pour les maladies diarrhéiques dont 67% n'ont reçu aucun traitement, 5% pour les Infections Respiratoires Aigues (IRA).

Au niveau nutritionnel, 20% des enfants souffrent d'une insuffisance pondérale dont 16% des cas jugés sévères. En outre, 34% des enfants ont un retard de croissance et 7% sont jugés maigres pour leur taille. Selon le DSRP-2009, l'incidence du paludisme et de la rougeole est respectivement de 110,89‰ et 0,19‰.

2.1.3. Santé du jeune et de l'adolescent

Selon les Enquêtes Socio-Comportementales, de 2002 à 2004, on observe une tendance à la hausse par rapport à l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel (de 53,91% à 69,66%) suivi d'une baisse de 2004 à 2007 (69,66% en 2004 et 44,6% en 2007). Ces données rapprochées à celles de l'EIS 2005 qui a une couverture nationale, permettent d'indiquer que le comportement des jeunes reste toujours préoccupant (UNGASS, 2008). En effet, 73% des jeunes hommes et 56% des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge exact de 18 ans. En outre, seules 12% des femmes et 30% des hommes ont utilisé un condom lors des derniers rapports sexuels. Quant au multi-partenariat sexuel, il varie sensiblement selon l'âge : 15,2% chez les jeunes de 15-19 ans, 17,5% chez les jeunes de 20-24 ans et 16,4% chez les jeunes de 25-29 ans. On constate que cette proportion est plus élevée chez les hommes (30,5%) que chez les femmes (4,5%).

Par ailleurs, en 2005, un rapport du Programme National Santé Scolaire et Universitaire (PNSSU) révèle 2000 cas de grossesses non désirées et 1847 cas d'IST en milieu scolaire et universitaire. Ces chiffres sont probablement sous estimés car ils ne concernent que 22 Services de Santé Scolaire et Universitaire (SSSU) fonctionnels sur les 47 que compte le pays.

2.1.4. Santé de l'homme

Tout comme les femmes, les hommes ont aussi des besoins en matière de santé de la reproduction. Plus spécifiquement pour eux, il s'agit des cas d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST), de stérilité sexuelle et de cancers tels que la tumeur prostatique qui survient chez les personnes âgées. Selon l'EIS-2005, 8% des hommes ont déclaré avoir eu une IST et/ou des symptômes d'IST.

2.2. Législations, politiques et programmes de santé de la reproduction

Exprimant sa volonté politique d'intégrer la santé de la reproduction dans la politique nationale de santé, la Côte d'Ivoire s'est dotée en 1998, d'une Politique Nationale en Matière de Santé de la Reproduction s'inscrivant dans le cadre de la déclaration de Politique Nationale de Population et du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 1996-2005). Pour opérationnaliser cette politique, six programmes ont été mis en place :

- le Programme Elargi de Vaccination, démarré en mars 1995 ;
- le Programme National de Santé de la Reproduction/Planification Familiale, initié en mai 1996 ;
- le Programme National Santé infantile, démarré en mai 1996 ;
- le Programme National de Nutrition a été instauré en 1999 ;
- le Programme National Santé Scolaire et Universitaire, initié en décembre 2001 ;
- le Programme National de prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, initié en décembre 2001.

Dans le cadre de la coopération Côte d'Ivoire-UNFPA de 2003-2007, le sous programme de santé de reproduction est coordonné par le Programme National de Santé de la Reproduction/Planification Familiale. Le Ministère de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs concourt à la mise en œuvre des activités en ce qui concerne le volet jeune tandis que le Ministère de l'Education Nationale travaille sur l'intégration des concepts sur la SR dans les curricula de formation du primaire au secondaire.

Les actions entreprises s'articulent autour des trois stratégies suivantes : (i) création de services intégrés de santé de la reproduction de qualité dans les zones d'intervention, (ii) amélioration des soins obstétricaux d'urgence, y compris le traitement des complications découlant des avortements dans les zones d'interventions ; (iii) accès accru à l'information et aux services de santé de la reproduction pour les adolescents et les jeunes.

Intégration des services de santé de la reproduction de qualité dans les structures sanitaires

De 2003 à 2007, pour corriger les insuffisances, des efforts considérables ont été entrepris à travers les projets pour le renforcement des capacités du personnel et l'amélioration de la qualité de l'offre de soins dans 33 structures de référence et 90 maternités périphériques, notamment pour la prise en charge des SOU/SONU, PF, IST/VIH/SIDA (formation des prestataires, approvisionnement en contraceptifs, équipements, matériels médicaux et la réhabilitation de certaines structures).

Par ailleurs, le Ministère de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs à travers son projet SSRAJ IVC/03/P02 a permis l'intégration des conseils sur les IST/VIH/SIDA au niveau des Centres d'Ecoute et de Conseil (CEC) des 10 sites d'intervention que sont Abidjan, Bouaké, Agboville, Sinfra, Bondoukou, Gagnoa, Tanda, Toumodi, Bouaflé, Abengourou.

Ainsi, de 2004 à novembre 2007, 389 955 jeunes ont fréquentés les CEC et ont été touchés par les activités de sensibilisation de proximité soit 33% des jeunes des sites d'intervention parmi lesquels 5324 ont été référés dans les structures de références. Plus de 50% des références concernent les IST et les Centres de Dépistage Volontaire (CDV).

Enfin, pour stimuler la demande et améliorer l'accessibilité des populations aux structures et permettre à celles-ci d'adhérer aux différents projets, des campagnes de sensibilisation ont été menées autour des différentes thématiques de SR dans les sites des projets des localités des zones d'interventions. Cette campagne a permis de renforcer les capacités d'environ 420 relais communautaires à l'auto diagnostic communautaire des aspects de la santé maternelle.

Amélioration des soins obstétricaux d'urgence, y compris le traitement des complications découlant des avortements dans les zones d'interventions

Dans le cadre de la prévention de la mortalité maternelle, la Côte d'Ivoire a :

- adopté la feuille de route pour la Réduction de la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile en 2008. Le document finalisé a été présenté à un comité scientifique et transmis au Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique et doit être soumis à une table ronde aux différents décideurs et bailleurs ;
- révisé à la baisse les indicateurs de la Vision 2010 de 32 à 20 ;
- mis à jour le document du Programme National de Santé de la Reproduction (document de politique) ;
- élaboré un plan d'action en matière de SR prenant en compte les recommandations des Ministres Africains en charge de la Santé à Maputo ;
- révisé les normes et procédures en SR en intégrant les SONU, la Consultation Pré-Natale (CPN) recentrée, le cancer du col de l'utérus et des seins et l'infertilité.

Jusqu'à ce jour, le projet de loi sur la santé sexuelle et reproductive, est en cours de finalisation pour tenir compte des recommandations des Ministres africains de la santé de Maputo en 2007.

Dans le cadre des programmes d'urgence, au 31 décembre 2007, 29 structures sanitaires soit environ 29% des structures prévues ont été réhabilitées.

Pour améliorer le système de référence et contre référence, deux grands types d'activités ont été menés : (i) le renforcement des capacités de 420 ASC et AT à la reconnaissance des signes de danger de la grossesse et pour le transfert précoce des parturientes ; (ii) la livraison à titre expérimentale de 15 motos ambulances à 15 structures de base, (iii) l'expérimentation des cliniques mobiles de SR.

L'intégration de la prise en charge des complications d'avortement dans les centres de références s'est faite avec la formation des prestataires de soins à travers les projets SOU/SONU/PF. En effet, les formations reçues par les prestataires comportaient des modules sur la prise en charge des avortements. En plus, les centres de références ont été dotés de kits pour la prise en charge des complications d'avortement.

Toutes ces actions ainsi que l'élaboration du projet de loi sur la SR rendent probable l'atteinte du but 5 des OMD, à savoir la réduction de trois quarts, entre 1990 et 2015 du ratio de mortalité maternelle. En effet, estimé à 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1994, le DSRP prévoit en 2015, 149 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes correspondant à une baisse de trois quarts.

Accès accru à l'information et aux services de santé de la reproduction pour les adolescents et les jeunes.

La politique de SR inclut un volet santé procréatrice et planification familiale et éducation en matière de population dans l'enseignement et la formation pour les jeunes à travers le Projet EVF/MP du Ministère de l'Education Nationale. En outre, les campagnes de sensibilisation à l'égard des jeunes, la création des Club Santé Jeune et du Réseau Ivoirien pour la promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes (RIPS/AJ) font partie des stratégies adoptées par le Ministère de la Jeunesse, du Sport et des Loisirs.

2.3. Défis et contraintes

Le principal défi en matière de SR reste la couverture des besoins non satisfaits. Cependant, ce défi se heurte à quatre types de difficultés :

- Le premier ordre de difficulté exogène a trait aux moyens financiers. Le financement des produits de la SR rencontre d'énormes difficultés. Il est trop dépendant de l'aide extérieure (le retrait progressif des bailleurs de fonds perturbe durablement le financement des produits contraceptifs et la part du budget consacré à l'achat des médicaments s'amenuise). De plus, le coût élevé des produits de la santé de la reproduction dans les officines privées ne permet pas une plus grande accessibilité à la majorité de la population.

- Le second ordre de difficultés, endogène, dérive de l'instabilité politique chronique de ces dix dernières années. En effet, 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. Ce conflit a causé dans les zones Centre, Nord et Ouest du pays, un accès restreint aux services sociaux et publics de base, notamment les services de SR de qualité.
- A ces deux difficultés majeures s'ajoute une autre inhérente à la nature des projets sanitaires. Les aspects de la SR étant divers, chacun d'eux a tendance à s'ériger en programmes autonomes sans toujours un souci de coordination d'où une dispersion des ressources (humaines et financières) limitées.
- Enfin, la motivation du personnel formé constitue une autre préoccupation. En effet, il faut noter une instabilité du personnel liée au statut de la fonction publique. En effet, certains personnels salariés, ont tendance à changer de service à la recherche de meilleures conditions de travail, d'opportunités et d'épanouissement personnel. Il en résulte une déperdition des compétences au détriment des services publics de SR qui ont besoin de ressources humaines ayant une formation spécialisée dans le domaine.

Certaines solutions novatrices ont été expérimentées (cliniques mobiles, moto-ambulance). L'évaluation du programme de coopération 2003-2007 indique que les moto-ambulances semblent ne pas rencontrer l'adhésion de la population. En effet, les motos ambulances n'ont véritablement pas été utilisées dans certaines structures alors que des sensibilisations avaient été faites au niveau des populations bénéficiaires de ces zones et sont souvent stationnées au district. Les principales raisons évoquées sont : (i) l'inaccessibilité culturelle des populations vis-à-vis des motos ambulances pour le transport des femmes (ii) l'état des routes (motos ambulance tri-cycle) notamment à Tanda, (iii) l'insuffisance d'adhésion des prestataires au système de la moto ambulance.

Un autre défi, non moins important réside dans la nécessité de repositionner la planification familiale *occulte* depuis l'avènement du VIH/Sida.

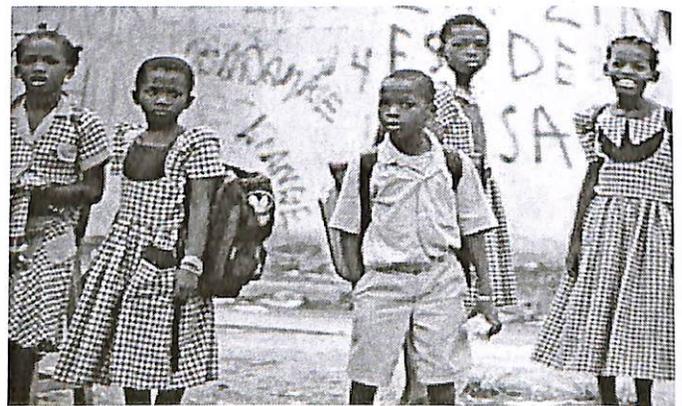
Face à l'ampleur des problèmes liés à la SR et au manque de moyens financiers, l'IEC/CCC apparaît comme la solution la moins onéreuse. Cependant, l'environnement socio-culturel en limite les performances. En effet, la référence au sexe est un sujet tabou et cela amoindrit la portée de la politique de la SR. Il est de coutume de laisser le soin au temps de faire tomber ces obstacles socio-culturels mais l'IEC/CCC peut de toute évidence hâter le processus car la spécificité de l'homme réside dans sa capacité d'adaptation aux situations nouvelles.

III. EGALITE DU GENRE, EQUITE ET AUTONOMISATION DES FEMMES

3.1. Niveaux et tendances

La population féminine représente 49% de la population totale du pays. Mais cette répartition quasi-égalitaire ne se reflète ni dans les différents ordres d'enseignement ni dans les différents secteurs d'activité, ni dans les instances de prise de décision, etc.

Au niveau éducatif. L'indice de parité entre sexes dans l'enseignement primaire, a connu une progression sur la période 1997-2000, passant de 0,77 à 0,81. Le taux net de scolarisation des filles au primaire est de 53,07% contre 58,84% pour les garçons. Au secondaire ces taux sont respectivement de 22,56% contre 30,34%. Le ratio



filles/garçons en 1990 qui représentait dans le secondaire 47% a progressé pour se situer à 54% en 2000 et à 63,9% en 2008. Au niveau de l'enseignement supérieur, on compte en moyenne une fille pour trois garçons entre 1993 et 1998. En 2008, le rapport filles/garçons dans le supérieur est de 56,1% (DSRP, 2009).

En ce qui concerne l'alphabétisation, on observe une réduction progressive de la disparité entre homme et femme, notamment en raison de la mise en œuvre de programmes ciblant principalement les groupes féminins. En ce qui concerne le rapport du taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15 à 24 ans et celui des hommes du même âge, il est passé de 69,5% en 1993 à 75,2% en 2002, soit un accroissement de plus de 5 points. Selon l'EIS 2005, 39% des hommes et 54% des femmes sont analphabètes en Côte d'Ivoire.

Au niveau de l'emploi. 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. Les femmes sont moins présentes sur le marché de l'emploi moderne. En effet, en 2005 seulement 12,7% des emplois modernes étaient occupés par les femmes. Elles constituent par contre le pilier de la production vivrière où elles assurent 75 % de la production en 1998. En outre, les femmes se sont orientées tôt vers le secteur informel où elles tirent l'essentiel de leur revenu. En 1995, elles représentaient 52 % des 26% d'actifs travaillant dans ce secteur (Benié, 1998).

Pouvoir de décision. En 1997, seulement 4% des postes de responsabilité et de décisions dans l'administration étaient occupés par des femmes. Bien qu'étant loin d'atteindre la parité, la proportion des sièges au parlement occupés par les femmes est en nette progression. Elle a quasiment doublé depuis 1991, passant de 4,6% à 8,5% en 2001. Seules 9 femmes sur 197 sont des maires soit 4,6% et une seule femme est Présidente de Conseil Général sur un effectif de 58 Présidents de Conseils Généraux et de Districts que compte le pays.

C'est au niveau de la participation au Gouvernement que les progrès ont été le plus notables. Dans le gouvernement d'avant crise, les femmes promues ministres représentaient 21,4% alors qu'elles n'étaient que de 8,5% en 1995. Ce niveau de participation des femmes, a connu une baisse au sein du Gouvernement de mars 2007 qui ne compte que 4 femmes ministres sur 33 membres soit 12,12 % de l'effectif.

