

ENFANTS D'AUJOURD'HUI DIVERSITÉ DES CONTEXTES PLURALITÉ DES PARCOURS

*Colloque international de Dakar
(Sénégal, 10-13 décembre 2002)*



Numéro 11

**ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE
AIDELF**

Suivi de l'enfant ivoirien en matière juridique et de santé au cours de la décennie 1990

Georges Koman ADJE

Institut National de la statistique, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction

Comme la plupart des pays, la Côte d'Ivoire a participé au Sommet Mondial de l'Enfance de 1990. Afin de mettre en application les décisions de ce sommet, la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE) a été ratifiée le 4 février 1991 et un programme d'action national (PAN) a été préparé par le gouvernement en collaboration avec les partenaires au développement. En adoptant en 1992 un plan d'action national pour la survie, le développement, la protection de l'enfant ivoirien sur la période 1993-2000, la Côte d'Ivoire a affirmé sa volonté politique de traduire dans les faits les engagements pris en termes de développement dans ses différents politiques et programmes d'action sectoriels.

Suite à la ratification de la convention relative aux droits de l'Enfant, la Côte d'Ivoire doit notamment :

- assurer la conformité de sa législation aux dispositions de la convention en œuvrant à l'élaboration de textes législatifs et réglementaires protecteurs des droits de l'enfant ;
- dans tous les domaines concernant l'enfant, entreprendre des actions en faveur de sa survie, de sa protection et de son développement.

Cette communication se propose, dans une première partie, de montrer comment a évolué le cadre juridique de protection de l'enfant ivoirien. Dans une seconde partie, l'accent sera mis sur l'évaluation des mesures prises par le Gouvernement dans le domaine de la santé et de la nutrition de l'enfant. Pour chaque partie, un bilan sera réalisé en indiquant les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action national pour l'enfant ivoirien ainsi que les principales contraintes. L'analyse de la situation tirera également les enseignements de la mise en œuvre des mesures prises.

1. Droits et protection de l'enfant

La Côte d'Ivoire a très rapidement ratifié la Convention, parce que son droit interne de l'enfance était en harmonie avec ce texte pour la majorité de ses dispositions. On peut citer entre autres, le code pénal du 31 juillet 1981, les lois civiles du 7 octobre 1964 portant droits des personnes et de la famille modifiées en 1983, le décret n°72-747 du 24 novembre 1972 portant réglementation et contrôle des films et enregistrements sonores, le code de prévoyance sociale (loi n°88-1115 du 29 novembre 1988), etc. Ces dispositions antérieures à la convention, bien que relativement satisfaisantes, étaient insuffisamment appliquées et ne prenaient pas en compte tous les aspects de la protection de l'enfance. Dès lors, de nouveaux textes ont été rédigés et des ratifications comme d'autres instruments internationaux sont intervenus pour traduire la volonté des autorités ivoiriennes de disposer d'une législation plus conforme aux dispositions de la convention. C'est ainsi que des lois ont été adoptées dans divers domaines touchant les questions de l'enfant.

1.1 Au niveau des droits de l'enfant en général

Dans ce domaine, les lois suivantes ont été adoptées :

- La loi n°90-0437 du 29 mai 1990, relative à l'entrée et au séjour des étrangers en Côte d'Ivoire, et son décret d'application du 2 octobre 1991 contiennent de nombreuses dispositions favorisant le regroupement familial dans l'intérêt de l'enfant, conformément à l'article 10 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant. En effet, les documents et les visas d'entrée ne sont pas exigés de l'enfant de moins de 21 ans venant rejoindre ses parents autorisés à résider en Côte d'Ivoire.
- La loi n°91-883 du 27 octobre 1991 autorisant l'adhésion de la Côte d'Ivoire aux pactes internationaux relatifs aux Droits de l'Homme du 16 décembre 1996 et les décrets n°91-884 et n°91-885 du 27 septembre 1991, consacrant l'adhésion de la Côte d'Ivoire aux dits pactes.
- La loi n°91-886 du 27 septembre 1991 autorisant la Côte d'Ivoire à adhérer à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples et le décret d'adhésion du 27 septembre 1991.

La volonté des autorités s'est manifestée à travers l'édition de textes législatifs et réglementaires protégeant l'enfant contre les abus de la presse et autres médias en matière d'information et de communication. Il en est ainsi de la loi n°91-1033 du 31 décembre 1991 consacrée au régime juridique de la presse. De même, le décret n°92-747 du 24 novembre 1992 vise à préserver les enfants contre les films immoraux et violents.

Mais l'accès des enfants à des informations saines est rendu difficile par l'insuffisance de publications spécialisées, l'absence de contrôle des productions audiovisuelles et la prolifération des vidéoclubs, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. Cependant, les mass-média consacrent quelques articles et émissions aux enfants. Mais cela est insuffisant.

- La loi n°92-464 du 30 juillet 1992 sur la répression de certaines formes de violence. L'article 2 punit le fait pour les organisateurs de manifestations de pousser des mineurs de 13 ans à accomplir des actes de violence, voies de fait sur les personnes ou des destructions et dégradations sur les biens.
- La loi n°98-757 du 23 décembre 1998 sur la répression de certaines formes de violences à l'égard des filles. Il s'agit de certaines pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage forcé, l'excision, le harcèlement sexuel...
- L'accès des jeunes à l'emploi est réglementé en Côte d'Ivoire. L'âge minimum fixé par le nouveau code de travail de 1995 (loi n°95-15 du 12 janvier 1995 en son article 23-8) pour l'admission à l'emploi ou à l'apprentissage des jeunes est de 14 ans. Le nouveau code du travail régit les conditions de travail des femmes et des enfants (chapitre 3, article 23-1 à 23-9) conformément à l'article 32 de la Convention.
- La loi n°95-696 du 7 septembre 1995, relative à l'enseignement, réaffirme l'accès universel à l'éducation, qui reprend les objectifs de l'éducation contenus dans la Convention, conformément à ses articles 28 et 29, sans rendre néanmoins obligatoire l'enseignement primaire. Il existe un Plan National de L'Éducation et de la Formation qui incite les parents à scolariser leurs enfants, surtout les filles.
- La loi n°98-756 du 23 décembre 1998 modifiant et complétant la loi n°81-640 du 31 juillet 1981 instituant un code pénal. Il définit l'enfant comme toute personne âgée de moins de 18 ans lors de l'infraction.
- La nouvelle constitution et le nouveau code électoral (août 2000) réaffirment les droits fondamentaux de la personne humaine, l'interdiction de la peine de mort, l'interdiction de certaines pratiques socioculturelles (esclavage, excision, mariage forcé). Le code électoral ramène à 18 ans révolus, l'âge minimum requis pour la qualité d'électeur, contre 21 ans par le passé.

