

42700



**DIRECTIONS POUR LE DÉVELOPPEMENT**  
**Développement Humain**

# L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique

*Soins et développement de la petite enfance en  
Afrique subsaharienne*

Marito Garcia, Alan Pence, et Judith Evans, Éditeurs



BANQUE MONDIALE

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized



L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique



# L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique

*Soins et développement de la petite enfance  
en Afrique subsaharienne*

Éditeurs

Marito Garcia

Alan Pence

Judith L. Evans



**BANQUE MONDIALE**  
Washington, DC

© 2011 Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale.  
1818 H Street NW  
Washington, DC 20433  
Téléphone: 202-473-1000  
Site web : [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)

Tous droits réservés.

1 2 3 4 14 13 12 11

Cet ouvrage est l'œuvre de services de la Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale. Les observations, interprétations et conclusions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues du Conseil des administrateurs de la Banque mondiale, ni des pays qu'ils représentent.

La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données citées et décline toute responsabilité quant aux conséquences de leur utilisation. Les frontières, les couleurs, les dénominations et toute autre information figurant sur les cartes n'impliquent, de la part du Groupe de la Banque mondiale, aucun jugement quant au statut juridique d'un territoire quelconque et ne signifient nullement que le Groupe reconnaît ou accepte ces frontières.

#### Droits et licences

Le contenu de cette publication fait l'objet d'un dépôt légal. La reproduction ou la transmission d'une partie ou de l'intégralité de la présente publication peut constituer une violation de la loi applicable. La Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale encourage la diffusion de ses études et, normalement, accorde sans délai autorisation de reproduction partielle.

Pour obtenir l'autorisation de reproduire ou de réimprimer toute partie de cette publication, veuillez adresser votre demande, par courrier postal, au Copyright Clearance Center, Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA ; téléphone : 978-750-8400 ; télécopie : 978-750-4470 ; site web : [www.copyright.com](http://www.copyright.com).

Pour tout autre renseignement sur les droits et licences, y compris les droits dérivés, veuillez vous adresser à l'adresse suivante : Office of the Publisher, World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA ; par télécopie, au 202-522-2422 ; ou par courriel à l'adresse : [pubrights@worldbank.org](mailto:pubrights@worldbank.org).

ISBN: 978-0-8213-8804-4

eISBN: 978-0-8213-8809-9

DOI: 10.1596/978-0-8213-8804-4

Photos de couverture:

A gauche: © Bernard van Leer Fondation/Jim Holmes (2003); les enfants d'Edines Lyakurwa près de Moshi en Tanzanie, photographiés au cours d'une visite sur le terrain avec Kiwakkuki, une organisation féminine qui travaille avec des communautés tanzaniennes rurales affectées par le VIH/SIDA.

A droite: © La Fondation Aga Khan (AKF)/Jean-Luc Ray (1991); deux garçons à Mombasa, au Kenya, photographiés triant des haricots dans un exercice de calcul et d'identification de couleurs.

Maquette de couverture: Naylor Design

Ce livre correspond à la traduction de la version anglaise de 2008 – *Africa's Future, Africa's Challenge: Early Childhood Care and Development in Sub-Saharan Africa*.

# Table des matières

<i>Avant-propos</i>	<i>xix</i>
<i>Remerciements</i>	<i>xxiii</i>
<i>Contributeurs</i>	<i>xxv</i>
<i>Abbréviations</i>	<i>xxxi</i>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<i>Alan Pence, Judith L. Evans, et Marito Garcia</i>	
Les enfants en Afrique subsaharienne	2
Les enfants en tant qu'entités sociales	2
Les enfants à l'ordre du jour en Afrique	3
Pourquoi ce livre?	4
Sections et chapitres	4
Notes	7
Références	7
<b>SECTION 1 Contextes</b>	<b>9</b>
Chapitre 1 La situation actuelle des jeunes enfants en Afrique subsaharienne	11
<i>Marito Garcia, Gillian Virata, et Erika Dunkelberg</i>	

	Les indices démontrent les conditions des enfants	14
	La situation des enfants en Afrique subsaharienne est pire que dans d'autres régions du monde	15
	Investir dans les jeunes enfants	27
	Notes	28
	Références	28
<b>Chapitre 2</b>	<b>Positionner le développement de la petite enfance (DPE) sur le plan national : tendances dans certains pays africains</b>	<b>31</b>
	<i>Agnes Akosua Aidoo</i>	
	Les jeunes enfants en Afrique	32
	Évolution de la politique de DPE	33
	Liens entre les conventions internationales et régionales et les politiques de développement en Afrique	35
	Politiques nationales du DPE : besoins et défis	39
	Le processus d'élaboration de la politique	43
	Conclusions et actions clés	49
	Note	54
	Références	54
<b>Chapitre 3</b>	<b>Éducation et soins à la petite enfance en Afrique subsaharienne : Que faut-il faire pour atteindre les objectifs de millénaire pour le développement ?</b>	<b>57</b>
	<i>Adriana Jaramillo et Alain Mingat</i>	
	Peut-on atteindre les objectifs mondiaux pour la petite enfance ?	59
	Les arguments qui plaident en faveur des activités de SDPE en Afrique subsaharienne	67
	Les implications de politiques pour atteindre les objectifs du DPE	73
	Conclusion	76
	Notes	77
	Références	77



<b>Chapitre 4</b>	<b>Développement du cerveau et DPE Plaidoyer pour l'investissement</b>	<b>79</b>
	<i>Mary Eming Young et Fraser Mustard</i>	
	L'aspect économique du DPE	80
	L'Afrique aujourd'hui	81
	Pourquoi le DPE?	82
	Le développement et la fonction du cerveau :	
	ce que dit la science	82
	L'alphabétisation et la santé	90
	Contourner le manque de développement	
	pendant la petite enfance	93
	Vulnérabilité et cognition	94
	Les avantages du DPE pour l'Afrique	95
	Conclusion	98
	Notes	99
	Références	99
<b>Chapitre 5</b>	<b>Nouvelles menaces pour le développement de la petite enfance: les enfants touchés par le VIH/SIDA é</b>	<b>103</b>
	<i>Jodie Fonseca, Chloe O'Gara, Linda Sussman, et John Williamson</i>	
	Le VIH/SIDA et les jeunes enfants:	
	le problème	104
	Pourquoi faut-il une réponse	111
	Les jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA :	
	le chemin à suivre	116
	Notes	119
	Références	120
<b>SECTION 2</b>	<b>Perspectives Sociohistoriques</b>	<b>125</b>
<b>Chapitre 6</b>	<b>Le DPE en Afrique: une perspective historique</b>	<b>127</b>
	<i>Larry Prochner et Margaret Kabiru</i>	
	Le DPE à l'époque coloniale	128
	Le DPE autochtone dans une perspective historique	134

	Un modèle de DPE communautaire contemporain : Les établissements préscolaires Harambees du Kenya	138
	Conclusion	142
	Références	142
Chapitre 7	<b>(In)Compréhension du DPE en Afrique : la force des justifications locales et mondiales</b> <i>A. Bame Nsamenang</i>	<b>147</b>
	À qui profitent réellement tous ces programmes de DPE ?	148
	Principes fondamentaux du DPE autochtones africain	151
	Réflexions finales	157
	Références	159
Chapitre 8	<b>La paternité : le rôle des hommes dans l'éducation des enfants en Afrique—Porter la deuxième moitié du ciel</b> <i>Linda M. Richter et Robert Morrell</i>	<b>163</b>
	Les pères absents	165
	Pourquoi faut-il impliquer les hommes dans les soins aux enfants ?	167
	Que disent les enfants sur les pères ?	170
	Les soins et la protection apportés par les hommes aux jeunes enfants	172
	Que reste-t-il à faire ?	174
	Références	177
<b>SECTION 3</b>	<b>Élaboration de politique</b>	<b>181</b>
Chapitre 9	<b>Politiques de DPE: une analyse comparative au Ghana, en île Maurice et en Namibie</b> <i>J. K. A. Boakye, Stella Etse, Madeez Adamu-Issah, Medha Devi Moti, Juditha Leketo Matjila, et Shamani-Jeffrey Shikwambi</i>	<b>183</b>
	Ghana	184
	L'île Maurice	188

	La Namibie	194
	Conclusion	199
	Références	201
<b>Chapitre 10</b>	<b>Planification participative des politiques de DPE en Afrique de l’Ouest francophone</b>	<b>203</b>
	<i>Emily Vargas Baron</i>	
	Le projet des trois pays	204
	Quelques leçons apprises sur la planification des politiques de DPE en Afrique	210
	Défis à venir pour les politiques de DPE	215
	Note	216
	Références	216
<b>SECTION 4</b>	<b>Programmation</b>	<b>217</b>
<b>Chapitre 11</b>	<b>Relever le défi de répondre aux besoins des enfants de moins de trois ans en Afrique</b>	<b>219</b>
	<i>Kofi Marfo, Linda Biersteker, Jenieri Sagnia, at Margaret Kabiru</i>	
	Principaux enjeux: un aperçu	221
	Études de cas : approches exemplaires et novatrices des politiques et prestation des programmes	229
	Résumé et commentaire final	241
	Notes	243
	Références	243
<b>Chapitre 12</b>	<b>Introduction des classes pré primaires en Afrique: opportunités et défis</b>	<b>247</b>
	<i>Linda Biersteker, Samuel Ngaruiya, Edith Sebatane, et Sarah Gudyanga</i>	
	L’Afrique du Sud	249
	Le Kenya	252
	Le Zimbabwe	255
	Le Lesotho	259
	Opportunités et défis : qu’avons-hous appris ?	263
	Conclusion	266

	Notes	267
	Références	267
<b>Chapitre 13</b>	<b>Éducation inclusive: une réponse mauricienne aux « droits fondamentaux de l'enfant »</b>	<b>271</b>
	<i>Gilberte Chung Kim Chung et Cyril Dalais</i>	
	L'éducation inclusive : bref aperçu	
	historique	273
	L'expérience de l'île Maurice	274
	Les écoles pour les enfants avec des besoins particuliers	275
	De la ségrégation à l'intégration : un long chemin	276
	Développements	282
	La stratégie de la réforme inclusive	283
	Conclusion	283
	Références	286
<b>Chapitre 14</b>	<b>Défis parentaux pour la famille africaine en mutation</b>	<b>289</b>
	<i>Judith L. Evans, Chalizamudzi Elizabeth Matola, et Jolly P. T. Nyeko</i>	
	Modification de la famille africaine	289
	Attention aux familles et les communautés	294
	Renforcer les soins aux plus jeunes enfants à travers des programmes d'éducation parentale	296
	Conclusion	306
	Références	307
<b>Chapitre 15</b>	<b>Le DPE et le VIH/SIDA : le récent défi de programmation et de politique</b>	<b>311</b>
	<i>Patrice L. Engle et Erika Dunkelberg, avec Shireen Issa</i>	
	Programmation à l'égard des jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA	312
	Options pour les programmes	315
	Meilleures pratiques et défis	327
	Le cadre politique	331

	Conclusions	339
	Notes	340
	Références	341
<b>Chapitre 16</b>	<b>Soutenir les jeunes enfants pendant les situations de conflits et après: protection et bien-être psychosocial de l'enfant en Angola</b>	<b>347</b>
	<i>Michael Wessells et Carlinda Monteiro</i>	
	Les guerres en Angola et leurs séquelles	349
	Les outils pour soutenir les jeunes enfants	352
	Références	359
<b>Chapitre 17</b>	<b>La communication stratégique dans les programmes de développement de la petite enfance : le cas de l'Ouganda</b>	<b>363</b>
	<i>Cecilia Cabañero-Verzosa et Nawsheen Elaheebocus</i>	
	Le besoin de communication stratégique dans les programmes de DPE	364
	Concepts clés de la communication stratégique	365
	Exemple de cas : le Projet de nutrition et du développement de la petite enfance en Ouganda	368
	Conclusion	378
	Annexe	380
	Notes	384
	Références	384
<b>SECTION 5</b>	<b>Évaluation et Recherche</b>	<b>387</b>
<b>Chapitre 18</b>	<b>La synergie des interventions de nutrition et de DPE en Afrique subsaharienne</b>	<b>389</b>
	<i>Harold Alderman et Patrice L. Engle</i>	
	Les synergies de la nutrition et du développement cognitif et la maturité scolaire	390
	La synergie du programme de nutrition communautaire et des approches de DPE	393

	Conclusion	402
	Note	403
	Références	403
<b>Chapitre 19</b>	<b>L'impact des programmes de DPE sur l'emploi des mères et la scolarisation des enfants plus âgés au Kenya</b>	<b>407</b>
	<i>Michael M. Lokshin, Elena Glinskaya, et Marito Garcia</i>	
	Enquêtes sur les centres de DPE et les ménages au Kenya	409
	Conclusions	422
	Notes	423
	Références	423
<b>Chapitre 20</b>	<b>Le programme Madrasa de développement de la petite enfance: faire une différence</b>	<b>425</b>
	<i>Peter Mwaura et Bishara T. Mohamed</i>	
	Le contexte	426
	Les objectifs	428
	Le curriculum	428
	Gestion et gouvernance	429
	Activités opérationnelles	429
	La séquence des activités du programme	429
	La recherche au sein du programme CRM	432
	Impact du programme sur la communauté	438
	Conclusion	441
	Notes	442
	Références	442
<b>Chapitre 21</b>	<b>Lier le discours de la politique à la vie quotidienne au Kenya: les impacts des politiques néolibérales sur l'éducation de la petite enfance et l'éducation des enfants</b>	<b>445</b>
	<i>Elizabeth Swadener, Patrick Wachira, Margaret Kabiru, et Anne Njenga</i>	
	L'éducation postindépendance: de Harambee à la Coalition nationale arc-en-ciel	449

	Réflexions finales	460
	Références	463
<b>Chapitre 22</b>	<b>Les approches communautaires réussies en Afrique orientale et australe</b>	<b>467</b>
	<i>Jane E. Lucas, Jessica Jitta, Gareth Jones, et Katarzyna Wilczynska-Ketende</i>	
	Revue des interventions au niveau des ménages et des communautés	468
	Les données d'enquêtes sur les changements dans les pratiques familiales de soins clés	472
	Coordination d'une enveloppe d'interventions pour une plus grande efficacité	492
	Conclusion	495
	Notes	495
	Références	496
<b>SECTION 6</b>	<b>Les défis et comment les faire face</b>	<b>499</b>
<b>Chapitre 23</b>	<b>Les programmes de la petite enfance sont-ils financièrement viables en Afrique ?</b>	<b>501</b>
	<i>Adriana Jaramillo et Alain Mingat</i>	
	Considération des coûts	501
	Les implications de cette politique	510
	La création d'une politique de DPE	510
	Les politiques du coût unitaire	514
	Le modèle de simulation : remettre tout ensemble	521
	Résumé et conclusion	527
	Notes	529
	Références	530
<b>Chapitre 24</b>	<b>Approche tripartite visant le renforcement des capacités de DPE en Afrique : séminaires de DPE, conférences internationales et i'UVDPE</b>	<b>533</b>
	<i>Alan Pence avec Abeba Habtom et Francis R. W. Chalamada</i>	
	Un Programme Tripartite d'initiatives : Séminaires, Conférences et l'UVDPE	534

Renforcer les capacités à travers des approches multiples	537
Étapes suivantes	545
Conclusion	546
Notes	547
Références	547

## Encadrés

17.1	Contexte culturel, social et religieux	372
22.1	Pratiques familiales et communautaires essentielles pour promouvoir la survie, la croissance et le développement de l'enfant (liste complète de 17 pratiques essentielles et 2 pratiques supplémentaires d'ESARO)	470

## Figures

1.1	Une revenue nationale élevée ne se traduit pas nécessairement par de meilleures conditions pour les enfants	16
1.2	Les pays avec de meilleurs indices de développement humain tendent à avoir de meilleurs indicateurs de bien-être des enfants	17
1.3	Plus d'enfants souffrent de privations graves en Afrique subsaharienne que dans toute autre région sauf l'Asie du Sud-est (2000)	18
1.4	La proportion d'enfants en Afrique subsaharienne qui souffrent de privations graves de logement et d'eau potable est la plus élevée au monde (2000)	19
1.5	Prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne (2005)	21
1.6	L'Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre d'orphelins augmente	23
1.7	Le nombre des orphelins du SIDA en Afrique subsaharienne est monté en flèche en 1990 et 2003 et les projections indiquent que ce nombre continuera à augmenter	23
1.8	La corrélation est positive entre la scolarisation au pré primaire et les taux d'achèvement du primaire	26
3.1	Taux de redoublement jusqu'en 5 <sup>e</sup> année et couverture préscolaire	67



3.2	Taux de maintien jusqu'en 5 <sup>e</sup> année et couverture préscolaire	68
3.3	Proportion des enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale et couverture préscolaire	68
3.4	Interaction supposée entre l'apprentissage préscolaire, le redoublement et le maintien jusqu'en 5 <sup>e</sup> année	70
3.5	Effet du préscolaire sur les taux redoublement ( $R^2$ ) et de maintien (Analyse des données par la statistique multi variée)	71
3.6	L'effet direct et indirect du l'apprentissage préscolaire sur le redoublement et le maintien en la éducation primaire dans 24 pays en Afrique subsaharienne	71
4.1	Les relations entre l'espérance de vie et la proportion de la population à des niveaux d'alphabétisation faibles dans les pays développés	90
4.2	Grades socioéconomiques des scores d'alphabétisation	91
8.1	Pères absents et décédés	165
13.1	Le parcours de l'exclusion à l'intégration pour les enfants avec des besoins particuliers (EBP) à l'Île Maurice	277
13.2	Objectifs visant à absorber un plus grand nombre d'enfants dans les systèmes éducatifs en Île Maurice, 2004–2008	284
13.3	Objectifs visant à offrir des services éducatifs à tous les enfants handicapés en Île Maurice d'ici 2015	285
20.1	Scores de l'environnement d'apprentissage dans les établissements préscolaires CRM et non CRM au Kenya, en Ouganda et au Zanzibar	435
20.2	Taux de changement des mesures cognitives des enfants inscrits dans les établissements préscolaires et ceux restés à la maison	436
22.1	Les enfants allaités exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois dans 5 programmes d'ESARO, avant et après l'intervention	475
22.2	Les enfants allaités dans la première heure après l'accouchement dans trois programmes d'ESARO, avant et après l'intervention	476
22.3	Enfants recevant des suppléments de vitamine A dans 6 programmes d'ESARO avant et après intervention	479

22.4	Enfants âgés de 12-23 mois immunisés contre la rougeole dans cinq programmes de l'ESARO avant et après l'intervention	483
22.5	Enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête dans trois programmes de l'ESARO avant et après l'intervention	484
22.6	Pourvoyeurs de soins donnant de la nourriture et des liquides (TRO) aux enfants lorsqu'ils ont de la fièvre et une infection respiratoire aiguë (IRA) dans le district de Ntungamo, en Ouganda, avant et après l'interventio	487

## Tableaux

1.1	Indicateurs nationaux de santé et d'éducation en Afrique	12
1.2	Les taux bruts de scolarisation dans les établissements préscolaires ont augmenté en Afrique subsaharienne mais demeurent largement en dessous de ceux du reste du monde	26
1.3	Les taux bruts d'inscription plus élevés au pré primaire sont associés à des taux de redoublement plus faibles	27
3.1	État des objectifs du Millénaire pour le développement par région	60
3.2	Éducation pré primaire, primaire et la proportion d'enfants en déficit pondéral par région (moyennes par pays)	62
3.3	Taux bruts de scolarisation (TBS) dans le préscolaire, proportion des enfants de moins de 5 ans en sous-poids et taux de mortalité des enfantd de moins de 5 ans dans les pays africains subsahariens (1999)	63
3.4	Évolution des TBS du préscolaire par région (1990–99) et projection de la tendance (jusqu' au 2015)	66
3.5	La perspective d'atteindre les différent niveaux cibles de couverture du préscolaire dans 133 pays en développement, compte tenue des tendances actuelles (d'ici 2015)	66
3.6	Simulation du taux de maintien jusqu'en 5e année et du taux de redoublement en fonction de la couverture préscolaire dans 24 pays d'Afrique subsaharienne	72
4.1	Taux d'alphabétisation, âges de 16–65 ans, 1994–98	92

5.1	Les coûts annuels de programmes visant à atténuer l'impact du SIDA dans les ménages à Kagera en Tanzanie	115
8.1	Pères vivants et résidents suivant la structure des dépenses en Afrique du Sud	166
12.1	Nombre d'élèves formés à l'enseignement de DPE au Zimbabwe	259
15.1	Environnement de la politique au Ghana, au Malawi, en Tanzanie et en Zambie	335
17A.1	Modèle des cinq décisions de la gestion de la communication	380
17A.2	Cinq décisions de la gestion de communication appliquées dans le projet de nutrition du développement de la petite enfance (PNDPE) en Ouganda	381
19.1	Emploi maternel et utilisation du DPE : estimation simultanée des équations pour le système de demande des ménages	415
19.2	Simulation des effets des politiques diverses et changements des caractéristiques démographiques sur les comportements des ménages (Estimation <sup>a</sup> SPFIML)	418
19.3	Simulation des effets de politiques diverses sur la scolarisation (Estimation <sup>a</sup> SPFIML)	421
20.1	Bénéficiaires primaires du programme de centres Madrasa de ressources à partir de 2005	432
22.1	18 pays dans UNICEF/ESARO mettent en œuvre la composante foyer et communauté de PIME dans au moins 3 régions	469
22.2	Accès aux installations sanitaires, aux sources d'eau propre et aux installations pour le lavage des mains dans cinq programmes d'ESARO avant et après les interventions	481
22.3	Pourvoyeurs de soins donnant de la nourriture et des liquides (TRO) pendant la diarrhée dans cinq sites de l'ESARO	486
22.4	Raisons données par les pourvoyeurs de soins pour expliquer le retard du recours aux soins pour les enfants malades dans les sites de mise en œuvre au Malawi	491

22.5	Changements dans les pratiques rapportées qui sont susceptibles d'avoir les impacts les plus importants sur la prévention des décès infantiles	494
23.1	Données sélectionnées sur le coût de l'éducation préscolaire et de l'éducation primaire publique dans quatre pays	503
23.2	Simulation du taux de survie jusqu'en CMI et le taux de redoublement suivant une couverture de l'éducation préscolaire dans 24 pays subsahariens	506
23.3	Dépenses publiques par enfant dans les programmes préscolaires publics et communautaires dans quatre pays (par unités du PIB par habitant)	508
23.4	Tableau de la politique: Eléments qui contribuent à la définition de la politique de DPE	512
23.5	Tableau du coût unitaire pour les systèmes à subvention totale et partielle pour la population des 0–3 ans	515
23.6	Tableau de la politique du coût unitaire pour les systèmes entièrement et partiellement subventionnés pour la population des 4–5 ans	519
23.7	Modèle de coûts pour les programmes de DPE financés par le gouvernement	522
24.1	Première, deuxième et troisième conférences internationales africaines sur le DPE comparées par taille et portée	539

## Avant-propos

Pendant le lancement du Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous 2007 (EPT GMR 2007), à Dakar, Sénégal, qui a eu lieu en novembre 2006, les pays africains ont été encouragés à «développer et améliorer le développement de la petite enfance, en particulier pour les enfants les plus défavorisés». En effet, les enfants sont notre avenir et investir dans les jeunes enfants en Afrique est un investissement dans l'avenir du continent. Ce livre apporte une large perspective sur la manière de relever ce défi, les différents chapitres ont été écrits par des chercheurs et des praticiens, africains ou non, spécialisés dans le domaine.

La couverture des programmes de développement de la petite enfance reste très faible en Afrique subsaharienne, en particulier pour les enfants de moins de 3 ans. Le rapport EPT-GMR 2007 indique que le pourcentage brut des inscriptions dans le secteur préscolaire s'élève à 12 % (contre 48 % pour tous les autres pays des régions en développement), ce qui contribue aux faibles taux d'achèvement dans le cycle primaire et aux mauvais résultats qu'on y observe. Les premières expériences d'apprentissage facilitent l'entrée des jeunes enfants à l'école primaire et augmentent leurs chances y aboutir. En réduisant les taux d'abandon, de redoublement et de placement en éducation spécialisée, les programmes

de développement de la petite enfance permettent d'améliorer l'efficacité de l'enseignement primaire et de réduire les coûts liés à l'éducation pour les gouvernements et les ménages.

Les tendances actuelles réclament le développement d'une politique et des programmes pour la petite enfance. Aujourd'hui, le défi est de donner un bon départ aux 130 millions d'enfants de moins de 6 ans en Afrique subsaharienne. L'urbanisation, avec les changements de la structure des ménages qu'elle entraîne, a réduit le rôle de pourvoyeurs de soins des membres de la famille élargie. Le nombre de mères de jeunes enfants qui travaillent a fait augmenter la demande des soins non parentaux pour les enfants. Cette demande est encore croissante due aux orphelins que la pandémie du VIH/SIDA a laissé—ce nombre a maintenant atteint les 12 millions.

La malnutrition des enfants de moins de 5 ans en Afrique a augmenté au cours des 10 dernières années : 75 millions d'entre eux souffrent de malnutrition chronique et de retard de croissance. Il a été démontré que les enfants d'âge scolaire atteints de carences en iode ont un QI inférieur de 13 points; l'anémie empêche de nombreux enfants de réaliser pleinement leur potentiel. Ces facteurs entraînent une scolarisation tardive et réduisent le taux d'achèvement de la scolarité primaire.

Ce livre s'inspire des vues des auteurs et des observateurs des tendances africaines. Il présente un plaidoyer pour l'investissement dans le développement de la petite enfance en tenant compte des nouvelles découvertes par la neurologie. Dans une perspective socio-historique, les tendances du développement de la petite enfance, tenant compte des nouvelles menaces comme le VIH/SIDA, des difficultés de s'occuper des enfants de moins de 3 ans et du rôle des pères africains, définissent le contexte dans lequel les ménages, les communautés et le secteur public vont s'occuper des enfants africains. Des études comparatives sur la manière dont différents pays abordent la politique de développement de la petite enfance révèlent l'existence de différentes approches efficaces, les approches de planification participative et les approches communautaires par exemple. Ce livre rapporte les résultats des plusieurs évaluations d'impact des programmes de promotion des soins et du développement des enfants dans des divers pays. Pour aider à progresser, il décrit le financement des programmes pour la petite enfance et les approches adoptées pour le renforcement des capacités et la diffusion des connaissances.

Le communiqué de la Troisième conférence internationale africaine sur le développement de la petite enfance qui s'est tenue à Accra, Ghana, en juin 2005 a exhorté la Commission africaine et les secrétariats des

organismes sous-régionaux de la CEDEAO, du COMESA, de la SADC et du NEPAD à adopter des mesures pour promouvoir et soutenir le développement holistique et des interventions visant à sauver la vie des nourrissons et des jeunes enfants, en commençant par les plus vulnérables. Il a exhorté les chefs d'États et de gouvernements de l'Union africaine et des organismes sous-régionaux de la CEDEAO, du COMESA et de la SADC à faire du développement des nourrissons et des jeunes enfants une priorité urgente. Ce livre réitère ce message et propose des voies permettant d'investir dans les enfants de l'Afrique en vue de développer des bases solides pour un meilleur avenir.

*Yaw Ansu*  
*Directeur, Département du développement humain*  
*Région Afrique*  
*La Banque mondiale*





## Remerciements

Ce livre est le produit d'une collaboration étroite par des nombreuses personnes et organismes. Nous tenons à remercier tous les participants à la Troisième conférence internationale africaine sur le développement de la petite enfance qui s'est tenue à Accra, Ghana, en juin 2005. Leurs opinions et perspectives présents dans plusieurs chapitres de ce livre. Comme il a été démontré par cette conférence, les programmes de soins et de développement de la petite enfance en Afrique doivent faire face à d'énormes défis, mais ils ont aussi donné naissance à des réponses significatives et créatives pour les surmonter. Nous saluons le dévouement de tous ceux qui favorisent le bien-être des enfants en Afrique.

Le Groupe de travail sur le développement de la petite enfance (GTDPE) de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA), la Banque mondiale, l'Université virtuelle pour le développement de la petite enfance (UVDPE) de l'École des soins de l'enfant et des jeunes, de l'Université de Victoria au Canada, l'UNICEF, l'OMS et l'UNESCO, tous ont joué un rôle essentiel en apportant leur soutien au comité d'organisation pour la préparation de cette conférence. Ces organismes, rejoints par d'autres d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et du secteur privé, ont collaboré à l'achèvement de ce livre. Nous remercions le Fonds norvégien pour l'éducation (Norwegian

Education Trust Fund ou NETF) et le Fonds pour le développement de programmes éducatifs (Education Program Development Trust Fund ou EPDF) de la Banque mondiale pour le financement apporté à la préparation de ce livre.

Nos remerciements les efforts inlassables dans l'édition technique et la révision de ce livre vont à Gillian Virata, Janice Tuten, et Leslie Prpich. Nous tenons à remercier Aziz Gökdemir, Nora Ridolfi, Jonathan Tin, et Richard Crabbe au Bureau de l'Éditeur de la Banque mondiale, qui ont produit ce livre. Enfin, nos remerciements le travail des traducteurs Koffi Edoh, Philippe Lambert, et Antoinette Doh-Esena.

## Contributeurs

**Madeez Adamu-Issah** est responsable du Projet Éducation de l'UNICEF au Ghana.

**Agnes Akosua Aidoo** est membre du Comité des droits de l'enfant à Genève, Suisse.

**Harold Alderman** est conseiller au Département de la protection sociale, Division Afrique, Banque Mondiale.

**Linda Biersteker** est le Directeur de la Division d'éducation préscolaire, au Cap, Afrique du Sud.

**Joseph Kwasi Ayim Boakye** est consultant en développement de la petite enfance au Ghana.

**Cecilia Cabañero-Verzosa** est la responsable de la Section connaissances et renforcement des capacités à la Division du développement de la communication de la Banque mondiale.

**Francis R. W. Chalamanda** est le coordinateur national du DPE au Ministère du développement de la femme et l'enfant au Malawi.

**Gilberte Chung Kim Chung** est le Directeur du Bureau de l'éducation catholique (BEC) de l'île Maurice.

**Cyril Dalais** est consultant et conseiller sur la protection et le développement de l'enfant au Ministère de l'éducation et des ressources humaines de l'Ile Maurice.

**Erika Dunkelberg** est membre de l'équipe chargée du développement de la petite enfance du Réseau du développement humain pour l'enfance et l'adolescence à la Banque mondiale.

**Nawsheen Elaheebocus** travaille à la Division des communications pour le développement de la Banque mondiale.

**Patrice L. Engle** est professeur à l'Université Californien Polytechnique à San Luis Obispo en Californie aux États-Unis.

**Stella Etse** est consultante et coordinatrice du Groupe de travail de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique en charge du développement de la petite enfance. Elle réside au Ghana.

**Judith L. Evans** est Directeur émérites du Groupe consultatif sur les soins et le développement de la petite enfance et Professeur associé, à l'École des soins de l'enfant et des jeunes de la, Faculté du développement humain et social, à l'Université de Victoria, Canada.

**Jodie Fonseca** est conseillère en éducation et en VIH/SIDA chez Save the Children aux États-Unis.

**Marito Garcia** est économiste principal et coordonnateur du programme de la petite enfance en Afrique à la Banque mondiale, Département du Développement humain, Région Afrique.

**Elena Glinskaya** est économiste principale au Département de la gestion économique et de la réduction de la pauvreté à la Banque mondiale, région Asie du Sud.

**Sarah Gudyanga** est consultante sur les compétences pour la vie et la petite enfance au Zimbabwe.

**Abeba Habtom** est chef de l'Unité des soins et du développement de la petite enfance et des enfants ayant des besoins spéciaux au Ministère de l'éducation en Erythrée.

**Shireen Issa** est consultante de l'UNICEF.

**Adriana Jaramillo** est spécialiste principale en éducation au Département du développement humain de la Banque mondiale. Région Moyen-Orient et Afrique du Nord.

**Jessica Jitta** est directrice du Centre pour le développement et la santé de l'enfant à l'Université de Makerere à Kampala, Ouganda.

**Gareth Jones** est statisticien à Adeni Consulting à Ottawa, Canada.

**Margaret Kabiru** est consultante et directrice du centre de formation sur les soins et le développement de la petite enfance du Centre Mwana Mwende au Kenya.

**Michael M. Lokshin** est économiste principal du groupe de recherche sur le développement de la Banque mondiale.

**Jane E. Lucas** est consultante en développement et santé de l'enfant.

**Kofi Marfo** est professeur en psychologie de l'éducation et directeur du Centre pour la recherche sur le développement et l'apprentissage des enfants à l'Université de Floride du Sud aux États-Unis.

**Juditha Leketo Matjila** est directrice de la Communication à l'UNICEF en Namibie.

**Chalizamudzi Elizabeth Matola** est assistante de projet du Programme pour les orphelins et les enfants vulnérables et pour la protection des enfants de l'UNICEF au Malawi.

**Alain Mingat** est directeur de recherche au CNRS et chercheur à l'Institut de Recherche sur l'économie de l'éducation à l'Université de Bourgogne à Dijon, France.

**Bishara T. Mohamed** est conseiller technique de l'Instruction interactive par la radio visant à renforcer l'éducation en Tanzanie/Zanzibar, et ancien directeur du Centre de ressources des madrasas en Afrique de l'Est.

**Carlinda Monteiro** est directrice adjointe du Fonds chrétien pour l'enfance (Christian Children's Fund) en Angola.

**Robert Morrell** est professeur à l'École d'éducation à l'Université du KwaZulu-Natal en Afrique du Sud.

**Medha Devi Moti** est consultant en éducation et ancien directeur technique principal au Ministère de l'éducation de l'Île Maurice.

**Fraser Mustard** est président fondateur et membre de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA).

**Peter Mwaura** est chargé du Programme régional de recherche du Centre des ressources des madrasas en Afrique de l'Est.

**Samuel Ngaruiya** est chargé du programme DPE au, Ministère de l'éducation au Kenya.

**Anne Njenga** est consultante et coordinatrice chargée de la formation et de la recherche sur les soins et le développement de la petite enfance du Centre Mwana Mwende au Kenya.

**A. Bame Nsamenang** est maître de conférences en psychologie et suivi psychologique à l'Université de Yaoundé au Cameroun.

**Jolly P. T. Nyeko** est la fondatrice et présidente de l'ONG Action pour les enfants en Ouganda.

**Chloe O'Gara** est vice présidente adjointe et directrice chargée de l'éducation pour l'ONG Save the Children aux États-Unis.

**Alan Pence** est directeur de l'Université virtuelle pour le développement de la petite enfance et professeur à l'École des soins de l'enfant et des jeunes de la, Faculté du développement humain et social, à l'Université de Victoria, Canada.

**Larry Prochner** est professeur associé chargé de l'éducation élémentaire à l'Université d'Alberta au Canada.

**Linda M. Richter** est directrice exécutive de la section Développement social, de l'enfant, de la jeunesse et de la famille du Conseil de Recherche en Sciences Humains en Afrique du Sud.

**Jenieri Sagnia** est responsable de projet pour l'éducation du Programme des services de base en Gambie.

**Edith Sebatane** est inspectrice au Ministère de l'éducation et de la formation au Lesotho.

**Shamani-Jeffrey Shikwambi** est coordinateur de Programme au Collège Augsburg à Minneapolis, États-Unis.

**Linda Sussman** est consultante sur la prévention et les soins relatifs au VIH/SIDA.

**Elizabeth Swadener** est présidente et professeur en éducation de la petite enfance et d'études politiques à l'Université d'État en Arizona aux États-Unis.

**Emily Vargas-Barón** est directrice de l'Institut RISE à Washington, DC.

**Gillian Virata** est consultant en développement de la petite enfance pour la Banque mondiale.

**Patrick Wachira** est professeur associé au Département de la formation des enseignants et de mathématiques à l'Université d'État de Cleveland en États-Unis.

**Michael Wessells** est conseiller principal sur la protection de l'enfant au Fonds chrétien pour l'enfance (Christian Children's Fund) et professeur

de santé familiale et de la population à l'Université Columbia à New York, États-Unis.

**Katarzyna Wilczynska-Ketende** est consultante internationale en santé de l'enfant, chercheur honoraire à l'Institut de la santé de l'enfant et coordinatrice du réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile de l'UNICEF à Londres, Royaume Uni.

**John Williamson** est conseiller technique du Fonds des enfants et des orphelins déplacés de l'Agence pour le développement international de l'USAID.

**Mary Eming Young** est spécialiste en l'éducation, chef d'équipe du programme du développement de la petite enfance de la Banque mondiale, réseau du développement humain pour l'enfance et la jeunesse





## Abréviations

ADEA	Association pour le Développement de l'Éducation en Afrique
ALC	Région Amérique latine <i>et</i> Caraïbes (Banque mondiale)
ART	Antirétroviraux
ASS	Afrique subsaharienne
CADBE	Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
CEA	Commission économique pour l'Afrique
CEDE	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CGS	Comité de gestion scolaire
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
CRM	Centre de ressources de Madrasa
CSCE	Centre de santé communautaire pour les enfants
CSV	Centre de soins de voisinage
DICECE	<i>Centres publics de développement de la petite enfance pour les districts (Kenya)</i>
DIPE	Développement intégré de la petite enfance
DPE	Développement de la petite enfance
DSRP	Document de Stratégie pour la réduction de la pauvreté
ECERS	Échelle d'évaluation de l'environnement des nourrissons et des tout-petits

ELRU	Unité d'apprentissage pour la petite enfance
EPT	Éducation pour tous
ESARO	<i>Région Afrique de l'Est</i> et <i>Afrique australe</i> (UNICEF)
FCE	Foyer dont le chef est un enfant
FTI	Initiative de la mise en œuvre accélérée de l'Éducation pour tous
GNCC	<i>Commission nationale</i> pour l'enfance du Ghana
GNP	Produit national brut
GSV	Groupe de soutien villageois
GTDPE	Groupe de travail sur le Développement de la Petite Enfance (de l'ADEA)
ICAB	Initiative communauté amie des bébés
IDA	Association internationale de développement <i>du Groupe de la Banque mondiale</i>
LICUS	Pays à faibles revenus et en difficultés
MAP	Programmes multi pays de lutte contre le VIH/SIDA
MFC	Motivateur familial et communautaire
MGECW	Ministère de l'Égalité des genres et du bien-être de l'enfant (Namibie)
MINEDAF	Ministres de l'éducation des États membres d'Afrique
MOEST	Ministère de l'Éducation, Science et Technologie (Kenya)
MOWAC	Ministère de la Femme et des Enfants (Ghana)
MRLGH	Ministère des Collectivités locales et du Logement (Namibie)
MWRCDFW	Ministère des Droits de la femme, du Développement de l'enfant et du bien-être de la famille (Ile Maurice)
NACECE	Centre national pour l'éducation de la petite enfance (Kenya)
NEPAD	Nouveau partenariat pour le développement en Afrique
OC	Organisation professionnelle
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OEV	Orphelins et enfants vulnérables
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PAS	Programme d'ajustement structurel
PIB	Produit intérieur brut

PIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PNA	Plan national d'action (Île Maurice)
PNAD	Plans nationaux d'action pour le développement de la petite enfance
PNDPE	Projet de nutrition et du développement de la petite enfance (Ouganda)
PNE	Politique nationale pour l'éducation des enfants (Île Maurice)
PPTE	Pays pauvres très endettés
PSC	Professionnels de santé de la communauté
PTME	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/SIDA
QI	Quotient intellectuel
SDPE	Soins et développement de la petite enfance
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquise
SWAP	Approche sectorielle globale
TBS	Taux brut de scolarisation
TRO	Thérapie par réhydratation orale
UA	Union africaine
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États – Unis pour le développement international
UVDPE	Université virtuelle du développement de la petite enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Tous les montants en dollars sont en dollars US, sauf indication contraire



# Introduction

**Alan Pence, Judith L. Evans, et Marito Garcia**

À l'heure actuelle, on lit beaucoup de choses sur l'Afrique, et la plupart du temps, ces lectures sont peu encourageantes. Au quotidien, le monde entend parler des maladies, du désespoir et de la mort. Une telle litanie de souffrances n'est pas sans fondement, mais il y a aussi des histoires d'espoir, des promesses et du potentiel. Elles aussi représentent une part très importante de l'histoire complexe de l'Afrique subsaharienne (ASS) dans les premières années du XXI<sup>ème</sup> siècle. Tout comme il existe de multiples histoires, il faut donc des perspectives multiples pour comprendre, prévoir, et planifier un avenir prometteur pour les enfants africains.

Ce livre vise à atteindre un équilibre en décrivant les défis qui se posent aussi bien que les développements en cours. Il cherche un équilibre des voix qui s'élèvent, il ne retient pas seulement les voix du Nord commentant sur le Sud, mais aussi les voix venant du Sud, et celles qui parlent de concert avec le Nord. Il cherche à entendre la voix des spécialistes et des généralistes, des organisations internationales et locales, du monde universitaire et du terrain. Il cherche une diversité d'opinions et de valeurs. Cette diversité et cette complexité sont la réalité de l'Afrique subsaharienne d'aujourd'hui.

## Les enfants en Afrique subsaharienne

Il y a 54 pays en Afrique dont 48 en Afrique subsaharienne (ASS), Sahel compris<sup>1</sup>. L'objectif principal de ce livre porte sur l'ASS à partir du sud du Sahel. Environ 130 millions d'enfants de 6 ans et moins résident en ASS. Chaque année, 27 millions d'enfants naissent et 4,7 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent. Les taux de naissance et de décès des enfants sont régulièrement supérieurs en Afrique subsaharienne à ceux de toute autre région du monde ; le taux de mortalité des moins de 5 ans, qui est de 163 morts pour 1000 enfants, est le double de celui du reste du monde en développement et est 30 fois plus élevé que celui des pays industrialisés (UNICEF 2006). Parmi les enfants qui naissent, 65% seront confrontés à la pauvreté, 14 millions seront des orphelins touchés par le VIH/ SIDA, directement et dans leur famille, et un tiers vont souffrir d'exclusion en raison de leur sexe ou leur origine ethnique. Voilà le genre de chiffres généralement rapportés pour l'Afrique. Ce qu'on ne signale généralement pas, c'est le pourcentage croissant d'enfants qui entrent au cours pré-primaire et le nombre croissant de garçons et de filles qui se diplômement de l'école primaire. On entend rarement parler de l'augmentation du nombre d'enfants qui ont accès à un programme préscolaire, ou de la grande variété de programmes alternatifs qui sont créés pour répondre aux besoins multiples **dans une variété de contextes**. Pourtant, ce sont des histoires **importantes concernant les enfants en Afrique**.

## Les enfants en tant qu'entités sociales

Pendant une bonne partie du XXème siècle et à travers le monde, la petite enfance (de la naissance jusqu'à l'entrée à l'école) ne faisait pas partie des préoccupations politiques de l'État. Pour bon nombre d'États, les enfants, étaient le prolongement de leurs parents, ou bien étaient tout simplement intégrés dans la structure familiale élargie. L'enfant en tant qu'entité sociale individuelle n'existait pas. Les enfants ne sortaient pas de l'ombre de leurs familles avant d'entrer à l'école, généralement à l'âge de 6 ou 7 ans. Jusqu'à ce moment, les enfants étaient accessibles seulement à travers leurs parents ou leur famille.

Au cours des dernières décennies du XXème siècle, les enfants sont devenus plus visibles en tant qu'individus à part entière. En novembre 1989, la *Convention relative aux droits de l'enfant* (CRDE) a été officiellement adoptée par Assemblée générale de l'ONU. En septembre 1990, 20 pays **avaient ratifié la CRDE, lui donnant ainsi statut de loi internationale**;

aujourd'hui, elle a été ratifiée par tous les pays sauf un seul. Elle a été ratifiée « plus rapidement et par plus de pays que tout autre élément des droits de l'homme » (Annan 2001, 1). En 1990, la Conférence mondiale sur *L'éducation pour tous* (EPT) qui s'est tenue à Jomtien en Thaïlande a démontré une **prise de conscience** évidente des droits des jeunes enfants. Un effort de sensibilisation efficace a permis des progrès considérables pour mettre les jeunes enfants en bonne place à l'**ordre du jour** en éducation : « **L'apprentissage commence dès la naissance . . . Cela implique que l'on accorde l'attention voulue aux soins aux jeunes enfants et à leur éducation initiale** » (UNESCO, 1990, art. 5). **Lors de la conférence mondiale de suivi sur l'EPT** à Dakar au Sénégal en 2000, les délégués se sont engagés à respecter **six objectifs** clés ; le premier de ceux-ci était de « **développer et améliorer** sous tous leurs aspects la protection et l'éducation de la **petite enfance, notamment des enfants les plus vulnérables et les plus défavorisés . . .** » (UNESCO 2000). Le Rapport mondial de suivi sur l'EPT de l'UNESCO (2006), intitulé *Fondations solides* était axé sur la protection et l'éducation de la petite enfance. Ce rapport soutient que l'EPT et les **Objectifs** du millénaire pour le développement (OMD) **ne pourront être** réalisés sans des investissements importants dans le bien-être des jeunes enfants.

## **Les enfants à l'ordre du jour en Afrique**

L'impact de ces conventions et déclarations a été ressenti en Afrique comme dans le reste du monde. C'est ainsi que le Président Traore du Mali a co-organisé en 1990 le sommet sur la CRDE qui se tenait à New York. Le président sénégalais Diouf fut un personnage clé dans la promotion de ce sommet.

En 1993, l'Association des **bailleurs de fonds pour l'éducation en Afrique** (maintenant l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique, ADEA) créa un Groupe de travail sur le développement de la petite enfance (GTDPE). En 1999, la Banque mondiale a piloté, avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et d'autres organisations internationales, une Conférence internationale africaine sur le développement de la petite enfance. La première conférence, organisée en 1999 à Kampala, Ouganda, fut suivie de conférences à Asmara en Érythrée (2002) et à Accra, Ghana (2000). (Voir le chapitre 24 pour plus de détails sur la série de conférences). La conférence de 2002 à Asmara a donné le jour à une déclaration sur le développement de la petite enfance (*Asmara Declaration on ECD 2002*) soutenue par tous les participants, et

la conférence d'Accra a tenu une réunion ministérielle spéciale parallèle d'un jour avec des représentants des gouvernements de 39 pays africains. Cette réunion aboutit à un communiqué multipoints de soutien au développement de la petite enfance (DPE)<sup>2</sup> en Afrique, approuvé par les gouvernements présents (*Accra Communiqué* 2005). Une autre indication de la montée en puissance du DPE en Afrique a été sa sélection comme thème central de la huitième réunion biennale de l'ADEA des ministères de l'éducation qui s'est tenue à Libreville au Gabon, en mars 2006 (ADEA 2006). En un temps relativement court, le DPE a quitté la périphérie pour devenir une préoccupation partagée et centrale de nombreux pays en Afrique. Il est essentiel que le soutien engendré à ce jour se poursuive.

### **Pourquoi ce livre?**

Ce livre est le résultat direct des forces brièvement décrites ci-dessus et représente une expression de la volonté de continuer à bâtir sur les fondations des infrastructures et de l'élan initial du DPE. Le programme Soins et développement de la petite enfance figure à l'ordre **du jour** de la politique et des programmes des nombreux pays de l'ASS. De plus, alors qu'on dispose d'un corpus de recherche grandissant sur les jeunes enfants et leurs familles dans d'autres parties du monde, en particulier des États-Unis et d'Europe, il est rare que ces informations soient disponibles en Afrique.

Cet ouvrage vise à combler cette lacune dans la mesure du possible et reflète la diversité des travaux en cours sur la petite enfance en Afrique. Les thèmes ont été choisis en fonction de leur propre importance, mais aussi en fonction des connaissances et de ce qu'on pouvait rassembler pour présenter dans cette publication un large éventail des vues. Le livre ne prétend pas faire autorité, il ne prétend pas être le « dernier mot » sur les sujets abordés, pas plus qu'il n'est la somme de tout ce qui est important en matière de DPE en Afrique subsaharienne. Il s'agit plutôt d'une étape pour informer le lecteur sur les premières années du DPE considéré comme discipline reconnue et comme un ensemble d'activités inter-reliées en Afrique. Sa plus grande réussite serait de stimuler d'autres étapes.

### **Sections et chapitres**

Le livre est divisé en six sections. La section 1, Contextes, ouvre le débat avec un aperçu de la situation des jeunes enfants en Afrique subsaharienne



et compare celle-ci à la situation des jeunes enfants dans d'autres régions du monde au début du XXI<sup>ème</sup> siècle (chapitre 1). Ce chapitre examine les indicateurs sur la pauvreté, la démographie, la nutrition, la santé et l'éducation de la petite enfance **avant l'âge d'école**. Le chapitre 2 décrit comment le DPE s'est positionné comme priorité nationale dans plusieurs pays africains et les mécanismes utilisés pour augmenter les investissements dans les services et la réalisation des politiques de soutien des jeunes enfants et de leurs familles. Le chapitre 3 analyse la relation entre les investissements dans le DPE et le potentiel d'un pays à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement liés aux enfants et les buts fixés au cours du Forum sur l'EPT à Dakar. Le chapitre 4 décrit un domaine de recherche, le développement neurologique, qui a stimulé une meilleure prise de conscience internationale de l'importance des premières années comme facteur clé du développement économique et social. Le chapitre 5 donne un aperçu de la pandémie actuelle du VIH/SIDA en Afrique en mettant un accent particulier sur les implications pour les jeunes enfants.