Violence basée sur le genre. Les violences contre les femmes demeurent courantes et préoccupantes en raison des conséquences aux plans physique, psychologique, social et économique. Certaines formes de violences basées sur le genre telles que les violences sexuelles et physiques se sont accrues avec la crise. Plus d'une femme sur dix (12%) a été victime d'au moins une des formes de violence. Dans 17 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles n'avaient pas consenti à leurs premiers rapports sexuels (EIS, 2005). La pratique des mutilations génitales touche environ 36% des femmes de 15-49 ans (MICS 2006), avec des conséquences sur la santé en termes d'hémorragie, d'infections, notamment au tétanos et au VIH/sida, de dystocie et de fistules vésico-vaginales (FVV). Les régions les plus affectées sont le Nord (88%), le Nord-Ouest (88%) et l'Ouest (73%).

Au niveau du genre et de l'égalité entre sexe. Les inégalités liées au genre s'expliquent par les pesanteurs socio culturelles, les rapports sociaux stéréotypés et dévalorisants et la faible utilisation de l'approche droits humains pour répondre aux besoins pratiques et stratégiques des femmes et des hommes. La persistance des inégalités liées au genre est aussi due à une faible vulgarisation et une application insuffisante des textes réglementaires et législatifs en faveur de l'égalité et de l'équité entre hommes et femmes. En effet, malgré l'existence des cadres juridiques de protection, 35% des femmes en union vivent dans des mariages polygamiques, une proportion importante des filles subit encore des pressions de tout genre pour vivre en union et près de la moitié des femmes subissent encore l'excision.

3.2. Législations et politiques basées sur le genre

La CIPD recommande aux pays deux dispositions générales en faveur du genre féminin encore confiné à un statut d'infériorité sociale : (i) promouvoir l'égalité de la femme par rapport à l'homme et (ii) éliminer

toutes formes de discrimination à l'égard de la petite fille. En Côte d'Ivoire, la promotion de la femme est une préoccupation constante du Gouvernement. A cet effet, l'Etat a mis en œuvre plusieurs projets et a ratifié plusieurs conventions internationales relatives au droit des enfants et des femmes.

Ainsi, au plan multilatéral, la Côte d'Ivoire a ratifié trois conventions en 1995 :

- la Convention internationale pour l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) ;
- la Convention sur les Droits Politiques de la Femme ;
- la Convention sur le consentement au mariage, l'âge minimum au mariage (18 ans en Côte d'Ivoire) et l'enregistrement des mariages.

Au plan juridique, la Côte d'Ivoire s'est dotée de lois destinées à protéger la femme. Il s'agit de : (i) la loi n° 98-757 du 23 décembre 1998 interdisant les mutilations génitales, (ii) la loi n° 98-756 du 23 décembre 1998 modifiant et complétant la loi instituant code pénal réprimant le harcèlement sexuel, le travail forcé et l'union précoce ou forcée, (iii) la loi n° 83/300 du 02 Août 1983 (modifiant et complétant la loi n° 64/375 du 3 Octobre 1964) qui consacre l'égalité dans le couple et la possibilité pour la femme de choisir la communauté ou la séparation des biens.

Aussi, depuis l'adoption du code civil en 1964 (loi n° 64/375 du 3 octobre 1964), les enfants et la conjointe du défunt font désormais partie de ses héritiers, ce qui était impossible dans certaines sociétés traditionnelles. Pour conforter cette loi, le code de la famille et des personnes a été révisé en 2008 et est en attente d'adoption par le Gouvernement.

Il convient également de mentionner les activités de renforcement des capacités des ONG féminines pour les élections futures et les Instituts de Formation et d'Éducation Féminines (IFEFF) pour une plus grande autonomisation de la femme.

La volonté politique de lutter pour l'égalité des sexes s'est traduite au plan international, par la participation de la Côte d'Ivoire aux principaux forums de décision sur cette question, notamment la 4^{ème} Conférence Mondiale sur les femmes à Beijing en 1995, les Objectifs du Millénaire de Développement (OMD), etc.

Ainsi, le gouvernement à travers le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant (MFFE), a rédigé en 1995 un Plan National d'Action de la Femme (PNAF) qui a été adopté en 2002 et recentré en 2006. Les axes issus du PNAF sont les suivants : (i) La promotion économique des femmes et la lutte contre la pauvreté ; (ii) L'amélioration de la santé des femmes et des filles ; (iii) L'augmentation des niveaux de scolarisation et d'éducation des femmes ; (iv) La valorisation du statut et du rôle de la femme ; (v) Le renforcement du cadre institutionnel de promotion de la femme ; (vi) La promotion de l'égalité entre hommes et femmes. Malheureusement, le PNAF n'a pas été mis en œuvre.

Par ailleurs, le Ministère de la Famille, de la Femme et des Affaires Sociales (MFFAS) a mis en place des structures de sensibilisation telles que le Comité National de Lutte contre les Violences faites aux Femmes et aux Enfants en 2000.

Dans un contexte d'exacerbation des abus et des disparités de genre, aggravé par la situation socio-politique que connaît le pays, le MFFAS a organisé en Décembre 2005 avec l'appui de l'UNFPA, un atelier de recentrage du PNAF pour la période 2006-2007.

A cet effet, cinq programmes ont été identifiés : (i) appui à la promotion économique des femmes et à la lutte contre la pauvreté, (ii) appui à l'amélioration de la santé, du cadre de vie des femmes/filles et à la protection contre les violences à leur endroit, (iii) amélioration des niveaux de scolarisation des filles, d'éducation et d'information des femmes et de leur image sociale à travers les médias, (iv) appui à la valorisation du statut et du rôle de la femme dans la société et de sa participation à la vie publique, à la médiation sociale et à l'éducation à la culture de la paix, (v) renforcement du dispositif institutionnel de promotion de la femme. Malheureusement, ce plan n'a pas été opérationnalisé.

En outre, la Côte d'Ivoire, dans son programme de coopération avec l'UNFPA pour la période 2003-2007, a mis en place un Sous programme Population et Développement (SPD) qui intègre un volet promotion du genre et équité des sexes. La stratégie de ce volet met l'accent sur l'amélioration du cadre social et juridique nécessaire à la promotion de l'égalité et de l'équité des sexes.

Pour coordonner ce volet, il a été créé en 2006, la Direction de l'Égalité et de la Promotion du Genre (DEPG) au niveau du MFFAS. Cette Direction s'appuie sur les cellules « genre » créés dans les ministères techniques. Sous la houlette de cette Direction, il a été possible de créer les conditions de base pour la promotion du genre et de l'égalité des sexes. Comme principaux résultats, on relève entre autres : (i) un plaidoyer qui a abouti à la Déclaration solennelle du Président de la République sur l'égalité des chances, l'équité et le genre en 2007, (ii) l'élaboration du Document de la Politique Nationale sur l'Égalité des chances, l'Équité et le Genre (DPNEEG), (iii) le renforcement des capacités des cellules genre de treize ministères techniques, (iv) la réalisation des activités de lutte contre les violences basées sur le genre, notamment la formation des forces de l'ordre et des magistrats sur les questions de VBG et le projet de création d'un Centre de Prise en Charge des victimes de VBG et (vi) l'élaboration du Code de la famille et des personnes.

3.3. Résultats des activités menées

La mise en œuvre du volet genre a permis de disposer de données sociodémographiques ventilées par sexe, par région et par localité ainsi que de données sur les comportements et les pratiques des grands groupes culturels vis-à-vis des questions d'égalité et d'équité. Elle a également permis d'entreprendre et de diffuser des résultats d'études et de recherches sur la population, la condition de la femme et le développement. Au plan du renforcement des capacités, il a été possible de former environ 500 personnes à l'intégration des variables démographiques et des questions sexo-spécifiques aux plans de développement locaux.

Par ailleurs, les responsables des projets sont familiarisés à l'intégration d'une perspective sexo-spécifique dans la formulation des projets. Avec l'appui de certaines ONG, la vulgarisation des lois contre les mariages forcés, le harcèlement sexuel et les sévices contre les femmes a été rendu possible de même que la reconversion des femmes qui pratiquaient la clitoridectomie dans les zones d'intervention du programme, à travers des activités génératrices de revenus¹. Le principal résultat en matière de genre concerne le renforcement des capacités des responsables ministériels au concept du genre ; ce qui a permis la rédaction consensuelle d'un document de politique du genre.

Dans le cadre de la révision des manuels scolaires et guides pédagogiques du cycle primaire, on note la réduction des stéréotypes sexuels au niveau de l'utilisation des noms de filles et de garçons ainsi que la distribution des rôles et du choix des images relatifs aux deux sexes.

Enfin, il est probable pour la Côte d'Ivoire, d'atteindre l'objectif 3.1 des OMD en ce qui concerne l'élimination d'ici 2015, des disparités entre les sexes dans l'enseignement. En effet, le DSRP prévoit que l'indice de parité dans le primaire qui était de 0,81 en 2000 sera de 1 en 2015 dans l'enseignement primaire. Pour le premier cycle du secondaire, le DSRP prévoit un indice de parité égale à 0,9 en 2015 contre 0,54 observé en 2000.

3.4. Défis et contraintes

Les différents plans cadre de développement (PNA 2002-2006 ; PNAF 2003-2007 et DSRP 2009) élaborés récemment intègrent une perspective sexo-spécifique. Il en est de même des projets élaborés dans le cadre du SPD 2003-2007.

¹ Evaluation du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007

Malgré ces avancées, il subsiste encore des confusions entre l'approche féministe et l'approche genre. La première s'intéresse à la condition de la femme alors que l'approche genre suppose de considérer les différences entre hommes et femmes et les éléments qui composent un système de genre. En raison de cette confusion, les indicateurs de genre ne sont pas toujours clairement définis dans les projets ; il n'est en conséquence pas aisé d'évaluer les progrès réalisés dans le domaine.

Il faut signaler aussi que les textes de lois existants ne sont pas bien connus des populations et dans bien des cas ne sont pas appliqués. De ce fait, l'Association des Femmes Juristes de Côte d'Ivoire (AFJCI) a élaboré trois documents de sensibilisation sur les violences sexuelles et sexistes : (i) la brochure sur la prise en charge juridique des violences sexuelles et sexistes ; (ii) le dépliant sur la prise en charge juridique des violences sexuelles et sexistes ; (iii) la bande dessinée sur les violences sexuelles et sexistes.

Un document de politique de genre a été élaboré et validé. Il reste son adoption par le Gouvernement. Au total, il faut assurer une large diffusion et une application de tous ces textes réglementaires ainsi que l'opérationnalisation de la politique de Genre.

Les principaux défis à relever demeurent : (i) l'atténuation de l'effet des pesanteurs socio culturelles défavorables à la promotion des femmes, (ii) la promotion d'une culture nationale en faveur de l'éducation des filles pour assurer l'égalité des chances d'accès à l'école pour les filles et les garçons , (iii) la promotion de l'insertion des femmes dans les secteurs non agricoles et de leur représentativité dans les sphères de décision et (iv) la facilitation de l'accès des femmes au capital et à la propriété foncière.

IV. VIH/SIDA, PALUDISME, TUBERCULOSE ET AUTRES MALADIES TRANSMISSIBLES

La lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies transmissibles, figure en bonne place parmi les OMD et constitue une des priorités pour le Gouvernement de la Côte d'Ivoire.

4.1. Niveaux et tendances

VIH/SIDA. En Afrique Occidentale, la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés par la pandémie du VIH/SIDA. Selon les résultats de l'EIS-2005, la prévalence du VIH dans la population générale est de 4,7%. Elle est légèrement plus élevée en milieu urbain (5,4 %) qu'en milieu rural (4,1%). Chez les jeunes de 15-19 ans, le taux de prévalence est estimée à 0,3%.

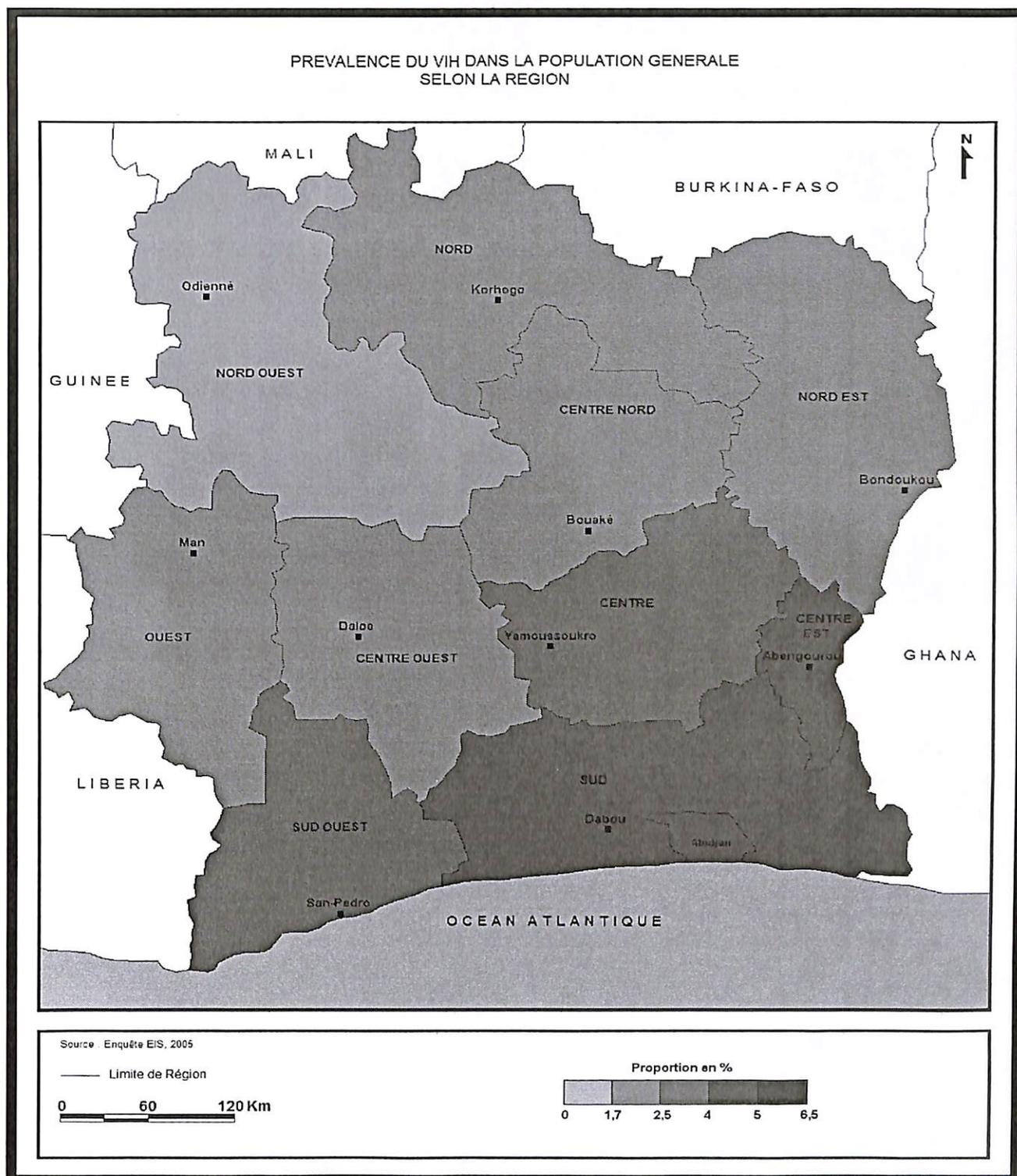
La ville d'Abidjan (6,1%), les régions du Centre-Est (5,8%), du Sud (5,5%) et du Centre (4,8%) ont une prévalence du VIH supérieure à la moyenne nationale (4,7%). À l'opposé, la région du Nord-Ouest (1,7%) a la prévalence la plus faible (Carte 2 : prévalence du Sida par région). En ce qui concerne la prévalence du VIH chez les femmes, c'est dans le Sud (8,0%), le Centre-Est (8,6%) et dans la Ville d'Abidjan (8,6%) qu'elle est la plus élevée. On assiste à une forte féminisation de la pandémie. En effet, le taux de prévalence est de 6,4% chez les femmes contre 2,9% chez les hommes. De plus, la séro-prévalence est plus élevée chez les jeunes femmes de 15-19 ans (0,4%) que chez leur homologue masculin (0,2%).

