

# Politique nationale de développement intégré de la petite enfance

## 2022-2030



RÉPUBLIQUE DU CONGO  
Unité • Travail • Progrès



unicef 

pour chaque enfant

# Politique nationale de développement intégrée de la petite enfance

## 2022-2030



RÉPUBLIQUE DU CONGO  
Unité • Travail • Progrès



unicef   
pour chaque enfant



## Table des Matières

<b>LISTE DES ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS</b>	<b>8</b>
<b>PRÉFACE</b>	<b>11</b>
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b>	<b>12</b>
<b>1. CONTEXTE GÉNÉRAL ET JUSTIFICATION</b>	<b>14</b>
<b>2. PROBLÉMATIQUE DU DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ DE LA PETITE ENFANCE</b>	<b>16</b>
2.1. Besoins spécifiques des enfants selon le cycle de vie	16
2.1.1. Période prénatale et périnatale	17
2.1.2. Période de 0 à 3 ans	17
2.1.3. Période de 3 à 6 ans	17
2.1.4. Période de 6 à 8 ans	17
2.2. Besoins communs à la petite enfance et approche intégrée	18
<b>3. SITUATION DE LA PETITE ENFANCE EN RÉPUBLIQUE DU CONGO</b>	<b>19</b>
3.1. Éveil et scolarisation de la petite enfance : organisation et offre de services destinés à la petite enfance	19
3.1.1. Accueil des enfants de moins de 3 ans dans les complexes crèches-pouponnières-garderies	20
3.1.2. Éducation préscolaire	20
3.1.2.1. Organisation et fonctionnement de l'éducation préscolaire	20
3.1.2.2. Offre d'éducation préscolaire	21
3.1.2.3. Performances de l'éducation préscolaire	26
3.1.3. Accès à l'enseignement primaire	26
3.2. Santé et nutrition	27
3.2.1. État de santé	27
3.2.2. Statut nutritionnel	28
3.2.3. Santé de la femme enceinte	29
3.2.4. Organisation de l'offre de soins et services destinés aux enfants de 0 à 8 ans	29
3.2.5. Performances des services de santé	29
3.3. Hygiène au foyer et dans la communauté	30
3.3.1. Accès à l'eau saine et utilisation de sources d'eau améliorées	30
3.3.2. Utilisation d'installations sanitaires améliorées	31
3.4. Droits et protection de la petite enfance	31
3.4.1. Droit au développement du petit enfant	31
3.4.1.1. Droit au développement de l'enfant de moins de 3 ans	31
3.4.1.2. Droit au développement de l'enfant de 3 à 5 ans	31
3.4.2. Droit à la protection contre les violences, la négligence, l'abus et l'exploitation	32
3.4.2.1. Enfants privés d'état civil	32
3.4.2.2. Accès limité aux services sociaux de base	32
3.4.2.3. Enfants privés d'un environnement familial sain	32
3.4.2.4. Enfants victimes de châtements corporels	32
3.4.3. Interventions réalisées dans le cadre de la protection de l'enfance	32

<b>4. PRINCIPAUX GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET DÉFIS DU DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ DE LA PETITE ENFANCE</b>	<b>34</b>
4.1. Une mortalité encore préoccupante	34
4.2. Une offre de complexes crèches-pouponnières-garderies peu développée	35
4.3. Une éducation préscolaire dominée par le secteur privé, de qualité limitée, peu accessible aux ménages pauvres et aux populations des zones rurales	35
4.4. Des taux élevés d'admission au cycle primaire, mais une scolarisation universelle non atteinte et une éducation de faible qualité	35
4.5. Un manque de structures d'accueil des enfants ayant des besoins éducatifs spécifiques et des structures peu adaptées à l'accueil des enfants vivant avec un handicap	36
4.6. Persistance d'un effectif encore important d'enfants non inscrits à l'état civil	36
4.7. Une absence totale d'interventions de santé dans les structures d'accueil des enfants	36
4.8. D'importants besoins en renforcement des compétences parentales	37
4.9. Un accès à l'eau saine et aux équipements d'assainissement de base encore limité pour les ménages et les enfants, y compris dans les établissements qui les accueillent	37
4.10. Une mise en œuvre des écoles « Observer-Réfléchir-Agir » encore limitée et fragile	37
4.11. Faible complémentarité des interventions sectorielles destinées à la petite enfance	37
4.12. Absence d'une vision partagée du développement intégré de la petite enfance	38
4.13. Insuffisance du personnel enseignant qualifié dans les centres d'éducation préscolaire	38
4.14. Faiblesse du financement des interventions	38
<b>5. ENGAGEMENTS NATIONAUX ET INTERNATIONAUX</b>	<b>39</b>
5.1. Engagements nationaux	39
5.2. Engagements internationaux	40
<b>6. VISION, VALEURS FONDAMENTALES ET PRINCIPES DIRECTEURS</b>	<b>42</b>
6.1. Vision	42
6.2. Valeurs et principes directeurs	42
6.2.1. Valeurs fondamentales	42
6.2.2. Principes directeurs	43
<b>7. BUT ET OBJECTIFS VISÉS PAR LA POLITIQUE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ DE LA PETITE ENFANCE</b>	<b>44</b>
7.1. But visé par la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance	44
7.2. Objectif général	44
7.3. Objectifs stratégiques	44

<b>8. ORIENTATIONS STRATÉGIQUES</b>	<b>46</b>
8.1. Accélération de la réduction de la charge de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile	46
8.1.1. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de la mère	46
8.1.2. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant	46
8.1.3. Renforcement des capacités des équipes des districts sanitaires	47
8.2. Augmentation de la couverture du territoire en complexes crèches-pouponnières-garderies	47
8.3. Augmentation de la couverture du territoire en centres d'éducation préscolaire	47
8.4. Amélioration de l'accès des enfants des populations autochtones à l'éducation préscolaire et scolaire	48
8.5. Amélioration de l'accès des enfants vivant avec un handicap à l'éducation préscolaire et scolaire	48
8.6. Amélioration de la couverture des centres d'éducation préscolaire et des écoles primaires en prestations de santé scolaire	46
8.7. Réduction drastique de la proportion des enfants non inscrits dans les registres d'état civil	49
8.8. Renforcement des capacités des parents et des familles	49
8.9. Amélioration de la coordination et de la complémentarité des interventions sectorielles	49
8.10. Institutionnalisation des comités communautaires de protection de l'enfant	50
8.11. Réduction des déficits et renforcement des compétences techniques des ressources humaines	50
8.12. Renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires, circonscriptions d'action sociale, d'éducation préscolaire et primaire	50
8.13. Amélioration du financement des interventions et utilisation plus rationnelle des ressources disponibles	50
<b>9. CADRE DE MISE EN ŒUVRE, SUIVI ET ÉVALUATION</b>	<b>51</b>
9.1. Cadre de mise en œuvre	51
9.1.1. Cadre institutionnel	51
9.1.2. Structures opérationnelles	52
9.2. Cadre de suivi et évaluation	52
<b>10. CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT INTÉGRÉ DE LA PETITE ENFANCE</b>	<b>53</b>
10.1. Opportunités et atouts	53
10.2. Facteurs de risques	54
10.3. Mesures d'accompagnement	54
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>55</b>

## Liste des acronymes et abréviations

<b>ARV</b>	Antirétroviral
<b>BEMT</b>	Brevet d'études moyennes techniques
<b>BEP</b>	Brevet d'études professionnelles
<b>BET</b>	Brevet d'études techniques
<b>CAS</b>	Circonscription d'action sociale
<b>CE1</b>	Cours élémentaire 1 <sup>re</sup> année
<b>CE2</b>	Cours élémentaire 2 <sup>e</sup> année
<b>CEPS</b>	Centre d'éducation préscolaire
<b>CNDIPE</b>	Commission nationale pour le développement intégré de la petite enfance
<b>COVID-19</b>	Maladie à coronavirus 2019
<b>CP1</b>	Cours préparatoire 1 <sup>re</sup> année
<b>CP2</b>	Cours préparatoire 2 <sup>e</sup> année
<b>CPE</b>	Comité de protection de l'enfant
<b>CSI</b>	Centre de santé intégré
<b>DGAS</b>	Direction générale des affaires sociales
<b>EDSC</b>	Enquête démographique et de santé du Congo
<b>ICH</b>	Indice de capital humain
<b>IDH</b>	Indice de développement humain
<b>INS</b>	Institut national de la statistique
<b>IRA</b>	Infections respiratoires aiguës
<b>MEPSA</b>	Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation

<b>MICS</b>	Enquête à indicateurs multiples
<b>ODD</b>	Objectifs de développement durable
<b>ORA</b>	Observer-Réfléchir-Agir
<b>PEV</b>	Programme élargi de vaccination
<b>PNAS</b>	Politique nationale d'action sociale
<b>PND</b>	Plan national de développement
<b>PNDIPE</b>	Politique nationale de développement intégré de la petite enfance
<b>PNDS</b>	Plan national de développement sanitaire
<b>PTF</b>	Partenaires techniques et financiers
<b>RGPH</b>	Recensement général de la population et de l'habitat
<b>TBS</b>	Taux brut de scolarisation
<b>TME</b>	Transmission du VIH de la mère à l'enfant
<b>TPIg-SP</b>	Traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## Liste des graphiques

<b>Graphique 1.</b> Répartition des centres d'éducation préscolaire par statut et par zone géographique, année 2017-2018 (en %)	21
<b>Graphique 2.</b> Disponibilité des points d'eau, toilettes et espaces repas dans les CEPS selon leur statut (en %)	22
<b>Graphique 3.</b> Derniers diplômes obtenus par les personnels enseignants (en %)	23
<b>Graphique 4.</b> Répartition des centres d'éducation préscolaire et effectifs couverts (en %)	24



## Préface

La Constitution du 25 octobre 2015 consacre le droit au plein épanouissement de la personne pour chaque citoyen. Et pour assurer l'épanouissement de la jeunesse, l'État garantit notamment le droit à l'éducation ainsi que l'égal accès à l'enseignement et à la formation. En outre, tout enfant, sans discrimination, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'État, aux mesures de protection qu'exige sa condition.

Ces dispositions constitutionnelles, qui complètent les engagements relatifs aux droits de l'enfant pris sur le plan international, constituent le socle de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance (PNDIPE) et des interventions qui en découlent. Celle-ci a été développée pour apporter des réponses sectorielles coordonnées et complémentaires aux défis posés par le développement de la petite enfance. En effet, le développement intégré de l'enfant de 0 à 8 ans concerne plusieurs secteurs de l'action gouvernementale, et notamment la santé, l'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, les affaires sociales et la justice.

À ce titre, la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance est un excellent outil de planification stratégique, de plaidoyer, de mobilisation des ressources et de coordination des interventions. Sa mise en œuvre offre l'opportunité au Gouvernement d'investir substantiellement sur la quantité, la qualité et la valorisation du capital humain, et exige de ce fait une appropriation effective par les acteurs concernés.

Ainsi donc, la multisectorialité et la transversalité des interventions de cette politique impliquent une mobilisation et un engagement sans faille des départements ministériels qui ont ces interventions dans leurs attributions. Il s'agit également de la mobilisation et de l'engagement des partenaires techniques et financiers, des organisations non gouvernementales et autres acteurs de la société civile impliqués dans le développement intégré de la petite enfance.

C'est à ce prix que sera assuré à chaque enfant un développement harmonieux garanti par une prise en charge efficace de ses besoins dans sa famille, en dehors du cadre familial et à travers des services sectoriels habilités.

Anatole Collinet MAKOSSO  
Premier Ministre

## Résumé exécutif

Le Congo s'est doté d'un important cadre juridique dédié à la protection de l'enfant et met en œuvre diverses stratégies sectorielles en sa faveur. Mais en dépit de ces instruments, le développement holistique du jeune enfant constitue encore une préoccupation majeure, au regard de l'ampleur et de la multiplicité des problèmes qui entravent le développement de la petite enfance. C'est ainsi que l'élaboration de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance a été engagée, afin de faire en sorte que dans le pays, tous les enfants de 0 à 8 ans réalisent pleinement leur potentiel de développement; qu'ils soient en bonne santé, bien nourris et en sécurité et soient ainsi préparés à un bon départ dans la vie.

Dans la formulation de cette politique, la problématique du développement intégré de la petite enfance a été abordée en considérant la spécificité des besoins de l'enfant en fonction du cycle de vie. Cette approche s'intéresse au développement intégral de l'enfant en couvrant tous les aspects de la croissance : aspects perceptif, physique, mental, linguistique, émotionnel et social. La présente politique passe en revue la situation de la petite enfance au Congo en considérant le cycle de vie. En résumé, il apparaît que :

- l'offre de services en matière d'éveil et de préscolarisation de la petite enfance est organisée autour des complexes crèches-pouponnières-garderies, des centres d'éducation préscolaire, des centres de rescolarisation, des écoles ORA (« Observer-Réfléchir-Agir ») et des écoles primaires. La situation est caractérisée par : (i) une faible couverture en complexes crèches-pouponnières-garderies publics; le pays ne compte que six complexes publics auxquels sont associées des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants, qui sont généralement accolées à des groupes scolaires privés; (ii) d'importantes inégalités dans la distribution géographique de ces complexes, 99 % d'entre eux étant localisés en milieu urbain; (iii) une offre d'éducation préscolaire essentiellement urbaine (85,6 % des centres sont concentrés entre Brazzaville et Pointe-Noire), assurée majoritairement par des structures privées (85,5 % des centres) peu accessibles financièrement aux couches les plus pauvres et de qualité limitée par diverses contraintes;
- l'enseignement primaire est également assuré par des écoles publiques (47,4 %), privées (47,9 %) et privées conventionnées (4,7 %), essentiellement soutenues par les contributions financières des ménages. Là encore, les performances sont fortement limitées par diverses contraintes qui ont trait particulièrement à un manque criant d'enseignants, à l'état défectueux des infrastructures et à l'insuffisance du financement;
- sur le plan sanitaire, la situation de la petite enfance est caractérisée par des niveaux de mortalité encore préoccupants, comme l'indiquent les taux de mortalité néonatale et de mortalité infanto-juvénile estimés respectivement à 21 et 52 décès pour 1000 naissances vivantes. Cette mortalité est principalement attribuée aux maladies infectieuses et parasitaires ainsi qu'aux carences nutritionnelles. On note que la précarité de l'état de santé du jeune enfant est également expliquée par de faibles taux d'utilisation des services, des taux de couvertures peu satisfaisants et une qualité insuffisante de l'offre de soins et services de santé. Divers facteurs concourent à ces faibles performances. Parmi eux figurent la fragilité et les insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires;
- l'éveil, la scolarisation et la santé du jeune enfant sont également tributaires à divers degrés des conditions d'accès à l'eau saine et aux infrastructures d'assainissement de base des ménages auxquels ils appartiennent. Là encore, d'importantes inégalités sont observées en fonction du milieu de résidence;
- enfin, s'agissant du droit et de la protection de la petite enfance, les préoccupations majeures concernent des déficits dans les compétences parentales, l'exposition des petits enfants à des

actes de violences et de négligences de toutes sortes, la préparation insuffisante à l'enseignement primaire dans un contexte où l'éducation préscolaire ne couvre même pas 20 % de la population cible, ainsi que la privation d'actes d'état civil qui concerne près de 9 % des enfants.

Ce sont autant de défis auxquels la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance devrait apporter des réponses, en se conformant aux engagements pris tant sur le plan national qu'international. Sur le plan national, il s'agit principalement de la loi scolaire n° 25-95 du 17 novembre 1995 modifiant la loi n° 008-90 du 6 septembre 1990 portant réorganisation du système éducatif en République du Congo et de la loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo. Celle-ci intègre les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ainsi que celles de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. C'est aussi le cas du décret n° 2019-204 du 12 juillet 2019 portant mesures spéciales facilitant l'accès des enfants autochtones à l'éducation et des adultes à l'alphabétisation.

Cette politique s'inscrit dans la vision d'un Congo dans lequel les parents et les familles sont informés, formés et adoptent de bonnes pratiques de soins, de protection, d'éveil et de stimulation de l'enfant à domicile, tandis que l'État exerce efficacement ses missions relatives aux droits de l'enfant, à travers une stratégie cohérente et des interventions sectorielles coordonnées, complémentaires, centrées sur l'enfant, planifiées et mises en œuvre dans une approche holistique. Par ailleurs, elle se fonde sur des valeurs centrées sur le respect des droits de l'enfant, l'équité, la justice sociale et la solidarité.

Le but visé est d'assurer à chaque enfant un développement harmonieux garanti par une prise en charge efficace de ses besoins, dans sa famille, en dehors du cadre familial et à travers les services sectoriels habilités. Pour y parvenir, la PNDIPE envisage d'améliorer l'accès et la couverture des enfants par les soins et prestations qui leur sont requis en matière de santé, éducation, nutrition, eau, assainissement et protection à travers des interventions mises en œuvre conformément à un cadre de référence unique, commun à l'ensemble des acteurs.

C'est ainsi que ses orientations stratégiques reposent sur : (i) l'accélération de la réduction de la charge de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile; (ii) l'augmentation de la couverture du territoire en structures qui offrent des interventions destinées au jeune enfant, couplée à l'amélioration de leur accès; (iii) la réduction drastique de la proportion des enfants non-inscrits dans les registres d'état civil; (iv) le renforcement des compétences parentales; (v) l'amélioration de la coordination et la complémentarité des interventions sectorielles; (vi) l'institutionnalisation des comités communautaires de protection de l'enfant; (vii) la réduction des déficits et le renforcement des compétences techniques des ressources humaines; (viii) le renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires, des circonscriptions d'action sociale, d'éducation préscolaire et primaire, ainsi que (ix) l'amélioration du financement des interventions associée à une utilisation plus rationnelle des ressources disponibles. Toutes ces orientations stratégiques seront mises en œuvre par les entités sectorielles qui, au quotidien, réalisent les interventions qui visent le développement intégré de la petite enfance. Pour soutenir cette mise en œuvre, la PNDIPE prévoit un cadre institutionnel constitué d'une Commission nationale pour le développement intégré de la petite enfance, des commissions interministérielles qui seront mises en place en fonction des besoins, ainsi que des commissions départementales pour le développement intégré de la petite enfance.