La section 2, Perspectives sociohistoriques, offre trois perspectives sur le développement du DPE en Afrique qui sont rarement prises en compte, soit dans la documentation sur le DPE, soit dans les études sur le développement international. Le chapitre 6 examine la longue histoire du DPE en Afrique qui tire ses racines des activités de la colonisation au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. La mission historique de transformation du DPE est examinée en même temps que les mouvements de postindépendance pour répondre aux besoins en soins et en éducation des enfants dans les États africains nouvellement indépendants. Le chapitre 7 soutient que les pratiques de la colonisation demeurent un élément clé de la dynamique internationale du DPE en Afrique aujourd'hui, ignorant et menaçant les approches traditionnelles sur la petite enfance qui ont des histoires profondes et complexes, basées sur d'« autres » notions de l'enfant et du développement social. Le chapitre 8 traite d'un autre domaine négligé du DPE, le rôle des pères dans les soins et le développement des jeunes enfants, sur la base d'une revue de la documentation internationale (principalement occidentale) et d'études récentes en Afrique du sud.

La section 3, Le développement de politiques, fait le point sur trois études de cas qui ont eu lieu en 2000–01 et mettent l'accent sur le développement d'une politique de DPE au Ghana, en Ile Maurice et en Namibie (chapitre 9), tandis que le chapitre 10 décrit des travaux connexes dans trois pays francophones : le Burkina Faso, la Mauritanie, et le

Sénégal. Ces études de cas représentent une contribution importante au futur du DPE en Afrique alors que l'élaboration de politiques de DPE devient une préoccupation centrale de diverses organisations internationales (telles que l'Organisation des nations unies pour l'éducation, la science et la culture [UNESCO]) et des certains États africains.

La section 4, Les programmes, aborde une série d'approches qui offrent assistance aux jeunes enfants et à leurs familles en Afrique subsaharienne. Le chapitre 11 considère les programmes pour les enfants de moins de 3 ans, en présentant tout d'abord des cadres pour la compréhension et la promotion du développement de la petite enfance, et ensuite des informations sur les cas de la Gambie, du Kenya et de l'Afrique du Sud. Le chapitre 12 utilise la description de cas pour examiner de plus près l'émergence d'une année d'éducation préscolaire au Kenya, au Lesotho, en Afrique du Sud et au Zimbabwe. Le chapitre 13 décrit l'approche ambitieuse et multiforme de la prise en charge des besoins spéciaux qui s'est développée à l'Île Maurice, et le chapitre 14 examine les approches aux programmes de soutien aux parents qui se développent au Malawi, au Nigeria et en Ouganda en réponse aux changements survenus dans la famille africaine. Le chapitre 15 fournit une description détaillée des initiatives sur le VIH/SIDA dans diverses parties de l'Afrique subsaharienne (Ghana, Malawi, Rwanda, Tanzanie et Zambie). Le chapitre 16 traite l'importance et les moyens de promouvoir le bien-être des enfants dans des situations de conflit et de post-conflit, en mettant l'accent sur l'Angola. Cette section se termine par une discussion sur l'importance des initiatives stratégiques pour la communication sur le DPE, avec une étude de cas basée sur l'expérience de projets en Ouganda (chapitre 17).

La section 5, Évaluations et recherche, offre une gamme d'approches récentes pour mieux comprendre l'impact des programmes conçus pour promouvoir les soins et le développement des enfants en Afrique subsaharienne. Le chapitre 18 se penche sur une approche expérimentale pour évaluer l'impact de la surveillance sur la croissance et la promotion de la nutrition et du DPE en Ouganda, ainsi qu'une **approche non paramétrique** de comparaison des résultats pour évaluer les effets d'une exposition plus longue aux programmes de promotion de la nutrition des enfants à Madagascar. Le chapitre 19 montre l'impact du DPE sur la participation des femmes à la population active et sur la scolarisation des filles à partir des données d'une enquête sur les ménages au Kenya. Le chapitre 20 utilise un modèle quasi-expérimental pour évaluer l'impact d'un DPE basé sur le Madrasa sur la participation à l'école primaire au Kenya, en Tanzanie, et en Ouganda, tandis que le chapitre 21 utilise une approche

qualitative et critique des théories afin de mieux comprendre les pratiques locales de prestation de soins au Kenya. Le chapitre 22 décrit une évaluation des programmes communautaires de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PIME) dans 18 pays africains. Ce chapitre se concentre sur les évaluations dans quatre pays : le Malawi, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et l'Ouganda.

Dans la section 6, Défis et les voies à suivre, le chapitre 23 met l'accent sur le coût et le financement de nouvelles approches de DPE en Afrique subsaharienne, et le chapitre 24 conclut le livre avec la description d'un ensemble d'activités interdépendantes de promotion du leadership et de renforcement des capacités pour le DPE commencées en 1995 et qui continuent jusqu'à présent. Ce livre est l'une des facettes les plus récentes de cet engagement multiforme.

Comme indiqué précédemment, le livre ne parle pas d'une seule voix. Il est polyphonique, tout comme l'Afrique subsaharienne. On peut percevoir et ressentir l'influence de la tradition, de la mondialisation, et des communautés locales et internationales dans la trame complexe des soins et du développement de la petite enfance en Afrique. Il n'est pas nécessaire de lire ce livre dans une séquence particulière ; il est certain que certains chapitres seront d'un plus grand intérêt pour certains lecteurs que d'autres. Nous vous invitons à le parcourir, à réfléchir et à agir.

## Notes

1. Le nombre de pays varie selon la source. Le Soudan, par exemple, n'est pas inclus dans la liste des pays de l'Afrique subsaharienne de l'ONU, mais il est souvent inclus dans d'autres listes. Le nombre varie aussi selon que les îles sont ou non incluses.
2. Dans cette publication, le sigle DPE correspond au « développement de la petite enfance » et aux « soins et développement de la petite enfance. » Le sigle SDPE est souvent utilisé dans ce domaine.

## Références

- Accra Communiqué*. 2005. Jour d'accès en ligne: 16 août 2006, <http://www.adeanet.org/downloadcenter/Focus/COMMUNIQUE%20-%20final.doc>.
- ADEA (Association for the Development of Education in Africa). 2006. Réunion biennale. Jour d'accès en ligne: 12 novembre, 2006, [http://www.adeanet.org/biennial-2006/en\\_index.html](http://www.adeanet.org/biennial-2006/en_index.html).

- Annan, K. 2001. *We the Children: Meeting the Promises of the World Summit for Children*. Rapport de Secrétaire Générale des Nations Unis. Jour d'accès en ligne: 12 novembre, 2006, [http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport\\_adapted\\_eng.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport_adapted_eng.pdf).
- Asmara Déclaration on ECD*. 2002. Jour d'accès en ligne: 10 août, 2006, [http://www.ecdgroup.com/asmara\\_declaration\\_on\\_ECD.asp](http://www.ecdgroup.com/asmara_declaration_on_ECD.asp).
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1990. *World Declaration on Education for All*. Jour d'accès en ligne: 12 novembre, 2006, <http://www.unesco.org/>.
- . 2000. *World Education Forum*. Jour d'accès en ligne: 12 novembre, 2006, <http://unesco.org/>.
- . 2006. *Strong Foundations*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: UNESCO.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2006. *The State of the World's Children 2007*. New York: UNICEF.
- United Nations. 1989. *Convention on the Rights of the Child*. Jour d'accès en ligne: 5 septembre, 2006, <http://www.unicef.org/crc/>.

**SECTION 1**

**Contextes**



## CHAPITRE 1

# La situation actuelle des jeunes enfants en Afrique subsaharienne

**Marito Garcia, Gillian Virata, et Erika Dunkelberg**

Quelques 130 millions d'enfants de moins de 6 ans, dont beaucoup vivent dans des conditions précaires (voir le tableau 1.1), résident en Afrique subsaharienne (ASS). Des millions de jeunes enfants ont besoin d'interventions rapides et intenses.

Ce chapitre examine les conditions auxquelles ces enfants sont confrontés. Elles ont été mesurées par un indice de protection de l'enfance qui combine le bien-être de l'économie nationale aux indicateurs de niveau de santé, de nutrition et d'apprentissage précoce des enfants. Ce chapitre met également en lumière les conclusions sur la situation des jeunes enfants dans la région en termes de pauvreté, de santé, de nutrition, de statut des orphelins, et d'éducation et de protection de la petite enfance. Enfin, il détermine l'effet de divers indicateurs de la petite enfance sur la performance scolaire, mesurée par les taux d'achèvement d'école primaire.

Plusieurs conclusions importantes se dégagent :

- Les pays les plus riches, moins stressés, ou qui ont de meilleurs indicateurs de développement pour la population en général n'offrent pas toujours un meilleur environnement pour leurs enfants.

12 **Tableau 1.1 Indicateurs nationaux de santé et d'éducation en Afrique**

<i>Pays</i>	<i>Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) 2005</i>	<i>Moins de -5 ans Taux de mortalité (pour 1000) 2005</i>	<i>Retard de croissance (% d'enfants moins de 5 ans) 2005</i>	<i>Taux brut d'inscriptions Préscolaire (%) 2004</i>	<i>Taux brut d'inscriptions primaire (%) 2004</i>	<i>Taux d'inscriptions primaire (%) 2005</i>	<i>Taux de redoublement du primaire (% d'inscriptions) MRY 1998–2002</i>
Afrique du Sud	68	55	25	33	104	99	7
Angola	154	260	45	4	101	—	29
Bénin	91	150	31	4	96	65	20
Botswana	82	120	23	—	105	92	3
Burkina Faso	107	191	39	1	58	31	15
Burundi	114	190	57	1	85	36	26
Cameroun	87	149	32	20	117	62	26
Cap Vert	26	35	—	53	121	96	13
Comores	53	71	44	3	90	58	28
Congo, Rép.	81	108	26	6	88	57	28
Congo, Rép Dém.	129	205	38	1	62	39	16
Côte-d'Ivoire	118	195	21	3	72	51	18
Djibouti	88	133	23	3	40	35	18
Érythrée	50	78	38	7	64	51	21
Éthiopie	109	164	47	2	93	55	11
Gabon	60	91	21	14	130	66	34
Gambie	97	137	19	18	81	68	8
Ghana	68	112	30	42	79	72	6
Guinée	98	150	35	6	81	55	20
Guinée -équatoriale	123	205	39	40	126	45	40
Guinée-Bissau	124	200	30	—	—	28	24



Ile Maurice	13	15	10	95	122	97	4
Kenya	79	120	30	53	114	95	6
Lesotho	102	132	38	31	132	67	21
Liberia	157	235	39	56	—	—	3
Madagascar	74	119	48	10	138	58	29
Malawi	79	125	48	—	122	61	16
Mali	120	218	38	2	66	38	20
Mauritanie	78	125	35	2	93	45	15
Mozambique	100	145	41	—	105	42	23
Namibie	46	62	24	29	99	75	13
Niger	150	256	40	1	47	28	7
Nigeria	100	194	38	5	103	82	3
République centrafricaine	115	193	39	2	56	23	—
Rwanda	118	203	45	3	120	39	17
São Tomé et Príncipe	75	118	29	42	126	61	26
Sénégal	77	136	16	6	88	52	14
Seychelles	12	13	—	102	114	118	—
Sierra Leone	165	282	34	4	155	56	—
Somalie	133	225	23	—	17	—	—
Soudan	62	90	43	27	60	56	5
Swaziland	110	160	30	14	107	64	15
Tanzanie	76	122	38	29	106	54	3
Tchad	124	208	41	—	77	32	25
Togo	78	139	22	2	100	65	24
Uganda	79	136	39	2	118	57	11
Zambie	102	182	50	2	28	78	8

*Sources:* Banque mondiale et UNESCO 2006.

*Note:* a. Prévalence de malnutrition (taille pour l'âge).

- L'Afrique subsaharienne a les taux les plus élevés de pauvreté infantile absolue du monde. Plus de la moitié de tous les enfants dans la région restent sans abri et 45% n'ont pas d'eau potable. La région présente également les taux les plus élevés de carences dans les domaines de l'éducation (30%) et de la santé (27%).
- Environ 96 enfants sur 1000 nés en ASS en 2005 n'ont pas atteint leur premier anniversaire et 163 enfants sur 1000 n'atteindront pas leur cinquième anniversaire. Ces chiffres représentent le double des moyennes mondiales.
- L'amélioration des taux de mortalité infantile entre les années 1960 et 1990 a été annulée par des inversions de tendance dans des nombreux pays à la fin des années 1990 et au début des années 2000.
- Le paludisme est la principale cause de décès d'environ 1 million d'enfants de moins de 5 ans en ASS chaque année. Cette tranche d'âge compte 75% de tous les décès dus à cette maladie dans la région. Le paludisme cause 20% de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans.
- Les indicateurs de nutrition en ASS restent dans la moyenne des pays en développement, mais le nombre d'enfants souffrant de malnutrition grave est passé de 28 millions en 1990 à 36 millions en 2000, et a encore augmenté pour atteindre 40 millions en 2005.
- La population d'orphelins en ASS a augmenté pour atteindre 46,6 millions en 2005. Pour 12,3 millions de ces enfants, le SIDA a causé la mort d'un ou des deux parents.
- Le taux brut d'inscriptions au préscolaire est très faible, avec une moyenne de 12%<sup>1</sup> ce qui est bien inférieur à la moyenne de 36% du monde en développement. Toutefois, le nombre total d'inscriptions a augmenté en chiffres absolus entre 1999 et 2004.
- L'analyse des données nationales de 47 pays de l'ASS confirme une importante contribution des facteurs de la petite enfance à la réussite à l'école primaire. La moyenne des taux d'achèvement du primaire dans ces pays est associée à l'inscription préscolaire et à l'état de santé et de nutrition de la petite enfance.

### **Les indices démontrent les conditions des enfants**

On peut évaluer le bien-être des enfants en utilisant l'indice du bien-être des enfants, qui est basé sur les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, les taux bruts de scolarisation primaire et secondaire, et sur le PIB par habitant (parité du pouvoir d'achat). Bien que les pays où le revenu est plus élevé offrent généralement de meilleures conditions de vie à leurs

enfants, dans de nombreux pays, un revenu élevé ne se traduit pas nécessairement par des meilleures conditions de vie pour les enfants (voir la figure 1.1). Au Libéria, par exemple, l'indicateur de bien-être des enfants est plus bas que dans des pays à faible revenu ; le Malawi, l'un des plus pauvres pays du monde, a un indicateur de bien-être beaucoup plus élevé que celui de nombreux pays plus riches. La plupart des pays affichant les scores les plus faibles à l'indicateur de bien-être des enfants sont aussi des pays à faibles revenus et en difficultés (connus par le sigle anglais LICUS), mais certains pays LICUS, tels que les Comores et la Gambie, ont des indices élevés.

Certains pays subviennent mieux aux besoins de la population en général qu'à ceux de leurs enfants (voir la figure 1.2). Les scores de l'indice de développement humain sont plus adaptés aux scores d'indicateurs de bien-être des enfants que les classements du PIB par habitant<sup>2</sup>.

### **La situation des enfants en Afrique subsaharienne est pire que dans d'autres régions du monde**

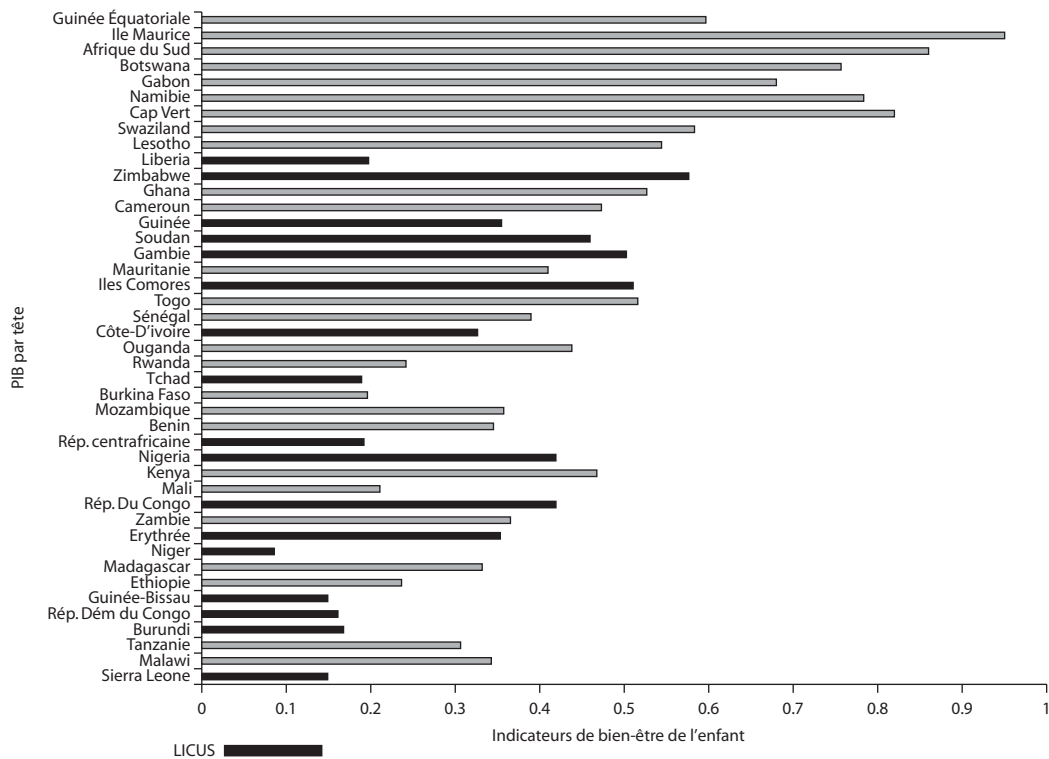
Gordon et al. (2003) présentent les résultats relatifs à la pauvreté des enfants dans les pays en développement de manière holistique. Ils définissent la pauvreté pas en termes des revenus, mais en termes de « privation grave » de nourriture, d'eau potable, d'hygiène, d'infrastructures, de santé, de logement, d'éducation, d'informations et des services sociaux de base.

Les résultats en ASS sont extrêmes. La région enregistre le plus fort taux de pauvreté infantile absolue du monde : 207 millions d'enfants, soit 65% de tous les enfants de la région, souffrent de deux types de privation grave ou plus ; plus de 80% sont sévèrement privés d'un ou de plusieurs besoins fondamentaux. Plus de 70% des enfants des zones rurales vivent dans la pauvreté absolue et 90% souffrent de privations graves (voir les figures 1.3 et 1.4)<sup>3</sup>.

### ***La régression de la mortalité infantile s'est ralentie, mais a repris dans certains pays***

Les taux de mortalité infantile en ASS sont élevés; ils sont aussi moins bons, par rapport aux pays riches, qu'ils ne l'étaient il ya une génération. En 1980, les taux de mortalité infantile en ASS étaient 13 fois plus élevés que dans les pays riches; en 2005, ils étaient 29 fois plus élevés (Watkins, 2005). Aucun des grands pays de l'ASS ne réalisera le quatrième objectif du millénaire pour le développement, de réduire les taux de mortalité

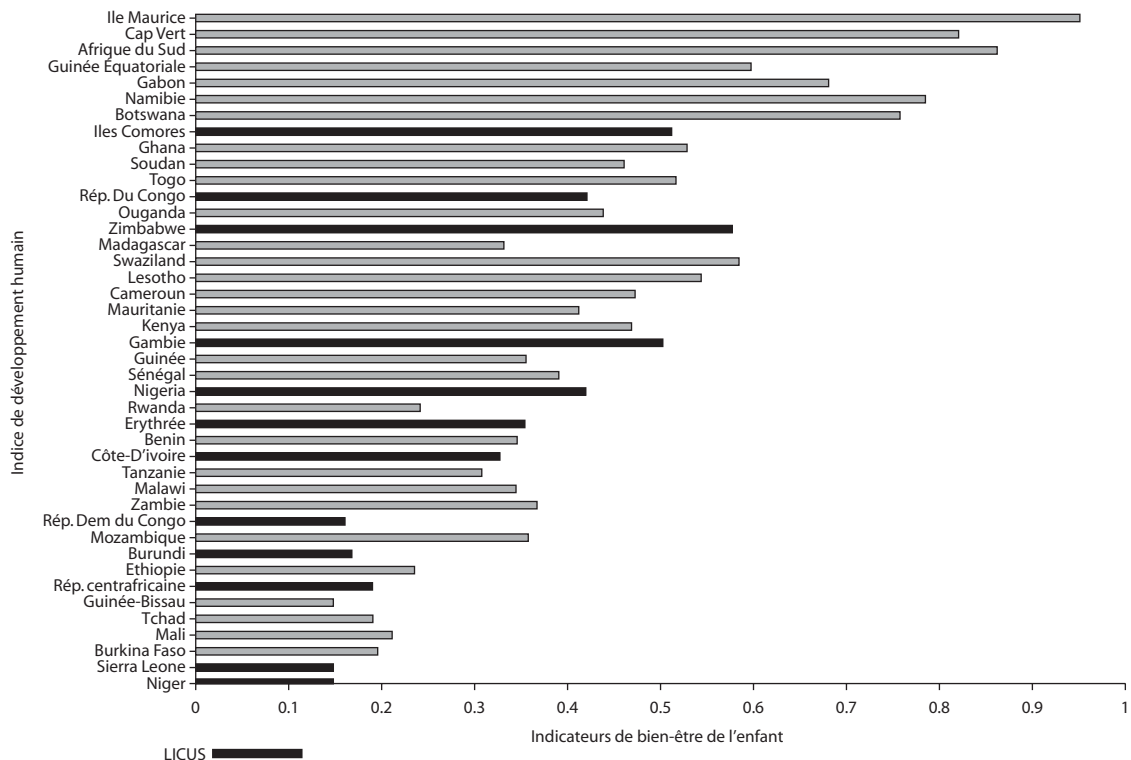
**Figure 1.1 Une revenue nationale élevée ne se traduit pas nécessairement par de meilleures conditions pour les enfants**



**Source:** Les auteurs ont calculé les scores en utilisant les formules de l'indicateur de bien-être de l'enfant développées par van der Gaag et Dunkelberg (2004) utilisant les données des indicateurs de base du développement de la Banque mondiale de 2003 sur l'Afrique subsaharienne.

**Note:** Les pays sont classés suivant le PIB par habitant en allant du plus élevé au plus faible. LICUS = Pays à faibles revenus et en difficultés.

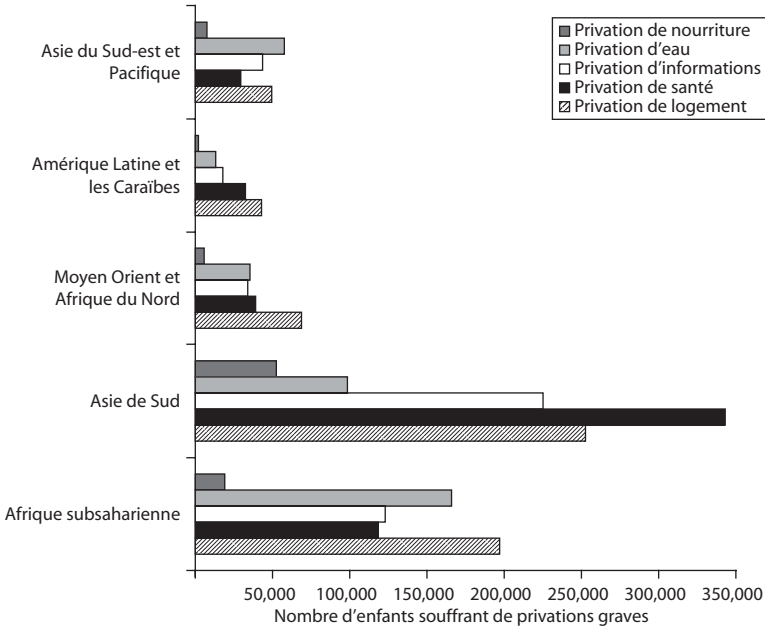
**Figure 1.2 Les pays avec de meilleurs indices de développement humain tendent à avoir de meilleurs indicateurs de bien-être des enfants**



*Source:* Les auteurs ont calculé les scores en utilisant les formules de l'indice de bien-être de l'enfant développées par van der Gaag et Durkelberg (2004) utilisant les données des indicateurs de base du développement de la Banque mondiale de 2003 sur l'Afrique subsaharienne.

*Note:* Les pays sont classés suivant le PIB par habitant en allant du plus élevé au plus faible. LICUS= Pays à faibles revenus et en difficultés.

**Figure 1.3 Plus d'enfants souffrent de privations graves en Afrique subsaharienne que dans toute autre région sauf l'Asie du Sud-est (2000)**



Source: Basée sur les données de Gordon et al. (2003).

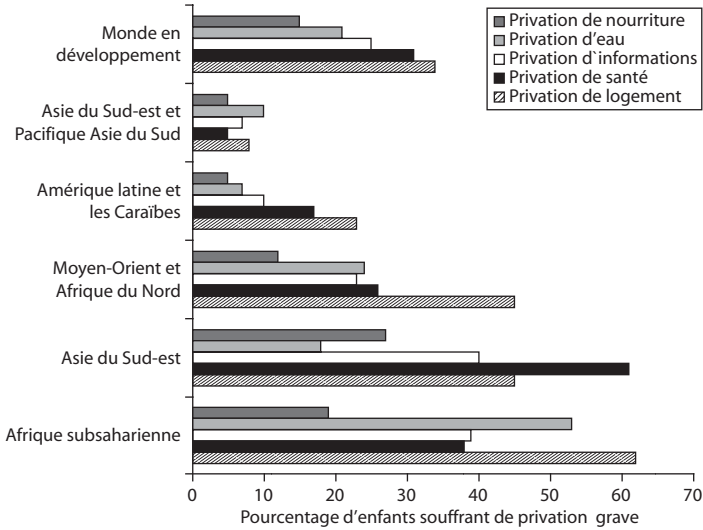
infantile les moins de 5 ans de deux tiers entre 1990 et 2015. En fait, aux taux actuels, l'ASS n'atteindra pas la cible avant 2015 (p. 42).

L'Organisation mondiale de la santé (2005) confirme ces conclusions désastreuses. Bien que la mortalité infantile connaisse une régression au niveau mondial, les indicateurs de régression de la mortalité infantile en ASS ont été inversés au cours de la dernière décennie. Dans l'ensemble, 35% des enfants du continent courent plus des risques de mourir aujourd'hui qu'il y a 10 ans.

Cependant toutes les nouvelles ne sont pas alarmantes. Plusieurs pays ont réussi à faire régresser la mortalité infantile ces dernières années. Entre 2000 et 2004, par exemple, le Malawi a réduit la mortalité infantile des enfants de moins de cinq ans de 24% et la Tanzanie de 20%. La mortalité infantile dans d'autres pays—dont l'Éthiopie, le Mozambique, la Namibie, le Niger et le Rwanda—a été réduite au cours de la même période.

L'Organisation mondiale de la santé attribue les taux obstinément élevés de mortalité des enfants de moins de cinq ans de la région à « l'absence

**Figure 1.4 La proportion d'enfants en Afrique subsaharienne qui souffrent de privations graves de logement et d'eau potable est la plus élevée au monde (2000)**



Source: Basée sur les données de Gordon et al. (2003)

de soins préventifs et de traitements, aux systèmes de santé fragiles, et à la stagnation socioéconomique due aux conflits, à l'instabilité et au VIH/SIDA » (WHO 2005, p. 52). Ces facteurs ont entraîné des augmentations du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans 14 pays africains depuis 1990. La région dans son ensemble n'a connu qu'une légère régression de son taux de mortalité des moins de cinq ans, passant de 185 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1990 à 163 en 2005.

En moyenne, 68 enfants sur 1 000 dans les pays à revenu intermédiaire de la région meurent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire (54 d'entre eux meurent avant leur premier anniversaire). Par contre ce sont 189 enfants qui meurent dans les pays LICUS (107 d'entre eux meurent avant leur premier anniversaire ; World Bank 2005). Les enfants en Île Maurice et aux Seychelles ont les meilleures chances de survie (avec un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 15 et 13 pour 1 000, respectivement), tandis que ceux de la Sierra Leone courent le plus grand risque (un taux de mortalité des moins de cinq ans de 282 pour 1 000 et un taux de mortalité infantile de 165).

Sur les 2,3 millions d'enfants de moins de 14 ans vivant avec le VIH dans le monde, 2,0 millions, soit plus de 86%, se trouvent en ASS (UNAIDS 2006). Ces enfants sont tellement vulnérables au VIH parce

que 6,1% des parents de 15 ans et plus sont séropositifs, ce qui représente environ sept fois le taux mondial moyen de prévalence.

Le paludisme aussi est une menace majeure pour les enfants en Afrique. Entre 1999 et 2003, seulement 14% des enfants de moins de 5 ans de la région dormaient sous moustiquaires, seulement 4% dormaient sous moustiquaires traitées, et seulement 37% de ceux qui souffraient de fièvre avaient reçu des médicaments antipaludiques (UNICEF 2006). Les taux de prévention et de traitement sont faibles bien que quelques 200 à 450 millions des jeunes enfants soient infectés par la maladie. Le paludisme tue 1 million des personnes en Afrique chaque année, et plus de 75% d'entre elles sont des enfants (Mills and Shillcutt 2004). Il est responsable d'environ 20% des décès des enfants de moins de 5 ans.

En 2005 les gouvernements d'ASS n'ont financé que 50% des vaccins des Programmes élargis de vaccination (PEV) de routine; les donateurs et le secteur privé ont financé le reste. Environ 76% des enfants de 1 an sont vaccinés contre la tuberculose et entre 66 à 77% reçoivent le vaccin DTC (diphtérie, tétanos, coqueluche), les vaccins contre la poliomyélite et la rougeole, mais ces chiffres restent les plus faibles au monde. La vaccination contre la rougeole a atteint 65% en 2005, mais reste très bas par rapport à toute autre région du monde.

On constate que 37% des enfants âgés de moins de 1 an en ASS sont vaccinés contre l'hépatite, ce qui représente le deuxième taux le plus bas au monde après l'Asie du Sud (où seulement 1% de la population est vaccinée). La vaccination des femmes enceintes contre le tétanos est plus faible en ASS (61%) qu'en Asie du Sud-est (77%; UNICEF 2006).

La hausse du niveau de vie ainsi que baisse du nombre de décès dus aux maladies diarrhéiques et aux maladies évitables grâce aux vaccins ont réduit le taux de mortalité infantile depuis 1970, mais le mouvement ralentit. La malnutrition et les infections respiratoires aiguës diminuent plus lentement qu'autrefois, et le nombre de décès dus au paludisme a augmenté.

### ***La malnutrition est élevée et le nombre des enfants en insuffisance pondérale a augmenté***

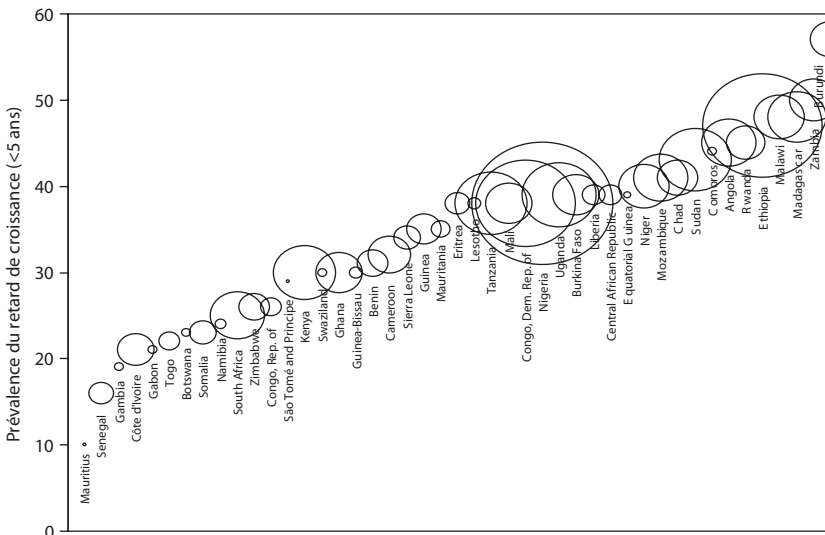
La malnutrition chronique qui se mesure par le degré d'atrophie (ou retard de croissance) touche 37% des enfants de moins de 5 ans en ASS ; ce taux de prévalence n'a pas du tout changé depuis 1990. Le nombre d'enfants qui souffrent de malnutrition grave est passé de 28 millions en 1990 à 36 millions en 2000 (ACC/SCN and IFPRI 2000) et l'estimation



la plus récente parle d'une augmentation qui atteindrait 40 millions de mal-nourris en 2005 (World Bank 2007). L'ASS est la seule région au monde où l'incidence de la malnutrition est en augmentation. Les pays qui connaissent un taux très élevé dans le retard de croissance sont le Burundi, l'Éthiopie, Madagascar, le Malawi et la Zambie, où plus de 45% des enfants sont affectés. La figure 1.5 montre la prévalence du retard de croissance sur le continent.

La malnutrition est un facteur majeur dans l'apparition d'autres problèmes de santé; elle est associée à plus de 52% de la mortalité infantile en ASS (WHO 2007). En dehors de la malnutrition protéine-énergétique, qui se traduit par un retard de croissance des enfants, il existe d'autres grands problèmes de nutrition chez les jeunes enfants en ASS, notamment l'avitaminose A, qui affaiblit le système immunitaire, entraîne une cécité partielle ou totale et contribue à 22% de tous les décès infantiles dans ces pays. Des organismes internationaux tels que le Fonds des nations pour l'enfance (UNICEF) ont accru leurs efforts pour lutter contre ce problème en apportant des suppléments de vitamine A ; on estime que la couverture a augmenté jusqu'à 73% dans la région en 2004,

**Figure 1.5 Prévalence du retard de croissance chez les enfants âgés de moins de 5 ans en Afrique subsaharienne (2005)**



Sources: Données du Département des ressources humaines de la Banque Mondiale 2006, UNICEF 2004.

Note: La taille de la bulle indique le nombre relatif d'enfants qui sont touchés.

par rapport au niveau bas dans les années 1990. L'anémie ferriprive est l'un des problèmes de santé les plus répandus chez les jeunes enfants, portant atteinte au développement psychique normal de 40% à 60% des nouveau-nés en ASS. Plus des deux tiers des enfants de moins de 6 ans en ASS sont anémiques ; le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Mozambique et la Sierra Leone sont les plus durement touchés avec plus de 80% de prévalence (UNICEF 2006).

On estime que la malnutrition réduit d'au moins 2% à 3% la croissance du PIB en ASS; en raison des pertes causées par l'augmentation des coûts des soins de santé, auxquelles s'ajoutent les pertes engendrées par l'affaiblissement des fonctions cognitives caractérisé par une scolarité réduite et une réduction de la capacité d'apprentissage.

La carence en micronutriments provoque l'anémie, qui entretient la pauvreté en raison des pertes directes de productivité du à la faiblesse physique. Elle peut aussi provoquer le crétinisme et la cécité chez l'enfant. Même des carences micronutriments usés sub-cliniques sans symptômes manifestes entravent le développement intellectuel, compromettent le système immunitaire, entraînent des malformations congénitales, et contraignent des millions des personnes de la région à vivre en dessous de leur potentiel physique et mental.

### ***Le nombre d'orphelins est élevé et en augmentation***

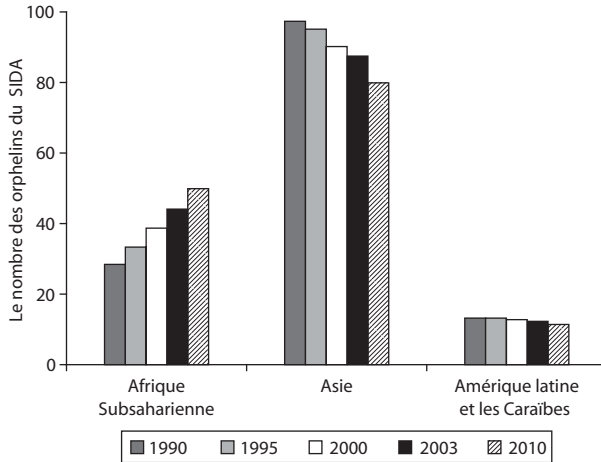
Plus de 46 millions d'enfants en ASS, soit 12,3% de tous les enfants, étaient orphelins en 2005 ; 26% d'entre eux étaient des orphelins du SIDA <sup>4</sup>. Environ 23 millions d'enfants dans la région avaient perdu leur mère (plus d'un tiers en raison du SIDA), 28,2 millions avaient perdu leur père (plus d'un quart en raison du SIDA), et 7,7 millions avaient perdu leurs deux parents (plus de la moitié en raison du SIDA). Au cours de la seule année 2005, 5 millions d'enfants africains sont devenus orphelins.

La proportion d'orphelins est plus élevée que dans toute autre région du monde. Le nombre d'orphelins est en augmentation, principalement en raison de la forte incidence du SIDA (voir la figure 1.6).

À moins de rendre traitement antirétroviral largement disponible, le nombre d'orphelins dans la région pourrait atteindre 18,4 millions en 2010 (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004). (Voir la figure 1.7.)

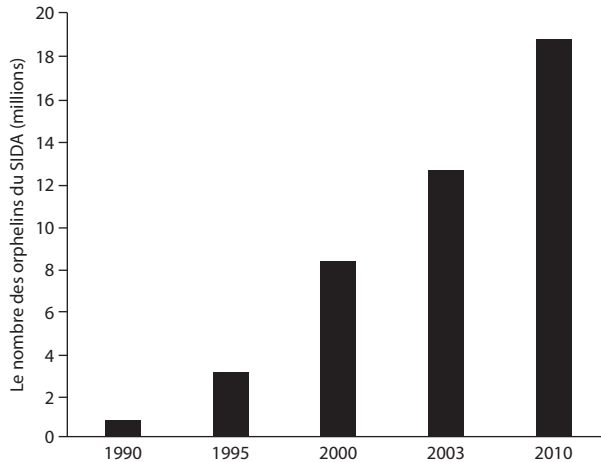
On escompte que 17 pays en ASS auront chacun plus d' 1 million d'orphelins d'ici 2010. Dans 13 pays, on projette qu'au moins 5% de tous les enfants seront orphelins d'ici 2010 (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004). Les plus fortes augmentations de la proportion d'orphelins devraient se produire au Swaziland (de 18% en 2003 à 24% en 2010), en Namibie (de 12% à 18%), et, encore plus inquiétant en raison du nombre

**Figure 1.6 L’Afrique subsaharienne est la seule région du monde où le nombre d’orphelins augmente**



Source: UNAIDS, UNICEF, et USAID 2004.

**Figure 1.7 Le nombre des orphelins du SIDA en Afrique subsaharienne est monté en flèche en 1990 et 2003 et les projections indiquent que ce nombre continuera à augmenter**



Source: UNAIDS, UNICEF, et USAID 2004.

bien plus élevés en valeur absolue, en Afrique du Sud (de 13% à 19%), où le nombre d’orphelins devrait passer de 2,2 millions en 2003 à 3,1 millions en 2010. La situation est également alarmante en République Démocratique du Congo, où le nombre devrait augmenter de 4,2 millions

en 2003 à 4,9 millions en 2010, et en Éthiopie, où le nombre devrait passer de 3,9 à 4,7 millions.

Le nombre d'orphelins a baissé en Gambie et au Rwanda. En Gambie, le nombre est passé de 48 000 en 1990 à 45 000 en 2003, et leur proportion est passée de 12% à 9% de tous les enfants. Au Rwanda, le nombre a baissé de 830 000 en 2000 à 810 000 en 2003, alors qu'il était de 550 000 en 1990.

La proportion d'orphelins a diminué de 19% en 2000 à 17% en 2003 et devrait revenir à son niveau de 1990, soit 14% d'ici 2010.

Parmi les grands pays, l'Ouganda semble être le plus prometteur ; on estime que le nombre d'orphelins devrait baisser de 2 millions en 2003 à 1,9 million en 2010, ce qui représente un passage de 14 à 11% de tous les enfants. Au Soudan, le nombre d'orphelins est resté à 1,3 million entre 1995 et 2003, mais il devrait passer à 1,5 million en 2010, ce qui représentera probablement de 9% de la population infantine en 2010.

### ***Trop peu d'enfants africains fréquentent les classes préscolaires***

En ASS, seulement 12% des enfants d'âge préscolaire, entre 3 et 6 ans, étaient inscrits dans l'enseignement préscolaire en 2004, soit un tiers du taux en Asie de l'Est et en Asie du Sud (UNESCO 2006). Le taux brut de scolarisation préscolaire a augmenté de 2 points de pourcentage entre 1999 et 2004, passant d'un effectif total de 5,1 millions à 7,4 millions. Cependant, cette forte hausse en chiffres absolus n'apparaît pas dans les taux en raison de la croissance démographique élevée au cours de cette période. La différence entre les pays plus performants et ceux qui le sont moins est plus importante en ASS que dans toute autre région; les pays peu performants ont les pires indicateurs au monde (voir le tableau 1.1).

Les pays où on rencontrait un taux de scolarisation pré primaire brut (TBS) large comprenaient l'Île Maurice et les Seychelles, qui avaient une scolarisation universelle, le Kenya (44%), le Ghana (40%), le Libéria (41%), et la Guinée équatoriale (31%). Ces taux contrastent nettement avec la faible scolarisation au Mali (3%), en Côte d'Ivoire (2%), et au Sénégal (1%). Plus de la moitié (64%) de toute la scolarisation primaire incombait aux institutions privées, organisations non gouvernementales (ONG), associations de quartier, églises, les mosquées et les prestataires privés.

L'espérance de vie scolaire pré primaire (le nombre moyen d'années d'éducation pré primaire qu'un enfant peut espérer recevoir si les taux

actuels de participation restent constants) est très faible : à peine 0,3 ans. Toutefois, dans les pays très performants de la région (le Libéria, l'Île Maurice et les Seychelles), les enfants restent plus longtemps dans le préscolaire que les enfants d'un bon nombre d'autres pays dans le monde, même au Canada et en Grèce, ce qui indique une grande variété des conditions dans l'éducation de la petite enfance sur le continent.

Au cours des années 1990, les taux de scolarisation pré primaire bruts ont augmenté à une moyenne de 5,2 points de pourcentage en ASS. Dans les pays les plus pauvres (pays dont le PNB par habitant est inférieur à 695 dollars US), le taux n'a augmenté que de 1,4 point (Jaramillo and Mingat, 2006, p. 8), tandis que dans les pays les plus riches de la région, le taux a augmenté de 33 points. Si les inscriptions continuaient à croître de façon aussi rapide, ces pays deviendraient le premier groupe de pays au monde à réaliser l'éducation pré primaire universelle en 2015. Pour la région dans son ensemble, seulement 4 des 36 pays à faible revenu et 4 des 8 pays à revenu élevé sont en bonne voie pour réaliser l'objectif de scolarisation pré primaire brute de 25% d'ici à 2015 (Jaramillo and Mingat, 2006, p. 11). Le taux de scolarisation pré primaire brut devra augmenter d'au moins 2 points par an dans tous les pays pour atteindre l'objectif.

Le taux d'achèvement des études primaires se situe seulement à 58% en Afrique subsaharienne. Ils sont donc bien en dessous des 74–96% que l'on trouve dans d'autres régions en développement. En outre, un nombre élevé d'enfants répètent les classes primaires, plus que dans toutes les autres régions, à l'exception de l'Amérique latine et des caraïbes (voir le tableau 1.2).

### ***L'investissement dans les jeunes enfants augmente le taux d'achèvement du primaire***

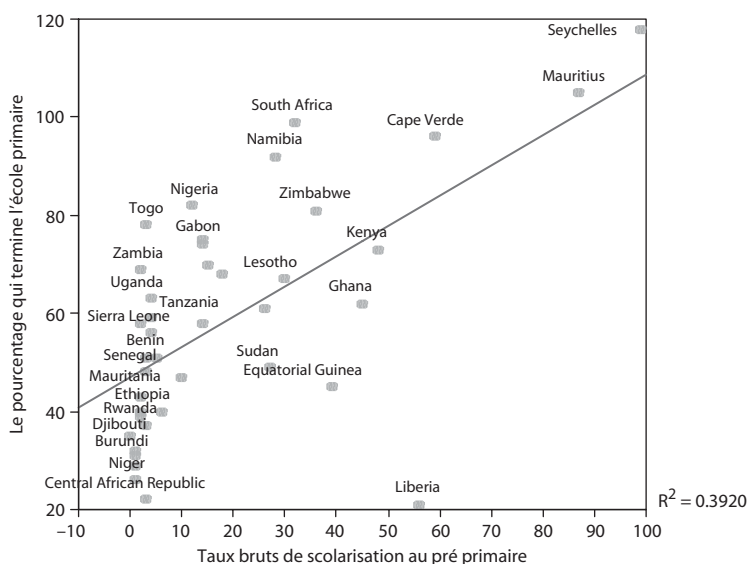
La figure 1.8 montre les données nationales de 47 pays d'ASS qui montrent une corrélation étroite entre les facteurs éducatifs de la petite enfance et l'achèvement de l'école primaire. Les taux moyens d'achèvement du primaire sont intimement associés au niveau de scolarisation pré primaire et à l'état de santé et nutritionnel des jeunes enfants. Si l'association est positive, la répartition autour de la ligne de régression varie considérablement, en particulier pour les pays d'Afrique, indiquant l'influence d'autres facteurs. Les taux de scolarisation pré primaire bruts en Namibie se situent seulement à 29%, mais le taux d'achèvement du primaire y est de 75%, alors qu'une scolarisation pré primaire à peu près similaire de 31% au Lesotho n'a donné que 55% environ d'achèvement du primaire. Ces résultats sont obtenus même après contrôle des revenus,

**Tableau 1.2 Les taux bruts de scolarisation dans les établissements préscolaires ont augmenté en Afrique subsaharienne mais demeurent largement en dessous de ceux du reste du monde**

	Taux bruts de scolarisation préscolaire (%)		Total de la scolarisation préscolaire		Changement du total de la scolarisation préscolaire entre 1999 et 2004
	1999	2004	1999	2004	
Afrique subsaharienne	<b>10</b>	<b>12</b>	5,219,000	7,359,000	+43.5
Asie du Sud et de l'Ouest	23	32	22,186,000	31,166,000	+40.5
Asie de l'Est	40	40	36,152,000	32,831,000	- 9.2
Amérique latine	55	61	15,720,000	18,154,000	+15.5
Pays en développement	28	32	80,070,000	91,089,000	+13.8
Pays développés	73	77	25,386,000	25,482,000	+0.4
Amérique du Nord/ Europe de l'Ouest	76	78	19,151,000	19,408,000	+1.3

Source: UNESCO 2006.

**Figure 1.8 La corrélation est positive entre la scolarisation au pré primaire et les taux d'achèvement du primaire**



Source: Calculs des auteurs à partir de données de l'UNESCO 2006 data.

ce qui suggère que la scolarité pré primaire (formelle ou informelle) est susceptible d'accroître les chances de ces enfants de rester à l'école primaire.

Dans une analyse distincte, Jaramillo et Mingat (2003, 2006) constatent des résultats similaires (voir le tableau 1.3). Dans les pays où les taux bruts d'inscription préscolaire étaient de 60%, 84% des enfants ont atteint la cinquième année d'école. En revanche, dans les pays où le taux brut d'inscription n'était que de 10%, moins de 69% des élèves ont atteint la cinquième année. Globalement, ces résultats s'alignent avec les principales conclusions d'études longitudinales effectuées dans le reste du monde. De nombreux pays signalent de meilleures performances dans le primaire chez ceux qui ont suivi une scolarisation pré primaire et ont joui d'une bonne nutrition dans leur petite enfance (Alderman et al. 2001, Fogel 1994, Grantham-McGregor et al. 1997).

## Investir dans les jeunes enfants

Les données comparatives entre pays sur la situation des jeunes enfants en Afrique mettent en évidence les conditions désespérées et le besoin urgent d'améliorer la nutrition, la santé et les conditions de la petite enfance dans la quasi-totalité des pays. La région enregistre les taux de pauvreté enfantine absolue les plus élevés au monde, elle touche plus de la moitié de tous les jeunes enfants.

Les constatations présentées dans ce chapitre s'alignent aux conclusions des recherches antérieures qui soutiennent que les investissements dans les jeunes enfants devraient probablement améliorer leurs chances de réussite plus tard dans la vie. Le niveau d'investissement dans l'alimentation, la santé, les garderies préscolaires et les soins pendant la petite enfance influence positivement les taux d'achèvement des études

**Tableau 1.3 Les taux bruts d'inscription plus élevés au pré primaire sont associés à des taux de redoublement plus faibles**

	<i>Taux bruts d'inscriptions (%)</i>						
	0	10	20	30	40	50	60
Taux de redoublement							
Tous les pays africains	20.4	19.2	17.9	16.7	15.5	14.2	13.0
Pays francophones	22.7	21.5	20.3	19.0	17.8	16.6	15.3
Pays anglophones	15.3	14.0	12.8	11.6	10.4	9.1	7.9
Taux de survie à la 5 <sup>e</sup> année	65.3	68.5	71.6	74.8	78.0	81.2	84.3

Source: Jaramillo et Mingat 2006.

primaires, ainsi que les taux d'inscriptions bruts à l'école primaire. Parce que l'amélioration de l'éducation améliore le capital humain tout au long de la vie, investir dans la petite enfance contribuerait à plus long terme au développement économique des pays de l'ASS.

