

Unicef - Bureau Côte d'Ivoire

Une expérience nationale de prise en charge du développement intégré du jeune enfant : le cas de la Côte d'Ivoire

(étude évaluative)

Etude réalisée sous la direction de
Urbain AMOA
Docteur d'Etat ès lettres
Université des Temps Libres

Abidjan, 28 octobre 2005

Une expérience nationale de prise en charge du développement intégré du jeune enfant : le cas de la Côte d'Ivoire

(étude évaluative)

Etude réalisée sous la direction de
Urbain AMOA
Docteur d'Etat ès lettres
Université des Temps Libres

Abidjan, 18 octobre 2005

Table des matières

Tableaux.....	5
Liste des illustrations	6
Sigles et acronymes.....	7
Introduction générale.....	11
PREMIERE PARTIE : Généralités.....	14
Chapitre I : Clarification des concepts.....	17
I.1 La question du développement ou de la croissance de l'enfant.....	17
I.2 La question de la protection de l'enfant.....	19
I.3 La question du jeune enfant ou de la petite enfance.....	21
I.4 L'école informelle ou l'école passerelle.....	21
I.5 Le développement intégré	23
I.5.1 Le développement intégré	25
I.5.2 Le niveau de l'éducation	26
I.5.3 Le niveau des programmes sociaux.....	27
I.5.4 Niveau famille / développement endogène.....	27
Chapitre II : Environnement politique, cadre physique et problématique du développement intégré du jeune enfant.....	31
II.1 Présentation générale de la Côte d'Ivoire.....	31
II.1.1 Cadre physique et peuplement.....	31
II.1.2 Evolution et structure de la population.....	32
II.2 Etude démographique du jeune enfant.....	35
II.2.1 Le jeune enfant à Bondoukou.....	35
II.2.2 Le jeune enfant à San Pedro.....	36
II.2.3 Le jeune enfant à Abobo.....	38
DEUXIEME PARTIE : Etat des lieux.....	40
Chapitre I : Regard sur la politique du développement intégré en faveur du jeune enfant dans la région du Zanzan (Bondoukou).....	43
I.1 Présentation de la région du Zanzan.....	43
I.2 Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant.....	48
I.2.1 Le secteur étatique et les actions en faveur de la petite enfance.....	48
I.2.1.1 Le Ministère de la santé publique.....	49
I.2.1.2 Le Ministère de l'Education Nationale.....	51
I.2.1.3 Le Ministère de la Solidarité, de la Sécurité sociale et des Handicapés	55
I.2.1.4 Le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant.....	56
I.2.1.5 Autres Ministères et structures para étatiques.....	56
I.2.2 ONG/OI et actions en faveur du jeune enfant.....	58
I.2.2.1 Association pour l'enfant et d'enfant	59
I.2.2.2 Les problèmes du jeune enfant dans la région du Zanzan et la prise en charge sanitaire.....	59
I.2.2.3 L'éducation du jeune enfant.....	60
I.2.2.4 La protection du jeune enfant dans la région du Zanzan.....	61
I.3 Recommandations.....	62

Chapitre II : Regard sur la politique de développement intégré en faveur	
du jeune enfant dans la région du Bas Sassandra (San Pedro).....	64
II.1 Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant.....	65
II.1.1 Le secteur étatique et les actions en faveur de la petite enfance.....	65
II.1.2 l'éducation du jeune enfant.....	65
II.1.3 Le système sanitaire.....	67
II.1.4 Le secteur para étatique et les actions en faveur de la prise	
en charge du développement intégré du jeune enfant (CAEJE/CACE).....	70
II.1.4.1 Les partenaires au développement intégré du jeune enfant.....	71
a- Les Organisations Non Gouvernementales.....	71
b- Les institutions religieuses.....	73
c- Les associations pour enfants et d'enfants.....	74
II.2 Les problèmes posés.....	74
II.2.1 La prise en charge sanitaire.....	74
II.2.2 L'éducation.....	75
II.2.3 La protection.....	75
II.3 Recommandations.....	75
Chapitre III : Regard sur la politique de développement intégré en faveur	
du jeune enfant à Abidjan (Abobo et Yopougon)	77
III.1 La prise en charge du développement intégré du jeune enfant à Abobo.....	77
III.1.1 Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant.....	78
III.1.1.1 Les institutions étatiques.....	78
a- Les Centres d'Action Communautaire pour l'enfance (CACE)...	78
b- Les actions des ONG en faveur du développement intégré	
du jeune enfant.....	80
c- Les associations pour l'enfance/ les associations d'enfants.....	80
III.1.1.2 Les problèmes posés.....	81
a- Au plan sanitaire.....	81
b- Au plan de l'éducation.....	82
c- Au plan de la protection.....	82
III.2 La prise en charge du développement intégré du jeune enfant à Yopougon.....	84
III.2.1 Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant	84
a- Les structures étatiques.....	85
b- Les partenaires au développement.....	88
III.2.2 Les problèmes posés.....	91
a- Au plan sanitaire.....	91
b- Au plan de l'éducation.....	92
III.2.3 Recommandations.....	92

TROISIEME PARTIE : Actions en faveur du développement intégré du jeune enfant..... 94

Chapitre I : Environnement culturel, politique éducative et développement intégré du jeune enfant.....	97
I.1 Les contradictions entre les cités et leur mode de fonctionnement.....	97
I.2 Le Développement humain et la liberté culturelle.....	99
I.3 La situation socio-culturelle du jeune enfant.....	100
I.4 Les actions de l'Etat en faveur du jeune enfant.....	103
I.4.1 Le gouvernement.....	103
I.4.2 Les organismes internationaux.....	105
Chapitre II : Environnement juridique (protection) et développement intégré du jeune enfant.....	107
II.1 L'enfant, une couche sociale incontournable en Afrique subsaharienne.....	107
II.1.1 La petite enfance : une étape cruciale mais marginalisée dans les politiques gouvernementales africaines.....	108
II.1.2 Le concept du développement intégré selon l'UNICEF.....	109
II.2 Le dispositif juridique de protection de l'enfance en Côte d'Ivoire.....	111
II.2.1 L'inventaire du dispositif de protection.....	112
II.2.2 Le dispositif national de protection.....	114
II.3 Le contenu du dispositif de protection.....	115
II.3.1 Les droits de protection.....	115
II.3.2 Les droits de prestation.....	116
II.3.3 Les droits de participation.....	117
II.4 La situation réelle de l'enfant en Côte d'Ivoire.....	118
II.4.1 Les problèmes du jeune enfant.....	119
II.4.2 La prise en charge de la petite enfance des indépendances à nos jours....	121
Chapitre III : Environnement médical et développement intégré du jeune enfant.....	125
III.1 : Etat des lieux.....	125
III.2 Activités du programme UNICEF-Gouvernement de Côte d'Ivoire.....	126
III.2.1 San Pedro.....	127
III.2.2 Bondoukou.....	127
III 2 3. Sur le plan national	129
Conclusion générale	133

Liste des tableaux

N°	Intitulés	Pages
1	Les compétences d'une équipe pluridisciplinaire	20
2	Tableau récapitulatif (programme de coopération 2003-2007)	22
3	Projection des taux bruts de mortalité et de l'espérance de vie avec ou sans le SIDA	32
4	Répartition de la population de 0-8 ans à Bondoukou, San-Pédro, Abobo-Sagbé et en Côte d'Ivoire	33
5	Répartition par tranche d'âge de la population de 0-8 ans de Côte d'Ivoire	34
6	Répartition de la population de 0-8 ans par tranche d'âge à Bondoukou, San-Pédro, Abobo-Sagbé et en Côte d'Ivoire	34
7	Répartition des enfants par âge et par sexe en Côte d'Ivoire	34
8	Répartition par tranche d'âge des enfants de 0-8 ans à Bondoukou	35
9	Répartition par âge et par sexe des enfants dans la commune de Bondoukou	36
10	Aperçu démographique de la région de Sassandra	37
11	Répartition par âge des enfants de 0-8 ans à San-Pédro	37
12	Répartition des jeunes enfants par tranche d'âge dans la commune de San-Pédro	38
13	Répartition par tranche d'âge des petits enfants d'Abobo-Sagbé	39
14	Répartition de la population de 0-8 ans par sexe et par âge à Abobo-Sagbé	39
15	Répartition de la population du Zanzan	43
16	Répartition des sous-préfectures par département	46
17	Les écoles préscolaires fonctionnelles par département (2004)	47
18	Répartition des écoles primaires par département	51
19	Répartition des centres par Sous-Préfecture et par département	53
20	Répartition des CAEJE par département	56
21	Répartition des effectifs des CAEJE par tranche d'âge	57
22	Répartition des écoles maternelles par secteur à San-Pédro	66
23	Bilan PTME 200'	68
24	Etat des consultations prénatales à San-Pédro	69
25	Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois	69
26	Etat de morbidité infantile	70
27	Nombre d'enfants de 0 à 8 ans adoptés à distance dans le département de San-Pédro	73
28	Répartition des enfants en âge d'aller à l'école	102
29	Etat de morbidité dans le SSSU, 2004 San-Pédro	127
30	Répartition de nombre de pesée par âge (2004)	128
31	Nombre de naissance enregistrée en 2004	128
32	Protection du jeune enfant de Bondoukou	128
33	Etat de morbidité des enfants de 0 à 5ans	129
34	Programme verticaux de santé	130
35	Budget des institutions sociales 2001	130
36	Budget des services de justice pour enfants	130
37	Nombre d'enfants handicapés bénéficiant des soins dans les institutions	131
38	Enfants vivant dans les pouponnières	131
39	Enfants vivant dans les orphelinats	131
40	Enfants vivant dans le centre éducatif de la zone 4C, 2001	131

Illustrations

Les figures

Intitulés	Pages
Figure n°1 : le niveau institutionnel	25
Figure n°2 : l'éducation en faveur du jeune enfant	26
Figure n°3 : intégration de tous les enfants	27
Figure n°4 : différentes institutions d'intégration du jeune enfant	28

Les graphiques

Intitulés	Pages
Graphique n°1 : taux net de scolarisation de 1990 à 2015 p.	101
Graphique n°2 : évolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015	106

Liste des sigles et des acronymes.

AIBEF : Association Ivoirienne pour le Bien-être familial.

AIF : Agence Intergouvernementale de la Francophonie

AGR : Activité Génératrice de Revenu

APROSAM: Association pour la promotion de la santé maternelle et infantile

ARV : Anti- Rétro viraux.

BICE : Bureau International Catholique pour l'Enfance.

BIT : Bureau International du Travail.

CACE : Centre d'Action Communautaire pour l'Enfance.

CAEJE : Centre d'Accueil et d'Encadrement du Jeune Enfant

CAFOP : Centre d'Animation et de Formation Pédagogique

CAT : Centre Antituberculeux.

CCC : Communication pour le Changement de Comportement.

COGES : Comité de Gestion

CDC ATLANTA : Center for diseases control Atlanta

CDE : Charte africaine des droits et bien être de l'Enfant

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CNLTEE : Comité National de Lutte contre la violence faite aux femmes et aux enfants

CP : Cour Préparatoire.

CPPE : Centre de Protection de la Petite Enfance

CPN : Consultation Périnatale.

CV : Couverture vaccinale

CV/AV : Cœurs vaillants et Ames vaillantes.

DMOSS : Direction de la mutualité et des œuvres sociales scolaires

DREN : Direction Régionale de l'Education Nationale

DREN-FB : Direction Régionale de l'Education Nationale et de la Formation de Base

DPH : Direction de la Promotion Humaine

DRP : Direction de la Réglementation et de la Protection.

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ENSEA : Ecole nationale de Statistique et d'Economie Appliquée.

FHI : Family Health International

IEC : Information, Education et Communication

IEP : Inspection d'Enseignement Primaire.

INHP : Institut National d'Hygiène Publique.

INS : Institut National de Statistique.

MEN : Ministère de l'Education Nationale

MSSH : Ministère de la Solidarité de la Sécurité Sociale et des Handicapés

OEV : Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA

OING : Organisation Internationale Non Gouvernementale.

OISSU : Office Ivoirien de Sport Scolaire et Universitaire.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG: Organisation Non Gouvernementale.

PA : Protocole Additionnel.

PDCI : Parti Démocratique de Côte-d'Ivoire.

PEV : Programme Elargi de Vaccination.

PEPFAR: Presidential Emergency Plan for Aids relive ou Plan d'urgence
Présidentiel Américain pour la lutte contre le VIH/SIDA.

PMI : Protection Maternelle et Infantile.

PTME : Prévention de la Transmission Mère – Enfant du VIH/SIDA.

PNDS : Plan National de Développement Sanitaire

PNN : Programme National de Nutrition

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement.

PSP : Pharmacie de la Santé Publique

RGPH : Recensement Général de la population et de L'Habitat

SAPH Société Africaine de Plantation d'Hévéa.

SOS : Save Our Soul.

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour la Culture, la Science et l'Education.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance.

« Que ce soit en Côte d'Ivoire, en Afrique ou partout ailleurs dans le monde, les enfants voudraient vivre pleinement leur vie !

Ils voudraient être en bonne santé et, s'ils sont malades, voudraient être bien soignés.

(...) Ils ne demandent qu'à être bien nourris, bien habillés, pouvoir se reposer et aller à l'école.

Ils devraient pouvoir évoluer dans un environnement propre en toute sécurité (...)

Ensemble, nous pourrions aider nos enfants et nous devons les aider à mieux se préparer pour réussir »

Cyril Dalais – Torild Skard, in *Vie d'enfant* (Préface) – Editions Passerelle, 1998

INTRODUCTION GENERALE

La question du jeune enfant se pose en plusieurs termes, qui mérite qu'on s'y arrête pour apprécier l'existant et suggérer des orientations nouvelles tant, en nombre de cas, dans ce domaine comme dans bien d'autres, l'implicite prend le pas sur l'explicite. En effet, aussi bien dans les systèmes d'éducation traditionnelle de l'Afrique que dans les plans de développement initiés au lendemain des indépendances, le Sujet-Enfant a toujours préoccupé les gestionnaires de la Cité dans le domaine de la prise en charge de ce public. Déjà, à cette époque, le cadre d'évolution du Sujet- Enfant et les stratégies de sa prise en charge savaient œuvrer de façon harmonieuse au développement économique de la cité (création d'une petite plantation en marge de la grande plantation familiale), développement physique (travaux manuels et domestiques adaptés aux différents âges), développement des capacités mnémoniques et intellectuelles (comptines, devinettes, contes, récits et légendes), développement de la puissance spirituelle (cérémonies initiatiques)... L'approche intégrée est donc le principe par excellence de tout projet d'éducation dans les civilisations africaines où le village tout entier est la classe et les enfants eux-mêmes sont, plus que des instructeurs, des formateurs, des éducateurs.

La lecture des TDR¹ nous impose **de réaliser une étude « solide et réfléchie des stratégies mises en œuvre, des progrès accomplis et des résultats atteints (ou en voie de l'être) et ce, dans le dessein de contribuer à formuler une politique nationale cohérente pour un développement global de l'enfant. »** Cette vision exige de nous, entre autres, la connaissance des tâches de chaque ministère, mais aussi celles des autres partenaires, et singulièrement, les aspects liés au développement humain et à la petite enfance ainsi que le précise Carol Bellamy à la faveur d'un colloque qui s'est tenu à Paris le 2 avril 1996 dans le cadre des cinquante ans de l'Unicef. De son intervention, l'on peut retenir les points suivants :

- l'indispensable accès de tous à l'enseignement de base ;
- la nécessaire intervention par le développement d'actions les plus simples, les plus économiques et qui ne demandent pas une grande infrastructure ou une technologie élaborée ;
- la réduction de l'exploitation des enfants ;
- la nécessaire participation des experts francophones du Sud à la mise en place des projets du Sud et du Nord.

¹ Termes de références

Toute action d'évaluation relative à la petite enfance exige comme préalable la prise en compte d'au moins trois dispositions de base : une parfaite maîtrise de la Convention relative aux droits de l'enfant, une parfaite connaissance de l'environnement socioculturel où l'on exécute le projet et la nécessaire mise en place d'une équipe pluridisciplinaire. Sur ces différents points les termes de référence sont très précis, qui insistent sur les aspects ci-dessous :

- une mise à jour de la situation des enfants de 3 à 8 ans et des enfants vulnérables (les orphelins, les enfants atteints du VIH/ SIDA, les enfants qui vivent dans les centres...);
- la pertinence, la cohérence et la faisabilité des objectifs ;
- le rôle stratégique de l'Unicef ;
- les contraintes et les opportunités majeures;
- la prise en compte des questions transversales et multisectorielles ;
- la prise en compte de la question du genre .

S'agissant des résultats, les *Termes de Référence* précisent, en insistant sur le volet « évaluation » que l'attente majeure consiste dans l'adéquation ou non entre les moyens mis à disposition et les résultats obtenus. Sur ce point, nous considérons que l'étude à effectuer doit l'être tant à travers une enquête quantitative (approche systémique) que qualitative sur les thèmes suivants :

- Education
- Santé
- Nutrition
- Hygiène et assainissement
- Protection (Etat, Famille et Communauté)

L'étude présente porte sur Bondoukou, San Pedro et Abidjan (Yopougon et Abobo). Cette approche contribuera à éviter les écueils qui, si l'on n'y prend garde, pourraient conduire à des réflexions trop théoriques pour les praticiens.

Contrairement aux approches classiques, notre démarche aura consisté dans deux cycles articulés en trois points :

Cycle 1 :analyse des littératures sur le DPE (Développement intégré du jeune enfant) et formulation d'hypothèses - Vérification des hypothèses à deux niveaux (le regard des responsables départementaux et des coordonnateurs de projets / focus group, visites de terrain) - finalisation

Cycle 2 : réflexions sur les premières analyses - séances de validation des productions et adoption. Cette étape s'est effectuée dans la perspective de la prise en compte des objectifs du millénaire qui sont :

- Objectif 1 : réduire l'extrême pauvreté et la faim ;
- Objectif 2 : assurer l'éducation primaire pour tous ;
- Objectif 3 : promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;
- Objectif 4 : réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- Objectif 5 : améliorer la santé maternelle ;
- Objectif 6 : combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies ;
- Objectif 7 : assurer un environnement durable ;
- Objectif 8 : mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Certes avons-nous pris en compte, dans cette étude, tous les aspects liés à un développement intégral et harmonieux de la personne humaine ; certes avons-nous pris toutes les dispositions convenables en vue de la réalisation d'une étude exhaustive. Toutefois, la réalité est que vouloir conduire des réflexions théoriques, faire l'état des lieux et analyser les différents volets d'une question aussi complexe et produire des études liées à tous les cas, pourraient paraître impossibles. L'intérêt de la présente étude est qu'elle permet de se faire - grâce aux données statistiques actualisées et aux exemples variés et riches, une idée claire et précise sur l'action de l'Etat et des institutions internationales - notamment l'UNICEF - sur les politiques de développement intégré en faveur du jeune enfant ainsi que le suggère la démarche en trois temps choisie par nous et qui comprend :

- les généralités sur la question;
- l'état des lieux dans les régions du Zanzan et du Bas-Sassandra et à Abidjan (Abobo et Yopougon) ;
- les actions en faveur du développement intégré du jeune enfant.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

La question relative à la prise en charge du développement intégré du jeune enfant suscite à la fois intérêt et passions voire confusions. En effet, la notion de « développement » relative à l'enfant indique une approche qui prend en compte, dans la définition de celui-ci, différents stades de sa vie non toujours perceptibles ou prises en compte par ceux qui font usage de la notion. Ainsi par exemple, la question de savoir qui est l'enfant a partie liée avec celle qui est de savoir quand commence son développement : est-ce avant ou après la naissance ? Une telle préoccupation, loin de paraître anodine porte la problématique même de la question de la protection de l'enfant en tant qu'elle laisse transparaître à la fois les niveaux d'intervention, les actions à mener et surtout les personnes impliquées dans ces actions en vue de sa protection.

Un autre niveau de questionnement sur cette « prise en charge du développement intégré du jeune enfant » est relatif à son environnement. Il s'agit d'une part du cadre à l'intérieur duquel il est censé évoluer (environnement physique) mais aussi et surtout de l'ambiance due au mode d'organisation sociale qui structure cette évolution. Ici interviennent des facteurs de développement du jeune enfant liés au temps et à l'espace d'une part et de l'autre à la culture du milieu. L'environnement, variant en fonction de ces facteurs, suggère une approche différentielle dans l'action en faveur du développement intégré du jeune enfant.

Compte tenu de ces deux niveaux de questionnement que suscite la « prise en charge du développement intégré du jeune enfant », il nous apparaît nécessaire dans cette première partie de répondre, de prime abord aux exigences d'ordre conceptuel consistant dans des clarifications des termes puis de préciser l'environnement physique et social de la présente étude. Celui-ci porte sur la Côte d'Ivoire, précisément les centres pilotes des communes d'Abobo, de Bondoukou, de San Pedro et de Yopougon.

Telles que posées, ces questions invitent à rappeler **les objectifs de l'étude** indiqués plus haut.

S'agissant de **la méthodologie**, elle a consisté dans une démarche en cinq points : la revue des littératures, la collecte des données de base (visites de terrain, focus group), tant dans les villes que dans les Chefs-lieux de département, l'analyse des données (à mi parcours) en ateliers de confrontation et de validation progressive, le cadrage institutionnel (cadre théorique des référentiels textuels de l'Unicef) et la vérification des hypothèses et des acquis en équipe d'évaluation terminale.

Le choix fait quant à **la structure du texte**, dès lors, ne peut qu'être simplifié : d'où les trois grandes parties que sont :

- **les généralités** dont le but est de poser les bases théoriques de l'objet d'étude par le fait de l'abondance et la richesse des travaux et productions sur le thème ;

- **l'état des lieux** : sans être une étude exhaustive dans la mesure où sur certains aspects, tel le domaine financier, les données ne sont pas toujours disponibles ou si elles le sont, elles sont si centralisées que l'appréciation en fonction des données et pratiques locales n'est pas toujours pertinente. Cette partie se présente sous forme de fiches pédagogiques portant sur trois zones : Abidjan (Abobo /Yopougon), la région du Zanzan et la région du Bas Sassandra ;

- **les actions en faveur du développement intégré** :force est de constater ici que malgré des efforts faits en faveur de la prise en charge du jeune enfant dans les différents secteurs, la dynamique de développement intégré n'est pas suffisamment perceptible : d'où l'urgence de la prise en compte de l'approche intégrée dans un document cadre de politique nationale.

Tel est l'objet de cette partie de notre étude qui, quoique théorique par endroits, vise à asseoir les bases théoriques d'une étape qui aura réuni plusieurs équipes pluridisciplinaires composées d'étudiants (enquêteurs), de professionnels et des chercheurs.

CHAPITRE I : CLARIFICATION DES CONCEPTS

L'évaluation des programmes de développement en faveur du jeune enfant impose une revue spécifique des approches définitionnelles, prélude à la clarification des concepts que sont : enfant, développement (intégré) et expérience nationale.

I.1. LA QUESTION DU DEVELOPPEMENT OU DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

L'*Encyclopédia Universalis*, prenant en compte l'enfance et l'adolescence, définit ces deux moments de la vie "comme étant cette période de l'existence durant laquelle l'individu croît et se développe jusqu'au moment où il atteint l'âge de la maturité". Ce renvoi laisse apparaître que, durant cette période, l'être en situation peut connaître des changements de toutes sortes. Ainsi la même source donne la précision complémentaire suivante :

"La croissance traduit une augmentation mesurable de l'organisme ou d'un organe particulier. On parle au contraire du développement à propos de toute transformation aboutissant à une augmentation plus complexe; celui-ci dépend de l'interaction de deux facteurs : l'un intrinsèque, maturatif, l'autre extrinsèque, provenant du milieu. L'histoire de ce développement commence dès la conception, c'est-à-dire au moment où le spermatozoïde pénètre l'ovule pour former l'œuf."

Cette précision fournie par *l'Encyclopédia Universalis* invite à prendre en compte plusieurs aspects du développement de l'être non uniquement à partir du moment où il entre en relation avec la "Terre des hommes", mais dès les premiers moments de son "façonnage". L'être ici est alors par rapport à lui-même et à sa propre histoire autant qu'il ne le sera aussi plus tard qu'en fonction de sa relation à l'Autre et à son environnement. C'est cette réalité qui exige que l'on s'interroge sur les projets visant à l'épanouissement de l'être et, plus particulièrement, des enfants de 0 à 8 ans dans les vastes programmes et projets de gestion de la Cité, qu'ils soient implicitement ou explicitement énoncés. Là où l'explicite apparaît, l'on ne peut que s'en réjouir et là où l'implicite, dans sa réalisation, agit tout de même sur la construction de l'Humain, il faut savoir s'imposer une lecture à plusieurs niveaux pour quérir l'essentiel. Ici, apparaissent les logiques d'école et les réflexions théoriques selon lesquelles l'être ne peut se définir qu'à partir de lui-même ou que pour mieux connaître et apprécier tout être et ses réactions, il faut absolument partir de son environnement pluriel. Dans l'un ou l'autre cas, il paraît évident que tout développement tient tout de même compte de l'influence du milieu et ce, à chaque étape de l'évolution de l'être. Pour la période sur laquelle porte l'étude, *l'Encyclopédia Universalis* opère le choix suivant:

- la première enfance ou période néo-natale comprenant l'âge du nouveau-né (jusqu'à trois semaines) et l'âge du nourrisson (jusqu'à douze ou quinze mois, moment où l'enfant atteint la maîtrise de la marche);
- la période préscolaire (de trois ou trois ans et demi à six ans);
- l'âge scolaire (de six ans à la puberté) ou période de latence..."

Entre douze et quinze mois, les mouvements du nouveau-né se métamorphosent en gestes coordonnés. C'est une étape importante qui peut être captée pour faire assimiler des réflexes. La même source fournit les informations suivantes :

- 7^{ème} au 15^{ème} mois : phase linguistique;
- " à 1 an, l'enfant est capable de se tenir debout..."
- " au début de la deuxième année, apparaît la marche indépendante : 13 - 14 mois (durant les 15 premiers mois, c'est la période prélinguistique)

"L'acquisition de la marche constitue une étape capitale puisque c'est à partir de ce moment que l'enfant est capable d'explorer par lui-même le monde qui l'entoure, allant de découverte en découverte et acquérant ainsi une autonomie de plus en plus grande";

- " à 24 mois, il essaie de s'habiller tout seul";
- " à 3 ans, la coordination des mouvements est assurée" et la "main devient l'outil, l'instrument de l'intelligence" :

"Jusqu'à l'âge de cinq ans, le langage est, selon Piaget, essentiellement égocentrique" : c'est l'ère du monologue.

Sur cette période l'Encyclopédia Universalis conclut en ces termes : "On comprend donc que la carence des soins matériels durant la première enfance ait des conséquences graves. Il apparaît que les enfants privés durant leur première année de la présence de leur mère ou d'un substitut maternel risquent - suivant la durée, les conditions de cette séparation et de la reprise du dialogue- de voir compromis leur développement psychoaffectif : cette "carence" altère la capacité de l'enfant à établir des relations humaines (J. Aubry) :

- de 3 à 6 ans : l'enfant cherche à "s'autonomiser" par rapport à sa mère, le père est perçu comme un obstacle par le fait de son intimité avec la mère et le petit garçon voit en lui un rival (complexe d'Œdipe). Progressivement, il passe du narcissisme à l'admiration et à l'assimilation.

D'autres répartitions sont faites, dont celles de Kanner qui opte pour les trois périodes que voici :

- 15 - 18 premiers mois : période de socialisation alimentaire;
- 18 mois - 4 ou 5 ans : période de socialisation domestique;
- 4 - 5 ans et au delà : période de socialisation communautaire;

La classification des âges est donc liée aux écoles et aux besoins exprimés mais pour cette étude nous optons pour le choix suivant:

- entre 0 et 3 ans;
- entre 4 et 6 ans;
- entre 7 et 8 ans;

Le choix de la tranche de 0 à 3 ans se justifie en ces termes :

« Le cerveau se développe pour la plus grande partie avant l'âge de trois ans. Bien avant que nombre d'adultes ne se doutent même de ce qui se passe, les cellules du cerveau prolifèrent chez le nourrisson, ses synapses crépitent et les structures qui détermineront le reste de sa vie se mettent en place. En 36 mois seulement, l'enfant développe sa capacité à penser, à parler, à apprendre et à raisonner et pose les bases de ses valeurs et de son comportement social d'adulte » *La situation des enfants dans le monde 2001*,(p.9).

I.2 : LA QUESTION DE LA PROTECTION DE L'ENFANT

La protection de l'enfance consiste dans une application de l'ensemble des textes juridiques qui visent à assurer le respect des droits de l'enfant. La protection de l'enfant fait particulièrement partie des missions du Ministère des Affaires sociales dont l'appellation varie selon les pays. Ce Ministère, précise Matty Chiva dans *Encyclopédia Universalis*, "doit assurer la protection sociale et l'aide sociale, la protection maternelle et infantile, la protection de la santé physique et mentale, l'aide médicale et les soins, l'intégration sociale. Il est amené à collaborer très étroitement, si ces secteurs ne font pas partie du même ministère, avec le Ministère du Travail et de l'Emploi et avec les caisses de sécurité sociale". C'est cette vision de la protection qui invite également à prendre en compte la famille. C'est pourquoi cette collaboration doit également s'étendre aux :

- Ministère de l'Education et de l'Enseignement (gratuité de l'enseignement);
- Ministère de la Justice (protection judiciaire);
- Ministère des sports et des loisirs (épanouissement physique et moral) ;
- Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant.

Elle doit également s'étendre aux associations, aux syndicats, aux ONG et Organismes Internationaux.

La protection de l'enfant fait donc inévitablement appel à un travail interprofessionnel, et à des équipes pluridisciplinaires dont les besoins, pour une population d'un million d'habitants se présentent comme suit :

Tableau n°1 : Les compétences d'une équipe pluridisciplinaire

PROFIL	NOMBRE
Assistantes sociales	110
Infirmières	150
Pédopsychiatres	15 à 30
Psychologues cliniciens	25 à 30
Professeurs techniques adjoints	200
Psychologues scolaires	20
Kinésithérapeutes	100 à 150
Orthophonistes	60 à 900
Jardinières d'enfants	40 à 60
Personnel de direction	70

Les actions de protection doivent ici faire l'objet d'une conjugaison harmonieuse. La prise en compte de la protection de l'enfance dans tout projet de développement intégré voudrait pouvoir signifier : introduire très tôt tous les aspects utiles et nécessaires à un développement harmonieux et efficace de l'Être de l'enfant, de façon à modifier au mieux, ses comportements sociaux liés eux-mêmes au cadre de vie qui sera le sien.

Une lecture attentive des bilans sanitaires mondiaux offre des données qui permettent de présenter un contexte *pathogénique* fortement marqué par des maladies dont la manifestation, selon les régions, est soit permanente, soit ponctuelle. Ce sont : le paludisme, la rougeole, la fièvre jaune, la tuberculose, la maladie de sommeil, la lèpre, l'ulcère de buruli, la grippe, le choléra, la méningite, la malnutrition. A cela s'ajoutent, au vu des objectifs de *La santé pour tous en l'an 2000*, les infections respiratoires, la pneumonie, la coqueluche, la diphtérie, le sida etc.

Ces différents regards permettent de mieux comprendre les projets contenus dans le programme de coopération 2003 - 2007 entre la Côte d'Ivoire et l'Unicef.

Qu'il s'agisse du développement physique et psychologique ou de la protection de l'enfant, les actions du gouvernement, qu'elles paraissent de façon explicite ou de façon implicite, doivent être conduites, dans une dynamique concertée ; d'où la prise en compte de cette stratégie par le programme de coopération 2003 - 2007 (version du 14 janvier 2003) ainsi que le précise le tableau ci-dessous :

I.3 : LA QUESTION DU JEUNE ENFANT OU DE LA PETITE ENFANCE

Deux ouvrages de référence nous prédisposent à adhérer à l'idée que l'on aurait pu limiter la petite enfance (appelée aussi "jeune enfance") à cinq ans. Il s'agit de *Psychologie et pédagogie* de Jean Piaget et de *Tout se joue avant 6 ans* de Dodson. Dans son ouvrage, Piaget écrit :

« Vers 2 ans débute une seconde période qui dure jusqu'à 7 ou 8 ans et dont l'apparition est marquée par la formation de la fonction symbolique ou sémiotique (...)
On assiste à la formation des opérations : réunions dissociations de classes, sources de classification... »
(p.48-50).

L'intelligence de l'enfant acquiert de nouvelles compétences qui permettent de boucler un cycle. Aussi peut-il être admis de façon objective que l'étape de huit ans soit une étape majeure dans l'évolution de la personne humaine. Elle intervient après l'âge de cinq ans que Dodson qualifie "d'âge adorable" parce que, à cet âge, l'enfant « est mûr pour une expérience communautaire élargie. Il aime jouer avec les copains dans son quartier. Il est prêt pour la maternelle et même très impatient d'aller « à l'école » (p.143).

Aussi, jusqu'à l'âge de cinq ans, l'on peut aisément parler de la petite enfance, expression qui peut s'"élargir" pour devenir « jeune enfant » en intégrant l'âge de huit ans. Cette lecture nous ouvre le champ d'un emploi en alternance des groupes nominaux « petite enfance » et « jeune enfant ».

I.4 : L'ECOLE INFORMELLE OU L'ECOLE PASSERELLE

Le droit à l'éducation se traduit d'abord et avant tout, dans les systèmes modernes, par l'aptitude de l'Etat et des parents à offrir aux enfants, en sus du cadre familial, un cadre conventionnel d'apprentissage animé par des professionnels (personnels d'encadrement qualifiés et compétents) : l'école – Tel est le principe de base. Les réalités du terrain offrent de faire plusieurs observations de types variés tant sur la qualité des personnels que sur les capacités d'accueil. Se créent alors, en marge du cadre conventionnel, des espaces d'accueil destinés à renforcer les dispositifs officiels et ce, en accord avec les parents d'élèves. Ces centres de fortune équipés sommairement, dans un environnement quelquefois sans hygiène sont, eux-mêmes, en nombre de cas, animés par des encadreurs dont le niveau de base est largement en deçà du minimum requis dans les institutions spécialisées : on les appelle soit des « écoles informelles » soit des « écoles passerelles ».

Tableau N°2 : Tableau récapitulatif d'évaluation des actions en faveur du développement intégré du jeune enfant (Programme de coopération 2003 - 2007, version du 14 janvier 2003)

Programme	Ministère chargé de la coordination	Autres intervenants	Projets et actions	Résultats
Santé - Nutrition	Ministère de la santé, la solidarité et de la sécurité sociale	Ministère chargé du Sida, des collectivités décentralisées ONG - UNICEF – PNUD	Projet 1: Santé primaire	
			Projet 2 : Nutrition / Micro nutrition	
			Projet 3 : Appui au programme	
Education de base	Ministère de l'éducation nationale	Ministère de la santé, la solidarité et de la sécurité sociale - Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant, ONG - Communautés et autres agences	Projet 1: Education de base de qualité en milieu scolaire	
			Projet 2 : Offre d'éducation de base en milieu non formel	
			Projet 3 : Appui au programme	
Protection des enfants et des adolescents	Ministère de la santé, de la solidarité et de la sécurité sociale	Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant, Ministère des droits de l'homme, Ministère de l'intérieur, Ministère du Travail, ONG – communautés	Projet 1: Protection et réinsertion sociale des enfants et adolescents vulnérables	
			Projet 2 : Protection légale et judiciaire des enfants et adolescents vulnérables	
			Projet 3 : Appui au programme	
Politiques sociales, suivi et évaluation	Cabinet du premier Ministre Ministère de la planification du développement	Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant INS - ENSEA - ONG - Banque mondiale - Autres agences	Projet 1: Appui au développement des politiques	
			Projet 2 : Suivi de la situation des enfants et des femmes	
			Projet 3 : Appui au programme	

Source :MEN-DMOSS,200

I.5 : LE DEVELOPPEMENT INTEGRE

L'éducation de l'enfant, par le fait de la spécificité des domaines qui entrent en ligne de compte, laisse apparaître des actions sinon éparses, du moins contradictoires et par conséquent inefficaces. La convergence y apparaît de telle sorte que, quels que soient les moyens mis à disposition, les résultats sont quelquefois insignifiants. L'expérience de San Pedro, nous offre de faire la lecture du verbe "intégrer" à plusieurs niveaux non segmentés mais plutôt interactifs, d'où l'emploi de "intégré", participe passé du verbe "intégrer" qui signifie : "faire entrer dans un ensemble en tant que partie intégrante". Cette définition permet de comprendre que dans le cas présent tout dispositif ou système intégré vise à unir, en un objet ou une action, des éléments divers pour soit en renforcer soit en réduire l'efficacité ou la puissance ou la performance.