L'un des effets les plus néfastes de l'épidémie de VIH/sida est l'augmentation croissante du nombre d'orphelins et d'enfants rendus vulnérables par le décès de l'un des membres adultes de leur ménage ou par le fait que leurs parents ou d'autres membres adultes de leur ménage tombent gravement malades. Selon MICS-2006, on note que 8% des enfants de moins de 18 ans sont orphelins de père et/ou de mère et sont considérés comme vulnérables du fait du Sida.

Chez les professionnelles du sexe, les statistiques du projet RETRO-CI montrent que la prévalence du VIH/SIDA à Abidjan est passée de 84% en 1992-1993 à près de 70% en 1994-1995 pour se situer à environ 27% en 2000. Cette diminution du taux de prévalence chez les professionnelles du sexe séropositives a été possible grâce à l'augmentation du recours au préservatif.

En 2006, sur 1172 professionnel(le)s du sexe testés à la Clinique de Confiance et au CIP Yopougon, deux centres de référence des professionnels du sexe à Abidjan, 215 sont infectés par le VIH, soit 18,3%. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (23,8%) que chez les femmes (18,0%). Il faut toutefois noter le faible nombre de professionnels du sexe masculins.

Carte 1 : Prévalence du VIH/Sida dans population générale selon les régions



Les secteurs les plus touchés sont l'éducation, l'agro-industrie, la défense². La prévalence du VIH/SIDA parmi les femmes enceintes vues en consultation prénatale est passée de 9,0% en 1997 à 10,5% en 2001 et à 8,2% en 2005. 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.

² DSRP 2009

Tuberculose. L'incidence de la tuberculose a connu une hausse passant de 84 pour 100 000 cas en 2002 à 393 pour 100 000 cas en 2008. La co-infection VIH/tuberculose varie de 42 à 49% selon les études. Depuis l'avènement de l'infection à VIH, on note une progression de 10% des cas de tuberculose chaque année. La tuberculose constitue la principale cause de décès et d'infection opportuniste chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA avec respectivement une prévalence de 32% et 36% (DSRP, 2009).

Paludisme. Le paludisme reste encore l'une des premières causes de mortalité en Côte d'Ivoire. Son incidence est en hausse depuis 1996. Elle est passée de 68,6‰ en 1996 à 93,6‰ en 2002 et à 146,3‰ en 2008. Il en est de même de sa létalité qui a enregistré une hausse passant de 3,9% en 1996 à 4,4% en 2002. Chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, cette maladie représentait en 2003, pour les deux catégories, environ 42% des causes de consultation et respectivement 36,07% et 62,44% des causes d'hospitalisation.

En 2008, l'incidence du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans a été estimée à 110,89‰. Selon le MICS-2006, sur l'ensemble du territoire ivoirien, seulement 17% des enfants âgés de moins de cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête, dont 6% ont été traitées. Un peu plus d'un quart des enfants de moins de cinq ans ont eu la fièvre au cours des deux semaines précédant l'enquête.

Autres maladies transmissibles. Les récurrentes épidémies de méningite cérébro-spinale dans la partie nord du pays et les cas d'onchocercose méritent une surveillance accrue et sont en partie consécutives aux flux migratoires en provenance des pays limitrophes. On note aussi des cas de trypanosomiase (167 cas en 2000), de dracunculose qui est en voie de certification (en 2004, sur 707 villages en surveillance, seulement 21 cas ont été notifiés dans 8 villages endémiques), de l'ulcère de Buruli (en moyenne 2000 cas depuis une dizaine d'année).

4.2. Politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et les autres maladies transmissibles

Depuis l'apparition des premiers cas, la réponse nationale ne s'est pas faite attendre. En 1987, la lutte a commencé 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 et de l'Hygiène Publique (MSHP).

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 multisectorielle 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. La spécificité de la Côte d'Ivoire réside dans la création de cellules de lutte au niveau des entreprises privées et au niveau des ministères techniques.



Comme appui technique de travail, des structures opérationnelles ont été créées : (i) le programme national de prise en charge des PVVIH (PNPEC), (ii) 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 a élaboré un Plan Stratégique de lutte contre le SIDA pour la période 2006-2010.

Notons que plusieurs partenaires internationaux interviennent également dans la lutte contre cette pandémie, notamment le Gouvernement américain à travers le PEPFAR au plan bilatéral et le Fonds Mondial de lutte contre le Sida dans un cadre multilatéral.

En ce qui concerne la lutte contre le paludisme, la réponse nationale est organisée autour de schémas thérapeutiques et de stratégies de prévention inscrites dans le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Au titre de la prévention, l'accent est mis sur l'assainissement du cadre de vie, et la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées. Le coût moyen d'une moustiquaire traitée est de 3 500 FCFA dans le public et de 5 000 FCFA dans le privé.

4.3. Défis et contraintes

La pandémie du SIDA 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. La crise militaro politique qui a occasionné de nombreux viols et violences sexuelles, des migrations et déplacements internes des personnes a aggravé cette situation.

La voie sexuelle constitue le principal mode de transmission du VIH. Le VIH se propage en conséquence dans les populations ayant des comportements sexuels à haut risque, notamment les professionnels du sexe, les routiers, les migrants, les jeunes, les enseignants, les forces de défense et de sécurité, etc.

L'objectif de la Côte d'Ivoire en matière de lutte contre le VIH/sida est conforme à celui des OMD : freiner d'ici 2015, la propagation actuelle de la pandémie et commencer à inverser la tendance. Cependant, atteindre cet objectif s'avère improbable compte tenu des prévisions du DSRP (prévalence du VIH/Sida en 2015 de 1,8% qui est supérieur au seuil de 1% au dessus duquel l'OMS considère que l'épidémie est généralisée).

Ainsi, pour renforcer la lutte contre le VIH/Sida, les défis suivants doivent être relevés : (i) diversifier les sources de financements en mettant l'accent, en plus des partenaires au développement, sur la contribution du secteur privé, (ii) intensifier la prévention en direction des populations ayant des comportements sexuels à haut risque, notamment les professionnels du sexe, les routiers, les migrants, les jeunes, les enseignants, les forces de défense et de sécurité, (iii) améliorer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH, (iv) renforcer le cadre national de coordination multisectorielle et décentralisée, le système national de suivi évaluation, et les capacités nationales de mise en œuvre des programmes. Un accent devra être mis sur l'intégration effective du VIH et du genre dans les plans de développement local, national dans les différents domaines ou secteurs d'activités.

En ce qui concerne le paludisme, il est très improbable pour la Côte d'Ivoire d'atteindre les OMD. En effet, les prévisions de 2015 (110‰) sont en deçà du niveau déjà observé en 2002 (93,61‰). Par conséquent, l'Etat doit développer une politique efficace pour la prévention et le traitement. Pour ce faire, les actions doivent porter sur le renforcement de la promotion de l'utilisation des supports imprégnés d'insecticides tels que la moustiquaire, à travers la redynamisation du système d'approvisionnement et de distribution. En outre, la disponibilité des médicaments du nouveau protocole thérapeutique dérivé à base d'artémisinine devra être assurée pour la prise en charge des malades. Les femmes enceintes devront bénéficier de la chimio-prophylaxie.

Pour la tuberculose, l'objectif de l'Etat est d'améliorer le dépistage et le traitement ainsi que la qualité de la prise en charge thérapeutique à travers la stratégie DOTS. A cet effet, les défis essentiels concernent les mesures telles que : (i) l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et consommables pour maintenir la gratuité des soins face à l'accroissement des besoins, (ii) le renforcement des capacités des centres de prise en charge de la tuberculose, (iii) l'extension du réseau de CDT et CAT, la réhabilitation et le renforcement de l'équipement des CAT, (iv) le renforcement des capacités des acteurs communautaires et (v) le renforcement de la mobilisation de la société pour le soutien communautaire.

L'insuffisance des moyens financiers de l'Etat et des ménages et les pesanteurs d'ordre socio-culturelles, la stigmatisation des PVVIH sont les principaux obstacles à surmonter pour relever ces défis.

V. DROITS DE L'ENFANT, SANTE SEXUELLE ET AUTONOMISATION DES JEUNES

L'un des traits caractéristiques de la population ivoirienne est sa jeunesse : 43,5% de la population totale a moins de 15 ans et 36,4% a un âge compris entre 15 et 34 ans. Cette catégorie de la population qui représente un potentiel humain de développement a toujours retenu l'attention du Gouvernement.

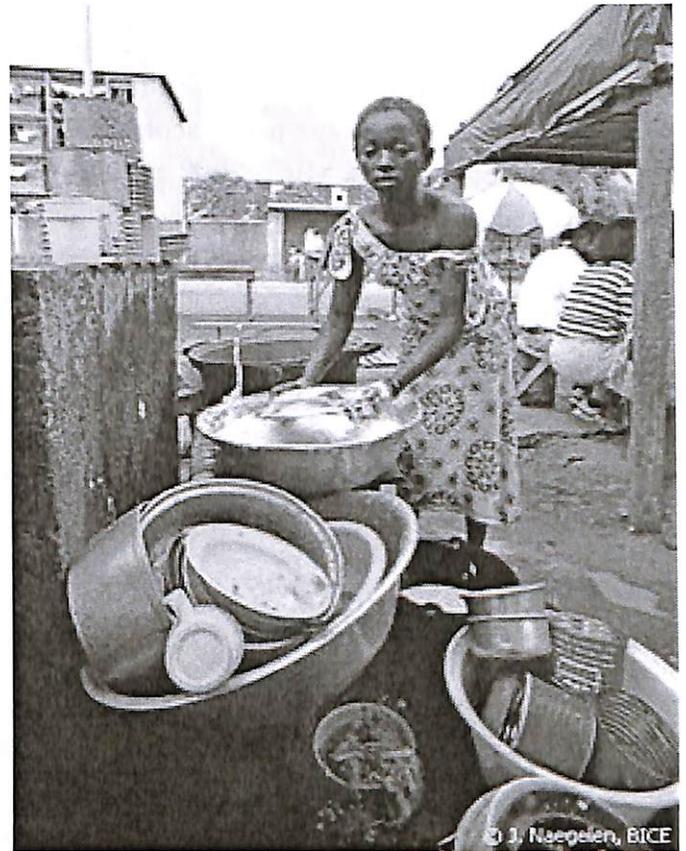
5.1. Niveaux et tendances

L'état de santé. L'état de santé des enfants n'est guère satisfaisant et le droit à la survie n'est pas respecté pour beaucoup d'entre eux malgré les initiatives en la matière. En effet, la mortalité infantile se chiffre en 2005 à 84 pour mille et la mortalité infanto-juvénile à 125 pour mille (REPCI, 2006). Ces chiffres

représenteraient une amélioration de ces indicateurs par rapport à ceux de 1998 et sont le résultat des actions humanitaires menées pendant la crise (112 et 174 pour mille respectivement pour la mortalité infantile et infanto-juvénile). Le niveau de la mortalité néonatale est en baisse mais reste encore élevé (47 pour 1000 en 1994 contre 42 pour 1000 en 2005).

Protection et droits des enfants.

Dans le domaine de la protection, la situation n'est guère meilleure. On note que le taux de non enregistrement des naissances à l'Etat civil des moins de 5 ans est passé de 28% à 45% entre 2000 et 2006. Par ailleurs, selon les résultats de l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants 2005 (ENTE 2005)³, environ 2 144 439 enfants de 5-17 ans travaillent en Côte d'Ivoire. L'exercice d'activités économiques affecte autant les filles (24% des filles de 5-14 ans exercent une activité économique) que les garçons (26%) d'une part et, d'autre part, les enfants des zones urbaines (27% d'incidence) que rurales (24%). Le secteur de l'agriculture est le plus gros utilisateur d'enfants travailleurs (78% des enfants économiquement actif en milieu rural et 38% de ceux du milieu urbain travaillent dans ce secteur), suivi du secteur des commerces (35% des enfants économiquement actif en milieu urbain et 13% de ceux du milieu rural). L'ENTE (2005) estime qu'environ 33 450 enfants de 5-17 ans victimes de traite vivent actuellement sur le territoire ivoirien, 52% d'entre eux vivent dans les zones rurales du pays et 58% sont des garçons.



La situation de crise que traverse le pays a également un impact sur le respect des droits des enfants. D'après les données de la Commission Nationale de Désarmement de Démobilisation et de Réinsertion (CNDDR, 2005), il existe environ 3 000 enfants soldats du côté des FAFN.

Pour ce qui est des enfants de/dans la rue, les statistiques sur ce phénomène sont parcellaires. Toutefois, l'enquête réalisée par l'ENSEA en collaboration avec l'UNICEF en 1997 a permis de dénombrer 15 330 enfants de/dans la rue à Abidjan et dans six grandes villes de l'intérieur (Bouaké, Korhogo, Daloa, Yamoussoukro, Man et Abengourou). L'âge des enfants varie de 6 à 21 ans avec une moyenne de 15,4 ans et le rapport de masculinité était de 117 garçons pour 100 filles.

Le mariage précoce (avant 18 ans) demeure une réalité en Côte d'Ivoire : 22% des filles dont 3% avant 15 ans (ABBAS, 2007). Par ailleurs, on compte aujourd'hui plus de 420 000 enfants ayant perdu au moins un parent pour cause de sida. Il faut enfin mentionner les difficultés de prise en charge des enfants handicapés (environ 4 enfants sur 1000 du groupe d'âge 0-18 ans en 1998).

En Côte d'Ivoire, MICS-2006 révèle que 36% des femmes ont déjà subi l'excision. Cette pratique touche aussi bien les femmes en milieu urbain (34%) que celles du milieu rural (38%). Les régions les plus touchées sont les régions du Nord-Ouest (88%), du Nord (87,8%), de l'Ouest (73,3%), du Centre-Nord (58,8%) et du Nord-Est (52,8%).

³ L'enquête a couvert la partie du territoire sous contrôle des forces loyalistes soit 79% des ménages vivant en Côte d'Ivoire selon le recensement de 1998.

Ces mêmes données révèlent des écarts importants selon le niveau d'instruction de la mère. En effet, la prévalence de l'excision est de 51,8% chez les filles dont les mères n'ont aucun niveau d'instruction contre 21,3% chez celles dont les mères ont le niveau primaire et 15,2% chez celles dont les mères ont le niveau secondaire et plus.