## Notes

1. Dans le meilleur des cas, on ne peut qu'estimer les données sur les taux d'inscriptions dans le pré primaire parce que celles-ci incluent les enfants au dessous et au dessus de la moyenne d'âge et sont basées sur des définitions différentes des enfants en âge pré primaires. Les taux d'inscriptions bruts sont de meilleurs indicateurs de participation dans l'éducation, mais ces données n'ont pas encore été compilées pour les pays de l'ASS.
2. L'indice du développement humain est un « indice composite qui mesure le niveau moyen atteint dans trois dimensions élémentaires de développement humain une vie longue et en bonne santé, les connaissances, et un niveau de vie décent » (Watkins 2005, 357).
3. Pour les données nationales concernant la plupart des pays de l'ASS ainsi que d'autres pays en développement, voir Gordon et al. (2003).
4. Sauf indications contraires, cette section se base sur UNAIDS, UNICEF and USAID (2004), qui définissent un orphelin comme « tout enfant de moins de 18 ans qui a perdu un ou ses deux parents. »

## Références

- ACC/SCN and IFPRI (International Food Policy Research Institute). 2000. *4th Report on the World Nutrition Situation*. Geneva: ACC/SCN and IFPRI.
- Alderman, H., J. Behrman, V. Lavy, and R. Menon. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *Journal of Human Resources* 36 (1): 185–205.
- Fogel, R. W. 1994. "Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy." NBER Research Working Paper W4638. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Gordon, D., S. Nandy, C. Pantazis, S. Pemberton, and P. Townsend. 2003. *Child Poverty in the Developing World*. Bristol, U.K.: Policy Press.
- Grantham-McGregor S. M., S. P. Walker, S. M. Chang, and C. A. Powell. 1997. "Effects of Early Childhood Supplementation With and Without Stimulation on Later Development in Stunted Jamaican Children." *American Journal of Clinical Nutrition* 66: 247–53.



- Jaramillo, A., and A. Mingat. 2003. *Early Childhood Care and Education in Sub-Saharan Africa: What Would It Take to Meet the Dakar Goal?* Washington, DC: World Bank.
- . 2006. “Early Childhood Care and Education in Sub-Saharan Africa: What Would It Take to Meet the Millennium Development Goals?” Paper presented at the Association for the Development of Education in Africa’s Biennale on Education in Africa, Libreville, Gabon. Mars 27–31.
- Mills, A., and S. Shillcutt. 2004. *Summary of Copenhagen Consensus Challenge Paper: Communicable Diseases*. Jour d’accès en ligne 6 Novembre, 2006, from <http://www.copenhagenconsensus.com/Default.aspx?ID=220>.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2006. *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, UNICEF (United Nations Children’s Fund), and USAID (U.S. Agency for International Development). 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. New York: USAID.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2006. *Strong Foundations: EFA Global Monitoring Report 2007*. Paris: UNESCO.
- UNICEF. 2004. *The State of the World’s Children 2005*. New York: UNICEF.
- . 2006. *The State of the World’s Children 2007*. New York: UNICEF.
- van der Gaag, J., and E. Dunkelberg. 2004. *Measuring Child Well-Being in the Mediterranean Countries—Toward a Comprehensive Welfare Index*. Genoa: MedChild Institute.
- Watkins, K. 2005. *International Cooperation at a Crossroads: Aid, Trade, and Security in an Unequal World*. Human Development Report 2005. New York: United Nations Development Programme.
- WHO (World Health Organization). 2005. *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva: WHO.
- . 2007. *The World Health Report 2007*. Geneva: WHO.
- World Bank. 2005. *World Development Indicators 2005*. Retrieved November 6, 2006, from <http://www.worldbank.org/data/wdi2000/>.
- . 2006. *World Development Indicators 2006*. Washington, DC: World Bank.
- . 2007. *World Development Indicators 2007*. Washington, DC: World Bank



## CHAPITRE 2

# Positionner le développement de la petite enfance (DPE) sur le plan national : tendances dans certains pays africains

Agnes Akosua Aidoo

« Nous reconnaissons que l'avenir de l'Afrique réside dans le bien-être de ses enfants et de ses jeunes. Les perspectives de transformation socioéconomique du continent existent à travers l'investissement dans les jeunes du continent. Investir aujourd'hui dans les enfants, c'est assurer la paix, la stabilité, la sécurité, la démocratie et le développement durable de demain. »

—*L'Afrique pour les enfants : La position commune africaine*  
(Organization of African Unity 2001, para. 6)

Le développement de la petite enfance (DPE) est le fondement du développement humain. Se focaliser sur le jeune enfant et le DPE de manière holistique permet d'envisager un développement humain durable et de la croissance économique, ainsi que de voir un changement social en Afrique. Pour réaliser cet objectif, les pays doivent élaborer des politiques de DPE qui vont orienter les décisions stratégiques et l'affectation des ressources.

Presque tous les pays de l'Afrique subsaharienne (ASS) ont élaboré et mis en place depuis au moins les années 1960 diverses formes d'activités sectorielles de DPE visant à soutenir les jeunes enfants et leurs familles. Quelques pays ont élaboré, ou sont en train d'élaborer, des politiques nationales spécifiques de DPE dont l'objectif est d'intégrer les différentes activités sectorielles. Cette approche intégrée a pour but le développement complet ou holistique de l'enfant. Elle englobe la santé, la nutrition, l'eau et l'hygiène, les soins, la stimulation, l'apprentissage, la protection sociale, et l'autonomisation de la famille et de la communauté pour que les enfants puissent développer pleinement leur potentiel. Le moment est venu d'élargir et d'accélérer ce processus politique et de faire avancer un DPE holistique, qui sert de pivot du développement de l'Afrique.

Ce chapitre met en évidence le lien critique entre le développement de la petite enfance en Afrique et le respect des engagements pris et des conventions internationaux signés. Il suggère comment procéder au mieux pour offrir un soutien politique aux jeunes enfants et à leurs familles en regard des défis et des opportunités actuelles.

La première section résume la situation actuelle des jeunes enfants en Afrique en indiquant les progrès réalisés et les défis importants qui se posent. La seconde section fait une synthèse de l'évolution récente de la politique de DPE. La troisième section met en évidence le lien entre le DPE et les conventions politiques et les stratégies internationales et régionales qui influencent les plans et les politiques nationales de développement. La quatrième section montre la nécessité d'une politique nationale spécifique de DPE et les défis que rencontre cette politique unifiée. La section suivante décrit les processus essentiels pour l'élaboration de politique et leur application en se servant des expériences et des leçons apprises dans la région. La dernière section tire des conclusions et propose des actions clés pour créer un environnement politique propice qui permettrait d'accélérer le DPE en Afrique.

## **Les jeunes enfants en Afrique**

Les sociétés africaines valorisent les enfants et les placent au centre de la vie familiale et des communautés. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant stipule que « l'enfant occupe une position unique et privilégiée dans la société africaine » (Organisation of African Unity 1999, Preamble, para. 4). Durant des décennies, les gouvernements ont rappelé l'importance des enfants dans leurs efforts de développement, et ils ont alloué des ressources importantes au développement de l'enfant, en

particulier dans les domaines de l'éducation et de la santé. Ils ont récemment confirmé leur engagement dans *L'Afrique pour les enfants : La position commune africaine* (Organisation de l'unité africaine 2001), une publication élaborée lors du Forum panafricain sur l'avenir des enfants qui s'est tenu au Caire en mai 2001. Cette position a été approuvée par les chefs d'États et des gouvernements de l'Organisation de l'unité africaine (maintenant l'Union africaine [UA]) à Lusaka en juillet 2001. *La position commune africaine* était la contribution de l'Afrique à la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les enfants qui s'est tenue en mai 2002. Les enfants et les jeunes représentent plus de la moitié de la population de l'Afrique (African Union et al. 2003).

En dépit des efforts importants consentis au cours des 10 dernières années pour garantir les droits des enfants, en ASS une grande partie d'entre eux connaissent un démarrage difficile dans la vie. Ceci est dû essentiellement à l'aggravation de la pauvreté, aux dettes nationales, à un soutien politique et des services inadéquats, aux conflits et dans certains cas à des habitudes culturelles dommageables. Les pays de l'ASS doivent aussi faire face à des sérieux défis causés par un accroissement de la population enfantine plus rapide que celui des services.

Les problèmes énormes que rencontrent la majorité des enfants africains ont un impact sur la capacité de leurs familles à prendre bien soin d'eux. Des conditions de travail différentes pour leurs parents et une forte prévalence du VIH/SIDA chez les femmes et les jeunes expliquent qu'un nombre croissant des familles et des communautés soient incapables de prendre correctement soin de leurs enfants. C'est pourquoi il faut faire appel aux gouvernements qui doivent s'acquitter de leurs obligations dans le cadre d'un développement fondé sur les droits de l'homme, afin de garantir des services de qualité à tous les enfants ainsi qu'une protection et des systèmes de soutien appropriés pour leurs familles.

## **Évolution de la politique de DPE**

Avant 1990, les jeunes enfants, surtout la tranche d'âge qui va de la naissance à 5 ans, étaient presque invisibles dans la majorité des documents politiques africains, sauf dans les politiques et stratégies sectorielles de la santé et de la nutrition. À partir de 1990, l'élan international en faveur des enfants et du DPE inscrit dans la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous (UNESCO 1990) a encouragé le développement d'actions officielles en Afrique subsaharienne. Dès l'instant où ils ont signé la Convention des droits de l'enfant (CRC ; United Nations 1989) et ont

commencé à participer activement aux conférences sur l'éducation pour tous (EPT) et au Sommet mondial pour les enfants, les pays africains ont commencé à intégrer plus clairement les questions relatives aux enfants dans leurs politiques sectorielles. Divers pays (Ghana, Malawi, Maurice, Namibie et Ouganda) ont donné une visibilité aux enfants en créant des ministères ou des commissions nationales chargés de s'occuper d'eux. Dans d'autres pays, ce sont les ministères de la famille ou des affaires sociales qui s'en occupent.

En 1998, la septième Conférence des ministres de l'éducation des États membres d'Afrique (MINEDAF VII; UNESCO 1998) a exprimé son engagement politique à promouvoir des politiques de DPE. La conférence a accepté les recommandations de la consultation régionale des ONG africaines, une de celle-ci, extrêmement importante, stipule que des politiques claires doivent être formulées pour promouvoir l'éducation et le développement de la petite enfance dans tous les pays d'Afrique (UNESCO 1998). Les défis qui se posaient aux pays fessaient référence à leur capacité à formuler des politiques intégrées de DPE qui soient culturellement appropriées et efficaces, ainsi qu'aux moyens de les financer.

L'engagement de bailleurs de fonds ou de partenaires clés au développement, comme l'UNICEF et la Banque mondiale, dans la promotion et le financement du DPE a joué un rôle important pour faciliter l'engagement des gouvernements des différents pays. Les programmes soutenus par l'UNICEF en faveur des droits de l'enfant et du DPE ont été renforcés dans presque tous les pays d'ASS. Dès le milieu des années 1990, la Banque mondiale a offert un crédit de financement à des pays comme le Kenya, l'Ouganda et l'Érythrée. Grâce aux témoignages indéniables apportés par la recherche concernant les rendements positifs des investissements dans le DPE, la Banque a considérablement accru son financement dans les domaines des soins pour les enfants, de la santé, de la nutrition et de l'éducation. Comme le dit Mary Eming Young, spécialiste principale en DPE à la Banque mondiale, la Banque reconnaît que « les enfants doivent prospérer pour que les économies puissent se développer » (Young 2005, 2). Ainsi, à partir de février 2005, le portefeuille des prêts de la Banque mondiale en faveur du DPE pour des projets dans le monde entier atteignait 1,5 milliards de dollars US (Young 2005).

Le Groupe de travail sur le développement de la petite enfance (GTDPE) de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA), créé en 1997, a apporté une contribution importante au développement de la politique de DPE. En 1999, le GTDPE a défini l'appui à l'élaboration des politiques comme la voie royale permettant

aux partenaires d'apporter leur contribution et de procéder collectivement à des changements en faveur de programmes durables pour le développement holistique de l'enfant en Afrique (Torkington 2001). Les projets de politique du GTDPE associaient évaluations et renforcement des capacités. La première tâche du projet consistait en études de cas sur les politiques de DPE mises en place au Ghana, à l'Île Maurice et en Namibie, ainsi qu'une étude des problèmes rencontrés par la politique de DPE en 2000–2001 (voir Torkington 2001). La seconde activité du projet était d'apporter un soutien technique extensif à la planification de la politique nationale de DPE au Burkina Faso, en Mauritanie et au Sénégal en 2002–2003 (voir Vargas-Baron 2004). Les enseignements pertinents tirés de ces précieuses expériences seront abordés ultérieurement dans la section.

Une série de conférences internationales africaines sur le DPE, qui se sont tenues à Kampala (1999), en Érythrée (2002) et au Ghana (2005), a également contribué à nourrir cet élan. Ces conférences, qui réunissaient des spécialistes africains et internationaux, des décideurs, des responsables politiques, et des agences de financement, ont permis de susciter un intérêt en faveur du DPE sur le continent qui s'est traduit par des politiques et des programmes plus complets. Plusieurs pays (Angola, Érythrée, Ghana, Malawi, Namibie et Maurice) ont déjà élaboré et adopté des politiques nationales de DPE. D'autres pays (Burkina Faso, Burundi, Gambie, Kenya, Mauritanie, Sénégal, Swaziland et Ouganda) sont en phase d'élaboration de leurs politiques.

### **Liens entre les conventions internationales et régionales et les politiques de développement en Afrique**

Garantir le meilleur départ possible dans la vie aux enfants africains et l'application réussie des conventions sur les droits de l'homme comme la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC United Nations 1989), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (CADBE; Organisation of African Unity 1999) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDE; United Nations 1979) ainsi que les politiques et stratégies de développement international telles que l'Éducation pour tous (EPT), les Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), les approches sectorielles (SWAP) et le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD), sont indissociables. Les dirigeants africains ont insisté sur ces

liens en 2001 lorsqu'ils ont déclaré dans L'Afrique pour les enfants que « la transformation socioéconomique du continent s'appuie sur l'investissement dans les jeunes . . . la satisfaction des droits et des besoins des enfants d'Afrique est un impératif. Les enfants doivent être au centre des priorités des décideurs » (Organisation of African Unity 2001, paras. 6–7).

### ***L'impératif des droits de l'homme : la CRDE, la CADBE et la CEDE***

La CRDE, la CADBE et la CEDE donnent aux droits de l'homme la justification morale et éthique pour lier le DPE et le développement national. La CADBE, qui a été adoptée moins d'un an après l'adoption de la CRDE et qui est entrée en vigueur en novembre 1999, partage avec cette dernière les principes clés des droits de l'homme. Toutefois, elle donne des directions supplémentaires pour des questions DPE spécifiques à l'Afrique. Par exemple, elle appelle à « abolir les coutumes et pratiques culturelles et sociales négatives, qui affectent le bien-être, la dignité, la croissance et le développement normal de l'enfant, et en particulier de la petite fille » (Organisation of African Unity 1999, art. 21). Elle interdit également le mariage des enfants et les promesses en mariage des petites filles et des petits garçons. La CADBE souligne les rôles et les responsabilités des parents, de la famille élargie et du personnel soignant, et lance un appel ferme aux États pour qu'ils fournissent aux familles dans le besoin et aux parents qui travaillent, des services de base nécessaires ainsi que des installations pour les enfants (Organisation of African Unity 1999, arts. 18–20).

La CEDE répond à l'impératif éthique en se préoccupant de la discrimination sexuelle. Cependant, son influence ne se fait pas totalement ressentir dans le DPE et dans d'autres politiques de développement. Les difficultés pour intégrer ce qui a trait à la différence entre les sexes ainsi que pour garantir l'égalité des sexes durant l'enfance, reflètent en partie les problèmes socioculturels et les politiques existantes dans les divers pays du monde; des problèmes qui ont entraîné des retards dans la signature et la ratification de la convention. Ainsi, si la CRDE est entrée en vigueur 10 mois seulement après son adoption, la CEDE, qui avait été adoptée 10 ans plus tôt en 1979, n'est entrée en vigueur que le 3 septembre 1981 et n'a toujours pas été universellement ratifiée. Néanmoins, les objectifs de l'EPT et les OMD insistent sur l'égalité des sexes dans le développement de l'enfant et reflètent ainsi leurs liens avec la CEDE. Le DPE doit être considéré comme le point de départ de l'apprentissage des enfants et de l'égalité des sexes dans les familles et les communautés. Des



politiques et des programmes de DPE efficaces, bien intégrés et qui impliquent les parents permettent aux femmes de participer aux décisions communautaires et aux activités de développement et leur donnent accès au secteur productif et aux emplois rémunérateurs, conformément aux recommandations de la CEDE.

### ***Les instruments de développement : les DSRP, OMD, SWAP***

Avant que les programmes d'ajustement structurel (PAS) deviennent à la mode vers le milieu des années 1980, la majorité des pays indépendants d'Afrique élaboraient des plans ou des cadres de développement nationaux coordonnés. Ceux-ci permettaient d'avoir une vision du développement global du pays et de définir les politiques économiques et sociales importantes ainsi que les stratégies au court moyen et long terme. Avec les PAS, la grande majorité des pays ont abandonné cette planification nationale exhaustive. On s'orienta alors vers la recherche de la stabilité macroéconomique à court terme et vers une croissance orientée aux exportations, au détriment du développement humain et social. Une conséquence importante pour la majorité des pays africains lors de cette expérience dans les années 1990, ce qu'ils se sont retrouvés incapables d'élaborer des politiques sociales et nationales cohérentes susceptibles d'intégrer le DPE. Le changement social, et particulièrement le développement holistique de la petite enfance, prend plus de temps à réaliser que ce qui était proposé par les PAS et leurs successeurs, les DSRP, qui leur ont fait suite. La perte des perspectives et de la planification à long terme se reflète dans les DSRP qui sont devenus les « plans nationaux pour le développement » dans des nombreux pays.

Les DSRP, SWAP et OMD posent un défi réel. Ils sont extrêmement « pointus » et leurs approches sont très sectorielles, très éloignées de l'approche multisectorielle requise pour le développement holistique de l'enfant. Dans les premiers DSRP, le développement social concernait surtout les politiques pour la santé et l'éducation. On ne s'occupait des enfants qu'en termes des maladies ou des régimes de santé, et le DPE n'était qu'une extension du système d'éducation primaire vers les enfants « préscolaires » de 3 à 6 ans, les 0 à 3 ans étaient totalement oubliés. Les politiques sectorielles en général ne se préoccupaient pas de l'enfant dans son intégralité.

Il est bon de remarquer, néanmoins, que les DSRP ont aidé à focaliser l'attention, à l'échelle nationale, sur la pauvreté qu'ils ont permis de mieux comprendre grâce à des évaluations participatives et à une analyse globale au niveau des pays. Ils ont également donné une priorité bien

nécessaire à la santé et à l'éducation, des secteurs sociaux qui avaient enregistré un déclin dans des nombreux pays d'ASS avec les crises socio-économiques des années 1980 et du début des années 1990. Néanmoins, vu sous l'angle de la DPE, en général les DSRP ne se focalisent pas sur l'enfant, l'analyse de la pauvreté et des privations de l'enfant, ni sur les familles. Les soins et l'éducation de la petite enfance sont le plus souvent absents. Les femmes et les questions d'égalité entre les sexes sont marginalisées, sauf l'éducation des filles. C'est là une défaillance sérieuse si l'on désire réduire la pauvreté structurelle en Afrique. La pauvreté des femmes entraîne directement des privations pour leurs enfants, alors que les revenus améliorent considérablement le bien-être et le développement des enfants et aident à briser le cycle de la pauvreté.

Au 31 mars 2005, 21 pays africains avaient des DSRP complets approuvés par la Banque mondiale et 9 autres pays disposaient de DSRP provisoires. Des pays comme le Ghana, l'Ouganda, la Tanzanie et la Zambie ont développé la deuxième génération de DSRP ; on espère que ceux-ci intégreront le développement holistique de l'enfant. Le Ghana, la Zambie et l'Ouganda essaient d'intégrer le DPE dans des versions révisées de leurs DSRP. L'adoption et la poursuite des OMD ont donné l'opportunité d'intensifier le processus de développement axé sur l'enfant des DSRP. Selon la Banque mondiale, de nombreux pays en ASS ont aligné leurs objectifs et les cibles des DSRP sur les OMD (Jaramillo and Mingat, 2003). Cependant, le *Rapport du projet Objectifs du millénaire des Nations Unies* a critiqué les DSRP, en maintenant ceux-ci sont assez complets ou visent le long terme pour réaliser les OMD (United Nations Millenium Project 2005).

Les approches sectorielles (SWAP) élaborées essentiellement dans les domaines de la santé et de l'éducation, offrent une autre opportunité de promouvoir le DPE. Les SWAP ont l'avantage d'intégrer une analyse sectorielle détaillée, une orientation axée sur une réforme de la politique, et une planification stratégique liée aux DSRP et aux budgets nationaux. Un point positif est que les SWAP couvrent des aspects sectoriels du DPE tels que l'immunisation, la santé de la mère et les jardins d'enfants, mais ils doivent couvrir l'enfant totalement et adopter plus systématiquement l'approche du cycle de la vie pour les enfants depuis la naissance et jusqu'à l'âge de 8 ans. Il reste à éliminer les points faibles: des liens inter-sectoriels lâches et l'absence de focalisation sur l'enfant au sens complet et sur sa famille.

Plusieurs pays (Burkina Faso, Gambie, Ghana, Niger, Sao Tome et Principe, Ouganda et Zambie) ont des SWAP dans les domaines de la

santé et de l'éducation et le Burkina Faso, le Mali et le Niger dans le domaine de l'eau et de l'hygiène. On pourrait aussi identifier d'autres opportunités de promouvoir des activités intégrées SWAP/DPE aux niveaux du district et de la communauté. Le lien entre le DPE et la prévention et les soins liés au VIH/SIDA offre une excellente opportunité de renforcer les liens SWAP/DPE et d'accéder à des ressources supplémentaires comme les fonds du Programme VIH/SIDA multi-pays (MAP). Ces liens existent en Zambie et en Ouganda. Dans le cadre du SWAP de la santé, l'Ouganda a mis à son programme des soins obstétriques d'urgence, pour réduire la mortalité maternelle, et a incorporé le DPE dans le Plan stratégique du secteur de l'éducation 2004–2015 pour permettre aux secteurs d'inscrire le DPE à leur budget (UNICEF 2005).

L'Union africaine est arrivée à la même conclusion sur l'établissement des liens entre le DPE et le développement à long terme pour le NEPAD (Union africaine 2001). En partenariat avec la Commission économique pour l'Afrique (CEA) et l'UNICEF, l'UA a publié en septembre 2003 *La face jeune du NEPAD : Les enfants et les jeunes dans le cadre du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique*, un appel aux dirigeants africains pour entreprendre des actions claires et radicales en faveur des enfants africains, en commençant par le DPE : « Les soins à la petite enfance pour la survie, la croissance et le développement . . . ne sont pas une simple action humanitaire mais une action qui s'inscrit au centre du développement et de l'évolution à long terme de la société (AU et al. 2003, 14).

### **Politiques nationales du DPE : besoins et défis**

Comment définir une politique ? Selon le *Concise Oxford Dictionary* (1990), une politique « est un moyen ou un principe d'action adopté ou proposé par un gouvernement, une entreprise, un parti ou une personne ». Au niveau national, une politique représente une philosophie ou des principes directeurs, les buts et les objectifs du gouvernement concernant des questions clés pour le pays et les citoyens, pour lesquelles des ressources seront engagées dans un champ d'action stratégique qui doit être appliqué aux différents niveaux et dans des différents domaines du développement. La volonté politique et une vision sous jacente sont des points de départ importants pour l'élaboration d'une politique. Une politique doit également être approuvée ou acceptée au niveau supérieur, soit un cabinet ou parlement, et dans certains cas, recevoir du soutien juridique et constitutionnel pour pouvoir prendre une direction nationale.

On peut adopter deux approches différentes pour élaborer des politiques nationales en faveur des jeunes enfants et de leur famille: soit créer un cadre politique auquel tous les secteurs doivent rendre des comptes, ou créer une politique autonome de DPE.

### ***Le cadre politique***

Il ne fait aucun doute que les pays dotés de politiques sociales adéquates et solides, de politiques et de stratégies sectorielles intégrées et des politiques bien définies pour les enfants, ne doivent pas nécessairement s'engager dans le long processus d'élaboration d'une politique de DPE. Un cadre ou un plan d'action intégré peuvent être suffisants pour assurer la coordination, l'établissement de priorités intersectorielles, une mise en place efficace, et combler des déficits importants. C'est la voie choisie par l'Afrique du Sud qui s'est engagée dans un processus d'élaboration d'une stratégie nationale intégrée pour une meilleure compréhension et un engagement plus important des ceux qui prennent des décisions en faveur du DPE aux niveaux national et local. Le pays possède aujourd'hui un plan national intégré pour le DPE de 2005 à 2010. Il a également élaboré les lignes directrices nationales de DPE pour tous les intervenants (UNICEF 2005).

### ***Une politique de DPE***

Des politiques nationales de DPE sont importantes et utiles pour les pays qui comprennent mal les principes et les approches DPE, qui donnent une priorité limitée aux enfants vulnérables du stade prénatal jusqu'à l'âge de 8 ans dans les politiques sectorielles et les politiques nationales, et font montre d'une coordination intersectorielle limitée sur les questions qui intéressent les enfants et les femmes. Comme nous l'avons dit, c'est l'urgence des problèmes sociaux qui affectent les enfants et les femmes en Afrique ce qui explique pourquoi il est recommandé d'adopter des politiques spécifiques de DPE. Plusieurs pays dont le Burundi, le Kenya, le Rwanda et la Zambie ont reconnu que l'absence d'une politique nationale est un obstacle majeur pour accorder la priorité au DPE et lui allouer des ressources.

Une politique nationale de DPE permet non seulement d'avoir une vision des intérêts supérieurs de tous les jeunes enfants, mais indique également les modalités qui permettent de transformer cette vision en réalité. C'est une politique sociale multidisciplinaire et multisectorielle, élaborée stratégiquement pour donner priorité au bien-être des jeunes enfants (du stade prénatal à l'âge de 8 ans), de leurs familles,

des communautés et de la société dans son ensemble. Dans des nombreux pays africains, les informations sont insuffisantes et les connaissances inexistantes sur les jeunes enfants, en particulier ceux de 0 à 3 ans, ainsi que sur les besoins et les pratiques de leurs familles. De ce fait, le développement d'une politique de DPE doit comprendre une analyse de la situation et des études appropriées sur tous les jeunes enfants, en particulier les plus vulnérables, et leurs familles. Il faudrait également y inclure des informations sur les pratiques parentales et les soins donnés aux enfants dans les régions rurales et urbaines, dans les communautés désavantagées et privilégiées, et dans les différents groupes culturels.

Une politique nationale de DPE doit être fondée sur les droits, être non discriminatoire, et avoir pour but de promouvoir les intérêts supérieurs de l'enfant. Elle doit refléter une approche holistique et intégrée, et doit prendre en compte les différents cycles d'âge et de niveaux de développement, grâce à des services de base et sociaux de qualité, soutenus par des ressources gouvernementales humaines et financières efficaces, et assurer un partenariat à grande échelle entre parents, communautés, des ONG, secteur privé et agences internationales.

Pour avoir une politique nationale spécifique de DPE il y a quelques difficultés à surmonter. Les plus importantes ont trait à l'engagement du gouvernement et à la volonté politique. Est-ce que le gouvernement est engagé, ou peut-il s'engager, non seulement sur la vision et le principe, mais également sur l'allocation des ressources et la mobilisation de tous les secteurs concernés en faveur du DPE ? Face à des priorités de développements concurrents et des limites sérieuses des ressources financières, le gouvernement et ses partenaires vont-ils accorder une haute priorité à une politique de DPE ? La sensibilisation et la mobilisation sociale peuvent dans une large mesure apporter une solution à ces problèmes.

La structure du gouvernement pose un autre défi fondamental. Alors que la politique de DPE est holistique et suit une approche intégrée pour favoriser des liens et des synergies de soutien de l'enfant au sens global, l'organisation du gouvernement est sectorielle. La planification et les allocations budgétaires sont en général sectorielles pour les mêmes groupes de la population et les communautés. Plus récemment, on semble s'intéresser davantage aux « systèmes » et à leur réforme, en particulier dans les SWAP pour la santé et l'éducation, que sur les catégories de « personnes », qui font l'objet ou qui bénéficient du développement sectoriel. Cette situation rend la coordination multisectorielle en faveur du

DPE difficile. Les priorités et les activités sectorielles l'emportent souvent sur les besoins du DPE. De nombreux pays (Érythrée, Éthiopie, Kenya, Zambie et Zimbabwe) qui ont mis en place des activités de DPE ou commencent à mettre en place des politiques nouvellement adoptées sont confrontés à des contraintes dues à l'absence ou aux limites de la coordination et de la coopération intersectorielles à des différents niveaux (UNICEF 2005).

Définir le champ d'application de la politique nationale de DPE peut également poser un problème. Une politique efficace de qualité doit s'occuper des droits et des besoins de tous les enfants. Ceci peut paraître intimidant vu la proportion élevée des enfants dans la population en Afrique, les énormes problèmes d'enfants touchés par le VIH/SIDA, et le nombre grandissant d'orphelins et d'enfants handicapés avec des besoins spéciaux. Tous doivent être couverts, c'est leur droit, même si les ressources financières et humaines sont limitées.

L'expérience acquise lors de l'élaboration d'une politique de DPE dans la région démontre que le manque des capacités peut aussi être un défi majeur. Les cas de la Namibie, du Burkina Faso, de la Mauritanie et du Sénégal sont l'illustration (Torkington 2001; Vargas-Baron 2004). Des compétences nationales existent dans des divers secteurs qui s'occupent des enfants, mais l'expérience est limitée lorsqu'il s'agit d'une politique intersectorielle de planification. Les experts sectoriels eux mêmes devraient peut-être renforcer leurs capacités pour apprécier et appliquer des nouveaux concepts, comme l'approche intégrée et holistique du DPE, et pour planifier pour les enfants et les familles vulnérables<sup>1</sup>.

En fin de compte, la décision de créer une politique de DPE est un choix politique. Parmi toutes les priorités socioéconomiques, les gouvernements doivent choisir de donner aux enfants le meilleur départ possible dans la vie. Les ressources, en particulier les ressources financières, sont un facteur important qui influence le choix. Ainsi, même lorsque l'idée d'un DPE holistique et universel a été acceptée, les pays africains à faible revenu doivent choisir un système de prestations pour les soins, la santé, la nutrition, l'éducation précoce et le soutien familial de l'enfant du DPE. Il faut choisir entre les programmes de DPE les moins chers pour l'état, et souvent plus efficaces, qui reposent sur la famille et la communauté et les approches formelles, institutionnelles, plus onéreuses qui reposent sur des structures préscolaires. Le dilemme se situe aussi entre la qualité et l'équité. D'une part on a des programmes communautaires qui atteignent des enfants plus défavorisés, et d'autre part un système formel et élitiste, qui, politiquement peut drainer davantage des finances publiques.

## Le processus d'élaboration de la politique

Les expériences sur l'élaboration des politiques en Afrique montrent que le processus prend du temps (au moins deux ans) et demande de la flexibilité et de la sensibilité. Parmi les leçons apprises il faut mentionner la nécessité: i) d'une large consultation et la participation de toutes les parties prenantes, ii) d'aligner la politique de DPE sur les principales politiques et stratégies nationales et sectorielles de développement, iii) de disposer des capacités techniques et institutionnelles pour une planification politique intersectorielle, et iv) des structures stratégiques qui vont héberger et promouvoir la politique et son application.

**Consultation et participation**—Une consultation de tous les groupes et institutions concernées par le DPE et leur participation active au processus de développement politique aide à créer un consensus sur les points clés et les concepts fondamentaux, et permet de placer l'intérêt de l'enfant au dessus des groupes spécifiques ou de l'intérêt sectoriel. La consultation et la participation des intéressés encouragent la transparence, la synergie et la rentabilité puisque les rôles et les responsabilités sont partagés en faveur du bien-être de l'enfant. Par dessus tout, elles garantissent une appropriation nationale de la politique. La qualité du processus participatif a un impact sur la qualité de la politique et l'efficacité de son application.

Le Burkina Faso, le Ghana, la Mauritanie et le Sénégal ont lancé leur processus de développement de la politique avec des conférences et des ateliers nationaux rassemblant les parties concernées avec un fort appui de l'UNICEF. Au Burkina Faso et au Sénégal, en amont des ateliers nationaux. Les équipes chargées du développement de la politique ont mené des consultations locales et régionales dans des différentes parties du pays en langues locales. Cette stratégie a permis aux communautés et aux populations locales d'apporter une contribution culturellement pertinente au processus d'établissement de la politique. La consultation initiale des parties prenantes a permis de créer une vision collective pour capturer l'idée d'un avenir meilleur pour tous les jeunes enfants dans cette société. Elle a également permis d'identifier des politiques, des programmes et des stratégies en cours, intéressantes pour les enfants, dont il faudra tenir compte dans l'ensemble de la politique DPE. Ce fut le cas au Ghana et au Malawi. Ces politiques et programmes apparentés peuvent être centrés sur les orphelins et les enfants vulnérables (OEV), les enfants ayant des besoins spéciaux, les enfants touchés par le VIH/SIDA

et les enfants en âge préscolaire, ainsi que sur la nutrition et la protection de l'enfant.

***L'alignement de la politique de DPE***—Il est important de poursuivre des consultations élargies tout au long du processus d'élaboration de la politique pour s'assurer de permettre un intérêt et un engagement soutenus. Il est essentiel que les ministres des finances et de la planification économique aient leur mot à dire. Les ministères responsables de la formulation de la politique globale et de l'application des DSRP, des OMD et, dans une mesure variable, les SWAP jouent un rôle clé pour garantir le lien ou l'alignement de la politique de DPE avec les politiques et les stratégies nationales. Leurs conseils et contributions sur le coût et le financement de la politique et des programmes de DPE sont cruciaux. Les institutions de statistiques nationales doivent également participer et apporter une contribution technique à la politique pour faciliter la recherche et le suivi nécessaires.

Le rapport sur le Projet du millénaire des Nations Unies, *Investir dans le développement* (2005), propose des changements importants dans la planification du développement qui peuvent offrir de nouvelles opportunités aux politiques de DPE. Dans l'absence des stratégies et des plans de développement national global dans la plupart des pays, on doit saisir toutes les opportunités pour incorporer le bien-être de l'enfant et un DPE holistique dans la stratégie proposée de développement national à long terme. Le rapport, qui fut l'objet des discussions à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2005, insistait sur une révision des DSRP pour les rendre plus ambitieux et permettre aux pays d'atteindre les OMD (ibid.). Les DSRP doivent être réorganisés en programmes de 3 à 5 ans dans le cadre d'une lutte contre la pauvreté sur 10 ans, les stratégies nationales de développement doivent être basées sur les OMD. Les DSRP révisés mettraient l'accent, entre autres, sur les droits de l'homme, qui doivent commencer par les droits des enfants. On voudra bien noter qu'il est nécessaire de prévoir une sensibilisation sérieuse et un travail technique au niveau national pour s'assurer que les investissements publics prioritaires proposés, et en particulier les « mesures à effet rapide » suggérées, couvriront plus adéquatement les enfants au stade prénatal jusqu'à l'âge de 8 ans et leurs familles (United Nations Millenium Project 2005).

***Capacités pour une planification politique intersectorielle***—Les partenariats stratégiques élargis entre le gouvernement national, la société civile, les ONG et les partenaires au développement ont aidé plusieurs pays à



mobiliser les capacités multisectorielles nécessaires au développement d'une politique de DPE. Par exemple, les experts et les spécialistes du gouvernement, des ONG, de l'université nationale, de l'UNICEF et du Groupe consultatif sur le programme des soins et du développement de la petite enfance (SDPE) ont généré les capacités nécessaires pour élaborer une politique progressive et un modèle de DPE en Namibie (Groupe de travail interministériel de la Namibie pour le développement de la petite enfance 1995). Des groupes similaires travaillant avec les participants de l'Université virtuelle pour le développement de la petite enfance (UVDPE) ont réalisé un objectif identique au Malawi en 2001 (voir Pence 2004). En Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale, l'UNICEF a joué un rôle important dans la formation et le renforcement des capacités régionales pour les partenaires nationaux et le personnel de DPE de l'UNICEF. Par exemple, l'UNICEF a fortement soutenu et facilité trois ateliers régionaux de formation pour les politiques nationales de DPE au Burkina Faso, au Sénégal et en Mauritanie entre septembre 2002 et juillet 2003 dans le cadre du projet du GTDPE. La politique de la Mauritanie est dans sa phase de rédaction finale, alors que celles du Sénégal et du Burkina Faso sont en cours d'élaboration.

**Structures stratégiques**—Une autre leçon importante que tirent les pays qui se sont engagés dans un processus d'élaboration d'une politique de DPE est la nécessité de disposer de structures nationales stratégiques pour héberger et promouvoir la politique et son application. Ces structures sont particulièrement nécessaires pour assurer des transitions rapides et sans à-coups entre l'élaboration et l'adoption de la politique, puis entre l'adoption et la mise en œuvre de la politique. Plusieurs facteurs, notamment les urgences nationales, peuvent influencer cet important processus de transition. Par exemple, il a fallu au Ghana une période inhabituellement longue de 11 ans entre le séminaire de renforcement du consensus national en faveur du DPE en 1993, la finalisation de la politique en 2001, et l'approbation par le cabinet et le lancement de la politique en août 2004. Des changements au gouvernement, des débats sur le ministère ou l'institution qui devrait mener le processus de DPE, l'absence de résolution rapide et de décision sur ces questions ont entraîné des retards.

Au contraire, l'Île Maurice a mis seulement deux ans (1996–1998) pour préparer et obtenir l'approbation du cabinet sur sa politique de DPE pour les enfants de 0 à 3 ans placée sous la direction du Ministère des femmes, du bien-être de la famille et du développement de l'enfant, qui avait la responsabilité première du groupe d'âge. En Namibie, une bonne

direction, une expertise interne et externe compétente et une large appropriation ont permis d'élaborer un modèle intégré de politique de DPE pour les enfants de 0 à 8 ans et d'obtenir l'approbation du cabinet en quatre ans (1992–1996). Cependant, les modifications institutionnelles intervenues au niveau de la structure d'hébergement, qui est passée en 2000 du Ministère du logement et du gouvernement régional et local à un ministère nouvellement créé pour les Affaires des femmes et le bien-être des enfants, ont eu un impact sur l'application qui s'est répercuté sur les programmes de renforcement des capacités au niveau du district et de la collaboration intersectorielle (Pence 2004 ; Torkington 2001).

Le Sénégal a connu des changements similaires au niveau du Ministère d'hébergement. Au début, lors de l'élaboration de la politique, la responsabilité du développement de la petite enfance incombait au Ministère de la famille, du développement social et de la solidarité nationale ; elle a ensuite été transférée au Ministère délégué pour le développement de la petite enfance et la case des tout-petits (centres d'apprentissage pour les jeunes enfants). L'impact du changement sur le processus en cours d'élaboration de la politique reste encore à évaluer (Vargas-Baron 2004).

### ***Mise en place de la politique***

La majorité des pays de l'ASS ont mis en place des aspects sectoriels spécifiques au DPE, tels que les soins prénatals, l'immunisation, l'alimentation complémentaire, l'apprentissage précoce et les structures préscolaires. L'Île Maurice et la Namibie ont connu les délais d'application les plus longs ; leurs politiques ont fait l'objet d'une analyse en 2005–2006, et des changements furent suggérés. Au Ghana, la mise en place de la politique a commencé avec la création du Comité de pilotage pour le DPE en avril 2005. Les expériences à ce jour indiquent que certains éléments sont essentiels au succès de l'application de la politique. Parmi ceux-ci, on peut citer i) un comité de pilotage ; ii) un plan d'action ou plan opérationnel et des lignes directrices ; iii) le financement ; iv) la sensibilisation, la mobilisation sociale et l'information ; v) l'établissement d'un réseau de contacts ; et vi) le suivi et l'évaluation.

***Comité de pilotage***—L'efficacité de l'application de la politique, une fois celle-ci adoptée, dépend de l'existence d'une structure ou d'un mécanisme de suivi dynamique de haut niveau. Le Botswana, le Ghana, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud et la Tanzanie ont créé des comités de coordination ou des comités de pilotage nationaux interministériels,

aidés dans certains cas par des groupes de travail techniques ou des groupes de réflexion. Les comités sont principalement chargés du programme de sensibilisation de haut niveau, de la promotion de la coordination intersectorielle, et du suivi et de l'évaluation de la politique et des programmes. Ces comités doivent faire face à des défis réels pour assurer une participation suivie, de haut niveau, ainsi que le financement de leurs activités. Le développement précoce des plans d'action ou plans opérationnels assortis des stratégies de financement ainsi qu'un soutien gouvernemental de haut niveau permettrait d'alléger certains de ces problèmes.

**Plan et lignes directrices**—L'étude de cas de la Namibie montre que l'absence d'un plan d'action après l'adoption de la politique a eu un impact négatif sur la réalisation (Torkington 2001). L'expérience du Malawi a montré que l'élaboration des plans d'actions qui viennent compléter les politiques est un facteur essentiel pour faire avancer le DPE (Pence 2004). Les plans d'action déterminent les stratégies de mise en œuvre et les cadres temporels pour la coordination et le renforcement des partenariats, les rapports avec les systèmes existants de soins pour les enfants (par exemple les OEV et la prévention de la transmission mère-enfant ou PTME), les politiques sectorielles et nationales de développement, le financement, le renforcement des capacités, la sensibilisation, la mobilisation sociale et le réseautage (*networking*), le suivi et l'évaluation des activités de programmes et de la politique toute entière. Les plans d'action doivent être suivis et actualisés à la lumière des difficultés et des opportunités qui se présentent. Certains pays, notamment l'Afrique du Sud et l'Ouganda, ont élaboré des lignes directrices pour permettre que aux multiples partenaires d'appliquer facilement la politique.

**Financement**—Une stratégie de financement est essentielle pour le succès de l'application de la politique. Tout doit être fait pour que les fonds nécessaires soient libérés pour mettre en œuvre la politique et les éléments des programmes. La stratégie doit identifier des sources de financement diversifiées et les contributions potentielles des communautés, des gouvernements au niveau local et national, de la société civile, des ONG et des partenaires internationaux. Elle doit définir les critères et les modalités de responsabilité. En raison du grand nombre de partenaires, la transparence est fondamentale pour la réussite. Les études de cas et les expériences faites montrent que ce sont les financements qui créent

certaines des principaux goulets d'étranglement lors de l'application de la politique. L'Afrique du Sud a connu des expériences positives qui ont permis de multiplier l'accès aux services de DPE. Elle a développé un large partenariat pour le financement impliquant tous les niveaux du gouvernement, les employeurs, les organisations communautaires, les parents et les agences des bailleurs de fonds. Lorsqu'on intègre le DPE holistique dans des secteurs de la santé, de l'éducation, de l'eau et de l'hygiène avec une coopération intersectorielle transparente, ce sont ces secteurs qui devraient contribuer au financement des activités (Jaramillo and Mingat 2003).

***Sensibilisation, mobilisation sociale et information***—Il est nécessaire de poursuivre un programme continu de sensibilisation à tous les niveaux pour garantir le succès de l'application de la politique. Une sensibilisation bien préparée, fondée sur la recherche et le savoir, sur la mobilisation sociale, la communication et sur une stratégie d'information doit permettre d'atteindre plus facilement les décisionnaires, le gouvernement local, les dirigeants communautaires et les parents afin d'obtenir leur soutien et leur contribution. Elle encouragerait également la demande publique pour les services de DPE. Souvent, les politiques restent cantonnées au niveau national, avec peu de diffusion vers les districts, les communautés et le public en général. L'Erythrée, une rare exception, a réussi à traduire la politique et les matériels de programme de DPE dans huit langues locales officielles ; ceci s'est avéré essentiel pour obtenir le soutien local à la mise en place du DPE aux niveaux du district et de la communauté (Pence 2004).

Le Cameroun vit une expérience réussie depuis 2003 en utilisant un modèle convergent pour promouvoir des services de développement holistique des enfants dans une province. Cette approche coordonne cinq points d'entrée pour les enfants et leurs familles : la nutrition, la santé, l'éducation, l'eau et l'hygiène, la protection et la lutte contre le VIH/SIDA. Une mobilisation sociale encourageant la participation active des dirigeants et des communautés traditionnelles dans la micro planification était un facteur clé de la réussite du programme qui a permis, entre autres, une augmentation de l'enregistrement des naissances et de la scolarisation des filles (UNICEF 2004a).

***Réseautage (Networking)***—Certains pays, en particulier l'Ouganda et la Tanzanie, ont utilisé le réseautage comme une stratégie pour promouvoir efficacement les politiques de DPE et leur application. Entre 2000 et

2004, ils ont réussi à créer un réseau de DPE au niveau national et des districts grâce à une sensibilisation et à un partage efficace de l'information. Le réseau de DPE de Tanzanie a joué un rôle clé en organisant des réunions nationales pour promouvoir un plan d'action DPE/EPT pour la période 2003–2015 et des stratégies pour le DPE et le VIH/SIDA (Pence 2004). La Tanzanie a souligné l'importance de faire évaluer par les organisations nationales et internationales les efforts accomplis dans le domaine essentiel du renforcement des capacités les préparant ainsi à agir rapidement pour soutenir les efforts locaux. Lorsque les capacités sont relativement limitées, il faut que le soutien intervienne à temps pour stabiliser les avancées et continuer à progresser.

***Suivi & évaluation***—Enfin, il faut associer aux politiques nationales de DPE des plans de suivi et d'évaluation bien conçus et financés. Le suivi et l'évaluation des politiques sont un élément essentiel de la politique de DPE car ils permettent d'apporter les modifications nécessaires pour répondre aux nouveaux défis et aux opportunités qui se présentent. Il faut utiliser des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de DPE dans des programmes intersectoriels pour influencer l'orientation, la portée, et la couverture des principaux plans et politiques de développement. Il est donc recommandé d'établir des liens solides avec le département de la planification nationale, les services de statistiques et les universités, afin d'obtenir les capacités nécessaires et de développer les compétences requises (Vargas-Barón 2004).

## **Conclusions et actions clés**

Tous les actes officiels relatifs aux droits de l'homme confirment la valeur particulière que les sociétés accordent aux enfants. En Afrique, ceci ressort très clairement de la CADBE. Les instruments et les politiques internationales et régionales de développement récentes créent un environnement et un cadre propices pour permettre aux gouvernements de réduire et d'éliminer les menaces qui pèsent sur la survie, la croissance, le bon développement et la protection de tous les enfants. Comme l'a dit Mary Eming Young (2005, 2), « les enfants doivent prospérer avant que les économies puissent croître. »

Les gouvernements africains doivent admettre que la situation déplorable des enfants, surtout les plus jeunes et les plus vulnérables, est inacceptable. Des actions radicales et continues doivent être entreprises pour assurer le meilleur démarrage possible dans la vie, une

croissance solide et continue et un développement sans risque pour tous les enfants entre 0 et 8 ans, qui sont le fondement du capital humain de l'Afrique. Les gouvernements doivent agir sans délai parce que les enfants les plus jeunes et les plus vulnérables sur le continent ne peuvent pas attendre.

Le moment est venu d'élargir et d'accélérer le développement des politiques complètes de DPE en Afrique. Mais les décisions de DPE sont questions de choix politique. Les gouvernements doivent choisir, entre toutes les priorités du développement concurrentes, de donner à tous les enfants le meilleur démarrage dans la vie. L'accent placé sur les plus jeunes enfants d'Afrique, du stade prénatal à l'âge de 8 ans, par les politiques et les programmes holistiques de DPE, offre une chance réelle de développement humain durable soucieux de l'équité entre les sexes, de croissance économique, de changement et de transformation sociale. Comme l'ont dit l'Union africaine et le Secrétariat du NEPAD et leurs partenaires, la CEA et l'UNICEF, « Le bien-être des enfants sera la preuve ultime de notre réussite [dans le développement] » (AU et al, 2003, 3).

Nous résumons ci-après les actions clés qu'on peut envisager pour accélérer le développement de la petite enfance en Afrique.