Par ailleurs, le suivi et l'évaluation de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance se feront à travers le suivi et l'évaluation des différents plans et programmes sectoriels qui en découleront.



## 1. Contexte général et justification

La République du Congo est située au cœur de l'Afrique centrale et à cheval sur l'équateur. Elle s'étend sur une superficie de 342 000 km<sup>2</sup> et partage ses frontières avec cinq pays : le Gabon à l'ouest, le Cameroun au nord-ouest, l'Angola au sud-ouest par l'enclave de Cabinda, la République centrafricaine au nord et la République démocratique du Congo à l'est.

Sur le plan administratif, le pays est subdivisé en douze (12) départements, seize (16) communes, vingt-trois (23) arrondissements et cent huit (108) districts.

Les projections démographiques faites par l'Institut National de la Statistique (INS) sur la base des données du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH) de 2007 estiment la population congolaise à 5 657 000 habitants en 2021, avec une prédominance des femmes à hauteur de 51 % et une densité moyenne de 15,5 habitants au kilomètre carré. L'espérance de vie à la naissance était estimée à 65 ans en 2019. En 2020, les deux principales villes (Brazzaville et Pointe-Noire) concentraient 3 089 229 habitants (56,5 %), dont 2 031 244 à Brazzaville (INS, 2020).

Sur le plan économique et social, la situation du pays n'a cessé de se dégrader, en lien avec les contre-performances du secteur pétrolier qui est le principal soutien de l'économie congolaise. En effet, depuis le second semestre de 2014, l'économie congolaise connaît une crise économique et financière consécutive à l'effondrement des cours du pétrole. Ainsi, le pays a enregistré en 2020 une baisse d'activité, marquée par un taux de croissance de -6,2 %, après avoir été de 1,0 % en 2019<sup>1</sup>.

Dans ce contexte, le taux de chômage des jeunes est très important. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15 à 29 ans, avec un taux de 30,5 % en 2015. En outre, le taux de pauvreté est passé de 48,5 % en 2019 à 52,5 % en 2020 (Banque Mondiale, 2021); conséquence de la récession économique de ces dernières années, aggravée par la pandémie de COVID-19. En effet, la survenue

de la pandémie de COVID-19 en 2020 a durement impacté l'économie congolaise, qui était déjà fragilisée par la crise économique de 2014 et ses effets. Cette pandémie a affaibli la capacité de l'État à générer des ressources et a entraîné une importante hausse des dépenses publiques consécutives à l'exécution des mesures d'endiguement et d'atténuation de la pandémie. C'est ainsi qu'à la grave crise économique et financière s'est ajoutée une crise sanitaire qui a ébranlé l'ensemble des secteurs d'activité. Les effets les plus marqués ayant été enregistrés dans les secteurs sociaux de base, notamment la santé, l'éducation, ainsi que dans la fourniture des biens et services essentiels.

Par ailleurs, l'indice de développement humain (IDH) est évalué à 0,574 en 2020, classant le pays au 149<sup>e</sup> rang parmi 189 pays<sup>2</sup>, dans la catégorie des pays à développement humain moyen. Ce classement relativement bas est aussi l'expression des vulnérabilités rencontrées dans le pays. La situation se caractérise par la faible prise en compte de la dimension genre dans les politiques publiques, l'exclusion financière des femmes, la persistance de niveaux élevés de morbidité et de mortalité maternelle, néonatale et infantile, la précarité de l'emploi, notamment informel, ainsi que la persistance des violences basées sur le genre.

De même, bien que les textes législatifs reconnaissent aux peuples autochtones les mêmes droits que ceux des autres Congolais, ces groupes de population restent encore victimes de discriminations. Ce qui limite particulièrement leur accès aux services sociaux de base. Et selon la Banque mondiale, l'indice de capital humain (ICH) de la République du Congo s'élève à 0,42. Ce qui implique qu'un citoyen congolais nouveau-né ne sera qu'à 42 % adulte productif s'il grandit dans un environnement sain où de bons services de santé, nutrition, protection sociale et éducation sont offerts constamment<sup>3</sup>.

Pour répondre aux multiples défis posés par son développement, le Congo s'est doté d'un important cadre juridique dédié à la protection de l'enfant et met en œuvre diverses stratégies sectorielles en faveur de l'enfant. Mais en dépit de ces instruments, le développement holistique du jeune enfant constitue encore une préoccupation majeure au regard des nombreuses privations de droits dont sont victimes ces enfants.

C'est dans ce contexte que le Congo s'est engagé dans l'élaboration de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance (PNDIPE). Et ce afin de faire en sorte que dans le pays, tous les enfants de 0 à 8 ans réalisent pleinement leur potentiel de développement; qu'ils soient en bonne santé, bien nourris, en sécurité et soient ainsi préparés à un bon départ dans la vie. Il s'agit ici de doter le pays d'un cadre stratégique approprié pour un meilleur investissement dans l'éducation et le développement de la petite enfance, et partant, dans un capital humain productif à même de stimuler la croissance et le développement économique du pays.

<sup>1</sup> République du Congo, *Plan national de développement 2022-2026. Annexe 1: Document cadre de politique et de programmation macroéconomique et budgétaire.*

<sup>2</sup> PNUD, *Rapport sur le développement humain, 2020.*

<sup>3</sup> Banque mondiale, *Analyse sur la situation du développement de la petite enfance en République du Congo, 2021.*





## 2. Problématique du développement intégré de la petite enfance

### 2.1. Besoins spécifiques des enfants selon le cycle de vie

L'approche par cycle de vie est recommandée pour bien cerner la problématique de la petite enfance<sup>4</sup>. Elle distingue cinq périodes principales : (i) la période prénatale; (ii) la période périnatale; (iii) la période de zéro à trois ans; (iv) la période de trois à six ans et (v) celle de six à huit ans. Le Congo a adopté la loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo. Cette loi intègre les dispositions de la Convention des Nations Unies relatives aux droits de l'enfant ainsi que celles de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. En se référant à ces instruments juridiques, envisager le développement de la petite enfance implique de répondre aux obligations relatives : (i) aux droits et devoirs de l'enfant, (ii) à la protection contre la violence, la négligence, la maltraitance et l'exploitation des enfants, (iii) à la protection des enfants particulièrement vulnérables, (iv) à la protection de l'enfant dans l'administration de la justice et (v) aux atteintes aux droits fondamentaux de l'enfant.

Or il est établi que les premiers mois et les premières années de vie sont d'une importance cruciale dans le développement de l'enfant au cours de ces quatre périodes du cycle de vie. En effet, divers travaux ont démontré que de nombreux aspects de l'intelligence, de la personnalité et des habiletés sociales sont acquis au cours de la période de la petite enfance. Et les premières années de vie constituent la période au cours de laquelle les bases du comportement, des liens affectifs ou du développement émotionnel et cognitif sont posées.

<sup>4</sup> ADEA, UNICEF, UNESCO, *Planification des politiques pour le développement de la petite enfance : lignes directrices pour l'action*, 2005.

#### 2.1.1. Période prénatale et périnatale

Ces deux périodes vont de la conception à la naissance. Des travaux de recherche ont montré que les soins prénatals de qualité réduisent considérablement les taux des mortalités infantile et maternelle, ainsi que ceux des petits poids de naissance (enfants de moins de 2500 grammes).

Au cours de la période prénatale, le développement de l'enfant tire profit des conseils, des soins et services de santé prodigués à sa mère. C'est plus particulièrement le cas des soins prénatals et des interventions telles que la vaccination, le traitement préventif du paludisme chez la femme enceinte et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant pour ne citer que celles-là. De même, la qualité de l'assistance reçue par le nouveau-né au moment de l'accouchement et au cours des sept (7) premiers jours qui suivent la naissance (période périnatale)<sup>5</sup> détermine considérablement sa survie.

#### 2.1.2. Période de 0 à 3 ans

C'est la période où commence l'intense construction de la personnalité de l'enfant ainsi que le processus d'apprentissage des comportements considérés comme appropriés dans une culture donnée. C'est également dans cet intervalle qu'on met en valeur la notion des 1000 premiers jours de vie (qui va de la conception jusqu'à l'âge de 2 ans), période capitale pour la vie de l'être humain. Au cours de cette période, l'organisme humain subit de nombreuses modifications qui vont influencer la santé de l'enfant jusqu'à l'âge adulte.

C'est aussi la période au cours de laquelle le traitement adéquat des maladies infantiles est d'une importance majeure. Il en est également ainsi des interventions qui visent la prévention des maladies, la surveillance de la croissance de l'enfant, la récupération nutritionnelle, l'accès à l'eau saine et à l'assainissement. D'autres interventions aussi importantes concernent l'éveil du jeune enfant, l'établissement des actes de naissance, etc.

#### 2.1.3. Période de 3 à 6 ans

Les enfants de 3 à 6 ans ont des besoins spécifiques liés au développement de leur corps, de leur pensée, de leur langage, de la socialisation et de leur rapport au temps et à l'espace. Le respect de leurs besoins conditionne leur disponibilité pour apprendre, mais aussi et surtout leur santé et leur épanouissement. Ces besoins sont fondamentaux; leur satisfaction garantit un développement harmonieux de la personne. Ils concernent notamment les besoins de dormir, bouger, respirer, boire, se nourrir, le besoin de sécurité affective, d'autonomie et de libre choix, de s'exprimer et de communiquer.

Jusqu'à 5 ans, l'enfant est accaparé par tout ce qui se passe en lui et par ce qu'il apprend. Cependant, c'est un être social, et ce dès la naissance. En effet, à 3 ans, l'enfant fait à côté de l'autre; à 4 ans, il regarde, s'intéresse, imite; à 5 ans, il commence à faire avec l'autre. La socialisation est un apprentissage important de l'enfance, notamment grâce au langage qui se développe. Ici, la famille, l'éducation préscolaire, la santé et la protection sont au cœur des interventions en faveur du développement de l'enfant.

#### 2.1.4. Période de 6 à 8 ans

Cette période est caractérisée par le développement de : (i) la motricité fine, ce qui permet à l'enfant de faire des mouvements précis, prendre et manipuler des petits objets; (ii) la motricité globale grâce à laquelle l'enfant exerce son équilibre et sa coordination, ce qui lui donne la capacité de maîtriser certaines activités physiques comme courir, grimper, ramper, sauter, lancer et plusieurs autres mouvements que son corps lui permet de faire : (iii) la sphère cognitive, qui se traduit par l'acquisition des capacités comme la mémoire, l'attention, le raisonnement, la capacité à communiquer, à comprendre ce qui lui est dit et à s'exprimer verbalement, y compris la compréhension de la lecture, de l'écriture, du calcul ainsi que le développement social, c'est-à-dire la capacité à construire des relations harmonieuses et positives avec les autres.

<sup>5</sup> Rumeau-Rouquette C., Breart G., Padieu R., *Méthodes en épidémiologie*, Flammarion, 1985.

Tous ces développements s'opèrent pendant qu'à cet âge, l'enfant est caractérisé par une perception auditive et visuelle limitée. En effet, à 6 ans, seuls 58 % des enfants distinguent correctement leur gauche de leur droite. Et jusqu'à 7 ou 8 ans, il est difficile pour l'enfant de discerner la nature et l'origine d'un bruit, d'évaluer à la fois les distances et les vitesses des véhicules et d'évaluer le temps qu'il lui faut pour traverser une rue.

C'est dire la nature et l'ampleur des risques auxquels sont confrontés les enfants de cette tranche d'âge : accidents domestiques et de la circulation, violences de toutes sortes, exploitation, maltraitance, déscolarisation et non-scolarisation. Là encore, la famille, l'éducation primaire, la santé et la protection sont au cœur des interventions en faveur du développement de l'enfant.

## 2.2. Besoins communs à la petite enfance et approche intégrée

Quel que soit son âge, un enfant est en danger ou risque de l'être si ses besoins fondamentaux ne sont pas garantis. En d'autres termes, un enfant est en danger ou risque de l'être si sa santé, sa nutrition, sa sécurité, sa moralité et son environnement ne sont pas correctement garantis. C'est aussi le cas lorsque son développement physique, affectif, intellectuel et social est compromis. Sont donc considérés comme en danger ou en risque de l'être les enfants :

- victimes de maltraitements physiques ou psychologiques de toutes sortes;
- privés de soins médicaux, de nourriture, ou d'habillement;
- négligés, quels que soient les types de négligences concernées;
- victimes de harcèlement à l'école, en famille ou ailleurs;
- exposés à des contenus pornographiques sur internet, par exemple;
- exposés à un environnement pollué;
- qui ne bénéficient pas de réponses adaptées à leurs besoins fondamentaux : cas des carences éducatives ou du non-respect de leurs rythmes de vie.

Tous ces risques fondent la pertinence d'une approche intégrée du développement de la petite enfance. Cette approche est essentielle en ce qu'elle s'adresse au développement intégral d'un enfant en couvrant tous les aspects de la croissance : aspects perceptif, physique, mental, linguistique, environnemental, émotionnel et social. Elle cherche à garantir pour chaque enfant la santé, un bon statut nutritionnel, l'éducation, la protection et un environnement stable, salubre et sécurisé.

Fondamentalement, l'approche de développement intégré de la petite enfance vise à bâtir des systèmes de coordination intersectorielle, à encourager l'innovation des programmes, à pallier les manques en connaissances, services et ressources et à construire des programmes efficaces et culturellement appropriés. Cette approche aide tous les secteurs concernés à contribuer à une amélioration de la survie, de la croissance, du développement et de la réussite scolaire des enfants.



## 3. Situation de la petite enfance en République du Congo

La présente analyse de la situation de la petite enfance s'appuie essentiellement sur l'exploitation de la documentation recueillie dans les services des secteurs concernés. Il s'agit principalement des secteurs de la santé, des affaires sociales, de l'éducation, de la protection, de la justice, de l'eau et de l'assainissement. Les données issues de cette documentation ont été complétées par celles collectées sur le terrain auprès des services, des acteurs opérationnels et des partenaires techniques et financiers impliqués dans les interventions destinées à la petite enfance. Les résultats sont présentés par secteurs d'activité, tout en considérant l'approche « cycle de vie ».

### 3.1. Éveil et scolarisation de la petite enfance : organisation et offre de services destinés à la petite enfance

L'offre de services d'accueil des enfants de 0 à 3 ans trouve sa source dans la loi n° 20-80 du 11 septembre 1980 portant réorganisation du système éducatif en République populaire du Congo, qui par la suite a été modifiée et complétée par divers textes<sup>6</sup>. Cette loi organise l'École du peuple en quatre cycles : (i) le cycle d'éducation préscolaire, (ii) le cycle fondamental, (iii) le cycle secondaire et (iv) le cycle supérieur. Le chapitre 1 de cette loi est dédié à l'éducation préscolaire. Son article 7 stipule que « l'éducation préscolaire constitue le premier niveau du système éducatif. Sa finalité est de préparer l'enfant à s'adapter dans les meilleures conditions, à l'école fondamentale ». Par ailleurs, en son article 9, la loi indique que « les crèches accueillent les enfants dès les premières semaines de vie jusqu'à l'âge de 3 ans révolus. Leur mission est d'assurer le développement physique et intellectuel de l'enfant ».

<sup>6</sup> Décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 fixant les conditions et modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants; arrêté n° 16201/MASAH du 12 septembre 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des complexes crèche-pouponnière-garderie de Makélékélé, Moundali III, Mvouvou, Loandjili, Ouessou et Owando.

### 3.1.1. Accueil des enfants de moins de 3 ans dans les complexes crèches-pouponnières-garderies

À ce jour, le pays ne compte que six complexes crèches-pouponnières-garderies publics. Ils sont notamment chargés : (i) d'assurer la stimulation et le développement des capacités psychomotrices des enfants; (ii) d'assurer la prise en charge et offrir les soins spécifiques aux enfants abandonnés ou issus de parents jugés irresponsables au regard de la loi ou de leur état de santé; et (iii) d'alléger les tâches des femmes et des mères liées à la garde des enfants, pendant leurs temps d'occupations ménagères ou professionnelles.

Outre ces complexes crèches-pouponnières-garderies publics, le pays dispose également de structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants. Elles sont mises en place en tirant profit des dispositions du décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 qui fixe les conditions et modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants. Ces complexes sont généralement accolés à des groupes scolaires privés, ouverts et agréés conformément aux dispositions qui régissent l'agrément des établissements scolaires privés. Il en résulte que leur effectif réel n'est pas parfaitement maîtrisé par les services des affaires sociales qui en ont la charge. De même, les infrastructures, l'organisation et le fonctionnement de ces complexes ne sont pas toujours en conformité avec les dispositions réglementaires qui les régissent.

Au cours de l'année 2017-2018<sup>7</sup>, un total de 602 classes pédagogiques étaient enregistrées, dont 99 % étaient localisées en milieu urbain, réparties entre Brazzaville (55,1 %) et Pointe-Noire (37,9 %). Notons que les départements du Kouilou et de la Likouala ne comptaient aucun complexe crèche-garderie-pouponnière au cours de cette année. En moyenne, dans trois cas sur dix, les infrastructures qui accueillent ces complexes sont dégradées et nécessitent des travaux de réhabilitation plus ou moins importants.