Le projet de développement intégré appliqué à la petite enfance vise alors plusieurs aspects et consiste dans la mise en œuvre d'actions concertées conçues et réalisées par un appareil gouvernemental ou un Etat (approche systémique) dans le dessein de favoriser une intégration à visée constructive dont la finalité est le bien-être de l'enfant, prélude à la construction du meilleur humain possible. Deux épacentres restent, dans une telle dynamique, à définir qui sont le Sujet-Enfant (petite enfance) et l'objet - cadre de vie (environnement). Ces deux aspects sont si étroitement liés qu'une communauté religieuse installée à San Pedro, expérimente ce qu'elle appelle l'adoption à distance et qui consiste à laisser évoluer l'enfant dans son propre cadre de vie, après avoir identifié les besoins qui sont les siens et qui, par l'intermédiaire des religieuses et des moniteurs (délégués) vont être corrigés ou améliorés grâce à une aide apportée par des familles italiennes. Quant à l'autre forme de développement intégré, elle consiste dans la réalisation d'un ou plusieurs projets grâce à une action concertée initiée par plusieurs secteurs d'activités ou plusieurs ministères et institutions. Comme dans un triangle pédagogique, l'essentiel ici doit être centré sur l'enfant de 0 à 8 ans, eu égard aux caractéristiques de cette période de la vie et comme l'indique le document d'orientation stratégique régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre :

« La tranche d'âge concernée s'est élargie de 0-6 ans à 0-8 ans pour donner une plus grande attention aux deux premières années du primaire ». (p.8)

Les auteurs de la même étude précisent leur pensée en ces termes :

« Les actions visant les deux premières années du primaire tentent soit de pérenniser les acquis des enfants ayant pu bénéficier des apports de type préscolaire (école) ; soit de donner de plus grandes chances de réussite à ceux qui entrent directement au primaire (transition famille / école).

En effet, il a été démontré que ces deux premières années sont celles qui accusent le plus grand taux de redoublement et d'abandon. Dans la région, ce taux peut atteindre jusqu'à 40-50% des effectifs (en 2001). Elles méritent donc une attention particulière (p.13)

Ce document de référence sur l'approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant recommande également « de mettre un accent particulier sur la tranche d'âge de 0 à 3 ans parce que c'est une période cruciale pour le développement physique et psychologique de l'enfant, parce que c'est la période la plus vulnérable, et qu'elle a été jusqu'à présent la plus négligée dans les politiques et la mise en œuvre des actions, ainsi que sur le plan des allocations budgétaires, exception faite, peut-être, dans le domaine de la survie » (p.13).

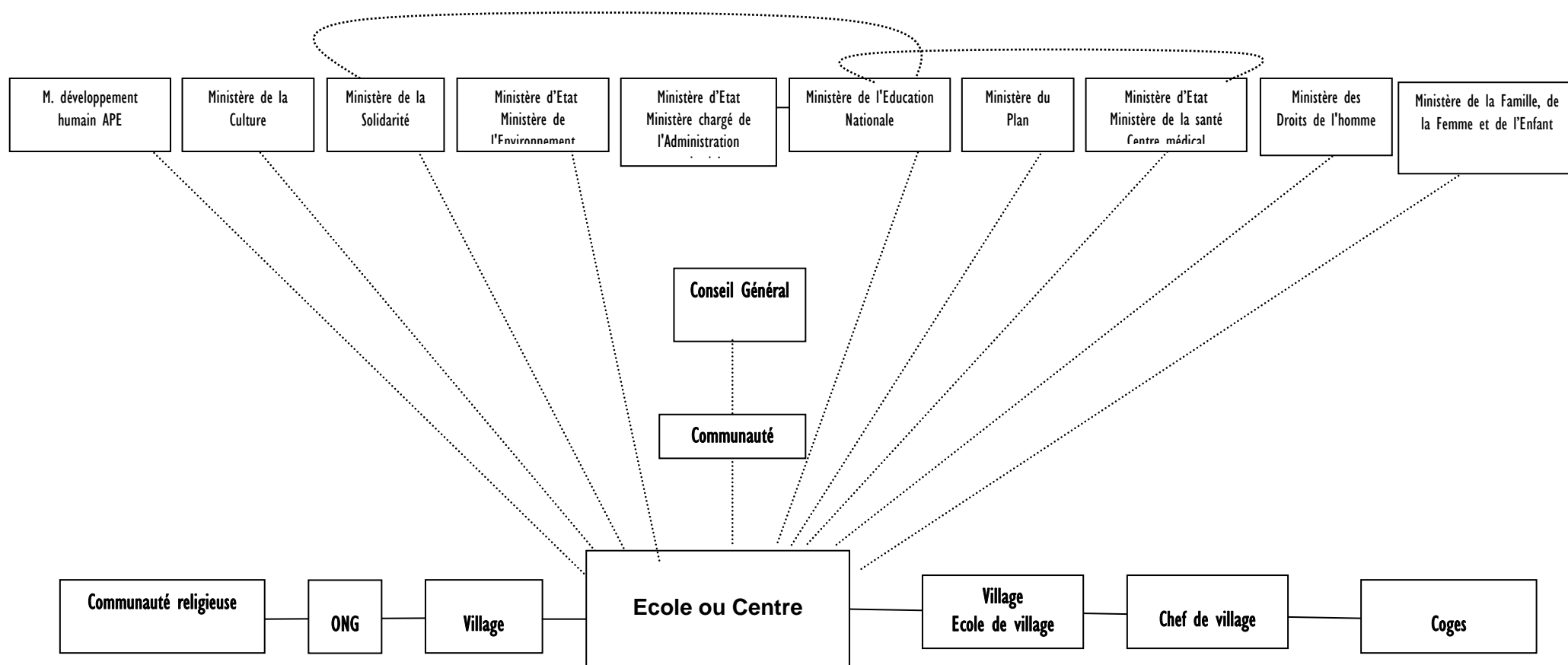
Ainsi perçue, l'approche intégrée diffère de la méthode intégrée que Robert Galisson et Daniel Coste définissent en ces termes dans Dictionnaire de didactique des langues : « (la) méthode intégrée se dit d'un ensemble pédagogique complet, comprenant des auxiliaires audio-visuels et présentant les caractéristiques suivantes :

- les techniques et les procédés pédagogiques utilisés font partie intégrante de la méthode ; ils ne sont ni un complément facultatif, ni un ajout à cours déjà existant ;
- cet ensemble pédagogique destiné à des débutants doit comprendre tous les éléments nécessaires pour développer progressivement la compréhension et l'expression orales, ainsi que la compréhension et l'expression écrites »

Quant à l'enseignement intégré, il s'oppose à l'enseignement " autonomisé" c'est-à-dire aussi replié sur soi. L'école qui est donc au centre de ce projet n'est que parce qu'elle est en relation avec toutes les institutions intervenant pour le bien- être du Sujet enfant.

Figure 1

I.5.1 Le niveau Institutionnel: au niveau institutionnel, la réussite de l'approche intégrée réside dans l'action ou la qualité de plusieurs départements ministériels et autres institutions dans les projets en faveur du jeune enfant.



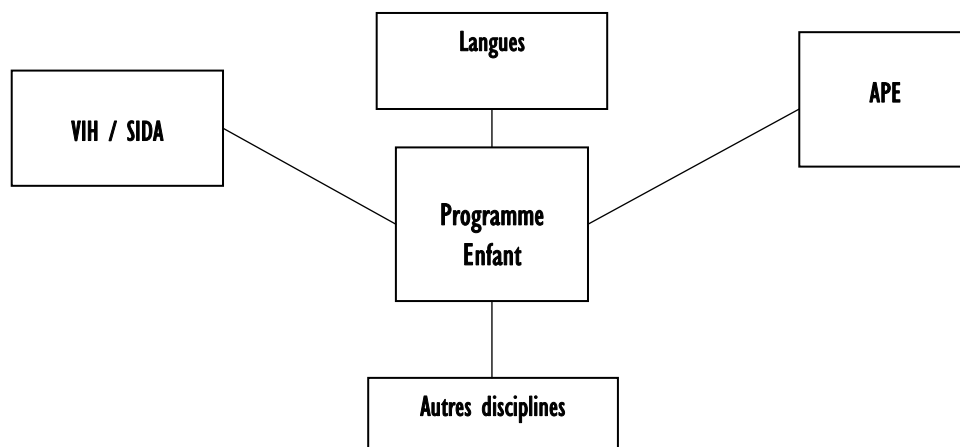
Dans le cas de la Côte d'Ivoire, l'Ecole, ou le Centre, est en relation avec le centre de santé là où il n'y a pas de centres médico-scolaires, le ministère des sports et loisirs avec les jeux de l'OISSU et avec le ministère de l'environnement qui développe l'idée de la mise en route d'un environnement propre et soigné (hygiène).

Ni l'école officielle, ni l'école informelle n'évoluent donc en vase clos. Les chefs des confessions religieuses y sont également présents autant que le sont l'autorité coutumière et la communauté villageoise: l'enfant est la propriété et un bien précieux pour cette communauté. Aussi paraît-il, par principe, inconcevable qu'il ne soit éduqué que par des parents selon un schéma qui l'isole comme l'a laissé apparaître, pour des raisons d'organisation et d'occupation spatiale, l'école nouvelle ou occidentale presque toujours construite hors du village.

I.5.2 Le niveau de l'éducation : cette intervention peut être essentiellement centrée sur les performances d'enseignement destinées à l'enfance. Il s'agit ici de mettre en œuvre des projets qui fassent appel à la pluridisciplinarité comme une approche visant à favoriser l'éclosion de l'esprit d'ouverture du sujet-enfant. C'est le cas du Centre de Protection du jeune enfant de Bondoukou qui en 2004 - 2005 a accueilli 93 enfants dont 48 garçons et 45 filles. Ce centre comprend :

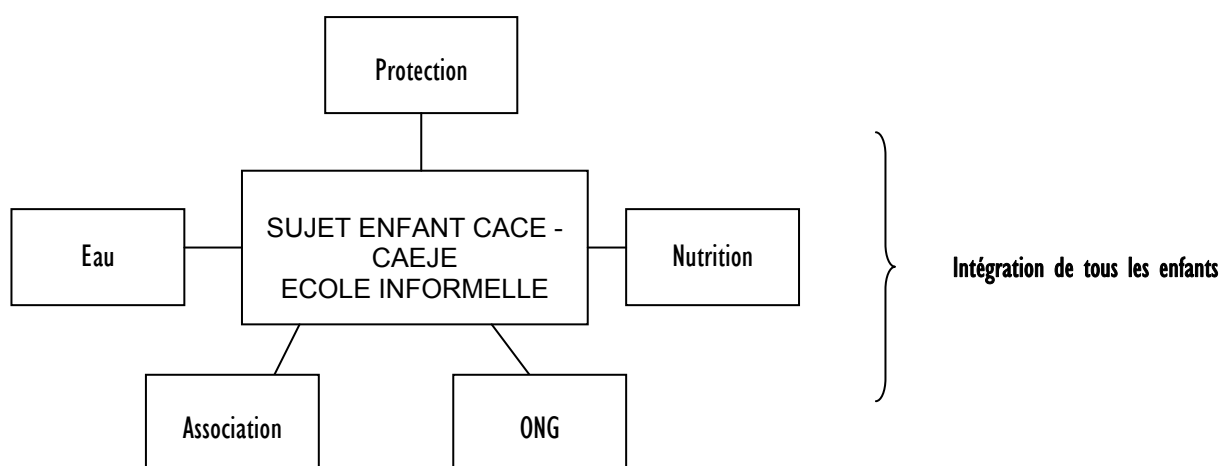
- une petite section pour 29 enfants dont 14 filles et 15 garçons encadrés par deux éducateurs préscolaires;
- une moyenne section de 37 enfants dont 18 filles et 19 garçons encadrés par 2 éducateurs préscolaires;
- une grande section de 27 enfants dont 13 filles et 14 garçons encadrés par deux éducateurs préscolaires.

Figure 2 : Education en faveur du jeune enfant.



I.5.3 Le Niveau des Programmes sociaux : ce niveau fait appel à l'idée selon laquelle toute direction de développement humain ne peut connaître un succès que si le sujet en question jouit de l'assistance et de l'action conjointe, planifiées et programmées à cet effet dans l'ensemble des secteurs relevant principalement des domaines de la protection, de la santé et de l'éducation. Il s'agit par exemple, dans le cas d'un CAEJE, de la relation de ce centre avec l'école formelle (l'éducation), le centre de santé ou l'infirmier ou la sage femme de la ville (médico-scolaire) et avec le tribunal (juge pour enfants).

Figure 3 : intégration de tous les enfants

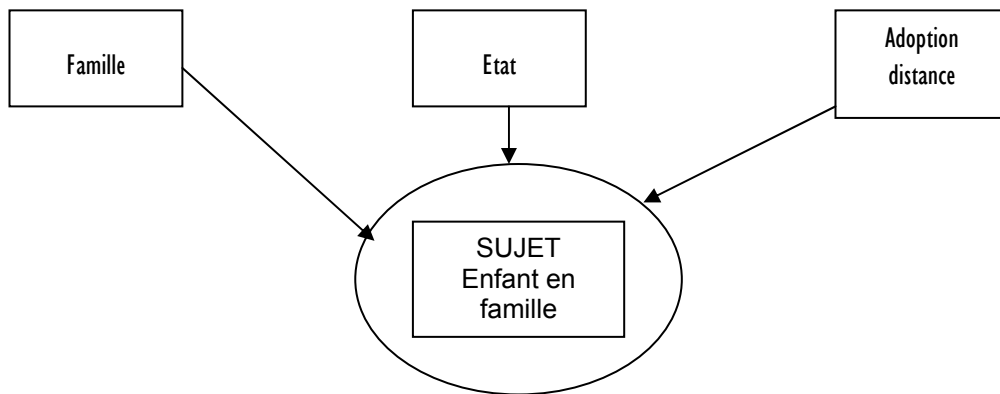


I.5.4 Niveau famille / développement endogène : dans ce type de développement intégré, l'enfant reste en famille pour y vivre les réalités quotidiennes. Toutefois, une famille étrangère peut, par l'intermédiaire d'une institution partenaire, s'engager durant quelques années à améliorer les conditions de vie (éducation, santé, protection) du bénéficiaire qui, dans ce milieu, apparaît inévitablement comme un privilégié qui pourrait - en cas de manque de suivi jusqu'à son intégration dans la vie professionnelle - être un assisté à vie. Cette pratique, sans être une application de l'approche intégrée, favorise une convergence des stratégies d'assistance. Cette approche en vigueur à San Pédro mérite une attention particulière d'autant que son application en Roumanie a permis d'obtenir des résultats satisfaisants :

"De 2001 à 2003, le nombre d'enfants vivant en institution a diminué de 25%, le nombre d'enfants protégés par des familles de substitution a augmenté de 43%; et le nombre de parents de familles d'accueil est passé de 3228 à 9170. Plus de 90 grandes institutions ont été fermées, et le nombre de centres de type familial, conçus pour offrir aux enfants un milieu qui se rapproche le plus possible de celui de la famille, est passé de 131 à 394. Plus de 50% des enfants séparés de leur famille vivaient dans un environnement familial pratique en 2003, contre 20% en 1997."

Cette pratique encore en vigueur dans les communautés villageoises d'Afrique, connaît à présent un ralentissement dû à la baisse du niveau de vie des populations. Peut-être faudrait-il concevoir un plan de réhabilitation de cette pratique en agissant sur des familles-type que l'on aiderait, à travers des micro-projets et des formations professionnelles, à améliorer le bien-être et le statut nutritionnel du foyer.

Figure 4 : Différentes institutions d'intégration du jeune enfant



Qu'il s'agisse de l'une ou l'autre application de l'approche intégrée, l'enfant est au centre de TOUT ainsi que l'ont toujours compris les familles qui vivent en société ou l'enfant est un BIEN HUMAIN PRECIEUX. Bien évidemment, lorsque sévit la pauvreté, désemparés eux-mêmes, pères et mères en viennent à se soumettre à une pratique en vigueur dans ces sociétés : l'acte de confier l'enfant à un proche parrain pour son éducation et sa protection jusqu'à l'âge adulte. Venons-en à ce qu'est le développement intégré du jeune enfant. Cette particule de phrase peut se comprendre **comme une logique de formation interactive de l'enfant mettant en situation plusieurs acteurs et institutions et prenant en compte tous les aspects indispensables à son épanouissement total.**

Cette approche doit, rappelle le document intitulé « une approche... », se faire aux différents niveaux :

- conceptuel et théorique (ce qui justifie par endroits dans cette étude des réflexions de type académique ;
- de la définition des politiques et des stratégies sectorielles ;
- de la planification des actions.

(...) Cette intégration doit aussi se retrouver dans diverses composantes des actions : la formation, les contenus et les messages les matériels de formation, au niveau des services offerts aux jeunes enfants de même qu'au niveau du suivi et de l'évaluation (p.14)

Ces réflexions introductives permettent d'ores et déjà de prendre quelques notes de lecture. La première consiste dans l'idée que dans cette étude la terminologie de « jeune enfant » quoique couvrant un champ de compréhension plus large, pourra être employée soit en alternance soit de façon concomitante avec celle de « petite enfance » qui, pourrait se limiter aux enfants de 3 ans et s'étendre à ceux de 5 voire 8 ans. Dans une telle approche, la "moyenne enfance" se situerait entre 9 et 15 ans et la "grande enfance" entre 16 et 18 ans. La seconde précaution consiste dans l'intérêt d'avoir à l'esprit, dans une perspective d'appropriation – action », les principes qui, selon l'Unicef, doivent fonder l'approche intégrée en faveur du jeune enfant et qui se résument en 12 points (p.12)

1. les droits de l'enfant sont indivisibles : tous les droits sont égaux ;
2. le principe de la non-discrimination ;
3. l'enfant est au centre de nos actions : principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, tenir compte aussi de ses besoins évolutifs en fonction de ses stades de développement ;
4. la famille est un acteur privilégié : les parents sont les premiers éducateurs et les premiers soignants de leurs enfants, leurs premières figures d'identification, les plus intéressés à leur bien-être ;
5. la communauté est un acteur-clé : deuxième cercle de socialisation de l'enfant ;
6. les actions en faveur des filles et des femmes sont indispensables : lien entre le respect des droits des femmes et ceux des enfants ;
7. toute forme d'exclusion est à combattre : ni induire, ni reproduire aucune forme d'exclusion ;
8. l'intégration des générations est à rechercher : les enfants, la fratrie, les parents, les grands parents ;
9. la souplesse et l'adaptabilité doivent être au cœur des interventions : pas de modèle unique, mais une formule adaptée au contexte socio-culturel ;
10. la recherche de la qualité est centrale : dans la formation du personnel, les matériels, l'environnement ;
11. la pérennité, la durabilité est un élément central. Les interventions doivent être abordables pour les pays qui les développent : tenir compte des contraintes économiques et sociales du milieu ;
12. l'action doit se concevoir dans un cadre élargi : un cadre d'action sociale plus large, (lutte contre la pauvreté, promotion des femmes, accès aux services sociaux... p13-14)
« Malgré (les) progrès remarquables, la vie des enfants continue d'être menacée et les sociétés sont privées d'un vaste potentiel humain.

Enchaînées par la pauvreté la plus extrême, plus de 1,2 milliards de personnes dans les pays en développement sont condamnées à la misère et à des souffrances atroces, et la moitié d'entre elles sont des enfants. Dans nombre de pays, la malnutrition, la mauvaise hygiène, l'eau non salubre, la discrimination sexuelle, les soins de santé insuffisants, le VIH/SIDA et les conflits armés sont un cauchemar quotidien privant les enfants de la sécurité et de la santé dont ils ont besoin pour devenir des citoyens productifs. Ceci à un moment où l'économie mondiale a franchi la barre de 30 000 milliards de dollars ! » Carol Bellamy, DG Unicef, Préface, de Les enfants d'abord, New York, Unicef, Mai 2000.

CHAPITRE II : ENVIRONNEMENT POLITIQUE, CADRE PHYSIQUE ET PROBLEMATIQUE DU DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT

La Côte d'Ivoire est un pays côtier qui a eu une économie relativement prospère de 1960 à 1980. Une politique hardie en faveur de l'enfance a été engagée, qui a brutalement été freinée par les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque Mondiale. Cela limite de façon draconienne la prise en charge de ses 15.366.672 d'habitants. La population féminine représente 49% de cette population totale soutenue par un taux d'accroissement de 3,3%. La densité moyenne de cette population est de 48 habitants / km². La natalité en 1994 était de 86 pour 1000. La situation de crise qui perdure depuis 1980 et les troubles socio-politiques ont engendré la paupérisation de la population et le développement de la délinquance juvénile liée à la déscolarisation massive. La situation du jeune enfant est devenue précaire du point de vue sanitaire surtout avec les fléaux de la pandémie du SIDA et du travail des enfants. Mais l'Etat ivoirien a mis en place, sur le plan institutionnel, une politique de développement intégré du jeune enfant depuis 1960 soutenue par le fait même des pratiques de vie communautaire dans les différentes aires culturelles.

Ce deuxième chapitre portera essentiellement sur les points suivants : la présentation générale du pays et l'étude démographique du jeune enfant dans les localités de Bondoukou, San Pedro et Abobo Sagbé.

II. 1 – PRESENTATION GENERALE DE LA COTE D'IVOIRE

La Côte d'Ivoire est située en Afrique occidentale humide entre 5° et 11° de latitude nord et 3° et 9° de longitude ouest. Sa superficie est de 322 462 km². Elle est limitée au sud par le Golf de Guinée, le Libéria et la Guinée à l'ouest, le Burkina Faso et le Mali au nord et le Ghana à l'est.

II. 1.1 : Cadre physique et peuplement

Le relief est monotone avec quelques rares accidents. Les plaines s'étendent au sud du pays avec une altitude variable entre 0 et 200 m et elles longent le littoral. Les plateaux prolongent les plaines au nord. Ils s'élèvent jusqu'à 500 m. Quelques accidents majeurs existent :

- les collines de Bongouanou (400 à 600 m)
- l'OROMBO BOKA (Toumodi)

Le Bowé à l'Est de Bondoukou

Les montagnes sont à l'ouest du pays. Elles sont appelées dorsale Guinéenne avec, comme haut sommet, le mont Nimba (1732 m). Le littoral est composé de côtes rocheuses et de falaises de Fresco à la frontière Libérienne et de côte sableuse de Fresco à la frontière Ghanéenne.

Le sud de la Côte d'Ivoire bénéficie d'un climat subéquatorial avec un couvert végétal constitué de forêt dense. Le centre est la zone du climat tropical humide avec la forêt claire et la savane arborée. Le nord est la zone du climat tropical sec et de la savane herbeuse.

Quatre grands fleuves arrosent le pays. Ils prennent leurs sources au nord et se jettent dans l'océan Atlantique. Il s'agit : - du Cavally (Ouest), du Sassandra (Ouest), du Bandama (Centre), du Comoé (Est). L'Agneby, le Boubo et le San Pédro sont des fleuves côtiers. Les lagunes occupent le littoral du pays et offrent un cadre pittoresque au tourisme.

La Côte d'Ivoire a connu des vagues successives de peuplement qui remontent à une période encore récente (15^{ème} siècle – 16^{ème} siècle). Aujourd'hui, le pays compte plus d'une soixantaine d'ethnies qui se répartissent dans quatre grands groupes : les Akan au Centre, à l'Est et au Sud, les Mandés au Nord-Ouest et au Centre Ouest, les Krou à l'Ouest et au Sud-Ouest et les Voltaïques au Nord et au Nord-Est.

II.1.2 : Evolution et structure de la population

La Côte d'Ivoire est un pays à très forte croissance démographique. Sa population qui était de 10 815 000 habitants est passée à 15 366 672 habitants au dernier RGPH de 1998. Cette population croît au rythme de 3,8% l'an. Ce taux est l'un des plus élevés dans le monde (1,7% au plan mondial, 3% en Afrique subsaharienne et 0,5% dans les pays développés). Il est la résultante d'une natalité élevée (taux brut de natalité : 40,7 ‰, indice synthétique de fécondité : 5,4%), d'une mortalité générale en baisse de 13‰ et d'un solde migratoire positif.

Le taux de natalité reste de loin le facteur le plus déterminant dans l'accroissement de la population ivoirienne (elle y contribue pour plus de 80%). La baisse enregistrée (5,4% en 1998 contre 6,8% en 1998) cache une importante inégalité : le taux de natalité demeure très élevé en milieu rural. On en déduit que le niveau de cet indicateur est fortement lié au niveau **d'instruction**. En effet, plus ce niveau est élevé plus le taux de natalité décroît. Ainsi, en 1988, il est de 6,8 enfants par femme pour les analphabètes, 5,8 pour les femmes ayant le niveau primaire, 3,7 pour les femmes de niveau secondaire et 2,5 enfants pour les femmes de niveau supérieur. On comprend alors que toute action en vue de la maîtrise de la croissance de la population par la maîtrise de la fécondité devra impérativement rechercher l'élévation du niveau d'instruction des populations.

L'autre facteur à l'origine de la forte poussée démographique en Côte d'Ivoire est l'immigration étrangère (essentiellement régionale) en croissance régulière (26% en 1998 contre 14% en 1988 soit un taux d'accroissement moyen de 2,6% l'an).

A cela s'ajoute enfin la baisse de la mortalité générale qui améliore de façon notable l'espérance de vie à la naissance (58,6 ans en 2005 contre 52,4ans en 1990 soit un gain de 6,2 points) comme l'indique le tableau ci-dessous :

Tableau n° 3 : Projections des taux bruts de mortalité et de l'espérance de vie avec et sans le SIDA.

1. Taux de mortalité (pour mille)	1985 – 1990	1990 – 1995	1995 – 2000	2000 – 2005
Avec le SIDA	14,7	14,7	14,5	13,5
Sans le SIDA	14,5	13,2	11,8	10,5
2. Espérance de vie (en années)	1985 – 1990	1990 – 1995	1995 – 2000	2000 – 2005
Avec le SIDA	51,9	51,5	50,8	51,6
Sans le SIDA	52,4	54,4	56,8	58,6

Source: United Nations (1994)

L'analyse de la mortalité générale est effectuée en relation avec l'évolution de la pandémie du SIDA en Côte d'Ivoire. L'évolution rapide du VIH/SIDA (la séroprévalence dans la population est estimée à 14% en 2001) compromet fortement l'amélioration de l'espérance de vie qui passe de 58,6 sans le SIDA à 51,6 avec le SIDA.

Tableau n° 4 : Répartition de la population de 0 à 8 ans à Bondoukou, San Pedro, Abobo Sagbé et de la Côte d'Ivoire

Tranche d'âge	Bondoukou	San Pedro	Abobo Sagbé	Côte d'Ivoire
0-8 ans	24,5	25,9	25,6	28,2

INS-1996

La structure par âge révèle que plus de 48% de cette population a moins de 15 ans soulignant son extrême jeunesse. Les personnes âgées de 60 ans et + représentent 3,9%. Quant à la répartition par sexe, elle indique qu'il y a 49% de femmes contre 51% d'hommes soit 105 hommes pour 100 femmes. Concernant le public-cible de la présente étude, il est estimé au dernier RGPH de 1998 à 4 334 774 soit 28,20% de la population totale. A Bondoukou, elle constitue 24,5% de la population communale, à San Pedro 25,9% et à Abobo Sagbé la petite enfance représente 25,6% de la population et 28,2% de la population ivoirienne totale.

Tableau n°5 : Répartition par tranche d'âge de la population de 0 – 8 ans de Côte d'Ivoire

Tranche d'âge	Effectif	%
0 – 3 ans	1 877 882	12,22%
4 – 6 ans	1 469 554	09,56%
7 – 8 ans	957 338	6,23%

Source : INS 1998

La population enfantine décroît en vieillissant. Au plan national, sur 28,20% d'enfants identifiés en 1998, 9,56% ont atteint l'âge de 6 ans quand seulement 6,23% ont atteint l'âge de la scolarisation formelle. Au plan régional, le constat est le même avec cependant des variations plus importantes à Bondoukou.

Tableau n° 6 : Répartition des enfants de 0 – 8 ans par tranche d'âge à Bondoukou – San Pedro Abobo Sagbé et Côte d'Ivoire

Tranche d'âge	Bondoukou	San Pedro	Abobo Sagbé	Côte d'Ivoire
0 – 3 ans	10,54	11,37	11,83	12,22
4 – 6 ans	07,83	8,36	08,06	09,5
7 – 8 ans	5,67	5,78	05,74	06,23

Source : INS 1998

Ce constat traduit le phénomène de la mortalité infantile. La baisse de la mortalité générale a profité dans une moindre mesure aux enfants de moins de 5 ans car le taux de mortalité demeure élevé au sein de cette population (117‰ en 1998). Les principales causes de cette mortalité sont celles généralement identifiées dans tous les pays en développement : les pathologies néonatales, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, les maladies cibles du programme élargi de vaccination, le paludisme, les maladies diarrhéiques, l'anémie et le SIDA.

Tableau n°7 : Répartition des enfants de 0 à 8ans par tranche d'âge et par sexe en Côte d'Ivoire

Tranche d'âge	Masculin %	Féminin %	Rapport de masculinité
0 – 3 ans	6,21	6	103
4 – 6 ans	4,89	4,66	105
7 – 8 ans	3,20	3,02	106

Source : INS 1998

L'analyse de la répartition par âge et par sexe indique que la mortalité infantile frappe davantage la population féminine. En effet, le rapport de masculinité qui s'établissait à 103 pour 100 à la naissance (0-3 ans) progresse régulièrement (105 pour 100 filles entre 4-6 ans et 106 pour 100 filles entre 7 et 8 ans).

II.2. ETUDE DEMOGRAPHIQUE DU JEUNE ENFANT (0 – 8 ans)

Notre regard porte sur la petite enfance dans les régions de Bondoukou, San Pédro et Abobo Sagbé. Quoique appartenant à un même pays, ces zones offrent des aspects spécifiques obéissant à deux grandes catégories : le milieu rural et le milieu urbain pauvre.

II.2.1. La petite enfance à Bondoukou (1998)

Situé au Nord-Est de la Côte d'Ivoire, Bondoukou est le chef-lieu de la région du ZANZAN. La commune de Bondoukou est le deuxième centre urbain de la région après Tanda, avec une population de 293 416 habitants en 1998 soit 41,85% de la population régionale totale. Le taux d'accroissement est de 5% contre 2,9% pour l'ensemble de la région. La population est relativement faible malgré une forte fécondité liée à une nuptialité précoce (15 ans chez les filles) et une immigration importante (la population étrangère en provenance essentiellement du Ghana et du Burkina Faso représente 10,3% de la population communale). La faiblesse de la population se ressent sur la densité également faible comparée à celle des autres centres urbains du pays. Par ailleurs, une part importante de cette population migre généralement vers le Sud et le Sud-Ouest pour diverses raisons :

- rechercher des terres propices aux cultures pérennes: café-cacao;
 - servir de main d'œuvre agricole dans les grandes plantations du sud;
 - servir de domestiques (jeunes filles) dans les familles du sud, notamment à Abidjan.
- Ici apparaît la problématique du travail des enfants.

La population de la commune de Bondoukou est extrêmement jeune à l'image de la population nationale. 41,12% a moins de 14 ans contre 42,90% au plan national. On peut en déduire que l'indice synthétique de fécondité est voisine de l'ensemble de la population ivoirienne qui est de 5,2%, tout comme le taux de natalité est de 40,7%. La jeunesse de la population s'explique par la forte nuptialité précoce, l'ignorance de la planification des naissances, l'analphabétisme des femmes (70% des Ivoiriens analphabètes en 1998)...

La petite enfance (tranche allant de 0 à 8 ans) représente 24,5% et est répartie comme suit :

Tableau n°8 : Répartition par tranche d'âge des enfants de 0 à 8 ans à Bondoukou

Tranche d'âge	% par tranche d'âge par rapport à la population de la commune
0 – 3 ans	10,54%
4 – 6 ans	07,83%
7 – 8 ans	5,67%

Source : INS 1998.

L'analyse de la répartition de la population cible dans la commune de Bondoukou montre une baisse régulière du nombre d'enfants à partir de la seconde tranche d'âge. On peut en déduire que dans cette localité peu d'enfants atteignent l'âge de 5 ans en raison d'un taux de mortalité infantile très élevé : 181‰ contre 117‰ au plan national. La baisse est particulièrement plus importante dans la tranche de 7-8 ans. Outre les causes classiques généralement identifiées (pathologies), de nombreux autres phénomènes déterminants sont à l'origine de la dégradation de la survie du jeune enfant dans la localité de Bondoukou. Ce sont :

- la persistance de pratiques socioculturelles comme la préférence de la médecine traditionnelle ;
- l'absence d'espacement des naissances liée à un analphabétisme prononcé chez les femmes (70% de femmes analphabètes dans le ZANZAN) ;
- la dégradation des conditions de vie des populations les plus vulnérables ;
- l'insuffisance des structures sanitaires et du personnel médical.

La répartition par sexe et par tranche d'âge pose un autre problème.

Tableau n°9 : Répartition par tranche d'âge et par sexe des enfants dans la commune de Bondoukou.

Tranche d'âge	Masculin	Féminin
0 – 3 ans	50,86%	49,14%
4 – 6 ans	49,23%	50,77%
7 – 8 ans	50,45%	49,50%

Source : INS – 1998.

Si la prédominance du taux de masculinité chez les jeunes enfants à Bondoukou reste établie, la baisse enregistrée au cours de la seconde période de vie (4-6 ans) chez le petit garçon mérite cependant d'être relevée car elle induit une vulnérabilité plus importante (résistance aux pathologies) chez le petit garçon que chez la fille. Qu'est-ce qui explique ce phénomène ?

II.2.2 La petite enfance dans la commune de San-Pédro

Située dans le Sud-Ouest de la Côte d'Ivoire, la région du Bas Sassandra abrite une population de 1 395 251 habitants soit 9,1% de la population nationale et le double de celle du ZANZAN. Cette région est réputée comme étant l'une des plus peuplées du pays ainsi que l'indiquent les taux d'accroissement enregistrés : 7,5% contre 2,9% dans le ZANZAN et 3,3% au plan national.

La raison essentielle de cet important peuplement est le déplacement de la boucle du cacao et du café dans cette région. En effet, cette zone forestière aux terres très fertiles, se prêtant mieux aux cultures pérennes, est devenue la destination principale d'un important mouvement migratoire interne et international (42,8% d'étrangers).