### ***Faire preuve de volonté politique, de vision et de courage***

Les gouvernements aux plus hauts niveaux doivent traduire en politiques de développement holistique de tous les enfants les engagements pris dans le CRDE, la CADBE, la CEDE, le NEPAD, les constitutions et les lois nationales sur les droits et le bien-être des enfants. Face aux priorités concurrentes et aux pressions, les gouvernements doivent faire montre de volonté politique, de vision nette et de courage pour prendre en charge le bien-être des enfants, en commençant par les plus jeunes et les plus vulnérables ;

- profiter des courants démocratiques en expansion pour donner priorité aux droits des femmes et des enfants dans le cadre des droits de l'homme ;
- décider de développer ou de renforcer des politiques holistiques de DPE pour les enfants du stade prénatal à l'âge de 8 ans ;
- promulguer la législation nécessaire sur le DPE et en assurer l'application ;
- identifier les mécanismes les plus stratégiques dans la structure gouvernementale pour promouvoir les politiques de DPE ;

- garantir les investissements nécessaires au DPE et lui affecter des ressources humaines et financières puisées dans les budgets du gouvernement ;
- obliger tous les secteurs du gouvernement intéressés et les partenaires à donner la priorité au DPE, à soutenir et à financer ses activités séparément et/ou en regroupant les ressources pour les enfants.

### ***Promouvoir la sensibilisation, la mobilisation sociale et l'information sur le DPE***

Les gouvernements, les ONG et les partenaires doivent :

- entamer un processus continu de sensibilisation en faveur de l'élaboration et l'application à tous les niveaux d'une politique de DPE holistique fondée sur les droits de l'homme ;
- élaborer et réaliser une mobilisation sociale sensible à la culture, une stratégie d'information et de communication pour faciliter l'acceptation de la politique de DPE ; sécuriser les engagements des agences centrales, régionales et locales du gouvernement, des ONG, des partenaires, des communautés et des parents, et générer et soutenir une demande publique de services de DPE ;
- traduire en langues locales la politique de DPE et d'autres documents pertinents suivant les besoins du pays ; et
- impliquer les médias nationaux et les personnes chargées des relations publiques dans la formulation de la politique, la campagne de sensibilisation et le suivi.

### ***Effectuer des recherches pour promouvoir le DPE***

Les gouvernements, les services statistiques, les instituts de recherche et les partenaires doivent :

- investir dans la recherche pour combler le manque des connaissances dans des domaines comme l'importance de la période de 0 à 3 ans dans le développement holistique de l'enfant, les pratiques des soins traditionnelles, les données de références (les taux de mortalité infantile par région géographique par exemple) et la situation des jeunes enfants particulièrement vulnérables, notamment ceux qui sont affectés par le HIV/SIDA, les orphelins et les enfants avec des besoins spéciaux ;
- collaborer au suivi et à l'évaluation des politiques de DPE et en utiliser les résultats pour promouvoir de la sensibilisation et, analyser et réviser les politiques.

### ***Créer et renforcer les capacités techniques pour une politique de DPE et son application***

Les gouvernements et leurs partenaires doivent :

- utiliser et coordonner les compétences locales en planification et développement de politiques multisectorielles (comme ce peut être le cas des DSRP, OMD, SWAP) pour l'élaboration d'une politique de DPE ;
- garantir l'existence des capacités adéquates au ministère ou dans l'organe de tutelle pour la coordonner, sensibiliser et suivre le programme et la politique de DPE. Ce ministère ou cette structure doit s'engager activement dans un dialogue intersectoriel et interinstitutionnel et une coopération technique pour promouvoir le DPE et éviter de l'isoler ;
- en partenariat avec les institutions nationales, les universités, les organisations internationales (en particulier les membres du GTDPE), l'UVDPE et les experts compétents, développer et mettre en place une stratégie pour renforcer et retenir les capacités en DPE ; et
- utiliser les capacités et les ressources disponibles chez les partenaires pour créer et renforcer les capacités nationales en DPE au niveau national, régional, local et communautaire.

### ***Créer et soutenir des partenariats élargis pour accélérer l'élaboration et l'application de la politique de DPE***

Les gouvernements doivent :

- veiller à ce que les partenariats pour le DPE incluent les parents et les communautés dont la contribution aux niveaux des ménages et de la communauté est essentielle et indispensable à la survie, au développement et à la protection des jeunes enfants ;
- veiller à ce que tous les enfants et leur famille bénéficient des services de base de qualité, en particulier les plus jeunes et les plus vulnérables, et que les familles reçoivent un soutien socioéconomique leur donnant accès à des activités génératrices de revenus pour les autonomiser et réduire la pauvreté ; et
- adopter des stratégies de coordination et de participation de tous les partenaires pour réduire les coûts de l'élaboration de la politique de DPE et de la réalisation, et du suivi et de l'évaluation du programme.



***Assurer des liens efficaces entre les politiques et programmes de DPE et les principales politiques et cadres nationaux***

Les gouvernements, les partisans du DPE et les partenaires doivent :

- s'engager dans des processus proactifs constants pour associer les politiques de DPE à la formulation, la planification et aux révisions des plans nationaux et des perspectives nationales de développement là où elles existent, en particulier aux DSRP, OMD, SWAP et NEPAD ;
- utiliser l'expertise et la capacité d'analyse et de planification multisectorielles des ministères des finances et de la planification économique et des services de statistiques pour soutenir la formulation et la planification d'une politique de DPE intégrée ;
- développer des lignes directrices pour planifier une politique multisectorielle et intégrée à partager ou pour former le personnel concerné dans les secteurs apparentés, la société civile ou les partenaires.

***Investir dans le DPE et lui allouer des ressources adéquates***

Les gouvernements et les partenaires doivent de toute urgence :

- garantir des ressources budgétaires nationales et des investissements adéquats dans le DPE ;
- tirer parti de l'effet multiplicateur des ressources pour les soins, le développement et la protection du jeune enfant provenant des DSRP, OMD, SWAP, d'autres plans sectoriels, du NEPAD, de MAP, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de fonds bilatéraux, multilatéraux et des ONG. Les financements sont particulièrement nécessaires pour les programmes essentiels des soins et du développement pendant la période prénatale, les soins obstétricaux d'urgence, les enfants de 0 à 3 ans, l'éducation des parents et le soutien des femmes ainsi que la lutte contre la pauvreté des femmes ; et
- affecter les fonds d'aide aux pays pauvres très endettés (PPTE) et les fonds destinés à l'allègement de la dette à l'achat de vaccins, de moustiquaires imprégnées d'insecticide, d'articles pour les soins obstétricaux d'urgence, la création de garderies d'enfants communautaires, de structures préscolaires et à des activités destinées aux enfants pauvres à haut risque et vulnérables et à leurs familles pour que l'équité soit respectée.

## Note

1. Deux outils précieux pour le renforcement des capacités sont *Early Childhood Resource Pack: Young Child Survival, Growth, and Development (2004b)* de l'UNICEF et *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development* du Groupe consultatif (Evans, Myers, and Ilfeld 2000).

## Références

- African Union. 2001. *The New Partnership for Africa's Development (NEPAD)*. Abuja: African Union.
- African Union, Economic Commission for Africa, NEPAD Secretariat and UNICEF. 2003. *The Young Face of NEPAD: Children and Young People in the New Partnership for Africa's Development (NEPAD)*. New York: UNICEF.
- Concise Oxford English Dictionary*. 1990. Oxford: Oxford University Press.
- Evans, J. L., with R. G. Myers, and E. M. Ilfeld. 2000. *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington, DC: World Bank.
- Ghana (Ministry of Women and Children's Affairs). 2004. *Early Childhood Care and Development Policy*. Accra: Ministry of Women and Children's Affairs.
- Jaramillo, A., and A. Mingat. 2003. *Early Childhood Care and Education in Sub-Saharan Africa: What Would it Take to Meet the Millennium Development Goals?* Washington, DC: World Bank.
- Malawi (Ministry of Gender, Youth, and Community Services). 2001. *National Policy on Early Childhood Development*. Lilongwe: Ministry of Gender, Youth, and Community Services.
- Namibia Inter-Ministerial Task Force on Early Childhood Development. 1995. *National Early Childhood Development Policy in Namibia*. Windhoek: Government of Namibia.
- Organization of African Unity. 1999. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.africa-union.org/>.
- . 2001. *Africa Fit for Children: The African Common Position*. Pan-African Forum for Children, Cairo, Egypt, May 28–31. Retrieved November 5, 2006, from [http://www.unicef.org/specialsession/documentation/documents/africa\\_position-forum-eng.doc](http://www.unicef.org/specialsession/documentation/documents/africa_position-forum-eng.doc).
- Pence, A. R. 2004. *ECD Policy Development and Implementation in Africa*. UNESCO Early Childhood and Family Policy Series, 9. Paris: UNESCO.
- Torkington, K. 2001. *WGECD Policy Project: A Synthesis Report*. Paris: ADEA/ Netherlands Ministry of Foreign Affairs.

- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1990. *World Declaration on Education for All and Framework for Action to Meet Basic Learning Needs*. World Conference on Education for All, Meeting Basic Learning Needs, Jomtien, Thailand. March 5–9. Retrieved November 5, 2006, from [http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/JOMTIE\\_E.PDF](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/pdf/JOMTIE_E.PDF).
- . 1998. *Report of the Seventh Conference of Ministers of Education of African States (MINEDAF VII)*. Durban. April 20–24.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2004a. *Annual Report (Cameroon)*. Yaoundé: UNICEF.
- . 2004b. *Early Childhood Resource Pack: Young Child Survival, Growth, and Development*. New York: UNICEF.
- . 2005. Analysis of Regional Integrated Early Childhood Development (IECD): Country-by-Country Annual Reports–2004. East and Southern Africa Regional Office. Nairobi: UNICEF.
- United Nations. 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.
- . 1989. *Convention on the Rights of the Child*. Retrieved September 5, 2006, from <http://www.unicef.org/crc/>.
- . Millennium Project. 2005. *Investing in Development: A Practical Guide to Achieve the Millennium Development Goals—Overview*. New York: United Nations Millennium Project.
- Vargas-Barón, E. 2004. *Final Report: Project to Support National Policy Planning for Early Childhood Development in Three Countries of West Africa*. The Hague: Association for the Development of Education in Africa, Working Group on ECD (ADEA-WGECD).
- Young, M. E. 2005. Statement delivered at UNICEF WCARO Regional Workshop on ECD, Dakar, Thailand. March.



## CHAPITRE 3

# Éducation et soins à la petite enfance en Afrique subsaharienne : Que faut-il faire pour atteindre les objectifs de millénaire pour le développement ?

**Adriana Jaramillo et Alain Mingat**

Les décideurs chargés du développement international sont de plus en plus convaincus de l'existence d'un lien étroit entre santé, éducation et bien-être des enfants et réduction de la pauvreté. Cinq objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) sur huit adoptés par les Nations-Unies en 2000 ont trait à la santé, la nutrition et l'éducation des jeunes enfants. Plus précisément, les objectifs visent à réduire de moitié le pourcentage des enfants qui souffrent de la faim, à réduire des deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, réduire de trois quarts le taux de décès maternels par rapport aux naissances vivantes, offrir la possibilité à tous les enfants d'achever le cycle primaire et niveler les chances de scolarisation entre les sexes. La reconnaissance de l'importance de la petite enfance se reflète également dans le premier des six objectifs fixés au Forum de Dakar sur l'Éducation pour tous (EPT) en avril 2000: « Étendre et améliorer tous

les aspects de l'éducation et des soins dispensés à la petite enfance, particulièrement pour les enfants les plus vulnérables et les plus défavorisés » (UNESCO 2000). Au niveau national, l'attention portée par les pouvoirs publics en Afrique à l'amélioration de la santé et de l'éducation des enfants se retrouve dans les documents de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP) dont les objectifs et les cibles sont alignés avec ceux des OMD.

Par essence, les enfants pauvres ont toutes chances de devenir des adultes pauvres et de donner naissance à des enfants pauvres, et de perpétuer ainsi le cycle de la pauvreté. Par contre, les enfants ont plus de chance d'aller à l'école et d'y réussir si on les soutient pendant les premières années de leur vie et si leurs parents ont eux-mêmes reçu une éducation et une aide pour leur permettre de prendre soin de leurs enfants. La santé de la mère est ainsi une préoccupation. Les mères bien nourries et en bonne santé lorsqu'elles étaient petites filles et adolescentes ont plus de chances de donner naissance à des bébés en bonne santé qui à leur tour, si on poursuit, dans cette voie deviendront des enfants et des adolescents en bonne santé et ainsi de suite. Les recherches confirment le lien étroit qui existe entre un environnement favorable pour le jeune enfant et la réduction de la pauvreté. Van der Gaag et Tan (1998), Myers (1998), et Schweinhart, Barnes et Weikart (1993) ont clairement démontré les retombées économiques, sociales et individuelles de l'investissement dans la nutrition, la santé et l'éducation de la petite enfance. Il ne fait plus de doute que la satisfaction des besoins essentiels de santé, de nutrition et d'éducation des jeunes enfants est un élément déterminant pour rompre le cycle de la pauvreté.

L'objectif de ce chapitre n'est pas d'affirmer qu'un programme de Soins et développement de la petite enfance (SDPE) est essentiel ; on le sait déjà <sup>1</sup> mais plutôt d'examiner la situation des SDPE dans les pays de l'Afrique subsaharienne (ASS) et de déterminer si le soutien aux activités pré primaires en cours permettra de réaliser les OMD. Le chapitre est organisé en trois sections. La première section examine comment les pays africains sont positionnés pour réaliser les OMD et le premier objectif de l'EPT. Elle analyse la couverture préscolaire actuelle en Afrique subsaharienne ; elle compare l'Afrique subsaharienne à d'autres régions et examine la couverture préscolaire dans chaque pays africains. Une analyse de l'évolution des SDPE mesure les progrès accomplis au cours des années 1990 et projette la tendance actuelle jusqu'à 2015. La deuxième section propose des arguments en faveur de l'extension des SDPE en Afrique. La troisième section présente les choix et les compromis nécessaires pour concevoir une stratégie qui mène à la réalisation des

objectifs internationalement reconnus du Millénaire pour le développement et de l'Éducation pour tous.

### **Peut-on atteindre les objectifs mondiaux pour la petite enfance ?**

Il importe d'analyser comment les objectifs de développement de la petite enfance se positionnent lorsque l'achèvement universel d'un cycle d'enseignement primaire de cinq ans demeure prioritaire; cette priorité, qui fait aussi partie des objectifs de l'EPT et des OMD, ne sera pas aisée à atteindre.

#### ***Les objectifs de SDPE en ASS et dans d'autres régions***

Le tableau 3.1 indique que, comparée à d'autres régions et à tous les pays en développement, l'Afrique subsaharienne est la lanterne rouge dans pratiquement tous les aspects des OMD, en particulier sur les indicateurs de la situation des jeunes enfants. À titre d'exemple, en 2000, la prévalence de la malnutrition chez les moins de 5 ans est cinq fois plus élevée en ASS qu'en Asie orientale, et pratiquement 4 fois plus élevée qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes (ALC). Le taux de mortalité des moins de 5 ans est plus de deux fois plus élevé que celui de tous les pays en développement, quatre fois plus élevé qu'en ALC et plus de trois fois plus élevé qu'en Asie orientale. C'est un tableau pratiquement analogue que l'on retrouve pour le taux de mortalité infantile ; le taux de vaccination des moins de 12 mois est pratiquement la moitié de celui de l'ALC et se place 20 points de pourcentage plus bas que celui de tous les pays en développement. Pour certains indicateurs, la situation s'est détériorée; par exemple, les taux de vaccination des enfants en Afrique étaient en 2000 inférieurs à ceux de 1990.

La santé en Afrique n'a pas progressé au même rythme que dans les autres régions. Le taux d'amélioration de la mortalité infantile, par exemple, a été beaucoup plus faible qu'en Asie orientale, la seule région où les indicateurs de santé sont tout aussi faibles (UNICEF 2000; World Bank 2001).

Même si l'on tient compte des revenus et des dépenses de santé des pays, les comparaisons internationales soulignent systématiquement le niveau de performance relativement faible des pays de l'ASS par rapport aux autres pays à faibles revenus. Les résultats de l'Afrique sont aussi plus faibles en ce qui concerne l'accès aux services professionnels, le personnel de santé par habitant, et l'utilisation des technologies à faible coût (UNICEF 2000; World Bank 2001).

**Tableau 3.1 État des objectifs du Millénaire pour le développement par région**

	<i>Afrique</i> 1990	<i>Afrique</i> 2000	<i>Tous des</i> <i>pays en</i> <i>développement</i> 2000	<i>Amérique</i> <i>Latine et</i> <i>Caraïbes</i> 2000	<i>Asie</i> <i>Orientale</i> 2000
<i>OMD 1</i>					
Population vivant avec moins d'1 \$US par jour (%)	47.1	48.1	—	12.1	14.7
Prévalence de la malnutrition infantile (% des enfants de moins de 5 ans)	—	26.5	—	7.6	12.2
<i>OMD 2</i>					
Taux d'achèvement du primaire (%)	49.0	54.0	77.0	85.0	84.0
Taux d'alphabétisation des jeunes (% âge 15–24)	67.7	78.0	85.6	93.9	97.3
<i>OMD 3</i>					
Proportion des filles par rapport aux garçons dans l'enseignement primaire et secondaire (%)	78.6	79.9	86.5	98.7	89.2
Proportion des jeunes filles alphabétisées par rapport aux jeunes hommes (% âge 15–24)	79.8	88.7	91.8	100.8	97.9
Proportion des femmes employées dans le secteur non-agricole (%)	—	—	—	41.2	—
<i>OMD 4</i>					
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1 000)	158.5	161.2	77.8	36.7	45.3
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	102.5	91.2	53.8	29.0	36.0
Vaccination contre la Rougeole (% des enfants de moins de 12 mois)	64.2	52.9	72.6	93.0	85.0

*Source:* Banque mondiale 2001 ; UNICEF 2000.

*Note:* — = pas disponible.

### **Regard sur la participation au préscolaire**

Les activités de SDPE ne se bornent pas au point de la participation préscolaire cycle préscolaire. Elles concernent le bien-être et le développement total de l'enfant, sur le plan émotionnel, physique et intellectuel



depuis sa naissance jusqu'à l'âge de six ans, période cruciale dans la vie d'un enfant. Les deux buts principaux des interventions précoces en ASS sont de préparer les enfants à entrer à l'école primaire et de libérer les familles en prenant en charge les enfants dans la journée pendant les heures de travail. Le domaine d'intervention des SDPE va au delà de ces objectifs principaux et concerne le droit à la survie, à la protection, aux soins et au développement optimal de chaque enfant dès sa conception. Ceci dit, nous nous concentrerons maintenant sur la participation préscolaire.

En ASS, le taux global de fréquentation préscolaire en 1999 était de 16,3% (9,9% pour les pays de l'IDA<sup>2</sup>) ; le plus souvent, ce sont les parents qui paient cette scolarisation. Le tableau 3.2 présente les chiffres globaux par régions dans le monde du Taux brut de scolarisation (TBS) dans le préscolaire en 1990 et 1999, et le taux d'achèvement de l'éducation primaire en 1999.

Les pays de l'ASS ont du retard sur les pays des autres régions du monde. En 1999, la moyenne du TBS dans le préscolaire des pays du Moyen-Orient (28,8%) est plus de 12% plus élevée, le TBS de l'Asie (36,5%) soit plus du double de celui de l'ASS, et la scolarisation à la fois en Europe de l'Est et en Asie centrale (59,5%) et en Amérique latine et dans les Caraïbes (62,8%) est presque quatre fois plus élevée qu'en ASS.

On se rappellera que, en moyenne, et comme on pouvait s'y attendre, la couverture préscolaire est plus importante dans les pays jouissant d'un niveau plus élevé de développement économique et d'une couverture scolaire plus étendue au niveau primaire. Cette tendance se vérifie dans la région Afrique (voir les tableaux 3.2 et 3.3). Le TBS moyen du préscolaire se situe à 10% seulement dans les pays africains de l'IDA qui ont les revenus les plus faibles (PIB moyen par tête de 355 dollars US et taux d'achèvement du primaire de 45,6%), tandis que le chiffre correspondant est de 53% dans les rares pays non IDA de la région (PIB moyen par tête de 2 880 dollars US et un taux d'achèvement du primaire de 90,6%).

Il est intéressant de constater, en observant des pays dont le PIB par habitant est limité, les pays IDA par exemple, qu'il n'existe pas de relation claire entre la couverture préscolaire et primaire et le niveau de développement économique. Au sein de ce groupe, cette relation est pratiquement inexistante ; la couverture préscolaire varie très fort de pays à pays (voir le tableau 3.3). À titre d'exemple, deux pays voisins la Gambie et le Sénégal montrent des chiffres de couverture préscolaire très différents, 28% pour le premier et 38% pour le second. De même, le Soudan a un TBS préscolaire de 22% tandis qu'en Éthiopie voisine ce taux n'est

**Tableau 3.2 Éducation pré primaire, primaire et la proportion d'enfants en déficit pondéral par région (moyennes par pays)**

Régions	TBS du préscolaire (%)				Éducation primaire (%) 1999			Enfants <5 en sous poids (%) 1995–2000	
	Filles		Garçons		Ensembles	Taux d'achèvement	Taux de survie en dernière année		Redoublement
	1999	1999	1990	1999					
Afrique Subsaharienne	16.6	16.0	11.1	16.3	54.0	67.2	17.8	26.5	
Pays IDA	9.8	10.0	8.5	9.9	45.6	66.0	19.3	28.6	
Pays non-IDA	51.6	54.7	20.3	53.2	90.6	73.3	11.9	17.9	
Moyen Orient et Afrique du Nord	27.4	30.2	21.3	28.8	77.2	92.3	7.2	16.1	
Europe de l'Est et Asie Centrale	58.8	60.2	61.4	59.5	93.4	98.0	1.4	6.1	
Asie du Sud, Asie Orientale et le Pacifique	36.5	36.5	25.7	36.5	85.8	78.8	7.9	30.3	
Amérique Latine et les Caraïbes	62.4	61.0	46.3	62.8	86.0	85.4	7.6	8.9	
Pays IDA	22.6	22.8	26.0	22.7	76.4	70.2	8.0	29.5	
Pays non-IDA	52.7	53.4	42.2	53.0	88.0	89.3	5.6	12.3	
Pays OCDE	78.7	78.7	71.8	78.7	100.0	100.0	1.3	—	

*Source:* Statistiques de l'UNESCO : UNICEF 2000.

*Note:* Pays de l'IDA ayant un PIB par habitant en dessous de 755 \$US.

— = non disponible.

**Tableau 3.3 Taux bruts de scolarisation (TBS) dans le préscolaire, proportion des enfants de moins de 5 ans en sous-poids et taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les pays africains subsahariens (1999)**

	PIB par habitant 1999 (1995 US\$)	TBS en préscolaire standard (%)			Enfants <5 Insuffisance pondérale infantile (%)	<Taux de mortalité (pour 1,000)	
		Filles	Garçons	Total		<5	Nourrissons
Angola*	523	—	—	2.0	42	295	172
Bénin*	402	7.1	6.7	6.9	29	156	99
Botswana**	3,909	—	—	—	17	59	46
Burkina Faso*	253	1.6	1.7	1.6	36	199	106
Burundi*	143	0.9	0.8	0.9	37	176	106
Cameroun*	662	9.6	10.8	10.2	22	154	95
Cap-Vert**	1,466	—	—	—	14	73	54
République centrafricaine *	335	—	—	1.0	27	172	113
Tchad*	222	—	—	1.0	39	198	118
Comores*	452	1.6	1.8	1.7	26	86	64
Rép.Dém Congo *	113	—	—	2.0	17	207	128
Rép. du Congo **	802	2.2	3.2	2.7	26	108	81
Côte d'Ivoire*	777	2.8	2.7	2.7	24	171	102
Guinée Equatoriale **	1,405	29.3	30.7	30.0	—	160	105
Eritrée*	173	5.7	5.3	5.5	—	105	66
Éthiopie*	113	1.8	1.7	1.7	47	176	118
Gabon**	4,406	—	—	—	—	143	85
Gambie, The*	362	29.8	26.8	28.3	26	75	61
Ghana*	408	57.3	56.9	57.1	25	101	63
Guinée*	605	—	—	2.0	—	181	115
Guinée-Bissau*	199	3.8	4.0	3.9	23	200	128
Kenya*	337	37.1	39.7	38.4	22	118	76
Lesotho*	538	20.3	23.3	21.8	16	134	93
Libéria*	—	—	—	—	25	235	157

(suite page suivante)

**Tableau 3.3** (suite)

	PIB par habitant 1999 (1995 US\$)	TBS en préscolaire standard (%)			Enfants <5 Insuffisance pondérale infantile (%)	<Taux de mortalité (pour 1,000)	
		Filles	Garçons	Total		<5	Nourrissons
Madagascar*	242	3.3	3.4	3.4	40	156	95
Malawi*	169	—	—	2.0	30	211	132
Mali*	291	1.9	2.9	2.4	40	235	143
Mauritanie*	487	—	—	1.0	23	183	120
Ile Maurice**	4,043	95.2	97.0	96.1	16	23	19
Mozambique*	192	—	—	2.0	26	203	127
Namibie**	2,370	60.2	69.3	64.7	26	70	56
Niger*	209	0.9	1.0	0.9	47	275	162
Nigéria*	250	—	—	2.0	36	187	112
Rwanda*	234	—	—	2.0	27	180	110
São Tomé et Príncipe*	338	—	—	—	16	76	59
Sénégal*	592	2.9	3.0	3.0	22	118	68
Sierra Leone*	146	3.9	4.2	4.0	29	316	182
Somalie*	—	—	—	—	26	211	125
Afrique du Sud**	3,954	21.8	21.8	21.8	9	69	54
Soudan*	300	23.0	21.5	22.2	34	109	67
Swaziland**	1,488	—	—	—	10	90	62
Tanzanie*	186	—	—	2.0	27	141	90
Togo*	339	2.2	2.3	2.2	25	143	80
Ouganda*	345	2.9	2.9	2.9	26	131	83
Zambie*	388	2.1	2.5	2.3	24	202	112
Zimbabwe*	665	—	—	—	15	—	—
* Moyenne de Retard de croissance par pays	<b>343</b>	<b>10.1</b>	<b>10.0</b>	<b>9.9</b>	<b>28.6</b>	<b>173</b>	<b>107</b>

Source: Calculs des Auteurs

Note: \*Pays IDA; \*\*Pays non-IDA.

— = non disponible.

que de 1,7%. La comparaison entre le Kenya, taux de couverture de 38% et l'Ouganda, taux de 2,9% vient clore cette démonstration. C'est la volonté politique qui détermine ces variations plutôt que d'autres facteurs contextuels.

Parmi les différentes régions du monde, le continent africain est loin d'atteindre le premier objectif de l'EPT (On notera que pour obtenir une évaluation exacte, il faut définir l'objectif sur un plan opérationnel, ce que nous rappelons plus loin dans cette section). Pour les pays les plus pauvres d'ASS—ceux qui ont droit à l'aide de l'IDA—le taux moyen de TBS préscolaire atteignait à peine 10,3% en 1999, loin des 100% à atteindre d'ici 2015. Si on projette la tendance 1990–1999 jusqu'en 2015, la situation apparaît sombre. Le tableau 3.4 présente les chiffres de l'amélioration du TBS préscolaire de 1990 à 1999 et les tendances projetées à 2015.

Si nous oublions les moyennes régionales et nous nous concentrons sur les pays du monde pris individuellement, nous trouvons de grandes variations, qui existent aussi, mais dans une moindre mesure, dans les pays subsahariens africains. Des taux cibles particuliers de couverture préscolaire n'ont pas été définis de manière suffisamment précise dans la déclaration des objectifs de l'EPT: « Développer et améliorer sous tous leurs aspects la protection et l'éducation de la petite enfance, et tout particulièrement pour les enfants les plus vulnérables et défavorisés ». Le tableau 3.5 propose une projection des différents TBS préscolaires de 2015 à 25, 40, 70, et 90%. Le tableau montre la situation dans 133 pays en développement qui disposent de données, en fonction de la probabilité de les voir atteindre ces taux de couverture d'ici 2015, sur base de leur TBS en 1999 et des progrès accomplis depuis lors.

On distingue quatre cas : (1) les pays qui avaient déjà atteint l'objectif fixé en 1999 ; (2) les pays qui n'avaient pas atteint l'objectif fixé en 1999, mais qui y parviendront en 2015 à condition que les progrès enregistrés entre 1990 et 1999 se poursuivent ; (3) les pays qui n'avaient pas atteint l'objectif fixé en 1999, qui ont enregistré une tendance positive au cours des années 1990, mais qui ne parviendront pas à réaliser l'objectif fixé si la tendance observée se maintient ; et (4) les pays qui n'avaient pas atteint l'objectif fixé en 1999 et se caractérisent par une tendance négative au cours de la décennie précédente.

Il est clair que, suivant les tendances actuelles, plus l'objectif pour l'année 2015 est ambitieux, moins les pays sont susceptibles de l'atteindre. Des 133 pays en développement, 52% (65 + 5) ont—ou auront en 2015—une couverture d'au moins 25%. Toutefois, si la couverture

**Tableau 3.4 Évolution des TBS du préscolaire par région (1990–99) et projection de la tendance (jusqu' au 2015)**

	TBS au niveau du préscolaire (%)			
	1990	1999	Augmentation 1990–99	Projection 2015
Afrique subsaharienne	11.1	16.3	+5.2	25.5
Pays IDA	8.5	9.9	+1.4	12.4
Pays non-IDA	20.3	53.2	+39.9	111.7
<i>Pays en développement non subsahariens</i>				
Moyen orient et Afrique du Nord	21.3	28.8	+7.5	42.1
Europe de l'Est et Asie Centrale	61.4	59.5	-1.9	(56.1)
Asie du Sud, Asie du Sud Est et le Pacifique	25.7	36.5	+10.8	55.7
Amérique latine et les Caraïbes	46.3	62.8	+16.5	92.1
Pays IDA	26.0	22.7	-3.3	(16.8)
Pays non-IDA	42.2	53.0	+10.8	72.2
Pays membres de l'OCDE	71.8	78.7	+7.1	91.0

Source: Auteurs.

**Tableau 3.5 La perspective d'atteindre les différent niveaux cibles de couverture du préscolaire dans 133 pays en développement, compte tenue des tendances actuelles (d'ici 2015)**

	TBS Cibles du préscolaire en 2015			
	25%	40%	70%	90%
Pays qui ont déjà atteint la cible en 1999	65	48	25	10
Pays qui ont de fortes chances d'atteindre la cible en 2015 compte tenu des tendances actuelles	5	12	13	16
Pays avec une tendance positive qui n'atteindront pas la cible en 2015	43	51	66	75
Pays avec une tendance négative qui n'atteindront pas la cible en 2015	20	22	29	32
Total des pays en développement	133	133	133	133

Source: Auteurs.

préscolaire cible est de 40% en 2015, le pourcentage des pays qui atteindront le TBS diminue à 45% (60/133). Si le TBS cible est à 70%, le pourcentage des pays baisse à 29% (38/133) ; seulement 20% (26/133) peuvent espérer réaliser l'objectif de 90% de couverture préscolaire. Ces chiffres suggèrent que pour la plupart des pays, et dans une certaine mesure quel que soit le degré d'ambition par rapport à l'objectif fixé pour 2015, il faudra prendre des mesures énergiques d'ici là pour atteindre les objectifs de couverture préscolaire souhaités.

## Les arguments qui plaident en faveur des activités de SDPE en Afrique subsaharienne

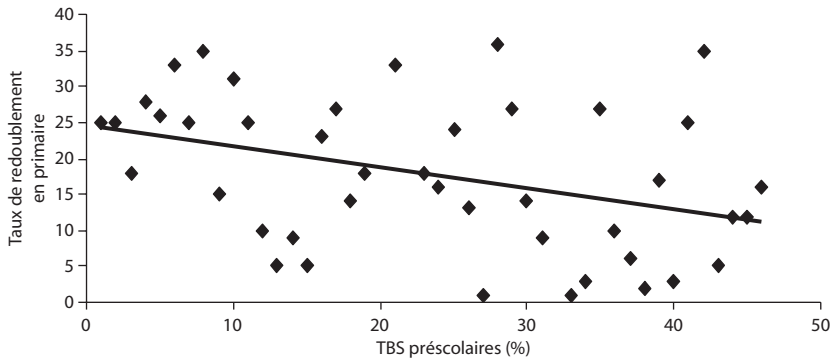
En Afrique, les données sur les avantages des interventions pour la petite enfance sont rares. Toutefois, des données sont disponibles pour évaluer dans quelle mesure on peut associer de meilleures performances scolaires dans l'enseignement primaire à un préscolaire mieux développé. Dans ce but, on a adopté une perspective graphique bidimensionnelle en traçant le TBS préscolaire en regard du taux de redoublement et de maintien dans l'enseignement primaire, en utilisant les données nationales.

La figure 3.1 montre le rapport entre le TBS préscolaire et le taux d'années redoublées à l'école primaire. Le figure 3.2 le rapport entre le TBS préscolaire et le taux de maintien jusqu'à la 5<sup>e</sup> année des élèves qui s'inscrivent en première année primaire. Le figure 3.3 le rapport entre le TBS préscolaire et la proportion des enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale.

Les trois figure présentent des associations intéressantes et attendues. Tous les cas montrent des variations substantielles des deux côtés de la ligne de relation moyenne, mais il se dégage aussi un schéma très net d'association entre les variables sur les deux axes.

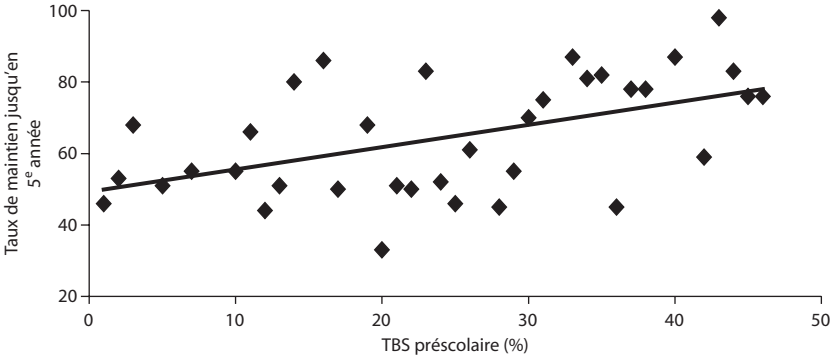
La fréquence de redoublement dans le primaire tend à diminuer quand la proportion des enfants qui ont suivi des programmes préscolaires augmente. L'amplitude est importante : la projection pour un TBS préscolaire de zéro serait d'environ 25% de redoublement ; ce chiffre descend à environ 12% dans les pays où la scolarisation préscolaire est de 45%.

**Figure 3.1** Taux de redoublement jusqu'en 5<sup>e</sup> année et couverture préscolaire



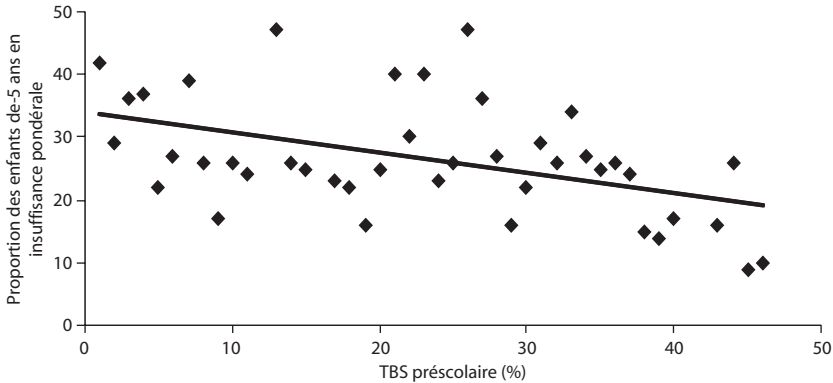
Source: Calculs des auteurs.

**Figure 3.2 Taux de maintien jusqu'en 5<sup>e</sup> année et couverture préscolaire**



Source: Calculs des Auteurs.

**Figure 3.3 Proportion des enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale et couverture préscolaire**



Source: Calculs des Auteurs.

La tendance est identique pour l'impact du préscolaire sur l'achèvement de la 5<sup>e</sup> année chez les élèves entrant en première année primaire. De nouveau elle est très positive : le taux d'achèvement de la 5<sup>e</sup> année primaire est meilleur quand une plus grande proportion du groupe d'âge a suivi le préscolaire. L'importance de l'impact est nettement visible, d'un taux de réussite d'environ 50% sans éducation préscolaire on passe à environ 80% d'achèvement lorsque la moitié du groupe d'âge a bénéficié des programmes préscolaires.



Enfin, la proportion d'enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale tend à diminuer à mesure que la couverture préscolaire d'un pays augmente. Là aussi, même avec la variance générale, l'impact bidimensionnel est relativement important: 33% des enfants sont en insuffisance pondérale dans les pays dans lesquels il n'y a pas de préscolaire, tandis que moins de 20% lorsque presque la moitié de la population d'âge scolaire bénéficie d'une l'éducation préscolaire.

Il faut rester prudent et ne pas tirer de ces graphiques de conclusions trop hâtives. D'autres facteurs, tels que le niveau de développement économique, peuvent influencer les deux variables et entraîner des rapprochements et des conclusions erronées. Par conséquent, une analyse économétrique de contrôle de l'influence d'autres facteurs, tels que le PIB par habitant, est recommandée pour évaluer l'impact du préscolaire sur les résultats identifiés.

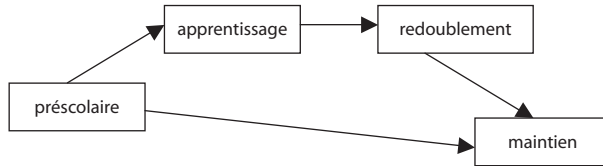
Les trois relations ont été analysées sur deux échantillonnages de pays: tous les pays disposant de données pertinentes (40 pays) et tous les pays d'ASS (24 pays). Les résultats sont clairs et identiques pour les deux groupes de pays. Concernant l'impact du préscolaire sur les taux de redoublement et de maintien, l'introduction du PIB par habitant ne fait pratiquement pas de différence parce que la variable n'est pas statistiquement significative. Les taux de redoublement sont d'environ 30% et la variable préscolaire est significative au niveau .05 ou, plus souvent, au niveau .01 du niveau de confiance.

Par contre, lorsqu'on analyse la proportion d'enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale, l'impact du PIB par habitant est très important, et c'est la variable préscolaire qui se retrouve sans impact statistiquement significatif. Il n'y a pas de relation directe entre le préscolaire et l'insuffisance pondérale, ce qui n'est pas surprenant parce que les programmes d'alimentation en milieu préscolaire ne sont pas courants. Néanmoins, ces résultats soutiennent l'argument qu'il existe réellement une relation structurelle entre l'éducation préscolaire et le primaire. Cette relation était attendue, mais il n'est pas inutile d'illustrer la relation escomptée avec des résultats factuels.

Il n'est pas correct non plus de supposer l'existence d'une relation directe ou automatique entre la couverture préscolaire et la fréquence des redoublements ou du maintien dans l'enseignement primaire. La réalité serait mieux traduite en utilisant une structure telle que celle établie dans la figure 3.4.

Dans ce cadre, on suppose que l'enseignement préscolaire a un impact positif sur l'apprentissage au cours de l'enseignement primaire, que cet

**Figure 3.4 Interaction supposée entre l'apprentissage préscolaire, le redoublement et le maintien jusqu'en 5e année**



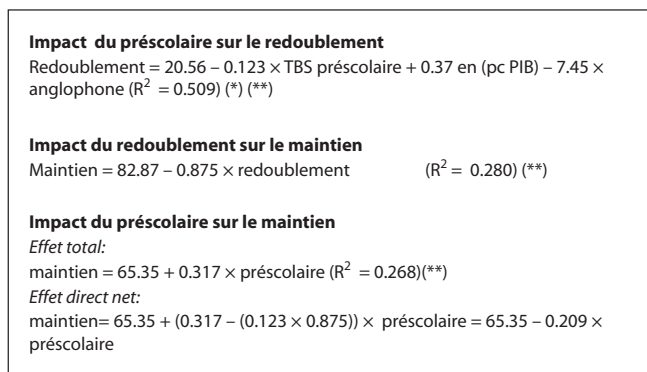
Source: Auteurs.

apprentissage a un impact négatif sur les redoublements, et que des taux inférieurs de redoublement impliquent une meilleure survie dans l'enseignement primaire. Souvent les parents interprètent le redoublement comme un signal que l'enfant n'est pas fait pour l'école et devrait par conséquent rester à la maison et contribuer à l'économie du ménage. Toutefois, en plus de l'impact du préscolaire sur le maintien en primaire (à travers une évaluation de l'apprentissage des élèves et du taux de redoublement), un impact direct du préscolaire sur la scolarisation au primaire est associé au fait que les enfants (et leurs parents) ont adopté une attitude positive vis-à-vis de l'école qui a entraîné une augmentation de la demande.

Des données comparatives sur l'apprentissage des élèves n'étaient pas disponibles, les données analysées par cette étude concernent donc uniquement les taux d' enrôlement préscolaire, de redoublement et de maintien. Par conséquent, nous allons nous concentrer sur une forme réduite du cadre précédent, avec un « court-circuit » entre le préscolaire et le redoublement. Ce cadre a été testé sur un échantillonnage de 24 pays d'ASS qui possédaient des données pertinentes ; les résultats pour les 40 pays qui ont les plus faibles revenus du monde sont semblables. La figure 3.5 montre les résultats des estimations, qui sont résumées dans la figure 3.6.

Les chiffres montrent que le préscolaire a un effet négatif sur le redoublement (donc, une couverture préscolaire plus large se traduit par des niveaux de redoublement plus faibles), et qu'un point de pourcentage supplémentaire du TBS préscolaire se traduit par une réduction de 0,12 point de pourcentage du taux de redoublement dans l'enseignement primaire. Ceci montre également que, pour un niveau donné de TBS préscolaire, les pays africains anglophones se caractérisent par une fréquence de redoublement beaucoup plus faible (de 7,5 points de pourcentage) que celle des pays francophones. De plus, le redoublement a un impact négatif sur le maintien en école primaire, avec une élasticité de  $-0,875$ , ce qui implique qu'une réduction d'un point de

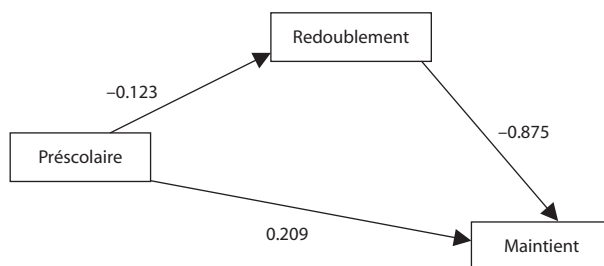
**Figure 3.5 Effet du préscolaire sur les taux redoublement (R<sup>2</sup>) et de maintien (Analyse des données par la statistique multi variée)**



Source: Calculs des auteurs.

Note: \*Statistiquement Significatifs à 5%; \*\* Statistiquement Significatifs à 1%.

**Figure 3.6 L'effet direct et indirect du l'apprentissage préscolaire sur le redoublement et le maintien en la éducation primaire dans 24 pays en Afrique subsaharienne**



Source: Auteurs.

pourcentage du taux de redoublement dans le primaire détermine en moyenne un accroissement de 0,875 point de pourcentage dans les pays africains. L'effet global est assez important : une progression d'un point de pourcentage dans le TBS préscolaire implique en moyenne un accroissement du taux de maintien en 5e année primaire de 0,317 point de pourcentage.

Cet effet provient de deux éléments : a) un effet indirect par l'impact conjugué du préscolaire sur le redoublement et du redoublement sur le maintien ; et b) un effet direct (représentant peut-être l'impact du préscolaire sur la demande de scolarisation), dont l'impact est estimé ici à 0,209,

ce qui implique qu'un accroissement d'un point de pourcentage dans le TBS préscolaire entraîne une hausse de 0,209 point de pourcentage sur le taux de maintien jusqu'en 5e année primaire. Le tableau 3.6 présente ces résultats de façon plus concrète à travers des simulations numériques.

Il ressort clairement des données de la figure 3.6 que la fréquentation du préscolaire a un impact positif sur la performance des élèves dans le cycle primaire. Entre la situation de départ, avec une faible couverture préscolaire (situation de la plupart des pays africains en 2000) et une situation où le TBS du préscolaire pourrait atteindre, disons, 30% en 2015 (un objectif qu'on pense pouvoir atteindre dans la plupart des pays), les retombées probables sont considérables. Les taux de redoublement pourraient chuter de 20% à 15% tandis que la proportion des élèves de première année primaire qui parviennent en 5e année pourrait passer de 65% en 2000 à 78% en 2015. Ceci signifie que (1) nous nous trouverions dans une situation plus favorable pour atteindre l'objectif d'achèvement universel des six années primaires, et (2) que nous aurions toutes les chances d'améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources dans le cycle d'études primaires.

Pour mieux comprendre ce que ces chiffres indiquent en termes de gains d'efficacité potentiels dans le secteur de l'éducation primaire suite aux investissements dans le préscolaire, il est relativement simple de simuler le parcours des élèves dans l'enseignement primaire d'un pays imaginaire qui n'aurait à ce jour aucune couverture préscolaire (avec des prévisions de maintien jusqu'en 5e année de 65,3% et un taux de redoublement de 20,4%) et le parcours des élèves du même pays avec une couverture préscolaire de 40% (avec des prévisions de maintien jusqu'en 5e année de 78% et un taux de redoublement de 15,5%). Pour ces deux

**Tableau 3.6 Simulation du taux de maintien jusqu'en 5e année et du taux de redoublement en fonction de la couverture préscolaire dans 24 pays d'Afrique subsaharienne**

<i>TBS du préscolaire (%)</i>	0	10	20	30	40	50	60
<i>Taux de redoublement (%)</i>							
Tous les pays africains	20.4	19.2	17.9	16.7	15.5	14.2	13.0
Pays Francophones	22.7	21.5	20.3	19.0	17.8	16.6	15.3
Pays Anglophones	15.3	14.0	12.8	11.6	10.4	9.1	7.9
<i>Taux de maintien jusqu'en 5eme année (%)</i>							
Effet total	65.3	68.5	71.6	74.8	78.0	81.2	84.3
Effet indirect	65.3	67.4	69.5	71.6	73.7	75.8	77.8
Effet direct	65.3	66.4	67.5	68.5	69.6	70.7	71.8

Source: Selon les calculs des auteurs.

parcours d'étudiants, nous pouvons calculer un ratio d'entrées-sorties que nous définirons comme le nombre effectif d'années de scolarisation nécessaires pour produire un diplômé avec les taux actuels de redoublement et d'abandons et le nombre optimum d'années de scolarisation sans redoublements et ni abandons pour produire le même diplômé. Dans le cas idéal (sans redoublement ni abandons le ratio entrées-sorties est égal à 1.

Les résultats montrent que la valeur numérique du coefficient d'efficacité du parcours des élèves dans le primaire est de 1,67 sans couverture préscolaire et de 1,37 avec un TBS préscolaire de 40%. Les chiffres montrent que, dans le premier cas, le pays doit dépenser 67% de ressources de plus que nécessaire, tandis que le second pays ne dépensera que 37%. On estime donc que les économies réalisées avec une couverture préscolaire de 40% s'élèvent à 17,5%  $[(1,67-1,37)/1,67]$  des dépenses pour le primaire, ce qui représente des ressources assez substantielles. Ces économies sont réelles parce que la qualité de l'éducation primaire n'est pas compromise (comme ce serait le cas si on augmentait le nombre d'élèves par classe ou si on venait à réduire les achats de matériels pédagogiques). Dans le cas présent, les économies ne sont pas faites au détriment de la qualité ; elles sont le résultat de mesures politiques directement liées au renforcement de la qualité de l'éducation.

### **Les implications de politiques pour atteindre les objectifs du DPE**

Les gouvernements doivent prendre des décisions politiques importantes s'ils désirent atteindre les OMD pour la petite enfance et le premier objectif de l'EPT. Ces décisions impliquent i) la description des activités propres au SDPE qui peuvent être entreprises dans le contexte social, ii) la formulation d'une stratégie optimisant la combinaison entre structures formelles et activités communautaires, iii) l'élaboration de programmes de SDPE qui conviennent aux besoins des deux groupes d'âge (0 à 3 ans et 4 à 6 ans), et iv) l'établissement de priorités pour désigner les populations qui doivent bénéficier des activités de SDPE.

#### ***Description des activités propres au SDPE***

On s'entend généralement pour dire que les jeunes enfants doivent bénéficier d'une vie meilleure, plus sûre et plus riche qu'elle ne l'est actuellement dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne. On milite aussi pour que les activités qui permettront d'atteindre cet objectif s'inscrivent dans un cadre stratégique intégré. Le SDPE ne sortira pas du néant et doit

donc trouver sa place au sein ou en sus des structures existantes. Il peut être utile de distinguer les activités qui ciblent particulièrement les jeunes enfants des activités qui sont importantes voire essentielles pour eux mais qui existent déjà ou ne leur sont pas spécialement destinées. Dans la première catégorie on peut ranger l'éducation parentale, les garderies et le préscolaire, dans l'autre des activités plus sensibles à l'environnement, l'eau et l'assainissement par exemple. Au vu de cette distinction, la stratégie de SDPE devra porter sur deux axes : i) le premier consiste à définir des activités précises, déterminer leur mise en œuvre et en assurer le financement, tandis que ii) le second concerne davantage la coordination des différents organes et structures en charge des autres activités dans le but de maximiser leur impact sur les jeunes enfants.