Sur le plan de l'éducation de la petite enfance, on note que plus de 90% des enfants de 3 à 5 ans, filles comme garçons, n'ont pas accès à l'éducation préscolaire en Côte d'Ivoire. Cette situation a nécessairement une incidence sur le niveau de scolarisation au primaire et au secondaire en termes de réussite. Par ailleurs, Le taux net de scolarisation qui était de 56,9% en 2000 est tombé à 55% en 2006 selon les résultats des enquêtes MICS 2000 et 2006. La différence entre les filles et les garçons observée en 2000 (51,8% chez les filles contre 61,4% chez les garçons) s'est maintenue en 2006 (51,3% chez les filles contre 58,6% chez les garçons). Force est donc de constater que la situation de la scolarisation au primaire des enfants et, en particulier celle des filles, est encore en deçà des espérances.

Santé sexuelle des jeunes. Pour ce qui concerne la SR chez les jeunes, les différentes sources de données (EDS-1998, l'Enquête Socio Comportementale (ESC) réalisée en 2002 et l'étude sur la Santé Sexuelle et de la Reproduction des Adolescents et des jeunes de 12-24 ans en Côte d'Ivoire) ont permis de dégager la situation de la SR chez les jeunes et les adolescents. Quatre points sont à noter chez les jeunes célibataires de 15-19 ans :

- ❖ un niveau élevé de connaissance sur le VIH/SIDA : entre 81% et 97% ;
- ❖ une méconnaissance des signes ou symptômes d'IST: 54% des filles et 41 % des garçons (2002); 42 % (2004) des jeunes ne savent identifier aucun signe ou symptômes d'IST;
- ❖ un comportement à risque élevé surtout chez les jeunes : multi partenariat sexuel (en 1998 : 36 % de garçons et 21 % de filles ; en 2002 : 39 % de garçons et 15 % de filles ; en 2004 : 58 % de garçons et 39 % de filles) ;
- ❖ un faible taux d'utilisation systématique du préservatif chez les jeunes : 42 % chez les garçons et 29 % chez les filles.

Cette situation socio comportementale, se voit de plus en plus au niveau des écoles.

On note chez les jeunes, des grossesses précoces et non désirées (1 526 cas de grossesses ont été enregistrés en milieu scolaire par le PNSSU⁵ en 2005-2006) avec pour corollaires les avortements à risque et les abandons scolaires (2/3 des filles enceintes abandonnent l'école selon les statistiques du PNSSU, 2005-2006). Il y a aussi le problème des IST qui connaît une recrudescence à chaque rentrée scolaire avec 50% des consultations dans les services de santé scolaire, pour une incidence de 15,6% en 2005-2006.

Selon l'EIS-2005, le taux de prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 20-24 ans est de 2,5%, avec un niveau plus élevé chez les filles que chez les jeunes hommes (4,5% contre 0,3%). Selon cette même source, environ 570 000 personnes vivent avec le VIH en Côte d'Ivoire dont 530 000 adultes de 15-49 ans et 40 000 enfants de 0 à 14 ans.

Emploi. Le chômage frappe majoritairement les jeunes. En effet, les jeunes de moins de 30 ans représentent les 2/3 des chômeurs. Le fait notable est qu'il y a une précocité du chômage dans la catégorie pauvre, à savoir que les moins de 20 ans représentent le quart des chômeurs pauvres contre 15 % chez les

⁵ Programme National Santé Scolaire et Universitaire

chômeurs non pauvres (DSRP 2009). Le taux de chômage des personnes âgées de 15 à 24 ans au sens strict⁶ reste relativement bas. Il est passé de 7,9% en 1993 à 8,7% en 2002 avec son plus haut niveau en 1995 (9%).

5.2. Cadre institutionnel, politique et programme

5.2.1. Droits et protection de l'enfant

La Côte d'Ivoire a ratifié la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) de 1989. Un peu plus tard, soit le 1^{er} mars 2002, elle a ratifié la convention 138 de 1973 sur l'âge minimum au travail et la Convention 182 de 1999 sur les pires formes de travail des enfants. En vue de la mise en application de la CDE, un Plan d'Action National pour l'Enfant (PANE) a été élaboré au bénéfice des enfants.

Au plan national, la loi 64-374 du 7 octobre 1964 régissant l'Etat-Civil a remplacé l'arrêté général 4602 AP du 16 août 1950 par lequel l'Etat-civil a été créé. Cette loi en vigueur rend obligatoire sur toute l'étendue du territoire ivoirien et pour tous les citoyens, la déclaration des naissances, des mariages et des décès. Pour ce qui concerne la déclaration de naissance, le délai qui était de 15 jours, a été prolongé à 3 mois actuellement.

Pour lutter efficacement contre la traite des enfants, le Gouvernement a adopté : (i) l'accord multilatéral de coopération en matière de lutte contre la traite des enfants en 2005, (ii) l'accord bilatéral de coopération entre la Côte d'Ivoire et le Mali en 2001, (iii) la déclaration de la CEDEAO sur la lutte contre la traite en 2001.

Des dispositions juridiques en matière de protection de l'enfant en déshérence sont contenues dans les articles 19 et 20 de la CDE. Ces dispositions sont relatives à la protection de l'enfant contre les mauvais traitements et de l'enfant privé du milieu familial. L'article 19 de la Charte Africaine des droits et du bien-être des enfants fait obligation aux parents de veiller à ne pas être séparés de leurs enfants. Le Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE) œuvre dans ce sens, en particulier la prise en charge et l'insertion économique des enfants de la rue. En outre, la constitution ivoirienne d'août 2000 confie à la famille et à l'Etat le soin de protéger les enfants.

5.2.2. Santé de la reproduction chez les jeunes

La santé des jeunes et des adolescents constitue un volet important de la SR. L'essentiel des actions menées réside dans les actions IEC/CCC. Ainsi, des centres médico-scolaires ont été mis en place dans la plupart des établissements secondaires. Du reste, deux des six programmes composant la politique nationale de SR concernent directement les jeunes : (i) le Programme National de Santé de la Reproduction/Planification Familiale, initié en mai 1996 et (ii) le Programme National Santé Scolaire et Universitaire, initié en décembre 2001.

5.2.3. Insertion socio-professionnelle des jeunes

En ce qui concerne, l'insertion professionnelle, 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), le Fonds de Développement et de la Formation Professionnelle (FDFP), et le Fonds National de la Solidarité (FNS).

⁶ Ce taux ne traduit pas la réalité du besoin de travail des jeunes de 15 à 24 ans. En considérant un taux de chômage au sens large, ce taux est estimé à environ 24,76% en 2002

5.3. Défis et contraintes

Une analyse des orientations récentes en matière de politiques et programmes de développement révèle que les enfants n'y sont pas suffisamment pris en compte. Aussi, les principaux défis auxquels doit faire face la Côte d'Ivoire sont les suivants : (i) en premier lieu, les interventions actuelles en faveur des enfants se font dans le cadre de programmes disparates qui ne reposent pas sur une vision commune à l'effet de respecter leurs droits et ainsi assurer leur plein épanouissement. Pour ce faire, il est important que le PANE soit enfin adopté et mis en œuvre par le Gouvernement, (ii) en deuxième lieu, on constate que les politiques sociales dont les enfants sont des cibles importantes ne sont pas orientées vers les droits de ces derniers enfin (iii) les enfants ne sont pas suffisamment pris en compte dans les programmes de développement à cause de la méconnaissance de leurs droits et des dispositions juridiques, de la faiblesse des capacités des chargés de planification dans les secteurs sociaux.

Pour ce qui concerne la SR chez les jeunes, les mutilations génitales féminines, le contexte socio-culturel de la société africaine constitue un obstacle majeur en plus des problèmes de financement et de coordination des différents programmes mis en œuvre. En effet, la sexualité est un sujet tabou dans nos sociétés, et encore plus pour le jeune et l'adolescent. Le défi actuel est de briser ces obstacles culturels pour faciliter les activités de sensibilisation auprès de cette catégorie de la population particulièrement vulnérable. L'insuffisance des ressources financières demeure la contrainte majeure.

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.

VI. REPARTITION DE LA POPULATION, URBANISATION ET MIGRATION INTERNE

La répartition de la population sur le territoire constitue un élément central des décisions d'implantation des services socioéconomiques de base, et généralement de la gestion administrative. En Côte d'Ivoire, elle se caractérise par des disparités importantes, une urbanisation accélérée et non contrôlée.

6.1. Niveaux et tendances

km²
km²
km²
Inégale répartition spatiale. 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. La zone de savane qui occupe 53 % de la superficie du pays, n'accueille que 22 % de la population totale. En revanche, la zone forestière, moins vaste (47 %), concentre 78 % de la 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. Dans cette région, la seule ville d'Abidjan concentre 19 % de la population du pays et 44 % de la population urbaine. Comme illustré par la carte 2, la quasi-totalité des régions situées dans la zone forestière affiche des densités de population supérieure à la moyenne nationale (48 hab./km²).

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. La transition urbaine sera bientôt franchie puisqu'il est prévu que la population urbaine qui était estimée à 48,2% en 2007 passera à 56,8% en 2018 (projection, INS) avec en corollaire la pression induite sur l'environnement.

Importante migration interne. Les données du RGPH de 1998 indiquent que plus de deux personnes sur cinq (42,8 % de la population) résidaient hors de leur sous-préfecture de naissance. Les migrations internes se font principalement des zones de savane vers les zones forestières réputées plus riches et plus fertiles. Les plus fortes proportions d'immigrants internes se concentrent principalement dans les régions du Bas-Sassandra (43%), de Lagunes (39%), du Moyen-Cavally (35%), et du fromager (31,4%).

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 migrants internes sur cinq vont au-delà de leur région de naissance.

Par ailleurs, la crise de Septembre 2002 a provoqué le départ de nombreuses populations du Nord, de l'Ouest et du Centre vers le Sud. Selon l'enquête sur les conditions de vie des personnes déplacées internes et des familles d'accueil (PDI-FAC, 2005), environ 709 377 personnes ont été accueillies dans des ménages. Cette population déplacée est composée de 48 % d'hommes et de 52 % de femmes et est principalement concentrées en milieu urbain (81% des déplacés), notamment dans le Département d'Abidjan (67,5%).

6.2. Législation, politique et programme

La conjugaison d'une population en augmentation rapide et d'une urbanisation galopante alimentée par les déplacements de population y compris le déplacement forcé, pose des problèmes comme le développement non contrôlé des villes, la précarisation des conditions de vie, le déséquilibre régional de développement, les conflits fonciers, etc.

Pour maîtriser les mouvements migratoires internes et internationaux, une série d'actions a été définie comprenant, entre autres, l'aménagement de l'espace rural (voies de communication, électrification, etc.), la valorisation des activités agricoles en vue de développer les zones touchées par la migration. La mise en place des Conseils Généraux vient consacrer la politique de décentralisation initiée par l'Etat. La loi n° 2001-476 du 9 août 2001 sur la décentralisation a transféré aux collectivités décentralisées (Régions, Départements, communes) les compétences initialement dévolues à l'Etat. Ainsi, selon le niveau hiérarchique de ces collectivités, elles ont à charge la planification, la réalisation et la gestion des infrastructures locales. Ainsi, en fin Septembre 2008, le pays compte 19 Régions, 80 Départements dont 54 sont dotés de Conseils Généraux, 390 Sous-préfectures, 986 Communes dont 197 dotées de conseils municipaux, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro), et plus de 11 000 villages (DSRP, 2009). Aussi, les entités urbaines les plus importantes ont été dotées de documents d'urbanismes directeurs et opérationnels, notamment un Plan d'Urbanisme Directeur et un Plan de lotissement. Malheureusement, ces plans d'urbanisme n'ont pas été mis en œuvre.

6.3. Défis et contraintes

Les efforts du Gouvernement pour assurer une meilleure distribution spatiale de la population doivent être poursuivis pour assurer le développement équilibré des régions. Aussi, dans un contexte de crise socio-politique avec son corollaire de déplacés, l'un des défis majeurs reste le rétablissement de la paix sociale afin de parachever le redéploiement des fonctionnaires et agents de l'Etat et de favoriser ainsi le retour des populations déplacées dans leur zone de départ. Un autre défi consiste à accélérer le transfert effectif des compétences de l'Etat aux collectivités territoriales décentralisées en matière de gestion des flux

migratoires et de les doter de moyens humains et financiers conséquents. Toutefois, afin de faciliter les contrôles, il convient de mettre à la disposition de ces collectivités des documents de référence leur permettant de remplir leur mission tout en respectant les orientations de l'Etat en la matière. Enfin, l'élaboration et l'adoption des schémas directeurs d'urbanisme doivent être systématiques pour tous les centres urbains.

VII. LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

La Côte d'Ivoire est depuis une longue date un pays d'immigration ; mais durant les dernières décennies les flux ont diminué et l'on assiste à une montée de l'émigration des ivoiriens.

7.1. Niveaux et tendances

La Côte d'Ivoire constitue le premier pays d'immigration dans la sous-région ouest-africaine. Le taux annuel de migration nette qui était très élevé jusqu'au début des années 1980 (4 à 11% de 1950 à 1985) a fortement diminué (0,4% pendant la période intercensitaire 1988-1998).

L'immigration, par son ampleur et son ancienneté a généré une forte présence étrangère : 17,5% en 1965, 22 % en 1975, 28 % en 1988 et 26 % en 1998. Les étrangers proviennent essentiellement des pays limitrophes principalement du Burkina Faso (56%) et du Mali (19,8%), pays qui connaissent comme la Côte d'Ivoire une croissance démographique rapide. Ainsi, l'effectif de la population étrangère est le fait non seulement des flux migratoires, mais également de l'accroissement naturel de la population des immigrants. En effet, l'effectif des enfants issus des immigrants est passé de 30 % des étrangers en 1975, à 42,7 % en 1988 pour atteindre 47 % en 1998. Pour comparaison, notons que les étrangers nés en Côte-d'Ivoire représentaient 12,2 % de la population totale du pays (RGPH, 1998). Malgré le conflit politico-militaire, la Côte d'Ivoire reste une destination privilégiée.

Cette migration est essentiellement d'ordre économique. L'installation des migrants internationaux obéit aux opportunités économiques qu'offre chaque région. Ainsi, les centres urbains (notamment Abidjan), les régions forestières du Sud sont leurs principales zones de destination.

Pendant de nombreuses années, la Côte d'Ivoire a abrité les réfugiés, surtout les populations venant du Liberia et de la Sierra Léone dans la partie Ouest du pays. Selon une étude initiée par le HCR en 1991, ils étaient environ 200 000 et selon les derniers chiffres, ils sont actuellement au nombre de 25 000 en 2006 suite au rapatriement volontaire.

Pour ce qui est de l'émigration, les sources consulaires indiquent qu'environ 161 430 ivoiriens vivent à l'étranger ; mais ce chiffre sous estime la réalité. L'émigration des ivoiriens dans les années récentes s'apparente à la « fuite des cerveaux ». Il concerne les cadres partis dans les missions de formation, les étudiants partis achever leurs études, les diplômés-chômeurs, etc. Les émigrés ivoiriens se concentrent en France (31%), aux Etats-Unis (31%), au Mali (10,5%), en Italie (9%) et en Grande Bretagne (4%). Cette diaspora pourrait, à l'image d'autres pays, jouer un rôle important au niveau des transferts de revenus, de l'immobilier et de la création d'entreprises.