Si dans la majorité les textes ivoiriens concernant l'enfance sont conformes aux prescriptions de la Convention, il faut reconnaître cependant que dans quelques domaines ils s'en détachent. Ainsi :

- La possibilité en Droit Pénal ivoirien de condamner l'enfant à des peines lourdes, si la circonstance atténuante de minorité n'a pas été retenue en sa faveur.
- En matière de Droit à l'éducation, la loi ivoirienne n°95-685 du 7 Septembre 1995 sur l'Enseignement n'a pas retenu l'obligation scolaire.
- La loi n°83-800 du 2 août 1983, modifiant et complétant les dispositions de la loi n°64-375 du 17 octobre 1964 relative au mariage, fixe des âges minimum de mariage différents pour le garçon (21 ans) et la fille (18 ans) contrairement aux principes de la non discrimination prônés par la Convention.
- La loi ivoirienne ne connaît le droit à la sécurité sociale qu'aux enfants des travailleurs salariés et aux fonctionnaires, contrairement à l'article 26 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (qui stipule dans son alinéa 1 : les États parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales...).

Cette liste n'est cependant pas exhaustive. La diffusion de la Convention et des textes nationaux à la population est primordiale, l'information étant une des garanties essentielles de l'application des dispositions de la Convention. Ces actions doivent se poursuivre, et surtout s'inscrire dans le cadre d'un programme national de vulgarisation de la Convention relative aux Droits des Enfants et des textes nationaux.

1.2 Protection des « Enfants en Circonstance Extrêmement Difficile » (ECED)

Les problèmes socio-économiques engendrés par la crise économique ont fait naître le phénomène des « Enfants en Circonstance Extrêmement Difficile ». Pour y faire face, la Côte d'Ivoire a développé des axes de coopération avec plusieurs structures et des organisations non gouvernementales (ONG).

Le gouvernement ivoirien a réaffirmé sa volonté politique de protéger et réinsérer en famille les ECED. De même, une commission nationale pluridisciplinaire de lutte contre le phénomène des enfants de la rue a été créée par le décret n°97-613 du 16 octobre 1997. Sur 16 000 enfants en circonstance extrêmement difficile dénombrés en 1998, 10 000 ont bénéficié d'actions de suivis sanitaire, éducatif et social. Des dispositifs de structures gouvernementales et des ONG ont été créés en vue de l'insertion professionnelle des jeunes.

Qui sont les « Enfants en Circonstance Extrêmement Difficile » ? Sans être exhaustif, on peut citer :

- ***Les enfants dans et de la rue***

Les enfants dans la rue gardent un contact avec leurs familles. Ils viennent dans la rue pour exercer diverses activités, mais n'y dorment pas. Les enfants de la rue sont ceux qui ont rompu avec leurs familles. Ils dorment dans la rue où ils ont organisé un cadre de vie ou de survie en marge de la société.

- ***Les enfants travailleurs***

La Côte d'Ivoire a élaboré un code du Travail (loi n°95-15 du 12 janvier 1995), mais certaines réalités rendent difficile son application : (i) l'absence de moyens de l'Inspection du Travail pour effectuer les contrôles nécessaires ; (ii) la paupérisation des familles qui pousse les parents à avoir recours aux revenus du travail de leurs enfants ; (iii) la part importante du secteur informel, champ de prédilection du travail de l'enfant.

- ***Les enfants en milieu carcéral ou en conflit avec la loi***

Des dispositions de loi sont prévues pour protéger les mineurs en conflit avec la loi et fixent les modalités d'exécution des peines privatives de liberté. Mais il faut signaler que leurs conditions de détention et de garde à la Maison d'Arrêt ne sont pas toujours respectées. On constate une promiscuité avec les adultes, et une insuffisance de personnel spécialisé pour l'encadrement. La majeure partie des enfants en prison en Côte d'Ivoire ne bénéficie pas encore de l'ensemble des mesures protectrices édictées en leur faveur dans la CDE.

- ***Les enfants prostitués***

Avec la paupérisation grandissante, la prostitution des enfants, quel que soit le sexe, se développe en milieu urbain. Il faut signaler l'existence d'une prostitution occasionnelle, masquée par des activités de façade (vendeuses ambulantes, petits gardiens, domestiques) et d'une prostitution professionnelle encadrée par des réseaux.

Il n'existe pas de disposition légale relative à l'exploitation sexuelle à des fins commerciales. Mais, par les articles 334 à 341 du code pénal, le législateur sanctionne la pornographie par une peine d'emprisonnement et une amende. Les articles 335 et 336 du code pénal sanctionnent le proxénète, celui qui vit de la prostitution d'autrui. La peine normale est portée au double quand la victime est un mineur.

1.3 Les enfants handicapés

La loi n°98-594 du 10 novembre 1998, concernant les personnes handicapées, réaffirme le principe de non-discrimination et prévoit des dispositions particulières pour assurer à l'enfant handicapé l'accès à l'éducation-formation, aux soins de santé, à l'emploi public et privé et son intégration sociale.

En outre, diverses actions ont été entreprises en faveur de ces derniers : notamment la prise en charge institutionnelle et communautaire dans des structures spécialisées est prévue en fonction du type de handicap. Il existe également un programme de réadaptation à base communautaire (RBC). En vue de renforcer la protection des enfants, quatre décrets d'application de la loi d'orientation des personnes handicapées sont adoptés en conseil des ministres : éducation et formation, amélioration des conditions socio-sanitaires, création du comité interministériel pour la promotion à l'emploi et cadre de vie des personnes handicapées.