Tableau n°10 : Aperçu démographique de la région du Bas Sassandra

	Département	Pop 1988	Pop 1998	Tx d'acc-%	Densité (ht/km ²)
Bas – Sassandra	- San Pedro	170.669	422.204	8,9	57,8
	- Sassandra	108.090	207.378	6,3	40,9
	- Soubré	310.790	628.592	6,8	73,2
	- Tabou	58.147	137.077	8,4	26,3
	- Total région	1.395.251	1.395.251	7,5	53,3

Source : INS 1998

San Pedro, seconde ville portuaire du pays et chef-lieu de département, enregistre à l'image de l'ensemble de la région, une forte poussée démographique (la plus élevée) : 8,9%. Sa population est estimée à 422 204 habitants soit 30,26%. C'est le deuxième centre de concentration humaine de la région après Soubré.

La répartition par sexe indique qu'il y a 53,9% d'hommes et 46,1% de femmes. Quant à la structure par âge, elle révèle l'extrême jeunesse de la population de San Pedro : 41% a moins de 14 ans. La population de jeunes enfants (0-8 ans) est de 129 779 soit 26% de la population totale (département) et traduit un taux de natalité très élevé (avoisine le taux national de 40,7%). Cette forte natalité s'explique par l'absence de planification familiale liée à l'analphabétisme prononcé (chez les femmes), à la précocité nuptiale et à certaines pratiques culturelles.

Tableau n°11 : Répartition par âge des enfants de 0-8 ans à San-Pédro

Tranche d'âge	%
0 – 3 ans	11,37
4 – 6 ans	8,36
7 – 8 ans	5,78

Source : INS 1998.

La répartition par âge révèle que la survie du jeune enfant à San Pedro est à l'image de celle de Bondoukou. On observe une régression continue du nombre d'enfants à partir de l'âge de 4 ans. Cela signifie que les enfants atteignent difficilement l'âge de 5 ans dans la région. En effet sur une population représentant 26% de la population totale, 8,36% atteignent l'âge de 5 ans et seulement 5,78% vivent jusqu'à l'âge de la scolarisation formelle. Ce phénomène traduit une mortalité infantile encore élevée dans cette région. Toutefois, en tenant compte de l'importance relative des baisses enregistrées, on peut déduire que la survie de l'enfant semble plus compromise à San Pedro (-3%) qu'à Bondoukou (-2,7%). Ici comme ailleurs dans le pays, on identifie les mêmes causes de mortalité auxquelles s'ajoutent de nombreux facteurs aggravants comme l'ignorance de la planification des naissances, les pratiques socioculturelles et un analphabétisme prononcé des femmes. Sur ce dernier point, on estime que le niveau de prise en charge de l'enfant reste fortement tributaire du niveau d'instruction de la mère : plus celle-ci est instruite, plus elle respecte les consignes sanitaires (vaccination et consultations prénatales et postnatales) et les règles minimales d'hygiène.

Tableau n°12: Répartition des jeunes enfants par tranche d'âge dans la commune de San-Pédro

Tranche d'âge	Masculin (%)	Féminin (%)
0 – 3 ans	51,05	48,95
4 – 6 ans	50,77	49,23
7 – 8 ans	50,18	49,08

Source : INS 1998

L'analyse de cette dernière répartition montre que la mortalité infantile touche davantage le sexe masculin à San Pedro et confirme ainsi sa vulnérabilité par rapport à la petite fille. En effet, le taux de masculinité est en régression régulière (-0,28% et -0,59%) alors que le pourcentage de filles est en amélioration (+0,28% et +0,15%). Toutefois le nombre d'enfants de sexe masculin reste prédominant tout au long de l'évolution de la population.

II.2.3. La petite enfance dans le quartier Abobo Sagbé (Abidjan)

Quartier spontané qui s'est développé dans la banlieue Abidjanaise, Abobo est une commune située au nord d'Abidjan. C'est l'une des communes les plus vastes avec 1100ha et plus de 900 000 habitants. Sagbé, l'un de ses sous-quartiers, est subdivisé en trois secteurs : Sagbé Nord, Sagbé Sud et Sagbé Centre. Ce quartier abrite 87 864 habitants, soit 30,72% de la population d'Abobo et 3% de la population totale d'Abidjan. Quartier précaire et

pauvre, Sagbé abrite de nombreux jeunes enfants de 0–8 ans dont le nombre est estimé à 22 529 soit 25,64% de la population totale de ce quartier.

La distribution de cette population par tranche d'âge donne le tableau suivant :

Tableau n°13 : Répartition par tranche d'âge de la population des enfants d'Abobo-Sagbé

Tranche d'âge	% à la population de Sagbé
0 – 3ans	11,83
4 – 6 ans	08,06
7 – 8 ans	5,74

Source : INS 1998

A Abobo Sagbé, la situation du jeune enfant présente les mêmes caractéristiques que celle analysée à San Pedro et à Bondoukou. En effet, on remarque une forte proportion d'enfants au sein de la population qui reste encore vulnérable face à une mortalité infantile élevée. Le même phénomène de régression est également observé dans cette localité. On remarque cependant qu'elle est beaucoup plus significative (-3,77%) comparée à celle précédemment enregistrée à San Pedro (-3,01%) et à Bondoukou (-2,71%). Cela signifie que la mortalité infantile à Abobo Sabgé est plus importante.

Tableau n°14 : Répartition de la population de 0-8 ans par sexe et par âge à Abobo-Sagbé

Tranche d'âge	Masculin %	Féminin %
0 – 3 ans	51,12	48,88
4 – 6 ans	48,86	51,14
7 – 8 ans	48,91	51,09

Source INS 1998

La mortalité est plus prononcée chez le petit garçon que chez la petite fille. Ce phénomène, sans être propre à ce quartier, mérite qu'on s'y attarde compte tenu du fait que le pourcentage d'enfants de sexe masculin diminue huit fois plus vite à Abobo qu'à San Pedro et environ deux fois plus qu'à Bondoukou. Cette haute vulnérabilité pourrait s'expliquer par l'importante dégradation des conditions de vie des populations : extrême pauvreté, état d'insalubrité notoire, hygiène précaire, insuffisance caractérisée de l'encadrement (surveillance) familial. De petits garçons de moins de 3 ans livrés à eux-mêmes transformer cet environnement insalubre en aires de jeux. A cela s'ajoutent l'analphabétisme des femmes (70% des femmes sont analphabètes) et la négligence des parents.

La question du jeune enfant de 0 – 8 ans est un véritable enjeu pour le développement humain. Il est établi que la pauvreté financière et le taux de natalité élevé (nombreux enfants) ont pour résultat la difficulté de la prise en charge des enfants en matière d'éducation et de santé.

DEUXIEME PARTIE : ETAT DES LIEUX

La politique du développement intégré en faveur du jeune enfant en Côte d'Ivoire laisse apparaître sur le terrain l'intervention de plusieurs organisations publiques et privées, gouvernementales et non gouvernementales. L'action de l'Etat qui, dans son ensemble est la plus visible, reste cependant insuffisante. Cela rend encore pertinente la présence des autres organisations non gouvernementales et institutions internationales en tant qu'organes d'appui dans les efforts déjà entrepris par l'Etat. Mais il est à noter que l'efficacité de toutes ces actions est fonction des régions. Ainsi le développement intégré en faveur du jeune enfant à Bondoukou commande une stratégie qui n'est pas forcément la même à San Pedro. Celle-ci diffère de celle d'Abobo. Toutefois, ce n'est que dans l'application spécifique que les stratégies diffèrent ; cette différence tient aux spécificités économiques et culturelles des régions. La situation de la petite enfance demeure la même au plan national. C'est pourquoi même si les difficultés économiques se posent avec acuité, la dimension culturelle peut contribuer à réduire l'efficacité de la politique d'ensemble au niveau national.

Les recherches effectuées à Abobo, à Bondoukou et à San Pedro, laissent donc apparaître l'action de développement intégré en faveur du jeune enfant sous des aspects récurrents d'une part et spécifiques de l'autre, eu égard aux raisons évoquées ci-dessus.

Le chapitre sur l'état des lieux vise, en conséquence, à apprécier à partir du référentiel que représente la Convention relative aux droits de l'enfant, les actions réalisées par l'Etat et les partenaires au développement par rapport au programme de coopération de l'Unicef avec l'Etat de Côte d'Ivoire pour la période de 2000-2007. Les effets attendus au terme du programme de coopération se résument en quatre résultats stratégiques qui sont :

1. Amélioration des conditions de survie, de croissance et de développement de l'enfant et de la mère et réduction de la mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle ;
2. Facilités d'accès des filles et des garçons d'âge scolaire à une éducation de base de qualité ;
3. Reconnaissance, respect, et application des droits de l'enfant et réintégration des nécessiteux dans le système social, familial et communautaire en vue d'une protection spéciale ;
4. meilleur suivi des droits des enfants et des femmes et des groupes vulnérables dans la formation et la mise en oeuvre des politiques sociales.

L'intérêt des regards sur la politique de développement intégré en faveur du jeune enfant dans les régions d'Abidjan (Abobo et Yopougan), San Pedro et à Bondoukou, réside donc dans l'aptitude de l'Etat à identifier les points d'ancrage dans une dynamique d'harmonisation visant à prendre en compte les priorités nationales et celles de l'Unicef, notamment dans les programmes sectoriels suivants :

- Santé-nutrition
- Education de base ;
- Protection des enfants et des adolescents ;
- Politiques sociales, suivi et évaluation.

A ces programmes sectoriels s'ajoutent cinq composantes transversales :

- VIH/SIDA ;
- Développement du jeune enfant ;
- Eau – Assainissement – Environnement
- Communication pour le changement
- Urgences

La structure des opérations est basée sur une approche de développement holistique de l'enfant et de la femme, fondement des regards que nous posons sur les différentes zones retenues, en guise d'échantillon, dans cette partie.

CHAPITRE I : REGARD SUR LA POLITIQUE DU DEVELOPPEMENT INTEGRE EN FAVEUR DU JEUNE ENFANT DANS LA REGION DU ZANZAN (BONDOUKOU)

L'approche intégrée oblige à une vision holistique de l'enfant et une coordination des actions dans les domaines prioritaires de la santé, de la nutrition, de l'eau et de l'assainissement, de l'éducation et de la protection en faveur des enfants de 0 à 8 ans. Cette approche s'inscrit dans le cadre de la convention des droits de l'enfant qui consacre l'individualité des droits de l'enfant. Aussi l'élaboration du présent chapitre entre-t-elle dans le cadre de l'évaluation de l'expérience nationale de prise en charge du développement intégré du jeune enfant.

I.1 PRESENTATION GENERALE DE LA REGION DU ZANZAN

Située au Nord-Est de la Côte d'Ivoire, la région du Zanzan s'étend sur une superficie de 38 000 Km² soit 11,8% du territoire national. Elle est encadrée au Nord par le Burkina Faso, à l'Est par le Ghana, au Sud par les départements de Agnibilékro et de Daoukro et à l'Ouest par le fleuve Comoé qui la sépare de M'bahiakro, Ferkessédougou et Dabakala.

Le climat de la région est de type tropical humide avec deux grandes zones climatiques :

- au Nord (zone de Bouna) prédomine un climat soudanien (climat tropical sec) ;
- au Sud (Bondoukou et Tanda) où on observe un climat soudano-guinéen (climat trop humide).

La région enregistre une faible pluviométrie, du reste irrégulière, qui induit une tendance à la sécheresse et des sols peu profonds et donc peu fertiles ; ce qui limite fortement les possibilités agricoles dans la région et pose de réels problèmes d'approvisionnement des populations notamment rurales en eau potable. Deux principaux cours d'eau arrosent la région : la Volta Noire et la Comoé .

La population du ZANZAN estimée à 701 005 habitants au dernier RGPH (1998), est répartie comme suit :

Tableau n°15 : Répartition de la population du ZANZAN

Département	Superficie	1988	1996	1997	1998	Densité (hbts/ km ²)
Bondoukou	10 040	174 251	210 471	215 215	293 416	29,2
Bouna	21 470	135 813	164 042	167 741	178 769	8,32
Tanda	6 490	204 070	246 487	252 004	228 820	35,25
TOTAL	38 000	514 134	621 000	635 000	701 005	18,44

Source : INS 1998

On observe une faible densité (18,4 habitants au Km²) due à un important mouvement migratoire des populations rurales principalement vers :

- le Sud-ouest du pays (San-pédro notamment) région par excellence des cultures pérennes, à la recherche de terres fertiles pour leurs activités agricoles ou pour servir de main d'œuvre agricole. Cette forte migration traduit l'épineux problème de la qualité des sols dans la région du ZANZAN.
- Les grands centres urbains : ce mouvement a été pendant longtemps dominé par celui des jeunes filles qui vont servir de domestiques dans les ménages, à la recherche de moyens financiers en vue de la préparation de leurs noces (problème du mariage précoce dans la région et du travail de la petite fille).

La faible densité cache en réalité d'importantes disparités dans la répartition des populations dans le ZANZAN :

- Bondoukou chef-lieu, a une densité relativement importante (29,2 habitants au Km²) en raison de l'exode rural ;
- Tanda, une densité plus significative (35,5 habitants au Km²) en raison de la présence de la réserve de la Comoé ;
- Bouna, une très faible densité (8,3 habitants au Km²) en raison de l'important nomadisme des populations Lobi à la recherche de terres plus fertiles. D'où migration vers le sud (Bondoukou, Tanda) et le nord (Ferkessedougou). Ce nomadisme pose un problème réel au niveau de l'identification des populations et de leur prise en charge effective.

Une analyse de la situation permet de constater une forte proportion de jeunes à l'image de la population nationale. En effet, près de la moitié de cette population soit 47% a en dessous de 15 ans et 33,8%, entre 0 et 8 ans. Ce poids démographique pèse sur la demande sociale en matière d'éducation et de santé. Quant aux femmes, elles constituent 49% (dont 22,3% en âge de procréer) de la population totale.

Notons que dans l'organisation sociale de la région (qu'il s'agisse du système patrilinéaire en vigueur dans le nord ou du système matrilinéaire pratiqué dans le sud), la charge de l'éducation de l'enfant est entièrement dévolue à la femme qui, en outre, assure la subsistance du père et de l'enfant ; d'où une forte présence féminine dans les principaux secteurs d'activités (agriculture, commerce des produits agricoles). Cette situation ne permet pas à la mère de s'occuper de façon satisfaisante de sa progéniture. De plus, l'environnement culturel reste caractérisé par la persistance (quoique en régression) de facteurs défavorables à leur épanouissement, tels le mariage précoce et forcé, symbole de domination des hommes et la préférence pour la médecine traditionnelle.

Dans le ZANZAN, 80% de la population vit en zone rurale. La population active est estimée en 1998 à 52% contre 47% il y a seulement deux ans. Cette progression rapide s'explique par le développement du travail des jeunes (secteur informel) qui, en réalité, pose le problème du travail des enfants. En effet, de plus en plus nombreux sont les enfants dont l'âge varie entre 8 et 12 ans qui exercent les petits métiers de vendeurs, porteurs ou cireurs dans les marchés et les gares routières. Loin d'être spécifique à la région du Nord Est, le phénomène s'y est cependant accru ces dernières années du fait d'une pauvreté grandissante des familles.

L'activité économique dominante dans le ZANZAN reste l'agriculture et le commerce, l'industrie y est encore balbutiante. Les principales cultures sont :

- les cultures de rente : café (1,3% de la production nationale) et le cacao (2,5% de la production nationale) , coton, palmier à huile, hévéa. La faiblesse de rendement de ces cultures est due non seulement à la mauvaise qualité des sols mais également à leur mode d'exploitation qui reste dominé par une exploitation de type traditionnel. De plus, les plantations sont vieillissantes et de petites tailles. Seule la culture d'anacarde présente dans tous les trois départements de la région paraît produire des résultats satisfaisants ;
- les cultures vivrières : la production des ignames procure l'essentiel des revenus des populations rurales mais les exploitations demeurent encore traditionnelles ;
- l'élevage, la pisciculture...

La faiblesse de rendement agricole se ressent dans la situation économique des populations. On estime que le revenu moyen en zone de savane n'excède pas 30 000 F CFA contre 50 000 F CFA en zone forestière. Cette situation de pauvreté généralisée transparaît nettement dans les conditions de vie précaires des populations du ZANZAN, particulièrement dans celle de la femme et du jeune enfant.

La région est organisée au plan administratif en 3 départements comprenant 17 sous-préfectures (dont 12 sont fonctionnelles et 5 nouvelles en attente d'affectation d'un sous-préfet) et 11 communes. Le Conseil Général, nouvelle structure décentralisée, participe depuis 2000 au développement de la région du ZANZAN.(voir tableau 17)

Tableau n°16: Répartition des sous-préfectures par département

Départements	Préfectures	Sous-préfectures
Bondoukou	Bondoukou	Bondoukou Sandégué Tabagne Sapli Gouméré Taoudi Sorobango
Bouna	Bouna	Bouna Doropo Nassian Téhini
Tanda	Tanda	Tanda Assuéfry Kouassi-datékro Koun-fao Transua Tankessé

Source : INS (1998)

Tableau n°17: Répartition des centres par village, par sous-préfecture et par département

Départements	Préfectures	Sous-préfectures	Villages
Bondoukou	Bondoukou	Bondoukou	-Abéma -Pongonwagne -Sercoumé -Affouavame -Songori
		Sandégué	Madam
		Tabagne	-Kouman -Gbané
		Gouméré	Karako
		Sapli	
		Sorobango	
		Taondi	-Dinaondi -Zepo -Bondoyo
Bouna	Bouna	Bouna	
		Doropo	
		Nassian	-Zolongo -Saboukpa
		Téhini	
Tanda	Tanda	Tanda	-Bassapounou -Mema -Komanbo -Magafou -Kouadiobango -Adjoumanibango -Fissa -Amanvi -Djadonbango -Adjéibango -Bokoré
		Assueffry	-Korobo -Yaodongokro
		Kouassi Datékro	-Comoékro -Djoro-djoro
		Koun Fao	
		Transua	
		Tankessé	

Au titre des infrastructures socio-économiques, on observe :

- une grande inaccessibilité des populations cibles en raison d'un réseau routier peu développé : 95,1% des routes sont des pistes très impraticables en saison pluvieuse ;
- une faible électrification : la région est l'une des plus défavorisées dans l'électrification rurale. Seulement 97 villages sur 1078 identifiés en 1997 sont raccordés au réseau électrique, soit 9%.
- une couverture en hydraulique peu satisfaisante du fait des nombreuses pannes enregistrées.

Ainsi se présente le cadre physique et socio-économique de développement du jeune enfant dans la région du ZANZAN.

A l'analyse, de nombreux facteurs handicapent lourdement la mise en place d'une gestion optimale du développement intégré du jeune enfant. L'expérience d'une telle prise en charge existe pourtant. Aussi la présente étude se propose-t-elle d'en faire l'évaluation.

Il s'agira plus spécifiquement d'analyser la situation actuelle du jeune enfant au regard des actions entreprises par les différentes structures régionales d'encadrement et de protection qui influent négativement sur l'épanouissement du jeune enfant.

I.2 LE CADRE INSTITUTIONNEL DE PRISE EN CHARGE DU JEUNE ENFANT

Différentes institutions et organisations interviennent soit conjointement soit individuellement en faveur du jeune enfant dans le cadre d'un développement intégré dans le ZANZAN. Ces structures sont réparties dans le secteur étatique, para étatique, privé, associatif et informel.

I.2.1 Le secteur étatique et les actions en faveur du jeune enfant

Les différents Ministères en charge du développement et de la protection du jeune enfant sont représentés dans le Zanzan par des directions régionales chargées d'exécuter et de coordonner, au plan local, les différentes politiques nationales de santé, d'éducation et de protection de l'enfant.

I.2.1.1 Le Ministère de la Santé Publique

Ce ministère développe une approche communautaire de l'encadrement du jeune enfant basée sur le développement des structures d'accueil. Cette approche intègre des préoccupations de santé, de suivi, de protection, et de développement de l'enfant ainsi que des familles.

Au plan régional, les différents programmes de santé publique sont mis en œuvre par la Direction Régionale de la santé publique et ses Directions départementales.

- Les structures sanitaires

Sur l'ensemble du territoire du ZANZAN, on dénombre 102 formations sanitaires réparties dans deux districts sanitaires. Cette situation classait la région parmi les plus pourvues en structures sanitaires du pays en 1999. Le ratio d'accessibilité de la population aux formations sanitaires s'établissait à 1/6872 habitants, sur la base d'un taux d'accroissement naturel de la population de l'ordre de 3,8%. On estime qu'en 2004 ce ratio sera de 1/ 8439 habitants. Ce ratio, quoiqu'en baisse, demeure satisfaisant comparé à la moyenne nationale qui s'établissait à 1 / 17 917 habitants.

D'importantes disparités sont cependant observées dans la répartition des structures aussi bien entre les deux districts qu'entre les localités d'un même district. Le département apparaît comme la localité la mieux couverte avec 44 centres soit 1/ 6668 habitants contre 23 à Bouna.

Il convient de relever que de nombreux centres de santé identifiés dans les deux districts ne sont pas encore fonctionnels parce qu'en attente d'ouverture, d'affectation du personnel ou encore d'allocation de budget ou de matériel de fonctionnement. On en dénombrait 27 en 1998.

Au niveau des ressources humaines, les deux districts sanitaires de la région comptabilisent 24 médecins soit 1 médecin pour 27 461 habitants ; ce quota est non seulement inférieur à la moyenne nationale et largement en deçà des normes de l'OMS (1médecin pour 2000). Par ailleurs, il importe de noter que d'importantes disparités sont observées dans l'allocation des ressources humaines entre le département de Bondoukou (1/ 22 739) et celui de Bouna (1/ 35 431). Enfin, on note l'insuffisance et/ou l'absence de certaines spécialités, par exemple le CHR de Bondoukou, centre de référence, ne compte qu'un médecin pédiatre. Quant au personnel paramédical, le ratio n'est pas non plus satisfaisant. On enregistre seulement 50 sages-femmes soit une sage- femme pour 3132 femmes en âge de procréer.

Au titre des soins promotionnels et préventifs, les différentes campagnes nationales de vaccination coordonnées au plan local par la Direction régionale de la santé ont permis d'atteindre en 1999 le taux de couverture vaccinale ci-dessous :

* Enfants de 0 à 11 mois

- BCG :	59 %
- DTCP3 :	47%
- Rougeole :	43%
- Fièvre jaune :	42%

* Femmes enceintes

- Vat 2 et plus :	34%
-------------------	-----

Ces taux de couverture vaccinale sont nettement inférieurs par rapport à l'objectif national en CV qui est de 80% pour tous les antigènes. Cette faible couverture est due aux raisons suivantes (INS, 1999) :

- Les ruptures de stocks de vaccins et des consommables médicamenteux dans les centres de vaccination et dans les dépôts des districts. Ces ruptures sont dues à la mauvaise appréciation des stocks d'alerte, aux ruptures et à la non satisfaction des commandes au niveau central ;
- L'absence de certaines ressources (carburant ; panne de motos, mobylettes et voitures) n'a pas permis de faire les stratégies avancées et mobiles ;
- La faible adhésion des populations de la région à la médecine moderne.

Les taux de couverture vaccinale enregistrés à Bouna sont beaucoup plus faibles en raison du nomadisme des populations.

- Les programmes de protection sanitaire dans la région du ZANZAN prennent en compte les secteurs suivants :
 - la vaccination (PEV) ;
 - la lutte contre les grandes endémies (paludisme, ver de guinée...) ;
 - la prévention de la transmission mère enfant (pas encore effectif) ;
 - le planning familial (CHR Bondoukou) ...

I.2.1.2 Le Ministère de l'Education Nationale

A l'instar des autres régions du pays, la politique sectorielle en matière d'éducation du jeune enfant est conduite par la Direction Régionale de l'Education Nationale (DREN), structure déconcentrée du Ministère de l'Education Nationale.

Le système éducatif du ZANZAN est complexe. On distingue deux niveaux d'encadrement : le système éducatif formel à côté duquel s'est développé depuis quelques années un système qu'on pourrait qualifier d'informel. Ce système comprend un ensemble très varié de structures d'accueil dont les CAEJE, les écoles coraniques et les écoles bénévoles ou informelles.

a) Le système éducatif formel

- Les structures d'éveil et de protection du jeune enfant (0 – 6 ans)

Tableau n° 18 : Les écoles préscolaires fonctionnelles par département (2004)

Département	Ecoles préscolaires publiques		
	Ecoles	Classes	Effectif
Bondoukou	13	20	610
Bouna	2	6	67
Tanda	12	33	823
Total	27	59	1500 dont 51% de filles

Source : DREN (2004)

L'analyse du tableau n° 17 nous amène à faire trois observations :

- **L'insuffisante et inégale répartition des structures** : 1500 enfants dont l'âge varie entre 2 et 6 ans sur une population estimée à 184 525 enfants ont bénéficié d'un programme d'éveil et de protection avant leur entrée au CP1 au cours de l'année 2004. On en déduit que 0,8% de cette population est effectivement prise en charge dans les structures formelles de l'enseignement préscolaire. On dénombre seulement 27 écoles fonctionnelles sur 32 autorisées et 59 classes préscolaires publiques dans toute la région ; visiblement la demande d'éducation préscolaire ne peut être valablement satisfaite par cette offre insuffisante d'infrastructures. Par ailleurs, il existe une grande disparité dans cette offre entre, d'une part les zones rurales et les zones urbaines (toutes les écoles sont implantées en milieu urbain) et d'autre part entre les départements (Bondoukou : 13 écoles et Bouna : 2 écoles) ;
- **Les disparités dans la scolarisation entre filles et garçons** n'apparaissent pas ici ; le taux de scolarisation au préscolaire est même favorable aux filles (51%) ;
- **L'absence d'initiatives privées dans la création des centres**. Tous les centres d'éveil identifiés sont des structures étatiques. Les initiatives privées auraient pu permettre de remédier aux insuffisances de l'offre publique.

Dans l'éducation de base, l'offre croissante d'infrastructures et le don de fournitures scolaires, (Etat, projet BAD, UNICEF) ont permis d'améliorer sensiblement l'accès à l'enseignement primaire dans le ZANZAN.

.Tableau n°19 : Répartition des écoles primaires par département

Département	Ecoles primaires privées		Ecoles primaires publiques	
	Ecoles	Effectifs	Ecoles	Effectifs
Bondoukou	6	1941	224	40078
Bouna	0	0	25	4551
Tanda	7	1950	227	46562
Total	13	3891	478	91191

Source : DREN (2004)

Le taux brut de scolarisation est en progression depuis 1994 (51,4%) et se situe en 2004-2005 à 68,22%. Cette progression est importante à relever dans la mesure où cette région a un faible taux de scolarisation. Une politique dynamique du Ministère de l'Education Nationale par l'amélioration de l'offre de structures et une sensibilisation accrue et ciblée des populations aura permis de relever nettement le taux de scolarisation dans le ZANZAN, particulièrement en milieu rural. Cependant le problème de la sous scolarisation des filles par rapport aux garçons subsiste. L'écart tend à être réduit (moins 7 points), mais il demeure encore significatif (64,22% pour les filles contre 71,03% pour les garçons en 2005).

Les effectifs dans l'enseignement primaire public connaissent une évolution irrégulière depuis 2000. Après une progression entre 2001 et 2002 (+ 2,6%), ils chutent de 7,2% en 2003 avant de connaître une nouvelle croissance plus significative en 2004 (+ 12,7%). Une autre baisse sera intervenue en 2005 (- 2,9%). Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être évoqués : le déclenchement de la crise qui n'a pas permis d'accroître le nombre de classes notamment dans les zones assiégées dans la région et les cas d'abandon suite à l'aggravation des conditions de vie difficiles des populations.

Le taux d'admission au CP1 : nouveaux élèves de la première année de l'enseignement primaire en pourcentage de la population ayant l'âge officiel d'admission.

En 2004-2005, ce taux est de 55,04%, soit un recul de 1,7% par rapport au taux de 2003-2004 qui était de 56,78%. Au cours de la période sous revue (2004-2005), 56,23% de garçons ont eu accès aux classes du CP1 contre 53,72% de filles. Au sein de cette population, seulement 9,03% ont fait le préscolaire.

Quant au taux net d'admission qui correspond à l'effectif des nouveaux élèves admis au CP1 ayant l'âge officiel dans cet enseignement en pourcentage de la population correspondante, il s'établit à 46,79% et traduit un double phénomène dans la région :

- une scolarisation précoce : 16,72% ;
- une scolarisation tardive plus importante : 39,31%.

On en conclut que les enfants de moins de 6 ans et ceux de plus de 6 ans (enfants retardés pour insuffisance de classes, du fait de pratiques socioculturelles et/ou ignorance des parents) représentent les 2/3 des enfants admis au CP1 au détriment des réels bénéficiaires (enfants de 6ans).

- **Evolution du ratio élèves/classe**

En 2004-2005, le ratio élèves par classe s'établit à 44 élèves contre 70 par classe dans les zones urbaines et 60 par classe dans les zones rurales au plan national. Ce ratio paraît a priori satisfaisant. En réalité, il cache une sous utilisation des infrastructures. En effet, sur 2183 classes autorisées au titre de l'année scolaire 2004-2005, 2091 ont effectivement accueilli des apprenants.

b) Le système éducatif informel

Le secteur informel connaît un développement avec le foisonnement des écoles coraniques et des écoles dites bénévoles dans la région du ZANZAN. Les effectifs de ces structures sont en croissance depuis quelques années.

- Les écoles coraniques

L'école coranique est une réalité vivante et incontournable dans les pratiques éducatives des populations du Nord Est. Elle fait partie de la vie quotidienne : cela est à mettre en rapport avec la forte islamisation des populations (un village/ une mosquée, une mosquée/ une école coranique).

On dénombre en 2004-2005, 84 écoles coraniques réparties en deux catégories :

- 27 écoles traditionnelles qui dispensent une éducation religieuse (étude du coran) à des enfants y compris ceux de 3 à 8 ans.
- 37 Médersa et 20 écoles franco-arabes qui intègrent dans leurs enseignements religieux le programme officiel.

Ces centres ont accueilli en 2004-2005, 11 016 enfants. Ces effectifs rivalisent parfois avec ceux de l'enseignement formel (cas de la Sous-préfecture de Sandégué : 6207 élèves). Ces enfants sont encadrés généralement par des théologiens et des encadreurs dont le niveau varie entre le CM2 et la Terminale.

Les raisons qui expliquent l'engouement des familles pour ces centres, outre la recherche d'une formation spirituelle pour leur progéniture, sont d'une part l'insuffisance des structures formelles et d'autre part le fait que la scolarité dans ces écoles est moins chère et demande peu d'investissement (tenues scolaires, fournitures...).

- Les écoles informelles

Ce sont des écoles créées de façon spontanée pour répondre aux besoins d'encadrement des enfants des localités dépourvues d'écoles formelles. La région du ZANZAN, à l'image de nombreuses régions de la Côte d'Ivoire, regorge de ce genre d'établissements pour des raisons multiples: forte population scolarisable en milieu rural, insuffisance des infrastructures, éloignement de l'école par rapport aux lieux d'habitation des élèves .

Pendant longtemps il a été reproché aux jeunes initiateurs (qui sont généralement des jeunes déscolarisés originaires des localités d'implantation) de créer des inspections parallèles. Mais force est de reconnaître que ces structures soulagent les populations de leurs lieux d'implantation si bien que dans certaines régions comme celle du ZANZAN, la DREN et l'UNICEF ont décidé de leur apporter leur appui par la formation des enseignants et la fourniture de matériels pédagogiques et de kits scolaires. L'existence de ces écoles permet de faire reculer le taux d'analphabétisme dans les zones desservies.

Dans le seul département de Bondoukou, 30 écoles bénévoles ont été identifiées qui accueillent 2567 auditeurs du CP au CE dont 801 filles . Le recrutement des élèves ne tient pas toujours compte de l'âge officiel d'entrée à l'école qui est de 6 ans. L'essentiel est que les parents des candidats acceptent d'inscrire leurs enfants.

Le personnel encadreur est composé de 37 moniteurs dont le niveau varie entre la 3^{ème} et la Terminale. Certains ont reçu une formation auprès des instituteurs de l'inspection primaire, d'autres (la majorité) ont été formés sur le tas. Quant aux conditions de travail des élèves et des maîtres, elles sont extrêmement difficiles.

I.2.1.3. Le Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés

Ce département conduit également une politique de protection et d'éveil du jeune enfant par l'entremise des structures de base qui initient et exécutent des programmes. Ce sont les centres sociaux et les centres de protection du jeune enfant.

- Les centres sociaux : leurs activités consistent en des séances de pesées, de vaccinations, d'éducation nutritionnelle et de sensibilisation sociale. Sur le territoire départemental de Bondoukou, on dénombre 8 centres sociaux. Il est prévu l'ouverture prochaine d'un centre d'éducation spécialisée.
- Les centres de protection du jeune enfant (CPPE) encadrent les enfants de 0 à 6 ans. On enregistre deux centres dans le ZANZAN.

L'existence de ces centres est parfois méconnue des populations : en témoignent les faibles taux de fréquentation généralement enregistrés (20%).

I. 2.1.4. Le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant

Ce ministère participe à la protection et à l'éveil du jeune enfant, ainsi qu'à l'éducation, au bien-être des familles à travers l'administration de services d'encadrement. Ainsi, dans le ZANZAN, l'on a des institutions de Formation et d'Education Féminine pour la formation des femmes à l'éducation maternelle, à l'économie domestique, à l'hygiène alimentaire, à l'hygiène environnementale, à la cuisine, à la puériculture et à l'éducation à la vie.

I.2.1. 5. Autres ministères et structures para étatiques

- le ministère d'Etat, Ministère de la justice et des droits de l'homme : il assure la protection légale et judiciaire de l'enfant.
- le ministère de la jeunesse, des loisirs et des sports : il organise des centres aérés en faveur du jeune enfant.
- les Centres d'Accueil et d'Encadrement du Jeune Enfant (CAEJE)

Les CAEJE sont des structures légères implantées au sein des communautés rurales qui les gèrent et qui ont pour mission d'assurer, par des activités de développement physique, sanitaire, moteur, intellectuel et socio- affectif, l'épanouissement des enfants de 0 à 6 ans.

Tableau n° 20 de répartition des CAEJE par sous-préfecture et par département

Département	Sous préfecture	Nombre
Bondoukou	Bondoukou	12
	Gouméré	2
	Sandégué	1
	Sapli-sépingo	3
	Sorobnago	4
	Tabagne	3
	Taoudi	6
Total département Bondoukou		31
Bouna	Bouna	1
	Nassian	2
Total département Bouna		3
Tanda	Assuéfry	6
	Kouassi-Datéкро	5
	Tanda	17
Total département Tanda		28
Total région ZANZAN		62

Source :DREN, 2004 .

Dans 12 Sous-préfectures sur un total de 17 que compte la région, 66 centres sont implantés.

- **Effectif des CAEJE**

62 centres sur 66 identifiés ont accueilli une population estimée à 4533 élèves de 2 à 6 ans qui ont ainsi pu bénéficier d'un encadrement de type préscolaire.

Tableau n° 21 : Répartition des effectifs des CAEJE par tranche d'âge

Age	Effectif total	Garçons	Filles
[2 ; 3[567	277	299
[3 ; 4[1087	502	555
[4 ; 5[1299	638	661
5 ans et plus	1610	762	858
TOTAL	4533	2169	2364

Source : DREN (2004)

Le taux de participation par tranche d'âge est appréciable et traduit l'intérêt suscité par le projet auprès des populations ; il en est de même pour le taux de participation des filles (52,15%).