7.2. Politique migratoire en Côte d'Ivoire

La politique migratoire de la Côte d'Ivoire a connu des changements notables à partir des années 1980. Avant cette époque, la politique migratoire avait une orientation libérale, l'immigration étant une facette du populationnisme ivoirien durant les deux premières décennies de l'indépendance nationale. Ce libéralisme hautement affirmé a facilité non seulement l'entrée en Côte d'Ivoire mais a donné également aux immigrants les mêmes droits que les nationaux, notamment en ce qui concerne l'accès à la terre, aux emplois publics, la participation aux diverses élections. Dans ce contexte, l'intégration économique des étrangers est devenue une réalité sans passer par le processus de naturalisation. Elle est exceptionnelle et unique en Afrique de l'Ouest.

Le changement qui a pris forme depuis les années 1980 est le résultat de la crise économique et de la montée du chômage des jeunes scolarisés. Le poids démographique des étrangers y joue également un rôle prépondérant. Ce changement concerne les trois principaux volets habituels des politiques migratoires : l'entrée et le séjour des étrangers, l'intégration des étrangers, la coopération internationale.

S'agissant de l'entrée et le séjour des étrangers, l'obligation de visa est devenue la règle générale à l'exception des ressortissants de quelques pays comme ceux de la CEDEAO (loi du 29 mai 1990). La volonté de réguler les flux migratoires a été affirmée dans la Déclaration de la politique de population. En effet, il est prévu la révision et l'application des textes relatifs à l'immigration et la mise en place d'un dispositif fiable de régulation des flux migratoires internationaux. Cette volonté s'est traduite par la création d'un service de l'Immigration-Emigration au sein de l'Office National d'Identification (ONI).

Pour ce qui est de l'intégration, une application rigoureuse des textes régissant l'accès aux fonctions et emplois publics ainsi que la suppression du vote des étrangers tendent à aligner la Côte d'Ivoire sur des normes communément partagées dans la sous-région.

Pour le volet relatif à la coopération internationale, le protocole de 1979 de la Communauté Économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) a été renforcé par le lancement du passeport CEDEAO par la conférence des Présidents.

Pour mieux traiter l'émigration qui gagne de l'ampleur depuis la crise des années 1990, la Direction des Ivoiriens de l'Étranger a été mise en place au sein du Ministère des Affaires Étrangères.

7.3. Défis et contraintes

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 composante portant sur les règles d'entrée et de séjour sur le territoire, et une deuxième concernant l'intégration des immigrés une fois à l'intérieur du pays. Mais, comment gérer la migration dans ce contexte ouest-africain (la Côte d'Ivoire est membre de la CEDEAO et de l'UEMOA) 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. Aussi, ces installations de populations ne vont pas sans conséquences : la main-mise des étrangers sur certains secteurs de l'économie, la forte pression sur les services sociaux de base, sur les ressources forestières, l'utilisation non-durable des terres entraînant des dommages écologiques avec son corollaire de trafic d'enfant, etc. En termes de défis, il faudrait réviser la loi sur le code foncier rural en mettant l'accent sur l'utilisation des terres par les autochtones et allogènes comme facteur de réduction des risques de conflit socio politique.

D'un autre côté, la Côte d'Ivoire doit faire face à des défis émergents, notamment la fuite des cerveaux vers les pays développés et l'intégration des enfants des personnes immigrées.

VIII. SITUATION DE CRISE ET PREPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE

8.1. Niveaux et tendances



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. D'après l'enquête PDI-FAC de 2005, on estime, le nombre total de personnes déplacées internes dans le pays à 709 377⁷. La crise militaro-politique a provoqué le retrait de l'administration des zones Centre-Nord-Ouest assiégées et de la zone de confiance. Le nombre de fonctionnaires qui ont quitté leur poste est estimé à 20 000 en janvier 2003. Leur redéploiement dans ces zones est en voie d'achèvement (UNICEF, 2009).

⁷ Cette enquête a concerné cinq (5) départements d'accueil de la zone sous contrôle du Gouvernement

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. Ces déplacements massifs ont eu pour conséquence une surexploitation des infrastructures sanitaires des zones sous contrôle gouvernementale déjà éprouvées avant la crise. 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 en raison du départ massif du personnel de santé des zones CNO vers les zones d'accueil. Parallèlement, on note une surexploitation des infrastructures sanitaires des zones d'accueil et des zones tampons.

La scolarisation des enfants. 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. Dans les zones Centre, Nord et Ouest, du fait du départ massif du personnel enseignant et de la destruction de certaines infrastructures (surtout à l'Ouest), le taux d'utilisation des infrastructures scolaires du primaire était de 31,1% en 2002-2003 (Ministère de l'Éducation Nationale, 2004). Les trois principales régions où l'on enregistre le plus grand nombre d'établissements fonctionnels sont celles de Man (50,1%), Korhogo (44,3%) et Bouaké (25,4%).

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 %) et 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). Cependant, 28 % des déplacés de guerre ont déclaré qu'ils n'ont pas l'intention de retourner à leur résidence habituelle après la crise.

8.2. Législation, politiques et programmes

Pour résoudre les problèmes liés à la crise, la Côte d'Ivoire a mené une série d'actions.

Les négociations politiques. Les négociations entreprises et les accords obtenus (Lomé, Linas Marcoussis, Accra I, II et III, Pretoria, ...) n'ont pas permis de dissiper l'atmosphère de « ni paix, ni guerre ». Les poussées d'insécurité sont restées fréquentes et la situation humanitaire préoccupante aussi bien en zone gouvernementale qu'en zone assiégée.

Avec l'avènement de l'Accord Politique de Ouagadougou de Mars 2007 consécutif au dialogue direct initié par le Chef de l'Etat, comme alternative à la résolution 1721 des Nations Unies, a permis d'enregistrer des résultats positifs au cours des derniers mois. Ce rapprochement a donné lieu à des actes symboliques comme la suppression de la zone de confiance, le désarmement partiel des milices de l'Ouest, la flamme de la paix à Bouaké, la mise en place du Centre de Commandement Intégré (CCI), la préparation et la mise en œuvre des opérations d'identification et de recensement électoral dans la perspective de l'organisation des élections libres et transparentes, etc.

Les accords de sièges avec les ONG humanitaires. La Côte d'Ivoire a accordé des facilités en matière d'accords de siège à un certain nombre d'ONG internationales agissant dans le domaine humanitaire, notamment, la Croix Rouge, Médecin Sans Frontière (France, Belgique, Hollande), MERLIN, CARE INTERNATIONAL, Family Health International, EGPAF, etc.

Ces ONG ont agi dans le domaine de la santé, de l'éducation, de la nutrition, de l'hydraulique humaine, etc.

La mise en place du Comité National de Solidarité et d'Action Humanitaire. Cet organisme qui a bénéficié d'apports financiers et de contributions en vivres et non-vivres des citoyens de tous les bords politiques a permis de prendre en charge la situation d'urgence des PDI dans les premiers moments de la crise, notamment à Abidjan et Yamoussoukro.

Coopération avec les organisations multilatérales. La Côte d'Ivoire a permis également aux partenaires au développement, notamment ceux du système des Nations Unies de transformer certains programmes de développement en programmes d'urgences humanitaires. Enfin, une place importante a été accordée aux ONG nationales qui agissent également dans le domaine humanitaire.

8.3. Défis et contraintes

L'inexistence d'une politique axée sur la prévention des crises constitue une contrainte majeure lorsque surviennent les situations d'urgence. A titre d'exemple, le scandale des déchets toxiques en 2006, et l'incendie de la Société Ivoirienne de Raffinage (SIR) en 2000 ont permis de mettre à nu les faiblesses organisationnelles des structures de gestion de l'environnement. En effet, les secours ont du venir de la France pour aider à surmonter ces deux catastrophes.

Par ailleurs, le financement qu'exigent les situations conjoncturelles est difficilement mobilisable dans un contexte de rareté des ressources. Aussi, tirant les leçons de ces crises, la pérennisation du Comité National de Solidarité et d'Action Humanitaire et le renforcement des capacités de l'Office National de la Protection Civile constituent un défi à relever pour répondre à d'éventuelles crises.

En ce qui concerne la réhabilitation des infrastructures scolaires et sanitaires touchés par la crise, les efforts initiés par le Gouvernement avec l'appui financier de l'Union Européenne dans le cadre de son programme d'urgence PUR doivent être poursuivis pour permettre la réhabilitation totale de ces infrastructures restées longtemps à l'abandon.

IX. MOBILISATION DES RESSOURCES, PARTENARIATS ET COORDINATION

L'exécution des projets et programmes de population nécessite le déploiement de moyens matériels, humains et financiers importants encore plus, lorsque survient une crise. En matière de population, la Côte d'Ivoire, a toujours bénéficié de l'appui des partenaires au développement.

9.1. Niveaux et tendances

Les partenaires au développement. Les organisations du Système des Nations-Unies ont élaboré en Aout 2002, le Plan Cadre des Nations-Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF). Ce document constitue un cadre de collaboration accru et de coordination entre le Gouvernement et les agences du SNU et les autres partenaires au développement, les ONG, la société civile et le secteur privé. Dans le contexte de crise, le Comité Inter Agences de Coordination Humanitaire piloté par les Nations Unies a réalisé de gros efforts de coordination des interventions de la communauté humanitaire.

En matière de population, l'UNFPA assure le leadership. Ainsi, le programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA pour la période 2003-2007 et le programme intérimaire 2008 couvrent l'essentiel des objectifs de la CIPD.

Pour le Sous programme Population et Développement (SPD) du 5^{ème} programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007, le montant total des dépenses du sous programme est passé de 214 320 dollars en 2003-2004 à 343 425 dollars en 2005 et à 734 050 dollars en 2006 pour atteindre 1 289 262 dollars en 2007. Ainsi, les dépenses du sous programme ont été multipliées par six de 2003 à 2007.

En termes de mobilisation des ressources, on note une progression très significative dans la mobilisation des ressources financières toutes tendances confondues (Fonds réguliers et Fonds Multi-Bilatéraux). De 2005 à 2006, les fonds propres ont été multipliés par 1,8. Cette croissance est plus marquée en 2008 tant pour les Fonds réguliers avec respectivement des coefficients multiplicateurs de 3 et 4 par rapport à 2005 que pour les Fonds Multi/Bilatéraux avec des coefficients multiplicateurs de 4 et 7 respectivement les années 2006 et 2007.

Les partenaires ci-après ont contribué financièrement et techniquement à la mise en œuvre de ce programme. Il s'agit de : HCR, BAD, UNICEF, PNUD, OCHA, UNIFEM, etc. Ainsi, pour la période 2005-2008, les ressources externes provenaient essentiellement de la Banque Africaine de Développement (BAD), du Japon, de l'Union Européenne (UE), de la Fondation Orange Côte d'Ivoire Télécommunication (FOCIT), du Fonds International pour le Développement Agricole (FIDA), de l'AGFUND, du Central Emergency Response Fund (CERF), du Quick Impact Project de l'ONUCI et du Siège de UNFPA.

La mise en œuvre du 6^{ème} Programme de Coopération 2009-2013 nécessitera USD 72 650 000 dont USD 31 900 000 proviendront de ressources propres (44% du montant total) et USD 40 750 000 des Fonds Multi/Bilatéraux (56% du montant total) avec des répartitions respectives suivantes par domaine : Santé de la Reproduction (52%), Population et Développement (29%), Genre, Culture et Droits Humains (15%) et Assistance, Coordination du Programme (4%)

Le Gouvernement. En ce qui concerne les deux sous programmes SPD et SR, le Gouvernement ivoirien a fait des efforts pour mettre à la disposition des programmes, les locaux et le personnel nécessaire. Depuis 2007, l'Etat de Côte d'Ivoire apporte, outre les moyens logistiques et humains, une contribution financière dans le cadre du Programme d'Investissement Public (PIP), à dix des projets financés par l'UNFPA. Cette contribution est passée de 1,516 milliards de FCFA en 2007 (soit 47% du financement total) à 1,6678 milliards en 2008 (53%), et enfin à 0,3492 milliards en 2009 (23%).

Malgré la situation de crise, le Gouvernement ivoirien a régulièrement honoré ses engagements financiers vis-à-vis de l'UNFPA. A ce jour, les arriérés sont estimés à seulement 73 000 dollars US.

Par ailleurs, au début des années 2000, les budgets de l'État alloués à l'éducation et à la santé étaient 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).

Les ONG et la société civile. Les ONG internationales humanitaires ont mobilisé d'importantes ressources auprès des partenaires étrangers, ce qui leur a permis de remplir leurs mandats pendant la période de crise dans leurs zones d'intervention.

9.2. Politiques, programmes et législations

Pour la mise en œuvre de sa Politique Nationale de Population, la Côte d'Ivoire doit compter non seulement sur ses ressources propres mais également sur les contributions multilatérales provenant essentiellement du Système des Nations-Unies (UNFPA, UNICEF, OMS, PNUD...), des apports bilatéraux à travers la coopération avec les pays développés (France, Japon, Etats-Unis, Canada...) et des institutions financières (FMI, Banque Mondiale, BAD...). Les ONG nationales en matière de population, santé, éducation, VIH/SIDA, droits de l'Homme, la société civile et le secteur privé ont pris une part active dans les activités de population.

Les opérations de collecte et d'analyse des données d'envergure nationale (RGP-1988, RGPH-1998, EIS-2005, PDI-FAC-2005, MICS-2006, etc.), nécessaires pour le suivi et l'évaluation des programmes et politiques de population sont fortement tributaires de l'aide extérieure.

Dans la stratégie de mobilisation des ressources pour la période 2009-2015, la DPNP révisée constitue le cadre de plaidoyer et le DSRP-2009 constitue pour le moment, le document stratégique de mobilisation des ressources en matière de population. Le programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA a été élaboré en conformité avec ces deux documents.

Concernant la coordination des programmes, le programme prévoyait une coordination générale et une coordination par sous programme. De 2003 à 2007, la coordination des sous programmes SPD et SR devrait être assurée respectivement par la DGPRC et la DC.PNSR/PF. Mais du fait de la crise, ces coordinations sous-sectorielles n'ont pas fonctionné convenablement, de sorte que chaque projet de ces sous programmes fonctionne de manière verticale, c'est-à-dire en liaison directe avec la DGPRC qui assure la coordination générale.

9.3. Défis et contraintes

Vu l'ampleur des problèmes de population posés, il apparaît urgent que la Côte d'Ivoire s'approprie sa Politique Nationale de Population en y consacrant une part importante des ressources nationales. Pour autant, une stratégie doit être mise en place pour mobiliser des ressources additionnelles et un appui technique auprès des partenaires au développement.

D'ores et déjà, les perspectives apparaissent prometteuses dans la mesure où :

- sur un besoin total de 17 645 milliards de FCFA à mobiliser à travers le DSRP pour la période 2009-2015, les domaines en rapport avec la population et le développement sont relativement bien dotés. A titre d'exemple, on relève les taux suivants : (i) l'éducation/formation (22,14%), (ii) la santé (14,68%), (iii) l'eau potable (3,66%), (iv) l'assainissement et l'environnement (6,70%), (v) la protection sociale (0,04%), (vi) la population (0,14%), (vii) développement rural et agriculture (10,13%), (viii) habitat et cadre de vie (3,01%). Le détail est joint en annexe ;
- le programme de coopération 2009-2013 entre la Côte d'Ivoire et UNFPA dont le centre d'intérêt est la population et le développement prévoit un budget de 72 650 000 dollars US.

Toutefois, il s'avère nécessaire d'élaborer un document national plus global de mobilisation des ressources en matière de population et développement qui dépasse le cadre du DSRP et du programme de coopération Côte d'Ivoire UNFPA.