Selon les résultats du recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1998, la population de la Côte d'Ivoire compte au total 85 517 personnes handicapées physiques. L'infirmité des membres inférieurs est le handicap le plus fréquent : 43,3% d'handicapés physiques sont atteints de cette affection. Les personnes atteintes de cécité occupent la seconde place avec 36,9%. Viennent ensuite les sourds, muets et handicapés de membres supérieurs qui représentent respectivement 31,6, 27,6 et 27,0%.

1.4 Contraintes et obstacles

Les principales contraintes aux progrès réalisés sont liées, d'une part, à l'environnement juridique, et d'autre part, à l'intérêt supérieur des enfants qui ne semble pas encore pris en compte dans la planification du développement et les programmes d'éducation.

La législation actuelle est très avancée dans ses dispositions, en particulier, sur la fixation d'un âge minimum d'irresponsabilité (10 ans), l'assistance juridique obligatoire et le traitement en milieu ouvert. Mais, elle n'est pas effectivement et totalement appliquée, car la justice des enfants est marquée par des dysfonctionnements. La loi comporte des insuffisances, des dispositions inadaptées à l'esprit de la Convention relative aux Droits de l'Enfant : la médiation pénale (ou règlement extra-judiciaire) est exclue en matière de minorité pénale, l'âge de responsabilité civile (21 ans) est différent de l'âge de la responsabilité pénale (18 ans).

L'ordre de priorité accordée dans le budget général à la justice pour enfants est proportionnel à l'ordre de priorité accordée au Ministère de la Justice lui-même dans le budget général de l'État. Lorsqu'on constate que le budget accordé au Ministère de la Justice varie constamment entre 0,43 et 0,45 % du budget général, on comprendra ainsi que la justice pour mineurs n'est pas encore considérée comme une priorité dans le budget général.

Les textes juridiques en vigueur sur la protection des enfants handicapés semblent d'application générale et visent aussi bien les enfants, les adolescents que les adultes. Le texte juridique spécifique de protection et de prise en charge des personnes handicapées n'est pas appliqué intégralement et renvoie à des décrets d'application qui n'ont pas encore été pris. En outre, l'aide publique gratuite et adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents n'est pas effective.

La loi ivoirienne contient des dispositions qui répriment l'incitation des mineurs à la débauche, l'attentat à la pudeur sur mineur, le proxénétisme et le viol sur mineur, lesquels constituent des atteintes à l'intégrité physique de l'enfant. Le mariage précoce et/ou forcé est également réprimé par le code pénal en son nouvel article 378. Mais tous les mécanismes de contrôle ne sont pas efficacement appliqués. Le dysfonctionnement dans le système de répression remet en cause la protection qu'accorde la Convention relative aux Droits de l'Enfant aux enfants victimes de ces faits délictueux. Le phénomène de la prostitution infantile dans la rue, en milieu scolaire, sur les lieux de travail et le développement de la pédophilie prennent une certaine ampleur. Face à cela, l'État doit réaffirmer sa volonté politique d'assurer la protection et les soins aux enfants victimes, afin de leur permettre de bénéficier d'une éducation morale et de conditions propices à leur épanouissement.

La législation ivoirienne sur le travail des enfants consacre les exceptions transitoires sur l'âge minimum d'admission à l'emploi (14 ans), sans toutefois adopter des programmes tendant vers l'harmonisation de l'âge légal. Ce qui explique qu'il n'y a pas de coordination avec la politique éducative. Or, l'âge d'admission à l'emploi doit correspondre à l'âge de fin de scolarité obligatoire. Le droit à l'éducation est lié à l'interdiction du travail précoce des enfants. L'obligation scolaire projetée par le gouvernement n'est pas encore effective. Aussi, la Côte d'Ivoire n'a pas ratifié la Convention n°182 de l'OIT sur l'interdiction des pires formes du travail des enfants et les sanctions ne sont pas appliquées, car les enfants exercent des activités rémunératrices pour subvenir aux besoins de la famille. De même que les mauvais traitements infligés aux enfants travailleurs ne sont pas signalés ou ne font pas l'objet de suivi judiciaire. Le trafic d'enfants n'a pas encore fait l'objet de dispositions légales spécifiques.

Bien que les résultats soient encore insuffisants, on note toutefois des perspectives encourageantes. En effet, la création du Ministère délégué auprès du Ministre de la Justice et des Libertés Publiques, chargé des Droits de l'Homme en août 2002, et celle de la Direction de l'Enfance et de la Jeunesse en janvier 2001, peuvent être considérées comme des mesures pour introduire une approche à la formation, à l'éducation et à la sensibilisation des magistrats aux principes et dispositions de la CDE. Cela traduit la volonté du gouvernement d'assurer une meilleure protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse. La Direction de l'Enfance et de la Jeunesse a pour mission d'assurer la mise en œuvre de la politique de protection de l'Enfance et de la Jeunesse et de procéder à l'étude des mesures de prévention et de lutte contre la délinquance des jeunes.

De plus, la création du Ministère Délégué chargé des droits de l'homme constitue, à n'en pas douter, un mécanisme de recours indépendant pour étudier les violations des droits de l'homme en général et des droits de l'enfant en particulier.

Par ailleurs, il y a une absence de coordination des partenaires impliqués dans l'encadrement des enfants en situation difficile. Chaque institution travaille en vase clos suivant son mandat ou ses attributions.

De même, les coutumes et les pratiques traditionnelles néfastes perdurent, malgré l'adoption de certaines lois protégeant l'enfant. Le conflit entre le droit moderne et la tradition est réel et rend parfois inefficace le recours à la justice.

1.5 Enseignement tirés

La convention des droits de l'enfant n'a pas été « appropriée » par la population parce que celle-ci n'a pas été suffisamment sensibilisée sur les droits des enfants et leurs liens avec les valeurs sociales et familiales. En outre, la Convention des droits de l'enfant n'est pas accessible aux populations rurales et mêmes urbaines. Droits et devoirs de l'enfant doivent être liés afin de mieux responsabiliser les parents et les enfants.