### ***Formulation d'une stratégie susceptible de maximiser la combinaison des activités***

L'essentiel des activités actuellement entreprises pour les jeunes enfants en Afrique subsaharienne est organisé dans le cadre de structures formelles, notamment des centres préscolaires. Toutefois, même s'ils sont plus rares, les services communautaires existent également, généralement mis en place avec l'aide d'ONG ou de l'UNICEF. L'expérience montre que les structures formelles se retrouvent le plus souvent en milieu urbain, fonctionnent communément (mais pas uniquement) avec des fonds privés, se caractérisent fréquemment par un coût unitaire par enfant<sup>3</sup> relativement élevé et bénéficient presque exclusivement aux enfants de ménages favorisés. En revanche, les activités communautaires se retrouvent en milieu rural et se caractérisent par un coût relativement bas ou élevé par enfant selon que l'on intègre ou non tous les frais dans le calcul.

Il importe, dans la formulation d'une stratégie de SDPE, de documenter les mérites respectifs des structures formelles ou informelles (communautaires) pour la réalisation des types d'activité considérées. Il convient de prendre en compte les coûts et les résultats. Les questions suivantes doivent trouver réponse : quel est le rapport entre les coûts encourus et l'impact sur les résultats ? Dans quelle mesure le préscolaire est-il une stratégie rentable, compte tenu des alternatives, pour améliorer les résultats éducatifs dans l'enseignement primaire ?

### ***Élaboration de programmes de SDPE pour répondre aux besoins des différents groupes d'âge***

Parmi les différentes modalités possibles, on distingue deux grands types de programmes selon les groupes d'âge : ceux qui s'adressent à la tranche d'âge des 0-3 ans et ceux qui ciblent les 4-6 ans.

Les programmes destinés aux tout petits sont davantage orientés sur l'éducation parentale, la santé, la nutrition, et le développement psychosocial de l'enfant. Ces types de programmes sont rarement effectués dans des centres. Ils visent principalement les parents, et dans la plupart des cas, ils sont exécutés par des leaders communautaires formés à cet effet<sup>4</sup>.

En revanche, l'approche basée sur les centres correspond mieux aux besoins des 4 à 6 ans. Les programmes visent alors la socialisation de l'enfant (coopérer au sein d'un groupe, respecter la discipline et les règles), son développement cognitif (aptitudes spatiales et psychomotrices, langage), et aident à son bon développement physique.

Ces approches ne s'excluent pas l'une l'autre. Il est souvent intéressant de continuer à travailler avec les parents lorsque les enfants sont plus âgés. En effet, les parents des 4 à 6 ans ont bien souvent des tout petits ou des nourrissons à la maison ; les programmes d'éducation parentale et de proximité menés en dehors du centre peuvent faciliter le ciblage et le suivi. En pratique, les mêmes personnes peuvent enseigner aux enfants de 4-6 ans et apprendre aux parents comment agir pour permettre le développement harmonieux de leurs enfants de 0-3 ans.

### ***Établissement de priorités dans les prestations de service***

Dans les années à venir, la sélection des priorités et les choix stratégiques seront une thématique capitale dans la formulation des programmes de SDPE dans la région Afrique. Le besoin d'établir des priorités s'applique à deux questions complémentaires. La première est que l'extension de la couverture des services de SDPE se fera nécessairement de façon progressive dans le temps. Puisque la couverture est inférieure à 5% dans la plupart des pays de la région, la couverture universelle ne peut être envisagée que sur le long terme ; pour un très grand nombre de pays, parvenir à une couverture de 25% à 30% à l'horizon 2015 ou 2020 serait déjà un grand pas en avant. Dans une telle situation, le cruel dilemme sera de déterminer qui inclure ou exclure des interventions.

Suivant l'expérience des systèmes de santé et éducatifs, où cette problématique de la sélection a été souvent traitée implicitement, les services sont d'abord mis en place pour servir les populations où la demande est forte et la logistique aisée. En conséquence, les services ont été offerts en premier lieu aux enfants des villes les plus favorisés, puis étendus progressivement aux populations moins favorisées. En 2005, les populations pauvres et rurales constituaient la majorité de ceux qui restaient exclus des services de santé et d'éducation (ou reçoivent des services de piètre qualité). La répartition sociogéographique actuelle du préscolaire dans la plupart des pays illustre cette approche implicite de sélection.

Le premier objectif de l'EPT précise que le SDPE doit cibler tout particulièrement « les enfants vulnérables et défavorisés ». Si nous voulons prendre cet objectif au sérieux, il faudra bien que les programmes de SDPE abordent cette question de sélectivité de manière explicite, en établissant des critères transparents et positifs et réalise les activités en conséquence.

Le second aspect de la sélection concerne l'étendue, la qualité et le coût des services. Ainsi, certains pays peuvent décider de mettre en place un ensemble de services de base communs pour tous les enfants, et de proposer des services supplémentaires pour une catégorie donnée (par exemple, ceux qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles). Une autre option serait de se concentrer sur certains types d'intervention (comme la nutrition).

De même, les services offerts peuvent être identiques mais être subventionnés différemment suivant les circonstances. On peut demander à certaines communautés de contribuer (en nature ou en espèces) au financement de certains biens et services (la construction d'un bâtiment préscolaire ou la rémunération de l'enseignant ou du soignant), et dans d'autres cas, les communautés (plus pauvres) obtiendront ces biens et services gratuitement ou à prix réduit. Un autre élément va déterminer l'action du gouvernement pour élargir les services au profit de la petite enfance : le coût des programmes. (Voir au chapitre 23 une discussion sur ces questions)

## Conclusion

Considérant le niveau actuel de l'enseignement préscolaire dans les pays de l'Afrique subsaharienne, il est probable que les OMD et les objectifs de l'EPT ne seront pas atteints d'ici 2015. Qu'est-ce qui pourrait faire la différence? Une volonté politique reflétée par l'adoption de politiques d'éducation qui incluent des programmes de SDPE. Les gouvernements africains (dans leur majorité) dont les budgets pour l'éducation ne devraient pas augmenter sensiblement dans les prochaines années doivent soigneusement analyser les choix de leurs politiques d'éducation. La priorité essentielle est d'attribuer un pourcentage de la structure budgétaire actuelle au soutien de programmes préscolaires de qualité. À court terme, ce glissement risque de réduire le financement de certains secteurs de l'éducation (mais pas nécessairement, car les gains d'efficacité ne proviennent pas d'une réduction de financement), au long terme, il doit accroître l'efficacité et l'efficience des systèmes éducatifs.



## Notes

Ce chapitre est extrait de la publication par Adriana Jaramillo et Alain Mingat. *Early Childhood Care and Education in Sub-Saharan Africa: What Would It Take to Meet the Millennium Development Goals?* (Washington, DC: World Bank, Africa Region, October 2003)

1. Pour une revue de la documentation sur ce sujet, et tout particulièrement, pour les pays en développement, voir *Early Childhood Counts* (2000) par Evans, Myers, and Ilfeld, *EDC : Laying the Foundation of Learning* (1999), une publication de l'UNESCO ; Practice and Reflection Series (1992–2000), Bernard van Leer Foundation ; ou *The Coordinators' Notebook*, publication trimestriel du Consultative Group sur le SDPE.
2. Les pays à faible revenu qui ont un PIB par habitant en-dessous de 775 dollars US ont le droit de recevoir l'aide de l'IDA.
3. Le coût moyen du préscolaire est d'environ 50% plus élevé que celui de l'éducation primaire. Il y a une grande différence de coûts d'un pays à l'autre parce que le taux enfants-personnel varie de 15 pour 1 à 47 pour 1 dans les pays de la région.
4. Soucat (2003) maintient que 15 ans d'expérience avec le Pack minimum d'activités dans des pays tels que le Mali ou la Guinée ont démontré que les actions qui se placent au niveau des ménages (par exemple, l'allaitement maternel et des pratiques saines d'alimentation, les soins au domicile pour les maladies courantes telles que la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, les comportements sexuels sans danger, et l'usage de moustiquaires de lit) ont un impact considérable sur des résultats tels que la mortalité des moins de 5 ans ou le développement nutritionnel des enfants.

## Références

- Bernard van Leer Foundation. 1992–2000. Practice and Reflection Series. Jour d'accès en ligne Septembre 8, 2006, <http://www.bernardvanleer.org/>.
- Consultative Group on Early Childhood Care and Development. (n.d.). *The Coordinators' Notebook*. Jour d'accès en ligne Septembre 8, 2006, [http://www.ecdgroup.com/coordinators\\_notebook.asp](http://www.ecdgroup.com/coordinators_notebook.asp).
- Evans, J. L., with R. G. Myers, and E. M. Ilfeld. 2000. *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington, DC:World Bank.
- International Monetary Fund. (n.d.). *Poverty Reduction Strategy Papers*. Jour d'accès en ligne Septembre 6, 2006, <http://www.imf.org/external/np/prsp/prsp.asp>.
- Myers, R. G. 1998. *The Parent Education Project in Mexico*. Consultative Group on ECCD.Washington, DC:World Bank.

- Schweinhart, L. J., H. V. Barnes, and D. P. Weikart. 1993. *Significant Benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 27*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Soucat, A. 2003. *Mauritania Case Study: Poverty Reduction*. Washington, DC: World Bank.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1999. *Laying the Foundation of Learning*. Paris: UNESCO.
- . 2000. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Senegal, April 26–28. Paris: UNESCO.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2000. *The State of the World's Children 2000*. Jour d'accès en ligne Novembre 21, 2006, <http://www.unicef.org/sowc00/>.
- United Nations. 2000. *United Nations Millennium Declaration*. Jour d'accès en ligne Septembre 6, 2006, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
- van der Gaag, J., and J.-P. Tan. 1998. *The Benefits of Early Child Development Programs: An Economic Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2001. *World Development Report Indicators*. Washington, DC: World Bank.

## CHAPITRE 4

# Développement du cerveau et DPE Plaidoyer pour l'investissement

**Mary Eming Young et Fraser Mustard**

Les données bien établies et des données nouvelles sur le développement cérébral dans la petite enfance démontrent que des programmes de développement de qualité pour les tout jeunes sont un impératif de société essentiel. Les scientifiques ont démontré sans équivoque que le développement du cerveau est basé sur l'expérience et que ses effets sont durables ; ces deux découvertes ont de sérieuses implications pour le développement dans la petite enfance (DPE)<sup>1</sup>. Nous savons maintenant que le milieu dans lequel vit l'enfant et les expériences qu'il fait, dès l'utérus, n'affectent pas seulement le développement du cerveau, mais aussi la santé, physique et mentale, l'apprentissage et le comportement pour la vie. Ces effets couvrent bien plus que l'apprentissage et l'éducation de la petite enfance. Cette période clé influe sur le bien-être et la santé pour la vie.

Les pays ne peuvent pas ignorer plus longtemps cette évidence. Les pays industrialisés et les pays en développement doivent donner la priorité à l'investissement dans le développement de leurs populations ; cet investissement doit commencer dès l'enfance.

Les programmes de DPE, associant parents et principaux prestataires de soins, sont essentiels pour améliorer la qualité et la capacité des populations. Ces interventions peuvent améliorer la santé, la nutrition et la stimulation de tous les enfants, riches et pauvres. Les programmes de

DPE s'adressent à l'enfance des années préscolaires (de 0 à 6 ans), période de développement du cerveau, fenêtre d'opportunités critiques et sensibles s'il en est. Des programmes de DPE disponibles et accessibles permettent à tous les enfants d'être bien nourris, en bonne santé et capables d'apprendre efficacement. L'impact de ces programmes dure tout au long de la vie et se transmet aux populations et aux nations.

### **L'aspect économique du DPE**

De nombreuses études démontrent que la fréquentation des programmes de DPE est liée à l'augmentation des inscriptions et au maintien à l'école primaire et secondaire, à l'amélioration du comportement, et à de meilleures performances académiques (Myers 1995). Chaque année de scolarisation profite à l'enfant et à la société. Les interventions durant la *petite enfance* augmentent les profits et favorisent l'attachement social. Le retour financier sur investissement peut s'élever à 15%, voire même 17% (Heckman 2006).

Le rapport coûts-bénéfices des programmes de DPE l'emporte sur celui d'autres investissements. Van der Gaag et Tan (1998) ont estimé le rapport coûts-bénéfices de 1,38 à 2,07 (dans un programme préscolaire en Bolivie), sur base des estimations d'augmentation de productivité, calculées sur une durée de vie, apportée par la participation à un programme de DPE. Si les avantages collatéraux du programme comme la maternité tardive (donc la réduction des taux de natalité) sont inclus dans le calcul, l'augmentation du rapport est de 2,38 à 3,06. Le prix Nobel James Heckman affirme que le développement de la petite enfance est beaucoup plus productif pour l'amélioration du développement humain que le système scolaire formel. Qu'attendre jusqu'à la maternelle ou à l'école primaire est peut être trop tard pour améliorer l'apprentissage et l'éducation. Heckman a conclu que le DPE est bien plus efficace et promet de meilleurs rendements qu'une formation de rattrapage plus tard dans la vie (Heckman 1999).

De toute évidence, les estimations par les économistes des avantages des programmes de DPE démontrent que les investissements dans ceux-ci peuvent surpasser les investissements de développement plus traditionnels qui interviennent plus tard dans la vie. En fait, les hauts rendements économiques des investissements dans l'éducation—un avantage et une composante clé de tous les programmes de DPE—sont la principale raison de l'importance particulière accordée à l'objectif de l'Éducation pour tous (EPT) sur le plan mondial. L'amélioration du développement humain

pendant la petite enfance est le moyen le plus sûr pour sortir de la pauvreté car il présente un très fort taux de rendement économique. Le DPE est la première étape dans ce processus, comme en témoignent les priorités qui ont émergé des réunions sur l'EPT de Dakar (UNESCO 2000).

Pour être compétitif sur le marché mondial, aujourd'hui et dans l'avenir, les nations doivent élaborer, adopter et soutenir les politiques au niveau local, régional et national qui offrent des programmes de DPE. Les pays qui ont reconnu l'importance d'investir dans le DPE pour améliorer les compétences, la santé et le bien-être de leurs populations sont Cuba, les pays scandinaves, et plusieurs pays d'Asie (le Japon, Singapour et la Corée du Sud). L'attention portée au DPE dans ces pays doit servir d'exemple pour les autres pays dans le monde entier.

### **L'Afrique aujourd'hui**

Les données présentées au chapitre 1 indiquent combien la situation des enfants en Afrique est alarmante. Un article publié dans le *Lancet* (2007) estime que 117 millions d'enfants de moins de 5 ans vivent en Afrique subsaharienne ; 61% de ces enfants sont retardés, vivent dans la pauvreté, ou les deux. Ces enfants courent le risque de retard ou de mauvais développement en raison d'un ensemble complexe de facteurs qui comprend la pauvreté, la malnutrition, les maladies, les conflits sociaux, les déplacements et le manque ou l'absence d'accès à la scolarité. En Afrique, un tiers des enfants de moins de 5 ans sont retardés par la malnutrition. Plus de 95% des enfants de 5 à 6 ans du continent n'ont pas accès aux programmes préscolaires, à la stimulation dans la petite enfance, ou à des infrastructures adéquates pour leur développement. Il est stupéfiant d'apprendre que 45,4 millions des 115,3 millions d'enfants au monde qui ne fréquentent aucune école primaire vivent en Afrique (UNICEF 2005). En outre, un grand nombre des enfants qui entrent à l'école primaire abandonnent en cours de route.

Par ailleurs, le VIH/SIDA a créé une crise en multipliant le nombre d'orphelins en Afrique (voir les chapitres 5 et 15). Le nombre d'enfants orphelins à cause du VIH/SIDA en Afrique devrait passer de 14 millions en 2005 à 25 millions d'ici 2010. Le nombre total d'orphelins, y compris ceux de la guerre et des conflits, est plus élevé encore et va certainement augmenter. D'ici 2010, 15% de tous les enfants de moins de 15 ans dans 12 pays africains seront orphelins (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004).

Le DPE est une nécessité pour tous les enfants dans le monde entier ; cependant, les obstacles pour rendre obligatoires et soutenir les

programmes de DPE en Afrique sont énormes. La maladie et le décès des parents et des soignants atteints du VIH/SIDA sont des problèmes majeurs. De très jeunes enfants sont abandonnés à eux-mêmes sans structure d'appui et sont placés dans des orphelinats généralement mal équipés pour offrir le soutien affectif et la stimulation dont les enfants ont besoin. Partout en Afrique on doit donner priorité à l'organisation de programmes complets de DPE susceptibles d'offrir aux enfants un environnement physique et social de qualité, des soins appropriés et efficaces, du dévouement et de la stimulation.

La crise des orphelins est aggravée par d'autres problèmes majeurs sur le continent. De nombreux pays et régions ont des infrastructures de santé publique inadéquates (vaccination, eau potable, hygiène). Certains pays souffrent de guerres généralisées et persistantes ou des troubles civils qui perturbent les structures sociales et déplacent les individus et les communautés. Les maladies et la malnutrition sont endémiques dans de nombreuses régions. Les soins de santé de qualité (y compris les vaccinations nécessaires) ne sont souvent pas disponibles ou accessibles.

Les programmes de DPE dépendent et plus important encore peuvent favoriser les infrastructures communautaires, la stabilité sociale, la santé, et le bien-être. Ils rapprochent les communautés pour répondre aux besoins fondamentaux des enfants et des familles. Les enjeux et les avantages des interventions de DPE en Afrique sont énormes : espoir et nouvelles possibilités pour l'avenir.

## **Pourquoi le DPE?**

Les programmes de DPE sont nécessaires pour deux raisons : le développement du cerveau au cours des premières années de la vie est basé sur l'expérience et il a des effets significatifs tout au long de la vie.

## **Le développement et la fonction du cerveau : ce que dit la science**

Le cerveau humain est composé de quatre éléments principaux : (1) le tronc cérébral, qui est responsable de la régulation des fonctions essentielles telles que la respiration, la température corporelle, le rythme cardiaque et la pression artérielle ; (2) le mésencéphale, qui fonctionne avec le tronc cérébral pour commander l'*excitation* sexuelle, le contrôle de l'appétit et le sommeil ; (3) la zone limbique, qui contrôle les émotions, tempérament et attachement ; et (4) le cortex, qui est en charge de la cognition abstraite

et des systèmes langagiers. Chaque élément est responsable de fonctions différentes, mais il existe une interaction de nombreux systèmes interconnectés et composés de réseaux de neurones. Les réseaux travaillent de concert pour accomplir des fonctions particulières, telles que la télédéttection (la vision, l'audition) et la réponse (l'excitation, l'émotion et la pensée) dans les différentes zones du cerveau.

Les milliards de neurones du cerveau possèdent le même code génétique. La différenciation des neurones est influencée par la stimulation (l'expérience) pendant la petite enfance, y compris dans l'utérus, qui active ou désactive les gènes suivant qu'ils sont sollicités ou non. L'expérience affecte aussi le développement de connexions entre les neurones, c'est-à-dire la formation des synapses. La formation de connexions entre les neurones établit les voies neuronales qui régissent notre réponse intellectuelle, psychologique, physique et biologique aux stimuli et les voies biologiques qui influent sur notre santé physique et mentale.

### ***Le développement du cerveau basé sur l'expérience***

Le développement du cerveau humain passe par au moins quatre périodes clés : (1) in utero ; (2) le bas âge, la seconde enfance (enfants qui commencent à marcher), et la petite enfance ; (3) l'adolescence ; et (4) l'âge adulte et le vieillissement. La structure génétique corporelle contrôle essentiellement le développement élémentaire du cerveau et du système nerveux périphérique dans l'utérus. L'expérience—ressentie par les organes de sens comme le toucher, la vision et l'audition—a des effets significatifs sur le développement la structure et la fonction du cerveau dans la petite enfance, qui, pour certaines voies neuronales, peuvent subsister tout le cycle de la vie. La plasticité du cerveau, cependant, est telle qu'il y a des régions où des développements de la structure et de la fonction peuvent survenir plus tard dans la vie. La question essentielle est de savoir quelles sont les parties du cerveau qui connaissent des périodes critiques ou sensibles et celles qui restent élastiques tout le long de la vie?

Les parties du cerveau et les voies neuronales qui influencent la santé, l'apprentissage et le comportement sont toutes en grande partie influencées par l'expérience et le développement du cerveau au début de la vie. Ainsi, par exemple, la compétence langagière et le degré d'instruction à l'âge adulte sont fortement influencés par l'environnement au début de la vie, ce qui correspond au développement et à la bonne santé du jeune enfant qui se mesurent en espérance de vie. Bien que nous ne connaissions pas les relations entre toutes ces voies neurologiques et biologiques qui affectent le développement du cerveau, de nombreuses voies ont des

périodes de développement cruciales et sensibles qui sont influencées par les conditions de vie l'utérus et dans la petite enfance.

Une question biologique importante concerne la façon dont les stimuli externes qui sont captés par les organes des sens affectent l'expression des gènes dans les neurones des différentes parties du cerveau entraînant une différenciation des fonctions neuronales et du développement des circuits neuronaux et de leurs connexions synaptiques qui sont essentielles pour permettre au cerveau d'influencer le comportement, la santé, et la capacité d'apprendre. En termes de développement du cerveau, il est aussi important de comprendre comment les différents gènes (ADN) sont activés ou désactivés. Normalement, les gènes peuvent être désactivés de manière plus ou moins permanente par les processus qui affectent leurs fonctions ou par les protéines histones autour desquelles les gènes sont enroulés. Ce processus est appelé l'épi génétique. Nous savons maintenant que lorsqu'une cellule dont les gènes ont été modifiés par l'épi génétique se reproduit en se divisant, le schéma de désactivation (l'effet épi génome) est souvent reproduit avec elles<sup>2</sup>.

Dans le cerveau, tous les neurones ont le même gène de l'information génétique, mais les processus épi génétiques régissent et activent différemment les gènes des différentes parties du cerveau selon leur fonction. En d'autres termes, l'expression des gènes dépend de l'environnement et est modifiée par celui-ci. Les connexions entre les neurones (synapses) qui forment les voies neuronales sont également très influencées, en termes de force, par l'activation des gènes dans le noyau des neurones réceptifs. La force des synapses influence la fonction des voies neuronales. Ainsi, il n'est pas étonnant que l'apprentissage d'une compétence, par exemple jouer d'un instrument de musique, apprendre la natation ou le tennis, soit influencé par l'âge auquel l'apprentissage a démarré. Ce système d'acquisition de compétences est le même pour d'autres activités comme le ski et le patinage, qui nécessitent des circuits de cerveau et de détection hautement intégrés pour pouvoir exécuter ces techniques de manière efficace. Ainsi, il n'est pas surprenant que le développement précoce du cerveau provoque les mêmes effets significatifs sur le langage, l'apprentissage et le comportement.

Le langage et la lecture montrent bien comment le développement du cerveau dans les premières années influence la faculté d'apprendre et la compréhension plus tard dans la vie. Pour que le langage et la lecture se développent, la vue et l'ouïe doivent être stimulées correctement pendant les périodes cruciales et sensibles du développement de la petite enfance. Nous savons que les premières années sont une période cruciale



pour le développement des voies neuronales de la vision (Chiu 2003; Ellemberg et al. 2000; Hubel and Weisel 1998; Zhou, Tao, and Poo 2003). Si les stimuli reçus par la rétine ne sont pas transmis au cortex occipital dans les premières années de développement, il en résultera un manque de différenciation des neurones, peut entraîner un dysfonctionnement visuel. L'audition semble aussi connaître une période cruciale où les sons perçus par l'oreille doivent arriver au cortex temporal pour une différenciation complète de ces neurones (Loeb 1996).

Les études du chant des oiseaux montrent que ceux-ci n'apprennent pas facilement leurs vocalises durant toutes les phases de leur développement. S'ils n'enregistrent pas le chant de leurs parents quand ils sont très jeunes, leurs chant ne sera pas parfait. Quant aux jeunes enfants, s'ils sont exposés aux sons de deux langues lorsqu'ils sont en bas âge, en grandissant ils les parleront toutes les deux sans accent. Il semblerait que la différenciation des neurones de l'ouïe se fait chez les humains entre la naissance et l'âge de 7 ou 8 mois. C'est pourquoi il est plus difficile d'apprendre une seconde langue plus tard dans la vie. Dès lors, il n'est pas étonnant que des études aient montré que le degré d'exposition des jeunes enfants à une langue a un effet considérable sur l'expression orale à l'âge de 3 ans ; le niveau des compétences verbales à 3 ans correspond aux compétences linguistiques à 9 ans.

Dans l'étude *American Abecedarian* (Campbell et al. 2002; Ramey et al. 2000), un groupe d'enfants afro-américains dont les mères avaient un quotient intellectuel (QI) de 74 à 124 (la moyenne était 85) ont été choisis au hasard et répartis en deux sous-groupes. Un groupe d'enfants de 4 mois a été placé dans un programme préscolaire de DPE associant les parents et comparé au groupe témoin qui ne l'avait pas été. Les enfants du premier groupe ont fait montre plus tard de meilleures performances cognitives en lecture au moment de leur entrée à l'école que les enfants du groupe témoin. Au moment d'entrer à l'école, chacun des deux groupes a de nouveau été réparti au hasard : une moitié de chaque groupe a suivi un programme spécial de trois ans dans le système scolaire et l'autre moitié a participé au programme scolaire normal. À l'âge de 21 ans, c'est le groupe qui avait suivi une éducation préscolaire plus le programme spécial de trois ans qui obtenait les meilleures performances en mathématiques et en langage ce sont eux aussi qui avaient les QI les plus élevés. Le groupe qui n'avait reçu que le programme spécial de formation a montré une petite amélioration dans les premières années de scolarité mais à 21 ans cette différence avait pratiquement disparu. Le groupe qui avait reçu le programme préscolaire mais pas le programme spécial a

montré une amélioration en langage et en mathématiques dans le système scolaire, mais l'effet ne s'est pas maintenu au même niveau que celui du groupe qui avait reçu à la fois le programme préscolaire et le programme spécial de trois ans. Cette démonstration correspond bien aux données neuroscientifiques qui indiquent que le développement du cerveau dans les premières années établit les fondements des performances ultérieures à l'école. D'autres études montrent la relation étroite entre le développement dans petite enfance avec les performances et le comportement dans le système scolaire.

### ***Le développement de la petite enfance et le comportement***

Dans cette discussion, le terme comportement inclut les comportements antisociaux ainsi que les troubles déficitaires de l'attention et les affections de santé mentale comme la dépression. Chacun de ces comportements est fortement influencé par les conditions de DPE même pendant la période intra-utérine. Cette voie neurologique particulière est généralement appelée l'axe limbique-hypothalamus-pituitaire-adrénalien (LHPA) et comprend l'hippocampe et le lobe frontal du cerveau. Des études sur le rat et le singe montrent que les soins donnés dans les toutes premières années ont des effets importants sur la façon dont ces connexions s'établissent et sur leur fonction plus tard dans la vie. Ces connexions, souvent appelées les connexions de stress, conditionnent la façon dont nous répondons aux difficultés quotidiennes. L'amygdale est la partie centrale du cerveau qui capte les stimuli sensoriels et affecte la réponse de l'hypothalamus, qui influence l'action de l'hypophyse et la sécrétion d'ACTH (Adrenocorticotropie Hormone ou Hormone adrénaline), ceci incite la glande surrénale à produire du cortisol, qui affecte la plupart des tissus du corps humain, y compris le cerveau. Cette connexion stimule aussi le système nerveux autonome, amenant la glande surrénale à libérer de l'adrénaline par, qui est souvent désignée comme la réponse rapide au stress. McEwen (2002) appelle l'effet de ces connexions sur le corps l'allostase, que l'on peut considérer comme le maintien de la stabilité par le changement. La pression que cette connexion exerce sur le corps humain s'appelle la charge allostase. Elle peut être trop élevée ou trop basse. Trop peu de cortisol peut être aussi néfaste que trop de cortisol, et la sous-production peut entraîner, entre autres problèmes de santé, le syndrome de la fatigue chronique. Un excès de stimulation de cette connexion peut entraîner dépression, l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles obsessionnels-compulsifs, les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type II, et d'autres problèmes de santé. Le développement de la

connexion de stress et ses performances sont fortement influencés chez le rat, le singe et l'homme par le niveau d'interaction de ceux qui donnent les soins dans les premières heures de la vie. Le toucher semble être une connexion sensorielle importante pour l'établissement de la réponse aux stimuli. Chez le rat, on a démontré que si la mère négligeait de lécher et de *toiletter* les ratons à leur naissance, ceux-ci présentaient ensuite une connexion LHPA faiblement régulée, qui peut avoir des effets majeurs sur le développement cérébral, notamment sur la cognition et le comportement dans la vie adulte. À partir des études détaillées du système LHPA du cerveau des rats, on a montré que la négligence est associée à l'augmentation de la méthylation des gènes de cette connexion (effet épi génétique). Dans ces études, des rates élevées sans soins maternels s'occuperont mal de leurs petits. Les ratons nés de mères qui lèchent beaucoup qui avaient été élevées par des mères léchant peu tendront à avoir la même anomalie que les ratons des mères léchant peu. Des bébés singes rhésus *macaques* élevés séparés de leur mère, s'ils sont génétiquement vulnérables, montrent un comportement impulsif ou inapproprié dans des situations stressantes (Suomi, 1997). Ces animaux vont également consommer de l'alcool avec excès. Dans cette étude, il apparaît que les animaux vulnérables sont ceux qui ont une structure courte du gène stimulateur du transport de la sérotonine. Les niveaux de sérotonine ont un effet majeur sur le lobe frontal du cerveau qui affecte le comportement. Dans ces études, il apparaît que les singes rhésus *macaques* élevés dans des circonstances défavorables ont une méthylation du gène transporteur de la sérotonine, ce qui réduit la fonction de la sérotonine dans le lobe frontal du cerveau (Habib et Suomi 2000).

Chez l'homme, les données sont compatibles avec des effets épi génétiques sur l'expression du gène. Un gène de la monoamine oxydase (MOA) oxyde les monoamines de la sérotonine, la dopamine et la norépinephrine, qui toutes affectent le lobe frontal du cerveau et le comportement. Chez les humains, il est intéressant de constater que les individus qui ont une faible activité de la MOA tendent à avoir des comportements impulsifs et des troubles de la conduite. Ce gène a un polymorphisme fonctionnel dans la zone de contrôle de la transcription. Des individus ayant des niveaux de MOA élevés (qui ont peut-être la structure génique longue) n'ont pas montré la même proportion de troubles du comportement que les individus avec une faible activité de la MOA (qui ont peut-être la structure génique courte). Les personnes avec une faible activité de la MOA, qui ont été maltraités étant petits, avaient une augmentation importante des troubles du comportement.

Les études de la Dunedin birth cohort 1970 (Caspi 2003) ont permis de constater que les enfants ayant un court allèle (structure du gène) pour le polymorphisme du gène transporteur de la sérotonine, élevés avec négligence, hostilité et maltraitance au cours de la petite enfance, courent le risque de faire de la dépression à l'âge adulte. Ceux qui ont le gène de structure courte, qui ont été élevés dans un environnement favorable au cours de la petite enfance, ne courent pas de risque. Les sujets qui courent le plus de risques sont ceux qui ont deux allèles courts du gène transporteur de la sérotonine, tandis que ceux qui possèdent deux allèles longs sont plus résistants aux effets indésirables du manque de développement dans la petite enfance. Dans les études sur les singes rhésus, il apparaît que les sujets qui ont grandi dans un milieu défavorable présentaient une augmentation de la méthylation du gène transporteur de la sérotonine. Là encore, il s'avère que ceux qui ont le gène court sont les plus vulnérables. Il semble que le comportement négatif de la mère ou du soignant peut conduire à une synthèse protéinique pauvre de l'ADN dans ces neurones en raison des effets épi génétiques sur la fonction promotrice du gène. Étant donné que l'effet épi génétique sur la structure des gènes est difficile à inverser, ce mécanisme est responsable des effets à long terme de l'interaction maternelle avec les jeunes enfants sur l'expression des gènes. Cette modification dans la fonction des gènes peut subsister dans la vie adulte.

Dans les études du développement du cerveau chez les enfants en bas âge et les jeunes enfants qui ont subi des sévices corporels, sexuels et des violences, Martin Teicher (2002) a constaté des changements importants dans la structure et la fonction du cerveau. Il a conclu que le stress grave pendant la petite enfance entraîne un effet indélébile sur la structure et la fonction du cerveau (Teicher 2003). Il trouve que les conséquences dans la vie adulte pourraient apparaître sous forme de dépression, d'anxiété, de stress post-traumatique, d'agressivité, impulsivité, délinquance, hyperactivité ou de toxicomanie. Dans une étude de Kaiser Permanente (Felitti et al. 1998), les chercheurs ont constaté une forte corrélation entre la violence, la maltraitance de l'enfant et la dépendance à l'alcool et aux drogues dans la vie adulte.

Puisque le cerveau est plus souple et sensible à l'expérience pendant son développement dans les premières années, serait-il surprenant qu'il y ait pendant cette période des effets sur les nombreuses fonctions du cerveau qui influent sur la santé, l'apprentissage et le comportement ? Une étude longitudinale suédoise (Stattin 1993) a constaté que le développement du langage au cours des deux premières années de la vie

pourrait être lié aux capacités de lecture et d'écriture et au comportement antisocial lorsque les enfants entrent dans l'adolescence. Environ 25% de ces adolescents avec un faible développement du langage dans les deux premières années ont par la suite été médiocres en langue et des difficultés pour lire et écrire lorsqu'ils sont allés à l'école et leurs comportements antisociaux les ont conduits dans les mains de la justice. Parce que la qualité du langage parlé est fortement influencée par le degré d'exposition à la langue dans les premières années de la vie et qu'il est difficile de parler ou de lire à un enfant sans le porter (toucher), il n'est dans doute pas surprenant que les nourrissons et les tout-petits à qui on parle ou à qui on lit à haute voix font preuve ensuite de bonnes compétences langagières et d'un comportement normal. Il n'est donc pas étonnant non plus de constater que de bons programmes de développement de la petite enfance qui font appel aux parents dans les premières années de la vie ont un effet profond sur la cognition et le comportement plus tard ans la vie.

### ***La santé***

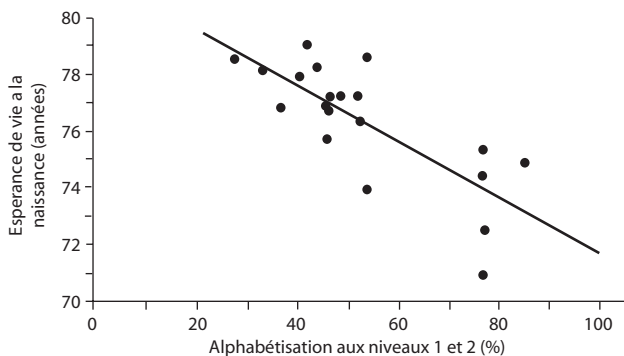
Toute porte à croire que les conditions du développement dans la petite enfance ont une influence sur le risque de rencontrer des problèmes de santé physique et mentale dans la vie adulte. Les résultats d'une étude longitudinale suédoise (Lundberg 1993) montrent que les enfants élevés dans un environnement de négligence et de maltraitance couraient le risque d'avoir une mauvaise santé à l'âge adulte. Dans cette étude, le risque de rencontrer des problèmes cardiaques à l'âge adulte était 7 fois plus grand chez les enfants avaient grandi dans un milieu défavorable que chez ceux qui avaient vécu dans un milieu favorable. Le risque de connaître des problèmes de santé mentale était de 10 à 1. Ces données sont en ligne avec les éléments biologiques que nous venons d'examiner en relation avec le développement de la petite enfance et la dépression. Les enfants dotés d'un gène court du transporteur de la sérotonine et élevés dans des circonstances défavorables couraient le risque de dépression arrivés à l'âge adulte. Une série d'études portant sur une période de 15 ans (Barker, 1989, 1998; Gluckman and Hanson 2004) a montré que les conditions durant la vie utérine et pendant la petite enfance ont un effet important sur les problèmes de santé tout au long du cycle de la vie. Ces études montrent qu'il existe un risque accru de maladie coronarienne et d'hypertension artérielle ainsi que de diabète de type II et de problèmes de santé mentale comme la schizophrénie lorsque l'enfant a grandi dans un milieu défavorable.

Le système immunitaire aussi est influencé par la connexion LHPA et le développement du cerveau dans les premières années. En expérimentation animale, il semble que le développement de la connexion LHPA a un effet majeur sur la fonction du système immunitaire. L'axe LHPA, à travers la régulation de la sécrétion de cortisol, peut engendrer un système immunitaire hyperactif. Comme Sternberg (2000) le constate dans *The Balance Within*, le cortisol a un double effet sur le système immunitaire : trop de cortisol peut supprimer la fonction immunitaire et nous rendre plus vulnérables aux bactéries et infections virales. Nous avons tous constaté que nous sommes plus vulnérables aux rhumes lorsque nous sommes confrontés à des problèmes ardues et prolongés puis qu'ils se résolvent. Mais nous nous rappelons aussi qu'une petite dose supplémentaire de cortisol peut aider le système immunitaire à réagir à une infection ou à une blessure. Certaines conditions immunitaires, telles que les allergies et l'asthme, sont liées à une sous-production de cortisol. Certains troubles auto-immunes peuvent être liés à une sous-production de l'axe LHPA.

## L'alphabétisation et la santé

Les évaluations de la santé et de l'alphabétisation des populations dans les pays développés établissent une forte relation entre alphabétisation et espérance de vie (OCDE 2000, voir le figure 4.1). L'une des

**Figure 4.1** Les relations entre l'espérance de vie et la proportion de la population à des niveaux d'alphabétisation faibles dans les pays développés



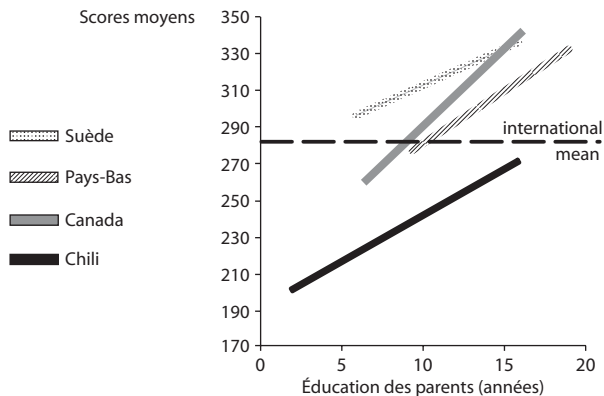
*Source:* Adapté de la publication "Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey (OCDE 2000, 82).

*Note:* Voir la note pour le tableau 4.1 pour la définition de l'OCDE des niveaux 1 et 2 d'alphabétisation.

caractéristiques frappantes de cette étude est que les pays où le niveau d'instruction est plus élevé tendent à avoir des populations en bonne santé. Les pays dans lesquels cette corrélation est le plus évidente sont les pays scandinaves, qui se sont donné des programmes de DPE solides. Dans l'évaluation de l'alphabétisation dans le monde développé et en Amérique latine, les niveaux d'alphabétisation de la population sont relevés par rapport au niveau de scolarité des parents (ceux qui scorent le plus bas dans cette mesure du statut socio-économique sont les plus déficitaires).

Il est intéressant de constater que les pays d'Amérique latine comme le Chili ont été moins performants que les pays développés comme le Canada, les Pays-Bas et la Suède (voir le figure 4.2). Des études faites par l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE 2000) ont constaté que 42% et 48% des personnes au Canada et aux États-Unis, respectivement, étaient peu performantes (niveaux 1 et 2) lors des évaluations de l'alphabétisation alors qu'au Chili et au Mexique, c'est plus de 80% de la population qui se trouvait à ces niveaux (voir le tableau 4.1). Globalement l'alphabétisation des pays scandinaves est élevée. Des programmes de DPE de haute qualité sont proposés à l'ensemble de la population. Les pays scandinaves ont des cultures bien établies avec des programmes sociaux et des populations homogènes ; il n'est donc pas surprenant qu'ils aient de bons programmes de DPE et que leurs résultats en alphabétisation soient meilleurs que ceux d'autres

**Figure 4.2 Grades socioéconomiques des scores d'alphabétisation**



Source: Adapté de la publication Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey (OCDE 2000, 32).

**Tableau 4.1 Taux d'alphabétisation, âges de 16–65 ans, 1994–98**

	Niveaux 1 et 2 (%)	Niveaux 4 et 5 (%)
Suède	23	34.0
Canada	42	23.0
Australie	43	17.0
États-Unis	48	18.0
Chili	85	3.0
Mexique	84	1.7

Source: OCDE 2000.

Note: barème de performance d'alphabétisation 1–5, défini par l'OCDE.

**Niveau 1:** Les individus peuvent répondre aux questions dans des contextes familiers ou toutes les informations pertinentes sont disponibles et les questions clairement définies. Capables d'identifier des informations et d'exécuter des procédures de routine dans des situations explicites. Peuvent exécuter des actions pertinentes après avoir reçu les stimuli.

**Niveau 2:** Les individus peuvent interpréter et reconnaître des situations d'interférence directe. Peuvent extraire des informations, employer des procédures de base, et sont capables de raisonner de façon directe. Peuvent faire des interprétations littérales des résultats.

**Niveau 3:** Les individus peuvent exécuter clairement des procédures, y compris la prise de décision séquentielle. Peuvent sélectionner et appliquer des stratégies simples de résolution de problème. Peuvent utiliser des interprétations basées sur des sources différentes. Peuvent développer des exposés courts.

**Niveau 4:** Les individus peuvent travailler avec des modèles explicites pour des situations concrètes complexes qui impliquent des hypothèses. Peuvent sélectionner et intégrer des représentations différentes avec des situations de réalité du terrain. Peuvent utiliser des compétences de raisonnement pour communiquer des explications.

**Niveau 5:** Les individus peuvent conceptualiser et utiliser des informations basées sur des investigations et des modèles (raisonnement et réflexion avancés). Peuvent comprendre des situations nouvelles. Peuvent formuler et communiquer précisément leurs actions et réflexions à leur situation originale.

pays. Toutefois à Cuba, où la population est très hétérogène (d'origine africaine, espagnole et autochtone), les résultats impressionnants pour l'alphabétisation et les statistiques de santé sont impressionnants, bien supérieurs à ceux d'autres pays d'Amérique latine. Dans les tests de langue et de mathématiques en 3<sup>e</sup> année de primaire, la valeur moyenne de la population scolaire cubaine était supérieure de deux écarts-types à celles d'autres pays d'Amérique latine. En termes de comportement, l'agressivité, mesurée par le nombre de bagarres dans les systèmes scolaires à Cuba, était quatre fois moindre que dans les autres pays d'Amérique latine. Ainsi les données sur les populations montrent que les pays qui ont de bons programmes de DPE, qui investit dans les mères et les enfants, réussissent mieux en langage, en alphabétisation et en santé que les pays qui ne disposent pas de programmes universels de haute qualité pour le développement de la petite enfance.



## **Contourner le manque de développement pendant la petite enfance**

L'âge est-il important lorsqu'il s'agit de soutenir le développement dans la petite enfance ? Un élément de réponse se trouve dans l'étude des enfants dans les orphelinats. Des études réalisées par Frank et Earls (1996) ont montré que le développement des enfants placés dans des orphelinats était faible et qu'il n'est pas facile d'inverser la tendance par la suite. La plupart de ces enfants étaient menacés par les infections, d'avoir un langage peu développé et d'être en mauvaise santé plus tard dans la vie.

Quelques découvertes importantes proviennent d'études sur des enfants adoptés recueillis dans des orphelinats roumains et placés dans des familles de la classe moyenne britannique. Rutter et O'Connor (2004) ont examiné le développement de ces enfants comparés à 52 enfants britanniques non déshérités placés dans des familles adoptives avant l'âge de 6 mois. Les études démontrent une relation étroite entre le développement cognitif et l'âge auquel les enfants roumains ont été adoptés dans les familles anglaises : plus tôt l'adoption, meilleur était le résultat. Bien qu'on ait constaté une certaine récupération chez tous les enfants après l'adoption dans les ménages britanniques, des déficits de développement importants ont persisté chez un grand nombre d'enfants adoptés qui ont vécu plusieurs mois dans les orphelinats. Rutter et O'Connor ont conclu que certaines formes de programmation biologique dans le tout jeune âge ou de dommages neuronaux provenaient de l'absence de stabilité chez les enfants vulnérables adoptés après avoir vécu un temps à l'orphelinat et qui n'ont pas pu être changé en profondeur par les familles d'adoption.

Ces résultats corroborent les études sur des orphelins roumains adoptés par des familles canadiennes de la classe moyenne en Colombie-Britannique d'Ames (1997) et de Le Mare (2005). Les deux études ont comparé des enfants adoptés au cours des 4 premiers mois suivant la naissance à ceux qui avaient vécu dans les orphelinats roumains au-delà de l'âge de 8 mois. Les deux groupes étaient comparés à des enfants nés dans des familles canadiennes de la classe moyenne et élevés dans la structure familiale dès la naissance. À l'âge de 10 ans, le groupe qui avait vécu dans un orphelinat au-delà de l'âge de 8 mois (enfants adoptés tardivement) avait un QI inférieur à la fois à celui des enfants adoptés au début et à celui des enfants des familles canadiennes de Colombie-Britannique.

Ce résultat confirme que le QI est influencé par la qualité du développement dans la petite enfance (Klebanov 1998; Wickelgren 1999). Les

enfants adoptés tardivement avaient de moins bons résultats scolaires, plus de troubles de l'attention et davantage de problèmes comportementaux. Il est intéressant de constater que les parents adoptifs des enfants qui avaient séjourné à orphelinat roumain au-delà de l'âge de 8 mois ont déclaré avoir été beaucoup plus de stressés que les parents qui avait adopté un enfant roumain peu après la naissance. Concernant le trouble de déficit d'attention avec hyperactivité, 34% des enfants adoptés tardivement présentaient un diagnostic clinique, alors que seulement 3% du groupe de Colombie-Britannique et 9% des enfants adoptés très tôt connaissaient ce problème.

Toutes ces études d'observation montrent une fois de plus que la qualité du soutien et des soins apportés aux nourrissons dans les premiers mois a un effet significatif sur le développement du cerveau, le comportement et l'apprentissage plus tard dans vie. Les résultats montrent également que même si on peut aider les enfants adoptés tardivement à se développer, ils n'atteignent pas les mêmes niveaux que les enfants qui l'ont été plus précocement. Ces données correspondent aussi aux données biologiques qui montrent l'existence de périodes cruciales ou sensibles pour le développement du cerveau et des autres connexions biologiques définissant des fonctions qui sont difficiles à changer plus tard.

### **Vulnérabilité et cognition**

L'exemple de Cuba est pertinent au niveau des communautés locales et familiales. L'analyse des données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (*National Longitudinal Survey of Children and Youth*) au Canada (Willms 2002) montre que les facteurs socioéconomiques ne sont pas toute l'histoire et qu'il existe des phénomènes complexes. À première vue, les données indiquent une relation socioéconomique claire entre la vulnérabilité des enfants et la situation socioéconomique des familles. Environ 40% des enfants en provenance des classes socioéconomiques faibles *étaient classés comme vulnérables* (suivant la définition de l'étude) au moment d'entrer à l'école contre seulement 10% *des enfants dans les classes socioéconomiques plus aisées*. Une analyse plus poussée, cependant, révéla qu'il n'existait aucune relation socioéconomique au niveau de la cognition ou du comportement chez les enfants à qui on avait fait la lecture ou qui avaient reçu un bon soutien social avant d'entrer à l'école, quelle que fût leur classe sociale (Willms, 2002). Ces résultats indiquent que les différences

entre les enfants ne sont pas dues seulement à des facteurs purement économiques, mais aussi à la qualité des relations entretenues avec les jeunes enfants, quelle que soit la situation socioéconomique de leurs familles. Ce constat a des implications majeures pour les politiques publiques de DPE.

### **Les avantages du DPE pour l'Afrique**

Les données concernant l'impact à long terme des programmes de DPE ont été recueillies pendant plus de 40 ans. Il a été démontré que les programmes de développement de la petite enfance profitent à la société et représentent un atout considérable pour les économies des pays en développement et des pays industrialisés (Kagitcibasi, Sunar, and Bekman 2001; Myers, 1995; Ramey et al. 2000; Reynolds et al. 2001; Schweinhart et al. 2005). En Afrique, les programmes de DPE sont indispensables pour améliorer la qualité et renforcer la capacité des populations, accroître la productivité des adultes et réduire les effets de la pauvreté, des maladies et des troubles civils.

Les nombreux bienfaits des programmes de DPE ont été démontrés encore et encore dans différents pays. Trois principaux avantages qui concernent l'Afrique sont (1) une meilleure préparation à l'école, un meilleur taux de scolarisation et plus d'enfants qui terminent l'école, (2) un âge de maternité retardé chez les jeunes femmes (c'est-à-dire un taux de natalité réduit), et (3) de meilleures situations familiales, y compris l'autonomisation des femmes.