X. CONTROLE ET MECANISME D'EVALUATION

10.1. Politique, programmes, législation

La coordination de l'exécution du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA couvrant la période 2003-2007 et 2008 a été assurée par le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement à travers la Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités (DGPRC). La coordination du sous programme SPD est assurée, par le Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement tandis que celle du sous programme SR est assurée par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Enfin, toutes les questions liées au genre, à l'égalité et l'équité entre sexe ainsi que celles relatives à la famille a été coordonnée par le Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales.

L'exécution nationale est privilégiée comme modalité de mise en œuvre du programme à travers les ministères de tutelle des projets et d'autres institutions nationales, y compris les ONG. Le suivi et l'évaluation du Programme sont assurés conjointement avec le Gouvernement en conformité avec les procédures et directives de l'UNFPA.

Dans sa volonté de donner une priorité et une vision aux questions de population, DGPRC a été créée en remplacement du Bureau National de la Population (BUNAP). Cette direction générale s'appuie sur trois

directions opérationnelles consacrées respectivement à la définition des politiques de population, au renforcement des capacités et au suivi évaluation des actions du Gouvernement en matière de population.

10.2. Actions menées

Concernant le processus de suivi/évaluation de la PNP, ce n'est qu'en 2006, qu'une structure appropriée (la Direction du Suivi/Evaluation) a été créée au sein de la DGPRC et opérationnalisée pour prendre en charge cette activité. La formation des ressources humaines, le développement des outils de suivi évaluation ont été réalisés en 2006 et 2007. Ces outils sont en voie d'opérationnalisation dans la mesure où cette Direction a pu présenter un premier rapport de suivi-évaluation du programme population en 2008. Par ailleurs, la mise en place du Système intégré de gestion des données socio économiques et l'intégration des données de population et développement dans DEVINFO sont en cours.

Malgré ces insuffisances, il faut noter que par rapport à 2002, un changement d'attitude des responsables des projets s'opère progressivement vis-à-vis de la coordination et du suivi évaluation, l'accent lors des formations ayant été mis sur l'importance du suivi-évaluation dans la gestion du cycle des projets. Il convient de rappeler que l'évaluation du programme pays 1999-2002 avait montré des insuffisances dans la coordination, les responsables de projets ayant perçu la coordination comme « *un contrôle policier* ».

Cinq facteurs concourent à ce changement : (i) la volonté politique (soutien affirmé du Ministre d'Etat, Ministre du Plan et du Développement), qui a abouti à la prise en charge de contreparties des financements de projets sur le budget de l'Etat (près de 70% des projets ont une contrepartie sur le Programme d'Investissement Public (PIP)), (ii) les projets disposent de personnels contractuels ou d'appui ponctuels pris en charge par l'UNFPA, (iii) l'organisation régulière de revues du programme par l'organe de coordination, (iv) l'organisation des activités de renforcement des capacités en direction des acteurs des projets, (v) l'ancrage du suivi/évaluation du programme qui s'intègre dans un cadre national de suivi/évaluation.

Dans le cadre des activités de collecte, d'analyse et d'utilisation des données, la Côte d'Ivoire a élaboré un schéma directeur et une loi statistique qui sont en cours d'adoption par le Gouvernement. Par ailleurs, des efforts ont été fournis pour renforcer les capacités des institutions nationales pour la collecte, l'analyse et l'utilisation des données. L'Institut National de la Statistique joue un rôle central à ce niveau.

10.3. Défis et contraintes

En ce qui concerne les problèmes de gestion, en raison du contexte de crise et des difficultés des acteurs à maîtriser le Système Intégré de Gestion des Finances Publiques (SIGFIP), l'exécution nationale a été abandonnée au profit de l'exécution par les agences du Système des Nations-Unies. Dans le contexte de sortie de crise, le défi majeur est d'envisager des dispositions pour revenir à la situation antérieure, c'est-à-dire l'exécution nationale.

Concernant le suivi-évaluation, si le principe est de plus en plus accepté par les responsables des projets en matière de population et développement, il n'en demeure pas moins que les rapports préparés par les chefs de projets ne sont pas encore suffisamment documentés traduisant ainsi le faible niveau de fonctionnement du système de suivi-évaluation.

Toutefois, à leur passif, il faut noter que certains projets en cours ont été élaborés sans prévoir un budget spécifique pour les activités de suivi-évaluation. Des actions de renforcement des capacités prenant en compte le suivi-évaluation devrait permettre à terme de corriger ces faiblesses, notamment les formations sur la Gestion Axée sur les Résultats (GAR). L'élaboration des projets avec leur plan de suivi-évaluation reste donc un défi à relever.

La DGPRC devrait surmonter les difficultés de l'ex-BUNAP au niveau des ressources humaines (une faible motivation du personnel d'exécution, la forte mobilité du personnel, la faible disponibilité de personnel de conception, un nombre insuffisant de secrétaires et de chauffeurs qualifiés), au niveau de la logistique (manque de moyen de déplacement pour effectuer le suivi des activités qui sont mises en œuvre, la vétusté du parc informatique, la maintenance insuffisante de l'équipement informatique). Il faudra veiller à la résolution de ces défis pour permettre à la DGPRC de remplir ses tâches de suivi-évaluation des programmes de population.

Enfin, la poursuite des efforts de mobilisation des ressources pour le financement des RGPH et des enquêtes d'envergures nationales devrait être encouragée afin de permettre la mise en œuvre du processus de suivi-évaluation, notamment la mesure de l'impact des projets.

XI. RECOMMANDATIONS

Le passage en revue des différents domaines de population retenus pour l'évaluation des quinze ans de la CIPD a permis de faire ressortir les défis auxquels doit faire face la Côte d'Ivoire dans les domaines de la santé de la reproduction, population-développement, genre, culture et droits humains, assistance, coordination des programmes en cette période de sortie de crise.

Ainsi, les recommandations suivantes sont formulées à l'attention du Gouvernement (décideurs et planificateurs) et des partenaires au développement.

11.1. A l'attention du Gouvernement

Sur les questions de population et développement

- Adopter le Document de Politique Nationale de Population révisé ;
- Réaliser un nouveau Recensement Général de la Population et de l'Habitation ainsi que des enquêtes thématiques et post-censitaires afin de disposer de données actualisées et fiables, désagrégées par sexe et par âge ;
- Elaborer un plan opérationnel de la déclaration de la PNP comme document cadre de mobilisation des ressources pour les activités de population, en plus du DSRP et du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA ;
- Mettre en place une stratégie nationale de mobilisation et de diversification des ressources pour le financement des activités de population ;
- Systématiser la budgétisation selon le genre dans la mise en place des programmes d'investissement publics.
- Encourager l'intégration du suivi-évaluation dans tous les domaines d'activités en rapport avec la population ;
- Recourir systématiquement à l'exécution nationale comme modalité d'exécution et de gestion des projets en matière de population.

De façon sectorielle, il importe de mener les actions suivantes :

En matière de protection de l'environnement

- Encourager la gouvernance locale des ressources naturelles (transfert des compétences foncières, financière) tout en renforçant les capacités des communes et des organes déconcentrés ;
- Faire une Evaluation Environnementale Stratégique (EES) du secteur agricole ;
- Mettre en place des services efficaces d'assainissement et de traitements des déchets qui apparaissent hautement prioritaires suite au bouleversement démographique consécutif à la crise (concentration des déplacés à Abidjan) ;
- Maîtriser l'urbanisation et élaborer/appliquer des plans d'occupation de sol ;
- Mettre en place un programme d'urgence pour les parcs nationaux et les réserves.

Sur les questions liées à la SR

- Achever la révision de la loi sur la SR et la faire adopter par le Parlement ;
- Repositionner la planification familiale ;
- Intensifier la prévention par les activités d'IEC/CCC en matière de SR (IST/VIH/Sida, MGF, PTME) ;
- Améliorer l'accessibilité des populations aux services de SR de qualité ;
- Renforcer le cadre national de coordination multisectorielle et décentralisée, du système national de suivi évaluation, et des capacités nationales de mise en œuvre des programmes de SR.

Sur les questions liées à la lutte contre le VIH/Sida

- Améliorer la prise en charge des personnes infectées et/ou affectées par le VIH ;
- Améliorer la prise en charge des OEV ;

Sur les questions liées au genre et aux droits de la femme et de l'enfant

- Adopter la politique nationale sur l'égalité, l'équité et le genre ;
- Adopter le code de la famille et des personnes ;
- Adopter le Plan d'Action National de l'Enfant (PANE) ;
- Encourager l'autonomisation des femmes ;
- Renforcer les capacités des acteurs nationaux à l'intégration de l'approche genre dans l'élaboration des politiques, programmes et projets de développement au niveau national et local.;
- Vulgariser et faire appliquer les lois et textes en vigueur sur la protection des droits de la femme et de l'enfant.

Sur les questions liées à la répartition de la population

- Poursuivre les efforts pour le développement équilibré des régions ;
- Harmoniser les politiques en matière de migrations avec les efforts d'intégration sous-régionale ;
- Élaborer et adopter une politique migratoire ;
- Adopter et mettre en œuvre la politique nationale d'aménagement du territoire.

Sur les questions liées aux situations de crise et d'urgence

- Elaborer et mettre en œuvre une politique nationale de prévention et de prise en charge des crises incluant tous les aspects (santé, protection civile, droits, catastrophes naturelles) ;
- Poursuivre les efforts de réhabilitation des infrastructures scolaires et sanitaires sur l'ensemble du territoire.

Sur les questions liées au contrôle et mécanisme d'évaluation

Faire un plaidoyer pour la mise en place d'une structure centrale unique de suivi évaluation de toutes les actions du Gouvernement (population, économie, santé, environnement, etc.).

Sur les questions liées au partenariat

- Déployer des efforts pour respecter ses engagements financiers vis-à-vis de l'UNFPA ;
- Encourager la mobilisation des ressources auprès des partenaires multi/bilatéraux pour le financement des activités en matière de population.

11.2. A l'attention des partenaires au développement

- Poursuivre le soutien technique et financier au Gouvernement pour les actions de renforcement des capacités des décideurs, des planificateurs et des responsables de projets ;
- Poursuivre le soutien technique et financier au Gouvernement pour le financement des activités en matière de population et développement ;
- Poursuivre le soutien technique et financier au Gouvernement pour les actions en matière de coordination, de contrôle et de suivi-évaluation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABBAS, S. (2007), « *Analyse de la situation des enfants et des femmes 2007 : revue documentaire sur la protection* ». UNICEF, Abidjan.
- Association Ivoirienne pour le Bien-Etre Familial (AIBEF), (2009), *Les soins après avortement clandestin, parlons en*. AIBEF, Abidjan.
- Institut National de la Statistique (INS) [Côte d'Ivoire] et ORC Macro. 2005. *Enquête sur les Indicateurs du SIDA, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton, Maryland, USA
- Institut National de la Statistique (INS) [Côte d'Ivoire].2005. *Enquête Nationale sur le travail des enfants, Côte d'Ivoire, 2006, Rapport final*. Abidjan : INS, OIT-IPEC et Direction Générale du Travail.
- Institut National de la Statistique [Côte d'Ivoire] et ORC Macro (2001), *Enquête Démographique et de santé, 1998-1999*. Calverton, Maryland, USA.
- Liagui O. (2006), *Etude des facteurs de sous utilisation des services de planification familiale et de prévention des IST/VIH/Sida par les populations des districts de Bondoukou et de Tanda*. Mémoire diplôme supérieur de gestion, UCAD/ISED.
- Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement/UNICEF (2008), *Droits des Enfants et des Femmes en Côte d'Ivoire : Analyse de la situation en 2008*,
- Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement/UNFPA (2009), Synthèse du rapport sur l'état de la population mondiale 2008, *genre, culture et développement en Côte d'Ivoire* ;
- Ministère d'Etat, Ministère du Plan et du Développement (2006), *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 ;
- Ministère de la Lutte contre le Sida (2004), *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS), Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2004*.
- Ministère de la Lutte contre le Sida (2008), *Suivi de la déclaration d'engagement sur le VIH/sida (UNGASS), Rapport national de la Côte d'Ivoire, 2008*.
- OMS (2004), *Stratégie de coopération Côte d'Ivoire-OMS 2004-2007*
- ONUSIDA (2004), *Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA*
- Rapport MICS, (2000), *Enquête par grappes à indicateurs multiples. Suivi de la situation des enfants et des femmes – Côte d'Ivoire*.
- Mme Birgit Halle, Dr. Véronique Bruzon (2006), *Rapport sur le Profil Environnemental de la Côte d'Ivoire*
- Rapport MICS, (2002), *Enquête par grappes à indicateurs multiples. Suivi de la situation des enfants et des femmes – Côte d'Ivoire*.
- Rapport MICS, (2006), *Enquête par grappes à indicateurs multiples. Suivi de la situation des enfants et des femmes – Côte d'Ivoire*.
- République de Côte d'Ivoire (2003), *Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*.
- République de Côte d'Ivoire (2008), *Evaluation du programme de coopération Côte d'Ivoire UNFPA 2003-2007*.
- République de Côte d'Ivoire (2009), *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté*.
- République de Côte d'Ivoire, Bureau National de population (2003), *Evaluation décennale de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/N'gor (DDN) et du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*.
- UNFPA (2008), *Plan de mobilisation des ressources complémentaires pour la mise en œuvre du Programme de coopération de l'UNFPA avec la Côte d'Ivoire, 2009-2013*.