- **Le personnel d'encadrement**

Les enseignements sont dispensés par un corps de 134 animateurs bénévoles dont le niveau varie entre le CE1 et la terminale. Ils reçoivent, pour la prise en charge des enfants avant l'ouverture des centres une formation, dispensée par la cellule IEC de la DREN. Interviennent aussi des séances annuelles de recyclage. Malgré la crise socio-politique, la formation d'encadreurs se poursuit. En 2003 – 2004, elle a porté sur le module consensuel et la fabrication de jouets locaux (2005).

- **Infrastructures et équipements des CAEJE**

Au niveau des infrastructures, l'état des lieux des centres a permis de constater que :

- 6 centres disposent de cantines pour le suivi nutritionnel des enfants ;
- 18 centres ont accès à l'eau potable (pompes villageoises) ;
- 7 centres disposent de latrines améliorées.

Tous les centres créés ont été entièrement équipés en matériels ludiques par l'UNICEF (toboggans, cages à écureuil, tourniquets, ballons, cordes.....) et pédagogiques (cahiers, stylos.....).

- **La gestion des centres**

La gestion des CAEJE est à la charge des populations bénéficiaires tant au niveau de la construction, de l'entretien des locaux que de la prise en charge des animateurs. Mais cette gestion pose d'énormes difficultés qui menacent la pérennité des centres :

- les réparations du matériel défaillant sont abandonnées aux animateurs par les populations après la création des centres ;
- la situation de pauvreté grandissante des familles ne leur permet pas de garantir la prise en charge des animateurs. Nombreuses sont les familles qui ont dû retirer leurs enfants des centres parce qu'elles n'étaient plus en mesure de s'acquitter des modiques cotisations (entre 100 et 350 FCFA) mensuelles fixées pour contribuer à la rémunération des animateurs.
- A cela s'ajoute le manque de matériel de transport

Ces facteurs combinés contribuent à démotiver le personnel ; des cas de défection ont d'ailleurs été enregistrés par la Direction des Ecoles, lycées et collèges en 2003.

L'impact des CAEJE est très positif sur les populations bénéficiaires :

- sur les enfants : les centres les préparent à aborder avec sérénité les classes préparatoires de l'enseignement primaire. Les centres sont adossés au système éducatif normal car les meilleurs pensionnaires sont progressivement insérés dans les classes du primaire et produisent tout au long de leur cursus d'excellents résultats. On estime en 2001 que les 7 meilleurs élèves des écoles où il existe des centres proviennent des CAEJE.
- sur les familles : les centres jouent un rôle de garderie permettant ainsi aux familles, particulièrement aux mères, de vaquer plus librement à leurs activités et d'accroître leurs revenus.

Malgré les nombreux avantages liés à l'existence des centres, peu d'enfants y ont accès : les effectifs des CAEJE ne représentant que 3,2% de la population cible dans les localités d'implantation. L'offre de structures est certes en progression, mais elle demeure encore insuffisante.

I.2.2. ONG / OI et actions en faveur du jeune enfant

La présence des Organisations Internationales intervenant en faveur du jeune enfant dans la région, et singulièrement celle de l'UNICEF à travers de nombreux projets d'éducation de santé et de protection des enfants, est appréciée positivement. De façon générale, ce partenaire essentiel intervient soit individuellement soit en appui des programmes nationaux par la fourniture d'équipements et de financements. Peut-être

faudrait-il tout de même faire réaliser, en amont, une étude des besoins réels et urgents afin de rendre utilisables certains dons. Car à quoi serviraient des toboggans ou des supports didactiques inadaptés là où le besoin réel se résume en cartons d'ardoises et bâtons de craie ?

De nombreuses ONG oeuvrant pour l'essentiel dans le domaine de l'alphabétisation ont été identifiées dans le ZANZAN dont: Ivoire Conseils, Femme et développement 2000, ONG Notre grenier...

I.2.2.1 Association pour l'enfant et d'enfant

Aucune organisation d'enfant n'a été identifiée dans la présente étude, cependant on note la présence de l'AIBEF et de la CARITAS dans leurs activités de sensibilisation à une politique de planification des naissances et de prise en charge des populations démunies dans la région du ZANZAN.

I.2.2.2 Les problèmes du jeune enfant dans la région du Zanzan

Sera analysée l'évolution de la situation du jeune enfant relativement à sa prise en charge sanitaire, à son éducation et à sa protection juridico-légale.

La prise en charge sanitaire du jeune enfant dans la région du ZANZAN sera appréciée à travers l'analyse des indicateurs de survie tels que le taux de fréquentation et d'utilisation des formations sanitaires, le taux de mortalité infanto-juvénile et maternelle, les principales causes de morbidité infantile de la région et l'état d'exécution des divers programmes sectoriels de santé (assainissement, nutrition, PTME) du jeune enfant.

- Les taux de fréquentation et d'utilisation des services de santé demeurent faibles dans l'ensemble de la région (respectivement de 18% et 21%). Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés :
 - l'éloignement des centres de santé (seulement 50% de la population vit à 5 Km d'une formation sanitaire alors que le PNDS prévoit un taux de 80% en 1999) ;
 - la paupérisation généralisée ;
 - la persistance de pratiques socio-culturelles telle la préférence pour la médecine traditionnelle.

De ces taux ressortent nettement des taux de morbidité et de mortalité infantile élevés ; on enregistre 180 décès pour mille dans la région contre 117 au plan national. Quant à la morbidité infantile et infanto-juvénile, elle est essentiellement due à des pathologies comme les maladies respiratoires (59,7 pour mille en 1999 contre 80 en 1996),

le paludisme (27,9 pour mille), le tétanos néonatal (6 cas), la malnutrition (5,39 pour mille), les maladies diarrhéiques, la rougeole.

Le taux de couverture médicale reste faible malgré une progression intéressante. Quant à la prise en charge sanitaire de la mère, elle est certes en amélioration ; cependant des efforts restent encore à faire : 80% des femmes enceintes ont bénéficié d'une couverture en consultations prénatales, mais seulement 23,47% ont reçu une couverture adéquate (3 CPN). Enfin, 47% des femmes accouchent sous assistance médicale et 98 sur 1000 décèdent en couche.

On retient, en conséquence que les indicateurs de survie du jeune enfant sont en progression mais sa situation sanitaire demeure préoccupante dans le Nord-Est du pays.

En ce qui concerne l'état d'exécution des programmes sectoriels de santé, on observe une inertie générale dans leur mise en œuvre ; ainsi le programme PTME VIH/SIDA prévu depuis 3 ans n'a pas encore démarré alors que de nombreux cas d'enfants affectés et infectés par le VIH / SIDA sont recensés (plus de 716 cas selon le Centre social de Bondoukou). Le programme national de nutrition est pratiquement inexistant qui se résume à la distribution de Vitamines lors des journées nationales de vaccination. Le projet d'hydraulique villageoise a permis d'établir une couverture en eau potable dans les zones rurales à raison d'une pompe pour 425 habitants mais le taux élevé de pannes (39%) réduit l'appréciation du ratio alors que des cas de ver de guinée continuent d'être enregistrés dans la région (Sandégué notamment).

- Situation sanitaire et nutritionnelle des enfants dans les CAEJE

Dans ces structures, le volet sanitaire est bien souvent occulté ; seulement 6 centres disposent d'une cantine et 18 ont bénéficié de l'accès à l'eau potable grâce aux forages de puits initiés dans la région avec l'appui de l'UNICEF(2001-2002). Par ailleurs, les animateurs ont besoin d'une formation en gestion (administration des soins préventifs et des médicaments) des boîtes à pharmacie mises à leur disposition par l'UNICEF.

I.2.2.3 L'éducation du jeune enfant

Le taux net de scolarisation est en croissance régulière (voir analyse précédente) mais les disparités importantes observées dans le Nord de la région modifient quelque peu ce résultat. Trois zones de scolarisation peuvent être dégagées : le sud avec une forte demande de scolarisation, le centre moyennement scolarisé et le nord où des localités entières ont été marginalisées dans la répartition des écoles. En 2003, 1220 enfants ont été refusés au CP1 pour insuffisance de salles de classe.

Les centres d'éducation du jeune enfant sont insuffisants (2 pour toute la région) alors que la demande augmente, quand, au contraire, les localités pourvues en infrastructures enregistrent une sous-utilisation des locaux ou encore que de nombreuses autres manquent de personnels qualifiés (postes vacants : 73 au primaire et 9 au préscolaire en 2003).

Les principaux facteurs explicatifs de telles situations sont :

- l'éloignement des écoles (phénomène de sous scolarisation) ;
- les conditions d'accès et de vie précaire dans les zones rurales (problème de postes vacants) ;
- la paupérisation généralisée et la cherté des ouvrages scolaires ;
- le nomadisme des populations *Lobi* du Nord.

Une autre contrainte au développement de la scolarisation formelle dans la région réside dans la prolifération des écoles coraniques mais de types traditionnels en raison de la forte islamisation du ZANZAN. En marge de ces établissements, s'est développé le phénomène des écoles dites bénévoles qui permet certes d'entretenir les enfants qui ne peuvent bénéficier d'un encadrement de type formel, mais qui en réalité, pose le problème de l'insertion des enfants dans le système éducatif officiel.

I.2.2.4 La protection du jeune enfant dans le Zanzan

La protection des enfants, dans le Zanzan, repose essentiellement sur trois problèmes : la question des extraits de naissance, le travail des enfants, et la protection des enfants en cas d'emprisonnement de la mère.

- Le problème de l'enregistrement des enfants à l'état civil reste entier dans le ZANZAN. Le projet « enrôlement des enfants de moins de 15 ans à l'état civil » a été un succès du point de vue de l'adhésion des populations mais il était limité aux populations des localités d'implantation des CAEJE. De nombreuses actions restent à entreprendre pour limiter le phénomène (notamment étendre l'expérience à toute la région). Aujourd'hui encore, plus de 9902 enfants admis au CP sont sans extrait de naissance.
- Le travail des enfants : la paupérisation croissante des familles accentue le phénomène à l'instar de toutes les régions du pays . Ces enfants exercent des " petits métiers" dans les gares routières et les marchés. S'agissant de la question particulière du trafic des petites filles domestiques, le centre social de Bondoukou soutient, en l'absence de toutes données quantitatives, que le phénomène est en régression depuis quelques années.

- Aucun cas d'enfant emprisonné de moins de 10 ans n'a été signalé. Cependant deux enfants de moins de 2 ans subissent, par le fait de l'emprisonnement des mères, les affres de la prison. Dans le cas d'espèce, aucune disposition ne met l'enfant à l'abri des peines de la mère et c'est l'occasion de signaler l'inexistence de centres d'accueil (pouponnières ou orphelinat) dans cette localité.
- La persistance de pratiques culturelles tels que le mariage précoce et le mariage forcé, contribuent à fragiliser davantage la situation de la femme en général et de la petite fille en particulier.

I.3 RECOMMANDATIONS

La présente étude nous aura permis de faire l'état des lieux de la situation du jeune enfant dans la région du Nord Est. De réels efforts ont été engagés par les différents partenaires au développement de la région et sont à encourager car de lourdes contraintes pèsent encore sur la survie et le développement effectif des enfants de 0 à 8 ans dans cette localité.

Au titre des recommandations, nous proposons :

- Santé :

Le gouvernement et les organisations locales de développement doivent œuvrer :

- à la mise en œuvre des programmes Santé Nutrition, PTME et à leur élargissement à toutes les zones rurales ;
- à la re dynamisation de la politique d'expansion des centres de santé ;
- au respect des autorisations de construction des centres de santé délivrées conformément aux directives de la Direction de la planification et de la programmation sanitaire, en vue d'une amélioration sensible du taux de la population vivant le plus près possible des centres de santé ;
- à la réduction du temps qui s'écoule entre la création des centres de santé et leur mise en service effective (ouverture, allocation de budget de fonctionnement, affectation de personnel, équipement des centres) afin de garantir un taux maximal de couverture en structures sanitaires aux populations ;
- à la motivation du personnel d'encadrement ;
- à la vulgarisation des informations sur le planning familial et la planification des naissances afin d'éviter les grossesses précoces et rapprochées ;

- à l'application effective et à l'évaluation systématique des différents programmes de santé qui bénéficient de l'appui technique et / ou financier des partenaires au développement.

Aux organisations internationales particulièrement à l'UNICEF :

- s'appuyer pleinement sur les directions régionales et départementales de la santé dans la conduite et le suivi des projets ;
 - alléger les procédures de décaissement des financements.
- **Education** : le gouvernement et les autorités locales doivent appuyer les initiatives régionales en matière d'éducation par:
 - la poursuite de la politique de la gratuité des fournitures et de la distribution des kits scolaires en faveur des populations démunies ;
 - l'institution de passerelles pour les enfants relevant des écoles informelles ;
 - l'accroissement de la capacité d'accueil des écoles, la construction des écoles à proximité des lieux d'habitation et à la sensibilisation des populations à l'appropriation des projets éducatifs et des projets d'établissement ;
 - la ré appropriation des projets CAEJE et des écoles informelles par l'Etat grâce à une politique d'encadrement et de motivation des animateurs.
 - **Protection** : l'Etat et tous les partenaires au développement de la région doivent :
 - poursuivre les projets d'enregistrement systématique des enfants à la naissance et des enfants de moins de 15 ans ;
 - informatiser le système de gestion des déclarations ;
 - poursuivre la promotion de la scolarisation de la petite fille et la sensibilisation en faveur de l'alphabétisation des adultes.

De façon plus générale, une véritable coordination des différentes directions paraît urgente pour la réussite de tous les programmes de prise en charge du jeune enfant. Ainsi, un comité intersectoriel de prise en charge du jeune enfant pourrait être mis en place. Peut-être faudrait-il particulièrement dans cette zone et dans bien d'autres qui lui sont semblables œuvrer à conduire des projets culturels et religieux qui, en accord avec les principaux acteurs de ces deux secteurs, réduisent les résistances et les pratiques obsolètes des us et coutumes ... des traditions.

CHAPITRE II : REGARD SUR LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT INTEGRE EN FAVEUR DU JEUNE ENFANT DANS LA REGION DU BAS SASSANDRA (SAN PEDRO)

Située au sud-ouest de la Côte d'Ivoire, en Afrique occidentale humide entre 4° et 10° de latitude nord, la région du Bas Sassandra a pour chef lieu la ville portuaire de San Pedro. Le littoral ivoirien est composé de côtes rocheuses et de falaises de Fresco à la frontière libérienne et de côte sableuse, de Fresco à la frontière ghanéenne . Les plaines s'étendent sur près de 150 km à l'ouest . Ces plaines côtières rocheuses sont entaillées par de vastes vallées bien drainées avec des lits encombrés par des granites donc peu navigables. La région est caractérisée par son relief plat et accidenté par endroits (des dômes granitiques). Elles s'étendent au sud ouest du pays avec une altitude variable entre 0 et 50 m.

Du point de vue climatique, le sud-ouest de la Côte d'Ivoire bénéficie d'un climat subéquatorial et reçoit le front intertropical deux fois dans l'année. Il apporte des pluies abondantes - 400mm à 2400mm - qui se répartissent sur les 12 mois de l'année avec deux mois de maxima. L'amplitude thermique reste faible. Le climat influence le couvert végétal et les sols. Dans le sud-ouest, les sols sont profonds et la végétation est luxuriante grâce à la pluviométrie abondante et la température élevée qui facilitent la décomposition des roches. Deux grands fleuves arrosent cette région. Ils prennent leurs sources au nord et se jettent dans l'océan Atlantique. Il s'agit :

- du Cavally (700 km) qui sert de frontière naturelle entre la Côte- d'Ivoire et le Liberia ;
- du Sassandra (600km) qui a permis la construction du barrage de Buyo.

A ceux-là, s'ajoutent des fleuves côtiers : le San Pedro, le Go.

Les populations autochtones du Bas Sassandra sont essentiellement composées de Krou (Bété, Godié, Kroumen, Bakwé, Neyos) ;

Tous les départements du Bas-Sassandra ont de très fortes densités sauf Tabou (26,3 habitants/ km²) ; avec le record de Soubré (73,2 habitants/km²). La raison de ce fort peuplement est le déplacement de la boucle du cacao dans cette zone. Elle a donc attiré les populations des autres régions de la Côte d'Ivoire mais aussi des populations étrangères essentiellement venues des pays voisins. Celles-ci représentent 42,8% de la population du Bas Sassandra. Ces populations s'adonnent aux cultures pérennes : hévéa, palmier à l'huile, café, cacao.

Les aléas climatiques et la détérioration des prix de ces produits entraînent la paupérisation de la population et posent ainsi le problème de l'encadrement et de la prise en charge du jeune enfant.

II. 1. LE CADRE INSTITUTIONNEL DE LA PRISE EN CHARGE DU JEUNE ENFANT

Dans cette partie, il s'agit de s'intéresser particulièrement aux institutions et organisations qui agissent sur la situation du jeune enfant à San Pedro.

II.1.1. Le secteur étatique et les actions en faveur du jeune enfant

Au moment même où nous réalisons cette étude, nous lisons dans le numéro 59 du *Cahier Gratuit* du quotidien *Fraternité Matin* du mardi 19 juillet 2005, l'information suivante : « *Lutte contre le travail des enfants dans le département de San Pedro : 408 enfants sortis des plantations pour l'école et les métiers* ».

Au terme de trois focus groups et des échanges avec les bénéficiaires du programme de l'ONG FEMAT, nous retenons que :

- les enfants bénéficiaires du projet ne sont pas des enfants retirés spécialement des plantations ;
- la création des écoles informelles est due au manque de places dans la seule école d'Adjaméné (Grand-Béréby), pour les enfants en âge d'aller à l'école.

Ces deux observations ne remettent nullement en cause l'idée que l'exploitation des enfants dans des plantations y soit une préoccupation pour les autorités administratives.

II.1.2 L'éducation du jeune enfant

L'éducation des enfants interpelle les responsables du système éducatif ivoirien et tous leurs partenaires de l'école. C'est pourquoi les différentes réformes du système éducatif ivoirien ont pris en compte la scolarisation du jeune enfant grâce à une politique nationale de scolarisation à 100% et ce, dès le lendemain des indépendances.

A San Pedro comme à Bondoukou, le système éducatif comprend deux niveaux d'encadrement : le système formel d'éducation en marge duquel s'est développé le système dit informel.

Le système formel d'encadrement du jeune enfant

Il est organisé autour de l'éducation préscolaire et de l'éducation de base ou éducation primaire.

- Les structures d'éveil et de protection du jeune enfant.

On dénombre 9 écoles (7 en milieu urbain et 2 en zone rurale) maternelles qui accueillent des enfants dont l'âge varie entre 2 ans et demi et 6 ans.

Tableau n°22 : Répartition des écoles maternelles par secteur à San-Pédro

Ecoles préscolaires publiques		Ecoles préscolaires privées	
Nombre d'écoles	Nombre de classes	Nombre d'écoles	Nombre de classes
5	13	4	11

Source : DREN (2004)

A San Pedro, l'offre de structures est soutenue par l'initiative privée (4 écoles) contrairement à Bondoukou où elle est inexistante.

Ces écoles ont accueilli 638 enfants (319 dans le public et 364 dans le privé) sur une population de 17 720 enfants soit un taux brut d'admission de 3,6%. Ce taux paraît a priori satisfaisant comparé à celui de la région de Bondoukou, mais en réalité il est faible et est induit par la combinaison de deux facteurs :

- une insuffisance de l'offre d'infrastructures compte tenu de l'existence d'une importante population scolarisable ;
- un désintérêt de la part des populations pour ce type de formation.

L'analyse de la répartition par sexe révèle que les disparités observées dans la scolarisation entre le garçon et la fille sont enregistrées dès le préscolaire à San Pedro (47,64% de filles et 52,36% de garçons).

- L'éducation primaire

La population scolarisable à San Pedro est estimée à 12 969 enfants. Sur cette population 2016 ont eu accès aux classes du CP soit un taux brut d'admission pour la région de San Pedro de 15,54% contre 55,04% pour la région de Bondoukou. Ce faible taux reflète le niveau général de scolarisation de la région du Bas Sassandra (36,9% en 1998) classée parmi celles à faible taux de scolarisation.

Quant à l'offre de structures, elle est non seulement insuffisante (168 écoles dont 145 dans le public) mais elle est très inégalement répartie, se concentrant dans le secteur communal. De nombreuses localités rurales ne bénéficient pas à l'heure actuelle d'écoles primaires. Cette situation oblige les enfants de ces zones à parcourir de très longues distances pour recevoir une formation élémentaire de base. Par exemple, les localités de Digboué et de Klou sont situées à 14 Km de San Pedro lieu de fréquentation scolaire le plus proche.

Le système éducatif informel

L'insuffisance des structures d'accueil dans le primaire a favorisé l'émergence et le développement des écoles informelles. Il s'agit de structures créées par les communautés elles-mêmes ou par des associations caritatives comme celle de la communauté des SERVANTES DE L'ENFANT JESUS.

Cette dernière association a ainsi créé dans la région de San Pedro 33 écoles bénévoles ou informelles qui ont encadré 2112 enfants dont 116 de moins de 8 ans issus de familles démunies. Ces écoles sont implantées aussi bien dans le secteur communal (quartier Bardot) qu'en milieu rural. Les centres bénéficient du soutien de la DREN dans la mesure où les meilleurs élèves sont progressivement insérés dans l'enseignement formel (classes du CM).

Au niveau du préscolaire, plus de 27 garderies privées non formelles ont été dénombrées qui reçoivent plus de 2000 enfants.

En marge du phénomène des écoles bénévoles, on note un développement des écoles coraniques dans la région mais dans une proportion moindre par rapport à Bondoukou.

II.1.3 Le système sanitaire

Il est organisé autour du CHR, du centre social (logé dans le CHR), le centre de Protection maternelle et infantile, du dispensaire urbain et du service de santé scolaire et universitaire auxquels s'ajoutent les centres de santé privés (infirmiers et cliniques). L'ensemble de ces structures est implanté sur le territoire urbain (commune de San Pedro) ; ce qui influe négativement sur les indicateurs de survie des populations notamment rurales.

- Le taux de couverture en structures sanitaires s'établit comme suit :
 - 1 Formation Sanitaire (FS) pour 30 084 habitants contre 1 FS pour 6872 habitants à Bondoukou et 1 FS pour 17 917 habitants au plan national ;
 - 1 Formation sanitaire (maternité) pour 37 706 femmes en âge de procréer ;
 - 1 Formation Sanitaire (PMI, centre social et SSSU) pour 20 353 enfants de 0-15 ans et 1 FS pour 13 000 enfants de moins de 8 ans.

- Les soins préventifs et promotionnels en faveur de la mère et du jeune enfant.

Ils sont administrés concomitamment par le centre social et la PMI de San-Pédro à travers différents programmes de sensibilisation et de prévention.

Le programme de la PTME : les activités pour la prévention mère enfant du VIH/SIDA dans la région ont débuté au mois de Janvier 2004 avec l'appui de l'UNICEF et consiste en des séances de sensibilisation, de conseils, de dépistage et de prise en charge des femmes enceintes infectées.

La sensibilisation est faite à toutes les femmes enceintes qui viennent pour la première consultation prénatale à travers des séances de Conseils pour le Changement de Comportement (CCC) et a pour objectif de susciter chez celles-ci l'utilisation des services de dépistage de l'infection à VIH. Après le CCC, l'assistante sociale reçoit individuellement ces femmes au conseil pré-test pour les préparer au test de dépistage qui leur est, par la suite proposé. En cas d'acceptation pour le dépistage (le consentement éclairé est obligatoire), la patiente est orientée vers la salle de prélèvement et un rendez-vous lui est donné pour le conseil post-test à la fin duquel le résultat est communiqué à l'intéressée. Lorsque le résultat est négatif, la patiente est invitée à adopter des comportements lui permettant de garder son statut négatif. S'il est positif, le Service Social apporte son soutien moral à la patiente séropositive en vue de l'aider à gérer la situation de crise et à accepter son nouveau statut. Puis, elle est mise sous des doses de Névirapine.

Tableau n°23 ; Bilan PTME 2004

CPN	Propositions de test	Taux d'acceptation	Taux de séroprévalence
3746	3503	69,02%	7,27%

Source : PMI San Pedro

Toutes les femmes testées ont reçu une dose de Névirapine. Le service de la maternité a enregistré au cours de cette année la naissance du premier enfant né d'une mère séropositive.

- Les consultations prénatales : elles consistent en la surveillance clinique et para clinique de la grossesse en vue de déceler les pathologies associées dont certaines ont une influence négative sur le développement intra utérin du fœtus et par conséquent sur le développement ultérieur de l'enfant. Les 256 séances de consultations prénatales (CPN) réalisées en 2004 ont permis d'enregistrer 9327 CPN.

Tableau n°24 : Etat des consultations prénatales à San-Pédro

Types de CPN	Nombre de CPN	%
1 ^{ère} CPN	4049	43,41
2 ^{ème} CPN	2620	28,09
3 ^{ème} CPN	1584	17
4 ^{ème} CPN	1074	11,58

Source : PMI San Pedro(2004)

On observe une baisse continue du nombre de CPN. Cela signifie que la couverture en CPN des femmes enceintes dans la région de San Pedro n'est pas totale. 43% des femmes enceintes ont bénéficié d'une couverture en consultations prénatales (contre 80% à Bondoukou) et seulement 17% ont reçu une couverture adéquate (3 CPN) contre 23% à Bondoukou. Ces taux très faibles s'expliquent essentiellement par le niveau d'instruction très bas des femmes dans la région (plus les femmes sont instruites et plus elles suivent les consignes sanitaires). Quant au taux de couverture vaccinale de la mère, il se présente comme suit : VAT1 96%, VAT2 48%.

- Les consultations postnatales : le taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11mois se présente comme suit :

Tableau n°25 : Taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois

Vaccin	Nombre d'enfants vaccinés	%
BCG	3510	42,23
DTC1	3823	46,00
DTC2	4216	50,72
DTC3	3526	42,45
DTC rappel	1231	14,81
POLIO 1	3823	46,00
POLIO 2	4216	50,72
POLIO 3	3526	42,45
POLIO rappel	1231	14,81
Rougeole	3183	38,29
Fièvre jaune	2973	35,77

Source : PMI San-Pédro (2004)

D'une manière générale, le taux de couverture vaccinale des enfants de 0 à 11 mois reste très faible comparativement à l'objectif national (couverture à 80% contre tous les antigènes) et s'explique par l'analphabétisme et l'état de pauvreté des familles.

- La réhabilitation nutritionnelle : il s'agit de la prise en charge des malnutris. Un accent particulier est mis sur ce service parce qu'une malnutrition non traitée compromet très sérieusement le développement harmonieux du jeune enfant. Notons que dans la région, la situation nutritionnelle du jeune enfant demeure préoccupante. Beaucoup reste à faire au niveau, notamment, des mentalités pour réduire sensiblement le taux de malnutrition (7,07% en 1997).

La création du service de réhabilitation nutritionnelle est récente (mai 2005) et s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une amélioration de l'état nutritionnel des enfants dans cette localité. Il est actuellement animé par une puéricultrice et une sage femme.

- les activités sociales proprement dites du centre social de San Pedro consistent en des visites à domiciles, des enquêtes sociales en vue d'une meilleure prise en charge des couches vulnérables et défavorisées de la région. Le centre social a ainsi mis en place un système de caution qui permet aux patients démunis de recevoir les soins dont ils ont besoin. Le service mène par ailleurs de nombreuses actions de protection et d'insertion (placement dans des familles d'accueil et adoption) d'enfants abandonnés (six cas déclarés en 2004 dont 5 nouveaux nés) et maltraités.

- Les soins curatifs

Tableau n°26 : Etat de morbidité infantile

Pathologies	Nombre de cas
Infections respiratoires	3475
Paludisme	2912
Maladies diarrhéiques	1267
Anémie	153
Malnutrition	57

Source : PMI San-Pédro (2004)

La première cause de morbidité chez le jeune enfant est constituée par les infections respiratoires.

II.1.4 Le secteur para étatique : CAEJE/ CACE et actions en faveur du jeune enfant

L' action de l'Etat vise un objectif majeur en éducation mais la demande est si forte que malgré la mise en place d'une politique de scolarisation à 100%, ni les personnels ni les infrastructures ne permettent de faire face à la demande : d'où l'intérêt de l'action des partenaires et celui de la mise en place des CAEJE et des CACE .

II.1.4.1 Partenaires au développement intégré du jeune enfant

Les Partenaires au développement sont un ensemble d'institutions bilatérales ou multilatérales qui ont signé des accords avec le gouvernement ivoirien. Ils appuient les programmes nationaux mis en œuvre par l'Etat. Ils interviennent pour améliorer le bien-être des petits enfants. Le principal partenaire de l'Etat dans ce domaine est l'UNICEF, qui intervient dans la prise en charge du jeune enfant en milieu urbain pauvre et en zone rurale. Cette coopération a permis l'implantation de deux CAEJE dans la région.

a) Les Organisations Non Gouvernementales

De nombreuses ONG interviennent dans la région en faveur du jeune enfant. Les différentes actions vont essentiellement en faveur de la lutte contre le travail des enfants (ONG FEMAD), l'alphabétisation et la scolarisation des enfants des couches les plus démunies de la population et la lutte contre la prolifération du VIH/SIDA. Dans cette catégorie, l'action de l'ONG APROSAM mérite d'être relevée dans le présent chapitre tant son approche intégrale de prise en charge des populations paraît originale et efficace.

Implantée au sein de la maternité de San Pedro, cette organisation mène des actions de sensibilisation, de prévention et de prise en charge des personnes hautement vulnérables : les prostituées et leurs partenaires, les personnes infectées et les enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA dans les 22 sous quartiers du bidonville BARDOT.

Son domaine d'intervention reste la santé de la reproduction, principalement, la lutte contre les IST/ VIH SIDA (conseil et dépistage volontaire, traitement des IST, traitement aux ARV, soins à domicile des malades du SIDA), PTME et autres soins de santé primaire.

Elle dispose d'un centre (centre Espérance) entièrement équipé et doté d'un personnel médical (un médecin) et paramédical suffisant, qualifié et motivé. On distingue :

- des membres volontaires (bénévoles) ;
- 1 assistant technique ;
- 1 assistante médicale ;
- 1 aide soignante ;
- 1 bio technicien ;
- 3 conseillers pour les dépistages volontaires ;
- 9 animatrices (6 à San Pedro et 3 en stratégie avancée à Meaguy, Adjamené et Watté), et 9 éducatrices des pairs (6 à San Pedro et 3 en stratégie avancée à Meaguy, Adjamené et Watté), tous formés aux techniques d'animation et d'approche communautaire.

Ainsi :

- 57 771 femmes en âge de procréer ont été sensibilisées sur les thèmes de la consultation prénatale, la planification familiale, la vaccination de la femme enceinte et du nouveau-né, la nutrition de la mère et du nouveau-né, les inconvénients des accouchements à domicile, les avantages des accouchements assistés, la prévention du paludisme de la femme enceinte et de l'enfant, la lutte contre les IST/VIH/SIDA ;
- 5459 visites à domicile ont été effectuées ;
- 2350 femmes ont été référées au centre de planning familial au cours de l'année 2004.

Cette organisation bénéficie de nombreux financements (Ministère de la santé publique, Projet RETROCI) qui lui ont permis d'enregistrer les résultats ci-dessous.

- 3971 femmes prises en charge au Centre Espérance (les consultations et traitements) ;
- 1513 cas d'IST et 2787 autres maladies traitées.

Dans le cadre des activités de prévention de la transmission Mère – Enfant, 3393 propositions de test de dépistage ont été faites aux femmes enceintes dont 3020 ont été dépistées pour le VIH avec 229 positives et 166 indéterminées.

- 388 PVVIH suivies au Centre Espérance ;
- 69 orphelins et enfants vulnérables ont été identifiés et suivis ;
- 13 OEV ont reçu des kits scolaires grâce à l'UNICEF.

Depuis février 2005, l'APROSAM a démarré un nouveau projet dénommé projet population hautement vulnérable (PHV) dont l'objet principal est de contribuer à l'amélioration de l'accès des personnes hautement vulnérables (PHV) aux services de prévention IST/VIH.SIDA et autres soins de santé primaire à San-Pédro. Ce projet prend en compte :

- les prostituées et leurs partenaires,
- les personnes vivant avec le VIH,
- les OEV,

Ce projet est financé par le Gouvernement Américain à travers FHI dans le cadre du plan d'urgence présidentiel américain pour la lutte contre le SIDA en Côte d'Ivoire (PEPFAR).

Dans le domaine du soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH, l'UNICEF vient d'octroyer à l'APROSAM un financement depuis le 1^{er} juillet 2005 pour la prise en charge de 10 familles dans le cadre de la mise en place d'activités génératrices de revenus (AGR) pour soutenir les orphelins et enfants vulnérables à San-Pédro.

b) Les Institutions religieuses

Les actions menées par la mission catholique Séwéké et la congrégation *Servantes de l'enfant Jésus* montrent la dynamique des actions de certaines institutions religieuses à San Pedro.

- **La Mission Catholique Séwéké (la Caritas)**

Dans son programme de pastorale sociale, le Diocèse de San-Pédro mène des actions sociales à travers la caritas. A la Caritas, se réalisent l'adoption à distance, la prise en charge des enfants malades, et même des adultes. L'adoption à distance consiste, pour des partenaires européens, à parrainer par l'intermédiaire de la Caritas, des enfants orphelins du SIDA et des enfants en difficulté sans distinction de race ni de religion. Au total, la CARITAS intervient au niveau de 439 enfants de 0 à 14 ans dont 231 enfants de 0 à 8 ans soit 52,6% .

Les actions menées en faveur de ces enfants sont les suivantes :

- Aide en nourriture (entre 10.000 FCFA et 20.000 FCFA par mois selon les cas précis et le nombre d'orphelins de la famille concernée).
- La scolarisation de tous les enfants en âge d'aller à l'école. Ils sont insérés dans les écoles publiques pour minimiser les coûts. Leurs fournitures et nourriture, soins de santé et enrôlement à l'Etat Civil sont pris en charge.

- **La congrégation Servante de l'enfant Jésus**

Elle procède à des adoptions scolaires et sociales à distance. Des partenaires italiens prennent des enfants en situation difficile en charge en assurant les frais de scolarité, de fournitures et de cantine. Cependant, ces enfants vivent dans leurs familles.

Tableau n°27 : Nombre d'enfants de 0 à 8ans adoptés à distance dans le département de San-Pédro

Doba	08 / 11
Magnery	28 / 43
Boua	19 / 29
Taky	20 / 20
Dagadji	15 / 22
Campementt Albert	02 / 02
Saint Augustin	05 / 05
Grand Béréby	04 / 04
Saint Dominique	10 / 32
Feneskedouyan	20 / 37
San-Pedro	170 / 208
Total	301 / 413

A la date du 25 juillet 2005 , 413 enfants sont adoptés, 301 ont entre 0 et 8 ans soit 72,88%. A Bardot les religieuses de la congrégation prennent en charge les frais de cantine pour 17 enfants sur 120. Les **Servantes de l'enfant Jésus** ont créé des écoles bénévoles pour pallier le manque d'écoles (33 écoles bénévoles créées).

Elles prennent en charge les filles-mères, leurs enfants et les aident à mener des activités génératrices de revenus, activités lucratives susceptibles de les rendre autonomes. A ce jour, 35 filles – mères bénéficient de leur soutien.

c) Les associations pour l' enfance et d'enfants

Il existe au moins une association pour enfance à San Pedro : l'**Association féminine pour l'enfance** créée en mars 2002. Cette association prend en charge la scolarisation des enfants de moins de 18 ans issus des milieux défavorisés. Elle a ainsi scolarisé 110 enfants de moins de 8 ans en 2004.