Tous statuts confondus, le niveau de fonctionnement de ces complexes varie d'une structure à une autre. Et du point de vue de leur financement, aucun complexe ne reçoit des ressources de l'État. Leurs charges sont exclusivement couvertes par les contributions des parents.

### 3.1.2. Éducation préscolaire

#### 3.1.2.1. Organisation et fonctionnement de l'éducation préscolaire

L'organisation et le fonctionnement de l'éducation préscolaire trouvent leur source dans la loi n° 2080 du 11 septembre 1980 et dans les textes subséquents suscités. Selon les termes de cette loi, l'éducation préscolaire constitue le premier cycle du dispositif. Ainsi donc, l'éducation préscolaire constitue le premier niveau du système éducatif formel<sup>8</sup>. Sa finalité est de préparer l'enfant à s'adapter dans les meilleures conditions à l'enseignement primaire. Cette éducation doit assurer le développement intellectuel, moral et physique de l'enfant et lui donner l'occasion d'exercer les capacités et aptitudes par la manipulation, le jeu, les exercices d'observation et la prise en charge de certaines tâches. Elle doit aussi renforcer chez lui le sens de l'ordre et de la régularité.

L'offre d'éducation préscolaire est assurée par des centres d'éducation préscolaire publics, privés, conventionnés et communautaires. Elle est structurée en trois sections, établies en fonction de l'âge de l'enfant. Il s'agit de :

- la petite section ou préscolaire 1 (P1) qui reçoit les enfants âgés de 3 ans;
- la moyenne section ou préscolaire 2 (P2) qui reçoit les enfants âgés de 4 ans;
- la grande section ou préscolaire 3 (P3) qui reçoit les enfants âgés de 5 ans.

L'accès au cycle préscolaire est conditionné par la soumission d'un dossier et le paiement des frais d'inscription et de scolarité qui, souvent, ne sont pas à la portée des familles pauvres. En dépit de l'entrée en application de la gratuité scolaire instituée par l'arrêté ministériel n° 278/MFB/MET/MEPSA du 20 mars 2008, les parents des enfants inscrits au cycle préscolaire continuent de supporter une

part assez importante des charges de fonctionnement des centres d'éducation préscolaire. Et le coût de ces contributions financières a tendance à augmenter d'une année sur l'autre; il est susceptible de freiner le développement de ce cycle.

Il convient également de souligner qu'aucune disposition de la loi scolaire ne rend obligatoire l'éducation préscolaire pour les enfants de 3 à 5 ans. Pourtant, son importance est vitale pour l'enfant car les études ont montré qu'un enfant inscrit au primaire après avoir suivi le cycle préscolaire réussit significativement mieux que celui qui n'a pas bénéficié de ce privilège. Le passage au cycle préscolaire peut réduire de moitié le taux de redoublement actuel au primaire.

#### 3.1.2.2. Offre d'éducation préscolaire

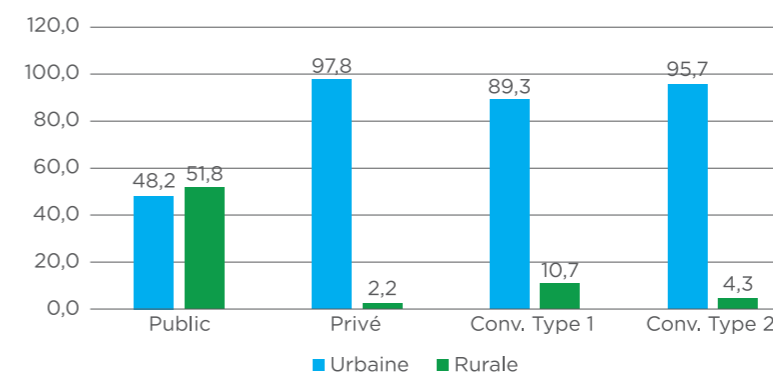
##### a. Infrastructures des centres d'éducation préscolaire

L'éducation préscolaire souffre du manque d'infrastructures. L'offre est insuffisante à l'échelle nationale et la demande ne cesse d'augmenter d'une année sur l'autre, particulièrement dans les milieux urbains et périurbains.

L'annuaire statistique 2017-2018 du Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation (MEPSA) rapporte qu'au cours de cette année scolaire, l'offre d'éducation préscolaire était assurée par un effectif global de 1833 centres, constitué à 85,5 % de structures privées. Les centres publics ne comptent que pour 10,4 %, suivis des centres conventionnés de types 2 et 1 avec respectivement 2,5 et 1,6 % de cet effectif. Leur répartition par département indique d'importantes inégalités. Les départements de Brazzaville et Pointe-Noire concentrent à eux seuls 85,6 % de ces centres. Ils sont suivis de loin par les départements du Niari (2,8 %), du Pool (2,2 %) et des Plateaux (2,1 %). Les départements les moins pourvus sont la Likouala et la Lékoumou avec respectivement 0,9 et 0,4 % des centres.

Ces inégalités apparaissent de façon plus nette à travers la répartition de ces centres par zone géographique (milieu urbain, milieu rural) et par statut. Il apparaît qu'à l'exception des centres d'éducation préscolaire (CEPS) publics, dont 51,8 % sont installés en milieu rural et 48,2 % en milieu urbain, les centres privés et les centres conventionnés sont essentiellement des structures urbaines. En effet, 97,8 % des centres d'éducation préscolaire privés sont localisés en milieu urbain, de même que 95,7 % des centres conventionnés de type 2 et 89,3 % des centres conventionnés de type 1.

**Graphique 1 : Répartition des centres d'éducation préscolaire par statut et par zone géographique, année 2017-2018 (en %)**



##### b. Statut de propriété

On note que 49,4 % de ces centres sont locataires des locaux qu'ils occupent, 40,4 % en sont propriétaires et 6,3 % sont installés sur des sites d'emprunt. Mais cette situation est très variable en fonction des départements, et seuls 16,9 % des propriétaires disposent d'un titre de propriété. On note aussi que lorsque le centre d'éducation préscolaire est établi sur un site d'emprunt, dans huit cas sur dix, aucun mur de séparation n'est implanté pour le distinguer de l'établissement qui l'accueille.

<sup>7</sup> Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation, *Annuaire statistique 2017-2018*.

<sup>8</sup> Loi scolaire n° 25-95 du 17 novembre 1995 modifiant la loi n° 008-90 du 6 septembre 1990 portant réorganisation du système éducatif en République du Congo.

### c. État des infrastructures

Du point de vue de l'état de leurs infrastructures, 28,6 % des salles de classe des centres publics sont en mauvais état. Celles du secteur privé le sont davantage, le mauvais état des locaux concerne 32,9 % de leur effectif.

Une attention particulière devrait être accordée à l'état des locaux qui accueillent les enfants, en veillant à ce que leur sécurité ne soit pas mise en danger. Cela est d'autant plus important que certains centres sont abrités dans des bâtisses construites en 1930.

### d. Commodités disponibles dans les centres

Globalement, 94,4 % des centres disposent de toilettes. Les caractéristiques de ces commodités sont résumées comme suit :

- toilette à chasse d'eau avec système d'égout : 7,7 %;
- toilette à chasse d'eau avec une fosse septique : 37,5 %;
- toilette à chasse d'eau couplée avec un autre équipement : 7,5 %;
- latrines avec dalle en béton : 43,7 %;
- latrines sans dalle : 1,8 %;
- trou ouvert : 1,8 %.

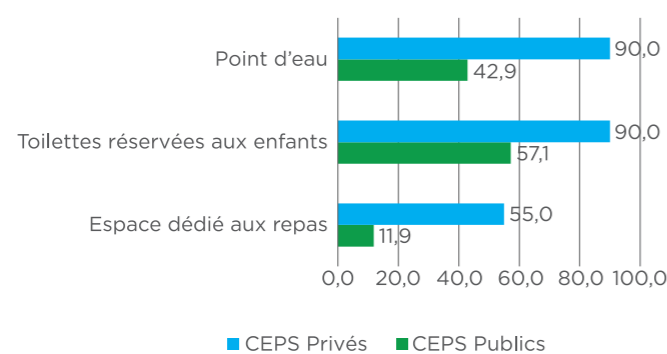
Par ailleurs, les toilettes des filles sont séparées de celles des garçons dans 61,7 % des centres. Mais seuls 3,1 % des centres disposent de toilettes adaptées pour les personnes handicapées. Et dans ce cas, ces toilettes sont séparées de celles des enfants dans 26,8 % des centres. Toutefois, il ressort de l'enquête effectuée sur le terrain que 32,3 % des centres d'éducation préscolaire ne disposent pas de toilettes réservées aux enfants.

En ce qui concerne l'accès à l'eau, seuls 62,4 % des centres disposaient d'un point d'eau. Il s'agissait essentiellement de l'existence d'un robinet d'eau courante dans la cour de l'établissement (76,6 %), d'un forage (6,9 %), de l'existence d'un robinet hors du centre (3,7 %) et de puits protégés dans la cour du centre (3,4 %).

Il semble que la situation de l'accès à l'eau demeure préoccupante.

La disponibilité de ces commodités selon le statut des CEPS montre que les CEPS du secteur privé sont les mieux nantis, comme l'illustre le graphique 2.

**Graphique 2 : Disponibilité des points d'eau, toilettes et espaces repas dans les CEPS selon leur statut (en %)**



S'agissant de la fourniture en électricité, seuls 52,8 % des centres disposaient de l'énergie électrique, dont 97,3 % étaient branchés au réseau public. Deux autres sources d'énergie sont utilisées, mais

leur importance est marginale. Il s'agit des groupes électrogènes utilisés par 2,2 % des centres et des plaques solaires dont sont équipés 0,5 % des CEPS.

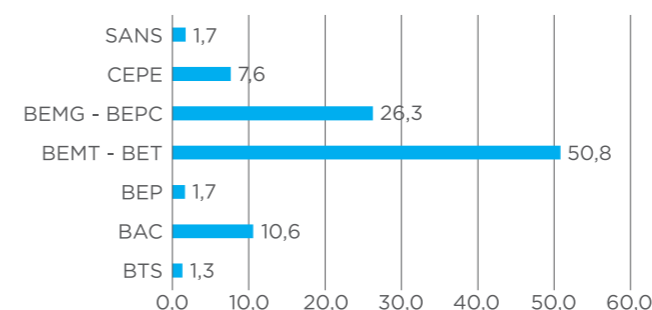
### e. Personnels

En 2018, le personnel en poste dans les centres d'éducation préscolaire, tous secteurs confondus, comptait un effectif global de 7 618 agents, constitué à 50,1 % de personnel enseignant et 49,9 % de personnel administratif. Pris globalement, 95,0 % de ces membres du personnel sont en service en milieu urbain et seuls 5 % sont en poste dans les zones rurales. Leur répartition par sexe indique que ce personnel est majoritairement de sexe féminin (76,7 %), notamment parmi le personnel enseignant.

Des résultats de l'enquête rapide, il ressort que du point de vue de leur statut, les agents en service dans les CEPS publics comptent 33 % de fonctionnaires, 15 % de contractuels, 8 % de finalistes des écoles de formation et 45 % de bénévoles. Ce qui indique qu'environ 67 % des personnels de ces centres ont un statut professionnel précaire. Les rémunérations mensuelles liées à ces positions sont relativement faibles.

De l'appréciation du niveau d'instruction approché à travers les derniers diplômes obtenus, il ressort que 52,5 % seulement du personnel enseignant en poste dans ces centres était porteur d'un diplôme professionnel (BEMT, BET : 50,8 %; BEP : 1,7 %).

**Graphique 3 : Derniers diplômes obtenus par les personnels enseignants (en %)**



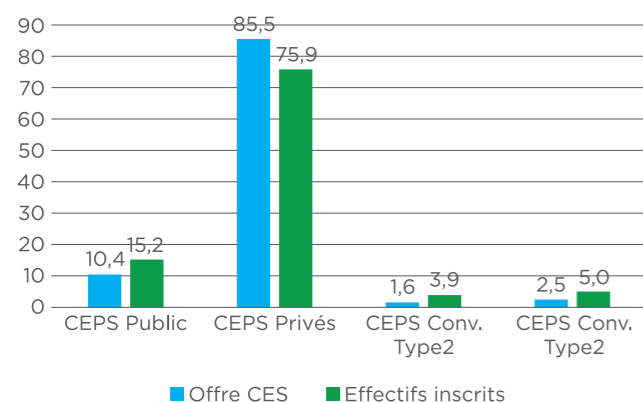
Sur le plan de la qualification professionnelle, ce personnel était constitué de 17,7 % d'instituteurs, 31,5 % d'instituteurs adjoints et 50,8 % de diverses autres qualifications. En d'autres termes, tous secteurs confondus, seuls 49,2 % des enseignants en poste dans les centres d'éducation préscolaire avaient la qualification professionnelle requise pour assurer ces tâches.

### f. Matériel et fournitures didactiques

Les données de l'enquête MICS 2015 indiquent qu'en ce qui concerne le matériel et les fournitures didactiques, sur 36,4 % d'enfants, à peine 3,1 % d'enfants fréquentant un programme d'instruction préscolaire ont au moins trois livres d'enfants; 51,2 % d'enfants ont au moins deux jouets. Ces données traduisent le dénuement dans lequel se trouvent les centres d'éducation préscolaire.

### g. Population couverte par les centres d'éducation préscolaire

Selon l'Annuaire statistique 2017-2018, le pays comptait au terme de cette année scolaire un effectif total de 73 239 enfants inscrits au cycle préscolaire. Leur répartition en fonction du statut des centres indique que 75,9 % de ces enfants étaient inscrits dans des établissements privés et 15,2 % dans des structures publiques. Le graphique 4 présente la répartition des effectifs inscrits dans les centres d'éducation préscolaire selon leur statut.

**Graphique 4 :** Répartition des centres d'éducation préscolaire et effectifs couverts (en %)

On note que pour contenir ces effectifs, 13,2 % des classes sont multigrades. Cette situation concerne essentiellement les centres publics enquêtés. Des disparités sont observées en fonction des niveaux. Les classes multigrades concernent 16,7 % des P2, 19 % des P1 et 72,7 % des P3.

Par ailleurs, le ratio élèves par établissement est de 69,5 dans le public et 47,6 dans le privé, tandis que le ratio élèves par classe pédagogique est de 18,1 dans le public et de 12,2 dans les centres privés. Enfin, ces effectifs correspondent à des ratios de 1 élève pour 1,0 place assise dans le secteur public et de 1 élève pour 0,79 place assise dans le privé.

#### h. Ressources financières des centres d'éducation préscolaire

Aucun centre d'éducation préscolaire ne reçoit une subvention de l'État. Leur financement provient essentiellement des contributions des parents d'élèves. Selon l'Annuaire statistique 2017-2018, les ressources financières dont les centres d'éducation préscolaire ont disposé au cours de cette année sont évaluées à 431094618 francs CFA. Elles proviennent principalement des frais d'inscription (47,1 %) et de réinscription (22,4 %), des frais d'écologie (10,3 %), de dons (6,6 %) et de diverses autres sources. Les frais d'assurance représentent 4,8 % des ressources collectées.

Selon les résultats de l'enquête rapide, 75,8 % des centres ont reçu des instructions et directives relatives à la gestion financière des ressources. Pour 85,5 % des responsables des centres, ces directives ont trait aux clefs de répartition des recettes. 87,1 % d'entre eux soumettent un rapport financier au terme de chaque année scolaire.

En ce qui concerne les dépenses, leur montant est évalué à 4583130883 francs CFA, soit 10,6 fois le montant des ressources. L'annuaire ne donne aucune explication concernant cette différence importante. Les charges couvertes sont réparties comme suit :

- traitement du personnel : 56,6 %;
- fournitures de bureau : 5,3 %;
- matériels didactiques, pédagogiques : 2,0 %;
- activités pédagogiques : 1,0 %;
- culture, arts et sport : 0,5 %;
- santé et hygiène scolaire : 1,0 %;
- frais de formation, séminaires et missions : 0,5 %;
- investissement : 28,7 %;
- autres dépenses : 4,5 %.

Les observations relatives aux ressources et aux dépenses indiquent la nécessité d'une analyse approfondie du coût réel de fonctionnement d'un centre d'éducation préscolaire. C'est aussi à l'aune de cette analyse que la mise en place d'un financement approprié pour l'éducation préscolaire sera possible.

#### Écoles « Observer-Réfléchir-Agir »

Les écoles « Observer-Réfléchir-Agir » (ORA) sont nées au début des années 2000 afin d'apporter une réponse adaptée au besoin de scolarisation des enfants des peuples autochtones, qui est fortement contrarié pour diverses raisons. Parmi ces contraintes figurent : le primat de l'éducation traditionnelle autochtone qui assujettit les enfants à travailler avec leurs parents de façon régulière pour la cueillette des produits forestiers, selon un calendrier nécessitant des séjours fréquents en forêt; le peu d'intérêt accordé à l'instruction scolaire; le refus des parents de scolariser leurs enfants, faute de moyens; ainsi que les agressions et les humiliations subies par les élèves autochtones dans les écoles.

C'est ainsi qu'au début des années 2000, des initiatives ont été lancées dans le département de la Likouala, puis se sont étendues progressivement dans la Sangha. Depuis lors, les écoles ORA se sont développées dans ces deux départements grâce aux efforts conjugués des confessions religieuses, des communautés locales, des sociétés d'exploitation forestière, des ONG locales, des services des directions départementales de l'enseignement, des conseils départementaux, et grâce au soutien de divers partenaires techniques et financiers, notamment l'UNICEF, le PAM et la Banque mondiale.