ANNEXES

ANNEXE I. TENDANCES POUR CERTAINS INDICATEURS LIÉS À LA CIPD

N°	Indicateur	Chiffres pour le Pays					
		1999	Source	2004	Source	2007	Source
1.0	<i>Pauvreté et Emploi</i>						
1.1	Taux de Croissance du PiB par habitant	-0,03 (estimé)		-0,84 (estimé)		-084 (en 2006) estimé	
1.2	Taux de chômage chez les jeunes âgés de 15-24 ans	7,6%	INS, Rapport National sur les OMD, 2003	8,68 %	INS, Rapport National sur les OMD, 2003	24,2%	DSRP 2009
1.3	Pourcentage de la population avec moins de \$1 (PPA) par jour	33,6%	INS (ENV 1998)	38,4%	INS (ENV 2002)	48,9	ENV 2008
1.4	Prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	21,2%	EDS 98/99	17,2%	Enquête Nutritionnelle Nationale 2004	20,2%	MICS 2006
2.0	<i>Population Taille et Structure</i>						
2.1	Taille de la Population (Total)	15 881 066	RGPH 1998, INS	18 545 968	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	20 227 876	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.2	Population totale masculine	8 107 236	RGPH 1998, INS	9 461 591	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	10 312 060	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.3	Population totale féminine	7 773 828	RGPH 1998, INS	9 084 374	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	9 915 815	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.4	Pourcentage de la population 0-14 ans	42,73	RGPH 1998, INS	41,44	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	40,26	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.5	Pourcentage de la population 15-64 ans	54,81	RGPH 1998, INS	56,12	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	57,34	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.6	Pourcentage de la population 65 ans & plus	2,46	RGPH 1998, INS	2,44	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	2,39	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS

2.7	Ratio de dépendance en âge	0,82	RGPH 1998, INS	0,78	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	0,74	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.8	Proportion population urbaine	42,77	RGPH 1998, INS	45,89	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	48,23	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
2.9	Proportion population urbaine vivant dans les taudis	N.D		N.D		N.D	
2.10	Population totale de personnes déplacées	N.D		709 377	PDI-FAC 2005	N.D.	
2.11	Population totale de Réfugiés	N.D		75 971	REPCI 2006	25 000 à préciser	ESSAN
3.0	Fécondité						
3.1	Taux brut de natalité	40,3 pour mille	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	38,6 pour mille	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	37,5 pour mille	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
3.2	Taux de fertilité totale	5,35	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	5,1	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS	4,95	Perspectives Démographiques, RGPH 1998, INS
3.3	Taux de natalité chez les adolescents (15-19 Ans)			132p1000	Survey 2001-2005 DHS	111,1	(estimé) Survey 2005-2006 DHS
4.0	Mortalité						
4.1	Taux de Mortalité Infantile	112 pour mille	RGPH 1998	84	EIS 2005	N.D.	
4.2	Taux de Mortalité Enfants (- 5ans)	181 pour mille	RGPH 1998	125 pour mille	EIS 2005	N.D.	
4.3	Espérance de vie à la naissance (Total)	50,9	RGPH 1998	N.D.		48,6	REPCI 2006
4.4	Espérance de vie à la naissance (Hommes)	49,2	RGPH 1998	N.D.		N.D.	
4.5	Espérance de vie à la naissance (Femmes)	52,7	RGPH 1998	N.D.		N.D.	
5.0	Éducation						
5.1	Taux brut de scolarisation primaire H/F	80,7/65,5	RGPH, 1998, INS	67,6/51,9 (ZG)	MEN/DIPES	64,5/60,3	2006/2007 DSRP, 2009
5.2	Taux brut de scolarisation secondaire H/F	30,4/15,6	MEN/DIPES 1998/99	27,6/14,1(ZG)	MEN/DIPES	33,27/18,94	2005/2006 MEN/DIPES

5.3	Taux brut de scolarisation supérieure H/F	N.D.		N.D.		N.D.	
5.4	Taux d'alphabétisation chez les 15-24 ans (National)SAA	59,9%	MICS 2000			52,8%	DSRP,2009
5.5	Taux d'alphabétisation chez les 15-24 ans (Hommes)	69,6	MICS 2000			60,6	EIS 2005
5.6	Taux d'alphabétisation chez les 15-24 ans (Femmes)	51,5	MICS 2000			39,6	MICS 2006
5.7	Taux Net de scolarisation au primaire H/F	63,6/48,4	MEN/DIPES 1998/99			55,1	MICS 2006
6.0	Santé Procréatrice						
6.1	Taux de mortalité maternelle	597/100 000	EDS 98/99	N.D.		543	EIS 2005
6.2	Proportion d'accouchements assistés par un personnel de santé qualifié	47,1	EDS 98/99	N.D.		56,8 (2006)	MICS 2006
6.3	Pourcentage d'établissements de santé de base donnant des soins obstétricaux essentiels					33%	PNDS 2009-2013
6.4	Pourcentage d'établissement de santé contenant des soins obstétricaux généraux essentiels						
6.5	Ratio de médecins par rapport à la population	1/9908	RASS 2000	N.D.		1/8039	DRH, Santé 2006
6.6	Ratio d'infirmières/sage-femmes par rapport à la population	1/2416	RASS 2000	N.D.		1/2534	DRH, Santé 2006
7.0	Planification Familiale						
7.1	Besoins non satisfaits en planification familiale	27,7%	EDS 98/99	N.D.		29%	MICS 2006
7.2	Taux de prévalence contraceptive- méthodes modernes	7,3%	EDS 98/99			8,0%	MICS 2006
8.0	VIH/SIDA						
8.1	Prévalence du VIH chez les 15-24 ans (National)					1,4	EIS 2005
8.2	Prévalence du VIH chez les 15-24 ans (Hommes)					0,3	EIS 2005
8.3	Prévalence du VIH chez les 15-24 ans (Femmes)					2,4	EIS 2005
8.4	Prévalence de l'infection du VIH chez les femmes enceintes (vues en consultation prénatale)	10,5%	RETROCI	9,7% en 2002	RETROCI	8,2	DIPE

8.5	Proportion de la population âgée de 15-24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/SIDA	13,9 (15-19 ans) 13,1 (20-24 ans)	MICS 2000	18% femmes 27,6% hommes	EIS 2005		
8.6	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque			33,6% femme/ 51,6% homme	EIS 2005		
9.0 Genre							
9.1	Part des femmes dans l'emploi salarié dans le secteur non-agricole	20,6	RGPH 1998				
9.2	Prévalence signalée des femmes victimes de mutilations génitales	44,5	EDS, 98/99			36,4%	MICS 2006
9.3	Cas signalés de Violence contre les Femmes et les Filles			12,3%	EIS 2005	48,4%	MFFAS/UNFPA, 2008
9.4	Proportion de sièges obtenus par les femmes au parlement national	8,0	Rapport national sur les OMD, 2003	8,5	Rapport national sur les OMD, 2003	8,5%	RTCI (MEMPD/UNFPA, 2006)
9.5	Taux de participation de la main-d'œuvre féminine						

ANNEXE II. DU RAPPORT DU PAYS DE LA CIPD@15:

**RÉSULTATS / CONSÉQUENCES DE LA MISE EN OEUVRE DE LA DÉCLARATION DE LA CONFÉRENCE MINISTÉRIELLE SUR LA CIPD
OBTENUS À DAKAR EN JUIN 2004 PAR LES MINISTRES DES GOUVERNEMENTS DES ÉTATS AFRICAINS RESPONSABLES
DE LA POPULATION ET DU DÉVELOPPEMENT**

N°	Déclaration Ministérielle	Activités entreprises au niveau national <i>(indiquer l'année où l'activité a été entreprise)</i>	Résultats relatifs / Issues réalisés au niveau national
1.0	Intégration de la population dans le développement		
1.1	Renforcer les efforts pour intégrer les préoccupations de population dans les programmes et les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement socio-économique	<ul style="list-style-type: none"> - Révision de la Déclaration de Politique Nationale de Population en 2008 en intégrant les recommandations de la CIPD+10 et des autres documents cadres internationaux (OMD, NEPAD, DDN, etc.) - intégration de la DPNP révisée dans les orientations du DSRP 2009 	<ul style="list-style-type: none"> - DPNP est en cours de validation par le Gouvernement - DSRP validé par la Banque Mondiale et le FMI en 2009 - Existence d'une stratégie nationale de développement basée sur la réalisation des OMD
2.0	Élimination de la Pauvreté		
2.1	Soutenir les efforts visant à éliminer la pauvreté, conformément aux Objectifs du Millénaire pour le Développement dans le contexte du NEPAD	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration d'une stratégie de réduction de la pauvreté DSRP, - Mise en place des fonds sociaux de la lutte contre la pauvreté - Collecte de données sur le niveau de la pauvreté (ENV, 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> - Validation du DSRP ; - Dissémination des résultats de l'ENV 2008
2.2	Promouvoir la sécurité alimentaire, le développement durable, la bonne gouvernance et assurer le suivi des progrès en tenant intégralement compte des questions de population	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation en 2007 du Bilan alimentaire 2003-2007 avec le concours de la FAO - Mise en place en 2006, de la Direction du Suivi-Evaluation (DSE) à la DGPRC - Révision de la Déclaration de la politique nationale de population - Programme national de bonne gouvernance - Elaboration du Plan national d'environnement 2006-2010 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport sur le Bilan alimentaire est disponible - une stratégie nationale de suivi-évaluation en population et développement est validée en 2008 - PNP est en cours d'adoption - un secrétariat de la bonne gouvernance fonctionne - le PNAE 2006-2010 est adopté
3.0	Santé procréatrice et droits en matière de reproduction		
3.1	Accentuer les efforts pour promouvoir, renforcer et améliorer l'accès universel aux informations et services complets de qualité en ce qui concerne la santé procréatrice et celle en matière de sexualité et les services comprenant la sécurité des produits de base pour la santé procréatrice	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboration et adoption d'une feuille de route sur la SR - Elaboration du Plan d'action SR centré sur Maputo - L'actualisation de la politique nationale de la santé de la reproduction - Elaboration d'un document de normes et protocoles de la SR 	<ul style="list-style-type: none"> - La feuille de route est validée et disponible - plan de SR centré sur Maputo est adopté - politique nationale de SR validé - Document de normes et protocoles de la SR est disponible

3.2	Adopter et mettre en valeur une législation garantissant des droits en matière de reproduction et incorporer l'information sur les droits en matière de reproduction et respecter ces mêmes droits dans les rapports nationaux, notamment les rapports présentés au Comité sur l'Élimination de toutes les Formes de Discrimination Contre les Femmes (CEDAW)	- Elaboration d'un projet de loi sur la SR Elaboration d'une stratégie nationale de lutte contre les VBG - Elaboration de document de politique nationale sur l'égalité, l'équité et le genre (DPNEEG)	- Loi sur la SR en cours de finalisation - validation en cours de la stratégie de lutte contre les VBG - adoption en cours par le Gouvernement de la DPNEEG
4.0	VIH/SIDA		
4.1	Intensifier les efforts pour prévenir, diagnostiquer et traiter le VIH/SIDA et autres infections sexuellement transmissibles, dans le cadre de la santé procréatrice et celle en matière de sexualité	- Décentralisation de la lutte contre le VIH/Sida à partir de 2004 (comité national, comité sectoriel, comité départemental, comité villageois) - Mobilisation des ressources dans le cadre d'un partenariat - Implication des ONG dans la lutte contre le VIH/Sida	Ressources allouées aux soins et traitement (49,72%) et à la prévention (23,11%) en 2008
4.2	Prendre en charge la dimension genre du VIH/SIDA, apporter un appui aux familles et aux orphelins affectés par le VIH/SIDA; garantir aux jeunes et aux hommes et femmes adultes l'accès à l'information, à l'éducation et aux services nécessaires pour prévenir l'infection du VIH/SIDA	- Plan National d'Action de la Femme a été recentré pour la période 2006-2007 - Adoption en 2006 du plan stratégique national de lutte contre le Sida 2006-2010 - Mise en place des projets SR/AJ au MJSL	- Plan stratégique de lutte contre le Sida disponible - Mobilisation des ressources (Etat, partenaires internationaux, ONG, secteur privé) - Promotion de distributeurs automatiques des préservatifs - Mise en place des centres d'écoute et de conseils
4.3	Assurer l'accès aux services de diagnostic et aux soins aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris les femmes enceintes et leurs enfants pour réduire la transmission verticale du virus et éliminer la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH/SIDA en assurant le respect de la vie privée, de la confidentialité et la non-discrimination	- Mise en œuvre des projets PTME, de prise en charge des PVVIH et des OEV - Action de sensibilisation par l'Etat, les partenaires et les ONG - Promotion des CDV - Accessibilité aux ARV	- hausse du nombre de sites de PTME (12 en 2003 à 71 en 2006) - rénovation des Centres de Dépistage Volontaire (CDV) et des Centres d'Ecoute et de Conseil (CEC) - Gratuité des ARV depuis 2008
5.0	Mortalité et morbidité maternelles et infantiles		
5.1	Accentuer les efforts pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles en assurant des services essentiels et des soins de santé procréatrice complets, en prenant en considération les multiples facteurs qui contribuent à réduire la mortalité et la morbidité maternelles, notamment les avortements pratiqués dans les mauvaises conditions, les difficultés d'accès à des services de planification familiale de qualité et de soins obstétricaux essentiels, des fistules obstétricales	- Mise en œuvre des projets SOU/SONU et intégration de la SR dans les hôpitaux de référence; - Renforcement des capacités des prestataires - Mise en œuvre du PNSSU (SR en milieu scolaire)	- Enquête sur les fistules (2007) - Baisse du ratio de mortalité maternelle (de 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1994 à 543 en 2005) - Meilleure connaissance sur les fistules

5.2	Prendre des mesures pour faire face à ces questions ainsi que de traiter avec l'impact sur la santé de l'avortement à risque comme un problème majeur de santé publique et de la gestion des complications résultant d'un avortement à risque	- Réalisation de l'Enquête nationale sur les avortements provoqués(2008) avec l'AIBEF en vue de la prise en compte de ce volet dans l'élaboration de la loi sur la SR	Dissémination des résultats de l'Enquête sur l'avortement en 2009
6.0	Égalité et équité entre les sexes et autonomisation des femmes	- Création en 2006 de la Direction de l'Égalité et de la Promotion du Genre (DEPG) au Ministère de la Femme, de la Famille et des Affaires Sociales, - Création de 13 cellules ministérielles « genre » - Plaidoyer pour la promotion du genre, - Elaboration d'une politique Nationale pour la promotion de l'Équité, de l'Égalité et du Genre (DPNEEG), - Révision du PNAF en 2006,	- DPNEEG est en cours d'examen par le Gouvernement -13 cellules ministérielles « genre » sont installées - Déclaration solennelle en 2007 du Président de la République sur l'égalité des chances pour les hommes et les femmes,
6.1	Renforcer les mécanismes institutionnels pour intégrer l'approche genre dans les politiques de population et les stratégies de réduction de la pauvreté	- Elaboration du Plan national d'action pour l'enfant et du Plan national de mise en œuvre de la résolution I325 ; - Intégration du genre dans le DSRP 2009 - La Cellule de Promotion de l'Éducation et de la Formation des Filles et des Femmes (CEPEF).	Prise en compte de la promotion genre dans le DSRP à hauteur de 1,58% des ressources
6.2	Éliminer la discrimination à l'égard des femmes et des petites filles dans tous les secteurs; et élaborer des politiques et des programmes pour assurer l'égalité et l'équité entre les sexes, l'autonomisation des femmes et des droits des femmes	- Plan National D'Education Formation (PNDEF 1998-2010), la pérennisation et généralisation du programme de cantines scolaires, l'implication des communautés à la gestion des établissements scolaires, PNAF recentré 2006-2007, - Appui à la scolarisation de la petite fille - Révision du code de la famille et des personnes en 2008, - PNAF recentré 2006-2007, DEPG, DPNEEG, intégration du genre dans la stratégie de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007 et 2009-2013	L'indice de parité entre sexe dans le primaire est passé de 0,81 en 2000 à 0,88 en 2008
6.3	Renforcer l'éducation des filles		
6.4	Poursuivre les réformes d'ordre législatif et administratif garantissant aux femmes les mêmes droits que les hommes dans l'accès aux ressources telles que la terre, le crédit et les technologies appropriées		- Promotion du micro-crédit - Code de la famille et des personnes, DPNEEG en cours d'adoption - Accès des femmes à l'héritage - Les femmes bénéficient des AGR
7.0	Violence contre les femmes		
6.4	Intensifier toutes les mesures nécessaires dans le domaine de la législation, de l'éducation publique et autres mesures, notamment des mesures répressives et sévères, et éliminer toutes formes de violence contre les femmes, y compris les pratiques néfastes telles que les mutilations génitales féminines/ excisions et la violation des droits humains fondamentaux dans les situations de conflits armés, en particulier les viols	<p>systématiques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation des forces de l'ordre et des magistrats sur les VBG, - Formation des leaders d'opinion par les ONG sur les VBG, - Renforcement des capacités en matière de sensibilisation, - Organisation des campagnes de sensibilisation 	<p>de masse sur les VBG,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconversion d'exciseuses à travers les AGR - Baisse de la prévalence de l'excision entre 1999 et 2005 (de 45% à 42%)