Les programmes de DPE préparent les enfants à l'école et permettent d'augmenter les taux de scolarisation et d'achèvement de l'école primaire et secondaire. De nombreux auteurs ont documenté les effets des programmes préscolaires modèles aux États-Unis qui permettent d'améliorer les taux de maintien et de réduire ceux de redoublement (Campbell et al. 2002; Karoly et al. 1998; Reynolds et al. 2001; Schweinhart et al. 2005). Une étude de suivi des participants au Projet préscolaire Perry à l'âge de 40 ans (la plus longue évaluation d'un programme de développement de la petite enfance aux États-Unis) indique que le taux de diplômes du secondaire obtenus par ceux qui avaient participé au programme était de 66%, contre seulement 45% dans le groupe témoin (Schweinhart et al. 2005).

L'examen fait par Myers (1995) de 19 évaluations de programmes de DPE dans des pays en développement confirme que l'éducation de la petite enfance est en relation directe avec une meilleure préparation

à l'école, la probabilité de l'inscription à temps dans l'enseignement primaire, la diminution des redoublements et des abandons scolaires et l'amélioration générale des résultats académiques. Aldaz-Carroll (1999) relate une étude menée au Pérou où il apparaît que le taux d'achèvement de l'enseignement primaire était 60% plus élevé chez des enfants pauvres qui avaient à un programme d'enseignement préscolaire par rapport aux enfants pauvres qui n'avaient pas participé à un tel programme. Des résultats semblables ont été documentés au Brésil (Paes de Barros et Mendonça 1999; World Bank 2001). En Bolivie, les enfants qui avaient participé à un programme de garde d'enfants à domicile ont fréquenté l'école primaire en temps voulu en plus grand nombre que ceux qui n'avaient pas participé au programme (Young 1996).

À long terme l'éducation précoce a un effet sur la réduction du taux de fécondité. L'analyse des données de l'enquête sur les niveaux de vie (*Living Standard Measurement Survey*) au Brésil (Paes de Barros and Mendonça 1999; World Bank 2001) montre que la fréquence de maternité précoce chez les jeunes filles âgées de 10 à 18 ans qui ont suivi un programme préscolaire dans leur enfance est inférieure de moitié à celle des jeunes filles du même âge qui n'ont pas suivi de programme préscolaire.

Au niveau familial, les programmes de DPE impliquant les parents peuvent améliorer les relations parent—enfant, « libérer » les frères et sœurs plus âgés de la garde des petits pour leur permettre d'aller à l'école, et donner aux femmes l'occasion de rejoindre la vie active rémunérée et d'accroître le revenu de la famille. Pour permettre aux familles de profiter de ces avantages, il faut bien sûr que les services de DPE soient abordables et accessibles.

Une étude réalisée au Kenya montre les effets des programmes de DPE abordables. Les chercheurs ont découvert (1) qu'un coût élevé décourage les ménages d'utiliser les infrastructures formelles de garde d'enfants et a un effet négatif sur la participation des mères au marché du travail, (2) que le coût de la garde des enfants et le niveau du salaire des mères ont un impact sur la scolarisation des enfants plus âgés, bien que l'effet soit différent pour les garçons et les filles (une augmentation du salaire des mères augmente la scolarisation des garçons mais réduit considérablement la scolarisation des filles), et (3) que la hausse du coût de la garde des enfants n'a pas d'effet significatif sur le nombre de garçons à l'école, mais diminue nettement le nombre de filles qui la fréquente (Lokshin, Glinskaya, and Garcia 2000).

Sur la base de ces études, on peut résumer que les jeunes enfants exposés au DPE réussissent mieux à l'école que les enfants qui n'en ont pas profité. Les avantages des jeunes enfants exposés au DPE sont les suivants :

- *Amélioration de la nutrition et de la santé.* Les programmes de DPE contribuent à ce que les enfants reçoivent des soins de santé et ils offrent une stimulation psychosociale qui améliore les effets des programmes. Les enfants participant au programme de nutrition et de soins de santé communautaire en Colombie ou aux projets intégrés de développement de la petite enfance en Bolivie, par exemple, sont tenus d'achever leurs vaccinations dans les 6 mois qui suivent leur entrée dans le programme. Le personnel du DPE peut aussi surveiller la croissance, fournir des suppléments alimentaires et des micronutriments, et diriger les enfants vers les programmes de santé publique.
- *Intelligence supérieure.* Les programmes de DPE encouragent les jeunes enfants à explorer et ils facilitent les relations sociales qui favorisent le développement cognitif. Les enfants qui ont participé au programme jamaïcain *First Home Visiting*, au projet colombien Cali, au programme du Pérou intitulé *Programa No Formal de Education Inicial* (PRONOEI), et au projet *Early Enrichment* en Turquie dans les zones à faible revenu d'Istanbul ont obtenu en moyenne des scores plus élevés dans les tests d'aptitude intellectuelle que les non-participants.
- *Taux supérieurs de scolarisation.* Selon le rapport du programme de DPE de Colombie (PROMESA), les taux de scolarisation en école primaire augmentent considérablement chez les enfants qui participent au programme, par rapport à ceux qui n'y participent pas.
- *Moins de redoublement.* Dans le programme PROMESA en Colombie, l'étude Alagoas et Fortaleza PROAPE au Nord-est du Brésil et l'étude de DPE en Argentine, les enfants qui ont participé aux programmes redoublent moins de classes et progressent mieux dans le programme scolaire que les non-participants dans des circonstances similaires.
- *Moins d'abandons.* Dans trois des quatre études, les taux d'abandon étaient plus faibles chez les enfants participant à un programme de DPE que ceux qui n'y participaient pas. Dans le programme Dalmau en l'Inde, l'assiduité à l'école primaire des enfants de 6 à 8 ans a augmenté de 16% chez ceux qui ont participé au programme. En Colombie, les taux de scolarisation des enfants en troisième année primaire qui ont participé au programme PROMESA ont augmenté de 100%, reflétant des taux plus faibles d'abandon et de redoublement. En outre,

60% des enfants qui ont participé au programme de DPE ont atteint la quatrième année primaire, contre seulement 30% dans le groupe de référence (Young 1996, 9–11).

Au Brésil, les services de garde d'enfants abordables « libèrent » les mères qui peuvent ainsi aller travailler. À Rio de Janeiro, les femmes pauvres qui ont utilisé les services de garde d'enfants gratuits hors de leur domicile ont pu augmenter leur revenu de près de 20% (Deutsch 1998). Des études au Brésil, au Guatemala et au Mexique montrent que l'accès des enfants aux soins libère aussi les frères et sœurs plus âgés (mais en général les filles) et leur permet de retourner à l'école ou d'aller travailler (Deutsch 1998).

Certaines interventions de DPE ciblent en particulier les mères. Les rapports de Kagitcibasi (1996) sur le projet turc *Early Enrichment*, une intervention très réussie dans les zones semi-urbaines à faible revenu et les zones d'habitation des squatters, ont établi que, par comparaison à un groupe témoin, les mères qui participaient à un programme d'entraînement cognitif et d'enrichissement maternel (1) ont considérablement amélioré leurs relations mère-enfant, (2) ont déclaré qu'elles ont lu ou raconté plus souvent des histoires à leurs enfants et (3) attendaient davantage d'eux, en particulier à l'école. Ces effets profitent à la fois aux mères et aux enfants, améliorent la situation des familles, et étayent la qualité d'une nation.

## Conclusion

Un développement équilibré du cerveau est crucial pour la réalisation des potentiels de l'homme. Son développement définit les trajectoires de l'apprentissage, du comportement et des émotions pour toute la vie et qui ne peuvent être corrigées par la suite par le système d'éducation formelle. Le milieu social et physique des enfants a un impact sur leur croissance et leur développement pendant la petite enfance et sur leurs compétences, leur santé et leur bien-être à l'âge adulte.

Rendre obligatoires et soutenir des politiques et programmes de DPE bien conçus est un impératif national pour tous les pays. En investissant dans les enfants au premier âge (depuis l'utérus), une nation fonde la qualité et la capacité d'évoluer vers une société stable et prospère.

Les pays qui n'investissent pas suffisamment dans le développement de leurs jeunes enfants ne peuvent atteindre leur potentiel, car l'alphabétisation est indispensable pour participer à l'économie mondiale et un

comportement bien- adapté est de loin moins coûteux pour les sociétés que la délinquance juvénile, la criminalité et la violence. Dans les pays pauvres en particulier, investir dans le DPE peut aider à surmonter les déficits importants causés par la pauvreté, la maladie et la désorganisation sociale. En Afrique, les défis qui peuvent paraître intimidants, doivent être relevés avec une vision claire des possibilités pour le futur - pour des sociétés pacifiques, tolérantes, équitables, instruites et démocratiques dans lesquelles les enfants peuvent tenter de réaliser pleinement leur potentiel et de construire une vie durable et saine.

## Notes

1. Les auteurs de ce chapitre adoptent le sigle DPE pour se référer au développement de « la petite enfance. »
2. L'épi génétique est resté dans l'ombre des travaux faits pour le Projet génome humain, mais son importance dans le domaine du développement du cerveau a entraîné une mobilisation pour un projet épi génome humain.

## Références

- Aldaz-Carroll, E. 1999. *The Intergenerational Transmission of Poverty: Significance for Latin America and the Inter-American Development Bank (IDB)*. Washington, DC: IDB, Sustainable Development Department, Social Development Division.
- Ames, E. W. 1997. *The Development of Romanian Orphanage Children Adopted to Canada: Final Report*. Ottawa, ON: Human Resources Development Canada.
- Barker, D. J. P. 1989. "Growth in Utero, Blood Pressure in Childhood and Adult Life, and Mortality from Cardiovascular Disease." *British Medical Journal* 298: 564–67.
- . 1998. *Mothers, Babies, and Health in Later Life*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Campbell, F., C. Ramey, E. Pungello, J. Sparling, and S. Miller-Johnson. 2002. "Early Childhood Education: Young Adult Outcomes from the Abecedarian Project." *Applied Development and Science* 6 (1): 42–57.
- Caspi, A. 2003. "Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene." *Science* 301: 386–89.
- Chiu, C. 2003. "Synaptic Modification by Vision." *Science* 300: 1890–91.
- Deutsch, R. 1998. "Does Child Care Pay? Labor Force Participation and Earnings Effects of Access to Child Care in the Favelas of Rio de Janeiro." Working

- Paper 384. Inter-American Development Bank, Office of the Chief Economist, Washington, DC.
- Ellemborg, D., T. L. Lewis, D. Maurer, and H. P. Brent. 2000. "Influence of Monocular Deprivation during Infancy on the Later Development of Spatial and Temporal Vision." *Vision Research* 40: 3283–95.
- Felitti, V. J., R. F. Anda, D. Nordenberg, D. F. Williamson, A. M. Spitz, V. Edwards, M. P. Koss, and J. S. Marks. 1998. "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study." *American Journal of Preventive Medicine* 14 (4): 245–58.
- Frank, D. A., and F. Earls. 1996. "Infants and Young Children in Orphanages: One View from Pediatrics and Child Psychiatry." *Pediatrics* 97: 569–78.
- Gluckman, P. D., and M. A. Hanson. 2004. "Living with the Past: Evolution, Development, and Patterns of Disease." *Science* 305: 1733–36.
- Habib, K. E., and S. Suomi. 2000. *Oral Administration of a Corticotropin-Releasing Hormone Receptor Antagonist Significantly Attenuates Behavioral, Neuroendocrine, and Autonomic Responses to Stress in Primates*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, Washington, DC. 97 (11): 6079–84.
- Heckman, J. 1999. "Policies to Foster Human Capital." National Bureau of Economic Research Working Paper 7288. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- . 2006. "Catch 'Em Young." 2006. *The Wall Street Journal*. Janvier 10, A14.
- Hubel, D. H., and T. N. Weisel. 1998. "Early Exploration of the Visual Vortex." *Neuron* 20 (3): 401–12.
- Kagitcibasi, C. 1996. *Family and Human Development across Cultures: A View from the Other Side*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kagitcibasi, C., D. Sunar, and S. Bekman. 2001. "Long-Term Effect of Early Intervention: Turkish Low-Income Mothers and Children." *Applied Developmental Psychology* 22: 333–61.
- Karoly, L. A., P. W. Greenwood, S. S. Everingham, J. Hoube,, M. R. Kilburn, C. P. Rydell, M. Sanders, and J. Chiesa, eds. 1998. *Investing in Our Children: What We Know and Don't Know about the Cost and Benefits of Early Childhood Interventions*. Santa Monica, CA: RAND.
- Klebanov, P. K. 1998. "The Contribution of Neighborhood and Family Income to Developmental Test Scores over the First Three Years of Life." *Child Development* 69 (5): 1420–36.
- Lancet*. 2007. "Developmental Potential in the First Five Years for Children in Developing Countries." 369: 60–70.



- Le Mare, L. 2005. "Romanian Adoption Project." Jour d'accès en ligné Aout 24, 2006, <http://lucy.viper.ca/>.
- Loeb, G. E. 1996. "An Information Highway to the Auditory Nerve." *Seminars in Hearing* 17: 309–16.
- Lokshin, M., E. Glinskaya, and M. Garcia. 2000. "The Effect of Early Childhood Development Programs on Women's Labor Force Participation and Older Children's Schooling in Kenya." Gender and Development Working Paper 15. World Bank, Washington, DC.
- Lundberg, O. 1993. "The Impact of Childhood Living Conditions on Illness and Mortality in Adulthood." *Social Science and Medicine* 36 (8): 1047–52.
- McEwen, B. S. 2002. *The End of Stress as We Know It*. Washington, DC: Joseph Henry Press.
- Myers, R. 1995. *The Twelve Who Survive: Strengthening Programmes of Early Childhood Development in the Third World*. 2nd ed. London: Routledge.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). 2000. *Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey*. Paris: OECD.
- Paes de Barros, R., and R. Mendonça. 1999. *Costs and Benefits of Preschool Education in Brazil*. Rio de Janeiro: Institute of Applied Economic Research.
- Ramey, C. T., F. A. Campbell, M. Burchinal, M. L. Skinner, D. M. Gardner, and S. L. Ramey. 2000. "Persistent Effects of Early Intervention on High-Risk Children and Their Mothers." *Applied Developmental Science* 4: 2–14.
- Reynolds, A. J., J. A. Temple, D. L. Robertson, and E. A. Mann. 2001. "Long-Term Effects of an Early Childhood Intervention on Educational Achievement and Juvenile Arrest." *Journal of the American Medical Association* 285 (18): 2339–45.
- Rutter, M., and T. G. O'Connor. 2004. "Are There Biological Programming Effects for Psychological Development? Findings from a Study of Romanian Adoptees." *Developmental Psychology* 40 (1): 81–94.
- Schweinhart, L. J., J. Montie, Z. Xiang, W. S. Barnett, C. R. Belfield, and M. Nores. 2005. *Lifetime Effects: The High/Scope Perry Preschool Study through Age 40*. Ypsilanti, MI: High/Scope Educational Research Foundation.
- Stattin, H. 1993. "Early Language and Intelligence Development and Their Relationship to Future Criminal Behavior." *Journal of Abnormal Psychology* 102 (3): 369–78.
- Sternberg, E. M. 2000. *The Balance Within*. New York: W.H. Freeman.
- Suomi, S. J. 1997. "Early Determinants of Behavior: Evidence from Primate Studies." *British Medical Bulletin* 53 (1): 12–15.
- Teicher, M. H. 2002. "Scars that Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse." *Scientific American* (March) 68–75.

- . 2003. "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment." *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 27: 33–44.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), UNICEF (United Nations Children's Fund), and USAID (U.S. Agency for International Development). 2004. *Children on the Brink: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. Washington, DC: USAID.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2000. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Senegal, Avril 26–28. Paris: UNESCO.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2005. *Progress for Children: A Report Card on Gender Parity and Primary Education*. Jour d'accès en ligné Août 24, 2006, <http://www.unicef.org/progressforchildren/2005n2/PFC05n2en.pdf>.
- Van der Gaag, J., and J.-P. Tan 1998. *The Benefits of Early Child Development Programs: An Economic Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- Wickelgren, I. 1999. "Nature Helps Mold Able Minds." *Science* 283 (5409): 1832–34.
- Willms, D. 2002. *Vulnerable Children*. Edmonton, AB: University of Alberta Press.
- World Bank. 2001. "Brazil: Early Child Development—A Focus on the Impact of Preschool." Report 22841-BR. World Bank, Washington, DC.
- Young, M. E. 1996. *Early Child Development: Investing in the Future*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank.
- Zhou, Q., H. W. Tao, and M. Poo. 2003. "Reversal and Stabilization of Synaptic Modifications in a Developing Visual System." *Science* 300: 1953.

## CHAPITRE 5

# Nouvelles menaces pour le développement de la petite enfance: les enfants touchés par le VIH/SIDA é

**Jodie Fonseca, Chloe O’Gara,  
Linda Sussman, et John Williamson**

En 2003, on estimait que 12 millions d’enfants avaient perdu au moins un parent à cause du SIDA en Afrique subsaharienne (ASS). Environ un de ces enfants sur huit avait moins de 6 ans. La survie de ces jeunes enfants est précaire, et ils sont confrontés aux conséquences dévastatrices de la perte de leurs parents ou de leur propre infection par le VIH ; pourtant, ils ont été trop souvent ignorés et écartés de l’ordre du jour du monde du VIH/SIDA. Cette omission est frappante en ASS, où on trouve le plus grand nombre de jeunes orphelins du SIDA. La pandémie accroît encore les chiffres de mortalité infantile et des enfants en bas âge, qui sont pourtant déjà les plus élevés au monde, et compromet davantage les économies fragiles et les sociétés.

Malgré le manque d’attention porté aux jeunes enfants dans l’agenda du VIH/SIDA, les humanitaires et la communauté du développement sont de plus en plus conscients de la gravité du problème chez les enfants de moins de 6 ans, et des bénéfiques à tirer des actions qui se concentrent

délibérément sur le développement de la petite enfance (DPE). Ce chapitre défend la thèse que la focalisation sur les jeunes enfants est un élément de réponse essentiel à la pandémie du VIH/SIDA en ASS.

### **Le VIH/SIDA et les jeunes enfants: le problème**

La pandémie du VIH/SIDA a eu des conséquences désastreuses pour les enfants affectés, leurs familles, leurs communautés, et l'ASS a été particulièrement touchée. Le nombre total d'orphelins du SIDA dans la région, qui était de plus d'un demi-million en 1990, devrait passer à environ 18,4 millions en 2010 (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004). Ces chiffres ne comprennent pas les innombrables enfants qui ont été vulnérabilisés par le VIH/SIDA ou qui sont eux-mêmes séropositifs.

Voilà des chiffres absolus qui peignent un tableau bien sombre, mais la proportion des petits orphelins est encore plus saisissante. Dans une nation type en ASS, en 2003 le SIDA a fait 12,3% d'enfants orphelins, presque le double du pourcentage dans d'autres régions en développement dans le monde. Dans 11 pays, 15% ou plus de tous les enfants sont orphelins (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004). Un foyer avec enfants sur cinq en Afrique australe prenait soin d'un ou de plusieurs orphelins en 2003 (UNICEF 2003).

Les enfants touchés par le VIH/SIDA sont souvent considérés comme un groupe unique, en réalité il existe une grande diversité d'âges, de circonstances et de degrés de vulnérabilité. Sur les millions de jeunes en ASS qui ont été rendus orphelins par la pandémie, environ 16% ont moins de 6 ans (UNAIDS, UNICEF and USAID 2004). Ce groupe d'âge court déjà un risque élevé de maladie et de décès dans les pays en développement même sans le VIH/SIDA, mais la pandémie a ajouté une couche supplémentaire à la vulnérabilité intrinsèque de la petite enfance. Deux séropositifs sur trois dans le monde vivent en ASS ; presque toutes les nations de la région ont les pires indicateurs de mortalité des nourrissons et des enfants (UNAIDS 2004). En 2002, le VIH/SIDA a provoqué environ 3,6% des décès d'enfants dans le monde, mais en Afrique australe, ce chiffre a approché les 8%. Dans des pays comme le Botswana et le Zimbabwe, qui sont au nombre des plus fortes prévalences du VIH dans le monde, plus de la moitié des décès d'enfants sont dus au SIDA (Global Health Council 2006; WHO 2003). Les familles des pays gravement touchés supportent le fardeau grandissant de la prise en charge des enfants abandonnés par les malades du SIDA. En Ouganda, par exemple, environ un foyer sur trois hébergeait au moins un orphelin en 2001. Que ce soit à

court ou à long terme, cette situation a eu des répercussions négatives considérables sur la situation économique des ménages ainsi que sur l'état nutritionnel et éducatif des enfants concernés (Deininger, Garcia, and Subbarao 2002).

Les enfants touchés par le VIH/SIDA affrontent des mêmes difficultés que ceux qui perdent un parent ou dont un parent souffre d'une maladie chronique attribuée à d'autres causes, mais ils doivent aussi faire face à la stigmatisation et à la discrimination qui sont consécutives au VIH/SIDA. L'impact du VIH/SIDA est encore exacerbé par la pauvreté. Une étude en Zambie constate que lorsque le taux de scolarisation des orphelins dans 20% des ménages les plus riches est comparé aux taux des 40% les plus pauvres, la scolarisation était plus faible chez les pauvres (Ainsworth and Filmer 2002). Une autre étude menée au Kenya indique que l'impact négatif du décès des parents est plus important dans les familles qui possédaient le moins d'actifs avant le décès du parent (Evans and Miguel, 2004). Ainsi, souvent le VIH/SIDA frappe plus durement là où la résistance aux chocs est moindre.

### ***Les effets de la maladie et du décès des parents sur les jeunes enfants***

Lorsque ceux qui prennent soin des jeunes enfants s'occupent aussi d'une personne chroniquement malade du SIDA—ou s'ils souffrent eux-mêmes de maladie chronique—souvent ils sont incapables de fournir de soutien adéquat, et donc amenés à négliger les besoins particuliers des jeunes enfants qui doivent recevoir une alimentation correcte, des vaccinations, un traitement pour les infections courantes et la stimulation nécessaire pour bien se développer. Les enfants subissent un traumatisme supplémentaire, ils doivent assister à la maladie prolongée d'un être cher ; la combinaison de tous ces facteurs, peut entraîner une mauvaise santé physique et nerveuse, voire une mortalité précoce chez les enfants. La nature de la transmission du VIH/SIDA, veut que si un parent contracte le virus, la probabilité est grande que l'autre parent soit aussi infecté et finira par développer le SIDA et à mourir, entraînant donc une série de chocs pour les enfants.

La maladie prolongée peut également avoir de graves conséquences économiques et sociales pour les enfants et leurs familles. Les adultes vivant avec le VIH/SIDA perdent souvent la capacité de travailler, et il arrive qu'on demande à d'autres membres du foyer de cesser leurs activités courantes de subsistance et de garde des enfants pour prendre soin des malades. Les enfants, surtout les filles, dont les parents sont malades ou

qui prennent soin d'un séropositif, sont souvent retirés de l'école pour s'occuper des frères et sœurs plus jeunes ou d'autres enfants en bas âge (Steinberg et al. 2002; Yamano and Jayne, 2004).

Les coûts de la thérapie antirétrovirale (TAR) et le traitement des infections opportunistes qui accompagnent le SIDA, assortis habituellement de fréquents déplacements vers un centre de santé ou une clinique, peuvent épuiser les ressources des ménages déjà très sollicités. En outre, de nombreuses familles cherchent désespérément d'autres formes et sources de soins pour leurs sidéens et dépensent des fortunes pour des soins inefficaces ou inappropriés. Les familles des personnes affectées par le VIH/SIDA peuvent ainsi accumuler des dettes impossibles à gérer engendrées par la recherche continue et coûteuse d'un traitement ; toute la famille paie le prix, à court et à long terme, parce que les biens du ménage s'épuisent et elle devient de plus en plus redevable envers les autres (Béchu 1998). Les pertes d'héritage, de biens, et d'actifs par spoliation d'héritage après la mort d'un adulte viennent appauvrir davantage les survivants.

Une fois orphelins du SIDA, les enfants sont souvent laissés à la garde du parent encore en vie—qui peut être également malade—ou d'un grands-parents, un membre de la famille élargie ou une famille d'accueil. Dans certains cas, lorsque les deux parents sont décédés et qu'il n'y a pas d'autres adultes pour prendre soin d'eux, les enfants orphelins vivent dans des familles dont le chef est un enfant (FCE). Alors qu'il est difficile d'obtenir le nombre de FCE à l'échelle mondiale, les données de certains pays sont disponibles. Au Rwanda, par exemple, on estime que 100 000 enfants vivent dans des FCE, principalement en raison des conflits et du VIH/SIDA (UNICEF New Zealand n.d.). Au Swaziland, on estime que 15 000 enfants vivent dans des FCE ((National Emergency Response Council on HIV/AIDS n.d.). Une étude réalisée dans le district de Rakai en Ouganda en 2004 nous en dit plus sur la composition et les circonstances des FCE de cette nation : l'étude a découvert 969 FCE dans le district comptant en moyenne 2,3 enfants chacun. Environ 31% de ces enfants étaient âgés de 0 à 9 ans (Luzze and Ssedyabule 2004).

Les orphelins peuvent aussi être pris en charge par des orphelinats ou des institutions, ou n'avoir d'autre choix que de vivre dans la rue. Dans de telles circonstances, il est peu probable que les jeunes enfants reçoivent la stimulation, les contacts sociaux et le soutien qu'ils auraient reçu *s'ils avaient pu vivre en famille*.

Leur âge et leur vulnérabilité les défavorisent plus que d'autres car après la disparition de ceux qui s'occupaient d'eux, ils représentent une

charge. Alors que les enfants plus âgés peuvent être accueillis dans des ménages parce qu'ils peuvent contribuer aux tâches ménagères ou aux revenus, *il* est parfaitement possible que les jeunes enfants soient considérés comme un handicap parce qu'ils réclament beaucoup de soins sans contrepartie immédiate pour celui qui s'occupe d'eux (Lusk and O'Gara 2002).

Indépendamment de leur âge, tous les enfants pris en charge par des adultes qui ne sont pas leurs parents biologiques sont menacés de discrimination : les soins diffèrent selon qu'ils sont donnés aux enfants biologiques ou non biologiques (Case, Paxson, and Bleidinger 2004). Il existe en outre une stigmatisation importante liée à l'épidémie qui souvent se répercute sur les soins que les familles et les sociétés fournissent aux enfants des personnes atteintes du VIH/SIDA (McGaw and Wameyo 2005). Par exemple, la famille d'accueil peut se montrer négative et émettre des doutes sur le statut sérologique VIH de l'enfant, craindre qu'il transmette le VIH aux autres, même si l'enfant n'est pas infecté. Si c'est le cas, il sera sans doute séparé des autres membres de la famille et des voisins et risque de recevoir des soins inadéquats.

### ***Les effets sur les communautés et les sociétés***

Les effets directs du VIH/SIDA sur les enfants eux-mêmes sont nombreux, mais les charges indirectes que la pandémie fait peser sur les familles et les communautés sont aussi fort importantes. La famille élargie qui, traditionnellement, s'occupe des malades et se charge des orphelins après la mort des parents est mise à rude épreuve, les charges dépassent ses capacités (Ntozi and Zirimenya 1999; UNICEF n.d.). L'assistance réciproque entre parents proches a parfois fait place à des interventions d'étrangers qui se livrent à l'exploitation humaine dans un but économique, c'est le cas notamment les relations sexuelles commercialisées, dernier recours, trop souvent, des femmes et des filles désespérées de subvenir aux besoins et à la survie de leur famille (Bryceson and Fonseca, 2004). Les familles d'agriculteurs en Afrique ont été durement touchées par la perte de main-d'œuvre agricole due à la maladie et aux décès liés au SIDA (de Waal and Whiteside 2003), avec pour conséquence une malnutrition chronique et parfois aiguës pour des millions d'enfants. Dans les pays fortement touchés, la disparition d'adultes à l'âge le plus productif a fortement rétréci la partie médiane de la pyramide des âges (Heaton et al. 2004), reportant sur les adultes survivants, les personnes âgées ou même sur d'autres enfants tout le poids des soins à donner aux enfants.

Les systèmes de santé et d'éducation aussi sont sollicités au delà de leurs capacités dans de nombreux domaines. La majorité des patients hospitalisés dans les hôpitaux des pays les plus durement touchés souffrent de maladies opportunistes liées au SIDA (Buvé 1997) et certains systèmes éducatifs ont perdu leurs enseignants plus vite qu'ils ne pouvaient les remplacer (voir, par exemple, le Malawi 2003). Dans les familles affectées par le VIH/SIDA les étudiants courent le risque de devoir abandonner l'école et d'avoir de mauvais résultats suite à la réduction des ressources de la famille et de l'augmentation de leur charge de travail (Steinberg et al. 2002; Yamano and Jayne, 2004).

### ***Le VIH des nouveau-nés et les nourrissons***

Dans le monde du VIH/SIDA, les nouveau-nés et les nourrissons doivent faire face à une double menace : la transmission du VIH par leurs mères et la stigmatisation et la discrimination liée à leur statut sérologique VIH réel ou supposé.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant qui peut se produire avant ou pendant l'accouchement ou lors de l'allaitement est de loin le moyen le plus probable pour les enfants africains de moins de 6 ans de contracter le virus et elle multiplie les effets intergénérationnels de la pandémie. *Le risque de transmission* est estimé à 10% pendant la grossesse, 20% pendant le travail et l'accouchement, et 20% supplémentaires pendant l'allaitement. Au total, un enfant né d'une mère séropositive en Afrique a 50% de chance d'être infecté lui aussi (Tindyebwa et al. 2004). Par comparaison, le risque de transmission du VIH au cours d'un rapport hétérosexuel non protégé entre adultes en bonne santé a été estimé à bien moins de 1% (Gray et al. 2001). L'allaitement maternel est la clé du développement optimal physique, psychologique, et cognitif des bébés. Cependant, le VIH étant transmissible par le lait maternel, une mère infectée est confrontée à un choix déchirant entre les avantages de l'allaitement maternel et la menace de donner le VIH à son enfant (Fowler, Bertolli, and Nieburg 1999; LINKAGES Project 2004). Les agences des Nations-Unies recommandent aux femmes séropositives d'éviter d'allaiter si l'alimentation de remplacement répond aux critères suivants : acceptable, possible, financièrement abordable, sûr et durable (AFASS; WHO 2001). Toutefois, il est souvent difficile de satisfaire aux critères de l'AFASS dans les milieux pauvres en Afrique parce que les produits de l'alimentation de remplacement sont généralement trop chers et le risque de malnutrition et de maladies diarrhéiques chez les bébés nourris au biberon est trop élevé, en particulier dans les zones où l'accès à l'eau



potable est limité (WHO 2004). Il faut ajouter que l'utilisation d'une alimentation de substitution dans une société où l'allaitement maternel est la norme peut dévoiler le statut sérologique VIH et provoquer stigmatisation et discrimination à l'égard de la mère (HIV/AIDS Survey Indicators Database n.d.).

Si une mère séropositive allaite, soit parce qu'elle préfère soit parce qu'elle n'a pas d'autre choix, elle devra faire un autre choix difficile entre l'allaitement au sein exclusif ou l'allaitement mixte. *L'allaitement au sein exclusif avec sevrage brutal* est bien plus sûr qu'une combinaison *d'allaitement au sein et d'alimentation solide*, bien que les risques d'infection par le VIH soient toujours présents (WHO 2004). Cependant, cette méthode d'alimentation peut être difficile à maintenir pour les jeunes mères, car elle requiert des seins en bon état et une *bonne compréhension* des dangers de l'allaitement mixte et de la nécessité d'un sevrage brutal. En fait, il se peut que les pratiques locales privilégient l'alimentation mixte *à un âge précoce* (Sellen 1998; Shapiro et al. 2003), ceci accroît le risque de transmission du VIH par rapport à l'allaitement maternel exclusif (Coutsoudis et al. 2001).

Les mères séropositives et leurs nouveau-nés doivent éviter les périls de la transmission verticale par la naissance ou l'allaitement, mais les difficultés ne s'arrêtent pas là. Si l'infection par le VIH est confirmée ou suspectée chez l'enfant, les chances qu'il soit abandonné ou négligé augmentent. Une mère séropositive peut croire à tort que son bébé va automatiquement attraper le virus et pour cela l'abandonner ou le négliger ou le laisser avec des membres de la famille, parce qu'elle pense qu'elle ne sera jamais en mesure de faire face aux besoins spéciaux que son enfant pourrait réclamer. À leur tour, les soignants—parents, amis, personnel de l'orphelinat, ou autres—peuvent craindre de s'occuper d'un bébé séropositif, penser que de toutes façons l'enfant va mourir rapidement, ou croire que les soins à donner à l'enfant vont au-delà de leur capacités financières, médicales et émotionnelles (UNICEF and International Social Service 2004). Par conséquent, sans aide extérieure pour apprendre aux soignants comment s'occuper d'enfants séropositifs et leur fournir le soutien médical ou l'aide nécessaire, ces enfants courent le risque d'être encore plus abandonnés ou négligés. Même les professionnels de la santé se montrent parfois réticents à donner des soins aux enfants séropositifs par crainte d'être infectés, parce qu'il y a absence de prophylaxie post exposition pour traiter l'exposition accidentelle au virus, par manque d'information sur la manière de prendre soin des besoins médicaux particuliers des enfants infectés, ou par conviction que ces enfants sont une cause perdue ou un

gaspillage de ressources parce qu'ils vont inévitablement mourir du SIDA (Letamo 2005; Reis et al. 2005).

Dans de nombreux endroits, les bébés privés de soins parentaux sont placés dans des orphelinats ou d'autres institutions, telles que les hôpitaux, où ils seront soignés temporairement avant d'être adoptés. Cependant, peu de parents adoptifs sont prêts à accepter un enfant en sachant ou soupçonnant qu'il est séropositif, et les technologies pour tester le statut sérologique des bébés sont loin d'être simples. Les tests les plus couramment utilisés dans les pays en développement identifient les anticorps du VIH et non le virus lui-même, mais les anticorps du VIH de la mère, transmis par le placenta, peuvent rester dans l'organisme du bébé jusqu'à 18 mois et causer des tests faux-positifs au cours de cette période (De Cock, Bunnell, et Mermin 2006). Les méthodes de dépistage du VIH qui identifient la présence du virus lui-même et donc éliminent la possibilité d'un test d'anticorps faussé peuvent être utilisées immédiatement après la naissance, mais elles sont coûteuses et ne sont généralement pas disponibles en dehors des pays développés. Par conséquent, les mères et les professionnels de la santé restent dans l'incertitude pendant 18 mois jusqu'à ce que le statut sérologique des bébés puisse être déterminé avec le test disponible.

Dans certains endroits, des orphelinats ou des centres spéciaux sont établis pour les enfants qui sont séropositifs reconnus. Ces orphelinats sortent donc les enfants de leurs familles pour les placer dans un cadre institutionnel parce que leurs proches se croyaient incapables de supporter des enfants séropositifs ; croyance qui est encore renforcée par l'existence même d'installations particulières pour les enfants atteints de VIH/SIDA. Ils s'imaginent que l'enfant sera mieux soigné dans ces institutions (Powell et al. 1994) ou bien ils voient les orphelinats et les centres spécialisés comme une option pour les soulager de la responsabilité écrasante de prendre soin d'un enfant supplémentaire qui pourrait être malade. Proposer assistance et soutien aux familles des nourrissons et des jeunes enfants séropositifs s'est avéré efficace et beaucoup moins coûteux que les orphelinats (World Bank 1997). Du point de vue du développement, cette approche a également l'avantage de maintenir l'enfant dans le milieu familial.

### ***Le SIDA chez les jeunes enfants***

La progression de l'infection par le VIH via les maladies opportunistes liées au SIDA après la naissance d'un enfant est étonnamment rapide. En l'absence d'intervention, la plupart des enfants africains infectés par leur mère développent des symptômes dès l'âge de 6 mois, et la moitié d'entre

eux meurent de causes liées au SIDA avant leur 2<sup>e</sup> anniversaire (Luo 2005; Tindyebwa et al. 2004). En comparaison, les adultes africains vivent souvent avec le VIH sans symptômes pendant six ans ou plus. Les traitements avec des préparations pédiatriques de TAR, ainsi que la prophylaxie ou le traitement des infections opportunistes liées au SIDA, sont essentiels mais rarement administrés à de jeunes enfants qui progressent rapidement et de façon dramatique vers le SIDA. Les enfants répondent bien aux TAR et à la prophylaxie des infections opportunistes par le cotrimoxazole ; ces traitements, associés aux interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), pourraient d'éviter plus d'un million de décès d'enfants africains à court terme (Luo 2005).

### **Pourquoi faut-il une réponse**

Bien que le monde n'ait pas agi de manière systématique ou à l'échelle adéquate pour répondre aux besoins des jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA, des années d'expérience dans la programmation de DPE permettent de démontrer pourquoi une réponse destinée à ce groupe d'âge peut entraîner d'importants avantages à long terme et, inversement, pourquoi le manque de soutien à ces enfants entraînera des conséquences négatives à long terme.

### ***Le manque d'attention aux jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA peut avoir des conséquences négatives à long terme***

La petite enfance est une période critique pour le développement vers l'âge adulte. Selon le Groupe consultatif pour le développement de la petite enfance, les dégâts faits dans les premières années ne peuvent pas être éliminés et les enfants de moins de 5 ans ont besoin de programmes ciblés (Lusk and O'Gara 2002). Même si les jeunes enfants parviennent à passer le cap des années vulnérables de la petite enfance, la détérioration de la fonction cognitive et les retards de croissance à la fin de l'enfance sont souvent les séquelles de la malnutrition, de l'isolement et de la vie en milieux défavorisés au cours de la petite enfance. Le développement rapide du cerveau chez les jeunes enfants crée des besoins psychosociaux et cognitifs intenses ; la satisfaction de ces besoins définit, ou limite, leur potentiel pour la vie.

Ces impacts dans les six premières années de la vie des enfants peuvent avoir des conséquences à long terme, non seulement pour les enfants et leurs familles, mais aussi pour des communautés entières et les sociétés. Ainsi, le manque de soins dans la petite enfance peut entraîner de moins

bons résultats scolaires et moins de temps passé à l'école plus tard dans la vie (Griffin and Lundy-Ponce 2003). Les chances que ces enfants auront de sortir de la pauvreté et contribuer à la prospérité de leurs sociétés sont donc moindres.

Dans le contexte du VIH/SIDA, le DPE est encore plus indispensable—et plus menacé. Une couverture insuffisante des programmes de PTME se traduira par un nombre grandissant de très jeunes enfants qui subiront les conséquences d'un mauvais développement neurologique, ou une moindre croissance physique, ou encore un handicap moteur dû à l'infection par le virus, avant même qu'ils ne développent le SIDA (Sherr 2005). L'absence de traitements pédiatriques largement disponibles signifie que le SIDA pédiatrique, qui devient une maladie chronique gérable dans les pays riches, restera une condamnation à une mort certaine pour enfants dans les pays pauvres.

Même si les enfants sont séronégatifs—ou s'ils sont séropositifs mais réussissent, contre toute attente, à survivre après l'âge de 2 ans—les maladies liées au SIDA et le décès des adultes qui s'occupent d'eux peuvent avoir des conséquences indéniables sur leur performance plus tard dans la vie. À Kagera en Tanzanie, dans une étude sur l'effet à long terme de l'état d'orphelin pendant la petite enfance sur la santé et le niveau de scolarité à l'âge adulte, les auteurs ont constaté que si un enfant n'était pas encore inscrit à l'école au moment du décès de sa mère, il fallait s'attendre à ce qu'il ait un déficit de scolarisation d'environ 54% en atteignant l'âge adulte, tandis que le décès du père se traduirait par un déficit d'environ 33% en atteignant l'âge adulte (Beegle, De Weerd, and Dercon 2005). Ceci implique en termes de niveau de scolarité au long terme, que l'état d'orphelin constitue un plus grand choc pour les enfants qui le deviennent très jeunes.

Une autre étude venant de Tanzanie confirme que le décès récent d'un adulte retarde l'inscription des jeunes enfants à l'école primaire, mais n'a pas d'impact sur l'inscription éventuelle des très jeunes enfants (Ainsworth, Beegle, and Koda 2002). Lorsque les enfants orphelins du VIH/SIDA parviennent à aller à l'école, ils ont moins de chance de se retrouver dans la classe correspondant à leur âge (UNICEF 2004).

L'impact psychosocial et matériel du VIH/SIDA sur les jeunes enfants peut être sévère. Une étude menée en Ouganda a montré que 70% des enfants nés de mères séropositives ont plus de 5 ans lors du décès de leur mère (Nakiyingi et al. 2003), ce qui signifie qu'ils sont nombreux à n'avoir pu profiter des soins que leur mère, malade chronique, ne pouvait leur donner et qu'ils vont aussi devoir assister à sa mort lente et

douloureuse. Après la mort des parents, ceux qui prennent la relève ne peuvent pas toujours subvenir aux besoins de l'enfant sur le plan du développement affectif, physique, et cognitif. On a décrit la famille élargie qui souvent prend en charge les enfants comme un « filet de sécurité troué », d'où un risque élevé de placements multiples pour les orphelins (Adnopozi 2000) et par conséquent la perte de leur cadre familial et de leurs frères et sœurs. Il arrive que les enfants soient séparés de leurs proches et envoyés dans des orphelinats où leurs besoins matériels sont satisfaits mais où ils risquent de grandir loin de la culture locale et où ils perdent les avantages de la vie familiale. On a démontré qu'il est préjudiciable d'élever les enfants dans des orphelinats parce qu'il est essentiel de les élever dans un cadre familial où ils forment des relations sans lesquelles ils ne pourront et d'y former des relations pour s'épanouir complètement (Bowlby 1951; Chapin 1926; Mead 1962).

Bien que les données sur les effets psychosociaux du VIH/SIDA sur les jeunes enfants soient difficiles à obtenir, une solide documentation indique que les traumatismes psychosociaux peuvent avoir des conséquences inquiétantes pour l'éducation des enfants. Une étude de l'ONUSIDA sur les besoins psychosociaux des enfants touchés par le VIH/SIDA en Tanzanie et au Zimbabwe révèle que les traumatismes psychologiques non traités avaient des répercussions négatives sur la performance scolaire (Fox 2001). Une étude similaire menée en Ouganda en 1999 a examiné l'impact de la maladie parentale sur les performances d'un enfant. Elle rapporte que,

Lorsque les chercheurs ont demandé aux enfants plus âgés de [personnes vivant avec le VIH/SIDA] quel impact la maladie de leurs parents avait sur leur éducation, 26% des enfants ont déclaré que leur fréquentation avait baissé et 27,6% ont déclaré que leur performance scolaire avait baissé en raison de la maladie parentale. Ils disent que c'est parce qu'ils doivent rester à la maison pour prendre soin de leurs parents malades, prendre plus de responsabilités dans le foyer (y compris les soins aux enfants plus jeunes), qu'ils souffrent de troubles émotifs (inquiétude, tristesse, ou baisse de motivation), et ne peuvent payer les frais scolaires. L'impact de la maladie des parents sur la scolarisation est particulièrement important puisqu'on a constaté que, à la question de savoir ce qui les rend heureux, les enfants répondent le plus souvent « être à l'école » et « être avec les autres enfants ». Inversement, manquer l'école et avoir de mauvais résultats scolaires sont associés aux sentiments de tristesse et d'isolement social (Gilborn et al. 2001).

Le prix de ne pas fournir à l'enfant un soutien émotionnel, médical, cognitif et social adéquat à un jeune âge se paiera à long terme. La résistance, l'auto-efficacité, et la capacité d'établir des relations positives sont des éléments essentiels qui contribuent à une saine survie dans une société gravement touchée par le VIH/SIDA. Il faut se garder de sous-estimer l'importance de favoriser ces éléments, en particulier lorsque la pauvreté exacerbe des conditions déjà difficiles. En outre, l'augmentation de la vulnérabilité et les comportements à risque que les enfants mal socialisés peuvent adopter peuvent contribuer au cercle vicieux de la transmission du VIH dans les générations futures.

***Les programmes de DPE apportent à long terme d'importants gains de bien-être chez l'enfant ; ils ont un taux de rentabilité élevé***

Alors que négliger le DPE peut avoir des effets dévastateurs, l'inverse est vrai aussi, heureusement : des études ont montré que bien-être physique, cognitif, et émotionnel et augmentation de l'apprentissage et des salaires au cours de la vie sont associés à des soins appropriés reçus pendant la petite enfance (Lusk and O'Gara 2002). Malgré les nombreuses difficultés rencontrées par la petite enfance en Afrique pour survivre et grandir, les interventions de soutien aux jeunes enfants sont efficaces pour permettre aux sociétés de se stabiliser et de prospérer dans l'avenir. Elles sont généralement peu coûteuses, et le *développement cognitif* et émotionnel qu'elles apportent dans les premières années entraîne des retours économiques tangibles plus tard dans la vie. À l'inverse, les dégâts causés en négligeant le DPE ne se réparent pas facilement ou à peu de frais. Selon la Banque mondiale (n.d.),

Les interventions précoces sont plus rentables comme mesures préventives que comme tentatives de rattrapage C à combler des déficits antérieurs sont bien plus coûteuses que les investissements initiaux dans les premières années. Le prix Nobel Heckman fait valoir que les investissements dans les enfants apportent un taux de rentabilité plus élevé que les investissements dans des adultes peu qualifiés (par. 5)

L'adage selon lequel mieux vaut prévenir que guérir est vrai aussi pour le DPE. Les connaissances accumulées démontrent que le DPE est un bon investissement en soi mais que les interventions précoces accroissent l'efficacité d'autres investissements dans les enfants. Par exemple, la Banque mondiale (n.d.) note que « l'intervention des programmes de santé et de nutrition pour la petite enfance augmentent les chances de survie des enfants » (par. 4). Les avantages du DPE apparaissent plus

clairement lorsque les enfants qui en ont profité entrent en primaires; on note alors moins d'abandons et de redoublement, un âge adapté à la classe suivie et de meilleurs résultats scolaires que chez les enfants qui n'en ont pas bénéficié (Save the Children 2003).

Dans les pays en développement, les programmes de DPE sont bons pour tous les enfants mais ils sont particulièrement bénéfiques pour les résultats scolaires des enfants les plus défavorisés (Save the Children 2004), les enfants affectés par le VIH/SIDA en font partie. Le soutien apporté aux enfants dans leurs familles et leurs communautés est plus rentable pour les bailleurs et les gouvernements que les soins en orphelinat. Alors que les coûts varient de pays à pays et entre programmes, les comparaisons montrent invariablement que plusieurs enfants peuvent être pris en charge en famille pour le coût d'entretien d'un seul enfant dans une institution. Ainsi, la Banque mondiale a calculé que le coût annuel des soins résidentiels pour un enfant dans la région de Kagera en Tanzanie dépassait 1 000\* dollars US, soit environ six fois le coût du soutien d'un enfant dans une famille d'accueil (voir le tableau 5.1) <sup>1</sup> Une étude menée en Afrique du Sud a également conclu que les soins résidentiels étaient jusqu'à six fois plus coûteux que les soins aux enfants vivant dans des familles vulnérables, et quatre fois plus coûteux que le placement familial ou l'adoption légale <sup>2</sup>. En Afrique orientale, une troisième étude montre que les soins en résidence étaient 10 fois plus onéreux que les soins fournis au sein d'une communauté<sup>3</sup>.

La prévention du VIH est un moyen peu coûteux d'aider les familles et les communautés à éviter les pertes dues au SIDA dans le long terme. Les adultes et les jeunes doivent avoir accès à une prévention efficaces du VIH pour réduire les risques d'infection. Ils doivent avoir accès à l'information et aux ressources nécessaires pour choisir quand ils auront des enfants et quand ils n'en auront pas. Le planning familial doit être mis à la disposition des personnes vivant avec le VIH/SIDA et de celles qui sont en bonne santé.

**Tableau 5.1 Les coûts annuels de programmes visant à atténuer l'impact du SIDA dans les ménages à Kagera en Tanzanie**

<i>Type de programme</i>	<i>Coût annuel</i>
Soins à l'orphelinat	1,063 \$ par enfant
Placement familial	185 \$ par enfant
Soutien éducatif	13 \$ par enfant

*Source:* Adapté de la Banque mondiale 1997.

La prévention est avantageuse aussi pour les femmes enceintes séropositives et à un prix dérisoire. Après des années de recherche, la communauté médicale a trouvé comment réduire fortement la probabilité de transmission mère-enfant par des moyens très simples, antirétroviraux et pratiques d'allaitement plus sûres. Un programme de PTME proposant des doses uniques de névirapine pour une mère et son bébé peut coûter la bagatelle de 1,30 dollar US et économiser jusqu'à 1 300 dollars US par infection évitée et 2 600 dollars US par décès d'enfant évité (Uganda National AIDS Commission 2003; USAID 2004).