Les contraintes socioculturelles constituent encore un blocage pour la mise en œuvre des conventions internationales. En effet, les discriminations à l'égard des filles et des enfants handicapés existent toujours dans le secteur de l'éducation/formation. Certaines populations ancrées dans la tradition continuent de pratiquer le mariage précoce, l'excision, l'abandon des enfants, les interdits alimentaires.

La défaillance du système scolaire et l'absence d'alternatives appropriées pour les enfants non scolarisés et déscolarisés contribuent à accentuer la présence de plus en plus forte d'enfants dans la rue et le recours aux activités de subsistance, aux stratégies de survie.

2. Survie et nutrition de l'enfant

Conformément à l'article 24 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, la Côte d'Ivoire s'est dotée depuis 1992 d'un Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant Ivoirien à l'horizon 2000. Ce plan porte sur plusieurs domaines d'intervention. Dans la même optique, le Plan National de Développement Sanitaire (P.N.D.S.) a été adopté en novembre 1996.

Le P.N.D.S. s'est fixé comme objectif global d'améliorer l'état de santé et le bien-être de la population en visant l'offre des prestations sanitaires et la satisfaction des besoins essentiels de la population. Nous examinerons ici les objectifs spécifiques au niveau du couple mère-enfant. Depuis la mise en œuvre des programmes de santé, observe-t-on des changements conséquents dans la situation sanitaire et nutritionnelle de l'enfant ivoirien ?

Les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSCI), réalisées en Côte d'Ivoire en 1994 et 1998-99, ainsi que ceux de l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) 2000 nous permettent de donner quelques éléments de réponse à cette question.

2.1 La survie de l'enfant

Malgré le développement impressionnant de l'offre des services socio-sanitaires, la situation de l'ensemble de la population et particulièrement celle des enfants est préoccupante.

2.1.1 Mortalité infantile

Il était prévu entre 1990 et 2000 de réduire de moitié la mortalité infanto-juvénile de 150 à 75‰ et de réduire de 92 à 50‰ la mortalité infantile. Selon les estimations du Recensement de la Population, réalisé en novembre 1998, plus de 213 000 personnes meurent chaque année en Côte d'Ivoire et la moitié de ces décès concerne des enfants de moins de cinq ans.

La mortalité infantile qui avait amorcé une baisse dans le passé (103‰ en 1978/79 et 91‰ en 1994), donne des signes d'une augmentation brutale et rapide avec 112‰ en 1998-99. Quant à la mortalité juvénile, elle a connu une baisse plutôt significative sur la période 1978-1994, au cours de laquelle le quotient de mortalité juvénile est passé de 85 à 65‰, soit une

réduction de 23,5%. Mais, avec un quotient de mortalité juvénile de 71‰ en 1998-99, la situation des enfants de 1 à 4 ans demeure préoccupante.

Naturellement, la mortalité des enfants de 0 à 5 ans a connu une hausse au cours des cinq dernières années. Le quotient qui était de 163‰ en 1988 a chuté de 13 points en 1994 passant à 150‰. En 1998-1999, il est remonté à 171‰, soit une augmentation de 21 points sur la période 1994-1998.

FIGURE 1 : ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE (1988 À 1999)

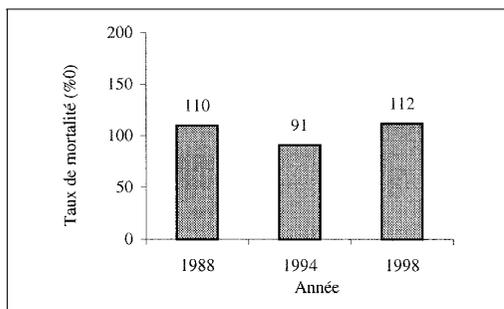
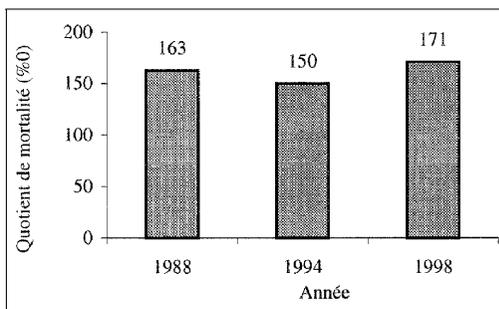


FIGURE 2 : ÉVOLUTION DU QUOTIENT DE MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE (1988 À 1999)



La hausse constatée dans les différents niveaux des indicateurs de mortalité infanto-juvénile contribue à la baisse de l'espérance de vie à la naissance. La valeur de cet indicateur est passé de 55 ans en 1988 à 51 ans en 1998 pour l'ensemble de la population.

2.1.2 Vaccination

En 1998, seulement 51% des enfants de 12-23 mois avaient reçu toutes les vaccinations du Programme Élargi de Vaccination (PEV), à savoir le BCG, trois doses de polio et de DTCoq et la rougeole. À l'inverse, 9% des enfants n'avaient reçu aucune vaccination. En 2000 (MICS 2000), on observe un fléchissement qui se traduit par une diminution de 3 points en ce qui concerne tous les vaccins du PEV, soit 48%. La proportion des enfants n'ayant reçu aucune vaccination reste presque constante avec 9,6% en 2000. Ce résultat révèle une baisse de la couverture vaccinale en Côte d'Ivoire.

Cependant dans l'ensemble, le taux de vaccination pour chaque antigène a connu un progrès entre 1998 et 2000. La couverture du DTCoq a légèrement augmenté de 61 à 62%. Il en est de même pour la polio (les trois doses). Quant à la rougeole, on note une baisse de 4 points, passant de 66 à 62%. La couverture du BCG est restée constante avec un taux de 84 %.

Malgré ce progrès, beaucoup reste encore à faire, car seule la couverture du BCG pourrait être considérée comme atteinte à la fin de la décennie. Les taux de vaccination des autres antigènes sont inférieurs à l'objectif des 80% minimum (ils se situent environ à 78%).