Les écoles ORA reposent sur des méthodes didactiques basées sur l'observation du milieu. Les langues utilisées sont le français et les langues maternelles (baka et bendjele).

Les enseignants (dénommés « animateurs ») sont recrutés parmi les personnes lettrées de la communauté autochtone, mais aussi parmi les Bantous. Après deux ou trois années d'apprentissage, les apprenants sont censés intégrer les écoles primaires du secteur formel.

En 2020-2021, ces deux départements comptaient 85 écoles. Au cours de cette année scolaire, 6031 enfants étaient inscrits dans les 42 écoles ORA de la Likouala, pour 80 enseignants et avec un taux de réussite moyen de 77 %.

Mais le développement de ces centres est limité par deux contraintes majeures. Il s'agit de l'absence d'un cadre juridique formel d'une part et du caractère aléatoire de leur financement qui est exclusivement dépendant des PTF qui les soutiennent d'autre part. Ce qui limite considérablement et rend aléatoire la disponibilité du matériel et des fournitures didactiques, le fonctionnement des cantines scolaires ainsi que la rémunération des animateurs de ces écoles.

#### i. Fonctionnement des centres d'éducation préscolaire

Les heures d'ouverture et de fermeture sont très variables, comprises entre 8 heures et 17 heures selon les cas. Globalement, 67,7 % des centres offrent des services de garderie. Ce service est davantage le fait des CEPS privés (90 %) comparativement aux centres publics (57,1 %).

Conformément aux orientations reçues de leurs hiérarchies, 88,7 % des CEPS publics se sont dotés chacun d'un plan d'action pour l'année 2021-2022. Au terme du premier trimestre, les taux de mise en œuvre de ces plans d'action indiquent qu'en moyenne environ 50 % des actions planifiées étaient en cours d'exécution.

Les centres d'éducation préscolaire bénéficient du soutien des responsables des circonscriptions préscolaires et des inspecteurs pédagogiques. D'octobre 2021 à janvier 2022, on note que 72,6 % des CEPS ont bénéficié de la visite de l'inspecteur, chef de la circonscription, et 77,4 % ont reçu celle d'un inspecteur, chargé des activités pédagogiques. Le rôle des circonscriptions d'éducation préscolaire est déterminant dans la préparation et la supervision de la rentrée des classes, la formation continue des éducatrices et directrices des centres ainsi que la sensibilisation des parents sur l'importance de l'éducation au préscolaire.

De façon globale, ce soutien est réalisé sous l'autorité des directions départementales pour l'encadrement pédagogique, l'élaboration et le suivi régulier de la mise en œuvre des plans d'action, la supervision du personnel, le suivi des effectifs scolaires et la promotion de l'éducation préscolaire.

Par ailleurs, 85,5 % des CEPS disposent d'un conseil d'administration, dont 88,7 % ont tenu leur session inaugurale au début de l'année 2021-2022. Les parents d'élèves sont représentés dans ces conseils, respectivement dans 97,3 % des CEPS publics et 81,3 % des CEPS privés.

Du point de vue des prestations complémentaires aux activités d'éducation et d'éveil, seuls 4,8 % des centres offrent des visites médicales aux enfants qu'ils accueillent. Ce qui traduit une faible complémentarité des interventions sectorielles destinées au jeune enfant.

### 3.1.2.3. Performances de l'éducation préscolaire

D'après les données de l'enquête à indicateurs multiples (MICS 2015), seuls 23 % des enfants inscrits en 2015 en première année de l'école primaire avaient fréquenté un centre d'éducation préscolaire l'année précédente, sans différence notable entre les garçons (23 %) et les filles (24 %). Les disparités étaient importantes entre les départements. En effet, ces taux d'inscription varient de 52 % à Brazzaville à moins de 7 % dans les départements du Kouilou, de la Lékoumou, la Bouenza, la Cuvette-Ouest et la Likouala.

Selon les projections officielles, la population en âge de fréquenter le cycle préscolaire était de 439133 enfants en 2017-2018. Ce qui indique qu'au cours de cette année, 16,7 % de cette population était inscrite dans un centre d'éducation préscolaire, alors que ce taux de couverture préscolaire global était de 19 % trois ans plus tôt.

Nonobstant les réserves que suscitent ces données statistiques, la faible couverture de la population en éducation préscolaire est indéniable. L'offre d'éducation préscolaire est essentiellement urbaine, assurée en très grande majorité par le secteur privé. Et il est fort possible que la dégradation de la situation économique que le pays a connue ait eu, entre autres effets, le recul du taux d'inscription au préscolaire. Ce dernier est passé de 19 % en 2015 à 16,7 % en 2017-2018.

D'où la nécessité d'accélérer l'augmentation de l'offre et l'accès à l'éducation préscolaire, particulièrement en milieu rural où le nombre d'enfants vulnérables est plus élevé. Rappelons que le pays a souscrit aux objectifs de développement durable (ODD), dont le quatrième indique : «D'ici à 2030, faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons aient accès à des activités de développement et de soins de la petite enfance et à une éducation préscolaire de qualité qui les préparent à suivre un enseignement primaire.»

### 3.1.3. Accès à l'enseignement primaire

L'article 13 de la loi 25-95 modifiant la loi scolaire n° 008/90 du 6 septembre 1990 et portant réorganisation du système éducatif en République du Congo stipule que «l'enseignement primaire dispense les savoirs, les compétences et les valeurs permettant la poursuite des études au secondaire. Il doit assurer à l'enfant l'acquisition de la lecture, de l'écriture, du calcul, des notions scientifiques élémentaires de base et aussi des notions d'éducation civique et morale». Dans le cadre du développement intégré de la petite enfance, ne seront abordés que les aspects qui sont étroitement liés à l'accès et à la scolarisation des enfants au cours des trois premières années du cycle primaire.

Selon l'Annuaire statistique 2017-2018 du MEPSA, le Congo comptait au cours de cette année un effectif global de 4020 écoles primaires, constituées de 47,4 % d'établissements publics, 47,9 % d'établissements privés et 4,7 % d'établissements conventionnés. Selon la répartition par milieu de résidence, 56,9 % étaient situées en milieu urbain et 43,1 % en milieu rural. Mais cette distribution globale cache des inégalités en considérant le statut juridique de ces écoles. En effet, seules 17,6 % des écoles publiques sont situées en milieu urbain, 82,4 % étant localisées dans les zones rurales. À l'inverse, les écoles privées et conventionnées sont majoritairement situées en milieu urbain avec respectivement 93,8 % et 75,7 % des établissements.

La Stratégie sectorielle de l'éducation 2015-2025<sup>9</sup> relevait déjà en 2015 une scolarisation primaire s'appuyant sur le financement privé, à travers le recours de plus en plus accru aux contributions des ménages, et ce dans le contexte d'une politique de gratuité de l'éducation. C'est ainsi qu'en 2013, les écoles privées scolarisaient 30 % des enfants, les parents d'élèves prenant en charge les rémunérations des enseignants (bénévoles) et supportant certaines dépenses de scolarisation.

Cette stratégie indiquait également que plus de 10 % des enfants d'âge scolaire étaient en dehors de l'école. De ce fait, l'atteinte de la scolarisation primaire universelle au Congo dépendrait de la rapidité avec laquelle ces enfants qui sont en dehors du système scolaire y seraient absorbés.

Or les contraintes et faiblesses du système demeurent préoccupantes. En effet, l'importance du secteur privé est source de défaut d'équité dans un contexte où le principe est la gratuité de l'accès

à l'éducation qui, par ailleurs, est obligatoire jusqu'à 16 ans conformément aux dispositions de la loi. On note par ailleurs que le cycle primaire est confronté à un manque criant d'enseignants dans le secteur public. Ce qui implique, entre autres conséquences, la tenue de plusieurs établissements par des enseignants non qualifiés (bénévoles), la fermeture d'autres établissements par manque de personnel enseignant, ainsi que la pratique des classes multigrades. Ainsi donc, au cours de l'année 2017-2018, 45,7 % des écoles primaires publiques avaient recours aux classes multigrades, aussi bien en milieu urbain (53,9 %) qu'en milieu rural (46,1 %). Les combinaisons des classes CP1/CP2 et CE1/CE2 représentant respectivement 29,1 % et 28,6 % de ces classes, qui concernent plus particulièrement les enfants de 6 à 8 ans.

En matière de commodités, 19,1 % des écoles primaires, majoritairement situées en milieu rural (93,7 %), ne disposaient pas de toilettes en 2017-2018. De même, 54,7 % des écoles primaires n'étaient pas équipées de dispositifs d'accès à de l'eau potable. Là encore, cette moyenne cache d'importantes disparités, les écoles rurales étant les moins pourvues. Les proportions observées varient de 30,2 % des écoles de Brazzaville à 81,8 % des écoles du département du Pool.

Sur le plan de l'efficacité, la situation est caractérisée par d'importants taux de redoublement<sup>10</sup> enregistrés parmi les élèves inscrits dans les classes de CP1, CP2 et CE1. Leurs taux de redoublement sont respectivement de 21,1 %, 15,8 % et 25,0 %. Il en résulte un taux d'achèvement relativement faible et des taux d'abandon précoce (5 %) dont plus de 14 % sont enregistrés au CP1 et 11,9 % au CE1. Ces abandons contribuent à l'augmentation du nombre d'enfants exclus du système éducatif.

Là encore et de manière globale, cette efficacité est affectée par de nombreux facteurs. Il s'agit plus particulièrement de l'insuffisance des enseignants qualifiés avec, entre autres conséquences, le recours à des volontaires qui, du reste, sont très mal payés; des ratios élèves/enseignants élevés; l'insuffisance des manuels scolaires disponibles, notamment au niveau de l'enseignement primaire; le mauvais état des infrastructures d'accueil et de leurs équipements, y compris les plus essentiels tels que les tables-bancs.

## 3.2. Santé et nutrition

### 3.2.1. État de santé

Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2018-2022 décrit une amélioration de la situation de la santé de l'enfant de moins de 5 ans, caractérisée par un recul des taux de mortalité dans les différentes tranches d'âge à compter de l'année 2005. Ainsi donc, le taux de mortalité néonatale a été réduit de 33 à 21 décès pour 1000 naissances vivantes de 2005 à 2015 et le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 118 à 52 décès pour 1000 naissances vivantes au cours de la même période. Mais ces taux moyens masquent d'importantes inégalités en considérant le milieu de résidence. Les plus marquées concernent la mortalité infantile dont les taux varient de 70 ‰ dans la Sangha à 19 ‰ à Pointe-Noire. De même, les taux de mortalité infanto-juvénile vont de 124 ‰ dans la Sangha à 31 ‰ à Pointe-Noire.

En sus du milieu de résidence, le niveau de mortalité des enfants baisse avec l'amélioration du bien-être économique du ménage<sup>11</sup>. Dans les ménages les plus pauvres, les taux de mortalité infantile et infanto-juvénile sont respectivement de 52 ‰ et 77 ‰, tandis que dans les ménages les plus riches, ils sont respectivement de 32 ‰ et 34 ‰.

S'agissant de leurs causes, la mortalité néonatale est principalement attribuée à la prématurité (39,7 %), aux détresses respiratoires (28,9 %) et aux infections néonatales (26,7 %). Ces trois causes représentent à elles seules 85,3 % des décès néonataux. De façon générale, les principales causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont le paludisme (54 %), les infections respiratoires aiguës (18,2 %), la diarrhée (16,9 %), la malnutrition (6,2 %) et la méningite (2 %). Ces cinq pathologies représentent 95 % des causes de décès dans cette tranche d'âge.

<sup>9</sup> République du Congo, Stratégie sectorielle de l'éducation 2015-2025, mai 2015.

<sup>10</sup> Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation, Annuaire statistique 2017-2018.

<sup>11</sup> UNICEF, Analyse de la situation des enfants et des adolescents en République du Congo, 2018.

En ce qui concerne la morbidité des enfants de moins de 5 ans, la même hiérarchie est observée, le paludisme représentant 73 % des motifs de consultation et 48 % des motifs d'hospitalisation en 2016. Viennent ensuite les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës qui constituent d'importants facteurs de morbidité. Leurs incidences annuelles sont estimées respectivement à 17,4 % et 8 % dans ce groupe d'âge selon l'enquête MICS. Parmi les facteurs associés à l'occurrence des diarrhées infantiles, on note particulièrement l'absence de toilettes hygiéniques dans les ménages.

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue également un important facteur de morbidité. En 2016, l'incidence de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) était estimée à 26 %. Et globalement, 8,5 % des enfants de moins de 15 ans étaient séropositifs en 2016. La transmission de l'infection à VIH dans cette tranche d'âge est essentiellement verticale, les nouvelles infections au VIH correspondent dans la majorité à des cas à la TME. On note aussi que la stratégie sectorielle de l'éducation relève qu'au cycle primaire, la prévalence du VIH se situait en 2009 autour de 1,7 % pour les garçons et 3,5 % pour les filles.

En dépit des efforts consentis en matière de vaccination, le Congo continue à être confronté à des flambées d'épidémies de rougeole. En 2016, au total, 87,8 % des districts sanitaires ont notifié 487 cas de rougeole chez des enfants de moins de 5 ans, dont 29 % des sujets n'étaient pas vaccinés. De même, en fin d'année 2020, une épidémie due à la circulation du poliovirus dérivé de la souche vaccinale de type 2 a été enregistrée. L'occurrence des épidémies témoigne des faibles performances du Programme élargi de vaccination (PEV), qui sont caractérisées par l'incapacité d'atteindre les cibles fixées pour les taux de couverture vaccinale d'une part, et par diverses insuffisances qui limitent la qualité de la vaccination d'autre part. L'épidémie du poliovirus vaccinal signe aussi la précarité des conditions d'assainissement de base dans lesquelles vivent les enfants de moins de 5 ans.

### 3.2.2. Statut nutritionnel

Le statut nutritionnel est approché à travers le poids de naissance et la survenue des malnutritions aiguës, chroniques et de l'obésité.

Le poids de l'enfant à la naissance est un déterminant important de l'état de santé du nouveau-né et du niveau de mortalité néonatale et infantile. La prévalence du faible poids à la naissance est restée stationnaire depuis dix ans, autour de 10 %<sup>12</sup>. Selon l'enquête MICS Congo 2014-2015, 10 % des nouveau-nés pèsent moins de 2500 grammes, avec des disparités par département, les taux variant d'environ 9 % dans les Plateaux, la Sangha, la Lékoumou et Brazzaville à 13 % dans la Cuvette.

Selon l'enquête MICS, plus d'un enfant sur cinq (21 %) accuse un retard de croissance (malnutrition chronique) en 2014-2015, dont 8 % sous forme sévère. Le retard de croissance est un peu plus courant chez les garçons (22 %) que chez les filles (20 %). Et selon l'âge, les fréquences les plus importantes du retard de croissance sont constatées chez les enfants de 18 à 23 mois (30 %) et de 24 à 35 mois (27 %). On note également que le taux de malnutrition chronique est plus élevé en milieu rural (28 %) qu'en milieu urbain (17 %). Sa prévalence est très fortement corrélée à l'éducation de la mère : elle atteint 34 % chez les enfants de mère sans instruction, contre 12 % chez les enfants de mère ayant un niveau secondaire ou plus. Et un enfant né dans une famille très pauvre (30 %) encourt deux fois plus de risques d'être trop petit pour son âge qu'un enfant né dans une famille très riche (15 %).

L'émaciation touche 8 % des enfants de moins de cinq ans (dont 3 % sous forme sévère), avec une prévalence plus élevée chez les garçons (9 %) que chez les filles (8 %)<sup>13</sup>. Elle est le plus souvent retrouvée chez les très jeunes enfants (0 à 17 mois) puis décroît avec l'âge. Le taux de malnutrition aiguë est plus élevé en milieu urbain (10 %) comparativement au milieu rural (6 %).

L'obésité concerne 6 % des enfants de moins de cinq ans (5 % des garçons et 7 % des filles). Des disparités sont observées en fonction du milieu de résidence et du statut socioéconomique des ménages. C'est ainsi qu'elle concerne 8 % des enfants du milieu urbain et 3 % de ceux du milieu rural. Et sa prévalence varie de 2 % chez les enfants des ménages les plus pauvres à 10 % dans les ménages les plus riches.

<sup>12</sup> EDSC 2005, EDSC 2011-2012, MICS Congo 2014-2015.

<sup>13</sup> MICS Congo 2014-2015.

### 3.2.3. Santé de la femme enceinte

Selon le PNDS 2018-2022, le ratio de mortalité maternelle était estimé à 433 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2016. La tranche d'âge la plus affectée est celle des femmes âgées de 20 à 34 ans. Ces décès maternels sont survenus essentiellement dans le post-partum immédiat (72 %), période la plus critique. Cette mortalité maternelle est attribuée à des causes directes et indirectes. Les causes directes sont les hémorragies du post-partum (40,9 %), l'éclampsie (22,7 %) et les infections du post-partum et du post-abortum (11,7 %). Les causes indirectes de ces décès sont les anémies (5,6 %), les complications anesthésiques (3,4 %) et l'insuffisance cardiaque (2,4 %). L'importance de cette mortalité maternelle est attribuée à la faible qualité des soins et services offerts aux femmes pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, étant donné que 91,3 % des femmes, en moyenne, ont eu au moins un contact de soins prénatals au cours de leurs grossesses (95,9 % en milieu urbain et 86,8 % en milieu rural).

Par ailleurs, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était estimée à 3,6 % en 2011, avec d'importantes disparités selon les départements et groupes d'âge. La prévalence la plus élevée a été observée dans le département de Pointe-Noire (6,8 %) et la plus faible dans le département du Pool (0,5 %). La tranche d'âge la plus touchée était celle de 35 à 39 ans avec une prévalence de 7,2 %.