Pour la modique somme de 300 dollars US par an dans les pays africains qui intensifient les traitements du SIDA, un adulte séropositif peut recevoir des antirétroviraux génériques qui prolongeront peut-être indéfiniment sa vie productive et en bonne santé, (UNAIDS 2004). Ce coût est faible par rapport au prix payé par les jeunes enfants qui perdent leurs parents décédés du SIDA et ceux à qui revient la charge de s'en occuper.

Malheureusement pour les enfants atteints du VIH, la commercialisation de traitements pédiatriques peu coûteux dans les pays pauvres a pris du retard sur la commercialisation des traitements pour adultes, bien qu'une prophylaxie peu coûteuse des infections opportunistes soit disponible pour retarder la nécessité d'un traitement. Selon le rapport de l'UNICEF (2005), l'antibiotique cotrimoxazole peut réduire la mortalité chez les enfants vivant avec le VIH/SIDA (dans certaines circonstances) de plus de 40%, le tout pour moins d'un dollar par mois.

### **Les jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA : le chemin à suivre**

Les impacts du VIH/SIDA sur les jeunes enfants sont uniques à de nombreux points de vue ; en conséquence, prévention, traitement, soins, et soutien diffèrent de ceux des enfants plus âgés et des adultes. Il est impératif de trouver une réponse qui tienne compte des effets multiples et dévastateurs du SIDA lorsqu'il fait des orphelins et de la vulnérabilité des jeunes enfants en ASS. Pourtant, au cours des trois dernières décennies d'assistance humanitaire et d'aide au développement, la période de la petite enfance n'a reçu que peu d'attention. L'augmentation du VIH/SIDA depuis le début des années 1980 a accru dramatiquement les difficultés qui pèsent sur ce groupe d'âge négligé, mais le monde n'a pas réagi.

Le défi le plus sérieux pour accroître la visibilité des jeunes enfants touchés par le SIDA est peut-être le fait qu'ils manquent de « voix » pour



attirer l'attention sur leur situation ou demander de l'aide, si bien qu'ils dépendent des autres pour faire connaître leurs besoins. Même lorsque les enfants sont assez grands pour s'exprimer eux-mêmes, ils dépendent des autres pour leur permettre de se faire entendre. Ce manque de « voix » se retrouve à tous les niveaux, du niveau local au niveau mondial. Dans les communautés, les jeunes enfants sont généralement moins visibles et donc plus difficiles à identifier par ceux qui donnent les soins. L'école est souvent le point focal principal d'interventions et un moyen d'identifier les enfants nécessiteux, mais les plus jeunes enfants ne vont pas encore à l'école et n'ont donc pas accès à ces interventions là.

Mondialement aussi, les jeunes enfants manquent de voix. Les déclarations et directives internationales sur le VIH/SIDA mentionnent peu les jeunes enfants. La session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations-Unies sur le VIH/SIDA en 2001 n'a fait aucune mention spécifique des enfants les plus petits dans sa Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (United Nations 2001). Au niveau national, à fin 2003, seuls 17 des pays affectés par une épidémie généralisée ont déclaré avoir une politique nationale pour guider la prise de décision stratégique et l'allocation de ressources pour les orphelins et les enfants vulnérables – et rien n'est prévu pour les plus jeunes – (UNAIDS, UNICEF et USAID 2004).

Les dépenses ont suivi le même chemin. Bien que les ressources allouées aux enfants touchés par le SIDA aient augmenté dans les dernières années, elles restent limitées comparées aux autres dépenses pour le VIH/SIDA (UNAIDS, UNICEF, and USAID 2004). La réponse des États-Unis, 15 milliards de dollars US pour l'ensemble du VIH/SIDA sur cinq ans, ne réservait que 10% pour ces interventions et aucune d'entre elles ne s'adressait spécifiquement aux besoins des jeunes enfants touchés par le SIDA.

Les programmes sont allés à petits pas pour promouvoir le DPE alors que la pandémie du VIH/SIDA galopait. Ainsi, alors qu'il existe des moyens efficaces et peu coûteux de PTME, moins de 10% des femmes enceintes séropositives en ASS ont accès aux services qui leur permettraient d'éviter d'infecter leurs bébés (Luo 2005).

Les médicaments pour traiter le VIH/SIDA sont sur le marché depuis des années, mais on n'a pas prêté attention aux besoins particuliers des très jeunes enfants. Les préparations pédiatriques pour le VIH/SIDA sont bien plus coûteuses que celles données aux adultes. Ainsi, alors que l'UNICEF achète des combinaisons d'ARV en une pilule pour adultes au prix raisonnable de 140 dollars US par personne par an, les préparations

similaires pour enfants coûtent 3 à 8 fois plus cher, selon la taille et le poids du nourrisson (UNICEF 2005). Les combinaisons pédiatriques en pilule unique<sup>4</sup> viennent seulement d'arriver sur le marché et ne sont pas encore largement disponibles ; dans le même temps, les professionnels de la santé se plaignent du mauvais goût des préparations pédiatriques disponibles que les enfants tendent à refuser. En conséquence, souvent les soignants cassent et écrasent des pilules pour adultes et les administrent aux enfants, avec tous les risques de dosage inexact que cela comporte (UNICEF 2005).

En outre, bien que la plupart des nations aient accepté la cible de l'OMS de 3 millions de personnes sous traitement en 2005, aucun objectif n'a été internationalement fixé pour le traitement pédiatrique. Résultat, dans le monde entier, moins de 5% des jeunes enfants reçoivent le traitement dont ils ont besoin (UNICEF 2005). Une région a été particulièrement touchée par ce désintérêt : selon les estimations, sur les 270 000 enfants entre 0 et 8 mois dans le monde entier qui avaient besoin d'un traitement antirétroviral en 2005, 89% vivaient en ASS (Luo 2005).

Le manque d'information sur quand et comment on pourrait inclure les jeunes enfants dans les programmes et le financement est à la fois cause et symptôme du manque d'intérêt pour ce groupe d'âge. Les responsables politiques, les donateurs et les planificateurs savent peu de choses sur les meilleures pratiques et les ressources nécessaires pour aider les jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA, et donc ils ne font rien. Pourtant, l'action est la clé qui ouvre la porte sur une meilleure compréhension des réponses nécessaires. Il faut de toute urgence augmenter les campagnes de sensibilisation et d'information pour aider les décideurs à inclure les besoins des enfants dans leurs efforts. Réclamer plus d'attention pour les jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA serait contre-productif, cependant, si cela devait entraîner une recrudescence des efforts verticaux déjà surabondants. Un effort vertical reste solitaire et/ou crée de nouveaux systèmes alors qu'il faudrait se joindre à une enveloppe intégrée pour renforcer les systèmes existants. Par exemple, donner un traitement pédiatrique aux jeunes enfants sans se préoccuper des besoins en traitement, soins, et soutien de leurs mères et des autres membres de la famille ne signifierait pas grand chose pour le bien-être à long terme des enfants. De même, créer un centre de soins spécialisé pour assurer le traitement pédiatrique au lieu de le fonder dans le système public et de le renforcer pourrait réussir à court terme, mais à terme en compromettrait la pérennité. Plus de sensibilisation et d'attention

pour cette population d'enfants souvent oubliée faciliterait leur intégration dans les systèmes et les actions existants.

Le temps est venu de porter une plus grande attention programmatique aux besoins des jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA. L'attention croissante apportée au diagnostic, au traitement et aux soins pour les adultes, à l'instigation des gouvernements et des donateurs, donne là une belle opportunité d'identifier et de répondre aux besoins des jeunes enfants dans les mêmes ménages. De plus, indirectement, les interventions de TAR et de PTME pour les adultes augmentent le bien-être des jeunes enfants : les TAR en améliorant la santé et le bien-être de ceux qui s'occupent des enfants, et les interventions PTME en réduisant le nombre de bébés séropositifs, prévenant ainsi les impacts médicaux et sociaux du VIH/SIDA sur les jeunes enfants.

Le soutien aux programmes d'aide pour les enfants affectés par le VIH/SIDA s'accroît grâce au financement des gouvernements américain et britannique, et aux efforts croissants des organisations confessionnelles et communautaires. Ces dernières années, on a constaté une augmentation de la sensibilisation et de l'attention portée aux jeunes enfants et un renforcement des réseaux d'agences en charge des orphelins et des enfants vulnérables ; ceci a favorisé la dissémination et l'échange d'informations qui sont nécessaires pour augmenter le nombre de réponses appropriées.

Finalement, les agences chargées de mettre en œuvre les politiques ont progressé à pas de géants pour développer des interventions qui répondent de façon très complète aux besoins très spéciaux des jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA puisqu'elles couvraient la santé, la nutrition, l'éducation, et les problèmes psychosociaux. Les activités de DPE déjà mises en place par les donateurs, les gouvernements et les communautés donnent l'opportunité d'intégrer les enfants affectés par le VIH/SIDA dans les systèmes et ressources en faveur des jeunes enfants. De nombreuses communautés se sont chargées des jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA en vertu de leurs propres traditions. Les possibilités sont grandes pour les donateurs et les agences d'exécution de venir renforcer et augmenter la portée de ces efforts locaux et de mieux servir davantage d'enfants.

## Notes

1. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic* (Washington, DC: World Bank and Oxford University Press, 1997) p. 221 et communication avec Mead Over, de la Banque mondiale. Le texte en fait signale que les soins

- institutionnels étaient 10 fois plus coûteux que les soins en famille d'accueil, mais une vérification ultérieure des données a montré que le ratio était plus près de 6 pour 1.
2. Chris Desmond and Jeff Gow, "The Cost Effectiveness of Six Models of Carefor Orphans and Vulnerable Children in South Africa," préparé pour UNICEF South Africa (Durban, South Africa: University of Natal, 2001).
  3. Diane M. Swales, *Applying the Standards: Improving quality Childcare Provision in East and Central Africa* (U.K.: Save the Children, 2006), 108.
  4. Les combinaisons en une pilule uniques contiennent deux médicaments ou plus dans une seule pilule, ce qui simplifie considérablement la prise des médicaments. Des combinaisons en pilule unique à bas prix sont disponibles dans de nombreux pays africains.

## Références

- Adnopoz, J. 2000. "Relative Care giving: An Effective Option for Permanency." *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 9 (2): 359–73.
- Ainsworth, M., and D. Filmer. 2002. "Poverty, AIDS, and Children's Schooling: A Targeting Dilemma." Policy Research Working Paper 2885. World Bank, Washington, DC.
- Ainsworth, M., K. Beegle, and D. Koda. 2002. "The Impact of Adult Mortality on Primary School Enrollment in Northwestern Tanzania." Africa Region Human Development Working Paper 3. World Bank, Washington, DC.
- Béchu, N. 1998. "The Impact of AIDS on the Economy of Families in Côte D'Ivoire: Changes in Consumption among AIDS-Affected Households." In *Confronting AIDS: Evidence from the Developing World: Selected Background Papers for the World Bank Policy Research Report*, ed. M. Ainsworth, L. Fransen, et M. Over, 341–48. Brussels: European Commission.
- Beegle, K., J. De Weerd, and S. Dercon. 2005. *Orphanhood and the Long-Run Impact on Children*. Washington, DC: World Bank, DANIDA, and UK Economic Research Council.
- Bowlby, J. 1951. *Maternal Care and Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- Bryceson, D. F., and J. Fonseca. 2004. *Social Pathways from the HIV/AIDS Deadlock of Disease, Denial, and Desperation in Rural Malawi*. Lilongwe: CARE International in Malawi.
- Buvé, A. 1997. "AIDS and Hospital Bed Occupancy: An Overview." *Tropical Medicine and International Health* 2 (2): 136–39.
- Case, A., C. Paxson, and J. Ableidinger. 2004. "Orphans in Africa: Parental Death, Poverty, and School Enrollment." Princeton, NJ: Center for Health and Well-Being, Research Program in Development Studies, Princeton University.

- Chapin, H. D. 1926. "Family vs. Institution." *Survey* 55 (January): 485–88.
- Coutsoudis, A., K. Pillay, L. Kuhn, E. Spooner, W. Y. Tsai, H. M. Coovadia, et al. 2001. "Method of Feeding and Transmission of HIV-1 from Mothers to Children by 15 Months of Age: Prospective Cohort Study from Durban, South Africa." *AIDS* 15 (10): 379–87.
- De Cock, K., R. Bunnell, and J. Mermin. 2006. "Unfinished Business: Expanding HIV Testing in Developing Countries." *New England Journal of Medicine* 354 (5): 440–42.
- de Waal, A., and A. Whiteside. 2003. "New Variant Famine: AIDS and Food Crisis in Southern Africa." *The Lancet* 362 (Octobre): 1234–37.
- Deininger, K., M. Garcia, and K. Subbarao. 2002. *AIDS-Induced Orphanhood as a Systemic Shock: Magnitude, Impact, and Program Interventions in Africa*. Washington, DC: World Bank.
- Evans, D., and E. Miguel, E. 2004. "Orphans and Schooling in Africa: A Longitudinal Analysis." Working Paper 56. Bureau for Research in Economic Analysis of Development, London.
- Fowler, M. G., J. Bertolli, and P. Nieburg. 1999. "When Is Breastfeeding Not Best? The Dilemma Facing HIV-Infected Women in Resource-Poor Settings." *Journal of the American Medical Association* 282: 781–83.
- Fox, S. 2001. *Investing in Our Future: Psychosocial Support for Children Affected by HIV/AIDS. A Case Study in Zimbabwe and the United Republic of Tanzania*. Geneva: UNAIDS.
- Gilborn, L., R. Nyonyintono, R. Kabumbuli, and G. Jagwe-Wadda. 2001. *Making a Difference for Children Affected by AIDS: Baseline Findings from Operations Research in Uganda*. Washington, DC: Horizons Program and Makerere University.
- Global Health Council. 2006. *Child Health*. Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, <http://www.globalhealth.org/printview.php3?id=226>.
- Gray, R. H., M. J. Wawer, R. Brookmeyer, N. K. Sewankambo, D. Serwadda, F. Wabwire-Mangen, et al. 2001. "Probability of HIV-1 Transmission per Coital Act in Monogamous, Heterosexual, HIV-1-Discordant Couples in Rakai, Uganda." *The Lancet* 357 (9263): 1149–53.
- Griffin, D., and G. Lundy-Ponce. 2003. "At the Starting Line: Early Childhood Education in the 50 States." Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, [http://www.aft.org/pubs-eports/american\\_educator/summer2003/startingline.html](http://www.aft.org/pubs-eports/american_educator/summer2003/startingline.html).
- Heaton, L. M., T. B. Fowler, B. G. Epstein, T. Mulder, and P. O. Way. 2004. "The Demographic Impact of HIV/AIDS in 15 Developing Countries." Washington, DC: United States Census Bureau. Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, <http://www.census.gov/ipc/www/slideshows/hiv-aids/TextOnly/index.html>.

- HIV/AIDS Survey Indicators Database. n.d. "Program Areas: Stigma and Discrimination." Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, [http://www.measuredhs.com/hivdata/prog\\_detl.cfm?prog\\_area\\_id=3](http://www.measuredhs.com/hivdata/prog_detl.cfm?prog_area_id=3).
- Letamo, G. 2005. "The Discriminatory Attitudes of Health Workers against People Living with HIV." *PLoS Medicine* 2 (8): 715–16.
- LINKAGES Project. 2004. *Infant Feeding Options in the Context of HIV*. Washington, DC: Academy for Educational Development.
- Luo, C. 2005. "Scaling Up Pediatric HIV Care in Low-Resource Settings: Programming Considerations." Présentation aux Save the Children staff, Washington, DC, Septembre 10.
- Lusk, D., and C. O'Gara. 2002. "The Two Who Survive: The Impact of HIV/AIDS on Young Children, Their Families, and Communities." *Coordinator's Notebook*. 26: 3–21. Washington, DC: Consultative Group on Early Childhood Care and Development.
- Luzze, F., and D. Ssedyabule. 2004. *The Nature of Child-Headed Households in Rakai District, Uganda*. Geneva: Lutheran World Federation, Concern Worldwide, Orphans Community-Based Organization, and Médecins du Monde.
- Malawi. 2003. *National HIV/AIDS Policy: A Call for Renewed Action*. Lilongwe: Bureau du Président, National AIDS Commission.
- McGaw, L., and A. Wameyo. 2005. *Violence against Children Affected by HIV/AIDS: A Case Study of Uganda*. Nairobi: World Vision International.
- Mead, M. 1962. "A Cultural Anthropologist's Approach to Maternal Deprivation." In *Deprivation of Maternal Care: A Reassessment of Its Effects*, ed. M. D. Ainsworth. Geneva: World Health Organization.
- Nakiyingi, J., M. Bracher, J. A. G. Whitworth, A. Ruberantwari, J. Busingye, S. M. Mbulaiteye, et al. 2003. "Child Survival in Relation to Mother's HIV Infection and Survival: Evidence from a Ugandan Cohort Study." *AIDS* 17 (12):1827–34.
- National Emergency Response Council on HIV/AIDS. n.d. *Young Heroes*. Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, <http://www.youngheroes.org.sz/>.
- Ntozi, J. P., and S. Zirimenya. 1999. "Changes in Household Composition and Family Structure during the AIDS Epidemic in Uganda." In *The Continuing African HIV/AIDS Epidemic: Responses and Coping Strategies*, ed. I. O. Orubuloye, J. Caldwell, and J. P. Ntozi, 193–209. Canberra, Australia: Health Transition Centre.
- Powell, G. M., S. Morreira, C. Rudd, and P. P. Ngonyama. 1994. "Child Welfare Policy and Practice in Zimbabwe." Study of the Department of Pediatrics of the University of Zimbabwe and the Zimbabwe Department of Social Welfare. Harare, Zimbabwe: UNICEF Zimbabwe.

- Reis, C., M. Heisler, L. L. Amowitz, R. Scott Moreland, J. O. Mafeni, C. Anyamele, et al. 2005. "Discriminatory Attitudes and Practices by Health Workers toward Patients with HIV/AIDS in Nigeria." *PLoS Medicine* 2 (8):743–52.
- Save the Children. 2003. "What's the Difference? An ECD Impact Study from Nepal." Jour d'accès en ligne Novembre 3, 2006, [http://www.unicef.org/media/files/Nepal\\_2003\\_ECD\\_Impact\\_Study.pdf](http://www.unicef.org/media/files/Nepal_2003_ECD_Impact_Study.pdf).
- . 2004. *Early Childhood Development: A Positive Impact*. Westport, CT: Save the Children.
- Sellen, D. W. 1998. "Infant and Young Child Feeding Practices among African Pastoralists: The Datoga of Tanzania." *Journal of Biosocial Science* 30 (4): 481–99.
- Shapiro, R. L., S. Lockman, I. Thior, L. Stocking, P. Kebaabetswe, C. Wester, et al. 2003. "Low Adherence to Recommended Infant Feeding Strategies among HIV-Infected Women: Results from the Pilot Phase of a Randomized Trial to Prevent Mother-to-Child Transmission in Botswana." *AIDS Education and Prevention* 15 (3): 221–30.
- Sherr, L. 2005. "Young Children and HIV/AIDS: Mapping the Field." Working Papers in Early Childhood Development, Young Children and HIV/AIDS 33. Bernard van Leer Foundation, The Hague.
- Steinberg, M., S. Johnson, G. Schierhout, and D. Ndegwa. 2002. *Hitting Home: How Households Cope with the Impact of the HIV/AIDS Epidemic*. Cape Town: Henry J. Kaiser Foundation and Health Systems Trust.
- Tindyebwa, D., J. Kayita, P. Musoke, B. Eley, R. Nduati, H. Coovadia, et al., eds. 2004. *Handbook on Pediatric AIDS in Africa*. New York: USAID; African Network for the Care of Children Affected by AIDS.
- Uganda National AIDS Commission. 2003. "Draft Memo to Uganda ARV Finance Sub-Committee: Preliminary Results from ATC in Uganda." Kampala: National AIDS Commission.
- UNAIDS. 2004. *Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, UNICEF, and USAID. 2004. *Children on the Brink: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. Washington, DC: USAID.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2003. *Africa's Orphaned Generations*. New York: UNICEF.
- . 2004. *Girls, HIV/AIDS, and Education*. New York: UNICEF.
- . 2005. *A Call to Action: Children, the Missing Face of AIDS*. New York: UNICEF.
- . n.d. *Protection and Support for Orphans and Families Affected by HIV/AIDS*. Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, [http://www.unicef.org/aids/index\\_orphans.html](http://www.unicef.org/aids/index_orphans.html).

- UNICEF and International Social Service. 2004. *Care for Children Affected by HIV/AIDS: The Urgent Need for International Standards*. New York: UNICEF.
- UNICEF New Zealand. n.d. *Child-Headed Households*. Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, <http://www.unicef.org.nz/school-room/hiv/aids/childheadedhouseholds>.
- United Nations. 2001. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, [http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aids\\_declaration\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub03/aids_declaration_en.pdf).
- USAID (U.S. Agency for International Development). 2004. *Adding Family Planning to PMTCT Sites Increases the Benefits of PMTCT*. Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, [http://www.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/publications/docs/familypmtct.html](http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/publications/docs/familypmtct.html).
- WHO (World Health Organization). 2001. *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV and Their Policy Implications*. Geneva: WHO.
- . 2003. "Surviving the First Five Years of Life." In *World Health Report 2003*. Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/en/index2.html>.
- . 2004. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Generic Training Package: Participant Manual*. Geneva: WHO; Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control. World Bank. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Washington, DC: World Bank.
- . n.d. *Why Invest in Early Child Development?* Jour d'accès en ligne Novembre 4, 2006, <http://www.worldbank.org/>.
- Yamano, T., and T. S. Jayne. 2004. "Working-Age Adult Mortality and Primary School Attendance in Rural Kenya." Policy Brief 4. TEGEMEO Institute for Agricultural Development and Policy, Egerton University, Nairobi.



**SECTION 2**

**Perspectives Sociohistoriques**



## CHAPITRE 6

# Le DPE en Afrique: une perspective historique

Larry Prochner et Margaret Kabiru

Ce chapitre présente un aperçu historique des programmes formels de développement de la petite enfance (DPE) en Afrique, établi principalement à partir d'exemples de l'Afrique coloniale britannique. Les initiatives préscolaires européennes (écoles maternelles, jardins d'enfants, et crèches) sont comparées aux pratiques locales d'éducation des enfants et à leur évolution postindépendance au Kenya et dans d'autres nations. Il met en lumière un aperçu historique des thèmes de DPE qui sont pertinents aujourd'hui encore. L'histoire est souvent utilisée comme référence pour la politique actuelle ou comme un ensemble de leçons négatives qui nous apprend ce qu'il ne faut pas faire ; nous pouvons mieux saisir les limites et le potentiel des programmes de réforme actuels si nous les plaçons dans le contexte social et historique de la politique de l'éducation et des pratiques. Les programmes de DPE actuels, comme ceux du passé, sont formés et reformés suivant le discours dominant entourant les préoccupations sociales. Les écoles missionnaires établies en Afrique au XIXe siècle, par exemple, reflétaient et soutenaient les idées occidentales concernant la race, l'enfance, l'éducation et la religion. Les sociétés missionnaires européennes visaient à convertir et « civiliser » les jeunes enfants africains à travers l'étude des Écritures chrétiennes et l'adoption d'une vision européenne du monde, en insistant par exemple, sur les

valeurs de l'individualisme par opposition au collectivisme. Dans les écoles en Afrique, les missionnaires enseignaient aux enfants âgés de 2 à 6 ans des idées qui reflétaient le programme de développement du jeune enfant en faveur à l'époque.

Diverses préoccupations actuelles ont guidé notre réflexion alors que nous considérons l'histoire du DPE. Comment les programmes réformés de DPE, ceux qui sont destinés à préparer aussi complètement que possible les enfants africains à la scolarisation et à la vie, ont-ils été construits sur des modèles préscolaires développés à l'origine pour favoriser l'indépendance des enfants vis-à-vis de leurs familles, de leurs communautés, et de leur culture? Comment ces modèles ont-ils été modifiés ou ajustés pour s'adapter aux spécificités locales? De nouveaux modèles autochtones ont-ils remplacé les modèles importés? L'accent mis sur l'assurance qualité dans les modèles de DPE, très répandu dans la pensée occidentale (Goffin and Wilson, 2001), est-il pertinent pour le DPE en Afrique?

### **Le DPE à l'époque coloniale**

L'emprunt de programmes et de politiques a une longue histoire dans l'éducation de la petite enfance ; on peut en suivre la trace jusqu'aux programmes de DPE tels qu'ils se sont développés à partir du début des années 1800 jusqu'aux années 1960, depuis les écoles maternelles de la première heure jusqu'aux initiatives de « Head Start ».

*L'école maternelle*—Dans les années 1820, l'école maternelle était la forme populaire d'éducation de la petite enfance des enfants pauvres, un modèle britannique qui a été exporté dans les colonies (Kaur 2004; May 2005; Prochner 2004). Les écoles maternelles—développées par Robert Owen et popularisées par Samuel Wilderspin—associaient un programme de soins aux enfants à une introduction aux compétences qui devaient préparer les enfants à une vie de labeur. Les écoles maternelles étaient présentées comme des « agents de secours moral et social et de formation, et mettaient l'accent sur l'apprentissage par cœur de la lecture, de l'écriture et du calcul, de la couture et des activités de dextérité manuelle en salles de classe, et l'éducation physique sur les terrains de jeu » (Anning 1991, 2).

En dehors des ardoises, de quelques images pour les murs, et d'une bible, cela demandait peu de matériels didactiques. Les plus jeunes enfants répétaient leurs leçons en traçant des chiffres et des lettres dans le sable. Les écoles étaient efficaces et économiques; le salaire de l'enseignant constituant la part la *plus* importante de leurs *dépenses* de

fonctionnement. Dans de nombreuses écoles, un enseignant unique prenait en charge jusqu'à 250 élèves âgés de 2 à 7 ans, et se faisaient aider par des élèves plus âgés. Bien que, suivant les théories sur l'école maternelle, l'instruction devait respecter la propension naturelle des enfants à jouer—ou se faire « en s'amusant » suivant la terminologie de l'époque, en pratique, les écoles étaient très strictes et l'enseignement reposait principalement sur la récitation. Les méthodes d'enseignement tirées du système d'instruction mutuelle (connu sous le nom de *monitorial system* en anglais) étaient conçues pour de grandes classes: un plus petit nombre d'élèves aurait réduit *la rentabilité* financière de l'école et l'efficacité de la méthode.

La valeur du temps était un principe fondamental du système d'instruction mutuelle. Étant donné que beaucoup d'enfants fréquentaient l'école pendant quelques années seulement avant de retourner s'occuper des frères et sœurs plus jeunes ou de chercher un emploi rémunéré, ils ne pouvaient pas se permettre de consacrer le temps d'école à des futilités comme le jeu. Les parents dans les milieux ouvriers préféraient les écoles maternelles privées, appelées « écoles Dame » (*Dame schools*), où les enfants apprenaient par cœur et ne jouaient pas du tout (Roberts 1972). Quand l'âge de la scolarité obligatoire a été débattu au Parlement britannique, plus tard, au XIXe siècle, le même sentiment a prévalu: «La difficulté était d'obtenir une éducation sans empiéter sur le temps nécessaire à gagner sa vie : la solution était de commencer tôt et de finir tôt » (Nationale Education Union 1870, tel que cité dans Anning 1991, 3). Ainsi, le pragmatisme régnait sans considération aucune pour le développement.

### ***Programmes de DPE pour les enfants africains au XIXe siècle***

Dans les colonies, les écoles maternelles créées pour les enfants des colons pauvres et des indigènes fonctionnaient de façon identique à celles de Grande-Bretagne ; elles dispensaient des *connaissances* et des compétences scolaires de *base* aux côtés de l'instruction religieuse (Berman 1975). Les écoles pour les enfants autochtones subissaient l'influence des principes britanniques d'éducation et de gestion des relations avec les peuples indigènes (Select Committee on Aborigines 1837). Ces principes—convertir et civiliser les enfants indigènes—reflétaient la théorie de la race, l'évangélisation protestante, et l'impérialisme britannique. La civilisation n'était accessible que par la connaissance de la littérature et de la science occidentales, un processus impliquant le dénigrement et l'élimination éventuelle du patrimoine local (Macaulay, 1935).

Cette conception de l'enseignement colonial était évidente dans l'estimation par Samuel Wilderpin de la valeur d'une école maternelle au Cap établie pour les enfants d'esclaves en 1830 :

*[Dans les écoles maternelles] les enfants des tribus barbares entrent en contact avec la supériorité de l'homme civilisé, et au lieu d'être retardés dans leurs progrès par l'ignorance et l'imbécillité d'un peuple sortant à peine de l'état sauvage, ils s'élèvent pour apporter la culture à leurs parents et les humaniser, et ils deviennent les éléments d'une société qui sera bientôt en mesure de satisfaire ses propres besoins, de défendre ses propres droits et de diffuser les bienfaits de la civilisation dans les tribus de l'intérieur de l'Afrique (Wilderpin 1832, 16-17)*

En 1833, une classe pour les enfants pauvres européens a été ajoutée à l'école de la ville du Cap, et pendant les premières années, il n'y avait pas de ségrégation. Un missionnaire, George Champion (1968, 5), expliqua le rôle que les écoles maternelles pouvait jouer en donnant l'instruction en anglais comme moyen *d'assimilation* des enfants :

Il y a une opinion répandue ici, chez ceux qui s'occupent des missions, que ceux qui entrent dans de nouveaux domaines missionnaires doivent immédiatement se mettre à la tâche, [et] enseigner aux enfants la langue anglaise à l'école maternelle, pour que d'ici deux ou trois générations, la langue maternelle soit extirpée. Une fois l'anglais introduit, [et] avec lui toutes les ressources de la littérature, de la science et de la religion qui se trouvent dans la langue anglaise peuvent être mises à leurs pieds. Ainsi, on économisera sur les traductions, [et] on aura une langue adaptée à l'homme civilisé [et] chrétien. La langue alors ne bloquera plus leurs esprits qui pourront se développer sous l'*influence du christianisme*.

Une telle opinion illustre l'idée que l'esprit des enfants est une ardoise vierge et que les enfants indigènes avaient seulement besoin d'une instruction correcte pour se transformer en européens. Les enseignants missionnaires et les fonctionnaires du gouvernement colonial étaient en désaccord sur ce point. Les fonctionnaires considéraient suffisant un enseignement de base court ; cette vue était liée à la théorie de la race qui tenait les Africains pour des êtres intellectuellement déficients et incapables de bénéficier d'un enseignement de type long (Lyons 1975). Cette opinion reflétait aussi la réticence de l'administration coloniale à créer une élite intellectuelle africaine et le désir de produire et de maintenir une classe ouvrière (Woodhead 1996). Le travail, plutôt que l'éducation, conduit à la « civilisation ». Lorsque l'éducation industrielle

(ou professionnelle) a été introduite pour les Africains dans les années 1860, l'enseignement préscolaire fut abandonné, à l'exception de quelques écoles missionnaires.

### ***Les programmes de DPE pour les enfants des colons en Afrique***

Les écoles *pour les enfants* des colons fonctionnaient aussi comme un moyen de socialiser et d'appriivoiser dans l'ordre colonial « l'enfant colonial sans retenue » (May 1997), qui, sinon, pourrait devenir « sauvage », . Le modèle préscolaire pour les enfants des colons s'est modifié au cours du temps, commençant par l'école maternelle et en y ajoutant plus tard les jardins d'enfants et, au XXe siècle, les crèches.

***Le jardin d'enfant***—Le jardin d'enfants fut établi en Europe par Friedrich Froebel, c'était une approche non-académique de l'éducation de la petite enfance, un antidote de l'école maternelle britannique rigide. Froebel partageait la vision de Rousseau sur l'innocence de l'enfance et, avec Pestalozzi, il croyait en l'importance de relier l'apprentissage aux expériences de la vie réelle (les « leçons de choses » de Pestalozzi), mais Froebel utilisait les « éléments matériels » dans un but plus symbolique (Froebel 1897). Un concept clé du jardin d'enfant était que l'éducation doit suivre les traces des enfants. Froebel croyait que l'esprit des enfants était pleinement formé à la naissance et capable de raison. L'aide bienveillante de l'enseignant pouvait permettre à la raison innée de l'enfant de s'épanouir pleinement par l'introduction d'éléments appelés « dons » et d'activités appelées « occupations ». Leur utilisation régulière s'assimilait aisément dans les pratiques de l'école maternelle ; les jardins d'enfants utilisaient ces éléments comme fondations pour développer les compétences professionnelles, la dextérité manuelle, et la persévérance.

***La crèche***—Margaret MacMillan (1919) a développé la crèche comme un programme de compensation pour les enfants des catégories socialement et économiquement défavorisées en Angleterre. La crèche était orientée sur la santé physique et émotionnelle des enfants, et portait attention au développement sensoriel et à l'alphabétisation. Macmillan, comme sa contemporaine Maria Montessori en Italie, basait son approche de l'éducation en partie sur les théories d'Edouard Sequin de France, en insistant sur l'éducation sensorielle et la formation des compétences motrices. Alors que Sequin avait commencé avec les enfants intellectuellement handicapés, Macmillan appliqua les mêmes principes d'apprentissage aux enfants qui se développaient normalement mais étaient économiquement

démunis. Une *éducation* active, voila le remède que la crèche opposait à la torpeur des jardins d'enfants (p. 331). La crèche devait être identique aux crèches de jour dans les maisons de familles riches, un espace pour l'enfant où l'on pouvait trouver la joie « dans la beauté de l'enfance » (p. 30). Susan Isaacs (1949) ajouta un but psychanalytique à la pratique de la crèche en Angleterre, l'idée que le bien-être psychologique se développe à travers les relations sociales. On voyait la crèche comme un cadre quasi- domestique pour améliorer la vie à maison : plus sain et stimulant pour l'imagination, en compagnie de ses pairs, et sous la direction d'un professeur qualifié.

**Trois types de programmes pour la petite enfance**—L'école maternelle, le jardin d'enfant et la crèche avaient différentes fonctions dans les écoles publiques. Les deux premiers préparaient les enfants à l'école en insistant sur les habitudes académiques et de travail (pour l'avenir), alors que la crèche était un pont vers l'école, orienté vers le foyer et la vie émotionnelle de l'enfant (dans le passé et le présent). Selon Isaacs (1949, 28), la crèche devait « établir un lien entre l'éducation naturelle et indispensable de l'enfant chez lui et la vie sociale dans le monde extérieur ». Pour cela et pour d'autres raisons (comme les différences dans la préparation des enseignants et l'âge de la scolarisation), les méthodes de la crèche ont été moins faciles à intégrer dans les systèmes scolaires publics.

Les méthodes scolaires de l'école maternelle ont été facilement assimilées dans les systèmes éducatifs coloniaux mais le jardin d'enfant a reçu un accueil moins enthousiaste ; il ne fut pas présenté comme un programme distinct en Afrique coloniale britannique. Cette résistance faisait suite à l'expérience acquise en Angleterre, où des exercices du jardin d'enfant furent intégrés à certaines classes de l'école maternelle, mais n'avaient eu qu'un effet limité sur les écoles publiques. Il est intéressant de constater que si certains éducateurs en Angleterre désiraient voir le modèle du jardin d'enfant adapté à la culture et aux conditions locales (Brehony 2000), les Afrikaners en Afrique du Sud résistèrent au jardin d'enfant qu'ils considéraient trop anglais (Jansen et al. 1992, 425). L'administration coloniale allemande avait également exporté le jardin d'enfant au Sud-ouest africain (en Namibie) dans les années précédant la première guerre mondiale. Ces jardins d'enfants étaient destinés uniquement aux enfants des colons allemands, mais, dans certains cas, *des enfants* « de couleur » étaient acceptés, jusqu'à ce qu'ils s'en voient interdire l'accès vers 1905 (Smith 1998). La branche *féminine* de la Ligue de la Société coloniale allemande pensait que les jardins d'enfants fourniraient des



emplois aux femmes en « surplus » en Allemagne et aideraient les colons à « éloigner leurs enfants du *danger* prétendument posé par les domestiques et les serviteurs africains » (Wildenthal 2001, 162). Globalement, la crèche britannique avec l'importance qu'elle accordait au jeu, à la santé et à l'hygiène, a eu une influence bien plus grande sur le DPE en Afrique que le jardin d'enfants.

Les gouvernements coloniaux du XXe siècle ont beaucoup négligé les programmes scolaires pré primaires destinés aux enfants africains noirs. Une enquête auprès des établissements préscolaires en Afrique du Sud dans les années 1950 ne répertoriaient que quatre écoles maternelles privées pour les enfants africains; aucune n'était subventionnée par le gouvernement (International Bureau of Education 1961). La situation était différente pour les institutions qui assuraient des soins aux enfants : environ 30 crèches existaient dans une township près de Johannesburg au milieu des années 1960 (Kahn, 1968). La plupart de ces crèches étaient financées par le secteur privé et fonctionnaient comme des programmes d'alimentation destinés aux enfants sous la supervision de personnel sans formation, reflétant tout de même une orientation sur la santé ou le pédiatrique (Cleghorn and Prochner 2003).

Norrel A. London (2002) a observé un décalage entre le développement des idées pédagogiques et leur adaptation dans les milieux coloniaux. Discutant des modifications de programmes à la Trinité et Tobago, il conclut, « quelle que soit la provenance originelle d'idéologies particulières, les planificateurs [de programmes] pouvaient tirer d'une doctrine donnée les orientations qui semblaient le mieux convenir à leurs fins » (p. 67). En Afrique, les écoles maternelles faisaient partie de la première vague de l'activité missionnaire et arrivaient sur le continent peu après leur développement en Europe. Les écoles maternelles convenaient bien aux colonies ; une des influences sur ces écoles fut le concept du *monitorial system* (ou instruction mutuelle) créé par Andrew Bell en Inde.

Le programme de l'école maternelle comportait des leçons de morale et des leçons religieuses enseignées mécaniquement à un grand nombre de classes d'âge mixte. Dans un milieu colonial avec des enfants indigènes, l'accent était mis sur l'enseignement religieux plus que sur l'alphabétisation. Ce n'était pas satisfaisant pour les parents africains qui souhaitaient un enseignement plus ouvert pour leurs enfants car cela signifiait que l'accès aux avantages sociaux et économiques associés à une éducation occidentale n'étaient pas vraiment accessibles. Les administrateurs scolaires, à leur tour, blâmaient les parents, considérant que la culture d'origine

était un obstacle à l'éducation des enfants, comme le disait un missionnaire dans une école maternelle en Sierra Leone en 1828:

Tant que les enfants seront autorisés à courir dans les rues comme des sauvages, et même à se joindre aux cris et aux danses nocturnes qui ne cessent pratiquement pas de l'année—tant qu'ils ne sont pas formés à toutes les habitudes d'ordre—il ne faut pas s'attendre à ce qu'ils fassent beaucoup de progrès dans l'apprentissage, qui exige nécessairement la pensée, l'application et la retenue—des exercices auxquelles ils n'ont jamais été formés (Church Missionary Society, 1828, 284–85).

Des arguments identiques ont été utilisés pour les enfants de la classe ouvrière et leurs parents. Dans un contexte colonial, cependant, les arguments étaient liés à la théorie de la race et aux priorités de l'administration coloniale.

### **Le DPE autochtone dans une perspective historique**

Les enfants avaient (et ont toujours) beaucoup de valeur dans les communautés africaines. Ils jouaient un rôle vital dans la famille et la collectivité. La légitimité du mariage était scellée par la parentalité. Une femme stérile était stigmatisée. Les hommes et les femmes désiraient des enfants, car les enfants donnaient un nouveau statut à leurs parents. Kenyatta et Kariuki (1984, 87) font observer :

Un mariage sans enfant dans les communautés Gikuyu est pratiquement un échec, car les enfants apportent de la joie non seulement à leurs parents, mais aussi à leur mbari (clan) tout entier. Dans la société Gikuyu, avoir une famille entraîne une élévation du statut social.

Les parents appréciaient les enfants pour l'aide qu'ils apportaient dans l'accomplissement des tâches et des responsabilités familiales. Les enfants étaient considérés comme un investissement pour les vieux jours des parents (Kenyatta and Kariuki 1984; Kilbride and Kilbride 1990; Mwamwenda 1996). Ils étaient considérés comme une source de joie et étaient accueillis avec fierté. Les parents partageaient la joie de l'arrivée du nouveau-né avec les proches et les amis (Kenya Institute of Education, 1984; Kenyatta and Kariuki 1984; Kilbride and Kilbride, 1990; MOEST and UNESCO 2005; Swadener, Kabiru, and Njenga 2000). Les enfants avaient une importance spirituelle reliant le créateur et les générations, passées et présentes. Selon Behamuka (1983, 101), « avoir des enfants est

un devoir religieux, qui relie non seulement l'individu mais aussi le créateur, les ancêtres, et les parents biologiques ». Les attentes des familles et des communautés et les valeurs placées sur les enfants influençaient la manière de les soigner et de les éduquer. Dans la société traditionnelle, l'éducation de l'enfant était régie par la famille, les traditions communautaires et les structures sociales. Chaque communauté avait son propre système éducatif pour socialiser les enfants dans sa culture, ses valeurs et ses traditions. L'éducation de l'enfant commençait à la naissance et se poursuivait dans différentes étapes et groupes d'âge, avec un système d'enseignement défini pour chaque étape. On préparait les enfants à contribuer au renforcement de la communauté. Les enfants étaient censés acquérir les compétences essentielles pour la protection, la production alimentaire et la maîtrise de l'environnement. L'éducation de la petite enfance transmettait des aspects importants de la culture et des valeurs tels le partage, la responsabilité sociale, l'appartenance, la dépendance mutuelle, le respect mutuel, la continuité, l'obéissance, le respect des aînés, la coopération, la crainte de Dieu, et la capacité d'établir des relations avec autrui (Dembele, 1999; Kenyatta and Kariuki 1984; Kilbride and Kilbride, 1990; Mwamwenda 1996). Les enfants apprenaient l'étiquette et les règles du comportement en société (comment saluer, s'asseoir, manger, et ne pas interrompre la conversation des adultes). Toute mauvaise conduite était punie de coups de bâton, privation de nourriture, menaces verbales, ou abandon dehors dans l'obscurité pendant un certain temps. Les enfants apprenaient aussi l'histoire et les traditions de la famille, du clan et de la communauté entière.

Les enfants apprenaient et recevaient des leçons alors qu'ils participaient aux activités quotidiennes de la maison, lors des cérémonies, par l'instruction directe, l'observation et l'apprentissage. Dès l'enfance, on apprenait aux enfants des berceuses, des chansons et des jeux ; leur « professeur » était principalement leur mère, bien que d'autres personnes, grands-parents, tantes, frères et sœurs plus âgés aidaient à cette tâche. À mesure que les enfants grandissaient, ils recevaient des instructions directes et on testait leurs connaissances par des interrogations rapides. On utilisait les histoires et les légendes pour inculquer la morale et enseigner l'histoire de la communauté et ses traditions. On employait aussi la littérature orale pour enseigner des attitudes philosophiques abstraites concernant la vie, les croyances, les pratiques, et les tabous (Mbithi 1982). Les pères, les anciens, et les voisins participaient à l'éducation et à la socialisation des enfants plus âgés. Les grands-parents jouaient un rôle particulier apprenant aux enfants les sujets sensibles (la sexualité) et la

morale, les valeurs, l'histoire et les traditions par les contes, les légendes, et les conversations. Dès l'âge de 7 ans, les enfants se voyaient assigner des responsabilités importantes et ils étaient censés acquérir les compétences nécessaires pour gagner leur vie. À cet âge, les enfants étaient socialisés dans ce que la société considérait comme le rôle des hommes et celui des femmes. On envoyait les garçons faire les courses, s'occuper de l'élevage, ou participer aux travaux agricoles. Les filles prenaient soin de leurs frères et sœurs plus jeunes et des travaux domestiques, (cuisine, nettoyage et vaisselle) et elles travaillaient dans les champs aux côtés de leur mère. Les enfants se développaient aussi intellectuellement et socialement en jouant avec leurs camarades dans le quartier. Les parents laissaient les enfants jouer librement. Kenyatta and Kariuki (1984, 61) ont écrit, « Quiconque observe les enfants jouer sera sans doute impressionné par la liberté qui caractérise la période de l'enfance chez les Gikuyu ». Lenaiyasa (1999) a observé que les enfants Samburu avaient une aire de jeux commune dans laquelle ils jouaient pendant la journée et la nuit au clair de lune.

Dans certains cas, les jeunes enfants se réunissaient en groupe dans ce qui deviendrait les centres communautaires de la petite enfance. Ces centres existent encore aujourd'hui, par exemple au Kenya et au Mali. Au Mali, selon Dembele (1999), cette garderie traditionnelle est une organisation spontanée de soins aux enfants pendant les périodes d'intenses activités communautaires qui ont lieu principalement pendant la saison des pluies. Une femme âgée (*denminenaa*) est responsable des soins assistée souvent par les frères et sœurs aînés (*denmineden*) des jeunes enfants. Les enfants plus âgés organisent les jeux et signalent tout problème alimentaire et de discipline aux personnes âgées qui s'occupent d'eux. Les membres de la communauté veillent à ce que la personne qui s'occupe des enfants soit approvisionnée en nourriture, en eau, en bois, et à satisfaire ses besoins. Des systèmes de garde identiques, connus sous le nom de *loipi*, ont également été découverts chez les Samburu au Kenya. Les enfants demeuraient en groupe sous la garde des grands-mères, tantes, ou voisines lorsque les mères étaient absentes. Lorsqu'ils avaient faim, elles veillaient à ce qu'ils mangent et prennent leur lait dans laalebasse laissée par leurs mères. Elles leur racontaient des contes et les supervisaient pendant qu'ils jouaient (Lenaiyasa and Kimathi 2002).

L'éducation islamique, qui provenait de l'extérieur du continent, a une longue histoire en Afrique subsaharienne (ASS). L'école coranique prépare les enfants musulmans à connaître et pratiquer l'Islam comme mode de vie. En Afrique orientale, les enfants sont inscrits dans les écoles

coraniques dès l'âge de 4 ans. Selon Dembele (1999, 5), dans la région du Sahel, « quand un enfant peut compter de 1 à 10, il est envoyé au maître coranique, qui accueille jusqu'à 50 enfants âgés de 4 à 15 ans. La mémorisation du Coran et apprendre à se comporter comme un musulman, sont essentiels. « Dans la région du Sahel, le maître coranique est le personnage le plus érudit dans une communauté rurale et le plus influent à la fois dans les zones urbaines et rurales ».

Des institutions identiques abondent en Afrique orientale, où on les appelle *madrassa* ou *dugsies*. Dans certaines régions d'Afrique orientale et du Maroc, les communautés musulmanes—en collaboration avec les gouvernements et les agences de développement, notamment la Fondation Aga Khan—ont lancé des projets qui incorporent les aspects laïques du programme national dans l'éducation coranique (Hyde and Kabiru, 2003). Selon le *Programme intégré d'éducation islamique*, le but est « d'assurer que l'enfant musulman au Kenya soit correctement moulé dans sa foi et préparé à s'intégrer à la société kenyane comme citoyen utile » (NACECE 1993, 6).

Au cours des dernières décennies, les changements sociaux et économiques ont influencé la garde et la socialisation des enfants. Les enfants plus âgés fréquentent l'école tandis que les jeunes pères émigrent vers les villes ou les zones agricoles et commerciales à la recherche d'un emploi salarié. Les mères se retrouvent seules pour prendre soin des enfants et assumer les responsabilités sans assistance suffisante. Elles sont souvent dépassées par ces responsabilités. Certaines mères prennent également un emploi salarié ou font du commerce pour compléter le revenu familial. Les grands-mères, les voisines, ou des domestiques (appelées *ayahs*) gardent les enfants lorsque la mère est absente (Kipkorir 1993; Weisner et al. 1997). En dépit de ces changements, les traditions restent fortes dans de nombreux domaines. De nombreux enfants sont encore soignés et socialisés dans de solides réseaux de personnes qui s'occupent d'eux. Ce sont principalement les mères qui s'occupent des nourrissons et des très jeunes enfants, mais d'autres, tels que les grands-parents, les frères et les sœurs, et les voisins les assistent. Habituellement, les pères ne participent pas activement aux soins des nourrissons, quoiqu'on puisse voir aujourd'hui les jeunes hommes prendre les nourrissons dans leurs bras, les alimenter et prendre soin d'eux. Les hommes sont censés assurer la sécurité et les ressources de la famille (Gakuru et Koech 1995; Swadener, Kabiru, and Njenga 2000; Woodhead, 1996). Pourtant, le bien-être des enfants africains est menacé par divers facteurs interdépendants : les conflits armés, les catastrophes naturelles, les pénuries

alimentaires, l'augmentation de la pauvreté et le VIH et le SIDA (World Bank, UNICEF and WGECD-ADEA 2002).