2.1.3 Diarrhée

La déshydratation due à la diarrhée constitue une cause importante de mortalité chez les enfants en Côte d'Ivoire. En 1998, 21% des enfants de moins de cinq ans avaient eu au moins un épisode diarrhéique. Parmi eux, 55,4% ont reçu une quantité additionnelle de liquides et 30% ont été conduits pour consultation dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical. Pendant les épisodes diarrhéiques, plus d'un quart des enfants (29%) a reçu une TRO : plus précisément, 24% ont reçu des sachets SRO et/ou 13% ont reçu une solution maison (eau + sucre + sel). En 2000, si l'on observe le même pourcentage (20%) de cas d'épisode diarrhéique, il n'en

n'est pas de même pour les autres indicateurs. En effet, parmi les enfants ayant fait de la diarrhée, 84% ont reçu une quantité additionnelle de liquides recommandés.

2.1.4 Infections respiratoires aiguës et fièvre

- ***Infections respiratoires aiguës (IRA)***

Les infections respiratoires aiguës, et en particulier la pneumonie, constituent l'une des principales causes de décès d'enfants en Côte d'Ivoire. La prévalence de ces maladies ainsi que le lieu de traitement ont été évalués au cours des enquêtes réalisées.

Parmi les enfants de moins de trois ans, 16% avaient souffert d'infection respiratoire aiguë (IRA) au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (EDS, 1998). Parmi eux, un peu plus d'un tiers (35%) avait été conduit dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel médical pour traitement. En 2000, les enfants de moins de cinq ans qui ont eu des IRA durant les deux dernières semaines représentent 3,7% et parmi eux, 37,4% ont été conduits dans un établissement sanitaire (MICS 2000) et environ 18% ont été suivis par un guérisseur.

- ***Paludisme***

On estime actuellement à près de deux millions les cas annuels de paludisme avec une prédilection chez les enfants de moins de 5 ans. Selon l'EDS de 1998-99, plus d'un tiers (36%) des enfants de moins de 5 ans ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Ce qui indique qu'ils peuvent avoir souffert de paludisme ou d'autres maladies graves. Le paludisme représente 16 à 20% des états morbides enregistrés dans les formations sanitaires. En pédiatrie, la proportion varie autour de 50%. Actuellement, la mortalité liée au paludisme est estimée à plus de 10% chez les enfants de moins de cinq ans. La conduite systématique des enfants fébriles vers une formation sanitaire s'élevait à 32% parmi des mères en 1996. En l'an 2000, ce sont 57,5% des mères des enfants fébriles qui ont eu recours à la formation sanitaire (MICS 2000).

Concernant le traitement de la fièvre, les mères ont mentionné tous les médicaments administrés à l'enfant malade, tant les médicaments donnés à domicile que ceux donnés ou prescrits par un établissement de santé. Ainsi, environ 32% des enfants avaient reçu du Paracétamol et 56%, de la Chloroquine, tandis que moins de 3% avaient reçu du Fansidar. Un pourcentage relativement important d'enfants (25%) avaient reçu d'autres médicaments.

2.2 Lutte contre la malnutrition

La Côte d'Ivoire dispose d'une gamme variée de denrées alimentaires et des efforts sont entrepris pour leur disponibilité, mais les problèmes sont liés, d'une part, à la répartition géographique des produits vivriers et à leur conservation, et d'autre part, aux habitudes alimentaires des populations qui nécessitent l'importation d'une quantité importante de céréales.

2.2.1 État nutritionnel des enfants

L'état nutritionnel résulte à la fois de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, cet état influe sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies. En effet, un enfant mal nourri est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections qui, à leur tour, influent sur ses risques de décéder. L'état nutritionnel est évalué au moyen d'indicateurs anthropométriques calculés à partir de l'âge et des mesures de la taille et du poids de l'enfant prises au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS-CI).

Entre 1990 et 2000, l'objectif du Programme national pour les enfants était de réduire de moitié la malnutrition grave et modérée chez les enfants de moins de cinq ans. Quel est le taux d'atteinte de cet objectif ?

• *Le retard de croissance*

Entre 1994 et 1998-99, la proportion d'enfants souffrant d'un retard de croissance n'a quasiment pas évolué. Celle-ci s'élève à 25%, et 10% se caractérisent par un retard de croissance sévère en 1998-99. Cette sous-nutrition se manifeste par une taille trop petite pour leur âge. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises.

Du point de vue de sexe de l'enfant, la prévalence du retard de croissance varie de 24% pour le garçon à 27% pour la fille. La malnutrition chronique touche plus les enfants qui suivent leur aîné à moins de 24 mois (37%) que ceux qui le suivent à 24-47 mois (27%).

Au niveau du milieu de résidence, le retard de croissance est nettement plus important en milieu rural (29%) et dans une moindre mesure en milieu urbain (18,3%) que dans la capitale économique (9%).

FIGURE 3 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS PRÉSENTANT UN RETARD DE CROISSANCE SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE

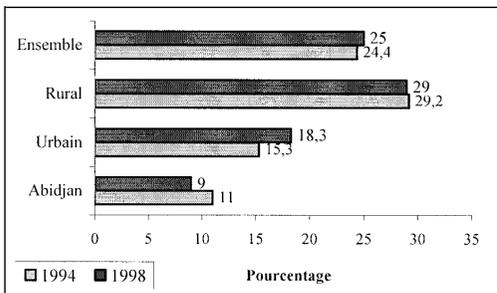
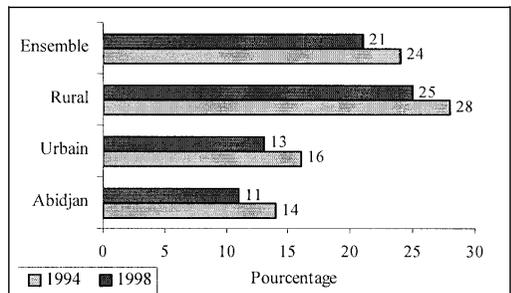


FIGURE 4 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE PONDÉRALE, SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE EN 1994 ET 1998



• *Insuffisance pondérale*

Comme l'indique la figure 4, en termes relatifs, le nombre d'enfants de moins de 3 ans souffrant d'insuffisance pondérale a légèrement diminué entre 1994 et 1998. Les enfants les plus touchés sont ceux du milieu rural : un quart des enfants contre 13,3% d'enfants en milieu urbain. De même, la prévalence est plus élevée chez les enfants de sexe féminin (24%), ceux de rang 2-3 et de rang 6 et plus (22%) et ceux dont l'intervalle intergénéral est inférieur à 24 mois (28,4%). La sensibilisation des mères pour une alimentation équilibrée pendant la grossesse et l'amélioration de l'accès à la vaccination doivent être développées, ainsi que l'accès aux soins prénataux. En effet, les consultations prénatales constituent également des opportunités pour les femmes de connaître les signes de danger de la grossesse, d'apprendre les soins à prodiguer au nourrisson et d'être traitées pour les affections existantes, notamment le paludisme et l'anémie.