### 3.2.4. Organisation de l'offre de soins et services destinés aux enfants de 0 à 8 ans

L'offre de soins et services de santé destinés aux enfants de 0 à 8 ans est assurée par des formations sanitaires tant publiques que privées, en ambulatoire ou en hospitalisation. Les formations sanitaires ambulatoires représentent le premier échelon du système de santé. Le pays compte au total 350 formations sanitaires ambulatoires publiques réparties entre les centres de santé intégrés (CSI), les centres de santé scolaire et les centres médicosociaux des administrations et des entreprises paraétatiques. Structures de premier contact, les formations sanitaires ambulatoires jouent un rôle clef dans la prévention, le traitement curatif des maladies et la promotion de la santé des enfants, notamment ceux de moins de 5 ans.

Les paquets de soins et services de santé recommandés pour les enfants de moins de 5 ans doivent comprendre le traitement des affections courantes conformément aux protocoles établis, les vaccinations, la surveillance de la croissance et la détection des malnutritions, la prise en charge des enfants malnutris, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ainsi que le dépistage précoce des handicaps.

Les districts sanitaires sont un dispositif clef de l'opérationnalisation des paquets de services, à travers l'appui aux formations sanitaires. Ils ont pour missions l'appui à la planification et à l'organisation des activités en faveur de l'enfant, la supervision des agents en service dans les formations sanitaires tant publiques que privées, la mise à disposition des intrants tels que les vaccins, les médicaments et autres produits de santé, et la formation continue des personnels de santé.

### 3.2.5. Performances des services de santé

Selon l'EDSC-II, le taux d'utilisation des soins et services offerts par les CSI est relativement faible, limité à 24 %; la consultation curative ne dépasse pas 0,5 contact par an et par habitant. Les principaux facteurs qui limitent cette utilisation sont la faible accessibilité géographique et financière des soins et services de santé ainsi que la rupture fréquente des stocks d'intrants. Ces limites sont particulièrement observées en milieu rural et auprès des groupes de populations défavorisées, notamment les peuples autochtones.

L'examen des taux d'utilisation des soins prénatals et de l'assistance aux accouchements offre un éclairage particulier sur les performances du système de santé. En effet, au Congo, les taux de couverture en soins prénatals et d'accouchements assistés par un personnel qualifié sont estimés respectivement à 93 % et 92 %. Ces indicateurs contrastent avec l'ampleur de la mortalité maternelle et néonatale enregistrée dans le pays et révèlent une qualité insuffisante des soins prénatals et de la prise en charge des accouchements.

S'agissant de ce déficit de qualité, les données disponibles indiquent que 28 % des usagers ne sont pas satisfaits des services de santé. Ce taux d'insatisfaction atteint 52 % dans certains départements.

Par ordre d'importance, les principales causes d'insatisfaction évoquées par les usagers sont : (i) le coût élevé des prestations, (ii) les longs délais d'attente, (iii) le mauvais accueil, (iv) l'inefficacité du traitement, (v) le manque de personnel formé, (vi) les ruptures fréquentes des stocks de médicaments et (vii) les discriminations de toutes sortes.

Selon le rapport annuel du PEV de 2019, seuls 17 % des districts sanitaires du pays avaient une couverture vaccinale supérieure à 90 %. La couverture en Penta3 n'était supérieure à 90 % que dans 17 % des districts sanitaires au cours de cette même année; dans 29 % des districts sanitaires, elle était comprise entre 80 et 90 %. Ainsi donc, 54 % des districts sanitaires présentaient de faibles, voire très faibles, taux de couverture vaccinale.

Ces taux de couverture vaccinale participent des faibles performances actuelles des services de santé et sont également la traduction de la fragilité et des insuffisances observées dans le fonctionnement des districts sanitaires. Il s'agit notamment : (i) des fréquentes ruptures de stock des intrants, y compris les vaccins; (ii) d'un financement insuffisant des coûts opérationnels; (iii) de la faible qualité des supervisions formatives, imputable à des équipes cadres des districts sanitaires peu formées et ayant par conséquent des compétences très limitées; et (iv) de diverses contraintes logistiques telles que l'insuffisance des véhicules de supervision entravant de fait la mobilité des équipes opérationnelles.

S'agissant des soins et services destinés aux femmes enceintes, le PNDS 2018-2022 note qu'en ce qui concerne le VIH, peu de femmes enceintes connaissent leur statut sérologique. En 2016, seules 63,4 % des femmes reçues aux soins prénatals ont accepté de faire le test de dépistage du VIH. Par ailleurs, l'étude des facteurs associés à la faible couverture en traitement préventif intermittent du paludisme chez la femme enceinte<sup>14</sup> (TPIg-SP) apporte un éclairage supplémentaire sur les performances des districts sanitaires en matière de soins et services de santé destinés aux femmes enceintes. Cette étude montre que seules 31,1 % des femmes enquêtées ont reçu les trois doses de sulfadoxine-pyriméthamine requises pour assurer une bonne couverture. Pour toutes les autres, soit 68,9 % des femmes, la couverture en TPIg-SP est faible. Cette faible couverture est principalement attribuée à la disponibilité et à la qualité de l'offre du TPIg-SP et des soins prénatals de manière générale. D'une part, l'offre de ce service est assujettie à la disponibilité de la sulfadoxine-pyriméthamine; d'autre part, quand bien même le médicament serait disponible, la prestation n'est pas assurée conformément aux normes et procédures établies.

Par ailleurs, cette étude a montré d'importantes disparités des taux de couverture en TPIg-SP en fonction des départements. Les plus faibles taux sont observés dans les départements de la Sangha (8,3 %) et de la Cuvette-Ouest (9,1 %) alors que la Bouenza présente le taux le plus élevé avec 59,7 %.

En définitive, l'accès des enfants aux soins et services de santé dont ils ont besoin est considérablement limité par la disponibilité de l'offre d'une part, et la qualité des soins et services offerts d'autre part.

### 3.3. Hygiène au foyer et dans la communauté

La forte prévalence des maladies diarrhéiques témoigne des problèmes pressants de salubrité auxquels le pays est confronté. L'enquête MICS Congo 2014-2015 fournit diverses données sur les pratiques d'hygiène et l'insalubrité du milieu, qui sont des déterminants importants de la mortalité et de la morbidité de l'enfant.

#### 3.3.1. Accès à l'eau saine et utilisation de sources d'eau améliorées

Selon cette même enquête, 84 % de la population utilisait une source améliorée pour s'approvisionner en eau de boisson en 2014-2015. Presque toute la population urbaine utilisait des sources d'eau améliorées (98 %), contre seulement 57 % des habitants en milieu rural. Et si près de la totalité de la population des départements de Brazzaville et de Pointe-Noire consommaient de l'eau potable, ces proportions tombaient à 30 % dans la Cuvette-Ouest et 41 % dans la Lékoumou.

<sup>14</sup> Ministère de la Santé et de la Population, Facteurs associés à la faible couverture en traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes en République du Congo : Rapport d'enquête, décembre 2021.

Les sources d'eau améliorées les plus utilisées sont l'eau du robinet (50 %, mais plus de 66 % à Brazzaville et Pointe-Noire), les forages et pompes (17 %), les puits et sources protégés (12 %). La consommation d'eau potable est très fortement corrélée au niveau de richesse des ménages : elle est pratiquée par 98 % des familles les plus riches, mais seulement 40 % des familles les plus pauvres.

#### 3.3.2. Utilisation d'installations sanitaires améliorées

Selon l'enquête MICS, 24 % de la population utilise des toilettes améliorées non partagées. Dans les deux grandes villes du pays, cette proportion dépasse 30 %. De plus, 32 % de la population utilise des toilettes qui seraient considérées comme améliorées si elles n'étaient pas partagées. Dans l'ensemble du pays, 9 % de la population ne dispose d'aucune forme de toilettes et pratique donc la défécation à l'air libre (2 % en milieu urbain et 23 % en milieu rural).

L'accès à l'assainissement est un phénomène urbain. En effet, alors que 32 % des ménages utilisent des toilettes améliorées non partagées en milieu urbain, seulement 7 % ont cette possibilité en milieu rural. De même, le niveau de richesse détermine l'accès à l'assainissement. Dans les milieux les plus pauvres, 34 % des familles pratiquent la défécation à l'air libre et seulement 2 % d'entre elles ont accès à des toilettes améliorées non partagées.

### 3.4. Droits et protection de la petite enfance

#### 3.4.1. Droit au développement du petit enfant

##### 3.4.1.1. Droit au développement de l'enfant de moins de 3 ans

De la naissance à l'âge de 2 ans, la prise en charge du jeune enfant relève de la responsabilité quasi exclusive de la famille et, dans les faits, incombe principalement à la mère. Dès lors, les compétences parentales constituent un déterminant majeur du développement du petit enfant. Faute d'évidences exhaustives et spécifiques aux compétences parentales, diverses données issues de l'enquête MICS Congo 2014-2015 permettent d'en avoir un aperçu global.

Il ressort de cette enquête que seuls 44 % des enfants de 0 à 23 mois ont bénéficié d'une alimentation adéquate, à savoir un allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois et un allaitement maternel combiné avec des aliments solides, semi-solides et mous de 9 à 23 mois. De même, 77 % des enfants avaient subi des méthodes de discipline violentes (châtiments physiques ou agressions psychologiques). Or il est avéré que l'exposition des enfants à une discipline violente a des conséquences néfastes dont les répercussions peuvent être immédiates ou à plus long terme, les enfants les conservant à l'âge adulte. Par ailleurs, les faibles taux de couverture vaccinale enregistrés à travers le pays sont également le fait d'une demande insuffisante, voire absente, de ces services par les familles. Ce qui traduit également une certaine faiblesse des compétences parentales.

Hormis les familles, les enfants de moins de 2 ans sont accueillis dans des complexes pouponnières-crèches-garderies. Mais le pays ne compte que six établissements de ce type, localisés exclusivement à Brazzaville, Pointe-Noire, Ouessou et Owando.

##### 3.4.1.2. Droit au développement de l'enfant de 3 à 5 ans

En sus de la responsabilité parentale, l'éducation préscolaire joue un rôle majeur dans cette tranche d'âge. S'agissant des parents, les données collectées par l'enquête MICS fournissent quelques informations sur l'appui dont les enfants de cette classe d'âge bénéficient de leur part. Ainsi, 59 % des enfants de 36 à 59 mois ont bénéficié de l'assistance d'un membre adulte de la famille dans la pratique d'environ quatre activités d'éveil; 66 % de foyers disposent de jouets pour les enfants; deux enfants sur cinq (42 %) ont été laissés sous une garde inadéquate (c'est-à-dire laissés seuls ou sous la garde d'un enfant de moins de 10 ans) au moins une fois durant la semaine précédant l'enquête. De plus, 85 % des enfants de 3 à 5 ans ont subi des méthodes de discipline violentes.

La situation est encore plus préoccupante en ce qui concerne la préparation à l'enseignement primaire. Seuls 3 % des enfants vivent dans des familles disposant d'au moins trois livres pour enfants. Cela veut dire que la quasi-totalité des enfants n'ont eu aucun contact avec des livres scolaires avant leur entrée à l'école primaire. Or on sait que l'exposition aux livres est importante pour les performances scolaires ultérieures.



Par ailleurs, il apparaît que 62 % des enfants de 36 à 59 mois sont sur la bonne voie de développement dans au moins trois des quatre domaines testés (alphabétisation, calcul, physique, socio-affectif, apprentissage). Ces indicateurs varient sensiblement selon le lieu de résidence, le niveau d'instruction de la mère et l'indice de bien-être économique de la famille. Autrement dit, l'enfant bénéficiera d'un meilleur encadrement familial s'il vit en ville, si sa mère a poursuivi ses études jusqu'au cycle secondaire et si sa famille appartient au quintile de bien-être économique le plus riche.

### 3.4.2. Droit à la protection contre les violences, la négligence, l'abus et l'exploitation

Très peu d'évidences sont disponibles pour poser une analyse solide de la vulnérabilité des enfants et de leur protection contre les violences, les négligences de toutes sortes, l'abus et l'exploitation. Le Cadre stratégique pour le renforcement du système national de protection de l'enfant en République du Congo<sup>15</sup> en donne un aperçu succinct.

#### 3.4.2.1. Enfants privés d'état civil

Il s'agit des enfants qui n'ont jamais été enregistrés à l'état civil. Selon les données de l'EDSC-II, 9 % des enfants de moins de 5 ans étaient dans cette situation en 2011. Et d'importantes disparités ont été observées selon l'origine ethnique, le milieu de résidence et le revenu des ménages. Ainsi, plus de la moitié des enfants issus des peuples autochtones n'ont jamais été enregistrés à l'état civil; la proportion des enfants qui l'ont été passe de 80 % dans les ménages les plus pauvres à 99 % dans les ménages les plus riches; de même, elle est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural.

#### 3.4.2.2. Accès limité aux services sociaux de base

Les populations autochtones, et particulièrement leurs enfants, ont un accès plus limité aux soins et services de santé, à l'éducation et à la protection, comparativement au reste de la population. En outre, elles vivent dans des conditions de précarité et de servitude qui les exposent à la marginalisation et à divers abus.

#### 3.4.2.3. Enfants privés d'un environnement familial sain

Du fait de l'importance du rôle de la famille dans le développement et la protection de l'enfant, il est important de mettre en relief la situation de vulnérabilité accentuée chez l'enfant qui vit en dehors ou sans un cadre familial sain et protecteur. Selon l'EDSC-II, seuls 55 % des enfants (moins de 18 ans) vivaient avec leurs deux parents biologiques. Cette enquête indique également que près de 7 % des enfants étaient orphelins d'au moins un de leurs parents. Et 15 % des enfants de cette tranche d'âge ne vivent pas avec leurs parents biologiques alors que dans quatre cas sur cinq, ces derniers sont en vie.

#### 3.4.2.4. Enfants victimes de châtiments corporels

Selon l'EDSC-II, 70 % des enfants subissent des châtiments corporels dans les familles qui les élèvent et 25 % endurent des châtiments très violents. Les châtiments corporels sont aussi très fréquents en milieu scolaire. Il importe de noter que les châtiments corporels ont des effets très préjudiciables sur le développement de l'enfant. Non seulement ils peuvent engendrer des blessures physiques, mais ils risquent aussi de causer de graves traumatismes psychologiques. Pratiqués à l'école, ils peuvent être à l'origine d'échecs et d'abandons scolaires.

### 3.4.3. Interventions réalisées dans le cadre de la protection de l'enfance

En matière de protection, les interventions s'adressent aussi bien aux enfants vivant en famille qu'à ceux qui sont privés du cadre familial.

En ce qui concerne les enfants vivant en famille, les interventions mises en œuvre comprennent :

- des actions d'écoute, de conseil, d'accompagnement psychosocial et des interventions de crise auprès des familles, à travers les circonscriptions d'action sociale (CAS);

- des activités de sensibilisation des parents sur l'importance de la petite enfance et les enjeux du développement de l'enfant;
- des actions de prévention des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités parentales, y compris pour l'enregistrement des naissances;
- l'accueil des enfants de 2 mois à 3 ans pendant la journée, dans les complexes crèches-garderies;
- l'agrément et l'inspection des crèches-garderies privées conformément aux dispositions du décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 fixant les conditions et les modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants.

### Approche intégrée de renforcement du système de protection de l'enfant dans le district de Sibiti

Cette approche a été initiée en 2015 dans le cadre d'un projet pilote mis en œuvre dans la commune de Mougali et dans le district de Sibiti. La mise en place des comités communautaires de protection de l'enfant est au cœur de cette intervention.

En application des dispositions de la loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo, divers textes réglementaires ont été pris pour créer, organiser et lancer les activités du Comité départemental de coordination de la protection de l'enfant dans le département de la Lékoumou d'une part, et des comités de protection de l'enfant (CPE) dans les villages du district (10) et les quartiers (7) de la commune de Sibiti d'autre part.

Les sessions de formation des membres de ces comités leur ont donné la capacité de : (i) s'occuper des situations de protection des enfants âgés de 0 à 18 ans; (ii) s'assurer que les enfants ont des actes de naissance et vont à l'école; qu'ils ne sont pas dans des situations de maltraitance, jouissent d'une bonne santé; et (iii) accompagner la communauté dans le processus d'enregistrement systématique des naissances et de règlement des conflits liés à la situation des enfants et des femmes vulnérables. Ainsi, les activités suivantes ont été réalisées entre 2015 et 2019 :

- 46 alertes lancées à partir des quartiers pour la protection des enfants en situation de vulnérabilité ou de conflit avec la loi;
- 2653 enfants scolarisés grâce au suivi des relais communautaires;
- 1750 enfants accompagnés dans le processus de déclaration tardive des naissances;
- 149 cas d'enfants malnutris référés au CSI et accompagnés dans la communauté;
- 78 femmes enceintes référées au CSI pour les soins prénatals et le suivi dans la communauté;
- des causeries éducatives ont été organisées sur divers thèmes;
- des mécanismes communautaires d'enregistrement systématique des naissances ont été mis en place.

Les contraintes et limites apparues dans le fonctionnement des CPE comprennent l'insuffisante appropriation de cette approche par les services locaux des affaires sociales, les faibles capacités des membres des comités et le financement insuffisant des interventions. En dépit de ces limites, des progrès remarquables ont été réalisés grâce au concours de ces comités locaux. Mais il reste à les documenter de façon appropriée.