II.2 LES PROBLEMES POSES

Ces problèmes posés se situent aussi bien au niveau de la santé, de l'éducation que de la protection.

II.2.1 La prise en charge sanitaire

- L'inexistence d'une banque de sang au CHR de San-Pédro est un véritable problème. En cas de besoin, les parents des malades se rendent soit à Tabou, soit à Daloa, sinon à Abidjan pour une ou deux poches de sang. Or, beaucoup d'enfants arrivent en Pédiatrie, anémiés.
- L'inexistence de budgets de prise en charge des personnes vulnérables: dans ces conditions, il est difficile d'aider les démunis. En outre le centre ne dispose pas de moyens de locomotion pour les visites à domicile.
- L'insuffisance des structures d'accueil : le seul centre de protection maternelle et infantile (PMI) est incapable de prendre en charge tous les enfants de San Pedro ;
- Les ruptures de stocks de médicaments rendent la prise en charge médicale difficile ;
- La gestion des déchets hospitaliers : le manque d'incinérateur dans les locaux oblige à user de moyens traditionnels pour gérer les déchets.

II.2.2 L'éducation

Les difficultés rencontrées sont nombreuses :

- l'insuffisance des structures d'accueil (écoles maternelles et classes de CP1 et CP2) favorise les installations anarchiques des écoles clandestines, des garderies avec bien sûr, des enseignants non qualifiés et un enseignement non adapté ;
- l'éloignement des écoles des lieux d'habitation aussi bien en ville et en la zone rurale oblige les enfants à parcourir de longues distances (faiblesse et contre-performance) ;
- les disparités prononcées dans la scolarisation entre la fille et le garçon.

II.2.3 La protection

- L'enrôlement des enfants de moins de 15 ans à l'état civil : c'est un problème majeur à San Pedro où de nombreux jeunes enfants sont souvent admis dans les classes du primaire sans extrait de naissance ;
- Le travail des enfants : des ONG luttent contre ce fléau car il est établi que s'y pratique un trafic d'enfants en provenance des pays d'où sont originaires les planteurs. Sur ce point il peut, tout de même être déploré l'usage que certaines ONG en font.

La situation du jeune enfant est précaire dans la région de San Pedro du fait de la combinaison de nombreux facteurs aggravants.

II.4 RECOMMANDATIONS

▪ Santé (Etat, ONG, Associations et Communautés)

Dans le programme de prise en charge du développement intégré des enfants, les gouvernements doivent mener des actions en vue d'une amélioration des conditions de vie des familles.

▪ Education (Etat, ONG, Associations et Communautés)

Vu l'objectif de scolarisation à 100% fixé par le Gouvernement :

- les autorités politiques, administratives, ONG et tous les autres partenaires au développement doivent contribuer de façon plus significative à la construction des écoles ;
- les inscriptions dans tous les centres d'éducation préscolaire devraient être gratuites pour que les enfants issus de familles économiquement faibles puissent y accéder.

▪ **Protection (Etat, ONG, Associations et Communautés)**

- La création de centres socio-éducatifs dans les départements où il n'en existe pas et la dotation de tous ces centres en équipements appropriés.
- L'implantation de Structures Socio-éducatives est plus que nécessaire surtout à San-Pédro, ville à forte croissance démographique ;
- La gratuité des déclarations des naissances ;
- La création d'une brigade pour lutter de concert avec les communautés contre le travail des enfants.

CHAPITRE III : REGARD SUR LA POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT INTEGRE EN FAVEUR DU JEUNE ENFANT A ABIDJAN (ABOBO ET YOPOUGON)

L'objectif de tout pays est de produire des richesses pour sa population. Cette mission fondamentale vise à réduire la pauvreté et à créer de meilleures conditions de vie pour les habitants. Il revient, pour ce faire, à l'Etat d'investir dans les projets visant au bien-être de la population, particulièrement dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection et de l'environnement. C'est cette approche du développement qui justifie le choix des communes d'Abobo et de Yopougon, dans le cadre de l'action en faveur du jeune enfant.

III.1 La prise en charge du développement intégré du jeune enfant à Abobo

Banlieue de la ville d'Abidjan devenue une commune, Abobo quartier très peuplé, offre plusieurs réalités comme c'est le cas, depuis le début de la guerre, de tous les quartiers d'Abidjan : délabrement, écoulement d'eau (hygiène), manque de structure d'encadrement (éducation), accès difficile voire impossible aux services de santé (santé), prolifération d'un petit commerce ayant donné naissance à des baraques et à des installations anarchiques. Triste est le tableau qui pourrait faire d'Abobo, voire d'Abidjan un grand bidonville. Les signes de pauvreté des quartiers précaires sont tels que les conditions de vie et l'augmentation de la population apparaissent comme des signes de pauvreté, alors même que toutes les actions de l'Etat visent par principe à l'amélioration de la qualité de la vie et du bien-être social du citoyen. Au cœur de ces misères prolifèrent les confessions religieuses dont certaines pratiques laissent apparaître des signes d'acceptation de la fatalité. Le nombre des infrastructures sociales (écoles, centres de santé, centre sociaux, centre de protection du jeune enfant) baisse considérablement, et c'est pourquoi sur le quartier d'Abobo nous poserons un regard attentif aussi bien sur le cadre institutionnel que par rapport aux difficultés liées à la prise en charge du jeune enfant.

Située en zone périurbaine, la commune d'Abobo abrite depuis le 15 octobre 1999, plusieurs centres d'accueil pour l'enfance dont le Centre d'Abobo Agnissankoi, premier Centre d'Action Communautaire pour l'Enfance (CACE) de la commune.

III.1.1. Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant

L'objectif, dans cette partie est de relever les structures qui accompagnent l'enfant dans sa volonté de s'affirmer. Le fonctionnement et l'organisation de ces structures se justifient par le souci de pallier les besoins socio-éducatifs, physiques, nutritionnels, cognitifs et en matériels de l'enfant. Ces structures sont de plusieurs ordres.

III.1.1.1. Les institutions étatiques

Ce sont des structures publiques qui proviennent de la politique nationale de promotion et de protection du jeune enfant par l'Etat ivoirien. Ces structures sont sous la tutelle du Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH) à travers la Direction de la Promotion Humaine (DPH).

Dans la zone d'étude d'Abobo, le Centre Social est situé à proximité du Centre Culturel d'Abobo. Quant aux CACE, ils prolifèrent et s'affirment de plus en plus comme des centres de relais et des structures dynamiques d'encadrement.

a) Les Centre d'Action Communautaire pour l'Enfance (CACE)

Initiative communautaire de prise en charge organisée pour l'éveil cognitif et psychomoteur de l'enfance, les CACE s'occupent de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de la protection de l'enfant. Ce sont également des structures légères implantées dans la zone périurbaine d'Abobo qui accueillent les enfants âgés de 0 à 8 ans et dont l'organisation et le fonctionnement sont confiés à la communauté avec le soutien de quelques donateurs.

Les objectifs des CACE à Abobo sont :

- préparer les enfants de familles démunies à la scolarisation;
- protéger les enfants de 0 à 8 ans ;
- lutter contre la pauvreté et la malnutrition ;
- sensibiliser, informer et former la communauté.

Dans cette zone d'étude d'Abobo, il existe 10 centres. Ces centres présentent trois aspects au niveau local :

- certains centres sont situés au sein d'une communauté chrétienne : Abobo Sagbé Saint Philippe, Abobo Clouetcha Immaculée Conception ;
- des centres occupent un espace précaire construit en baraque sur un espace libre (Abobo Sabgé céleste, Abobo Sagbé (21^e Arrondissement de Police)) ;
- enfin, il y a des centres qui sont en construction sur un espace acquis par les responsables de ce centre (Abobo Agnissankoi centre (le royaume des Chérubins) Abobo BC Agnissankoi).

Pour des études de cas dans la zone d'Abobo, les centres suivants ont été retenus :

- Abobo Sagbé St Philippe;
- Abobo Sagbé céleste ;
- Abobo Agnissankoi Centre : le royaume des chérubins.

Effectif et personnel d'encadrement

Le personnel d'encadrement des CACE d'Abobo est constitué de personnes ressources en relation avec les enfants qui fréquentent ces centres. Ces personnes accompagnent et inculquent à l'enfant une conduite sociale dans le cadre de son épanouissement cognitif et intellectuel. Il s'agit des animatrices et bénévoles recrutées au sein de la communauté selon leur disponibilité. Elles sont en général issues du premier cycle de l'enseignement général. Elle reçoivent, lors des séminaires, une formation dispensée par la direction de la Promotion Humaine du MSSSH. Chaque animateur reçoit cette formation une fois par an. A ce personnel, s'associent des stagiaires de l'Institut National de Formation Sociale, agents sociaux que l'Etat ivoirien forme afin d'accompagner sa politique sociale.

Au niveau de la répartition, l'on retient que :

- le Centre Abobo Sagbé Saint Philippe possède 10 animatrices
- le Centre Abobo Sagbé Centre possède 02 animatrices
- au Centre Abobo Agnissankoi centre, il est 06 animatrices et 01 animateur au royaume des Chérubins.

Une journée du CACE se déroule comme suit :

Matin : 7h30-11h30 : activités d'animation en vue de l'éducation motrice et langagière. Découverte de son environnement et de son schéma corporel.

Après-midi : 14h30-16h30 : activités d'éveil et de créativité à travers des dessins (décoration, modelage d'objets, fabrication de jeux).

Le manque de cantines dans ces centres oblige les enfants à retourner en famille à midi (11 h 30 - 14h30) pour le déjeuner. Les frais de scolarité s'élèvent à 14 000 F, soit 2 000 F/ mois (d'octobre à avril de l'année de scolarisation). A ce taux standard s'ajoutent les frais annexes d'inscription qui diffèrent d'un centre à un autre. Une tenue est exigée pour distinguer les enfants qui fréquentent les centres des autres.

b) Les actions des ONG en faveur du jeune enfant

Abobo abrite le premier village SOS de la Côte d'Ivoire. Créé en 1970, ce centre est situé à Abobo Sogefiha. Il est spécialisé dans la prise en charge des enfants démunis ou abandonnés et des orphelins. Son but est de leur offrir un équilibre psychologique et social indispensable à leur épanouissement. Pour accomplir sa mission, il récrée une cellule familiale basée sur quatre principes pédagogiques:

- la recomposition du lien filial : la présence d'une mère ;
- la création des liens de consanguinité : la présence des frères et sœurs ;
- l'insertion dans une maison familiale au sein du village SOS ;
- l'insertion dans une communauté.

Ces principes visent à reproduire la vie sociale au sein du village SOS. Les enfants qui y sont admis ont entre 0 et 5 ans. Ils y restent jusqu'à l'âge de 18 ans. Jusqu'en 2004, plus de 460 jeunes issus des villages SOS sont devenus indépendants. Les structures éducatives par contre sont ouvertes à tous les enfants de la commune pour l'enseignement primaire. Depuis leur création en Côte d'Ivoire, les villages SOS ont permis de prendre en charge les enfants que l'on retrouve aussi bien dans les villages SOS que dans d'autres secteurs d'activités.

c) Les associations pour l'enfance / les associations d'enfants

Parmi les structures de regroupement pour l'enfance existant à Abobo, celles de l'Eglise Catholique qui comptent 14 (quatorze) paroisses et lieux de culte, offrent 14 groupes de Cœurs vaillants et Ames vaillantes (CVAV)).

Les Cœurs vaillants et Ames vaillantes (CVAV)) sont un mouvement d'action catholique de défense des droits. Créé en Côte d'Ivoire en 1950, ce mouvement évolue au sein de l'Eglise Catholique. A l'invitation du Pape Jean Paul II (Lettres aux familles, éd PLON/MAME, 1994,109p) à traiter l'enfant avec honneur et dignité, les CVAV organisent chaque année, une semaine de rencontres sportives (maillots avec des slogans, défilé avec pancartes), de conférences et de projections de films : c'est une semaine de l'enfance missionnaire. Chaque année, le bureau diocésain des CVAV choisit, pour sa campagne d'année, un thème en relation avec le vécu des enfants.

Les thèmes étudiés de 2000 à 2005 sont :

2000-2001 : *"Enfants CVAV, Unissons-nous dans le Christ pour combattre le trafic des enfants"*.

2001-2002 : *“Enfants CVAV, Unissons-nous dans le Christ pour combattre les pires formes de travail des enfants”.*

2002-2003 : *“Tous en action pour restituer l'honneur et la dignité des enfants exploités”.*

2003-2004 : *“Enfants CVAV, sois artisan de paix et de non violence dans ton milieu de vie”.*

2004-2005 : *“Enfants CVAV, sois artisan de paix et de réconciliation dans ton milieu de vie”.*

L'adhésion au mouvement CVAV se fait à partir de 4 ans mais l'accès à un poste de responsabilité commence à l'âge de 6 ans. Ce mouvement a été lancé en Côte d'Ivoire en 1950. Présent dans les 14 diocèses du pays (Abidjan, Abengourou, Bouaké, Bondoukou, Daloa, Gagnoa, Grand Bassam, Katiola, Korhogo, Man, Odienné, San-Pedro, Yamoussoukro, Yopougon), il compte environ 1 000 sections de base et 50 000 enfants encadrés par 5 000 accompagnateurs (jeunes, adultes, religieux, religieuses (données de 2000)).

Les réunions et les camps de formation auxquels participent ces enfants qui apprennent, très tôt, à réfléchir sur des thèmes en relation avec l'école de la vie, les préparent à se mettre au service de la communauté et de la cité.

Cet apprentissage à la vie à travers le réseau CVAV est une excellente initiation qui permet à l'enfant, en dehors de son cadre familial et de l'école, de réfléchir sur les problèmes de son âge.

III. 1.1.2 Les problèmes posés

Les centres d'Abobo sont confrontés à de nombreux obstacles (hygiène, formation...) qui constituent un frein à la réalisation de leur objectif principal qui est de participer à l'épanouissement intégré du jeune enfant dans cette zone périurbaine.

a) Au plan sanitaire

Outre les centres logés au sein des communautés catholiques, les autres centres (08/10) sont situés dans des espaces insalubres et sans canalisation. Quant aux conditions de création des cantines, elles ne sont pas toujours réunies : il manque un personnel qualifié. Ainsi les enfants se nourrissent de ce que leur proposent les exigences alimentaires du milieu de résidence sans tenir compte de leur besoin nutritionnel en aliments de croissance, de force et de protection. Pour ce qui est du suivi médical du jeune enfant, il n'est pas assuré du fait du manque de personnes ressources. Le centre ne possède ni infirmerie ni travailleurs sociaux. Deux décès dus à la fièvre typhoïde au Centre d'Abobo Clouetcha (Immaculée conception) en cette année 2004-2005 ont été signalés.

Il est à noter que face au coût de la vie, le recours aux méthodes et techniques de soins traditionnels est de règle. Toutefois, cette pratique n'est pas toujours efficace parce que même les plantes médicinales autrefois à portée de main dans les villages sont vendues dans les villes : d'où l'émergence d'un système de traitement hybride voire approximatif et par conséquent inopérant.

b) Au plan de l'éducation

Le problème essentiel est lié à la formation des animatrices de ces centres. Elles reçoivent une formation annuelle qui n'est pas approfondie dans le cadre de la prise en charge du jeune enfant. Les formations initiées par le MSSSH (DPH) sont orientées vers la connaissance des activités psychomotrices et cognitives du jeune enfant. Cette formation n'intègre pas tous les aspects liés à l'épanouissement du jeune enfant. A cette insuffisance s'ajoute le manque de matériels didactiques : ni la formation ni le matériel didactique ne sont adaptés, dans la plupart des cas, aux stratégies de prise en charge du jeune enfant.

c) Au plan de la protection

Apparemment, aucune politique de protection et de diffusion des droits du jeune enfant n'existe dans cette zone. En outre, à Abobo, de nombreux enfants sont aux alentours des marchés exerçant les métiers de colporteurs, de cireurs ou de cordonniers à la recherche de leur pain quotidien.

Au regard des problèmes soulevés par les centres CACE d'Abobo, nous pouvons affirmer qu'aucun programme de coopération (UNICEF / Côte d'Ivoire 2003-2007, version du 14 janvier 2003) n'a été mis en œuvre.

La question de la prise en charge du jeune enfant à Abobo, et plus particulièrement dans le quartier précaire de cette commune, demeure une préoccupation majeure eu égard au niveau et aux conditions de vie des habitants eux-mêmes. Dans ces conditions, les sollicitations des mères sont si multiples et variées qu'elles sont tiraillées entre la quête d'un bien-être minimum (hors de chez elles) et la garde de leurs propres enfants (enfants en bas âge).

RECOMMANDATIONS

SANTE

L'Etat de Côte d'Ivoire doit :

- élaborer une plate forme de collaboration (partenariat) entre les CACE et les centres de santé à base communautaire pour le suivi quotidien des enfants (vaccins, consultation) ;

- élaborer une plate forme de collaboration entre les CACE et l'Institut National de la Santé Publique en matière de politique nutritionnelle;
- promouvoir la nutrition et pourvoir aux besoins alimentaires des ménages à travers des campagnes de sensibilisation et l'appui aux familles par le financement de micro - projets.

Les organisations exerçant dans le domaine de la santé doivent créer un partenariat avec les CACE afin que ces centres bénéficient de leur expérience et d'un appui matériel dans la prise en compte des besoins du jeune enfant.

▪ **EDUCATION**

- assurer la formation complète de base des animatrices dans le cadre de la prise en charge du jeune enfant ;
- adapter les programmes CACE aux programmes préscolaires en vue d'améliorer les chances de succès des enfants dans les écoles formelles;
- élaborer des manuels de prise en charge du jeune enfant adaptés aux besoins socioculturels de son environnement ;
- améliorer la construction, l'entretien et la gestion des CACE ;
- créer un fonds d'appui au financement de la prise en charge des enfants issus de familles pauvres.

Pour améliorer le processus d'apprentissage, il doit être mis en place un mécanisme de formation des encadreurs (formule université d'été), un système de contrôle (évaluation) et de suivi des CACE.

▪ **PROTECTION**

- Faire appliquer les lois existantes afin d'éradiquer toutes les formes de violence faites à l'enfant et les pratiques socioculturelles nuisibles au bien-être du jeune enfant;
- Former à la connaissance des droits de l'enfant;
- Initier des campagnes d'information, de production de matériel, d'ouvrages et effets scolaires illustrant les droits des enfants à l'instar de l'ouvrage intitulé Vie d'enfant publié aux éditions Passerelles, avec l'appui de l'Unicef Côte d'Ivoire.

Les organismes internationaux œuvrant en faveur de l'enfance doivent, en partenariat avec l'Etat et les ONG, mobiliser toutes les ressources humaines, matérielles et financières indispensables à la réalisation des programmes en faveur du développement intégré du jeune enfant. Cette étape ne peut être porteuse de résultat positif que si des actions de formation, d'encadrement et d'animation sont conduites sur le terrain et si dans chaque cas, aux actions à conduire préudent des études spécifiques inscrites dans un cadre général, telle la chaire pour la petite enfance : la recherche doit précéder l'action.

III.2 La prise en charge du développement intégré du jeune enfant à Yopougon

La lutte pour l'affirmation des droits fondamentaux des enfants (droit à la santé, à l'éducation et à la protection), passe par la maîtrise du milieu dans lequel évoluent les enfants. Si les problèmes liés à l'enfance sont plus ou moins identiques, leurs solutions doivent prendre en compte les besoins spécifiques et les réalités socioculturelles de chaque zone ou milieu.

La commune de Yopougon est située à l'ouest de l'agglomération d'Abidjan, limitée au nord par la forêt du banco, au sud par la lagune ébrié, à l'est par la commune d'Attécoubé et à l'ouest par la commune de Songhon. Elle couvre une superficie de 6.667 hectares et est marquée par une urbanisation récente et une forte expansion démographique. De 374.500 en 1988, elle doit sûrement avoir doublé aujourd'hui avec l'effet de la guerre qui y a favorisé l'installation de nombreux déplacés. Il existe des quartiers précaires disséminés dans la commune : Sicoboï, Yaosehi, Andokoï... Les activités sont celles d'une zone industrielle : artisanat et petit commerce. La pauvreté sévit dans ces espaces et pose le problème de la prise en charge de la population notamment celle du jeune enfant.

III.2.1 Le cadre institutionnel de la prise en charge du jeune enfant

La prise en charge du jeune enfant au plan institutionnel est le fait de structures étatiques comme les ministères, des structures décentralisées comme les mairies et celles relevant de la tutelle de ces ministères, c'est-à-dire les centres d'action communautaire pour l'enfance. Elle intègre aussi l'action des organisations non gouvernementales et organisations internationales non gouvernementales.

a) Les structures étatiques

A Yopougon, tout comme dans tout le pays, les programmes de développement sont conçus sur la base de la prise en compte de l'humain. Ainsi, écoles, centres de santé et autres infrastructures sont inscrits dans le plan de développement et d'investissement de l'Etat ivoirien. Toutefois, la démographie galopante et bien d'autres facteurs dont les effets de la guerre n'ont pu permettre d'asseoir partout une politique de développement intégré dynamique et visible (explicite).

L'action de l'Etat en faveur du jeune enfant est perceptible par la mise en place de structures étatiques comme les centres de protection maternelle et infantile (PMI). A Yopougon attié, une PMI accueille les enfants abandonnés, égarés, les cas sociaux, les déplacés de guerre. Ces structures bénéficient du financement de l'Etat et de l'appui de certaines organisations non gouvernementales. L'Etat engage aussi des éducateurs préscolaires pour les activités de stimulation de l'expression langagière et corporelle. Hormis ces actions, l'Etat, à travers le Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés, offre une assistance technique qui consiste à organiser des séances annuelles de recyclage, pour tous les centres œuvrant dans le domaine de l'enfance, en leur affectant des éducateurs formés par l'Etat à l'Institut National de la Formation Sociale (INFS), et en leur fournissant aussi du matériel didactique en collaboration avec certains organismes. A cet effet, le centre d'action communautaire d'Attécoubé 3 bénéficie de l'apport de deux éducateurs de l'INFS, et le Centre d'Action Communautaire de l'Enfance (CACE) *les Innocents*, situé à Yopougon Port-Bouët 2, a bénéficié du recyclage de ses monitrices.

En outre, l'Etat intervient pour la protection des enfants en organisant des journées de vaccination. Par le biais du Ministère de la Santé Publique et de la Population et en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, le CDC-Atlanta et la Croix Rouge, l'Etat a organisé une campagne de vaccination contre la poliomyélite et une campagne contre la rougeole en 2005 sur toute l'étendue du territoire. Environ 900.000 enfants de 9 mois à 14 ans ont été vaccinés dans les 79 districts sanitaires du pays. Au niveau de la prise en charge des orphelins et enfants affectés par le VIH Sida, le Ministère de la Lutte contre le Sida intervient pour soutenir les actions menées dans ce sens.

De même, des structures spécialisées dans la prise en charge psycho-sociale et dans la formation scolaire et professionnelle des handicapés sensoriels (déficiences auditives, visuelles, surdités) sont gérées par l'Etat. C'est le cas de l'Institut National Ivoirien pour la promotion des aveugles, situé à Yopougon Attié depuis 1975 (création suscitée par l'UNESCO et l'ONPSA en 1972) avec une capacité d'accueil de 120 personnes non voyantes. L'entrée se fait à 7 ou 8 ans pour les enfants et 15 à 30 ans pour la formation professionnelle. La prise en charge consiste dans une éducation ou une réadaptation fonctionnelle tendant à l'autonomisation et à la réinsertion professionnelle des pensionnaires. Les encadreurs sont des enseignants, des éducateurs spécialisés qui jouent le rôle de substituts parentaux et des assistants sociaux chargés de la recherche de solutions aux difficultés et besoins des pensionnaires.

Quant à l'ENIS (l'Ecole Nationale des Sourds), elle a enregistré depuis sa création en 1974, 700 pensionnaires dont le niveau a rarement dépassé la classe de CM2.

De plus, les structures décentralisées comme la mairie de Yopougon, assistent de façon technique les centres en leur accordant des cars, des bâches lors de manifestations ou de sorties éducatives des enfants, des terrains et l'abonnement en eau courante. Tous ces programmes prennent donc en compte le développement du jeune enfant.

A Yopougon, les CACE (Centre d'Action Communautaire pour l'Enfance) sont un maillon essentiel dans la prise en charge du jeune enfant.

Les centres d'action communautaire de Yopougon sont situés dans les quartiers précaires que sont Port-Bouët 2, Yaosehi, Banco. Ces centres donnent aux enfants dont les parents sont démunis et défavorisés, la possibilité d'avoir accès à l'éducation préscolaire. Ces centres assurent aussi la garde des enfants en l'absence des parents. En effet, ayant constaté l'égaré fréquent des enfants dans le quartier de Yaosehi, l'ONG *Solidarité 2000* y a installé une garderie qui a enregistré en 2005, 65 enfants dont 35 filles et 30 garçons. La garderie est équipée de deux salles qui servent de lieu d'apprentissage et d'activités (lecture, jeux, écriture) avec l'appui de deux bénévoles. Elle s'ouvre à 7h et ferme à 16h. Cette garderie permet, avec une contribution financière de 1000F par enfant et par mois, de garder les enfants pendant que les mères vaquent à leurs occupations. Les autres CACE, *les Innocents et les Brebis de la mosquée* (Port-Bouët 2), *les Amis du cœur* de Yaosehi et celui *d'Attécoubé 3* s'inscrivent dans le volet de l'éducation préscolaire, du parrainage scolaire et du suivi et conseil des enfants. Ces centres qui ont entre deux et quatre ans d'existence, possèdent entre une et quatre salles de classe. Ils s'ouvrent

généralement vers 7h 30 et 8h pour fermer à 16h30. Pour l'année 2005 le centre les *Brebis de la mosquée* a enregistré pour une seule salle de classe, 89 enfants dont 40 garçons et 49 filles organisés en petite, moyenne et grande sections. *Les Amis du cœur* compte 4 classes dont une petite section avec 47 enfants dont 25 filles et 22 garçons, deux classes de moyenne section (22 et 45 filles) et la grande section avec 26 filles et 24 garçons soit 50 enfants. Avec deux classes, "*Les innocents*" compte 67 enfants dont 50 filles et 17 garçons et *Attécoubé* avec le même nombre de classes, enregistre 152 enfants soit 62 enfants pour la petite section avec 32 garçons et 30 filles et la grande section 90 enfants soit 44 filles et 46 garçons. Ces centres fonctionnent pour la plupart avec la participation des parents à hauteur de 1000f à 1500f par mois comme frais de scolarité et un droit d'inscription qui varie entre 2000f et 2500 f. En dehors de ces apports, ces centres fonctionnent sur fonds propres ou grâce aux appuis qu'accordent leurs partenaires. Il faut relever que le centre *Les Amis du cœur*, contrairement aux autres centres, n'exige pas la participation des parents. Les activités sont les mêmes dans ces centres : le langage, l'expression corporelle, la lecture et les pré mathématiques.

Certains centres bénéficient de l'apport d'éducateurs affectés par l'Etat. C'est le cas d'*Attécoubé* 3. D'autres travaillent seulement avec des bénévoles qui n'ont pas toujours la formation requise. Les éducateurs sont pour la plupart encouragés par une rémunération qui varie d'un centre à un autre.

Au plan du parrainage scolaire, certains centres comme ceux de l'ONG *Solidarité 2000* et *Les Amis du cœur* offrent des kits scolaires aux enfants qui intègrent le public après leur passage dans ces centres. Cette aide constitue un soutien pour les parents qui restent toujours confrontés aux difficultés financières. L'ONG *Les Amis du cœur* fait aussi de l'alphabétisation pour combler le retard de certains enfants déjà inscrits dans le public. En dehors de ces actions, des arbres de Noël sont organisés durant les congés ainsi que des journées d'animation pour les enfants pendant les vacances (le mercredi et le samedi). Ces centres participent de façon dynamique et à leur manière à l'épanouissement des enfants. Les actions des organisations non gouvernementales et organismes internationaux en faveur du jeune enfant sont également perceptibles à Yopougon.

b) Les partenaires au développement

Les ONG viennent en appui aux actions de l'Etat à Yopougon. Au nombre de deux, elles s'investissent dans la question de l'éducation, de la nutrition et du bien-être des orphelins et enfants infectés et affectés par le VIH Sida. L'ONG *Solidarité*, après la garderie et le parrainage, travaille aussi à l'éducation nutritionnelle au quartier Yaosehi. Elle procède par un dépistage précoce qui consiste à s'introduire dans les quartiers et les cours pour détecter les enfants présentant des signes de déficience nutritionnelle. Dès lors, des séances pratiques de mise en application des conseils prodigués aux mères sont organisées avec des démonstrations faites sur place (aliments préparés à base d'huile, de lait et de sucre). En outre, au centre de santé de l'ONG, les mardis et les vendredis, des cours d'éducation nutritionnelle sont donnés aux mères et les lundis et les jeudis des soins primaires sont offerts avec des séances de pesée pour veiller à la croissance des enfants. Ces activités ont été suspendues à cause des événements qui continuent de secouer la Côte d'Ivoire. Les actions menées par l'ONG *Chigata* "tant qu'il y a de la vie il y a de l'espoir" en langue locale Sénoufo, consiste à combattre l'isolement des familles, des enfants infectés ou affectés par le VIH, à réduire la stigmatisation, à favoriser leur insertion sociale et à renforcer la cohésion des communautés autour des enfants infectés et affectés. Pour atteindre ces buts, elle a mis en place un certain nombre de stratégies qui sont : la sensibilisation communautaire, le soutien psychosocial, l'administration de soins médicaux, l'appui éducatif aux enfants déscolarisés et non scolarisés...

- **La sensibilisation communautaire**

Elle consiste, au travers de relais communautaires, à organiser des causeries-débat autour du thème VIH-sida et à diffuser des messages de sensibilisation au cours de grands rassemblements. A cet effet, 1150 personnes ont été sensibilisées.

- **Le soutien psychosocial aux parents et orphelins**

Il consiste dans l'écoute et les conseils prodigués aux parents et orphelins au siège de l'ONG et au domicile des familles ; il consiste aussi à organiser des séances d'échanges entre les parents, entre les enfants et entre les adolescents. Il se traduit par un suivi des familles à domicile pour identifier leurs besoins : 230 familles sur 180 répertoriées ont été visitées et 18 séances de groupes d'échanges ont été organisées en 2002 - 2003.

- **Administration de soins médicaux et appui à l'observance des traitements ARV**

A ce niveau, il existe une pharmacie communautaire qui administre les premiers soins aux enfants affectés. 15 parents ont régulièrement été approvisionnés en ARV sur 70 identifiés en 2003.

- **L'appui éducatif aux enfants déscolarisés et non scolarisés**

Cette stratégie permet d'organiser des cours collectifs de renforcement pour les enfants avec des enseignants bénévoles tous les mercredis et samedis pendant l'année scolaire pour compenser les lacunes et offrir de meilleures chances aux enfants. Pour l'année 2002-2003, 30 enfants ont bénéficié des cours collectifs de renforcement. Aussi une distribution de kits scolaires est-elle faite aux enfants à travers les dons des bailleurs de fonds. Il existe une bibliothèque qui, avec 200 ouvrages pour enfants, a reçu 172 enfants lecteurs, 260 ouvrages prêtés à 86 enfants en 2003.

- **L'appui alimentaire**

Par l'intermédiaire de partenaires comme le Cabinet de la Première Dame, des kits alimentaires ont été offerts aux parents. Durant l'année 2002-2003, 150 kits alimentaires ont été distribués à 110 familles. Des petits déjeuners sont offerts aux patients de la PMI.

- **La rééducation psychomotrice**

Des séances de kinésithérapie sont organisées pour les enfants atteints de troubles psychomoteurs et respiratoires dus à l'infection du VIH Sida. A cet effet, 150 séances de kinésithérapie ont été organisées pour 50 enfants identifiés.

- **Le soutien économique**

Il consiste à mettre en place les activités génératrices de revenus comme la cafétéria au sein de la PMI qui emploie 4 femmes rémunérées et qui se prennent en charge. Ces résultats sont à mettre au compte d'un personnel composé de bénévoles; 8 personnes chargées de la sensibilisation, 2 conseillères pour les activités psychosociales, un psychologue, 2 infirmiers, un médecin, 3 enseignants comme répétiteurs, 4 personnes pour la cantine, un kinésithérapeute.

Par ailleurs l'ONG a pu réaliser une maison d'accueil pour les enfants rejetés du fait du Sida. Elle compte 5 enfants. Cette maison comporte aussi une garderie qui reçoit en moyenne 3 enfants par jour. Depuis 2001, date de son existence, elle fonctionne grâce à l'appui des partenaires locaux et extérieurs

Au nombre de ces organisations internationales, nous avons le BICE qui est le Bureau International Catholique de l'Enfance, l'UNICEF et l'ONU Sida.

Le BICE lutte pour la promotion du droit fondamental de l'enfant et c'est dans cette perspective qu'il a ouvert en 1997 un centre d'éveil et de stimulation des enfants handicapés, destiné aux enfants de 0 à 15 ans et de parents démunis à Yopougon Selmer Attié. Ses activités sont soutenues par l'Union Européenne. Son action vise à faire accepter l'enfant handicapé, autrefois caché par ses parents, comme tout autre enfant. Il fonctionne avec 4 classes réparties selon les groupes de handicap : la classe des psychotiques et autistes compte 8 enfants : 3 ont entre 0 et 8 ans; la classe des déficiences mentales légères reçoit les plus grands, la classe des déficiences mentales moyennes avec un effectif de 12 enfants compte un enfant de 7 ans et enfin la classe des psychotiques avec 15 enfants compte 10 enfants de 0 à 8 ans. Les activités sont fonction des handicaps des enfants. Elles tournent autour du dépistage précoce des enfants handicapés, de l'éveil précoce des enfants, de la communication, la socialisation (chants, danses), l'autonomie à la vie et les activités cognitives (legos). Le centre s'ouvre à 8h, ferme à 16h et fonctionne avec une cantine dont les mets sont adaptés aux aliments existants (igname, attiéké...). Les enfants y reçoivent aussi un goûter offert par les parents eux-mêmes. Le droit d'inscription est de 5000f CFA et les frais de scolarisé mensuelle s'élèvent à 3000f CFA. Cependant les parents démunis bénéficient d'une exonération. Il existe une boîte à pharmacie, avec le passage une fois par semaine du médecin. Le centre participe à l'achat des médicaments prescrits aux parents et contribue à la rééducation fonctionnelle et psycho-motrice des enfants (en moyenne 9 enfants dont la majorité a entre 0 et 8 ans). Cette année, le centre a soutenu 11 enfants handicapés physiques en leur offrant du matériel de travail, des fournitures et une aide financière pour leur insertion dans l'école publique.

L'UNICEF, de son côté, apporte surtout une assistance en matériels didactiques (les pâtes à modeler, les livres, les jeux, les toboggans, la cage à écureuil). Cette action de l'UNICEF qui se fait en collaboration avec les institutions de l'Etat vise à équiper les CACE de toutes sortes de matériels didactiques.

Enfin l'ONU Sida intervient pour :

- apporter un soutien financier à toute initiative analogue à celle de l'ONG *Chigata*;
- aider les orphelins et les enfants affectés et infectés par le sida à mieux vivre dans la communauté.

Malgré ces actions diversifiées en faveur du jeune enfant, des difficultés freinent l'évolution des actions.