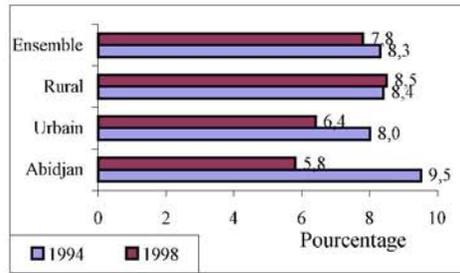
• *Émaciation*

Elle est exprimée par l'indice poids-pour-taille. Cet indice, qui donne une mesure de la masse du corps en relation avec la taille, reflète la situation nutritionnelle au moment des enquêtes. En Côte d'Ivoire, la prévalence d'émaciation est en légère baisse passant de 8,3% à 7,8% sur la période 1994-1998-99. Il s'agit des enfants de moins de 3 ans souffrant de sous-nutrition aiguë ou émaciés, c'est-à-dire trop maigres par rapport à leur taille. Selon le sexe, on remarque que la proportion d'enfants émaciés est légèrement plus élevée pour le sexe masculin

(10%) que pour le sexe féminin (7%). Le rang de naissance ne semble pas influencer fortement le niveau de sous-nutrition aiguë.

La comparaison des résultats des deux EDS réalisées en Côte d'Ivoire en 1994 et en 1998-99 indique que le pourcentage d'enfant présentant une émaciation a baissé à Abidjan (9,5% à 5,8%). Par contre, ce pourcentage est resté constant en milieu rural avec respectivement 8,4 et 8,5%.

FIGURE 5 : POURCENTAGE D'ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS ÉMACIÉS SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE EN 1994 ET 1998



2.2.2 Iodation et apport en vitamine A

La MICS-2000 fait observer que près du tiers des ménages consomme du sel iodé et les proportions les plus élevées sont rencontrées en milieu urbain (43,4% contre 20,1% pour le milieu rural). Ces taux sont à considérer avec prudence. En effet, ce sont 80% des ménages qui avaient du sel testé pendant la MICS. Cette proportion aurait pu être plus élevée si les agents enquêteurs n'avaient pas été en rupture de kits de test (kits obtenus gratuitement auprès de l'UNICEF).

Par ailleurs, 15,6% des enfants de moins de six mois reçoivent une dose élevée de vitamine A : 17,8% en milieu rural et 12,8% en milieu urbain.

Par rapport à l'objectif d'éliminer presque totalement les troubles dus aux carences en iode à l'horizon 2000, on peut mesurer l'ampleur de ce qui reste à faire. En vérité le décret n°94-303 du 1^{er} juin 1994 relatif à la fabrication et à la commercialisation des sels alimentaires ne semble pas être appliqué. L'autorisation du Ministère de la Santé Publique à prescrire l'obligation d'ioder les sels destinés à l'alimentation humaine n'est pas suivie d'effets probants. Les industriels de sel ne respectent pas le protocole et les enfants restent toujours les principales victimes de la carence en iode.

2.2.3 Allaitement au sein et alimentation de complément

Les recommandations du Sommet Mondial pour les enfants stipulent que les enfants doivent être allaités exclusivement pendant quatre à six mois et que l'allaitement devrait être poursuivi avec des aliments complémentaires pendant la majeure partie de la deuxième année de la vie. La pratique de l'allaitement est quasi-universelle en Côte d'Ivoire et se poursuit au-delà d'un an pour la grande majorité des enfants. En effet, 96% des enfants nés avaient été allaités en 1998-99.

La faiblesse de l'allaitement exclusif pendant quatre à six mois contribue, dans une large mesure, à l'augmentation rapide de niveau de la malnutrition en termes d'oligo-éléments chez les jeunes enfants en Côte d'Ivoire. En considérant le sexe de l'enfant, on note que les filles sont légèrement plus souvent allaitées de façon exclusive que les garçons ; qu'elles reçoivent

dans une proportion égale les aliments de complément le moment venu et qu'elles sont plus nombreuses proportionnellement à être nourries au sein après un an.

TABLEAU 1 : PRATIQUE D'ALLAITEMENT SELON L'ÂGE ET LE SEXE, MICS 2000

Sexe de l'enfant	% d'enfants de 0-3 mois exclusivement allaités	% d'enfants de 6-9 mois recevant des aliments de complément solide liquide	% d'enfants de 20-23 mois allaités
Masculin	10,2	54,4	39,4
Féminin	12,7	54,4	45,4
Ensemble	11,4	54,4	42,4

L'association entre l'allaitement exclusif d'enfants de 0-3 mois selon le milieu de résidence de la mère montre que le niveau est plus élevé en milieu urbain (14%) qu'en milieu rural (environ 10%).

2.3 Contraintes et obstacles

Par rapport aux objectifs à atteindre, les contraintes sont à la fois institutionnelle, liées à la disponibilité des services et à la situation économique.

Au niveau institutionnel, il convient de rappeler rapidement quelques traits caractérisant la construction de ce système : d'une part, son fonctionnement, et d'autre part, ses faiblesses au cours des années récentes.