S'agissant des enfants privés du cadre familial, les interventions comprennent principalement leur placement de remplacement, soit à travers leur accueil et leur prise en charge dans l'une ou l'autre des trois pouponnières publiques de jour comme de nuit, soit par leur apparentement et leur remise auprès de familles adoptives. Cela concerne les bébés orphelins, abandonnés ou trouvés à divers endroits. D'autres interventions concernent l'agrément et l'inspection des orphelinats ou des autres structures socio-éducatives privées en application du décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 suscité. Pour soutenir ces interventions, un projet de loi portant adoption des enfants en République du Congo est en cours d'approbation.

Quel que soit le cadre de vie des enfants, diverses autres interventions sont réalisées à leur endroit. Elles concernent principalement le soutien à la petite enfance, l'organisation des campagnes d'inscription des enfants de 0 à 3 ans dans les CEPS, ainsi que les campagnes d'établissement des actes d'état civil.

<sup>15</sup> UNICEF, Cadre stratégique pour le renforcement du système national de protection de l'enfant en République du Congo, 2015.



## 4. Principaux goulots d'étranglement et défis du développement intégré de la petite enfance

### 4.1. Une mortalité encore préoccupante

En dépit des progrès accomplis, le Congo fait encore face à d'importants niveaux de mortalités maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile. La réduction de cette charge de mortalité est un défi majeur, qui implique en premier lieu d'assurer à chaque nouvelle vie une croissance intra-utérine harmonieuse et optimale et une assistance de qualité à la naissance. Et ce à travers des soins et services prénatals disponibles, accessibles et conformes aux normes établies en matière de santé de la reproduction, y compris la prise en charge des nouveau-nés.

Il s'agit également d'assurer et de garantir aux enfants l'accès aux interventions essentielles dont l'efficacité est démontrée pour la prévention et le traitement des maladies, principales causes de leurs décès. Les faibles couvertures vaccinales enregistrées dans le pays, la pratique encore limitée de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et le fait que seuls 24,7 % des enfants séropositifs aient accès aux traitements antirétroviraux illustrent ces défis. En outre, un accent particulier doit être porté sur la réduction des taux de malnutrition qui demeurent un problème persistant dans le pays avec 21 % de retards de croissance et 8 % de maigreurs.

### 4.2. Une offre de complexes crèches-pouponnières-garderies peu développée

Les complexes crèches-pouponnières-garderies constituent un maillon important du dispositif de prise en charge des enfants, notamment ceux privés d'un cadre familial. Leur importance tient à la nature de leurs missions, à savoir : (i) assurer la stimulation et le développement des capacités

psychomotrices des enfants; (ii) prendre en charge et offrir des soins spécifiques aux enfants abandonnés ou issus de parents jugés irresponsables au regard de la loi ou de leur état de santé; et (iii) alléger les tâches des femmes et des mères liées à la garde des enfants pendant leurs temps d'occupations professionnelles ou ménagères.

Sachant que le pays ne dispose que de six (6) complexes publics, augmenter la couverture du territoire en complexes crèches-pouponnières-garderies, améliorer leur accès ainsi que la qualité de leurs prestations grâce aux actions conjuguées des deux secteurs public et privé, dans le strict respect de la réglementation en vigueur, constituent des défis majeurs.

### 4.3. Une éducation préscolaire dominée par le secteur privé, de qualité limitée, peu accessible aux ménages pauvres et aux populations des zones rurales

Quoique son importance soit parfaitement reconnue, l'éducation préscolaire demeure peu développée, accessible essentiellement en milieu urbain, dominée par le secteur privé et réservée aux couches de population les plus aisées. Son développement actuel exclut de fait les populations qui vivent dans les zones rurales ainsi que les familles pauvres, quel que soit leur milieu de résidence. La barrière financière que représentent les frais d'inscription et d'écologie est ainsi au cœur de cette exclusion.

À la nécessité d'augmenter la couverture et l'accès aux centres d'éducation préscolaire, se superpose le défi de l'amélioration de la qualité de leur offre. Ce qui implique une nécessaire remise aux normes de certaines infrastructures disponibles au regard de leur niveau de dégradation ainsi que des efforts conséquents pour améliorer les capacités d'accueil des centres d'éducation préscolaire et les doter en matériel pédagogique et en personnel enseignant qualifié selon les besoins. C'est à ce prix que seront résorbés progressivement la pratique des classes multigrades, la faiblesse des compétences techniques d'une frange importante d'encadrants et d'éducatrices faute d'une formation professionnelle appropriée ainsi que le défaut de conformité des centres aux dispositions réglementaires.

Par ailleurs, il faudra également surmonter la mauvaise perception de l'importance de l'éducation préscolaire auprès des populations, amener les pouvoirs publics à octroyer des structures d'accueil ou des espaces adéquats pour le développement des activités d'éveil de la petite enfance, et enfin promouvoir les bonnes pratiques issues d'expériences concluantes en matière d'éducation préscolaire.

### 4.4. Des taux élevés d'admission au cycle primaire, mais une scolarisation universelle non atteinte et une éducation de faible qualité

Quoique les taux bruts de scolarisation et d'accès au cycle primaire soient relativement élevés, la situation est encore caractérisée par une accumulation, année après année, d'importantes cohortes d'enfants d'âge scolaire qui sont en dehors de l'école. Par ailleurs, cette scolarisation repose pour une large part sur le secteur privé, et sollicite considérablement le concours financier des ménages alors que la politique nationale prône la gratuité de l'éducation.

En pratique, quel que soit le secteur considéré, la gratuité de l'éducation n'est pas effective. Et de multiples contraintes et faiblesses en limitent la qualité. C'est le cas notamment du manque d'enseignants qualifiés, en dépit de l'existence de plusieurs promotions de diplômés des écoles professionnelles, du mauvais état des infrastructures, du sous-équipement des écoles en mobilier et matériels pédagogiques et des effectifs pléthoriques des classes, pour ne citer que celles-là.

### 4.5. Un manque de structures d'accueil des enfants ayant des besoins éducatifs spécifiques et des structures peu adaptées à l'accueil des enfants vivant avec un handicap

Le pays souffre de l'absence d'établissements dédiés à la prise en charge des enfants vivant avec un handicap. Par ailleurs, les structures existantes sont peu préparées à recevoir ces enfants qui ont des besoins spécifiques. Cette faiblesse est associée au manque de formation spécialisée des enseignants pour la prise en charge des enfants vivant avec un handicap.

#### 4.6. Persistance d'un effectif encore important d'enfants non inscrits à l'état civil

Le Congo compte encore de nombreux enfants de moins de 5 ans qui n'ont jamais été enregistrés à l'état civil, avec d'importantes disparités observées selon l'origine ethnique, le milieu de résidence et le revenu des ménages. Cette situation est principalement attribuée à la méconnaissance de l'importance et des procédures d'enregistrement des naissances par les parents ou les tuteurs légaux des enfants. Et elle est particulièrement importante chez les enfants des populations autochtones.

##### Centre de santé scolaire de Madingou : un exemple à suivre

Le centre de santé scolaire de Madingou a été mis en place dans le cadre du Projet de renforcement des capacités de la Croix-Rouge congolaise (CRC) pour une amélioration durable de la santé et de l'accès à l'éducation dans la Bouenza.

L'originalité de l'approche qui a abouti à la création de ce centre réside en ce qu'il résulte d'un accord de partenariat signé conjointement par le secrétaire général de la CRC, le directeur départemental des soins et services de santé, le directeur départemental de l'enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation et le président de l'Association des parents d'élèves du district de Madingou, sous l'égide du Conseil départemental de la Bouenza. Cet accord fixe les conditions de gestion et d'exploitation de ce centre.

Conformément aux termes de cet accord : (i) le lycée a mis à disposition les locaux du centre; (ii) la CRC

en a assuré la réhabilitation ainsi que la dotation en médicaments, matériels et fournitures techniques; (iii) la direction départementale y a affecté le personnel; (iv) les parties ont trouvé un consensus sur le montant de la cotisation parentale et les modalités de collecte et de gestion des fonds requis pour le fonctionnement du centre. Et le Conseil départemental a mis en place un comité de gestion de ce centre de santé scolaire, placé sous son autorité.

Ce centre de santé scolaire fonctionne depuis l'année scolaire 2019-2020.

Cette initiative offre l'opportunité de démontrer l'opérationnalisation d'un centre de santé scolaire offrant les paquets de services requis, grâce à une approche originale impliquant la collectivité locale, les services départementaux de la santé, de l'enseignement primaire et secondaire et une ONG locale.

#### 4.7. Une absence totale d'interventions de santé dans les structures d'accueil des enfants

La prise en charge des besoins de santé spécifiques à l'enfant accueilli dans un complexe pouponnière-crèche-garderie, un centre d'éducation préscolaire, une école primaire ou toute autre institution est un défi important. Ces besoins spécifiques concernent principalement le suivi médical, la prise en charge des cas de maladie survenant au centre, la prévention des maladies, l'alimentation, l'éveil et l'éducation de l'enfant, ainsi que le contrôle des vaccinations et des conditions d'hygiène.

Pourtant, le PNDS 2018-2022 a inscrit parmi ses programmes l'amélioration de l'accès équitable des populations à des paquets de services essentiels et de qualité en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle à travers, entre autres, l'amélioration de l'offre et de la qualité des soins et services de santé destinés à l'enfant. Mais ce programme n'a connu aucune mise en œuvre.

De même, la stratégie sectorielle de l'éducation, en soulignant la nécessité de renforcer la stratégie de prévention des maladies et de promotion de la santé scolaire et universitaire, a prévu les actions suivantes en vue d'améliorer les capacités d'apprentissage et d'insertion sociale. Il s'agit : (i) du renforcement de la collaboration entre les ministères chargés respectivement de l'éducation et de la santé en vue d'élaborer un programme de développement de la santé scolaire; (ii) de la redynamisation et l'extension des centres de santé scolaire et universitaire existants et de la création de nouveaux centres; (iii) de l'organisation des visites médicales périodiques et de la prise en charge des élèves malades par l'État; et (iv) de l'élaboration d'une politique et d'une stratégie de lutte contre le sida et d'autres maladies transmissibles dans le secteur de l'éducation.

Là encore, ces interventions n'ont pas été mises en œuvre. Et de façon générale, l'exécution des programmes de santé scolaire est limitée par des contraintes liées à l'état des infrastructures, au sous-équipement des centres, à la disponibilité des médicaments et du personnel qualifié.

#### 4.8. D'importants besoins en renforcement des compétences parentales

En famille, le développement de l'enfant est fortement impacté par les pratiques éducatives et d'encadrement des parents, relatives à l'éducation et à l'éveil de la petite enfance. La persistance de taux élevés des malnutritions aiguë et chronique, les faibles taux de couverture vaccinale, la persistance des maltraitements, la faible réactivité des parents vis-à-vis des viols dont sont victimes les enfants illustrent l'importance de ces besoins.

#### 4.9. Un accès à l'eau saine et aux équipements d'assainissement de base encore limité pour les ménages et les enfants, y compris dans les établissements qui les accueillent

Le fait que 32,3 % des centres d'éducation préscolaire ne disposent pas de toilettes réservées aux enfants et que 37,6 % d'entre eux ne soient pas fournis en eau saine témoigne de ce défi, alors que la disponibilité de ces commodités fait partie des conditions requises pour l'ouverture d'un centre d'éducation préscolaire. Plus globalement, la persistance d'une incidence élevée des maladies diarrhéiques est en lien étroit avec l'accès des ménages à l'eau saine et aux équipements d'assainissement de base.

#### 4.10. Une mise en œuvre des écoles « Observer-Réfléchir-Agir » encore limitée et fragile

Les peuples autochtones constituent une frange de la population congolaise en situation de vulnérabilité extrême, victimes de fortes discriminations, d'exclusion sociale et de marginalisation. Globalement, ces populations ont un accès très limité aux services sociaux de base, notamment la santé et l'éducation. Dans ce contexte, les écoles ORA sont une solution efficace pour accélérer la scolarisation des enfants des peuples autochtones et une excellente opportunité pour améliorer leurs conditions de vie. Mais ces initiatives doivent être renforcées et étendues afin d'accélérer la scolarisation des enfants des populations autochtones.

#### 4.11. Faible complémentarité des interventions sectorielles destinées à la petite enfance

Le cloisonnement des interventions sectorielles est un réel frein au développement intégré de la petite enfance. Les secteurs particulièrement concernés sont la santé, l'éducation et les affaires sociales. Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques publiques dans ces trois secteurs, le pays est structuré en directions départementales et circonscriptions opérationnelles qui ont en commun le même périmètre géographique dans les interventions de la petite enfance. Il s'agit respectivement des districts sanitaires, des circonscriptions d'éducation préscolaire et des circonscriptions d'action sociale (CAS).

Les interventions sectorielles mises en œuvre par ces différentes entités sont développées de façon verticale et séparée. Ainsi, on note l'absence de centres de santé scolaire dans les écoles, tandis que les centres d'éducation préscolaire ne bénéficient d'aucun appui de leurs districts sanitaires en matière de santé et d'hygiène. De même, en dépit des faibles couvertures vaccinales, les districts sanitaires ne collaborent pas avec les circonscriptions d'action sociale en vue de leur amélioration. Il est pourtant établi que l'augmentation de la demande est un déterminant majeur de l'amélioration de la couverture vaccinale, ce qui peut être réalisé efficacement par les travailleurs sociaux œuvrant dans les CAS. Autant d'illustrations de l'importance et de la pertinence de ce défi.

#### 4.12. Absence d'une vision partagée du développement intégré de la petite enfance

La faible complémentarité des interventions sectorielles observée sur le plan opérationnel est aussi la conséquence de l'absence, sur le plan stratégique, d'une vision partagée du développement de

la petite enfance. Le contenu des documents de planification stratégique que sont le PNDS 2018-2022, la Stratégie sectorielle de l'éducation 2015-2025, la Politique nationale d'action sociale (PNAS) 2017 et le Plan d'action de la politique nationale d'action sociale 2018-2022 en donne l'illustration.

En effet, de manière globale, les options stratégiques et les interventions qui y sont développées sont essentiellement considérées de façon verticale. En se focalisant sur celles qui concernent la petite enfance, aucune complémentarité n'est formellement établie entre les différentes interventions sectorielles alors qu'elles s'adressent à la même cible. Et l'absence de mécanismes institutionnels ayant vocation à faciliter cette vision partagée et servir la complémentarité des interventions est patente, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

#### 4.13. Insuffisance du personnel enseignant qualifié dans les centres d'éducation préscolaire

Une amélioration substantielle de l'offre d'éducation préscolaire du secteur public ne saurait être envisagée tant que la moitié des animateurs sera constituée de volontaires ou de bénévoles. Ce statut est source de précarité. Par ailleurs, au défi quantitatif, se superpose un défi qualitatif étant donné que seuls 49,2 % des enseignants en poste dans les centres d'éducation préscolaire en 2022 ont la qualification professionnelle requise pour assurer ces tâches. Cette situation est attribuée à divers facteurs tels que les retards observés dans le recrutement du personnel ainsi que les capacités encore limitées de formation du personnel enseignant requis pour les centres d'éducation préscolaire.

#### 4.14. Faiblesse du financement des interventions

La faiblesse du financement des interventions est une contrainte majeure, commune à tous les secteurs. Le PNDS 2018-2022 souligne effectivement une insuffisance des ressources financières consacrées à la santé doublée d'une utilisation peu efficiente des ressources disponibles. Par ailleurs, le niveau des ressources consacrées aux districts sanitaires est relativement faible et une part considérable des dépenses de santé est supportée par les ménages dans le financement de la santé.

Les soins et services de santé destinés aux enfants de 0 à 8 ans n'échappent guère à cette contrainte. En pratique, elle se traduit par les ruptures fréquentes des stocks de médicaments et autres produits de santé, y compris les plus essentiels dans les formations sanitaires. Les faibles capacités opérationnelles des districts sanitaires résultent également de l'inadéquation de ce financement.

La situation est similaire dans les autres secteurs, notamment celui de l'éducation dont le système est également sous-financé. De ce fait, et en dépit de la gratuité de l'enseignement en vigueur depuis l'année scolaire 2007, les parents d'élèves supportent des frais d'inscription afin de couvrir diverses charges de fonctionnement des écoles, y compris le paiement des salaires des enseignants bénévoles. L'absence de manuels scolaires et autres supports didactiques est l'une des conséquences de ce sous-financement qui n'épargne guère l'éducation préscolaire. Du reste, les centres d'éducation préscolaire ne bénéficient pas de subventions de l'État.



## 5. Engagements nationaux et internationaux

### 5.1. Engagements nationaux

Les dispositions de la Constitution du 25 octobre 2015, en ses articles 8, 16, 29 et 36, constituent le socle des engagements pris sur le plan national, en lien étroit avec le développement de la petite enfance. En effet, en son article 8, la loi fondamentale consacre le caractère sacré de la personne humaine et son droit à la vie. L'État a l'obligation de la respecter et de la protéger. Chaque citoyen a droit au plein épanouissement de sa personne. Par ailleurs, la loi garantit et assure la promotion et la protection des droits des peuples autochtones.

S'agissant de la jeunesse, «l'État assure l'épanouissement de la jeunesse». À ce titre, il garantit notamment le droit à l'éducation et l'égal accès à l'enseignement et à la formation, ainsi que la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de seize (16) ans. Enfin, en son article 36, la loi stipule que «l'État est garant de la santé publique».

La loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo intègre les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant ainsi que celles de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. Elle prend notamment des dispositions relatives : (i) aux droits et devoirs de l'enfant ; (ii) à la protection contre la violence, la négligence, la maltraitance et l'exploitation ; (iii) à la protection des enfants particulièrement vulnérables ; (iv) à la protection de l'enfant dans l'administration de la justice ; (v) aux atteintes aux droits fondamentaux de l'enfant et à leurs sanctions. Mais en dépit de ces instruments qui garantissent les droits des enfants, le développement holistique du jeune enfant constitue encore une préoccupation majeure.