III.2.2 Les problèmes

Les difficultés sont de tous ordres (matériels, financiers) et touchent tous les aspects liés au développement intégré du jeune enfant : nutrition, éducation, protection...

a) Au plan sanitaire

Il faut relever le problème de l'abonnement en eau potable dans les CACE. Sur cinq CACE visités, quatre n'ont pas d'eau courante et sont obligés de transporter l'eau vers les centres. Cette situation pose des problèmes d'hygiène. L'autre cas est celui des *Innocents* qui n'a pas d'électricité. Ces centres sont situés dans les quartiers précaires où l'insalubrité cohabite avec les enfants. Les Centres les *Innocents*, les *Brebis de mosquée* et d'*Attécoubé* 3 n'ont pas de latrines et les enfants ont recours aux caniveaux. Tout cela est porteur de toutes sortes de maladies. L'aspect nutritionnel échappe aux CACE qui n'ont pas de cantines pour pouvoir contribuer à améliorer l'état nutritionnel des enfants. Les *Amis du cœur* en possédait une, mais les subventions de la cantine nationale étant arrêtées, cette cantine n'est plus fonctionnelle. De plus l'ONG *Solidarité* qui s'investissait dans ce domaine, a dû interrompre ses activités du fait qu'elle ne reçoit plus le lait et le sucre de ses partenaires extérieurs pour les démonstrations pratiques. En effet, un dépistage sans démonstration est vain. L'état de délabrement de nombre de centres et l'insalubrité indiquent le poids des problèmes sanitaires à résoudre.

b) Au plan de l'éducation

Au niveau de l'éducation, force est de constater que les centres ne sont pas toujours construits en brique mais en bois avec une exigüité indescriptible. Le centre les *Brebis de la mosquée* en est l'illustration. Pour une seule salle, ce centre reçoit 89 enfants organisés en petite, moyenne, et grande sections avec seulement deux éducateurs. Les conditions d'apprentissage ne sont donc pas toujours réunies. L'autre difficulté est l'insuffisance du matériel didactique. Quant aux espaces, ils ne bénéficient pas tous de clôture (les centres de Port-Bouët 2) et ne disposent pas non plus d'aires de jeux (pas de toboggans). Tous les centres ne bénéficient pas de l'apport d'éducateurs préscolaires formés par l'Etat. Ces centres sont handicapés souvent par la non contribution des parents à la prise en charge des frais élémentaires.

L'état des lieux sur la question du jeune enfant à Yopougon montre que des actions sont entreprises pour promouvoir le bien-être des enfants : les CACE (éducation préscolaire et garderies), les ONG et les OING (lutte contre la marginalisation des enfants dans leurs familles par le fait du Sida). D'autres difficultés demeurent, qui freinent l'élan des initiateurs. C'est pourquoi il est souhaitable que se développe une synergie dans les actions en faveur du jeune enfant.

III.2.3 Recommandations

▪ SANTE

- Un engagement du Ministère de la Santé Publique aux côtés des ONG pour les soutenir dans l'éducation nutritionnelle en leur offrant du lait, de l'huile et du sucre;
- Un soutien à l'action des CACE en les aidant à se doter de cantines, d'eau potable, d'électricité source de conservation de denrées périssables et de latrines.

▪ EDUCATION

- Faire des évaluations à mi-parcours des CACE pour recenser les besoins et corriger les imperfections ;
- Réduire au maximum les frais d'écolage pour que tous les enfants aient accès à l'éducation ;
- Vulgariser le soutien et le parrainage des enfants après le préscolaire ;
- Assurer une formation efficace aux formateurs et animateurs des ONG pour leur permettre d'être davantage performants ;

- Permettre aux ONG d'établir un partenariat avec le Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés (MSSSH).

Qu'il s'agisse de Yopougon, Abobo, Bondoukou ou San Pedro, il est des actions en faveur du jeune enfant et ce, à partir d'un plan national conçu et élaboré par l'Etat. Malheureusement, des difficultés financières et le ralentissement des projets de développement laissent apparaître un tableau sombre dans le domaine de l'encadrement et de la protection du jeune enfant. Cette réalité exige une meilleure prise en charge des projets et programmes de développement intégré en faveur du jeune enfant dans toute action de promotion de l'humain. Chercheurs, éducateurs, praticiens, élus locaux et autorités coutumières doivent y être sensibilisés si l'on veut créer, dans le cadre des objectifs du millénaire (OMD), un nouveau citoyen et une nouvelle cité africaine.

**TROISIEME PARTIE : ACTIONS EN
FAVEUR DU DEVELOPPEMENT
INTEGRE DU JEUNE ENFANT**

La difficulté des actions à mener en faveur du développement intégré du jeune enfant réside en général dans l'application d'une approche pédagogique qui rende manifeste cette intégration. La question est de savoir comment mener cette action qui brasse de façon harmonieuse les volets culturel, éducatif, sanitaire et juridique. Il s'agit donc d'une pluralité d'actions qui fonctionnent comme une action plurielle tant la synergie des actions, indissociables, montre ces dernières comme concourant à un même but. En effet, la politique éducative ne peut se faire au mépris des spécificités culturelles de son environnement tout comme ne le peuvent la politique de santé et celle de l'action judiciaire.

Cette vision globale et intégrée du développement du jeune enfant oriente vers la création d'un cadre inter-institutionnel qui favorise l'interaction des différents niveaux d'intervention. Elle commande aussi une décentralisation (déconcentration) des structures éducative, juridique et sanitaire afin de permettre que cette vision intégrative du développement du jeune enfant puisse être traduite en réalité de terrain.

C'est donc tout en convenant sur cette approche intégrative des différents facteurs qui inter-agissent dans le développement du jeune enfant que nous exposons les chapitres qui suivent et qui traitent d'abord de l'environnement culturel et la politique éducative puis de l'environnement juridique et enfin de l'environnement médical.

En 2004, dans le cadre du programme de coopération Côte d'Ivoire – Unicef 2003-2007, le volet Politiques Sociales et suivi –Evaluation (code YT 306) propose un plan d'action sous forme de deux projets : l'un, Programme YT 306 politiques sociales, suivi et évaluation et l'autre, Projet T1 appui au développement des politiques. D'une valeur de 50000 \$ (budget alloué / Total financé) l'objectif annuel a été formulé en ces termes : « Appuyer les ministères sociaux dans l'élaboration des plans sectoriels de reconstruction en y intégrant des actions spécifiques en faveur des femmes et des enfants en particulier les couches les plus vulnérables.

Quant au Programme Education de base, (code YE 302) il a fait l'objet d'un financement dont le numéro est GC 2002/6004-1, et le montant, \$471,000.

L'objet annuel de ce projet a été ainsi formulé : « Assurer la réintégration scolaire pour l'éducation de base de qualité à environ 45000 enfants déplacés par le conflit armé, particulièrement les filles : dans la ville d'Abidjan et les préfectures du Sud en zones dites de transit sous contrôle gouvernemental. » Les actions d'accompagnement de l'Unicef sont donc suffisamment perceptibles malgré le constat fait – et qui demeure d'actualité – dans le programme de coopération Côte d'Ivoire - Unicef, 1997-2002) publié en octobre 2002 :

« Cette tentative de coup d'Etat continue d'avoir de nombreuses conséquences qui se traduisent par la faiblesse voire la cessation de l'offre des services sociaux de base occasionnée par le dysfonctionnement des structures publiques et privées (...) tout ceci pour

rendre encore plus difficiles les conditions de vie de nombreuses populations, en particulier les enfants et les femmes encore présentes à Korhogo, Bouaké et ses villes environnantes ainsi que celles qui sont en transit à Yamoussoukro » (p.3)

C'est dans ce contexte que s'effectue notre regard sur l'environnement qui, bien entendu, ne prend en compte que trois zones apparemment en marge des opérations de guerre.

CHAPITRE I : ENVIRONNEMENT CULTUREL, POLITIQUE EDUCATIF ET DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT

Le problème majeur des pays en difficulté d'émergence demeure la question de l'éducation non pas qu'ils n'en aient pas conscience mais essentiellement parce que les fondements des systèmes, des programmes et les méthodes d'enseignement n'ont pas suffisamment pris en compte les spécificités de leur environnement. C'est pourquoi il semble impérieux et à nouveau urgent de poser aux dirigeants politiques et aux pédagogues la question suivante: "quels systèmes éducatifs et quels projets d'éducation pour quel citoyen?" Beaucoup plus importante paraît cette question que celle qui consiste à savoir quel programme enseigner, d'autant que les manuels scolaires offrent presque toujours des textes et des corpus liés à l'existence humaine que sont la famille, l'école, le monde du travail et les moments de cérémonies relatives à la vie et à la mort.

Le cadre de la présente étude offre d'identifier quatre champs d'investigation:

- les plans d'éducation en vigueur dans les sociétés africaines;
- les stratégies d'éducation;
- la responsabilité collective du profil de l'apprenant;
- la nécessaire intégration sociale.

I.1 LES CONTRADICTIONS ENTRE LES CITES ET LEURS MODES DE FONCTIONNEMENT

De graves contradictions apparaissent entre le regard actuel que nous posons sur nos cités et leurs modes de fonctionnement, lorsque ce choix obéit à la logique des choix politiques opérés depuis l'ère des indépendances. En effet depuis cette date, le regard réside dans une nouvelle lecture de l'existant encore fortement rural qui appelle les méthodes anciennes de l'éducation et qui se résume dans l'apprentissage par imitation dès l'âge de 2 à 3 ans. A cet âge déjà, le (la) jeune apprend, en faisant, à devenir adulte: il/elle apprend chacun (e) de son côté, à devenir père ou mère. Progressivement, il lui est délégué des compétences susceptibles de faciliter son intégration sociale. Son éducation prend, en conséquence, en compte l'initiation aux travaux domestiques, aux travaux champêtres et aux techniques de gestion et de commandement. Cet apprentissage vise à lui assurer un épanouissement intellectuel et un développement physique harmonieux dans une dynamique intégrative. Le développement intégré de l'enfant est donc à la fois progressif: le poids de l'eau que la petite fille porte le matin en revenant du marigot est adapté à son âge autant que le fagot de bois que ramène des champs le petit garçon. Toute la famille, voire la

communauté villageoise, régule et corrige les excès des parents qui ne tiennent pas compte des exigences de l'évolution biologique de l'enfant qui, ce faisant, intègre dans sa vie l'essentiel de ce qui fera de lui ou d'elle, un homme ou une femme accomplie. L'appréciation d'une telle pratique, ajoutée au fait que chez certains peuples, l'enfant, pour éviter d'être trop "chouchouté", par ses parents biologiques est confié à un "parrain" ou à une "marraine», peut laisser apparaître quelques confusions dans ce que l'on appelle - quoique cela existe réellement sous forme de placement ou d'investissement financier- le travail des enfants. S'agissant des nouvelles méthodes et stratégies d'enseignement, et peut-être n'en avons-nous pas suffisamment, elles ont fonctionné sur la base d'une rupture plurielle: la question linguistique, la question de l'isolement de l'école avec l'illusion qu'elle peut fonctionner de façon autonome c'est-à-dire en dehors des parents: là où l'évolution des enfants se faisait sous le regard de toute la famille, là où tous les adultes étaient des éducateurs, les instituteurs apparaissent avec l'illusion de connaître 300 enfants (50/classe) souvent abandonnés à eux-mêmes dans une classe bruyante et en présence du maître ou de la maîtresse. Ce tableau laisse apparaître que ni l'environnement réel, ni les modes et stratégies d'apprentissage n'ont été suffisamment pris en compte dans un pays où le taux de scolarisation est passé de 3,6% en 1965-1975 à 4,3% en 1975-1980 et à 3,8% en 1975-1988. Ce nouveau type de personne éduqué dans un moule en quête de profit immédiat dont la tête est logée dans les méthodes anciennes d'éducation et le corps dans un espace artificiel en inadéquation avec son mode d'existence n'a pas été pris en compte. La quête d'un bien-être d'illusion s'est imposé à l'apprenant qui aura ainsi couru vers une richesse promise et ce, malheureusement sur un socle culturel sablonneux. Et nous voici de retour à la case départ ainsi que le décrit Philip H. COMBS dans son ouvrage intitulé "La crise mondiale de l'éducation", traduit de l'américain par Anne Sauvêtre et paru aux éditions De Boeck Université. Dans cette étude, il rappelle les grandes lignes du rapport du Club de Rome, *No limits to learning* (New York Pergamon Press, 1979) dont on peut retenir l'extrait ci-dessous:

"La demande d'éducation trouvant en elle-même son aliment, crée sa propre dynamique. Un peuple à qui soudain on offre un peu plus d'éducation ne tarde pas à en demander davantage. Le jeune Africain, fils de parents illettrés, qui apprend à lire et à compter à l'école primaire voudra entrer ensuite au collège et de là si possible, à l'Université. Mais s'il ne peut lui-même dépasser le certificat d'étude primaire, il a l'ambition que ses enfants réussissent. Ainsi la demande sociale de l'éducation ne peut -elle que croître en progression géométrique, sans égard pour l'économie du pays et quels que soient les moyens alloués à l'enseignement."

Et c'était en 1968 et le verbe offrir n'est pas fortuit, qui montre la dose de passivité et de consommation. En ce temps-là, la demande sociale de l'éducation laissait apparaître les signes de la future impuissance de l'Etat à faire face aux besoins. Le taux de scolarisation de la Côte d'Ivoire qui était de 79% à l'école primaire et de 32% au secondaire en 1998 est passé aujourd'hui à 72%.

Dans son ouvrage, Philip H. COOMBS nous offre déjà, en 1985, de nous interroger sur le devenir de l'homme :

« Il fallut (...) attendre le début du XIXème siècle pour voir la population de la terre atteindre le milliard. Il n'aura suffi que 130 ans pour passer à 2 milliards. Trente ans plus tard, en 1960, s'ajoutait le troisième milliard, puis le quatrième, 15 ans après, en 1975. Le taux de croissance démographique mondiale culmina vers 1965 à environ 2% par an, ce qui laisse présager un doublement de la population sur 35 ans. »

Quant à la Côte d'Ivoire, elle est passée de 3 865 000 en 1960 à 6 709 600 en 1975 puis à 10 815 694 en 1988 et à 15 366 672 habitants en 1998 soit un taux d'accroissement annuel de 3,3%. Un regard rapide sur les mouvements migratoires laisse apparaître le chiffre suivant : 14% de taux d'immigration.

Le dernier recensement démographique offre quant à lui, les perspectives suivantes, en tenant compte d'un taux d'accroissement de 3% : en 2008 : 20 900 000 habitants, en 2018 : 28 200 000 habitants et en 2028 : 37 500 000 habitants.

I.2 LE DEVELOPPEMENT HUMAIN ET LA LIBERTE CULTURELLE

S'agissant du monde :

« Les démographes, écrit Philip H. COOMBS, estiment (...) que cette hausse va se poursuivre jusqu'à la fin du XXIème siècle pour atteindre un plafond de 11 milliards, compte tenu d'un certain nombre de variables comme l'épuisement des ressources et la dégradation de l'environnement, ou encore les catastrophes naturelles ou l'extermination sous forme d'holocauste dus à la main de l'homme. » (COOMBS, 1989, P.40).

Une telle lecture de la réalité de l'évolution démographique pose à la fois le problème des moyens financiers indispensables à la réalisation d'infrastructures destinées à une éducation formelle efficiente susceptible d'être conduite par des professionnels qualifiés eux-mêmes en quête d'un bien-être social dans un environnement social en déliquescence et en quête d'une nouvelle construction de l'humain. D'où l'intérêt pour nous, de loger nos réflexions et analyses dans l'esprit du rapport mondial sur le développement humain dont le fondement est le respect de la liberté culturelle dans le monde.

« Le développement humain est le processus qui consiste à élargir la gamme des choix qui s'offrent aux individus afin de leur permettre de faire et d'être ce qui leur est cher (...). Une autre dimension du développement humain, difficile à mesurer et même à définir, est d'une importance vitale : la liberté culturelle est essentielle à la capacité des individus de vivre comme ils le désireraient. La liberté culturelle constitue un des piliers du développement humain. » (PNUD, Rapport mondial sur le développement humain, P.17)

D'où vient donc, que les thèmes abordés par les auteurs des littératures pour enfants en Afrique francophone, de 1997 à 1999 soient sensiblement les mêmes?

Ces thèmes abordés dans les littératures pour enfants sont le reflet des réalités socioculturelles de la Côte d'Ivoire et justifient la prise en compte des programmes ci-dessous :

- développement et encadrement du jeune enfant ;
- développement et amélioration de la qualité de l'enseignement primaire ;
- éducation des jeunes, des adultes non scolarisés et analphabètes ;
- femmes et jeunes filles non scolarisées, déscolarisées et analphabètes ;
- groupes défavorisés (enfants vulnérables, handicapés, enfants de la rue ;
- information/communication.

Du fait de son innocence et de sa fragilité, l'enfant a très souvent bénéficié d'une attention particulière de la part de ses géniteurs mais aussi des pouvoirs publics, des ONG, et des organisations internationales. Il est vrai que de nombreux travaux de réflexion et projets ont été élaborés en direction de l'enfant mais ces programmes correspondent-ils toujours à la réalité ?

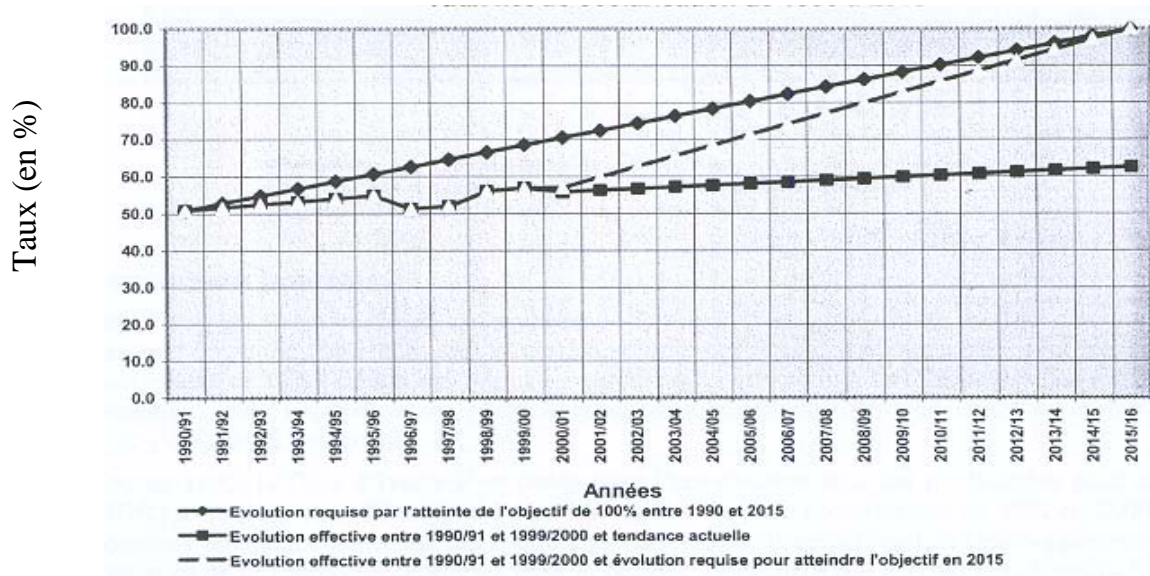
Le présent chapitre va comporter deux parties. Dans la 1^{ère} il s'agira de situer la place du jeune enfant dans nos cultures. La seconde partie nous présentera de façon détaillée et sectorielle tous les projets, programmes de développement élaborés et les actions posées par les organes de décision.

I.3 LA SITUATION SOCIOCULTURELLE DU JEUNE ENFANT

Le taux net de scolarisation dans le primaire est estimé à 52,0% en 1997/98 (44,8% pour les filles et 58,2% pour les garçons) contre 51,3% un an plus tôt. Il était de 50% en 1989-90 et 50,8% en 1990-91. Les données disponibles montrent un fléchissement entre 1995-96 et 1998-99. D'après les résultats de MICS2000, le taux de scolarisation était de 56,9% en 1999-2000. En projetant la tendance actuelle sur la base des performances obtenues au cours de la décennie 90, on ne peut être que moins optimiste quant à l'atteinte de l'objectif de 100% en 2015. Le niveau projeté est de 62,5% d'où l'ampleur de la tâche

dans ce domaine. L'objectif visé est de porter le taux net de scolarisation à 100% en 2015.

Graphique n° 1 : Taux net de scolarisation de 1990 à 2015



S'agissant du taux de succès d'une cohorte dans le primaire, les données disponibles sont parcellaires. Elles montrent que le taux de survie à la 5ème année est passé de 67,7% en 1989-90 (71,4% pour les garçons et 62,7% pour les filles), à 69,6% en 1996-97 (72,9% pour les garçons et 65,1 % pour les filles). D'après les résultats de MICS2000, ce taux était de 69,3% en 2000 (70,3% pour les garçons et 68,1% pour les filles). L'absence d'une série de données ne permet malheureusement pas plus d'investigations sur cet aspect. On note cependant que le taux de rétention dans le primaire est passé de 58,79% en 91/92 à 83,25% en 98/99 avant de retomber à 58,84% en 1999/2000.

L'objectif visé est de porter la proportion d'une cohorte achevant le cycle primaire à 100% en 2015. D'après les données du RGPH11, le taux d'alphabétisation de la population de plus de 15 ans en 1988 était de 34,2% en 1988 et 36,3% en 1998 soit un taux d'accroissement annuel de 0,6%. Sur cette base, le taux d'alphabétisation est estimé à 34,6% en 1990 et 37% en 2001.

En Afrique comme partout ailleurs, l'enfant constitue un don de Dieu, le fruit de l'union de deux personnes, une preuve de la puissance de son géniteur, le signe qui confirme la femme dans sa féminité.

Cependant la valeur de l'enfant varie en fonction de son sexe et de la culture ou du système de pensée auquel il appartient. C'est ainsi que de façon générale l'enfant de sexe masculin revêt une importance capitale car c'est sur lui que, culturellement, repose la "continuité" de la famille. C'est donc lui qui bénéficie beaucoup plus de l'opportunité de scolarisation au détriment de la fillette.

Par ailleurs l'éducation scolaire, source de développement de toute nation, n'a pas été systématique. Depuis la période de l'indépendance, jusqu'à ces dernières années, des choses restent encore à faire.

L'Institut National de Statistiques, à travers *le recensement général de la population et de l'habitation de 1998*, a révélé que la population en âge d'aller à l'école dans le primaire (6 à 11 ans) se chiffre à 2 635 627 de personnes soit 17,1% de la population totale du pays.

Elle se caractérise par une prédominance de garçons (51,6%) soit un rapport de 107 garçons pour 100 Filles. Ce rapport de masculinité diffère selon le lieu de résidence et la région administrative. Dans la ville d'Abidjan par exemple, on a un sexe ratio en faveur des filles (95 garçons pour 100 filles). Cette situation s'expliquerait par une forte demande de petites filles à Abidjan pour les travaux de ménage ou dans le commerce informel. Ces petites filles proviendraient des régions savaniques du Nord-Est du pays où la sous-scolarisation est de mise. Le tableau ci-dessous montre l'inégale répartition des enfants en âge d'aller à l'école entre le milieu urbain (38,8%) et le milieu rural (61,2%)

Tableau n° 28 : Répartition des enfants en âge d'aller à l'école

Région	Garçons	Filles	Total	Poids démographique	Rapport de masculinité
Lagunes	264665	27890	543155	20,6	95,0
Haut-Sassandra	99975	90535	190510	7,2	110,4
Savanes	87670	82092	169762	6,4	106,8
Vallée du Bandama	103533	96768	200301	7,6	107,0
Moyen Comoé	35315	33071	68386	2,6	106,8
Montagnes	88458	78977	167435	6,4	112,0
Lacs	48989	44353	933342	3,5	110,5
Zanan	74156	66033	140189	5,3	112,3
Bas Sassandra	117629	111992	229621	8,7	105,0
Denguelé	22371	19459	41830	1,6	115,0
N'zi Comoé	67938	58826	126764	4,8	115,4
Marahoué	58057	45784	98841	3,7	115,9
Sud Comoé	38556	37464	76020	2,9	102,8
Worodougou	37287	32572	69859	2,7	114,5
Sud Bandama	63987	57244	121231	4,6	111,8
Agneby	49295	45192	94487	3,6	109,1
Formager	49665	44387	94052	3,6	111,9
Moyen Cavally	43789	40590	84379	3,2	107,9
Bafing	13418	12075	25493	1,0	111,1
Ensemble	1359723	1275904	2635627	100,0	106,6

Source : INS, 1998

Le gouvernement Ivoirien, à travers ses différents ministères, œuvre à améliorer ces taux par les travaux auxquels il participe et les actions qu'il pose en accord avec tous les autres organismes avec lesquels il travaille en collaboration. Il faut dire que de nombreux organismes internationaux interviennent sur la question de l'enfant. Parmi eux on peut citer :

L'UNICEF, l'OIT, le PNUD, le BICE dont les actions sont fort remarquables. Cependant, il faut noter que dans certains secteurs spécifiques où l'enfant est acteur, des dispositions sont prévues pour le protéger. C'est le cas, par exemple, du Ministère de la communication à travers le Conseil Supérieur de la Publicité (CSP) dont le code de déontologie de la publicité en Côte d'Ivoire précise au chapitre XXIII relatif à l'utilisation des enfants dans les messages publicitaires que :

« La publicité radiophonique et télévisée doit respecter la personnalité de l'enfant et ne pas nuire à son épanouissement ».

Au niveau du Ministère de l'Education Nationale des efforts sont faits pour encourager la scolarisation du jeune enfant par :

- la gratuité de l'école;
- la gratuité des manuels scolaires ;
- la suppression des uniformes.

Puisque le bien-être de l'être ivoirien est au centre de tout projet de développement, que l'enfant n'évolue pas en dehors du cadre général de développement (ville, village, école...), toute action de promotion et de développement en faveur de l'humain prend en compte l'enfant et ce, de façon implicite.

I.4 LES ACTIONS DE L'ETAT

Même si explicitement les actions de l'Etat en faveur du jeune enfant ne sont pas toujours visibles, elles apparaissent de façon évidente tant au niveau du gouvernement qu'à celui des organisations internationales.

I. 4.1. Le gouvernement

Le Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant est né suite aux travaux de réflexion de l'UNICEF, de l'OIT en collaboration avec le gouvernement. En effet, la lutte contre la traite et l'exploitation des enfants a été renforcée par la convention n° 182 sur les pires formes de travail des enfants. L'OIT a mis sur pied le programme IPEC (International Program for Elimination of Child Labour) pour l'élimination du travail des enfants. A travers ce programme, l'OIT appuie les efforts des gouvernements, des organisations d'employeurs et des travailleurs, et ceux de la société civile. Ce programme vise à :

- empêcher la traite et l'exploitation des enfants ;
- secourir et rapatrier les victimes ;
- rendre aux victimes la jouissance de leurs droits ;
- renforcer le système judiciaire et les forces de police afin de poursuivre les coupables.

Il convient de signaler que la Côte d'Ivoire a ratifié la Convention relative aux Droits des Enfants (CDE) le 18 février 1991, la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant en Janvier 2002. Le 1^{er} septembre 2000, la Côte d'Ivoire et le Mali ont signé un accord de coopération en matière de lutte contre la traite transfrontalière des enfants. La Côte d'Ivoire a également participé aux ateliers de Libreville et de Lomé en février et mai 2000 sur la traite et l'exploitation des enfants, à la suite desquels des plates-formes communes d'action ont été adoptées. Les actions policières engagées ont permis d'intercepter, selon les données de la Direction de la Surveillance du Territoire (DST), 700 enfants victimes de traite, et une centaine de trafiquants.

L'adhésion de la Côte d'Ivoire aux projets relatifs à la petite enfance confirme l'intérêt que l'Etat accorde à cette question. Non seulement parce qu'elle est mise en cause, mais aussi et surtout parce que l'avenir de tout pays repose essentiellement sur la jeunesse. D'où l'intérêt de rappeler les acquis à préserver.

Acquis n°1 : La signature de l'accord Côte d'Ivoire - Mali

Le 1^{er} septembre 2000, la Côte d'Ivoire et le Mali ont signé à Bouaké un accord bilatéral de coopération en matière de lutte contre la traite transfrontalière des enfants. Cet accord détermine pour chaque Etat-partie des obligations communes et des obligations particulières pour une période de trois ans renouvelables. Dans le cadre de cet accord, il a été mis en place une commission permanente de suivi. La première rencontre de cette coopération s'est tenue du 11 au 14 août 2001 à Bamako au Mali et la seconde du 12 au 14 juillet 2004 à Grand - Bassam en Côte d'Ivoire.

Acquis n°2 : La ratification de la charte africaine des droits et du bien-être des enfants

Cette convention régionale ratifiée par la Côte d'Ivoire par le décret n°2002-47 du 21 janvier 2002, est l'instrument juridique africain de référence dans le cadre de la protection de l'enfant.

Acquis n°3 : La ratification de la convention 182 de l'OIT

La convention 182 sur les pires formes de travail des enfants a été adoptée le 17 juin 1999 par la Conférence Générale de l'OIT à Genève et ratifiée par la Côte d'Ivoire par le décret 2002-51 du 21 Janvier 2002.

Acquis n° 4 : Le renforcement du cadre institutionnel par :

La création du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant qui a créé la Direction de la Réglementation et de la Protection (DRP) et le Comité National de Lutte contre les Violences faites aux femmes et aux Enfants (CNLTEE) par le décret n° 2001-467 du 27 juillet 2001.

Acquis n°5 : Les actions contre la traite et l'exploitation des enfants

- La prévention :
 - ✓ L'organisation de campagnes de sensibilisation (date, lieu) ;
 - ✓ La mobilisation des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux sur la question du trafic des enfants ;
 - ✓ La création de comités locaux de vigilance pour impliquer les autorités villageoises (Aboisso) ;
 - ✓ La réalisation d'études ;
 - ✓ L'organisation de séminaires.
- La protection des enfants victimes ;
- La répression des trafiquants.

I. 4.2. Les organismes internationaux

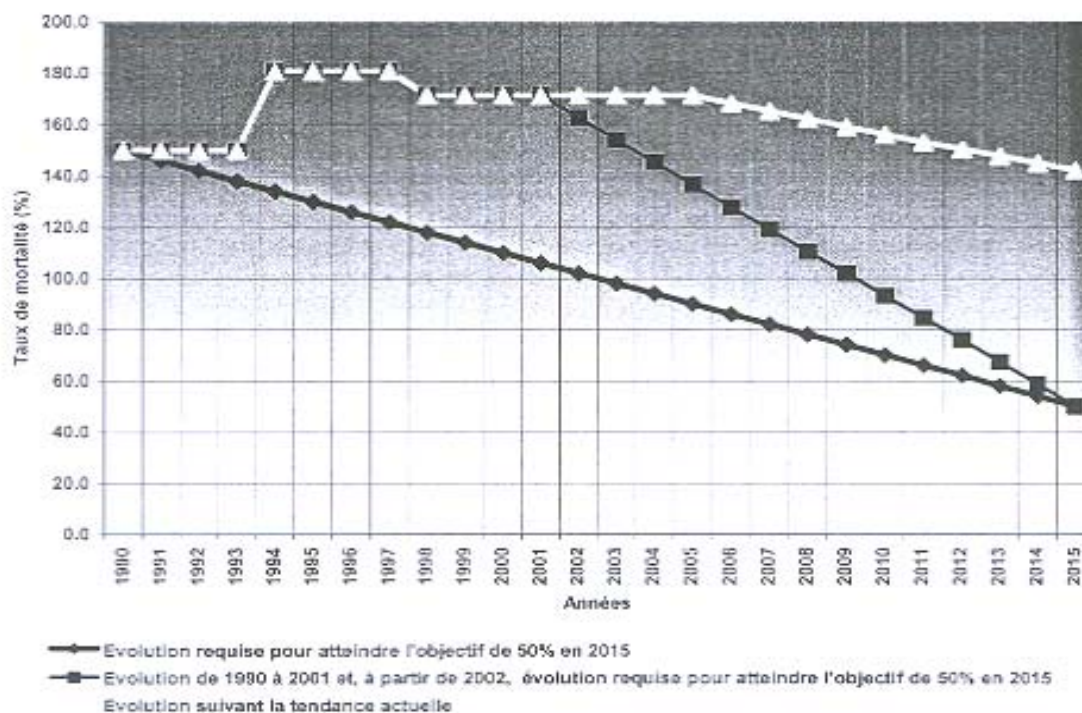
Dans *les Objectifs du Millénaire pour le Développement*, le PNUD prévoit relativement aux enfants :

- d'assurer l'éducation primaire pour tous en portant le taux net de scolarisation à 100% en 2015.
- de réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Le taux de mortalité infanto-juvénile a été estimé à près de 150‰ au cours de la période incluant 1990-93 et à 180,7 ‰ sur la période 1994-99. Des estimations plus récentes à partir du RGPH donnent 171,3 ‰ à partir de 1998.

L'objectif est de ramener le taux de mortalité infanto-juvénile à 50‰ en 2015.

Graphique n° 2 : Evolution du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans entre 1990 et 2015



Suivant les résultats des enquêtes EDS 1994 et 1998-99, **le taux de mortalité infantile** est passé de 91,3 ‰ au cours de la période 1990-1993 à 111,515‰ au cours de la période 1994 à 1999. Des estimations plus récentes à partir du RGPH donnent un taux de 103,2 ‰ à partir de 1998.

L'objectif visé est de le ramener à 30.4 ‰ en 2015.

Au regard de tout ce qui précède, nous pouvons dire que beaucoup d'efforts ont été entrepris par les organisations internationales en collaboration avec le gouvernement pour améliorer les conditions de vie du jeune enfant en Côte d'Ivoire.

Des lois sont adoptées, des budgets votés, des programmes élaborés, des actions posées. Même si parfois ces programmes ne touchent pas toujours les enfants vivant dans les zones les plus reculées du pays, même si les réalités culturelles ne facilitent pas toujours la mise en œuvre de ces programmes, même si les budgets alloués à ce secteur ne correspondent pas toujours à la réalité sur le terrain, l'on peut dire que l'enfant, de façon générale, bénéficie d'une grande attention. Le vrai problème réside dans l'application des programmes élaborés en sa faveur.

Il s'agit donc pour les décideurs nationaux et internationaux de veiller à l'application stricte des textes et programmes, d'élargir leur champ d'action aux zones les plus reculées du territoire et de former un surplus de travailleurs sociaux car l'insuffisance de main d'œuvre constitue un obstacle qu'il ne faut pas négliger.

CHAPITRE II : ENVIRONNEMENT JURIDIQUE (PROTECTION) ET DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT

Le foisonnement des conventions et politiques en faveur des enfants ces deux dernières décennies marque la réaffirmation par les Etats de la place primordiale qui doit être accordée à l'enfant. Le préambule de la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant de juillet 1990 rappelle que « l'enfant occupe une place unique et privilégiée dans la société africaine ». La déclaration de Yamoussoukro sur le trafic des enfants en Afrique de l'Ouest et Centrale³ précise, quant à elle, que « les enfants sont les bâtisseurs des nations de demain et porteurs des espérances du futur ».

En outre, la majorité des normes juridiques internationales s'accorde à désigner sous le terme d'«enfant», toute personne de moins de dix-huit ans (18). C'est ainsi que l'article 2 de la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant le définit comme « tout être humain de moins de dix-huit ans ». La convention relative aux droits des enfants du 20 novembre 1989 est, quant à elle, plus restrictive puisqu'elle considère comme enfant « tout être humain de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »(art.1). Au-delà de dix-huit ans, on parle de majorité ou de passage à l'âge adulte. Dans l'ordre juridique interne, les textes relatifs aux droits humains font souvent référence aux termes « jeune » ou « mineur » qui se substituent au terme « enfant » sans toutefois en être totalement synonymes. La définition du terme « enfant » utilise comme critère le concept de maturité. Est donc considéré comme enfant, l'être humain qui n'a pas encore atteint l'âge de la majorité.