8.0	Adolescents et jeunes Renforcer l'importance stratégique de promouvoir une éducation publique de qualité, en tant que moyen d'assurer l'ascension sociale, en favorisant l'emploi productif et en intensifiant sa contribution à la réduction de pauvreté; redoubler les efforts pour reconnaître, promouvoir et protéger les droits des adolescents et des jeunes à l'information, à l'éducation, aux services de santé en matière de sexualité et santé procréatrice répondant à leurs besoins, en préservant le droit des adolescents et des jeunes au respect de la vie privée et de la confidentialité, à un consentement en connaissance de cause et les faisant participer à la conception, à l'exécution et l'évaluation des programmes	Elaboration d'un projet de Politique Nationale de la Jeunesse - Développement de chantier école - Mise en œuvre d'un Projet SR/AJ au MJSL, - Mise en œuvre d'un Projet EVF/MP au MEN - Développement des micro-crédits - document de plottique de la jeunesse en cours d'adoption - Création des Centres d'écoute et distribution gratuite de condoms, - Création des Clubs Santé Jeunes - Création du Réseau Ivoirien pour la Promotion de la Santé des Adolescents et des Jeunes (RIPS/AJ)
8.1		
9.0	Adolescents et jeunes Promouvoir l'égalité des genres ; protéger les droits fondamentaux de tous les membres de la famille et entreprendre des recherches socio-culturelles sur la famille comme base pour formuler des politiques et des programmes favorables à la famille, notamment les parents, les tuteurs légaux et autres personnes qui prennent soins des enfants; et les aider à assumer les responsabilités et à s'acquitter de leurs devoirs en ce qui concerne les soins donnés aux enfants ainsi que l'éducation de ces derniers	Renforcement des capacités des décideurs sur les questions de famille en 2007, - Révision du code de la famille et des personnes en 2008 (congé familial pour l'homme et la femme), - Réalisation d'une étude sur la situation du droit des enfants et de la femme en 2008 avec l'appui de l'UNICEF, - Création de la société ivoirienne de gérontologie et de gérontologie, - Préparation d'un Document de Politique en faveur des personnes du troisième âge.
9.1		Code de la famille intégrant le genre en 2008 en cours d'examen par le Gouvernement - Accord de coopération Côte d'Ivoire-UNICEF intégrant les droits des enfants et des femmes - document de politique en faveur des personnes âgées en cours de finalisation
10.0	Migration Accroître les efforts en vue de remédier aux déséquilibres de la répartition géographique de nos populations, notamment l'accroissement rapide des populations urbaines et ses conséquences socio-économiques des migrations internes et	
10.1		internationales - Renforcement de la politique de décentralisation : - Elaboration d'une politique nationale d'aménagement du territoire, - Mise en œuvre d'un projet pilote d'élaboration d'un schéma régional d'aménagement du territoire - Développement des micro-crédits. - Délimitation des terroirs ruraux par le projet PACOM - 19 Régions, 80 Départements dont 54 sont dotés de Conseils Généraux, 986 Communes dont 197 dotés de conseils municipaux, 2 districts autonomes (Abidjan et Yamoussoukro, - document de politique nationale d'aménagement du territoire en cours d'adoption - schéma pilote réalisé dans la région du Bas-Sassandra en 2008

10.2	S'attaquer aux causes profondes de la migration clandestine, accroître les efforts pour réduire sensiblement le nombre de migrants en situation irrégulière, tout en garantissant la protection de leurs droits fondamentaux		
11.0	Réfugiés et personnes déplacées		
11.1	Appuyer de manière accrue les efforts visant à s'attaquer aux causes profondes des conflits, à prévenir ces conflits et à examiner les incidences des situations de crise sur nos populations en intensifiant l'assistance aux réfugiés et aux personnes déplacées, en accordant une attention particulière à la santé procréatrice et aux autres besoins de réfugiés, aux enfants et aux personnes âgées réfugiées, et promouvoir une législation interdisant l'utilisation forcée des enfants comme soldats dans les conflits armés et appuyer les programmes visant à promouvoir la réintégration des orphelins de guerres ainsi que la réinsertion d'anciens enfants soldats	<ul style="list-style-type: none"> - Création de la Commission Nationale d'Action Humanitaire - Appui aux personnes déplacées internes, - Accord de siège pour faciliter l'installation des ONG internationales, - Mise en place du CNDDR avec un volet pour résoudre les problèmes liés aux enfants soldats - Mise en place d'un service d'aide et d'assistance aux réfugiés et apatrides (SAARA) au MAE - Institution d'une carte d'identité pour réfugiés 	<ul style="list-style-type: none"> - Identification de 709 377 déplacés internes à prendre en charge dans cinq Départements d'accueil - Le CNDDR a identifié 3000 enfants soldats à démobiliser du côté des FAFN.
12.0	Données pour le développement		
12.1	Appuyer les recherches et intensifier la collecte, l'analyse, la dissémination et l'utilisation quantitative et qualitative liée à la population, les données socio-économique et de santé ventilées par le sexe et l'âge, en vue d'élaborer des politiques et programmes opérationnels, et pour assurer le contrôle et l'évaluation de ces programmes, en mettant un accent particulier sur les données aux niveaux décentralisés	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'enquêtes : EIS-2005, MICS-2006, PDI-FAC-2005, ENV-2008, - Analyse du RGPH de 1998 (atlas) - Préparation du prochain RGPH - L'élaboration d'un rapport annuel sur l'état de la population en 2006 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité de données actualisées et désagrégées par âge, sexe, région, etc. - REPCI 2006 disponible
13.0	Mobilisation des ressources et partenariats		
13.1	Appel à tous les pays africains de renforcer la mobilisation et l'allocation des ressources nationales, publiques et privées; et à la communauté internationale d'accroître son appui financier, notamment à travers le Fonds mondial de solidarité pour la réduction de la pauvreté, afin d'accélérer la mise en œuvre du Programme d'action et de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et l'application des principales mesures pour la poursuite de la mise en œuvre du Programme d'action de ladite Conférence ainsi que la réalisation des objectifs de développement convenus au plan international, notamment ceux qui figurent dans la Déclaration du Millénaire des Nations Unies	<ul style="list-style-type: none"> - Inscriptio des Projets du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA au Programme d'Investissements Publics (PIP), - Validation du DSRP Côte d'Ivoire par le FMI et la Banque Mondiale - - 	<ul style="list-style-type: none"> - 1,7 milliards de FCFA mobilisés au PIP pour les activités de population en 2008 - Admission de la Côte d'Ivoire au Fonds Mondial de Lutte contre le Sida (2004), le Paludisme (2007), - admission au point de décision le 27 mars 2009
13.2	Appel à tous les pays d'appuyer le principe d'établir et de pérenniser la collaboration avec les ONG sans compromettre leur autonomie, étant donné le rôle important et complémentaire qu'elles jouent dans la politique de développement et de mise en œuvre, de prestation de services et de promotion de droits en matière de reproduction et santé sexuelle et procréatrice	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un forum national des ONG, - Création de réseaux d'ONG - Accord de siège pour les ONG internationales - Renforcement des capacités des ONG 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation des ONG à l'élaboration des documents stratégiques (Politique de population, RGPH, textes législatif, Sida, etc.)

13.3	<p>Demandons à tous les gouvernements et aux autres acteurs importants, notamment les donateurs bilatéraux et multilatéraux, le système des Nations Unies, les institutions financières internationales, les ONG et la société civile, et le secteur privé, de poursuivre leurs efforts, notamment en renforçant les partenaires à tous les niveaux, d'intensifier la mise en oeuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et les principales mesures pour la poursuite de la mise en oeuvre de ce programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Décentralisation des activités de l'UNFPA, - Elaboration du Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement de la Côte d'Ivoire (UNDAF), - organisation de tables rondes des bailleurs de fonds - Création de Comités de Lutte contre le Sida dans les Ministères et dans les entreprises privées, 	<ul style="list-style-type: none"> - Cinq bureaux et antennes UNFPA - fonctionnement depuis 2007 sur l'étendue du territoire national - UNDAF 2003-2007 disponible
13.4	<p>Appel à tous les pays, ainsi que nos partenaires au développement, pour accroître les ressources au FNUAP pour relever sa capacité à soutenir les efforts des pays africains à mettre en oeuvre les engagements qu'ils ont pris à Dakar et au Caire, vu le rôle important que joue cet organisme dans la mise en oeuvre de la DDN et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en oeuvre du programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2003-2007, du programme intérimaire 2008, - Elaboration de programme de coopération Côte d'Ivoire-UNFPA 2009-2013, - Mobilisation des ressources internes UNFPA, - Mobilisation des ressources des autres partenaires, 	<ul style="list-style-type: none"> - 72 650 000 dollars US pour la période 2009-2013 dans le cadre de la coopération Côte d'Ivoire - UNFPA.

**ANNEXE III. DE L'EXAMEN DU QUESTIONNAIRE DE LA CIPD@15 :
PERSPECTIVES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT (OMD)**

Veuillez indiquer la probabilité de votre pays d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement ainsi que les objectifs suivants d'ici à 2015

	BUTS ET OBJECTIFS	PERSPECTIVE POUR ATTEINDRE LES BUTS / OBJECTIFS				JUSTIFICATION BRÈVE (le cas échéant fournir des indications de tendance)
		Très Probable	Probable	Improbable	Très Improbable	
But 1	Réduire l'extrême pauvreté et l'extrême faim		■			
Objectif 1.1	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des gens dont le revenu est de moins de 1\$ par jour		■			Le DSRP vise à l'horizon 2015 un ratio de pauvreté de 16%, soit en dessous de la moitié du niveau atteint en 1995 (36,8%)
Objectif 1.2	Atteindre le plein emploi productif et un travail décent pour tous, y compris les femmes et les jeunes		■			Selon les prévisions du DSRP, le taux de chômage baisserait d'un tiers pour atteindre 5% en 2015 contre 15,7% observé en 2008.
Objectif 1.3	Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion des gens qui souffrent de la faim		■			La proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'insuffisance pondérale a connu une baisse régulière, passant de 23,8% en 1994, à 20,2% en 2008. Le DSRP prévoit 10% en 2015.
But 2	Assurer l'éducation primaire universelle				■	
Objectif 2.1	Veiller à ce que, d'ici à 2015 tous les enfants, garçons et filles, soient en mesure d'achever un cycle complet d'études primaires				■	Le taux d'achèvement au cycle primaire a baissé de 49,1% en 2000 à 39,2% en 2008. A l'horizon 2015, il est prévu selon le DSRP, un taux inférieur à 100%, c'est-à-dire 60%.
But 3	Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes			■		Les pesanteurs socio-culturelles sont encore fortes
Objectif 3.1	Éliminer les disparités entre les sexes dans l'enseignement primaire et secondaire de préférence d'ici à 2005 et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard		■			- Indice de parité dans le primaire : 0,81 en 2000 et 1 en 2015 (prévision du DSRP) - indice de parité dans le secondaire 1 ^{er} cycle : 0,54 en 2000 et 0,9 en 2015 (Prévisions du DSRP)

BUTS ET OBJECTIFS		PERSPECTIVE POUR ATTEINDRE LES BUTS / OBJECTIFS				JUSTIFICATION BRÈVE (le cas échéant fournir des indications de tendance)
		Très Probable	Probable	Improbable	Très Improbable	
But 4	Réduire la mortalité infantile					
Objectif 4.1	Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de cinq ans			■		De 97% en 1988, le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé à 112% en 1998 et à 84% en 2005. Le DSRP prévoit 50% en 2015.
But 5	Améliorer la santé maternelle					
Objectif 5.1	Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de la mortalité maternelle		■			Estimé à 597 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1994, le DSRP prévoit une baisse de ? du ratio de mortalité maternelle : 149
Objectif 5.2	Assurer, d'ici à 2015, l'accès universel à la santé procréatrice					<ul style="list-style-type: none"> - seules 28,3% des structures sanitaires offrent des services de SR en zone gouvernementale en 2004 - inégale répartition des ressources humaines et des structures de santé - difficultés de financement des produits de SR
But 6	Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies					
Objectif 6.1	Avoir stoppé, d'ici à 2015 et commencé à inverser la propagation du VIH/SIDA					Le DSRP prévoit en 2015, une séro-prévalence de 1,8% supérieur au taux de 1% au dessus duquel l'épidémie est toujours considérée comme généralisée.
Objectif 6.2	Assurer, d'ici à 2010, l'accès universel au traitement du VIH/SIDA pour tous ceux qui en ont besoin		■			En 2007, 36 348 personnes sont sous traitement ARV et le DSRP prévoit 268 253 en 2013. L'accès aux ARV étant désormais gratuit et le financement des ARV bénéficiant d'un partenariat international fort, l'objectif visé peut être atteint dans la mesure où l'Etat de Côte d'Ivoire développe parallèlement des stratégies novatrices de mobilisation des ressources. t toujours considérée comme généralisée.
Objectif 6.3	Avoir stoppé, d'ici à 2015 et commencé à inverser l'incidence du paludisme et d'autres maladies majeures					Pour l'incidence du paludisme, les prévisions de 2015 (110%) sont en deçà du niveau observé en 2002 (93,61%)

BUTS ET OBJECTIFS		PERSPECTIVE POUR ATTEINDRE LES BUTS / OBJECTIFS				JUSTIFICATION BRÈVE (le cas échéant fournir des indications de tendance)
		Très Probable	Probable	Improbable	Très Improbable	
But 7	Assurer un environnement durable		■			
Objectif 7.1	Intégrer les principes de développement durable dans les politiques et programmes du pays et inverser la perte des ressources de l'environnement		■			Elaboration d'un Plan National de l'Environnement 2006-2010 s'inscrivant dans la perspective des OMD et repris dans le DSRP
Objectif 7.2	Réduire la perte de la biodiversité, en réalisant, d'ici à 2010, une réduction significative du taux de perte		■			Une hausse significative des zones protégées : de 7,2% en 2002 à 10% en 2008 et 14% en 2013 selon le DSRP.
Objectif 7.3	Réduire, d'ici à 2015, la proportion de personnes sans accès durable à l'eau potable et l'assainissement de base		■			Le DSRP prévoit 82,5% de personnes ayant accès à l'eau potable et 78,5% à l'assainissement de base contre respectivement 61% et 57% observé en 2008
Objectif 7.4	D'ici à 2020, avoir amélioré sensiblement la vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis (Répondre seulement lorsque cela est possible compte tenu de la référence de « au moins 100 millions d'habitants de taudis »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
But 8	Développer un partenariat mondial pour le développement		■			
Objectif 8.4	Traiter globalement les problèmes d'endettement des pays en développement grâce à des mesures nationales et internationales afin de rendre leur endettement viable à long terme		■			- Pourcentage de la dette par rapport au PIB est passé de 87,3% en 2003 à 78,8% en 2007 - Le DSRP est validé par la Banque Mondiale et le FMI - Espoir d'admission à l'initiative PPTE
Objectif 8.5	En coopération avec les sociétés pharmaceutiques, permettre l'accès à des soins, des médicaments essentiels dans les pays en développement		■			-Foisonnement des médicaments de la rue -Malgré l'Initiative de Bamako, la politique des médicaments génériques n'a pas encore un impact suffisant dans la consommation des médicaments.
Objectif 8.6	En coopération avec le secteur privé, mettre à dispositions les avantages des nouvelles technologies, en particulier l'information et la communication		■			-Accroissement des abonnés au téléphone, notamment mobile -Extension du réseau de téléphonie mobile au milieu rural -Progression de l'utilisation de l'internet