Le système sanitaire de la Côte d'Ivoire est organisé sur le modèle pyramidal des soins de santé. Il comprend trois niveaux : tertiaire, secondaire et primaire. Du point de vue de la répartition du personnel médical selon les niveaux du système sanitaire, l'on constate que 64% des médecins exercent dans le niveau tertiaire contre 36% pour les niveaux primaire et secondaire réunis (RASS 98). La contrainte en ressources humaines se caractérise par l'insuffisance et l'inégale répartition du personnel médical spécialisé. En 1998, le système sanitaire public ivoirien comptait 1 médecin pour 11 450 habitants, 1 infirmier (e) pour 3648 habitants et 1 sage-femme pour 1802 femmes en âge de procréer. Cependant, il existe peu de gynécologues et de pédiatres. Ceux-ci sont essentiellement basés à Abidjan. Et ce déficit en personnel médical est aggravé par le problème de gestion des ressources humaines (effectifs, mutations sans remplacement, temps de prise de service parfois long, etc.).

On ne connaît pas exactement le nombre d'établissements privés ; leur recensement étant difficile surtout à Abidjan. Mais, selon les données officielles, en 1996, on ne comptait que 24 cliniques privées, 24 cabinets médicaux et 212 infirmeries officiellement agréées. Le secteur pharmaceutique, quant à lui, est essentiellement privé : 364 pharmaciens et 400 officines (dont la moitié se trouve à Abidjan) et 300 dépôts pharmaceutiques (sans parler de la vente libre sur les marchés, ni du colportage de médicaments).

Ces disparités s'accompagnent d'insuffisances manifestes en équipement : en 1997, on enregistrait un bloc chirurgical pour 448 500 habitants. Au niveau périphérique, il se pose souvent le problème de la disponibilité en matériel et en logistique, notamment en milieu rural. De nombreux centres de santé ne disposent pas de moyens matériels et logistiques (radiologie, échographie, matériel d'oxygénation ambulance, couveuses et glaciers, etc.). Cela pose évidemment le problème d'une meilleure surveillance prénatale et de la prise en charge des grossesses nécessitant une intervention chirurgicale, telles que les grossesses extra-utérines, les accouchements par césarienne, ainsi que de la vaccination effective des enfants de 12 à 23 mois et la prise en charge des enfants hypertrophiques et des prématurés, notamment dans les localités rurales à accès difficile.

Le problème de l'accessibilité géographique. La distance moyenne nationale est d'un dispensaire à 17 km et une maternité à 25 km de la population. Si en milieu urbain, le problème d'accessibilité aux centres de santé se pose sous une forme tolérable, en zone rurale, il s'affiche avec une certaine acuité. Ainsi, en 1996, un habitant du milieu rural sur trois (33%) vivait à plus de 5 km d'un centre de santé. Cette situation explique en partie le fait que de nombreuses femmes n'aillent pas en consultation prénatale ou accouchent à domicile et préfèrent alors s'orienter vers d'autres itinéraires thérapeutiques, tels que l'automédication ou la médecine traditionnelle. Par ailleurs, cela pose le problème des complications, tels que les hémorragies, les césariennes, les blessés graves, les traumatismes, etc, qui aboutissent dans de nombreux cas au décès de la mère et de l'enfant. La difficulté d'accès aux infrastructures sanitaires est due à la mauvaise coordination des actions et à la faiblesse des capacités institutionnelles.

Le problème d'utilisation des structures sanitaires. Le système de santé publique est faiblement utilisé par la population : en 1998, le taux d'utilisation des structures sanitaires est de 22,5% contre 26,3% en 1997 (RASS 1998). Les disparités régionales sont importantes : les régions du Sud I (30,5%), du Sud II (27,9%), du Nord (28,1%) et de l'Est (23,3%) présentent un taux d'utilisation supérieur à la moyenne. Dans trois régions, le taux est très faible : région du Sud-Ouest (16,5%), du Centre-Ouest (18,1%) et du Nord-Est (18,6%).

Un peu plus de 6 accouchements sur dix sont assistés, c'est-à-dire se sont déroulés sous surveillance (dans une maternité ou hôpital) et 36% des femmes enceintes ont bénéficié d'une consultation prénatale de 4^{ème} rang (EDSCI, 1998-99). Faut-il vraiment s'étonner que les résultats de la Côte d'Ivoire en matière de mortalité soient si décevants ?

L'exemple de la planification familiale montre assez clairement comment fonctionne l'ensemble du système de santé. Ainsi, en 2002, 250 formations sanitaires publiques offrent des prestations de planification familiale, soit environ 30% des établissements sanitaires primaires publics fonctionnels.

Une faible disponibilité de médicaments dans les centres. Dans certains centres de santé, on note un manque permanent de médicaments génériques, notamment les médicaments de première nécessité, tels que les antibiotiques, les vitamines et autres, indispensables pour la survie de la mère et des enfants. Les enquêtes réalisées auprès des officines montrent que l'ordonnance moyenne comporte trois médicaments dont aucun générique, qu'elle a un coût moyen de 8 000 FCFA et qu'environ 40% seulement des malades munis d'une prescription est en mesure d'acheter la totalité des médicaments prescrits.

La faiblesse des investissements. L'évolution des dépenses de santé par niveau montre que des parts budgétaires croissantes sont affectées à la santé primaire. Depuis 1996, cette part s'est progressivement accrue de plus de 32%. La santé tertiaire occupe en moyenne, depuis 1996, près de 34% du budget total de la santé et le secteur secondaire, 17%. Ainsi, en matière de politique de santé, le gouvernement accorde de plus en plus d'intérêt à la santé de base. Ce niveau sanitaire est habilité à offrir des services de qualité à toutes les couches de la population, mais de façon plus spécifique aux populations les plus démunies. Toutefois, les efforts engagés restent encore faibles au regard des besoins induits par une croissance démographique élevée (3,3% par an).

La mauvaise qualité des prestations du système sanitaire. Les attentes non satisfaites des patients peuvent constituer de sérieux obstacles à l'utilisation des services de santé. En effet, dans le cadre de la phase pilote de l'opérationnalisation du Programme National du Développement Sanitaire (PNDS), une étude menée en 1997 a donné les résultats suivants :

- Une trop longue durée d'attente dans les centres de santé : 2 patients sur 5 se plaignent de perdre trop de temps dans les centres de santé. Cela est dû à l'arrivée tardive de certains médecins et au non respect de l'ordre d'arrivée des malades dans les centres.