II.1 L'ENFANT, UNE COUCHE SOCIALE INCONTOURNABLE EN AFRIQUE SUBSAHERIENNE

Dans les pays en développement, l'enfant constitue une frange importante de la population. En Afrique subsaharienne, on estime que les trois quarts de la population ont moins de 35 ans, les deux tiers ont moins de 24 ans et 20% ont moins de 6 ans, soit environ 140 millions d'enfants. En Côte d'Ivoire, le dernier recensement de la population (1998) révèle que près de la moitié de la population (plus de 48%) a moins de 15 ans. Cette extrême jeunesse de la population africaine fait de l'enfant une couche sociale incontournable et entraîne une forte pression sur la demande sociale en matière d'éducation et de santé.

³ Déclaration sanctionnant la réunion spécialisée sur le trafic des enfants en Afrique de l'Ouest et Centrale, conjointement organisée par la Côte d'Ivoire et l'Organisation Internationale de la Police Criminelle (INTERPOL) en janvier 2001.

Par la ratification des divers instruments internationaux et régionaux de protection de l'enfance, les Etats africains ont l'obligation de promouvoir la survie, la croissance et le développement harmonieux de l'enfant. Reconnaissant que l'enfant est un citoyen à part entière et surtout que « la situation de nombreux enfants africains due aux seuls facteurs socio-économiques, culturels, traditionnels, et catastrophes naturelles, aux poids démographiques, aux conflits armés, ainsi qu'aux circonstances de développement, d'exploitation, de la faim, des handicaps, reste critique et qu'en raison de son immaturité physique et mentale »⁴, l'enfant africain a besoin d'une protection et de soins spéciaux, les Etats africains s'attèlent depuis quelques années à redéfinir leurs politiques sociales. Désormais, seul « l'intérêt supérieur » (Art. 4 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant) de l'enfant doit primer.

On estime que la couche la plus vulnérable de la population « enfant » est constituée par la tranche d'âge allant de 0 à 8 ans, communément désignée par l'expression « petite enfance » ou « jeune enfant ». Elle fait aujourd'hui, l'objet d'attention particulière de la part des gouvernants et des Organisations Internationales par l'élaboration de politiques et de programmes spécifiques en sa faveur.

II.1.1 La petite enfance : une étape cruciale mais marginalisée dans les politiques gouvernementales africaines

La petite enfance est une étape cruciale et décisive dans le développement de l'enfant. Elle détermine le comportement social de l'enfant à l'âge adulte. C'est en effet, l'étape de l'éveil cognitif de l'enfant au cours duquel il intériorise, s'imprègne des réalités et des valeurs sociales, culturelles et intellectuelles de son environnement. Les psychologues spécialisés dans les questions du développement de l'enfant précisent que l'enfant apprend mieux à cet âge. La période de 6 à 8 ans par exemple est considérée comme une phase transitoire importante marquée par le passage d'un système préscolaire à un système d'éducation formelle. Elle peut être une expérience traumatisante si elle n'est pas bien préparée.

⁴ Préambule de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

La petite enfance est également la tranche d'âge au cours de laquelle l'enfant doit pouvoir bénéficier d'une protection et d'une prise en charge plus accrues. La tranche allant de 0 à 3 ans par exemple est particulièrement vulnérable en raison notamment du taux de mortalité élevé enregistré au sein de cette population. C'est donc à cette phase que la petite enfance aura besoin de soins postnataux, d'une nutrition et d'une protection de base plus attentifs.

Malgré leur importance capitale, les années du jeune enfant sont celles qui sont les plus marginalisées dans les politiques gouvernementales africaines. La prise en charge effective du développement du jeune enfant se limite généralement à la fourniture des services sociaux de base. L'absence de politiques rigoureuses de gestion des questions liées au jeune enfant a des conséquences tragiques sur celui-ci. Aujourd'hui, 38% des jeunes enfants souffrent de malnutrition au cours des cinq premières années, quand moins de 5% reçoivent une éducation de type préscolaire, et que sur 12 millions d'orphelins, 16% ont moins de 6 ans⁵.

L'initiation depuis quelques années de programmes de développement de l'enfance et particulièrement du jeune enfant aura permis de lui redonner toutes les chances de prendre « un bon départ dans la vie ». L'UNICEF considère que les programmes en faveur du jeune enfant créent du capital humain et qu'il faut donc accroître les investissements pour briser le cycle de la pauvreté. « Investir dans le développement et les soins de nos plus jeunes enfants est le choix le plus fondamental que peuvent faire de bons dirigeants »⁶ estime Mme Bellamy, Directrice de l'UNICEF.

II.1.2 Le concept du développement intégré selon l'Unicef

Selon l'UNICEF, le concept de développement du jeune enfant s'appréhende comme un processus de transformation au cours duquel l'enfant apprend à maîtriser des niveaux de plus en plus complexes de motricités, de réflexion et d'interaction avec les personnes et les objets de son environnement. Le processus englobe l'ensemble des processus d'acquisition des comportements allant de la dépendance à l'autonomie atteinte à l'âge adulte.

⁵ Source : communiqué de la 3^{ème} conférence internationale africaine sur le développement de la petite enfance.

⁶ Extraits du discours de présentation du grand rapport annuel de l'UNICEF sur la situation de l'enfant dans le monde 2001.

Cette organisation internationale préconise une approche intégrée de la prise en charge du jeune enfant car elle donne non seulement les meilleurs résultats, mais elle procure les avantages les plus durables aux enfants et à leur famille, aux communautés et aux nations. L'approche dite intégrée propose de considérer l'enfant dans son ensemble et tient compte de tous ses besoins à la fois. Elle consiste à offrir des soins de santé, une bonne nutrition aux enfants, à la mère et aux communautés, ainsi que de l'eau propre et un assainissement de base. Elle comprend également des soins psychosociaux et met l'accent sur l'apprentissage précoce.

D'un point de vue juridique, le développement intégré de l'enfant peut s'appréhender comme un ensemble de mécanismes juridiques et institutionnels visant à garantir une protection plus accrue dans tous les domaines par la promotion et la diffusion des droits tels que définis dans la convention des droits de l'enfant et la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Les politiques de gestion du développement intégré de l'enfant doivent viser à faire bénéficier aux enfants de l'ensemble des services concourant à leurs droits fondamentaux, à l'éclosion et à la construction de leur personnalité.

Il s'agit dans l'élaboration de ces politiques, de promouvoir les droits et libertés de l'enfant afin de garantir à celui-ci une croissance harmonieuse et le plein épanouissement de sa personnalité dans ses dimensions matérielle, intellectuelle et spirituelle en tant que personne humaine.

Leur mise en œuvre est une obligation pour les gouvernants en vertu des dispositions des différentes conventions portant sur les droits de l'enfant auxquelles les Etats adhèrent. La convention des droits de l'enfant stipule à ce propos : « Les Etats-parties s'engagent à respecter les droits qui sont dans la convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction ». Dans la charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, l'obligation des Etats est plus précise ; en effet, l'article 1^{er} énonce que les Etats membres de l'OUA, reconnaissent les droits, libertés et devoirs consacrés dans la charte et s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires, conformément à leurs procédures constitutionnelles et aux dispositions de la charte, pour adopter toutes les mesures législatives ou autres nécessaires pour donner effet aux dispositions de la charte. Dans l'esprit de ces deux conventions, la Constitution ivoirienne de août 2000 (N°2000-513-1^{er} août 2000) énonce que l'Etat assure la protection des enfants (art. 6) et s'engage à prendre des mesures législatives ou réglementaires pour en assurer l'application effective (art. 1).

L'expérience ivoirienne de prise en charge de l'enfant n'est pas restée figée. On est passé d'une approche classique qui consiste à fournir des services d'ensemble à une perception plus élaborée, dite intégrée qui tient compte de la spécificité des besoins du jeune enfant en matière de santé, de nutrition, d'environnement (eau, assainissement du cadre de vie), de soins psychosociaux, de protection et d'apprentissage précoce. De façon précise, il s'agit pour les Autorités ivoiriennes de créer une synergie et d'adopter des démarches convergentes dans l'élaboration des politiques et programmes et dans l'administration des services en direction de l'enfance. Des programmes Education⁷ ont été initiés avec l'aide de l'UNICEF qui intègrent depuis 1997 des activités visant le développement global du jeune enfant. Le premier cycle de programmation passé (1997-2001) a vu la création de centres d'accueil et d'encadrement du jeune enfant (CAEJE) en milieu rural (Bondoukou, San Pedro) et de centres d'actions communautaires pour l'enfance (CACE) en milieu urbain pauvre (Abobo). L'expérience est actuellement en cours avec le nouveau cycle de programmation 2003-2007, et aura permis à plus de 4000 enfants de 3-5 ans de bénéficier d'une prise en charge organisée pour leur éveil cognitif et psychomoteur.

L'existence de ces programmes amène une série d'interrogations :

- quels sont les droits de l'enfant en Côte d'Ivoire ?
- quelle est la situation actuelle de l'enfant en Côte d'Ivoire qui justifie leur mise en œuvre ?
- quels sont les mécanismes politiques, juridiques et institutionnels de prise en charge de l'enfant ?

La présente étude a pour objectif d'apporter une contribution à la réflexion sur l'élaboration d'une politique nationale en matière de développement intégré du jeune enfant.

Pour ce faire, le premier volet de l'investigation consistera à effectuer un état des lieux de la législation sur la question de l'enfant avant d'aborder dans un second volet la situation de l'enfant au regard de cette législation (faire ressortir les écarts dans l'application de la réglementation).

II. 2 LE DISPOSITIF JURIDIQUE DE PROTECTION DE L'ENFANCE EN CÔTE D'IVOIRE

Le jeune enfant jouit d'une double protection nationale et internationale. Les nombreux traités ratifiés par la Côte d'Ivoire lui garantissent de nombreux droits qui sont réaffirmés et / ou complétés par la législation interne.

⁷ Termes de référence du projet d'évaluation de l'expérience nationale de développement intégré de la petite enfance.

La protection des droits du jeune enfant est garantie au plan international dans le cadre des Nations Unies et au plan régional par divers mécanismes institués par les traités relatifs aux droits de l'enfant. Au plan interne, c'est l'ensemble des lois en vigueur garantissant les droits et libertés de la personne humaine qui organisent la protection des droits du jeune enfant.

II.2.1 L'inventaire du dispositif de protection

La protection universelle des droits de l'enfant est conduite au moyen de deux instruments fondamentaux : la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant et les Conventions de Genève et leurs Protocoles Additionnels (PA). Si la première convention organise la protection de l'enfant en temps de paix, les seconds lui garantissent les droits les plus élémentaires en cas de conflits armés.

- *La Convention des droits de l'enfant*

L'adoption le 20 novembre 1989 de la Convention des droits de l'enfant, marque un tournant décisif dans la proclamation des droits de l'enfant. On la qualifie volontiers de texte révolutionnaire de la protection des droits de l'enfant car elle confère un caractère obligatoire là où la Déclaration des droits de l'enfant de 1959, simple acte solennel, n'avait qu'une valeur incitative. Le texte énonce une série d'obligations à la charge des Etats signataires qui s'analysent en de véritables droits et libertés accordés à l'enfant. En posant que le principe selon lequel tout enfant a droit (...) : à la vie, à la nationalité, à la sécurité sociale, à la l'éducation, aux loisirs, à la santé(...), sans discrimination fondée sur la race, le sexe, la langue, la religion, l'origine sociale ou nationale (...), la Convention rappelle les droits généraux de l'homme tels qu'énoncés dans la Déclaration Universelle de 1948 et indique par là même que les droits de l'enfant sont indissociables des droits de l'homme (préambule).

Parce qu'elle a valeur contraignante, la Convention garantit une protection plus efficace à l'enfant. Ainsi la Côte d'Ivoire a-t-elle l'obligation, en vertu des dispositions de la Convention, de prendre toutes les mesures pour assurer le développement harmonieux de tout enfant relevant de sa juridiction. A l'effet de veiller à l'application effective des obligations des Etats parties, la Convention a institué un comité dit Comité des droits de l'enfant chargé « d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées » (Art. 43).

La Convention de 1989 obtient pour l'enfant ivoirien d'abord une protection générale qui s'analyse en une protection en temps de paix. Ensuite, elle lui accorde une protection spéciale en cas de conflit armé (Art.38).

- *Les Règles du Droit International Humanitaire*

Afin de préserver les droits fondamentaux (droit à la vie, à l'intégrité physique et morale, l'interdiction des sévices corporels, de la torture, des peines collectives et des représailles) de l'enfant, les règles du Droit International Humanitaire garantissent à celui-ci une protection générale en temps de guerre qu'il s'agisse de conflit armé international (Convention de Genève IV et Protocole Additionnel I : protection des civils) ou non international (Convention de Genève, Art. 3 et Protocole Additionnel II Art. 4). En outre, il jouit d'un régime de protection spéciale en raison de sa vulnérabilité (Conventions de Genève II et IV et Protocoles Additionnels I et II). Enfin, lorsqu'il participe aux hostilités, l'enfant ne perd pas le bénéfice de la protection spéciale, la Convention de 1989 (Art. 38) et les Protocoles Additionnels fixent les limites de sa participation aux hostilités.

La Côte d'Ivoire a également ratifié différents accords portant sur certaines questions spécifiques de la protection du jeune enfant (règles de Beijing sur l'administration de la justice sur les mineurs). Un projet de loi en vue de l'adhésion de la Côte d'Ivoire au Protocole Additionnel à la Convention sur les droits relatifs à la prohibition du recrutement des enfants dans les conflits armés est en cours.

On inclut également dans les dispositions internationales de protection de l'enfant, les conventions sur la femme et les Conventions n° 138 et 182 relatives à l'âge minimum d'admission à l'emploi et aux pires formes de travail des enfants.

- *Les instruments régionaux : la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant*

L'élaboration d'un traité relatif aux droits de « l'enfant africain » marque un engagement politique et juridique sans précédent en faveur des enfants. Ce texte est à ce jour le seul traité instituant la protection juridique de la santé et du développement physique, mental, moral et social de l'enfant africain.

L'existence de cette convention peut paraître surabondante. En effet, pourquoi chercher à proclamer des droits de l'enfant africain alors qu'il existe déjà des instruments universels qui lui garantissent une protection juridique d'ailleurs plus étendue ? En quoi ses besoins se différencient-ils de ceux des autres enfants ? Pour Maurice Torrelli, l'enfant est un être situé et cette situation fait naître des droits spécifiques. Aujourd'hui, l'Afrique est le continent où les droits de l'enfant sont les plus marginalisés. La combinaison de nombreux facteurs socioéconomiques, culturels, de catastrophes naturelles, de poids démographiques

et la persistance de conflits armés sur le continent fragilisent davantage le développement de l'enfant. Aussi, les Etats, conscients du fait que l'enfant est un citoyen responsable et un levier de développement, cherchent-ils à travers de telles conventions à renforcer le régime universel et à améliorer la protection des droits de leurs enfants.

La Charte ne se contente pas de reprendre les principes déjà affirmés par la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant. Elle précise, justifie et parfois innove en édictant des normes qui vont bien au-delà des exigences de la Convention de 1989. La Charte restitue ainsi les droits de l'enfant dans le contexte particulier de l'Afrique.

Parce que « l'intérêt supérieur de l'enfant » africain doit primer, il a été institué un comité africain d'experts des droits et du bien-être de l'enfant dit « comité » chargé de veiller au respect des obligations contractées par les signataires. Lors de sa première réunion (Addis Abeba, mai 2002), le comité a exhorté les Etats à se mobiliser pour promouvoir les droits de l'enfant en Afrique.

La Charte a été adoptée en juillet 1990 et est entrée en vigueur en novembre 1999. Elle est toujours ouverte à la ratification.

II.2.2 Le dispositif national de protection

Les droits fondamentaux de l'enfant sont consacrés par le droit interne de la Côte d'Ivoire, à commencer par la norme de base qu'est la constitution du 1^{er} août 2000. Elle réaffirme l'attachement de l'Etat de Côte d'Ivoire au respect des droits et libertés fondamentales de la personne humaine. La personne humaine est sacrée, elle jouit des droits inaliénables : droit à la vie, à la liberté, à l'épanouissement de sa personnalité et au respect de sa dignité. Ses droits sont inviolables et les Autorités publiques ont l'obligation d'en assurer le respect, la protection et la promotion (Art. 2). L'enfant bénéficie en tant que personne humaine de l'ensemble de ces droits. De plus, la constitution lui garantit une protection spéciale : « l'Etat assure la protection de l'enfant ». On retrouve donc dans la loi fondamentale ivoirienne, les grands principes formulés dans les divers instruments internationaux ratifiés par la Côte d'Ivoire. Quand ils ne sont pas expressément énoncés (en termes identiques notamment), ils se déduisent par interprétation d'autres dispositions.

L'analyse de la législation ivoirienne révèle que ces dispositions qui datent souvent de 1964, sont globalement en conformité avec la Convention des Nations Unies de 1989 et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Différentes lois civiles, pénales, sociales organisent la protection de l'enfant. On distingue :

- *les dispositions civiles relatives aux droits de la personne et de la famille :*

- Loi n° 64 – 373 du 7 octobre 1964 modifiée par la loi n° 83 – 799 du 2 août 1983 relative au nom ;
 - Loi n° 99 – 691 du 14 décembre 1999 relative à l'état civil ;
 - Loi n° 64 – 382 du 7 octobre 1964 portant fixation des modalités transitoires à l'enregistrement des naissances non déclarées dans les délais légaux ;
 - Loi n° 64 – 378 du 7 octobre 1964 relative à l'adoption ;
 - Loi n° 64 – 375 du 7 octobre 1964, modifiée par la loi n° 83 – 800 du 2 août 1983 relative au mariage ;
 - Loi n° 70 – 483 du 7 octobre 1970 relative à la minorité.
- *Les dispositions pénales*
 - Loi n° 81 – 640 du 31 juillet 1981 instituant le code pénal, modifiée par les lois n° 95 – 522 du 6 juillet 1995, 96 – 764 du 3 octobre 1996, 97 – 398 du 11 novembre 1997
 - Loi n° 98 – 756 du 23 décembre 1998 portant répression de certaines formes de violences à l'égard des femmes.
 - *Les dispositions du code du travail et de la prévoyance sociale*

II.3 LE CONTENU DU DISPOSITIF DE PROTECTION

Qu'il s'agisse de normes internationales ou nationales, le dispositif proclame un ensemble de droits fondamentaux reconnus à l'enfant. On retrouve ainsi dans la constitution de juillet 2000, une série de droits proclamés par la convention de 1989. A ce sujet, l'un des droits fondamentaux largement admis est le principe de la protection spéciale de l'enfant. La convention rappelle que « l'enfant a droit à une aide et une assistance spéciale ». Quant à l'article 2 de la constitution, il dispose que l'Etat assure la protection de l'enfant. Cette spécification peut s'interpréter comme l'affirmation d'un devoir de protection spéciale.

Les droits de l'enfant peuvent être classés en trois grandes catégories : les droits de protection, les droits de prestations et les droits de participation.

II.3.1 Les droits de protection

- **Le droit à la vie** : c'est le premier droit de l'enfant duquel découlent en réalité tous les autres droits. Il est expressément énoncé dans toutes les normes : article 5 de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, article 2 de la constitution ivoirienne. En vertu de ce principe, la femme enceinte doit bénéficier de tous les soins prénatals indispensables pour garantir une naissance viable à l'enfant. Au plan pénal, la protection de ce droit est assurée par les articles 366 à 369 réprimant l'avortement.

- **Le droit à la non exploitation** : Art. 8, l'Etat protège contre l'exploitation et l'abandon moral. Sont ainsi interdits :
 - l'exploitation économique : les articles 32 de la convention et 15 de la Charte interdisent le travail des enfants. La législation ivoirienne fixe l'âge d'admission à l'emploi à 14 ans.
 - L'exploitation et les violences sexuelles, Art. 27 de la Charte et 34 de la Convention ;
 - L'enrôlement et l'utilisation de l'enfant dans les conflits armés, Art. 22 de la Charte.

Le recrutement et l'utilisation d'enfants soldats constituent une violation des droits des enfants et un crime de guerre si les enfants sont âgés de moins de 15 ans.

Toutes ces atteintes ont été qualifiées de « nouvelle forme de criminalité » lors de la réunion spécialisée sur le trafic des enfants en Afrique de l'Ouest et centrale à Yamoussoukro.

- **Le droit à l'intégrité morale et physique** : les articles 16, 21, 26, 27 et 29 de la charte protègent l'enfant contre les mauvais traitements et abus, les pratiques négatives sociales et culturelles (interdictions des mutilations génitales de la petite fille).
- **Le droit à une vie privée** : Art. 10 de la Charte africaine.

II.3.2 Les droits de prestations

- **Le droit à un nom et à une nationalité** : (Art. 6 de la Charte africaine, Art. 7 et 8 de la Convention de 1989, Art. 1^{er} de la loi sur le nom) en vertu de ce principe, il est fait obligation de déclarer l'enfant dès sa naissance. L'article 41 nouveau (C. Civ.) a porté le délai de l'enregistrement à trois (3) mois au lieu de 15 jours afin de permettre à un grand nombre d'enfants de bénéficier de ce droit.

Par ailleurs, l'Etat est tenu de préserver l'identité de l'enfant. Les atteintes à l'état civil de l'enfant sont réprimées par l'article 386 de la loi pénale.

- **Le droit à l'éducation** : ce principe est contenu dans les articles 7 et 8 de la constitution. L'Etat assure à tous les citoyens l'égalité d'accès à l'éducation (Art. 7). Tel que formulé, le texte ne fait aucune mention spéciale à l'enfant ; on en déduit qu'il tire son droit à l'éducation d'un cadre général qui concerne tous les « citoyens ».
- **Le droit à la protection de la santé** : ce principe est essentiel pour le développement de l'enfant et recouvre en réalité de nombreux autres aspects de sa protection :
 - droit à la santé proprement dit (soins prénatals de la mère en vertu du principe du droit à la vie, soins postnatals, eau potable, nutrition) ;
 - droit aux soins spéciaux notamment pour les enfants handicapés (Art. 13 de la Charte, Art. 10 de la Convention) ;

- droit à un environnement sain (Art. 19 de la constitution).
- **Le droit à la sécurité sociale** : (Art. 26 et 27 de la Convention). L'enfant a droit aux prestations sociales y compris les assurances. Dans la fourniture des services de sécurité sociale, aucune discrimination ne doit être faite entre les enfants nés hors mariage et ceux nés dans le mariage.
- **Le droit à un environnement familial** : la famille est reconnue comme étant l'élément naturel fondamental de la société puisque constituant la base même de la société africaine. La protection de la famille est essentielle pour l'épanouissement de l'enfant surtout pour la tranche d'âge allant de 0 à 3 ans car l'essentiel des acquisitions de l'enfant se fait auprès des parents. A cette étape de la vie de l'enfant, la famille est le cadre exclusif de la prise en charge de l'enfant ; on comprend alors que l'Etat doit veiller à sa santé physique et morale. Art.5 « la famille constitue la cellule de base de la société. L'Etat assure sa protection ». L'enfant doit pouvoir jouir de la présence de ses parents. De là découle le principe de non séparation de l'enfant de ses parents (Art. 9 de la Convention de 1989, Art. 19 de la Charte africaine). En cas de séparation temporaire ou définitive (emprisonnement, exil, décès), l'enfant a un droit de protection et d'assistance spéciale (Art. 25 Charte africaine).
- **Le droit et le devoir des parents d'élever et d'entretenir leurs enfants** : cette règle est organisée par la loi sur la minorité (Art. 3 et suivants). Les parents (père, mère ou tuteur) sont responsables de l'éducation et de l'épanouissement de leur progéniture. Ils doivent notamment assurer sa garde, cette obligation consacre le droit à un domicile de l'enfant. Si ce principe en réalité incombe aux parents, les pouvoirs publics peuvent leur venir en aide ou même les suppléer en cas de défaillance. Ce principe n'est pas expressément stipulé dans la constitution, il se déduit du droit à l'éducation. Art. 9, 18, 19 et 20 de la Charte, Art.5, 10 de la Convention de 1989.

II.3.3 Les droits de participation

- **Le droit de jouer** : Art. 12 de la Charte africaine.
- **Les libertés de l'enfant** : libertés d'expression, de pensée, de religion (Art.7 à 9).

Enfin, l'enfant bénéficie de façon générale de l'ensemble des droits découlant de ceux reconnus à la famille et à la femme car sa protection ne saurait être dissociée de celle de ces deux entités. C'est ainsi que la protection spéciale accordée à l'enfant intègre la prise en charge de la mère.

En conclusion, l'analyse qui peut être faite du dispositif juridique de protection de l'enfance en Côte d'Ivoire est la conformité dans l'affirmation des droits des dispositions internes aux différentes conventions ratifiées. Au cours de la décennie 1990-2000, des progrès ont été réalisés dans la protection de l'enfance avec le renforcement notamment du cadre juridique. Ainsi, la nouvelle constitution assure une protection particulière aux enfants par l'interdiction de certaines pratiques socio-culturelles, tels l'esclavage contemporain, les mutilations génitales féminines et le mariage forcé⁸. Des dispositions contraires subsistent cependant. La loi ivoirienne ne reconnaît le droit à la sécurité sociale qu'aux enfants de fonctionnaires et de travailleurs salariés. L'âge de la responsabilité pénale du mineur est fixé à 10 ans alors que le droit international prévoit que celui-ci ne peut être poursuivi devant les tribunaux avant 15 ans.

Cet engagement diplomatique, juridique et politique devrait permettre à l'enfant ivoirien de jouir d'une protection plus accrue et de garantir le développement et l'épanouissement de sa personnalité dans la société. Malheureusement comme le révèle Joseph Ayisi⁹, l'enfant attend toujours de voir prendre corps tous ses engagements dans sa vie de chaque jour. La situation de l'enfant en général et du jeune enfant en particulier demeure préoccupante dans un contexte de morosité économique aggravé par la persistance de conflits armés.

II.4 LA SITUATION REELLE DE L'ENFANT EN CÔTE D'IVOIRE

A ce niveau de l'étude, il s'agit de porter un regard critique sur l'expérience nationale de prise en charge du jeune enfant en fonction des principes affirmés plus haut en mettant en relief les problèmes de cette population et les solutions qui lui sont généralement apportées.

Le diagnostic de l'expérience nationale du développement du jeune enfant induit que l'on s'intéresse à la perception du jeune enfant dans la politique sociale de l'Etat de Côte d'Ivoire depuis les indépendances (1960-1999).

⁸ Rapport initial de la Côte d'Ivoire à la 27^{ème} session du comité des droits de l'enfant, mai 2001.

⁹ Joseph Ayisi, Droits et misères de l'enfant en Afrique : enquête au cœur d'une invisible tragédie, extraits de l'article paru dans le SEDOS Bulletin, vol. 35, n°3-4, mars avril 2003.

II.4.1 Les problèmes du jeune enfant

Les difficultés rencontrées par la petite enfance concernent tous les aspects de sa vie et donc de son développement et sont celles observées dans la plupart des pays en développement avec cependant certaines spécificités.

- *Le droit à la santé*

L'un des principaux freins à la survie et au développement du jeune enfant en Côte d'Ivoire est le problème de la prise en charge médicale de l'enfant. Aujourd'hui, peu d'enfants bénéficient d'une couverture médicale et sociale suffisante. Les conditions de vie des enfants demeurent préoccupantes¹⁰ :

- le taux de mortalité des enfants âgés de moins de un an est d'environ 88 pour mille¹¹;
- 21% des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale ;
- 25% de ces enfants ont un retard de croissance ;
- 51% des enfants de un an sont vaccinés ;
- le taux d'accès à l'eau potable est de 81,7%.

Les principales causes de la mortalité du jeune enfant (0 – 5 ans) sont les maladies respiratoires, les maladies diarrhéiques et la malnutrition. Il s'agit de pathologies qu'on peut traiter ou prévenir avec des solutions peu coûteuses. Et quand bien même ces enfants (0 à 3 ans) survivraient, leur croissance serait trop souvent affectée. Ils souffrent pour la plupart d'incapacité physique et / ou psychique ou rencontrent des difficultés d'apprentissage. L'accès aux soins prénatals et postnatals n'est pas toujours garanti. Seulement 63% des accouchements sont assistés par un personnel qualifié (le taux de mortalité maternelle est estimé à 597 pour 100 000 naissances vivantes). A cela s'ajoute la montée du taux de séroprévalence chez la femme enceinte qui pose le problème crucial de la transmission mère-enfant (un nombre important d'enfants sont infectés et affectés par le VIH/SIDA). La faiblesse de la capacité d'accueil dans les structures sociales de bases ne permet pas de garantir l'égalité d'accès à la santé.

- *Le droit à l'éducation*

Le taux de scolarisation est certes en progression (50% en 1999 et 56% en 2000), mais il demeure encore insuffisant. Il en est de même du taux d'analphabétisme qui est passé de 35, 2% à 48,2%. La tranche d'âge de 3 à 6 ans ne bénéficie pas toujours de son droit à l'éducation. Dans cette phase, qui correspond à l'étape de la formation préscolaire, l'éveil cognitif de l'enfant continue d'être entièrement assuré par la famille. Les centres d'accueil

¹⁰ Rapport initial de la Côte d'Ivoire sur les droits de l'enfant.

¹¹ Système des Nations Unies en Côte d'Ivoire ; Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de la Côte d'Ivoire 2003 – 2007.

ont largement dépassé leur capacité d'accueil alors que la misère ambiante ne permet pas aux parents de garantir à la fois la nourriture quotidienne et l'éducation formelle de leur progéniture. Dans les zones urbaines, les enfants des couches défavorisées sont généralement livrés à eux-mêmes sans surveillance aucune. Quant à la tranche de 6 à 8 ans, en plus d'une situation préoccupante de sous scolarisation, elle est de plus en plus victime de l'exploitation économique et de maltraitance. En outre, la situation particulière de la petite fille reste préoccupante du fait du taux toujours élevé d'analphabétisme.

- *La protection*

On observe depuis quelques années l'émergence et le développement du travail du jeune enfant. Un trafic généralement organisé par les parents se développe dans les zones rurales en direction de la ville. La main d'œuvre infantile alimente le marché local des « petites domestiques ». Le dernier recensement de la population indique que 14,3%¹² des enfants de 6 à 14 ans exercent une activité économique. Le travail est en passe de devenir la seule voie de survie de nombreux enfants en Côte d'Ivoire. La paupérisation des familles pousse les parents à avoir recours aux revenus du travail de leurs enfants. Ces enfants sont généralement exploités par des adultes et subissent bien souvent des sévices corporels importants. Pour lutter contre le trafic des enfants qui se développe à l'intérieur de leurs frontières, les Etats membres du Conseil de l'Entente ont institué en mars 2002, un laissez-passer pour accompagner les enfants mineurs voyageant au sein de leur espace. La Côte d'Ivoire a par ailleurs signé en septembre 2000 un protocole d'accord avec le Mali allant dans le même sens.

De façon générale, les violations des droits des enfants concernent leurs droits fondamentaux. S'agissant par exemple du droit à une identité, nombreux sont les enfants qui ne sont pas déclarés à l'état civil après leur naissance. Malgré le rallongement du délai de la déclaration (3 mois au lieu de 15 jours), on estime que 30% des enfants de moins de 5 ans ne sont pas enregistrés, ce taux atteint même les 40% dans certaines zones rurales¹³. Ils sont ignorés des programmes en faveur du jeune enfant ; ce qui accentue leur précarité.

Il en est de même des enfants qui séjournent dans les maisons d'arrêt du fait de l'incarcération de leurs mères. Si à Bondoukou l'existence de deux enfants à la maison d'arrêt et de correction a été relevée, à Abidjan, à la MACA (Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan), l'on dénombre jusqu'en septembre 2005 la présence de sept (7) enfants dont l'âge varie entre 2 mois et 1 an. (2 enfants de 2 mois, 1 enfant de 3 mois, 1 enfant de 6 mois, 1 enfant de 7 mois et 1 enfant de 1 an). Livrés à eux-mêmes, ces enfants vivent de fait dans des conditions déplorables et côtoient quotidiennement les autres détenus et par conséquent

¹² Comité des droits de l'enfant ; Rapport initial de la Côte d'Ivoire, mai 2001.

¹³ Comité des droits de l'enfant ; Rapport initial de la Côte d'Ivoire.

toutes sortes de maladies. Enfermés avec leurs génitrices, ces enfants ne bénéficient d'aucun espace de jeu ni de médicaments de première nécessité. Le BICE, heureusement, mène quelques activités en leur faveur à travers les consultations médicales, l'achat de médicaments, des dons d'aliments (lait, farine et sucre) et des séances de vaccination.

Depuis le déclenchement de la crise militaire, les droits les plus élémentaires de l'enfant sont ignorés dans les zones en conflit. Enrôlés, ils servent comme soldats pour les plus grands quand les plus jeunes (moins de 10 ans) sont utilisés comme porteurs ou messagers.

La situation de l'enfance en Côte d'Ivoire s'est fortement détériorée en raison de la combinaison de facteurs socio-économiques, culturels, traditionnels, de catastrophes naturelles (la montée des eaux en période de pluie dans le sud et la sécheresse au Nord), et de poids démographique (3,8% l'an). Mais le facteur économique contribue davantage à la déliquescence des droits du jeune enfant. En effet, la persistance d'une situation économique morose aggravée par les conflits armés compromet la distribution des richesses en faveur des couches les plus défavorisées de la population (financement des services sociaux de base par exemple) ; l'essentiel des ressources générées étant affecté au remboursement de la dette publique extérieure. La paupérisation croissante de la population, en particulier celle des zones rurales, affecte le bien-être du jeune enfant.

La méconnaissance des droits de l'enfant par la majorité de la population peut également justifier les nombreuses violations de ces droits. La promotion des droits de l'enfant se heurte comme l'indique Mme Henriette LAGOU à l'analphabétisme prononcé de la population.

II.4.2 La prise en charge du jeune enfant des indépendances à nos jours

L'Etat ivoirien est l'instigateur de la politique nationale de développement du jeune enfant. Il a jeté les bases de la protection de l'enfant en Côte d'Ivoire par la ratification de la plupart des conventions sur les droits de l'enfant et l'élaboration des lois en faveur des droits des personnes et de la famille.

Sur le plan des actions engagées, reconnaissant que « le levier économique de demain, c'est l'individu, sa formation, sa capacité à sans cesse apprendre et innover »¹⁴ l'Etat ivoirien s'est engagé à promouvoir l'éducation et la santé de la population. Dans ce cadre, la première étape de la prise en charge de l'enfant a consisté à :

- accroître les capacités d'accueil du système éducatif en général et celui de l'éducation de base hérité de la colonisation (primaire) en particulier. La période de 1960-1980 sera marquée par la progression du taux de scolarisation primaire qui passe de 28,45% à 75% ;

- promouvoir l'éducation de la petite fille qui se heurte aux pratiques culturelles (les populations ne voient pas la nécessité de scolariser la petite fille) et réduire ainsi les inégalités entre filles et garçons ;
- implanter l'enseignement supérieur technique et professionnel (les CAFOP notamment) dans tous les départements administratifs du pays pour assurer la formation du personnel enseignant.

La crise économique et financière des années 1980 aura des incidences négatives sur la prise en charge de l'enfant. On observe un important déséquilibre entre la demande d'éducation, liée à une forte poussée démographique (3,8% l'an) et l'offre d'éducation liée à la stagnation des capacités d'accueil du système éducatif ; conséquences : des effectifs pléthoriques, la dégradation du taux d'encadrement pédagogique et la régression du taux de scolarisation avec des disparités prononcées entre les grands centres urbains et le milieu rural.