La loi n° 25-95 du 17 novembre 1995 modifiant la loi n° 008-90 du 6 septembre 1990 portant réorganisation du système éducatif en République du Congo indique en son article premier que toute personne a droit à l'éducation. Tout l'enseignement est placé sous la surveillance et le contrôle

pédagogique de l'État. L'État veille à l'égal accès à l'enseignement et à la formation professionnelle. L'enseignement public est gratuit. L'enseignement fondamental est obligatoire. Le droit de créer des écoles privées est garanti. En outre, les écoles privées sont soumises à l'approbation de l'État et régies par la loi. Enfin, l'article 2 précise que tout enfant vivant sur le territoire de la République du Congo a droit, sans distinction d'origine, de nationalité, de sexe, de croyance, d'opinion ou de fortune à une éducation qui lui assure le plein développement de ses aptitudes intellectuelles, artistiques, orales, physiques et morales, ainsi que sa formation civique et professionnelle.

## 5.2. Engagements internationaux

### 5.2.1. Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant

Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, la Convention relative aux droits de l'enfant a été ratifiée par le Congo le 16 mai 1991<sup>16</sup>. Les engagements pris sur le plan international trouvent principalement leur source dans cette convention.

### 5.2.2. Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant

En 2006, le Congo a ratifié la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant<sup>17</sup>. Quatre ans plus tard, les principales dispositions de cette charte ont été reprises dans la loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo.

### 5.2.3. Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale

En 2014, le Congo a ratifié la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale (Convention de La Haye de 1993). En vue de la mise en conformité de la législation nationale avec cette convention, le processus d'élaboration de la loi sur l'adoption des enfants au Congo a été initié. Elle prévoit la mise en place d'une autorité centrale qui sera chargée de la procédure et du suivi des adoptions.

### 5.2.4. Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Le Congo est partie prenante à la mise en œuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Elle engage les États membres à : (i) faire en sorte que l'éducation familiale contribue à bien faire comprendre que la maternité est une fonction sociale et à faire reconnaître la responsabilité commune de l'homme et de la femme dans le soin d'élever leurs enfants et d'assurer leur développement, étant entendu que l'intérêt des enfants est la condition primordiale dans tous les cas ; (ii) assurer une protection spéciale aux femmes enceintes dont il est prouvé que le travail est nocif et (iii) un accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille. Le Congo est également partie prenante de cette convention.

### 5.2.5. Convention relative aux droits des personnes handicapées

Le Congo a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées<sup>18</sup> dont les articles 6 et 7 sont spécifiquement dédiés aux femmes et aux enfants handicapés. Elle engage notamment les États parties à : (i) prendre toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants ; (ii) accorder une considération primordiale à l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés ; et (iii) garantir à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge.

<sup>16</sup> Loi n° 07-91 du 16 mai 1991 autorisant la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant.

<sup>17</sup> Loi n° 13-2006 du 31 mai 2006 autorisant la ratification de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

<sup>18</sup> Loi n° 4-2014 du 14 février 2014 autorisant la ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ainsi que le protocole facultatif se rapportant à cette convention.

### 5.2.6. Objectifs de développement durable

Le Congo est également partie prenante des Objectifs de développement durable (ODD). Éliminer l'extrême pauvreté et la faim (ODD 1), éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire et améliorer la nutrition (ODD 2), permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous et à tout âge (ODD 3), assurer à tous une éducation de qualité sur un pied d'égalité (ODD 4) et garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement (ODD 6) sont les objectifs directement liés au développement de la petite enfance.

### 5.2.7. Agenda 2063 « L'Afrique que nous voulons »

Comme tous les États membres de l'Union africaine, le Congo s'est engagé dans la mise en œuvre de l'Agenda 2063 « L'Afrique que nous voulons », dont l'aspiration n° 6 concerne aussi particulièrement le développement de la petite enfance. Elle est libellée comme suit : « Une Afrique dont le développement est axé sur les personnes, reposant sur le potentiel des populations africaines, en particulier de ses femmes et de ses jeunes, et prenant soin des enfants. L'Afrique sera un continent inclusif où aucun enfant, aucune femme ou aucun homme ne sera laissé pour compte ou exclu sur la base du sexe, de l'appartenance politique, de la religion, de l'appartenance ethnique, de la localité, de l'âge ou d'autres facteurs... »

### 5.2.8. Cadre d'action de Dakar : l'éducation pour tous

Enfin, le Congo est aussi partie prenante de l'exécution du Cadre d'action de Dakar adopté en avril 2000 et dont les objectifs visaient entre autres à : (i) développer et améliorer sous tous leurs aspects la protection et l'éducation de la petite enfance, et notamment des enfants les plus vulnérables et défavorisés et (ii) faire en sorte que tous les enfants, notamment les filles et les enfants en difficulté ou issus de minorités ethniques, aient la possibilité d'accéder à un enseignement primaire obligatoire et gratuit de qualité et de le suivre jusqu'à son terme. Quoique les cibles de ces objectifs aient été fixées à l'année 2015, les engagements du Cadre d'action de Dakar demeurent d'actualité au regard de la situation du jeune enfant au Congo.



## 6. Vision, valeurs fondamentales et principes directeurs

### 6.1. Vision

Un Congo dans lequel les parents et les familles sont informés, formés à l'éducation parentale et adoptent les bonnes pratiques de soins, de protection, d'éveil et de stimulation de l'enfant à domicile, pendant que l'État exerce efficacement ses missions relatives aux droits de l'enfant, à travers une stratégie cohérente et des interventions sectorielles coordonnées, complémentaires, centrées sur l'enfant, planifiées et mises en œuvre dans une approche holistique. Telle est formulée la vision de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance.

### 6.2. Valeurs et principes directeurs

#### 6.2.1. Valeurs fondamentales

##### Respect des droits de l'enfant

Le développement intégré de la petite enfance constitue un espace privilégié d'expression des droits humains. À ce titre, la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance met l'enfant au centre de ses interventions, dans le respect de ses besoins, de ses particularités et dans une perspective de développement continu.

##### Équité

Dans leur ensemble, tous les enfants de 0 à 8 ans doivent avoir un accès équitable à l'offre de soins et de prestations en matière de santé, nutrition, éveil, éducation, protection et conditions d'assainissement et d'hygiène de qualité de telle sorte que chacun en dispose effectivement au moment où ils sont requis et selon ses besoins.

##### Justice sociale

L'équité dans l'accès des enfants à l'ensemble des prestations dont ils ont besoin repose sur la justice sociale, un principe politique et moral qui a pour objectif une égalité des droits et une solidarité collective en vue d'une distribution juste des richesses entre les différents membres de la société.

##### Solidarité

En lien avec la justice sociale, l'accès équitable aux prestations dont les enfants de 0 à 8 ans ont besoin devra être soutenu par une redistribution appropriée des ressources disponibles, en vertu du principe de solidarité de l'ensemble de la nation face aux risques encourus en matière de santé, d'éducation, de nutrition, de conditions d'hygiène et de protection.

#### 6.2.2. Principes directeurs

En sus de ces valeurs cardinales, la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance repose sur les principes directeurs suivants :

1. Les droits de l'enfant sont inaliénables. Ainsi donc, l'enfant a droit à la survie, à la protection et au développement intégral de sa personne dès la période prénatale et jusqu'à 8 ans.
2. L'enfant a droit à l'accès aux soins et aux autres prestations au sein et en dehors du cadre familial, dans les différents domaines impliqués dans son développement, notamment la santé, l'alimentation, la nutrition, l'eau, l'hygiène, l'assainissement, l'éducation et la protection sociale.
3. Les parents et le cadre familial constituent les premiers acteurs de la survie et du développement intégré de l'enfant.
4. Grâce à ses fonctions de définition des normes, de régulation et d'arbitrage et en tant que garant du développement intégré de la petite enfance, l'État doit assurer et veiller à la cohérence, à la qualité et à la complémentarité des interventions sectorielles mises en œuvre en faveur de l'enfant.
5. Le secteur privé participe à l'accomplissement des missions du service public dans les domaines de la santé, de l'action sociale, de la protection et de l'éducation en faveur de la petite enfance dans le strict respect des lois et règlements en vigueur dans le pays.
6. L'État est garant de la mise en place des mécanismes fonctionnels de collaboration multisectorielle et interministérielle en vue de la promotion du développement intégré de la petite enfance, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.
7. Les interventions visant le développement intégré de la petite enfance sont planifiées et mises en œuvre selon les principes de gestion axée sur les résultats et de redevabilité. Les actions doivent se baser sur une chaîne de résultats définissant clairement les relations entre ressources, activités, produits et résultats.



## 7. But et objectifs visés par la politique nationale de développement intégré de la petite enfance

### 7.1. But visé par la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance

La Politique nationale de développement intégré de la petite enfance a pour but d'assurer à chaque enfant un développement harmonieux garanti par une prise en charge efficace de ses besoins, dans sa famille, en dehors du cadre familial et à travers les services sectoriels habilités.

### 7.2. Objectif général

L'objectif général est d'améliorer la couverture et l'accès des enfants aux soins et prestations qui leur sont requis en matière de santé, éducation, nutrition, eau, assainissement et protection à travers des interventions mises en œuvre conformément à un cadre de référence unique, commun à l'ensemble des acteurs.

### 7.3. Objectifs stratégiques

La Politique nationale de développement intégré de la petite enfance vise sept (07) objectifs stratégiques.

#### Objectif stratégique n° 1

Accélérer la réduction de la charge de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile grâce à l'amélioration de la qualité et de la couverture des paquets de soins et services de santé essentiels destinés aux enfants et aux mères.

#### Objectif stratégique n° 2

Augmenter la couverture du territoire en complexes crèches-pouponnières-garderies et centres d'éducation préscolaires offrant des prestations de qualité et financièrement accessibles, conformément aux normes et dispositions réglementaires en vigueur dans le pays.

#### Objectif stratégique n° 3

Améliorer l'accès des enfants des populations autochtones à l'éducation préscolaire et scolaire à travers le renforcement des écoles ORA existantes et leur extension dans les communautés concernées.

#### Objectif stratégique n° 4

Amener les familles et les acteurs communautaires à faire en sorte qu'à terme, la proportion des enfants non inscrits dans les registres d'état civil soit réduite à son niveau le plus faible.

#### Objectif stratégique n° 5

Assurer des prestations de santé scolaire dans au moins 80 % des centres d'éducation préscolaire et des écoles primaires.

#### Objectif stratégique n° 6

Assurer la prise en charge intégrée des besoins ainsi que la protection sociale et juridique de l'enfant de 0 à 8 ans

#### Objectif stratégique n° 7

Assurer la prise en charge intégrée des besoins spécifiques des enfants de 0 à 8 ans vivant avec un handicap ainsi que leur protection sociale et juridique.



## 8. Orientations stratégiques

### 8.1. Accélération de la réduction de la charge de morbidité et de mortalité maternelle et infanto-juvénile

#### 8.1.1. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de la mère

Elle sera réalisée à travers deux principales lignes d'action, à savoir :

- l'amélioration de la couverture et de l'offre de soins prénatals grâce à l'amélioration de la complétude des paquets de services offerts par les centres de santé publics et la promotion de l'intégration des soins prénatals dans les formations sanitaires privées, de première ligne;
- le renforcement de la qualité des soins pré- et postnatals dans les districts sanitaires grâce à : (i) la diffusion et la formation ou la remise à niveau des utilisateurs sur les normes et procédures en santé de la reproduction, (ii) la promotion de l'accouchement de qualité, (iii) l'augmentation de la couverture du pays en formations sanitaires offrant des soins obstétricaux d'urgence de base ainsi que des soins aux nouveau-nés, et (iv) le renforcement des capacités de supervision des équipes des districts sanitaires.

#### 8.1.2. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé de l'enfant

Accélérer la rationalisation des centres de santé intégrés (CSI) afin de faire en sorte qu'au moins 90 % des CSI offrent des paquets de services essentiels standards complets, de qualité et à moindre coût pour les populations est au cœur de cette orientation stratégique. Les CSI rationalisés sont par excellence le lieu de mise en œuvre effective des interventions dont l'efficacité est connue pour réduire de façon drastique la morbidité et la mortalité de l'enfant.

Il s'agira de faire en sorte que les interventions suivantes soient effectivement offertes dans tous les centres de santé intégrés :

- traitement adéquat du paludisme simple ou grave;
- prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né;

- vaccinations;
- prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant;
- prise en charge des enfants vivant avec le VIH;
- surveillance du statut nutritionnel des enfants;
- réhabilitation nutritionnelle.

C'est également le cas des soins prénatals, des soins obstétricaux d'urgence de base et des soins aux nouveau-nés pour les CSI qui offrent la prise en charge des accouchements. Et il en est de même de l'amélioration de la qualité des soins hospitaliers, notamment dans les services de pédiatrie des hôpitaux de référence des districts sanitaires.

En raison de l'importance particulière que revêt la vaccination, un accent tout particulier devra être mis sur la stratégie « Atteindre chaque district » en s'assurant notamment de la mise en œuvre de l'ensemble de ses composantes. Par ailleurs, il s'agira également de renforcer l'implication des formations sanitaires privées de premier contact dans la réalisation des activités de vaccination de routine. L'observation de faibles couvertures vaccinales dans les grandes villes indique la pertinence de développer une stratégie urbaine de vaccination pour réduire le nombre d'enfants non vaccinés dans les grands centres urbains comme Brazzaville et Pointe-Noire. Quoi qu'il en soit, une attention particulière devra être accordée à la gestion de la chaîne de froid des vaccins et à la qualité de la vaccination.

Dans tous les cas, des dispositifs de collaboration devront être mis en place entre les districts sanitaires et les circonscriptions d'action sociale afin d'impliquer les travailleurs sociaux dans la planification et l'exécution des interventions visant l'augmentation de la demande et de l'utilisation des services de vaccination par les populations.

#### 8.1.3. Renforcement des capacités des équipes des districts sanitaires

La rationalisation des CSI ne saurait être envisagée en l'absence d'équipes de districts compétentes et dotées des capacités requises. À cette fin, les actions porteront principalement sur : (i) le renforcement des effectifs des équipes cadres des districts sanitaires; (ii) la formation des membres des équipes cadres en gestion des districts sanitaires; (iii) le renforcement des pharmacies de districts; (iv) le renforcement des capacités de supervision; et (vi) le renforcement de la triple collaboration entre équipes de soins, école et parents.

### 8.2. Augmentation de la couverture du territoire en complexes crèches-pouponnières-garderies

Cette orientation stratégique reposera sur : (i) l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie d'éducation à la vie familiale et à la parentalité responsable, afin de vulgariser les principes éducatifs favorables au développement et à l'épanouissement de l'enfant; (ii) le renforcement des complexes crèches-pouponnières-garderies publics existants; (iii) l'ouverture d'un complexe crèche-pouponnière-garderie public dans chaque commune et chaque chef-lieu de département; (iv) un meilleur encadrement de la création et de l'ouverture des crèches-garderies privées afin de s'assurer de leur conformité avec la réglementation en vigueur et le respect des droits de l'enfant; (v) ainsi qu'un meilleur encadrement de la création et de l'ouverture des orphelinats ou autres structures socio-éducatives privées.

### 8.3. Augmentation de la couverture du territoire en centres d'éducation préscolaire

Rendre l'éducation préscolaire obligatoire et diversifier ses formules d'offre de sorte à proposer ses services à toutes les catégories sont au cœur de la stratégie qui vise l'augmentation de la couverture du territoire en centres d'éducation préscolaire. Il s'agira notamment de : (i) faire aboutir le projet de loi rendant obligatoire l'éducation préscolaire; (ii) accélérer la prise en main de l'implantation des centres d'éducation préscolaire par les collectivités locales; (iii) étendre les opportunités de préscolarisation en favorisant les zones rurales et défavorisées et en impliquant les communautés, les organisations de la société civile intéressées ainsi que le secteur privé dans le cadre du partenariat



public-privé; (iv) s'assurer de la mise aux normes des centres existants; et (v) tirer les leçons de l'expérience des centres d'éveil communautaire afin d'envisager leur réplique à travers le pays.

Ces orientations ont pour implication d'apporter de solides réponses aux problèmes majeurs qui limitent le développement de l'éducation préscolaire. Il s'agit notamment du financement, de l'affectation de locaux propres aux centres, de la mise à disposition du personnel qualifié, du renforcement des compétences techniques des éducateurs et éducatrices des centres et du renforcement des capacités des chefs des circonscriptions.

#### 8.4. Amélioration de l'accès des enfants des populations autochtones à l'éducation préscolaire et scolaire

L'amélioration de l'accès des enfants des populations autochtones à l'éducation préscolaire et scolaire sera réalisée à travers le renforcement des écoles ORA et leur extension dans les communautés concernées. Les écoles ORA sont une solution efficace et adaptée pour accélérer la scolarisation des enfants des peuples autochtones et une excellente opportunité pour améliorer leurs conditions de vie ainsi que celles de leurs familles. Pour y parvenir, il s'agira :

- d'institutionnaliser l'organisation et le fonctionnement des écoles ORA, comme entités à part entière placées sous la tutelle des directions départementales de l'éducation de base;
- d'encourager les collectivités locales à initier des programmes de renforcement des écoles ORA existantes dans leurs territoires ainsi que la création de nouvelles, avec l'implication des organisations de la société civile et des entreprises privées locales;
- de garantir la gratuité de l'accès à ces écoles et mettre en place des dispositifs spécifiques pour leur financement;
- de renforcer la production et la diffusion des supports pédagogiques dédiés aux écoles ORA;
- de garantir le fonctionnement des cantines scolaires dans les écoles ORA;
- de mettre en place un programme de renforcement des compétences techniques des éducateurs et éducatrices des écoles ORA;
- d'accompagner la création ou le renforcement des écoles ORA avec la mise en route de micro-activités génératrices de revenus au profit des populations autochtones bénéficiaires de ces écoles. Cette disposition est recommandée afin de réduire l'importance de l'évasion temporaire des enfants, justifiée par des activités économiques. Il importe que ces activités soient en parfaite harmonie avec les conditions et modes de vie des populations concernées; elles comprennent la conservation et la commercialisation des produits de pêche et de chasse, l'apiculture, la prospection des essences en faveur des entreprises forestières ou encore la recherche de plantes médicinales.