- Un mauvais accueil et une mauvaise prise en charge par le personnel de santé : un patient sur 3 se plaint du manque de politesse et d'attention de la part du personnel au cours des consultations.

En ce qui concerne les contraintes économiques, on peut citer : la pauvreté des familles qui pousse de nombreuses familles à recourir à la médecine traditionnelle (tradi-praticiens) ; la difficile mobilisation d'épargne pour les soins de santé communautaires.

D'autres obstacles à la réalisation des objectifs sont liés à la croissance démographique rapide, qui exerce des pressions sur les infrastructures existantes, et au refus de prise en charge de l'entretien et de la réparation par les populations concernées.

De même, on note une absence d'information et de formation sur les problèmes de nutrition, et, dans une certaine mesure, une absence de politique nationale d'éducation nutritionnelle conséquente. On observe d'une manière générale une méconnaissance des valeurs nutritives des aliments locaux, une malnutrition des femmes enceintes et des mères, un mauvais sevrage des enfants et un manque d'hygiène alimentaire. Le poids des valeurs socioculturelles (tabous et interdits alimentaires) et la baisse du pouvoir d'achat des populations liée à la pauvreté constituent un frein à une bonne alimentation.

2.4 Enseignements tirés

Certains facteurs sont favorables à la mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire. Il s'agit du développement de l'assistance à l'accouchement par du personnel médical, du développement de l'accessibilité à l'eau potable et de la multiplication des actions d'éducation et de sensibilisation des populations dans une approche communautaire (ex : journée mondiale de vaccination). Mais de façon générale, les mesures prises sont insuffisantes, notamment concernant la généralisation des soins de santé primaire avec l'initiative de Bamako et l'engagement des partenaires au développement.

Les facteurs défavorables sont liés au recours à la médecine traditionnelle, à la faible participation communautaire, au coût des prestations élevé, à la faiblesse de la gestion des ressources humaines et financières, à la persistance de certaines pratiques coutumières (excision, lévirat, etc.) et à la pyramide sanitaire inadaptée qui est très élitiste.

Ainsi, en matière de santé des enfants, la morbidité et la mortalité infantiles restent toujours préoccupantes. Malgré une relative abondance alimentaire, la situation nutritionnelle des groupes vulnérables de la population (femmes enceintes, enfants, femmes allaitantes) est loin d'être satisfaisante. On observe parfois beaucoup d'interdits alimentaires, notamment chez les enfants, ce qui entraîne une alimentation non équilibrée et inadaptée à leur âge. Cette situation dénote la faiblesse de la mise en œuvre des programmes nutritionnels. Par ailleurs, les mères et les femmes ne sont pas suffisamment sensibilisées aux vertus de l'allaitement maternel exclusif.

Conclusion

Dans le cadre juridique de la protection de l'enfant, certains textes sont appliqués et d'autres pas, parce que méconnus de la majorité de la population. Les structures et les institutions de mise en œuvre des mesures législatives édictées sont insuffisantes.

La diffusion de la Convention et des textes nationaux à la population est primordiale, l'information étant une des garanties essentielles de l'application des dispositions de la Convention. Ces actions doivent s'inscrire dans le cadre d'un programme national de vulgarisation de la Convention relative aux Droits des Enfants et des textes nationaux.

La création d'un Ministère Délégué auprès du Ministre de la Justice et des Libertés Publiques, chargé des droits de l'homme en Côte d'Ivoire, en août 2002, constituerait un

mécanisme de recours indépendant pour étudier les violations des droits de l'homme en général et des droits de l'enfant en particulier.

En ce qui concerne la santé de l'enfant, plusieurs programmes sectoriels ont été élaborés au cours de la décennie 1990, en vue de faire face aux problèmes relevés dans le Plan National de Développement Sanitaire (P.N.D.S.). La quasi-totalité de ces programmes sont en cours d'exécution et les résultats actuels sont généralement en deçà des objectifs fixés, malgré quelques progrès réalisés. Les moyens financiers dégagés par l'État avec le concours des partenaires au développement, quoique importants, restent encore insuffisants. Le système de santé doit passer à un programme intégrant tous les volets des soins de santé primaire (SSP) et qui associe les soins curatifs et préventifs au sein d'une même structure, telle que le Centre de santé de base. Cela permettrait d'augmenter l'utilisation des services et la couverture effective des femmes et des enfants, en offrant des activités essentielles telles que les vaccinations, les traitements standardisés des maladies diarrhéiques, respiratoires et du paludisme, des informations pour la prévention du SIDA, et toutes les activités de protection maternelle et infantile, comme les consultations pré- et postnatales, l'accouchement assisté, et les notions de planning familial et d'éducation nutritionnelle avec la promotion de l'allaitement maternel et l'alimentation correcte en période de sevrage.

BIBLIOGRAPHIE

- École Nationale Supérieure de Statistique et d'Économie Appliquée (ENSEA) et UNICEF, 2000, *Enquête à Indicateurs multiples (MICS)*, Abidjan, 65 p.
- Institut National de la Statistique et Macro, International Inc, 1995, *Enquête Démographique et de Santé [Côte d'Ivoire]* 1994, Décembre, 294 p.
- Institut National de la Statistique et Macro, International Inc, 2001, *Enquête Démographique et de Santé [Côte d'Ivoire]* 1998-1999, Décembre, 297 p.
- Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme [Côte d'Ivoire], 1998, *Rapport Initial de la Côte d'Ivoire au Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies*, Abidjan, 70 p.
- Ministère de la santé et de la population, *Rapport sur la Situation Sanitaire en 1998, SIG*.
- Ministère de la Santé Publique [Côte d'Ivoire], 1996, *Plan National de Développement Sanitaire 1996-2005*, Tome 1 : Diagnostic, Politique et Stratégies, Abidjan, 50 p.
- Ministère délégué auprès du Premier Ministre Chargé de l'Économie, des Finances et du Plan (1993), *Programme d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant Ivoirien à l'horizon 2000*, Abidjan, 112 p.
- TAPINOS G., et al, 2002, *La Côte d'Ivoire à l'aube du 21^{ème} siècle, Défis démographiques et développement*, Paris, éd. Karthala, 497 p.