Au plan sanitaire, la démarche sera la même que celle adoptée pour l'éducation de l'enfant :

- consolidation des infrastructures sanitaires (dispensaires, maternité, PMI) héritées de la colonisation et formation du personnel ;
- amélioration de la couverture sanitaire et lutte contre les grandes endémies.

Entre 1960 et 1980, les taux de mortalité générale, maternelle et infantile sont en régression. Poursuivant les investissements dans le secteur sanitaire, l'Etat ivoirien privilégie les actions de santé en faveur des zones rurales afin de réduire l'importante disparité. Le renforcement du programme élargi de vaccination a permis d'améliorer sensiblement la couverture vaccinale (80%). A cela s'ajoutent le programme de formation des agents de santé communautaire, des matrones et accoucheuses traditionnelles et la création de caisses à pharmacie villageoises.

En résumé, la politique sociale de l'Etat de Côte d'Ivoire en faveur de l'enfant s'est articulée autour :

- du développement du secteur sanitaire qui aura contribué à relever l'espérance de vie et à faire reculer le taux de mortalité infantile ;
- d'une politique de population et de planification familiale ;
- d'une politique de médicaments essentiels ;
- d'une politique hardie de santé primaire ;
- d'une politique de prévoyance sociale.

¹⁴ Henri Konan BEDIE, Président de la République de Côte d'Ivoire de 1993 à 1999 et Président du Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI)

Dans la mise en œuvre effective de ces politiques, différents ministères ont été créés. Mais, l'absence de coordination et de synergie dans leurs activités de protection de l'enfant en a réduit l'efficacité.

Mais il peut, tout de même être rappelé qu'au lendemain des indépendances, la Côte d'Ivoire s'est lancée dans de vastes programmes de développement social intégrant la prise en charge du jeune enfant. Des programmes d'éducation et de santé ont été ainsi initiés qui ont permis de relever le taux d'alphabétisation et le niveau de vie chez les enfants et particulièrement chez la petite fille. Si à cette période, le développement de l'enfant s'est heurté à l'analphabétisme prononcé de la population et aux croyances culturelles, de nombreux autres facteurs contribuent aujourd'hui à compromettre davantage sa situation :

- le poids de la dette publique extérieure a provoqué la stagnation des investissements en faveur de la population en général et de l'enfant en particulier. La forte poussée démographique exerce des pressions supplémentaires sur la demande en éducation et en santé avec pour conséquence l'accroissement de la sous-scolarisation au sein de la population en âge d'aller à l'école et la progression de la mortalité infantile.
- la paupérisation croissante de la population a aggravé le trafic et le travail des enfants.
- une véritable crise de la condition de l'enfant depuis le déclenchement de la guerre.

La proclamation des droits de l'enfant par la ratification des diverses conventions sur l'enfant est cependant une avancée notable dans sa protection. Il reste à prendre des mesures vigoureuses d'application pour permettre à tous ces citoyens ivoiriens de prendre selon l'expression de l'UNICEF « un bon départ dans la vie ».

Tel est l'objectif assigné aux programmes de développement global de l'enfant mis en place par le gouvernement ivoirien s'appuyant sur l'expertise de l'UNICEF et qui s'intègre parfaitement aux Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'enfant doit bénéficier aujourd'hui de soins attentifs (santé, nutrition, hygiène, éducation) qui lui garantiront un développement harmonieux et l'épanouissement de sa personnalité. Car de la prise en charge actuelle de l'enfant dépend le développement futur de la nation ivoirienne. En réalité, il s'agit de jeter les bases d'un bien-être du jeune enfant d'aujourd'hui afin de garantir un mieux-être dans l'avenir. Le projet est ambitieux parce qu'il augure l'ère d'un avenir meilleur pour les nouvelles générations.

Sur la base de la réussite attendue de ces programmes et en tenant compte de la correction de certains biais (démocratie, Etat de droit, stabilité économique...), on peut penser que l'enfant ivoirien dans 10 ou 20 ans sera celui qui :

- survivra aux dangers des premières années de sa vie ;
- grandira en parfaite santé ;
- développera moins de maladies ;

- développera pleinement ses capacités de réflexion et de langage, ses aptitudes émotionnelles et sociales,
- produira de bons résultats au cours de sa formation scolaire, secondaire et universitaire ;
- sera capable, à l'âge adulte, de s'intégrer parfaitement en tant que membre de la société responsable et productif.

CHAPITRE III : ENVIRONNEMENT MEDICAL (SANTE) ET DEVELOPPEMENT INTEGRE DU JEUNE ENFANT

Le développement humain ne se limite pas, comme semblent le montrer la plupart des programmes de développement mis en œuvre dans les pays du Sud (lutte contre la pauvreté), aux considérations de revenus. Il suppose avant toute chose que la personne soit en bonne santé physique et morale afin de participer au développement de la société et d'en bénéficier. Il existe un rapport entre l'état sanitaire de l'individu et son niveau de revenus et dans une mesure plus large entre la santé et le développement économique ; une personne jouissant d'un meilleur état de santé est beaucoup plus productive et donc plus apte à accroître son revenu.

III.1 L'ETAT DES LIEUX

La santé apparaît comme une exigence fondamentale de l'évolution de l'individu singulièrement pour le jeune enfant compte tenu de la grande vulnérabilité de cette couche essentielle de la population. Tout enfant a le droit de vivre et de s'épanouir. Pour ce faire, il doit bénéficier au cours des premières années de sa vie du meilleur état de santé possible (Art. 24 Convention de 1989) . La santé accroît les potentialités humaines. C'est pourquoi on estime généralement que les dépenses de santé, particulièrement celles en direction du jeune enfant, sont une forme d'investissement dans le capital humain. L'amélioration de l'état sanitaire de l'enfant favorise directement les gains de productivité à venir car elle lui permet de se transformer en adulte plus fort, plus sain et donc plus productif en allongeant sa vie active prévisible. En outre, elle agit sur cette productivité de façon indirecte en renforçant l'aptitude du jeune enfant à acquérir, grâce à la scolarité, des aptitudes productives (on estime que des enfants sains et bien nourris sont plus assidus et aptes à une meilleure concentration pendant leur temps de présence à l'école).

On comprend alors l'obligation pour les pouvoirs publics d'assurer à tous les citoyens l'égalité d'accès aux soins de santé (Art. 7 de la constitution ivoirienne). La santé fait d'ailleurs partie de la trilogie des droits fondamentaux reconnus à l'enfant par les différentes conventions internationales et régionales sur la question de la protection de l'enfant. L'article 24 de la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant dispose à ce propos : « Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services ».

Mais qu'entend-on par « santé » ? L'Organisation Mondiale de la Santé la définit comme « un état de bien-être total, physique, mental et social ». Cette approche va nettement au delà de la signification normalement donnée à la santé. En effet, pour la majorité des gens, la santé consiste simplement en l'absence de maladie ou d'infirmité. La conception des Nations Unies est plus conforme à la nouvelle approche dite du développement intégré du jeune enfant. En réalité, la problématique de la santé du jeune enfant recouvre différents aspects (soins médicaux proprement dits, hygiène et sécurité sociale) et ne saurait donc se limiter à l'absence de maladie.

En Côte d'Ivoire, des efforts notables ont été observés dans la condition sanitaire de l'enfant depuis les indépendances à nos jours. L'espérance de vie a connu une croissance grâce à un net recul de la morbidité, de la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Mais l'aggravation de nombreux facteurs (pauvreté, dégradation de l'environnement, catastrophes, poids démographiques) combinée à l'apparition de phénomènes défavorables comme la pandémie du SIDA et les conflits socio-politiques contribuent à compromettre davantage cette situation. Aujourd'hui encore, des pathologies mineures comme les maladies diarrhéiques, la malnutrition, les infections respiratoires et le paludisme continuent de décimer la population enfantine. La couverture médicale laisse à désirer, seulement 63% des accouchements sont assistés par un personnel médical qualifié.

De plus, les politiques nationales en matière de santé publique ont montré leurs limites en ce qui concerne la prise en charge effective et satisfaisante du jeune enfant. En effet, ces politiques s'analysent pour l'essentiel en des programmes segmentés ayant une orientation exclusivement sociale.

Dans le cadre de l'approche dite intégrée du développement du jeune enfant en Côte d'Ivoire, il apparaît nécessaire de fonder une vision intégrée de ces politiques pour permettre une amélioration et un développement réels de cette population. C'est dans ce sens que l'expérience de prise en charge du jeune, initiée dans le cadre du programme de coopération UNICEF/ Gouvernement de Côte d'Ivoire apparaît comme une initiative fort intéressante.

III.2 APPRECIATION DE LA SITUATION DE SURVIE DE LA MERE ET DE L'ENFANT

Après un cycle de programmation des activités de prise en charge du jeune enfant dans les localités pilotes, il s'agit d'évaluer les réalisations au regard des objectifs initiaux.

Les systèmes sanitaires de San Pedro et de Bondoukou sont similaires. On distingue deux échelons de structures composés d'un réseau de centres de santé : dispensaires (urbains et ruraux), services de santé scolaire et universitaire, maternité et un hôpital de référence (CHR).

III.2.1 San-Pédro

Les données sur l'état de morbidité du CHR de San Pedro n'ayant encore pu être obtenues, nous porterons notre analyse sur celles des services de santé scolaire et universitaire (SSSU). La population cible de ces centres est de 70 911 élèves (source : DREN) dont 22 651 à la maternelle et CP (source : IEP)

La sensibilisation au VIH/SIDA : au centre de protection maternelle et infantile (PMI) existe un programme de prévention de la transmission mère enfant (PTME). En 2004, 3473 femmes enceintes ou en âge de procréer ont reçu des formations de groupe et des propositions de test. On a enregistré 86,95% d'acceptation et 7,41% ont été déclarées positives. On a enregistré à ce jour une seule naissance de mère séropositive.

Tableau n° 29 : Etat de morbidité dans les SSSU, 2004 (San Pedro)

Tranche d'âge	0-11mois		1-4 ans		5-14 ans		15ans et +		total
	M	F	M	F	M	F	M	F	
Paludisme	23	17	84	76	160	155	320	310	1145
Rougeole	0	0	3	6	0	1	0	0	10
Diarrhée	7	3	25	14	9	8	53	24	143
Rhinite	6	3	14	10	10	15	46	32	136
Bronchite	13	9	25	20	32	27	32	37	195
Varicelle	0	2	2	0	10	10	15	4	43
Conjonctivite	1	2	1	2	5	4	16	10	41
Anémie	3	0	7	3	4	1	0	3	21
Malnutrition	0	0	5	0	0	0	0	0	5
Autres maladies	12	19	42	50	75	86	272	152	688
TOTAL	65	55	188	181	305	307	754	542	2969

Source : rapport d'activité des SSSU, 2004

III.2.2 Bondoukou

La situation sanitaire des enfants dans la région de Zanzan se présente, selon le *Rapport du Centre social 2004* comme suit, année au cours de laquelle il est né 1448 enfants dont 760 filles et 688 garçons en 2004 :

Centre social de Bondoukou

Tableau n° 30 Répartition des nombres de pesées par âge (2004)

Age	Nombre de pesées	Pourcentage
0 à 6 mois	5 173	66,49
6 à 12 mois	2 043	26,26
12 à 18 mois	440	5,65
18 à 24 mois	123	1,59
TOTAL	7 779	

Source : Rapport du Centre social de Bondoukou, 2004

Tableau n° 31 : Nombre de naissances enregistrées (2004)

Filles	Garçons	TOTAL
760	688	1 448

Source : Rapport du Centre social de Bondoukou, 2004

Tableau n° 32 : Protection du jeune enfant de Bondoukou

Type	Capacité d'accueil	Objets de fréquentation	Personnel		Equipement		Effectif 93	
			Profil	effectif	dénomination	Nombre	F	G
CPPE	25 à 30		- EP (éducateurs préscolaires)	5	- Salle de classe	3	45	48
			- EP adjoints	1	- Toilettes	8		
			- Auxiliaire social	1	- Jeux	3		

Source : Rapport CPPE, Bondoukou, 2004-2005

Le regard sur les différents aspects de la santé de l'enfant montre que quoique des dispositions soient prises par l'Etat et des organisations, les infrastructures restent insuffisantes et, par le fait de l'augmentation rapide de la population, celles disponibles sont dans un état de délabrement avancé. Faut-il croire que ceux qui aident continueront d'aider ? Faut-il croire que cette assistance sera toujours suffisante ? La réponse ici est non. Que reste-t il donc à faire ? Il reste à l'Afrique une voie de salut : bien connaître ses modes de fonctionnement traditionnels, "intellectualiser" (théoriser) ses pratiques empiriques, s'enrichir des moyens modernes pour se créer une nouvelle voie de développement endogène dans tous les secteurs y compris l'architecture.

Quant à la situation des états morbides des enfants de 0 à 5 ans dans le district sanitaire de Bondoukou, elle se présente comme suit :

Tableau n° 33 : Etat de morbidité des enfants de 0 à 5 ans

PATHOLOGIES	ANNEES	TOTAL		0 A 11 MOIS		1 A 4 ANS	
		CAS	Prév. ou Incid.	CAS	Prév. ou Incid.	CAS	Prév. ou Incid.
Maladies Diarrhéiques	1996	6 649		1 240	70	2 119	30
	1997	10 321	20	2 006	110	3 085	40
Infections Respiratoires Aiguës	1996	9 359		1 649	90	2 184	30
	1997	24 861	60	4 002	220	5 114	70
Paludisme	1996	4 335	100,1	3 568	200	8 555	120
	1997	66 012	150	5 753	320	11 973	160
Rougeole	1996	556		74	5	238	3
	1997	447	1	67	4	153	2
Poliomyélite	1996	6		nd		nd	
	1997	1		nd		nd	
Tétanos néonatal	1996	8		nd		nd	
	1997	0		0		0	
Malnutrition	1996	633		123		412	
		960		219		641	

Sources: *Rapports d'activités du district sanitaire de Bondoukou (à actualiser)*

S'agissant de la survie de la mère, elle sera appréciée en fonction des indicateurs suivants :

- la morbidité et la mortalité maternelle ;
- l'accessibilité aux services de santé ;
- les consultations prénatales et postnatales ;

A Bondoukou, le programme PTME n'étant pas encore effectif, les services de la maternité n'ont pu fournir des estimations sur la question. Cependant, selon les estimations des services sociaux, on dénombre à l'heure actuelle près de 716 cas d'enfants infectés et affectés par le VIH/SIDA. Le taux de prévalence dans la région varie entre 10 et 12% alors que celui de San pédro se situe autour de 8%.

III. 2. 3 : Sur le plan national

La santé de l'enfant fait partie de la politique nationale, et l'objectif de suivre les directives de l'OMS et de l'UNICEF en matière de couverture vaccinale demeure une priorité absolue et une constante du gouvernement.

Le rapport initial de la Côte d'Ivoire au comité des droits de l'enfant des Nations Unies élaboré dans le cadre d'un processus participatif impliquant les représentants des ministères concernés, les ONG et des experts nationaux, a permis d'obtenir les données ci-dessous :

Tableau n° 34 : Programmes Verticaux de Santé

Programme	1999	2000
Etablissement sanitaire	17 690 080 000	20 37447456
Programme élargi de vaccination PEV	770 587 000	2103125000
PNSI	100 000 000	100 000 000
PNN		703528087
PNSSU/SSSU	350 000 000	150 000 000
PNSR	107 000 000	115 000 000
PMLS	131 459 270	130 000 000
Institution PSP	117 6208 000	114 628 000
INHP		1 390 000 000
Assurance sociale	1 390 000 000	Projet

Sources : Rapport de la Côte d'Ivoire au Comité des Droits de l'enfant, 2001

En 2001, le budget des institutions sociales destinées à l'accueil des enfants handicapés (INIPA-ECIS) et celui des structures subventionnées s'élevaient à 71 334 000 contre 64 554 250 en 2 000 et 51 140 000 en 1999. Le budget est en nette progression compte tenu de l'ampleur du phénomène.

La protection des enfants dans les institutions sociales, une action en faveur des enfants vulnérables, permet d'apprécier les investissements faits dans l'humain. Certes la demande demeure encore forte mais force est remarquer que l'Etat ivoirien accorde du prix à la prise en charge des enfants en situation difficile, tel le cas de l'année 2001 au cours de laquelle l'enfant a fait l'objet d'une attention particulière dans les projets de l'Unicef (voir La situation des Enfants dans le monde, numéro spécial sur la Petite Enfance) et ce, dans plusieurs domaines dont :

- les orphelinats ;
- les pouponnières ;
- les centres éducatifs.

Tableau n° 35 : Budget des institutions sociales, 2001

INSTITUTIONS	1998	1999	2000
Orphelinats	17 533 756	5 618 000	68 816 250
Pouponnières	32 642 169	68 390 950	81 833 750
Centre éducatif	1 1426 000	15 019 000	14 646 000
Total	61 601 925	88 927 950	165 296 000

Tableau n° 36 : Budget des services de la justice pour enfants, 2001

Services	1988	1999	2000
Assistance éducative (AE)	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Centre d'observation pour mineurs (COM)	8 000 000	8 000 000	8 000 000
Centre de rééducation de Dabou	4 000 000	2 000 000	2 000 000

Tableau n° 37 : Nombre d'enfants handicapés bénéficiant des soins dans les institutions sociales, 2001

PERSONNES HANDICAPEES							
Années	Nombre total accueil	Sexes		Age			Budget
		F	M	6 à 11ans	12 à 15 ans	16 ans	
1999	303						51 140 000
		132	181	91	119	93	
2000	359	144	215	106	137	116	64 554 250
2001	351	141	210	105	138	108	71 334 000
Total	1013	407	606				187 028 250

Tableau n° 38 : Enfants vivant dans les pouponnières

POUPONNIERES							
Années	Nombre total accueil	Sexes		Age			Budget
		F	M	0-1an	1-5 an	Plus de 5 ans	
1998	155						11 426 000
		73	82	33	78	37	
1999	170	66	106	56	61	48	15 019 000
2000	158	74	83	37	70	43	14 646 000
Total	483	41 101 000					

Tableau n° 39 : Enfants vivant dans les orphelinats, 2001

ORPHELINATS							
Années	Nombre total accueil	Sexes		Age			Budget
		F	M	5-11 ans	12-15 ans	16 et Plus	
1998	328						17 553 756
		141	187	192	126	10	
1999	320	140	180	186	117	09	56 180 000
2000	306	130	176	178	122	06	68 816 250
Total	945	142 550 006					

Tableau n° 40 : Enfants vivant dans le centre éducatif de la zone 4C, 2001

CENTRE EDUCATIF ZONE 4C							
Années	Nombre total accueil	Sexes		Age			Budget
1998	47	M					11 426 000
		47		10-17 ans			
1999	41	41		10-18 ans			15 019 000
2000	30	30		10-19 ans			14 646 000
Total	118	118		41 091 000			

Au vu de ces derniers tableaux, l'on pourrait croire que l'expérience nationale de prise en charge du développement intégré du jeune enfant est un problème résolu et qu'il ne reste que quelques détails à prendre en compte. Il n'en est rien et la raison en est bien simple. Les attributions des tâches dans les ministères voire dans des directions spécialisées dans les ministères conduisent nombre de professionnels et experts à poser des actes non de façon concertée mais dans des domaines liés aux compétences de leurs ministères. Cette réalité, notamment dans un contexte où la solidarité gouvernementale aura été une denrée rare, ne pouvait qu'être préjudiciable aux enfants donc à leurs mères. On comprend donc pourquoi sur le nombre d'enfants handicapés inscrits dans le système éducatif normal et le nombre d'enfants de ce type bénéficiant d'un système éducatif spécial, 35,6% ont été scolarisés.

Pour l'assainissement, la difficulté de la reproduction des infrastructures réside dans leur coût élevé, l'insuffisance de la sensibilisation et la mauvaise perception des messages d'hygiène.

Quant au secteur d'approvisionnement en eau potable, lié lui aussi à l'environnement général, on note la difficulté de mobilisation d'une épargne communautaire, le refus de la prise en charge de l'entretien et de la réparation des pompes, l'insuffisance des points de vente de pièces détachées. De même, la croissance démographique exerce des pressions sur les infrastructures et pose un défi de taille au Gouvernement pour la satisfaction des besoins.

En ce qui concerne le projet d'éradication du ver de guinée, on note l'insuffisance de la supervision au niveau des districts sanitaires et des centres de santé par manque de moyens logistiques ainsi que le manque de motivation des agents de santé communautaire qui ont un statut de bénévole.

Les contraintes sont relatives au retard ou à l'absence d'allocation de certaines ressources financières, à la faiblesse de la coordination de l'intervention des partenaires financiers internes et externes.

On constate une absence d'information et de formation sur les problèmes de nutrition, et, dans une certaine mesure, l'absence d'une politique nationale d'éducation nutritionnelle conséquente.

Le poids des valeurs socioculturelles (tabous et interdits alimentaires) et la baisse du pouvoir d'achat des populations constituent un frein à une bonne alimentation.

CONCLUSION GENERALE

La prise en compte du développement intégré du jeune enfant s'impose comme une piste de recherche fort importante dans la mesure où elle permet à la fois d'interroger le présent et d'œuvrer à construire presque immédiatement le devenir de la femme et de l'homme de demain .L'intérêt de cette approche est qu'elle est en adéquation parfaite avec les modes d'éducation en vigueur en Afrique ancienne. En effet, dans cette Afrique-là, toutes les formes d'éducation étaient exercées par la communauté toute entière. Santé, éducation et protection étaient assurées par tout le monde et ainsi, chacun se sentait responsable du succès et du bien- être de l'enfant, cette richesse commune. Le second intérêt qui paraît nouveau, ne l'est pas en réalité parce que le bien- être de l'enfant n'a jamais été séparé de celui des parents pour qui l'enfant est toujours perçu comme le "continueur" de leur œuvre et le gardien des cultures et civilisations. Bien évidemment, ici comme dans toute autre civilisation, il est des excès et de là naissent des préoccupations telle la question du travail des enfants, qui bien pensée est un fait de civilisation parce que simple pratique pédagogique. Quant à la gestion des questions liées à la petite enfance par un ministère, ce n'est qu'une simple organisation du travail car l'école en Côte d'Ivoire a toujours développé une certaine harmonie en rattachant à l'école des institutions et activités spécialisées :

- les centres de médico- scolaires (Ministère de l'Education Nationale/ Ministère de la santé publique) ;
- les compétitions de l'office Ivoirien des Sports Scolaires et Universitaires (Ministère de l'Education Nationale / Ministère de la Jeunesse et des Sports) ;
- le Festival National de théâtre scolaire et universitaire (Ministère de l'Education Nationale / Ministère de la Culture) ;
- le Prix de Littérature Africaine pour Enfants (Bureau Régional de l'Agence Intergouvernementale de la Francophonie Lomé-TOGO (AIF/ Ministères).

Sur les mesures spéciales de protection de l'enfant, la Direction des Services législatifs écrit :

« La Côte d'Ivoire a développé des axes de coopération avec plusieurs structures et organismes. Les structures gouvernementales suivantes ont été mises en place pour apporter des solutions aux problèmes posés par ce phénomène :

- la Direction de l'Action familiale et de la protection de la femme ;
- la Direction de la Protection sociale et de la formation professionnelle au Ministère de l'Emploi, de la Fonction Publique et de la Prévoyance Sociale ;

- la Direction de l'Environnement social des jeunes au Ministère de la Promotion des jeunes et de la culture civique ;
- la Commission nationale pluridisciplinaire de lutte contre le phénomène des enfants de la rue (créée par le décret n° 97-613 du 10 octobre 1997) ;
- et un programme d'enseignement sur les droits de l'enfant par le Ministère de la Justice et des libertés publiques à l'intention des futurs conseillers et maîtres d'éducation surveillée, chargés de l'encadrement des enfants dans les différentes structures de ce ministère ;
- la création en juillet 2001 d'un comité national de lutte contre le trafic et l'exploitation des enfants, avec pour mission de définir des politiques, des programmes et des actions de lutte contre le phénomène. Ce comité sert d'organe de coordination et de concertation avec les ONG engagées dans la protection des enfants » (Rapport Assemblée Nationale Côte d'Ivoire, Rome, 2004).

La pratique permet donc de se convaincre de l'idée que ce mode d'éducation doit davantage faire l'objet d'une approche méthodique de façon que puissent être corrigées certaines pratiques empiriques. Il s'agit ici d'énoncer des théories, de concevoir des méthodes et des supports didactiques adaptés à l'apprentissage au développement intégré. Il est heureux que des dispositions aient été prises par l'Etat ivoirien pour conduire des actions concertées sur le développement du jeune enfant. Cette politique de développement pourrait tout de même, par le fait de la mise en place d'un comité scientifique permanent, sans doute être davantage visible aussi bien par la production que par la diffusion de ses travaux.

Recommandations

L'amélioration des conditions de vie du jeune enfant passe par la prise en compte d'un certain nombre de paramètres.

➤ La recherche universitaire

- création d'une Chaire UNICEF pour la Petite Enfance ;
- production d'études ;
- appui à la recherche-action ;
- large diffusion des études et des textes relatifs à la petite enfance
 - la maîtrise de l'environnement d'évolution
 - transformation des villages et quartiers en écoles de développement ;

- maîtrise du flux migratoire interne et externe ;
- localisation géographique de toute la population ;
- recensement de chaque enfant en vue du rappel à l'ordre des parents pour les vaccinations.

➤ **La maîtrise du programme de santé**

- augmenter le nombre d'infirmiers et d'infirmières et renforcer leur capacité par la mise en place d'une politique de service civique volontaire ;
- former des agents de santé communautaire, pourvoir toutes les localités de ces agents et les former à prendre appui sur la culture du milieu dans l'encadrement des familles ;
- offrir la gratuité des vaccins et inscrire le contrôle des carnets de vaccination comme activité obligatoire pour les forces de l'ordre ;
- prévoir des kits d'accouchement gratuits pour les mères ayant respecté le programme mensuel de visite prénatale ;
- faire créer et adopter les trousseaux de santé familiales ;
- former des volontaires pour les soins à domicile.

➤ **La facilitation des déclarations de naissance**

- décentraliser l'enregistrement des naissances par la formation d'agents communautaires ;
- rendre gratuite la déclaration des naissances dans les quinze premiers jours de la naissance.

➤ **L'autonomisation des femmes**

- former les femmes à l'élaboration de micro-projets en vue de prendre en charge leurs enfants au plan nutritionnel, éducatif et sanitaire ;
- enseigner aux femmes les différents besoins du jeune enfant ;
- donner aux femmes les rudiments pour veiller à l'hygiène de la famille et de l'enfant.

La prise en compte des écoles parallèles et la formation des animateurs dont le niveau varie entre le CM2 et le BTS apparaît, dans ce vaste programme comme une question d'urgence car le manque d'écoles et l'absence d'une politique nationale en faveur des enfants qui n'ont pas accès à l'école formelle donnent lieu à deux phénomènes troublants aussi bien à San Pedro qu'à Bondoukou : la création anarchique d'écoles et l'exploitation des enfants.

Perspectives de suivi

Années		Activités
2005	Octobre - novembre	<ul style="list-style-type: none"> - Séminaire national de restitution - Séminaires régionaux de restitution
	Décembre	Mise en place d'un centre national de documentation et de recherche sur la petite enfance
2006	Janvier – février – mars	<ul style="list-style-type: none"> - Rédaction et adoption d'un plan de politique nationale de développement en faveur du jeune enfant - Elaboration d'une carte d'implantation de projets communautaires en faveur de la petite enfance et de la femme - Appui à la chaire pour la petite enfance et mise en place de projets-pilote dans le cadre des OMD
	Juillet – août – septembre	Mise en place, dans la région de projets « Ecole-Village » multisectoriels de développement communautaire
	Novembre – décembre	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation d'étapes
2007		<ul style="list-style-type: none"> - Suivi des projets - Mise en place d'autres projets communautaires - Etude évaluative - Bilan

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

I/ Ouvrages généraux et manuels

- AMOA (Urbain) – BIKOÏ (Félix) : *Vie d'enfant*, Abidjan, Passerelle Editions, 1998, 63 pages.
- ATTA G : *L'évolution du préscolaire au Ministère de la Solidarité, de la Sécurité Sociale et des Handicapés*, BRAOC, 1999.
- BROUSSET,V : *Approche intégrée du jeune enfant*, BRAOC, 1999.
- CHATEAU (Jean) : *La psychologie de l'enfant en langue française*, Toulouse, Privat Editeur, 1979, 284 pages.
- COOMBS (Philips H.) : *La crise mondiale de l'éducation*, De Boeck Université (Nouveaux Horizons), 1989, Bruxelles, 373 pages.
- DEDY, S, TAPE, G : *Famille et éducation en Côte d'Ivoire*, Abidjan, Editions des Lagunes, 1995.
- DODSON Fitzhugh : *Tout se joue avant 6 ans*, Paris, Marabout, 2005, 299 pages .
- DUMURGIER E, HAWES H, MOREN Y, LAGARDERE B : *Les enfants pour la santé*, Paris, L'enfant pour l'enfant, 1993, 189 pages
- KI-ZERBO (Joseph) : *Eduquer ou périr* (impasses et perspectives africaines) Abidjan, UNESCO-UNICEF, 1990, 103 pages.
- LEIF (Joseph) – DELAY (Jean) : *Psychologie et Education* (Tome II l'adolescent), Paris, Fernand Nathan, 1968, 601 pages.
- PELICIER (Yves) : *Univers de la psychologie* (les œuvres et les clés de la vie psychique), Paris, Editions Lidis, 1978, 474 pages
- PRESSOIR, E : *Une vision intégrée pour une approche intégrée*, BRAOC, 1999.
- TE BONLE : *Exposé sur la Psychopathologie*, Abidjan, 2003.
- TORRELLI Maurice : *La protection internationale des droits de l'enfant*, la Haye, 1979.

II/ Etudes

- AMOA (Urbain) : *Le développement et la promotion de la littérature pour enfants* (rapport de mission :Sénégal, en Côte d'Ivoire et au Togo) – Lomé – Bureau Régional de l'Agence de Coopération Culturelle et Technique, 1990, 32 pages.
- AMOA (Urbain) : *Les Stéréotypes sexistes dans les manuels scolaires : identification et influences (le cas de l'école ivoirienne)* – Abidjan, UNICEF-CI, 1998, 87 pages, inédit.

- AMOA (Urbain) : Lecture des stéréotypes sexistes dans les manuels scolaires – Yamoussoukro, UNICEF-CI, 1999, 44 pages, inédit.
- ASHBY (Auriol) – BERGER (Dhyani) – NDAZOPO (A.B.) – MATJILA (Judy) : Revue de la politique de développement du jeune enfant et de sa mise en œuvre – Etude de cas sur la Namibie – UNICEF, Juin 2001, 40 pages.
- Association Internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF) : Enfants d'aujourd'hui, diversité des contextes, pluralité des parcours, Dakar, Colloque international, Sénégal, 9-13 décembre 2002, Volume 2 (Séances 4 à 6, 131 pages)
- BASSANT (U.) – MOTI (M.) : Analyse de politiques de développement du jeune enfant – Etude de cas sur l'île Maurice, UNICEF, 2000, 59 pages.
- B.I.T. : Récolte amère : le travail des enfants en agriculture, Genève, B.I.T., 2002, 47 pages.
- B.I.T. : Syndicats et travail des enfants : politiques et plans d'action syndicaux pour lutter contre le travail des enfants (Brochure 2), Genève, B.I.T., 2000, 34 pages ;
- BIT-IPEC-LUTRENA Côte d'Ivoire : Lutte contre la traite des enfants- Connaître les conventions 138 et 182 de l'OIT- date d'adoption 26-06-1973, date d'entrée en vigueur 19 juin 1976
- BOAKYE (J.K.A.) – ADAMU – ISSAH (M.) – ETSE (Stella) : Elaboration de la politique de développement du jeune enfant au Ghana, UNICEF, Ghana, 2001, 53 pages. (Etude de cas)
- Centre National de Documentation Juridique (CNDI) : Les droits de l'enfant en Côte d'Ivoire, Abidjan, CNDI, 2004, 178 pages.
- DAMOH (Békoué Toussaint) : Enquête sur le niveau de vie des ménages – Côte d'Ivoire 1998, Abidjan, INS, 1999, 35 pages.
- INS : Fiches monographiques des localités de la commune de Bondoukou, Abidjan, Bureau Techniques Permanentes au Recensement, RGPH 1998.
- INS : Côte d'Ivoire : enquête démographique et de santé – 1998-1999, Abidjan, INS – ORC Macro, 2001, 297 pages.
- KONAN (Yao) : Etude diagnostique des pratiques traditionnelles d'encadrement du jeune enfant, Abidjan, Unicef, 2002, 68 pages.
- FREEMAN (Ted) : Evaluation des programmes de coopération dans un monde qui bouge, New York Unicef, 2005, 57 pages.
- UNICEF : Développement intégré du jeune enfant – Module consensuel de formation des animateurs bénévoles, Abidjan, 2004, 49 pages.

UNICEF : Approche intégrée du développement du jeune enfant – Dakar, UNICEF – BRAOC – 2003.

UNICEF : Progrès pour les enfants, New York, UNICEF, 2004, 21 pages.

UNICEF : Combattre le VIH/SIDA – Stratégies pour gagner 2002 –2005 – New York, UNICEF, 2003, 18 pages.

UNICEF : DSRP et conditions de vie des femmes et des enfants en Afrique de l’Ouest et du Centre, Abidjan, 2003, 79 pages.

UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2001, New York, UNICEF, 2001, 115 pages.

UNICEF : Une approche intégrée pour la survie et le développement du jeune enfant, Abidjan, UNICEF, 2001, 54 pages.

UNICEF : Les enfants d’abord, UNICEF New York, avril 2000, 80 pages

UNICEF : Principaux engagements pour les enfants en situation d’urgence, UNICEF New York, mars 2005, 35 pages

III/ Rapports

Assemblée Nationale : Protection de l’enfance et de l’adolescence : le cas de la Côte d’Ivoire, Contribution de la délégation ivoirienne à la conférence mondiale des Parlementaires pour la protection des enfants et des adolescents, Rome, Assemblée Nationale (Direction des services législatifs), 17-18 octobre 2004, 29 pages.

B.I.T. : Un avenir sans travail des enfants, Genève, Rapport (B) – Conférence Internationale du Travail (90^{ème} session 2002 – BIT, Première édition 2002, 153 pages.

INS : Premiers résultats définitifs du RGPH 1998, INS Abidjan 1998, 21 pages.

Ministère Délégué auprès du Premier Ministre chargé de l’Economie, des Finances et du Plan, Programme d’Action Nationale pour la Survie, la Protection et le Développement de l’enfant ivoirien à l’horizon 2000, 1993.

Déclaration de politique nationale de population, Bureau National de Coordination des Activités de Population 34 pages.

ONU : Rapport au Secrétaire Général de l’ONU / investir dans le développement – Plan pratique pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le

Développement (résumé) , New York, MillenniumProject, 89 pages.

ONUSIDA : Rapport mondial sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA, Genève, ONUSIDA, 2002, 232 pages.

PNUD : Rapport mondial sur le développement humain 2004, Paris, Economica, 2004, 283 pages.

UNICEF : Jomtien, trois ans après, l'éducation pour tous dans les pays du Sahel, Paris, Institut International de Planification de l'Education, 1993, 175 pages.

UNICEF : Revue sectorielle 2004, Abidjan, UNICEF, 23 24 novembre 2004, 16 pages.