#### 8.5. Amélioration de l'accès des enfants vivant avec un handicap à l'éducation préscolaire et scolaire

L'amélioration de l'accès des enfants vivant avec un handicap à l'éducation préscolaire et scolaire sera réalisée à travers diverses dispositions. Elles comprennent notamment : (i) l'aménagement des locaux afin de faciliter l'accès et la mobilité des enfants handicapés en leur sein; (ii) le développement de programmes de formation spécifiques, adaptés aux besoins de ces enfants; et (iii) un accès plus aisé aux appareillages et autres équipements requis pour soulager les déficiences dont souffrent les enfants vivant avec un handicap.

#### 8.6. Amélioration de la couverture des centres d'éducation préscolaire et des écoles primaires en prestations de santé scolaire

L'amélioration de l'accès aux prestations de santé scolaire sera réalisée grâce à :

- la mise en place d'un organe interministériel de collaboration entre les ministères chargés respectivement de l'éducation et de la santé;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de développement de la santé scolaire;
- la mise en place de dispositions réglementaires rendant obligatoires le suivi médical des enfants dans les complexes pouponnières-crèches-garderies et les centres d'éducation préscolaire, ainsi que les visites médicales périodiques au début de l'année scolaire;
- l'organisation des visites médicales périodiques et la prise en charge des élèves malades;
- la redynamisation des centres existants et la création de nouveaux centres de santé scolaire destinés aux centres d'éducation préscolaire et aux écoles primaires;
- la création et la réhabilitation des centres de santé préscolaire et scolaire;
- et l'implication des collectivités locales et des associations locales de parents d'élèves dans la mise en place des centres de santé scolaire.

#### 8.7. Réduction drastique de la proportion des enfants non inscrits dans les registres d'état civil

Pour réduire à son niveau le plus faible la proportion d'enfants non inscrits dans les registres d'état civil, les principales interventions reposeront essentiellement sur : (i) la facilitation des procédures d'établissement et de remise des actes de naissance à travers les circonscriptions d'action sociale; (ii) des actions de plaidoyer pour la suppression des frais liés à l'établissement tardif des actes de naissance; et (iii) la sensibilisation, à travers les CAS, des parents ou tuteurs légaux des enfants sur l'importance de l'établissement des actes d'état civil.

#### 8.8. Renforcement des capacités des parents et des familles

Le renforcement des capacités des parents et des familles d'accueil des enfants sera réalisé à travers : (i) des programmes d'information et de sensibilisation visant à mettre à leur disposition des informations qui devront leur permettre d'assurer une prise en charge adéquate de leurs jeunes enfants; (ii) des interventions de soutien aux parents, aux familles et aux communautés visant à leur donner la capacité de mieux gérer en leur sein le développement des tout-petits; et (iii) l'implication de ces derniers dans la planification et la mise en œuvre des activités relatives au développement de la petite enfance de façon à stimuler la demande et l'utilisation des différents services disponibles. Une attention particulière sera accordée aux actions de santé, de protection, d'éducation, de nutrition, de stimulation psychosociale, d'accès à l'eau saine et aux conditions d'assainissement.

#### 8.9. Amélioration de la coordination et de la complémentarité des interventions sectorielles

Le développement de la petite enfance et sa protection devraient être envisagés de façon holistique et systémique en intégrant les dimensions relatives à la déclaration de la naissance, la santé, la nutrition, l'éveil, l'éducation et la protection du jeune enfant, ainsi que son accès à l'eau saine et à des conditions d'assainissement adéquates. De ce fait, la complémentarité des interventions des différents secteurs est requise. Elle sera réalisée à travers :

- l'institutionnalisation d'instances de coordination interministérielle sur le plan stratégique;
- l'institutionnalisation d'instances de coordination intersectorielle dans les départements, un accent particulier étant mis sur les mécanismes de coordination et de complémentarité des interventions sur le plan opérationnel, notamment entre les districts sanitaires, les circonscriptions d'action sociale, les circonscriptions préscolaires et scolaires;
- le développement et la vulgarisation de manuels de procédures pour planifier, organiser la mise en œuvre et le suivi conjoint des interventions sur le plan opérationnel.

### 8.10. Institutionnalisation des comités communautaires de protection de l'enfant

Il s'agira de faire en sorte que dans chaque département soient mis en place les comités locaux de protection de l'enfant par voie réglementaire. Leur fonctionnement sera fondé sur : (i) l'implication des CAS, des CSI, des centres d'éducation préscolaire et d'autres institutions impliquées dans le développement de la petite enfance; (ii) la définition conjointe des paquets de services destinés aux enfants; (iii) la mise en œuvre des interventions selon les spécificités de chaque secteur; et (iv) le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation conjointe de ces interventions.

### 8.11. Réduction des déficits et renforcement des compétences techniques des ressources humaines

Le développement intégré de la petite enfance est fortement tributaire de l'existence de ressources humaines en quantité suffisante, ayant les compétences techniques souhaitées et disponibles dans les structures d'accueil ou de prise en charge des enfants, de leurs parents ou de leurs tuteurs. Et ce quel que soit le secteur concerné. Dès lors, il s'agira :

- d'élaborer et exécuter des plans sectoriels de développement des ressources humaines en lien étroit avec le développement intégré de la petite enfance;
- de mettre en œuvre des programmes sectoriels de renforcement des compétences techniques des acteurs au niveau opérationnel, des structures tant publiques que privées;
- de doter les centres de santé, centres d'éducation préscolaire et écoles primaires publics en personnel qualifié de façon à réduire progressivement les déficits en personnels ainsi que le recours au personnel peu qualifié ou à statut professionnel très précaire (volontaires, agents communautaires et autres);
- de s'assurer de l'adéquation des effectifs et des compétences techniques des personnels en poste dans les structures privées.

### 8.12. Renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires, circonscriptions d'action sociale, d'éducation préscolaire et primaire

La mise en œuvre et le suivi avec efficacité des interventions relatives au développement intégré de la petite enfance imposent un effort conséquent de renforcement des capacités opérationnelles des districts sanitaires, des circonscriptions d'action sociale, d'éducation préscolaire et de l'enseignement primaire. Il s'agira principalement de :

- doter ces entités en locaux appropriés grâce à la construction de nouveaux bâtiments ou la réhabilitation de locaux existants;
- doter ces entités en mobilier et équipements bureautiques;
- s'assurer de la mise à disposition de ces entités, du personnel requis;
- mettre en place des programmes de formation continue des équipes en charge de ces entités;
- les doter de véhicules de supervision afin de s'assurer de leur mobilité.

### 8.13. Amélioration du financement des interventions et utilisation plus rationnelle des ressources disponibles

L'amélioration du financement des interventions qui visent le développement intégré de la petite enfance est un impératif. Cette amélioration sera réalisée grâce : (i) à la poursuite des efforts entrepris pour augmenter les budgets alloués aux différents secteurs et atteindre les cibles convenues par secteur; (ii) au renforcement des initiatives de mobilisation des ressources au niveau local; (iii) au renforcement du partenariat public-privé; (iv) à l'instauration des outils performants de gestion budgétaire et financière; et (v) au renforcement de l'obligation de rendre compte.



## 9. Cadre de mise en œuvre, suivi et évaluation

### 9.1. Cadre de mise en œuvre

#### 9.1.1. Cadre institutionnel

##### Commission nationale pour le développement intégré de la petite enfance

Une Commission nationale pour le développement intégré de la petite enfance (CNDIPE) sera mise en place au niveau stratégique, par voie réglementaire. Placée sous l'autorité du Premier ministre, la CNDIPE sera chargée de l'orientation, de la coordination, du suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance. Elle sera également chargée du plaidoyer, de la promotion de la vision du développement intégré de la petite enfance, du partenariat et de la mobilisation des ressources.

##### Commissions interministérielles

Des commissions interministérielles seront mises en place en fonction des besoins, en vue d'identifier, planifier et coordonner conjointement la mise en œuvre des interventions complémentaires.

##### Commission départementale pour le développement intégré de la petite enfance

La CNDIPE sera représentée dans chaque département par une commission locale placée sous l'autorité du préfet. Celle-ci aura pour attributions la coordination, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance dans le département. À l'instar de la CNDIPE, elle sera aussi chargée du plaidoyer, de la promotion de la vision du développement intégré de la petite enfance, du partenariat et de la mobilisation des ressources au niveau local.

### 9.1.2. Structures opérationnelles

Ce sont des entités sectorielles qui, au quotidien, réalisent les interventions en lien avec le développement intégré de la petite enfance. Sont particulièrement concernés :

- les formations sanitaires ambulatoires;
- les complexes pouponnières-crèches-garderies;
- les centres d'éducation préscolaire;
- les écoles primaires;
- les structures d'accueil des enfants en rupture familiale telles que les orphelinats;
- les districts sanitaires;
- les circonscriptions d'action sociale;
- les circonscriptions d'éducation préscolaire et scolaire.

Ces structures opérationnelles concernent également divers services et entités compétentes des ministères en charge respectivement de la justice et de la sécurité. Elles bénéficieront toutes du concours des comités locaux pour le suivi et la promotion des interventions dans les communautés.

### 9.2. Cadre de suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance se feront à travers le suivi et l'évaluation des différents plans et programmes sectoriels qui en découlent.

Au niveau stratégique, la Commission nationale pour le développement intégré de la petite enfance s'attachera particulièrement à : (i) s'assurer de la complémentarité des interventions sectorielles et (ii) organiser, une fois par semestre, une réunion de revue pour apprécier les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la politique nationale, sur la base de contributions sectorielles.

Le groupe local des partenaires de l'éducation va également intégrer dans ses programmes le suivi et la mise en œuvre des plans d'action des programmes découlant de la présente politique. Le ministère en charge de la santé intégrera alors le groupe local des partenaires de l'éducation.

L'exercice sera similaire dans les départements, sous la coupe de la commission départementale.



## 10. Conditions de succès de la mise en œuvre de la politique nationale de développement intégré de la petite enfance

### 10.1. Opportunités et atouts

Les dispositions du Plan national de développement (PND) 2022-2026 comptent parmi elles des orientations stratégiques qui offrent une excellente opportunité pour mettre en place et lancer la mise en œuvre de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance. En matière d'éducation, il s'agit : (i) d'accroître l'investissement dans l'éducation de base par la construction et la modernisation des infrastructures et des équipements; (ii) de faire acquérir à la majorité de la population les connaissances de base nécessaires à la vie sociale; et (iii) de réduire les inégalités dans l'accès aux services d'éducation par des mesures appropriées. Dans le domaine de la santé, elles concernent notamment la dotation des centres de santé en équipements, médicaments et ressources humaines appropriés, l'éradication de la malnutrition et la lutte contre la mortalité infantile.

Dans les secteurs de la santé, des affaires sociales et de l'éducation, le territoire national est structuré en circonscriptions (districts sanitaires, circonscriptions d'action sociale, circonscriptions scolaires) qui partagent le même espace géographique. Cette structuration devrait être mise à profit pour développer au niveau opérationnel des dispositifs conjoints de planification, coordination, suivi et évaluation des interventions visant le développement intégré de la petite enfance.

## 10.2. Facteurs de risques

Le monde est confronté à diverses situations de conflits armés et de crises dont certaines concernent des pays avec lesquels le Congo partage des frontières communes. Ces situations peuvent être source d'instabilité. Leurs conséquences à plus ou moins long terme risquent d'affecter les équilibres commerciaux et d'impacter négativement l'économie congolaise.

Outre les conflits et crises sécuritaires, les catastrophes naturelles constituent d'importantes menaces à la mise en œuvre de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance. En effet, le pays connaît régulièrement des épisodes d'inondations et de vents violents avec leurs cohortes de destructions d'infrastructures, de plantations et de déplacements des populations.

Le manque de coordination dans la planification et la mise en œuvre des plans sectoriels est également un facteur de risque. Au niveau stratégique, des limites risquent d'apparaître en matière de coordination et de complémentarité des options si ces plans sectoriels ne sont pas développés simultanément.

## 10.3. Mesures d'accompagnement

Deux mesures d'accompagnement s'avèrent importantes. Il s'agit :

- de lancer les processus d'élaboration simultanée des plans sectoriels adossés au PND, en s'assurant de leur cohérence avec les orientations stratégiques de la Politique nationale de développement intégré de la petite enfance;
- d'accorder un rang de priorité élevé et de sécuriser le financement des interventions dédiées aux interventions visant le développement intégré de la petite enfance.

## Bibliographie

Action contre la faim, Argentine, *Manuel de développement intégral de l'enfance 2004-2007*.

ADEA, UNICEF, UNESCO, *Planification des politiques pour le développement de la petite enfance : lignes directrices pour l'action*, 2005.

Agenda 2063 : la vision pour 2063.

Banque mondiale, *Analyse sur la situation du développement de la petite enfance en République du Congo*, 2021.

Banque mondiale, *Analyse sur la situation du développement de la petite enfance en République du Congo*. Rapport, 2021.

Cadre d'action de Dakar, Forum mondial sur l'éducation Dakar, Sénégal, 26-28 avril 2000.

Centre jeunesse de Montréal - Institut universitaire, *Guide d'évaluation des capacités parentales*, 2003.

Décret n° 2011-341 du 12 mai 2011 fixant les conditions et modalités de création et d'ouverture des structures privées d'accueil et d'hébergement des enfants.

EDSC 2005.

EDSC 2011-2012.

Haute École de travail social - HES-SO Valais-Wallis, *Évaluation des compétences parentales lors des enquêtes sociales. Échelle*, septembre 2019.

INS Congo, Ministère du Plan, de la Statistique et de l'Intégration régionale, *Analyse de la pauvreté multidimensionnelle des enfants au Congo*, 2017.

Loi n° 008-90 du 6 septembre 1990 modifiant la loi n° 20-80 du 11 septembre 1980 portant organisation du système éducatif en République populaire du Congo.

Loi n° 07-91 du 16 mai 1991 autorisant la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Loi n° 13-2006 du 31 mai 2006 autorisant la ratification de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant.

Loi n° 16-2019 du 21 mai 2019 fixant la répartition des compétences entre l'État et les collectivités locales en matière d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, et définissant les modalités de leur exercice par le département et la commune.

Loi n° 20-80 du 11 septembre 1980 portant réorganisation du système éducatif en République populaire du Congo.

Loi n° 3-2014 du 14 février 2014 autorisant la ratification de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

Loi n° 4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant en République du Congo.

Loi n° 4-2014 du 14 février 2014 autorisant la ratification de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ainsi que le protocole facultatif se rapportant à cette convention.

Loi scolaire n° 25-95 du 17 novembre 1995 modifiant la loi n° 008-90 du 6 septembre 1990 portant réorganisation du système éducatif en République du Congo.

MICS Congo 2014-2015.

Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation, *Plan national d'action de l'éducation pour tous*, novembre 2002.

Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'Alphabétisation, *Annuaire statistique 2017-2018*.

Ministère de la Santé et de la Population, *Facteurs associés à la faible couverture en traitement préventif intermittent du paludisme chez les femmes enceintes en République du Congo : Rapport d'enquête*, décembre 2021.

Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, *Dossier d'investissement sur les trois résultats transformateurs : Rapport national*, janvier 2021.

Ministère de la Santé, de la Population, de la Promotion de la femme et de l'Intégration de la femme au développement, *Feuille de route nationale : éducation complète à la sexualité en République du Congo*, avril 2021.

Ministère des Affaires sociales et de l'Action humanitaire, Arrêté n° 16201/MASAH du 12 septembre 2019 portant création, attributions, organisation et fonctionnement des complexes crèche-pouponnière-garderie de Makélékélé, Mounjali III, Mvoumvou, Loandjili, Ouesso et Owando.

Ministère des Affaires sociales et de l'Action humanitaire, *Plan d'action de la politique nationale d'action sociale 2018-2022*.

OMS, UNICEF, Banque mondiale, *Promouvoir le développement de la petite enfance : des données scientifiques à la mise en œuvre d'interventions : Résumé de la série d'articles parus dans la revue The Lancet*, octobre 2016.

Organisation des Nations Unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Organisation des Nations Unies, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2020.

République du Congo, *Plan national de développement 2018-2022 : Programme pluriannuel des actions prioritaires*.

République du Congo, *Plan national de développement 2022-2026. Annexe 1 : Document cadre de politique et de programmation macroéconomique et budgétaire*.

République du Congo, *Stratégie sectorielle de l'éducation 2015-2025*, mai 2015.

Rumeau-Rouquette C., Breart G., Padiou R., *Méthodes en épidémiologie*, Flammarion, 1985.

UNICEF, *Analyse de la situation des enfants et des adolescents en République du Congo*, 2018.

UNICEF, *Cadre stratégique pour le renforcement du système national de protection de l'enfant en République du Congo*, 2015.

Union africaine, Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, CAB/LEG/153/Rev.2. Addis-Abeba (Éthiopie), juillet 1990.

## Crédits

Production : Julie Pudlowski Consulting  
©UNICEF CONGO 2023

unicef   

---

  
pour chaque enfant