### **Un modèle de DPE communautaire contemporain : Les établissements préscolaires Harambees du Kenya**

Les établissements préscolaires formels servent les enfants de 4 à 6 ans dans la plupart des pays africains ; cependant, le taux d'inscriptions est généralement inférieur à 10%. La plupart des établissements se trouvent dans les zones urbaines ; les plus faibles taux d'accès sont dans les zones rurales reculées et dans les bidonvilles urbains. Les taux d'inscriptions sont faibles, mais les ratios enseignant - enfant sont relativement élevés. La plupart des gouvernements africains n'emploient pas d'enseignants de maternelle ; une grande proportion des enseignants n'ont reçu aucune formation. Les programmes d'études préscolaires sont souvent basés sur des modèles occidentaux ou sont des extensions de l'enseignement primaire revues à la baisse (Gakuru 1992; Hyde and Kabiru 2003; Kabiru 1993; Myers 2001). Les gouvernements africains et les communautés ont montré un intérêt accru pour l'éducation de la petite enfance en réponse aux accords internationaux tels que la Convention relative aux droits de l'enfant, le Sommet des enfants, le Cadre d'action de Dakar sur l'éducation pour tous, la Session extraordinaire des Nations-Unies pour l'enfance, les objectifs du Millénaire pour le développement. Les récentes conférences sur le DPE ont souligné que les soins et l'éducation de la petite enfance sont essentiels pour atteindre les objectifs de l'éducation de base et développer les ressources humaines. Il est évident que les gouvernements doivent augmenter les ressources allouées à ce secteur. Des programmes complets de réponses aux besoins holistiques des enfants, qui impliquent les parents et les communautés doivent être développés et rendus accessibles ; les programmes d'études doivent être adaptés aux contextes locaux, la formation doit se montrer plus pertinente et plus accessible et les partenariats de DPE doivent être renforcés (World Bank UNICEF and WGECD-ADEA 2002). L'étude de cas suivante décrit un exemple national actuel de DPE au Kenya et la façon dont le pays améliore ce service.

Avant l'indépendance en 1963, l'éducation préscolaire et les services de soins au Kenya étaient régis par la ségrégation raciale. Les premiers établissements préscolaires furent mis en place dans les zones urbaines pour servir les enfants européens et asiatiques. À partir des années 1940, les propriétaires des plantations ont établi des centres de garderie pour les

enfants africains dans les plantations agricoles. Ces centres assuraient la garde des enfants dont les mères travaillaient. Plus tard, les autorités locales ont créé des centres dans des zones résidentielles africaines urbaines pour répondre aux besoins nutritionnels et médicaux des enfants pauvres. De nombreux centres de garderie d'enfants furent établis au Kenya rural central au cours de la lutte des Mau Mau pour l'indépendance (1953–1960) pour garder les enfants tandis que les parents accomplissaient les travaux forcés imposés par le gouvernement colonial. Les missionnaires fournissaient du lait et des soins médicaux aux enfants inscrits dans ces centres (Bernard van Leer Foundation, 1994; Gakuru 1992; Kabiru 1993; MOEST and UNESCO 2005; Woodhead, 1996). Pendant des siècles, les jeunes enfants musulmans ont également fréquenté des écoles coraniques qui mettaient l'accent sur l'apprentissage confessionnel.

Après l'indépendance du Kenya en 1963, les centres préscolaires se sont multipliés rapidement. Leur croissance fut stimulée par le succès de la devise *Harambee* du président kenyan Jomo Kenyatta «tirer et pousser ensemble». *Harambee* englobe les principes de l'initiative communautaire fondée sur des efforts communs, l'assistance mutuelle, la responsabilité sociale, et l'autosuffisance de la communauté. Même immédiatement après l'indépendance, les individus avaient faim d'éducation ; ils croyaient en l'importance de l'éducation préscolaire et pensaient que les écoles maternelles allaient préparer leurs enfants pour le système très compétitif de l'éducation (Gakuru 1992; Kabiru 1993). Les parents et les communautés ont répondu positivement à l'appel *Harambee* et se sont lancés dans la collecte de fonds et la mobilisation des ressources pour créer des établissements préscolaires, garderies, crèches, écoles et écoles coraniques, et des écoles maternelles rattachées aux écoles primaires. Dans certains cas, les crèches précédemment établies par des organisations non gouvernementales (ONG) ou les missions firent partie de ce mouvement. La crèche Ngecha, fondée par la Croix rouge internationale en 1952, est devenue une école *Harambee* 10 ans plus tard (Whiting et al. 2004).

Les établissements préscolaires *Harambee* sont gérés par des comités élus par la communauté locale. Le comité est chargé d'organiser la communauté pour acquérir des terrains et des matériaux de construction. Chaque membre de la communauté doit contribuer, que ce soit en argent ou en nature, travail ou matériaux. La terre est soit achetée soit donnée par un individu, une famille élargie, un clan ou une autorité locale. Le comité mobilise les parents pour qu'ils inscrivent leurs enfants, généralement les 3-6 ans. Dans les plantations agricoles et les zones à faible revenu

en milieu urbain, les enfants plus jeunes sont inscrits parce que les mères travaillent hors du foyer et les familles ne peuvent pas engager d'assistantes maternelles. Le comité organise des réunions de consultation qui permettent à la communauté de fixer les cotisations, de choisir l'enseignant—dans la plupart des cas, un membre de la communauté—et de fixer son salaire. La plupart des enseignants dans les centres préscolaires sont des femmes. Le comité supervise et apporte son appui à l'enseignant. Son salaire dépend des cotisations versées et de la qualité de la gestion fournie par le comité, mais dans l'ensemble, les enseignants préscolaires reçoivent des salaires extrêmement faibles et irréguliers. Le gouvernement enregistre les établissements préscolaires communautaires; quoique de façon irrégulière, il inspecte et supervise les écoles. Le gouvernement offre également une formation subventionnée aux enseignants. À l'heure actuelle, on trouve des écoles maternelles même dans les régions les plus reculées du Kenya. En 2005, plus de 1,5 million d'enfants âgés de 3 à 6 ans étaient inscrits dans le préscolaire, ce qui représente environ 35% des enfants de ce groupe d'âge (MOEST and UNESCO, 2005). Les parents et les communautés locales gèrent ces centres avec des ressources financières limitées et des moyens inadéquats. De nombreux parents pauvres et ne sont pas en mesure de payer même la somme minimum pour payer l'enseignant, acheter les matériaux de base pour construire et entretenir des bâtiments convenables ou offrir des matériels d'apprentissage et d'enseignement appropriés.

L'objectif du préscolaire est de préparer les enfants à l'école en introduisant le calcul de base et l'alphabétisation en trois langues (la langue maternelle, le swahili et l'anglais). Les parents s'attendent à ce que les enfants acquièrent aussi des compétences sociales et ceux qui travaillent désirent qu'on garde leurs enfants. Pour répondre aux attentes des parents et des écoles primaires, il arrive souvent que les enseignants forcent les enfants à acquérir des compétences qui vont au-delà de leur capacité et de leur développement. Trop souvent ils recourent au par cœur plutôt qu'aux méthodes individualisées, actives, et centrées sur l'enfant. Environ 45% des enseignants des écoles maternelles n'ont reçu aucune formation et donc succombent facilement aux pressions extérieures.

Malgré ces difficultés, les parents et les communautés ont apporté une contribution majeure pour rendre l'éducation préscolaire accessible à beaucoup. Ils répondent positivement à l'orientation donnée par le gouvernement et les partenaires. Par exemple, les parents ont contribué à l'intégration de la culture et des traditions locales en offrant des histoires, poèmes, énigmes, etc, à intégrer dans le programme. De nombreuses



communautés ont introduit des programmes d'alimentation et de surveillance de la croissance pour améliorer la santé et suivre les besoins nutritionnels des enfants (Kenya Institute of Education 1987; MOEST and UNESCO, 2005).

La participation locale a donné un caractère unique au programme préscolaire au Kenya qui est essentiellement communautaire. La participation communautaire permet à l'éducation préscolaire formelle de servir toute une série d'enfants venant de milieux sociaux, économiques et culturels différents, contrairement à de nombreuses régions d'Afrique dans lesquelles les écoles maternelles sont réservées aux élites privilégiées des zones urbaines (MOEST and UNESCO, 2005). Le gouvernement kenyan encourage les communautés et différentes organisations à innover et à développer d'autres manières de donner les soins et l'éducation. On a observé, par exemple, des modèles communautaires informels à domicile qui améliorent la qualité, la pertinence et l'accès et assurent davantage d'équité, particulièrement dans les groupes les plus marginalisés, communautés pastorales et urbaines des bidonvilles.

Depuis 1970, le gouvernement kenyan reconnaît et apprécie la contribution des parents et des communautés locales et s'efforce d'améliorer la qualité de l'éducation préscolaire. Entre 1972 et 1982, le ministère de l'Éducation et la Fondation Bernard van Leer ont mis en œuvre un projet pour développer des programmes d'enseignement et des programmes de formation. La responsabilité de la gestion formelle et de la réglementation de l'éducation préscolaire a été confiée au ministère de l'Éducation en 1980. Le ministère formule la politique, forme les éducateurs préscolaires, les superviseurs et les enseignants, renforce et soutient les communautés, immatricule les écoles maternelles, coordonne l'action des partenaires et des parties intéressées, élabore programmes et matériels d'apprentissage; et veille à la qualité. Le développement professionnel de l'éducation préscolaire impliquant le développement des programmes et de la formation est confié au Centre national pour le développement de la petite enfance (NACECE) et son réseau de 71 centres de district pour l'éducation préscolaire (DICECE). En 1988, une politique de partenariat pour assurer l'éducation de la petite enfance et les services de soins a été adoptée pour mobiliser et coordonner les ressources des collectivités locales, des organisations confessionnelles, des organisations non gouvernementales, des organisations sociales, le secteur privé et les organismes bilatéraux et multilatéraux (MOEST and UNESCO 2005).

## Conclusion

Notre brève revue historique de l'éducation préscolaire suggère des priorités pour l'avenir du DPE en Afrique, qui s'appuient sur les atouts et comblent les lacunes. Ces priorités comprennent la nécessité d'aider les parents et les communautés à faire face à l'évolution de la situation sociale et économique et la nécessité de mettre l'accent sur le développement de la politique de DPE. La richesse des savoirs et des méthodologies traditionnels doit être intégrée dans les programmes et pratiques de DPE tout en tenant compte de l'évolution des connaissances traditionnelles qui seront soumises à ce processus (Coe 2005). Robert Myers (2000, 3) a noté une tendance « pour les programmes des pays minoritaires du monde à servir de modèles ou standards pour le développement du DPE à l'avenir ». Des programmes développés ailleurs ne peuvent satisfaire pleinement les besoins des familles africaines. Dans le même temps, on a montré que les modèles de l'époque coloniale tels que le jardin d'enfants et les crèches pouvaient être adaptés aux contextes locaux. Comme l'exemple des programmes communautaires au Kenya l'indique, les programmes de DPE sont renforcés quand ils sont reformulés à partir d'un point de vue africain.

## Références

- Anning, A. 1991. *The First Years at School: Education 4 to 8*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Behamuka, J. M. 1983. *Our Religious Heritage*. Nairobi: Thomas Nelson and Sons.
- Berman, E. H. 1975. "Christian Missions in Africa." In *African Reactions to Missionary Education*, ed. E. H. Berman, 1–53. New York: Teachers College Press.
- Bernard van Leer Foundation. 1994. *Building on Peoples' Strengths: Early Childhood in Africa*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Brehony, K. 2000. The Kindergarten in England, 1851–1918. In *Kindergartens and Cultures: The Global Diffusion of an Idea*, ed. R. Wollons, 59–86. New Haven: Yale University Press.
- Champion, G. 1968. *The Journal of an American Missionary in the Cape Colony 1835*, ed. A. R. Booth. Cape Town: South African Library.
- Church Missionary Society. 1828. *Missionary Register*. June. London: Seeley.
- Cleghorn, A., and L. Prochner. 2003. "Contrasting Visions of Childhood: Examples from Settings in India and Zimbabwe." *Journal of Early Childhood Research* 1 (2): 131–53.

- Coe, C. 2005. *Dilemmas of Culture in African Schools: Youth, Nationalism, and the Transformation of Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dembele, N. U. 1999. "What for Our Young Ancestors Back on Earth?" Papier présente à la conférence internationale "Early Childhood Care and Education," au Kampala. Septembre.
- Froebel, F. 1897. *Friedrich Froebel's Pedagogics of the Kindergarten, or, His Ideas Concerning the Play and Playthings of the Child*. Trans. J. Jarvis. London: Edward Arnold.
- Gakuru, O. N. 1992 "Class and Preschool Education in Kenya." Unpublished doctoral dissertation, University of Nairobi.
- Gakuru, O. N., and B. G. Koech. 1995. "The Experience of Young Children: A Conceptualized Case Study of Early Childhood Care and Education in Kenya." Final report to Bernard van Leer Foundation. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Goffin, S., and C. Wilson. 2001. *Curriculum Models and Early Childhood Education: Appraising the Relationship*. 2nd ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Hyde, A. L., and M. Kabiru. 2003. *Early Childhood Development as an Important Strategy to Improve Learning Outcomes*. Paris: WGECD-ADEA.
- International Bureau of Education. 1961. *Organization of Pre-primary Education*. Geneva: International Bureau of Education.
- Isaacs, S. 1949. *The Educational Value of the Nursery School*. London: The Nursery School Association of Great Britain and Northern Ireland.
- Jansen, C., E. Calitz, L. Du Toit, H. Grobler, A. Kotzé, and M. Lancaster. 1992. "Preschool and Primary Education in South Africa." In *The International Handbook of Early Childhood Education*, ed. G. Woodill, J. Bernhard, and L. Prochner, 425–39. New York: Garland.
- Kabiru, M. 1993. *Early Childhood Care and Development: A Kenyan Experience*. Nairobi: UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office.
- Kahn, E. J., Jr. 1968. *The Separated People: A Look at Contemporary South Africa*. New York: W.W. Norton.
- Kaur, B. 2004. "Keeping the Infants of Coolies out of Harm's Way: Raj, Church, and Infant Education in India, 1830–51." *Contemporary Issues in Early Childhood* 5 (2): 221–35.
- Kenya Institute of Education. 1984. *Guidelines for Early Childhood Education in Kenya*. Nairobi: Jomo Kenyatta Foundation.
- . 1987. *Early Childhood Education in Kenya: Implications for Policy and Practice*. Report presented at "Jadini Seminar," Nairobi. August–September.
- Kenyatta, J., and J. Kariuki. 1984. *Facing Mount Kenya*. Nairobi: Heinemann.
- Kilbride, P. L., and J. C. Kilbride. 1990. *Changing Family Life in East Africa*. Nairobi: Gideon S. Were Press.

- Kipkorir, L. I. 1993. "Kenya." In *International Handbook of Child Care Policies and Programs*, ed. M. Cochran, 333–52. Westport, CT: Greenwood.
- Lenaiyasa, S. 1999. *The Samburu Community ECD Project in Northern Kenya*. Paper presented at the international conference "Early Childhood Care and Development," Kampala. September.
- Lenaiyasa, S., and H. Kimathi. 2002. *Samburu Community-Based ECD Project*. Paper presented at the regional conference "Early Childhood Development," Mombasa. February.
- London, N.A. 2002. "Curriculum Convergence: An Ethno-Historical Investigation into Schooling in Trinidad and Tobago." *Comparative Education* 38 (1): 53–73.
- Lyons, C. H. 1975. *To Wash an Aethiop White: British Ideas about Black African Educability, 1530–1960*. New York: Teachers College Press.
- Macaulay, T. 1935. *Speeches by Lord Macaulay, With His 'Minute on Indian Education.'* London: Oxford University Press.
- Macmillan, M. 1919. *The Nursery School*. New York: F. P. Dutton.
- May, H. 1997. *The Discovery of Early Childhood*. Auckland: Auckland University Press/Bridget Williams Books.
- . 2005. *School Beginnings: A 19th-Century Colonial Story*. Wellington: New Zealand Council for Educational Research.
- Mbithi, P. M. 1982. *Early Childhood and Society: An Overview*. Paper presented at the Kenya Institute of Education national seminar "Preschool Education and Its Development in Kenya," Nairobi.
- MOEST (Ministry of Education, Science, and Technology) and UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2005. "Policy Framework on Early Childhood Development." Discussion paper. MOEST and UNESCO, Nairobi.
- Mwamwenda, T. S. 1996. *Educational Psychology: An African Perspective*. Durban: Heinemann.
- Myers, R. G. 2000. *Education for All, 2000 Assessment. Thematic Studies: Early Childhood Care and Development*. Paris: UNESCO.
- . 2001. "In Search of Early Childhood Indicators." *Coordinators Notebook* (25): 4–49.
- NACECE (National Center for Early Childhood Education). 1993. *Integrated Islamic Education Programme*. Nairobi: NAECE.
- Prochner, L. 2004. "Early Education Programs for Indigenous Children in Canada, Australia, and New Zealand: An Historical Review." *Australian Journal of Early Childhood* 29 (4): 7–16.

- Roberts, A. F. 1972. "A New View of the Infant School Movement." *British Journal of Educational Studies* 20 (2).
- Select Committee on Aborigines. 1837. *Report from the Select Committee on Aborigines. British Parliamentary Papers*. Vol. 3, Anthropology: Aborigines. London: House of Commons.
- Smith, H.W. 1998. "The Talk of Genocide, the Rhetoric of Miscegenation: Notes on Debates in the German Reichstag Concerning Southwest Africa 1904–1914." In *The Imperialist Imagination: German Colonialism and Its Legacy*, ed. S. Friedrichsmeyer, S. Lennox, and S. Zantop, 107–24. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Swadener, B. B., with M. Kabiru, and A. Njenga. 2000. *Does the Village Still Raise the Child? A Collaborative Study of Changing Childrearing and Early Education in Kenya*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Weisner, T. S., C. Bradley, P. L. Kilbride, A. B. C. Ocholla-Ayayo, J. Akong'a, and S. Wandibba, eds. 1997. *African Families and the Crisis of Social Change*. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Whiting, B. B., J. Whiting, J. Herzog, and C. Edwards, with A. Curtis. 2004. "The Historical Stage." In *Ngecha: A Kenyan Village in a Time of Rapid Social Change*, ed. C. P. Edwards and B. B. Whiting, 53–90. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Wildenthal, L. 2001. *German Women for the Empire*. Durham, NC: Duke University Press.
- Wilderspin, S. 1832. *Early Discipline Illustrated, or, The Infant System Prospering and Successful*. London: Westley and Davis.
- Woodhead, M. 1996. *In Search of the Rainbow: Pathways to Quality in Large-Scale Programs for Young Disadvantaged Children*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- World Bank, UNICEF (United Nations Children's Fund), and WGECD-ADEA (Working Group on ECD, Association for the Development of Education in Africa). 2002. "Declaration, Overview, and Synthesis Statements." Presented at the conference "Asmara Child Development," Asmara, Erythrée. Octobre.



## CHAPITRE 7

# (In)Compréhension du DPE en Afrique : la force des justifications locales et mondiales

## A. Bame Nsamenang

La mission de ce chapitre, pour emprunter une métaphore de Rose (1999, 20), « une manière d'adopter une attitude critique vis-à-vis des aspects de notre expérience [africaine] actuelle comme des fait accompli, intemporels, naturels, incontestables : il faut nous dresser contre les maximes de notre temps, contre l'esprit de notre âge, contre le courant de la sagesse reçue ». Ce chapitre apporte une modeste contribution au discours sur l'élaboration d'approches culturellement sensibles pour le développement de la petite enfance (DPE). Cette contribution critique voudrait élargir le dialogue et justifier l'importance des conceptualisations culturelles de l'enfance en introduisant les théories et les pratiques concernant le développement des enfants qui vont suivre et qui découlent de la manière africaine d'agir et de comprendre le monde. Ce chapitre est d'accord avec Smale (1998, 3) pour dire que ce travail pourrait soutenir « la nécessité de changements dans les attitudes, les approches, les méthodologies et la prestation des services » du DPE.

Ce chapitre est né de l'expérience d'appartenir à un continent tourné en dérision « dont la culture distinctive est peu appréciée » (Ellis 1978, 1) et semble être la cible d'une volonté de remplacement et non de mise en

valeur. Le but est d'insuffler un esprit critique aux services de DPE autochtones et importés en Afrique.

### **À qui profitent réellement tous ces programmes de DPE ?**

On note un accroissement de l'intérêt et des investissements dans les enfants de 0 à 8 ans partout dans le monde. Tout service, tel que le DPE, qui peut donner « un bon départ dans la vie en associant éducation, soins, et environnement sûr » (African Ministers and Representatives of Ministers 2005) aux enfants—l'espérance pour l'avenir de toute société et de toute nation—mérite soutien et encouragement pour élaborer des politiques et programmes appropriés, renforcer les capacités réelles, et favoriser la création de réseaux (Pence 2004; Pence and Marfo 2004). Mais quelles formes concrètes ces programmes prendront-ils? Émergeront-ils de l'intérieur, de l'Afrique ou de l'extérieur?

Lorsque des programmes de DPE euro-américains sont appliqués comme l'étalon-or à l'aune duquel se mesurent les formes de DPE en Afrique, ils dénie toute équité, toute reconnaissance aux moyens utilisés en Afrique pour se charger de ses jeunes et privent ainsi le continent d'un créneau dans les vagues mondiales de connaissances sur le DPE (Nsamenang 2005b). Chose étonnante, « des groupes d'intérêts importants, les États nations eux-mêmes, et de puissantes organisations internationales comme l'OCDE [Organisation pour la coopération et le développement économique], l'UNICEF [Fonds des Nations Unies pour l'enfance], et la Banque mondiale » (Moss and Petrie, 2002, 1), et d'autres organisations des Nations Unies, soutiennent et répandent à travers le monde des formes de DPE fonctionnelles en Europe et en Amérique du Nord, et qui sont saluées comme la « bonne » manière de faire progresser les jeunes enfants.

Le discours dominant du DPE assume que les enfants sont capables d'apprendre une culture universelle ; il a introduit une force destructrice insidieuse sur le terrain—le consentement à l'institutionnalisation du DPE (Dahlberg, Moss, and Pence, 1999)—et en fait un service socio-éducatif qui est la panacée pour tous les enfants et leurs familles (Rinaldi 2005), indépendamment des circonstances dans lesquelles ils vivent. Comme Prochner et Kabiru l'observent au chapitre 6, une telle approche a fait long feu en Afrique et dans d'autres régions du monde. Le DPE, force globale, universelle et institutionnelle est de plus en plus controversé (Canella and Viruru 2004; Dahlberg, Moss and Pence, 1999; Swadener and Mutua forthcoming) et rejoint les critiques antérieures persistantes



des approches universelles de développement de l'enfant (Cole 1996; Kagitcibasi 1996).

La motivation des planificateurs et des exécutants du DPE repose sur ceux dont les intérêts sont servis dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et sur l'à propos des services en Afrique : l'intérêt de la communauté pour le développement ou l'intérêt des enfants et de leurs communautés ? Cette question décisive détermine la nature d'un programme, le contrôle ou l'accès aux ressources du DPE, et le choix des enfants africains qui profiteront des largesses du DPE. Ce dernier point se constate aisément dans les régions d'Afrique que les bailleurs préfèrent cibler pour la coopération au développement.

L'attitude et l'orientation dominantes sont incompatibles avec la diversité culturelle qu'elles ne tolèrent pas et nient l'évidence que « que d'autres modèles de soins fondés sur des considérations morales et pratiques différentes peuvent constituer des modes normaux de développement qui n'avaient pas été imaginés dans les théories du développement » (Levine, 2004, 163). Ceci correspond bien avec le constat que les mères expérimentées d'Afrique subsaharienne voient les soins et le développement de l'enfant d'une manière qui contraste « fortement avec les connaissances spécialisées dans le domaine du développement des enfants » (p. 149), argument qui renforce la valeur des approches culturellement appropriées. L'hiatus entre les conditions des enfants africains et les théories qu'on leur applique persiste parce que le champ d'action se fonde plus sur de nouvelles conceptualisations de scénarios que sur les réalités contextuelles de l'enfance. La culture détermine la nature des diverses mesures des créneaux de développement des enfants—comme les routines et les habitudes quotidiennes, le parentage et les pratiques d'éducation des enfants – et elle doit être incorporée dans l'élaboration des politiques et dans les prestations de services en Afrique et ailleurs.

On attend des spécialistes du DPE et des praticiens qu'ils comprennent et s'efforcent d'aider les enfants et leurs familles à rejeter leur situation actuelle et à aller de l'avant. Cependant, au lieu de tirer parti de la sagesse des traditions africaines que les gens ont conservées pendant des siècles, on lui préfère un cadre de référence euro centrique ou occidental qui encourage le détachement des valeurs, des pratiques et de la vision autochtone du monde. Ceux qu'on appelle les « experts » ont des vues différentes de celles des membres de la communauté auxquels leur travail ou leur soutien est destiné à tel point qu'on pourrait même penser qu'ils ont été spécialement formés pour ne pas tenir compte des dures réalités et des contextes du DPE en Afrique. En Afrique du Sud,

Callaghan (1998, 31) a noté avec lucidité « l'aveuglement et l'incapacité de voir et de valoriser les africains dans le contexte africain. » Il n'est donc pas difficile de détecter un indicateur de la modernité professée par les experts, et non par la communauté bénéficiaire, qui est tacitement imposée aux gouvernements africains en échange d'un soutien financier et technique (Nsamenang 2005b). On dès lors non sans raison soutenir qu'une motivation importante, mais voilée, du travail de DPE à l'échelle internationale pourrait bien être de se trouver un emploi plutôt que le désir d'établir des services fonctionnels et réellement pertinents qui renforcent les structures communautaires existantes pour atteindre les enfants dans le contexte culturel de leur communauté (Lanyasunya and Lesolayia 2001). Tout en reconnaissant que tout n'est pas mauvais, mais que tout est potentiellement dangereux (Foucault, 1980), l'évaluation des politiques et des programmes de DPE devrait aller jusqu'à mettre en examen les meilleures intentions des chercheurs et de la communauté du développement. Ainsi, il n'est vraiment pas rare de voir ceux qui travaillent dans le DPE, y compris le personnel local, utiliser des stéréotypes et afficher des attitudes qui sentent au mieux la supériorité culturelle et au pire le mépris (Bram 1998; Creekmore 1986). Lorsque les intervenants disent d'une intervention qu'elle est neutre, ils sont contre l'Afrique, car cette représentation dévalorise la richesse de ses cultures pourtant fiables encore que non occidentales ; ils déforment et nient la capacité de l'Afrique et ses réalisations. Ils ne voient en Afrique aucune leçon pour le progrès. En conséquence, il existe une tension, une appréhension, ou des hésitations à accepter les conceptions de DPE importées. Qu'est ce qui est, par exemple, à l'origine de l'échec de 20 ans d'efforts pour intégrer les enfants San du Botswana dans l'école formelle (Le Roux, 2002, 33) ? Doit-on poursuivre l'agenda du DPE chez les San en sachant le programme défaillant du point de vue culturel ou environnemental et dont on ne peut dire que les résultats sont positifs ? Ou faut-il déclarer de l'expérience avec les San qu'elle est une de ces « nombreuses références et leçons à appliquer dans d'autres situations impliquant un travail avec les autochtones et les groupes minoritaires » (Cohen, 2001, 6) ? Une telle situation plaide en faveur d'une recherche plus ciblée d'investissements adaptés à la culture des enfants dans leurs premières années et d'une réduction des ressources engagées pour déraciner des patrimoines qui ont bien servis ces groupes et qui sont ceux dans lesquels ils comprennent le monde. Si l'on considère le coût élevé du DPE et le doute qui plane sur sa durabilité, il est logique de prendre bonne note avec Sharp (1970, 20) du danger qu'il y a « de détruire trop brusquement

le contexte traditionnel de l'Africain », qui est toujours « la meilleure garantie du bien-être et de l'éducation de l'enfant ».

Les protagonistes sont-ils conscients que l'approche de DPE préconisée par la communauté du développement peut prendre au piège les parents africains dans une « toile de transition culturelle où les valeurs et les codes de comportement moral à inculquer aux enfants et aux jeunes ne sont plus clairement définis » (Cohen, 2001, 6) ? Les partenaires du DPE en général, et les planificateurs, chercheurs et praticiens africains en particulier, doivent admettre créativement le fait que les parents africains peuvent élever des enfants en bas âge et des tout-petits culturellement compétents, « suivant un ensemble de normes différentes » (LeVine 2004, 159), dont presque aucune n'a pas été théorisée ou formulées dans les politiques de DPE. Les enfants ainsi éduqués et qui ont « osé sortir de leur milieu ethnique se sont remarquablement bien adaptés et ont excellé dans des contextes étrangers » (Nsamenang and Lamb, 1994, 137). Les athlètes, les champions et les stars du football en Europe, qui ont été élevés dans des régions « pauvres » d'Afrique et sont maintenant parmi les meilleurs en Europe, sont des exemples de succès dans l'adversité. Leur réussite peut-elle jeter une lumière libératrice sur cet « autre ensemble de normes » pour le DPE en Afrique?

Des recherches systématiques sur la richesse des pratiques de DPE des Turkana et Samburu du Kenya et des traditions de la petite enfance pourraient ouvrir la porte à de nouvelles théories et à des réorientations politiques. Plus important, la recherche sur les méthodes indigènes d'éducation des enfants, qui « s'intègrent bien dans le contexte moderne de stimulation de l'enfant et de jeux, de chants, de berceuses, [et] de poèmes » (Lanyasunya et Lesolayia 2001, 4), est trop souvent ignorée ou occultée pour répondre à des besoins identifiés par les donateurs et le développement du service. La suite du chapitre donne un aperçu des systèmes autochtones de DPE en Afrique qui ont survécu. Bien que ces systèmes donnent des résultats culturellement valables et sont en mesure d'atteindre tous les objectifs, ils sont communautaires et non institutionnels.

### **Principes fondamentaux du DPE autochtones africain**

Cette section esquisse des éléments et précise brièvement les principes fondamentaux du DPE dans une perspective africaine qui s'écarte des vues euro centriques sur le DPE. Ce point de vue africain permet aux enfants d'assumer très jeunes un rôle d'adulte et de gérer leur propre

apprentissage et leur développement dans d'une culture collégiale. La socialisation et l'éducation sont organisées pour confier aux enfants des tâches culturelles clés (c'est-à-dire de développement) à divers stades; il est donc important de comprendre l'ontogenèse sociale pour discerner les théories (ethniques) et les stratégies pédagogiques sur lesquelles reposent les services autochtones de DPE en Afrique

### ***L'ontogenèse sociale africaine : les phases de d'état de personne***

Le discours sur le DPE autochtone en Afrique s'exprime le mieux dans de sa propre vision du monde, qui suggère pour l'ontogenèse humaine une trajectoire circulaire en trois phases plus identifiables par des impératifs culturels que les marqueurs biologiques qui les provoquent. Le *moi social*, une réalité expérientielle qui commence dès la conception, relie les deux phases métaphysiques du moi social intellectuel et ancestral pour établir le concept du cycle de la vie humaine. Le moi social, ou le moi existentiel, se développe en sept périodes : la pré-naissance/néonatal, l'amorçage social, l'apprentissage social, l'entrée sociale, l'intégration sociale, l'âge adulte, et la vieillesse/ le décès (voir Nsamenang 1992b, 144-48).

*L'ontogénie sociale* fait appel aux grandes lignes de la vie africaine (Serpell 1993) pour reconnaître la transformation du nouveau-né partant d'un impératif biologique pour devenir un agent culturel viable dans une communauté donnée, en route vers l'âge adulte. À mesure que les enfants se développent, ils passent progressivement et systématiquement par différents niveaux de personnalité, d'identité, d'être et doivent les assumer (Nsamenang 2005a). En conséquence, nous pouvons interpréter le développement de l'enfant peut s'interpréter comme l'acquisition et la croissance de compétences dans le domaine physique, cognitif, social et émotionnel et de la maturité morale nécessaires pour s'engager avec confiance dans la famille et la société. La *transformation sociale* de l'individu dépend de sa participation à la vie familiale et sociale (Rogoff, 2003). La conduite du développement de l'enfant comme un processus progressif et systématique d'intégration sociale et non comme une individuation souveraine « diffère en focalisation théorique des représentations plus individualistes proposées par Freud, Erikson, et Piaget » (Serpell 1994, 18).

### ***L'apprentissage empirique***

La pensée africaine sur le développement et l'éducation est représentée par des métaphores empruntées au jardin pour illustrer un déploiement graduel de l'ontogenèse sociale, des capacités humaines, et des étapes du

développement du « moi ». Ces étapes reposent sur une notion des enfants à naître qui les compare à des « bourgeons d'espoir et d'attente » (Zimba 2002, 98), « entièrement orientés vers l'avenir » (Erny 1973, 23). Cette perspective classique de développement suppose une conscience aiguë du fait que les adultes d'aujourd'hui sont le produit de leur enfance (Lanyasunya and Lesolayia 2001, 4).

Les enfants ne naissent pas avec les connaissances et les compétences cognitives nécessaires pour comprendre le monde et s'y engager; ils doivent les apprendre ou attendre qu'elles se développent (Nsamenang 2004). Les Africains se basent sur une perception des états de l'enfance et des jalons de l'ontogenèse humaine pour assigner des tâches culturelles séquentielles aux étapes du développement qu'ils reconnaissent. De cette façon, ils organisent le développement des enfants comme un processus socio génique, avec des croyances et des pratiques culturelles qui guident systématiquement la socialisation, l'éducation et les attentes nécessaires pour chaque étape ontogénétique. Les rites culturels tels que donner un nom à l'enfant, le mariage, l'initiation, et les rites funéraires sont « progressifs » afin de faciliter l'intégration sociale et de procurer moments de transition dans le développement.

Dans les traditions de la famille africaine, l'éducation commence au berceau, sinon plus tôt. Par exemple, « les pratiques culturelles soumettent les femmes enceintes et leurs conjoints à des tabous comportementaux qui s'adressent entre autres aux relations sexuelles, à certains aliments et à l'angoisse émotionnelle pour favoriser la santé de l'enfant à naître et de sa mère » (Zimba and Otaala 1995). L'éducation est fermement insérée dans la culture—les routines quotidiennes de la famille et de la société—et séquentielle de façon à bien épouser les étapes de développement de « l'école de la vie » (Moumouni, 1968, 29). Les enfants passent donc progressivement d'un cadre d'activités ou d'une charnière à l'autre jusqu'à atteindre l'âge adulte. Ce faisant, les enfants passent doucement de la direction et de la supervision des parents ou de ceux qui les gardent à celles de mentors parmi leurs pairs (Nsamenang et Lamb, 1995). Les enfants suivent un programme d'études implicite, qu'ils apprennent tacitement ou qu'ils s'auto enseignent au cours des différentes phases qui correspondent aux étapes de développement reconnues par la culture. Cette socialisation est fonction des capacités d'émergence de l'enfant (Nsamenang 2002). On apprend aux enfants, dès leur plus jeune âge, à prendre soin d'eux-mêmes, à participer aux tâches routinières et ménagères dans la famille. L'enfant africain qui se développe normalement doit terminer sa formation de base dans le

domaine social, intellectuel, moral et pratique de la vie économique et communautaire à la fin de l'adolescence (Cameroon 1981). La démonstration pratique des compétences acquises est la mesure dans laquelle un enfant remarque et répond aux besoins de ses pairs ou des frères et sœurs dont il a la charge. Le nourrisson et le tout-petit grandissent pour devenir un enfant qui participe aux tâches domestiques, puis un adolescent qui mérite sa place dans des réseaux interrelationnels plus complexes et dans des rôles transactionnels.

### ***Pensée et praxis de l'éducation en Afrique***

L'éducation renforce les capacités innées des enfants à extraire des leçons de vie, des facultés sociocognitives, et des dispositions affectives de leur éco culture. Aux moments cruciaux de l'ontogenèse sociale, à travers une séquence de rites, les parents africains les préparent par une socialisation anticipative et facilitent la transition vers les stades de développement qui les attendent (Nsamenang 2002, 2004). Les soins aux frères et sœurs sont une tâche anticipative incontournable à laquelle on prépare la plupart des enfants africains dès l'enfance. Cette participation facilite leur transition dans le rôle parental.

La générativité de l'apprentissage empirique populaire en Afrique est conforme avec la théorie de l'apprentissage interactionnel extractif de Piaget (1952) puisque les parents africains mettent l'accent sur la participation des enfants dans des activités de subsistance responsables et productives comme principe fondamental de leur développement et de leur apprentissage (Nsamenang 2004). Cette perspective diffère du récit occidental dominant qui construit les enfants comme des reproducteurs qu'il faut bourrer de connaissances et de valeurs et transformer en « prêts à apprendre » et « prêts à l'école », et comme agents rédempteurs, véhicules appropriés pour résoudre les problèmes sociaux et économiques au sein de la société s'ils sont soumis suffisamment tôt à des interventions techniques efficaces (Moss and Petrie, 2002, 3).

### ***Techniques et stratégies de l'enseignement et de l'apprentissage***

Les dispositions naturelles à l'apprentissage sont participatives et non éducatives. Elles découlent de l'assomption que les enfants sont compétents et capables dès le jeune âge d'assumer des responsabilités, même dans leur développement et leur apprentissage personnels (Nsamenang 1992b, 2004). Bien que les Africains ne puissent pas l'exprimer comme les experts du DPE le voudraient, un élément d'une ethnothéorie africaine incite les parents africains à percevoir la socialisation et à l'utiliser

comme un processus générateur qui permet aux enfants d'apprendre ou de s'auto instruire activement. Cette orientation explique peut-être l'omniprésence des groupes de quartier en Afrique, qui est peut-être plus utile et plus influente pour le développement et l'apprentissage des enfants que le parentage direct ou la socialisation avec les adultes (Nsamenang 1992a). En Afrique, la garde d'enfants est une entreprise sociale pour laquelle les mères ou d'autres adultes ne sont que partiellement disponibles, ce sont les frères et sœurs qui donnent l'essentiel des soins aux enfants sevrés (Nsamenang, 1992a). Les frères et sœurs plus âgés les élèvent et leurs donnent des responsabilités, des tâches ménagères et des courses à faire (Ogunaike et Houser, 2002). Autrement dit, les parents africains cèdent ou délèguent des responsabilités aussi importantes que la garde, le nettoyage et les soins aux plus jeunes aux enfants et à leurs camarades. Selon les normes euro-américaines, cette conception de l'éducation des enfants est « anormale » ; cependant, aucune « recherche à ce jour n'a démontré qu'elle comportait plus de risques pour la survie de l'enfant ou pour son développement psychologique » (Levine, 2004, 163).

Le travail effectué par les enfants leur inculque des valeurs responsables et pro-sociales, développe les compétences sociocognitives et productives, et facilite l'intégration sociale. Les leçons de morale et les compétences que les enfants acquièrent en travaillant et en s'amusant sont intégrées dans des interactions sociales, la vie culturelle et les activités économiques (Nsamenang 1992b, 2004). En général, on n'instruit pas les enfants ; ils extraient les connaissances, les facultés et les intelligences qui existent dans leur culture (Ogbu, 1994). Le verdict des bien-pensants internationaux qui condamnent ce mode de socialisation cognitive et d'intégration sociale et le considèrent comme maltraitance des enfants illustre la disjonction entre les politiques de l'Occident et les réalités locales. Les services occidentaux de DPE insèrent les enfants africains dans un processus éducatif dans lequel, d'un stade de développement à un autre, ils acquièrent progressivement des connaissances et des compétences qui leur sont étrangères, mais les éloigne et les plonge dans une ignorance inquiétante de leur environnement culturel et des moyens de subsistance agraires. Ces services et programmes d'enseignement manquent de contenu local et sont insensibles à la demande de compétences au niveau national (Nsamenang 2005b). Ainsi, l'éducation, DPE en tête, transforme les Africains en participants qui ne se connaissent pas eux-mêmes. Cet aveuglement vis-à-vis des conditions locales est le talon d'Achille du DPE dans la modernisation de l'Afrique. Des programmes

d'éducation et des services de DPE, soit développés par une communauté culturelle spécifique (par exemple, Kohanga Reo National Trust [2006]) soit co-construits (Pence and Ball, 1999; Ball and Pence 2006) représentent des possibilités largement inexploitées en Afrique.

### ***La culture des camarades de quartier en Afrique : on est mieux ensemble***

L'orientation du développement des enfants est organisée en sorte de permettre aux enfants d'apprendre ensemble en tant que *participants dans les communautés culturelles* (Rogoff, 2003, 3, italiques de l'auteur) au sein de la famille et du groupe des compagnons. En conséquence, on ne peut comprendre le développement de l'enfant qu'à la lumière des idées et des pratiques culturelles qui définissent l'enfance, qui changent à mesure que les enfants franchissent les différents stades de l'ontogenèse sociale et sont chargés de tâches culturelles appropriées qui leur apportent une intelligence responsable (Nsamenang 2006).

Une grande part de ce que les enfants apprennent au cours des premières années vient des activités avec leurs camarades bien plus que de leurs relations avec des adultes. Nous savons en effet, que traditionnellement, dès la toute petite enfance, la plupart des enfants africains ne sont pas élevés par des adultes, exception faite du système scolaire ; au lieu de cela, ils passent beaucoup de temps avec leurs camarades, dont certains deviennent leurs mentors. En dépit d'une prétendue naïveté de la vie africaine, les ethnothéories et les valeurs de socialisation « libérales » autorisent mêmes les plus jeunes enfants à aborder le monde par eux-mêmes pour apprendre et se développer (Nsamenang et Lamb, 1995). À partir de leurs relations avec l'environnement et avec les autres, en particulier dans une culture des copains, les enfants peuvent créer, acquérir et contrôler connaissances et compétences ; on ne peut en dire autant de la scolarité. Tout comme chez les enfants mayas Ixil au Guatemala, « la pédagogie restrictive et inappropriée de l'école » est non seulement « rigide et mécanique » mais aussi « ne permet pas de rire et de s'amuser » (Tzay 1998, 19).

### ***Suivi et évaluation du développement et de l'apprentissage***

Il existe des mécanismes autochtones pour suivre l'état de développement et identifier et contrôler la maltraitance des enfants – exactement ce sur quoi les défenseurs des droits des enfants devraient se concentrer au lieu de saper et de condamner la manière dont la culture prépare la génération suivante. Les parents africains contrôlent le développement



des enfants en appliquant des « critères... implicites, non écrits, pour mesurer le développement de leurs enfants » (Nsamenang 1992b, 149). Ils interviennent immédiatement pour corriger toute déviation de la voie de développement prévue. La communauté a le droit de surveiller et de prévenir la maltraitance et la cruauté envers les enfants.

Les Africains utilisent la qualité sociale pour apprécier la responsabilité ou l'« intelligence » d'un enfant. Ils enregistrent mentalement les tâches qu'un enfant complète avec succès, c'est cela qui indique combien un enfant est intelligent (*tumikila*) (Serpell, 1993). Les parents utilisent la capacité de l'enfant de donner et de recevoir un soutien social, de comprendre les besoins des autres et de les satisfaire comme mesure de son développement mental et général (Weisner, 1997).

### ***La stimulation cognitive***

Dans le cadre de la culture des camarades, les enfants ne sont pas poussés à apprendre par des interventions extérieures ; ils se livrent à des activités qu'ils ont eux-mêmes décidé de faire, il s'agit donc d'apprentissage auto motivé et de stimulation réciproque (Nsamenang 2005a). Par manque de jouets du commerce, la plupart des enfants africains créent leurs propres jouets avec des objets trouvés (Nsamenang et Lamb, 1994). Leurs créations expriment leur ingéniosité ; les considérer comme des « productions » renforce l'estime de soi. Tout cela excite et renforce-la pensée abstraite et spatiale des enfants ainsi que leurs capacités cognitives et créatives (Segall et al. 1999). Ces créations donnent la primauté aux activités et non aux curricula didactiques habituels qu'on trouve dans les programmes de DPE.

Les parents africains et les copains mentors usent de techniques et de stratégies culturelles tacites qui provoquent les facultés cognitives, comme d'éviter de donner une réponse directe aux questions des enfants par exemple. Ainsi, si un enfant demande à un parent ce qu'il fait, une réponse typique sera « Ne vois-tu pas ? » Que l'on peut traduire par « J'attends que tu observes, remarques, apprennes et comprennes ce que je fais et comment je le fais ».

### **Réflexions finales**

L'Afrique, comme le reste du « monde de la majorité », a souffert non pas simplement d'une abduction culturelle, mais, plus important encore, de mépris pour sa vision du monde et pour son ingéniosité à prendre soin et à éduquer ses enfants comme elle le souhaitait. Les approches africaines

du DPE dépérissent, mais elles n'ont pas entièrement disparu. Les programmes africains de DPE ont montré une résistance inhabituelle contre les mesures extraordinaires prises pour les éradiquer.

Les bailleurs, les experts, et tous ceux qui prescrivent des « meilleures pratiques » décontextualisées condamnent et excluent les théories du développement, de la praxis éducative du DPE et des programmes scolaires en Afrique au lieu de chercher à les comprendre et à les améliorer. L'échec de la tentative de « moderniser » l'Afrique aussi rapidement que la « mission civilisatrice » l'avait prévu provient en grande partie de la négligence, sinon du refus, de mélanger les systèmes indigènes avec ceux qui ont été importés pour « civiliser » le continent.

L'Afrique et les africains méritent une place dans l'entreprise du DPE. Une intervention fondée sur la notion de droit ne chercherait pas à remplacer et à exclure, mais à améliorer et à renforcer les programmes si riches, mais si peu occidentaux, de l'Afrique. Les systèmes africains sont culturellement fonctionnels et utiles à ceux qui les utilisent ; ils méritent d'être découverts et non pas remplacés par un quelconque système « supérieur » conçu ailleurs. La volonté d'apprendre, voila qui pourrait inciter les experts en DPE à se décider à commencer à comprendre et à jouer leur rôle d'« étudiant avant tout et toujours », (Ngaujah 2003). Une telle attitude favoriserait l'ouverture et la flexibilité qui permettrait aux théoriciens, aux planificateurs de politiques et aux avocats d'acquérir une nouvelle vision du mode participatif du DPE en Afrique. Concevoir le DPE comme un service lié à son contexte, pour les « bourgeons de l'es-pérance » de l'Afrique pourrait permettre la recherche et la cibler sur les différentes facettes de ce créneau du développement : (1) les paramètres physiques et sociaux de la petite enfance ; (2) les règles culturelles des coutumes, des pratiques éducatives et des soins aux enfants,; (3) la psychologie des gardiens, des enseignants et des copains mentors; (4) les éléments positifs ou négatifs à améliorer ou à remplacer, et (5) comment les activités de développement durant les premières années préparent les enfants à l'âge adulte (développement ontogénétique et adaptation ; Super and Harkness, 1986). Conceptuellement, de telles recherches pourraient tirer avantage à considérer le nouveau-né comme « rien d'autre qu'une attente, une puissance en quête d'actualisation » (Erny 1973, 23) dans la diversité des écologies et des cultures de l'enfance, au lieu d'adopter des ethnothéories universelles.

Nous pouvons reconnaître la diversité du DPE en initiant et en tenant un discours respectueux sur la manière dont les politiques ou les conceptions de programmes les plus récentes deviennent les « meilleures

pratiques » à travers la variété désordonnée des situations de la petite enfance. Le DPE innovant de Reggio Emilia (New 2005, 3) permet un tel discours. Un paradigme de diversité non seulement reconnaît et tolère la variété mais s'engage aussi à améliorer la situation des personnes en respectant leur identité, au lieu de chercher à les 'homogénéiser ou à les mesurer suivant des normes étrangères à leur milieu (Nsamenang 2005b), précisément ce que les tentatives actuelles de DPE font en Afrique.

Le domaine du DPE en Afrique est plus complexe qu'on ne l'avait pensé ou décrit. La complexité provient « d'un brassage rebelle, comme les brins d'une tresse, de l'héritage de l'Est et de l'Ouest, qui viendrait se superposer à une africanité très résistante » (Nsamenang 2005b). En Afrique aujourd'hui, de multiples réalités existent côte à côte et affectent les mêmes communautés et les mêmes enfants. Par conséquent, le succès des efforts de DPE en Afrique dépend d'un réglage fin ou d'un équilibre délicat entre DPE autochtones africains, DPE importés, des diverses motivations intéressées et des appréhensions qu'elles engendrent, ainsi que de la mise en contexte des bénéfices escomptés en institutionnalisant l'enfance et en lui donnant une éducation.

## Références

- African Ministers and Representatives of Ministers. 2005. "Moving Early Childhood Development Forward in Africa." Communiqué du 3ème Conférence Africaine Internationale sur le Développement de la Petite Enfance au Accra, Ghana. Mai-Juin.
- Ball, J., and A. R. Pence. 2006. *Supporting Indigenous Children's Development: Community-University Partnerships*. Vancouver, BC: UBC Press.
- Bram, C. 1998. "A Culturally Oriented Approach for Early Childhood Development." *Early Childhood Matters* 89: 23-29.
- Callaghan, L. 1998. "Building on an African Worldview." *Early Childhood Matters* 89: 30-33.
- Cameroon. 1981. *Encyclopedie de la Republique Unie du Cameroun* [Encyclopedia of the United Republic of Cameroon]. Douala, Cameroon: Eddy Ness.
- Canella, G. S., and R. Viruru. 2004. *Childhood and Postcolonization: Power, Education, and Contemporary Practice*. New York: Routledge Falmer.
- Cohen, R. N. 2001. "Foreword." In *In the Web of Cultural Transition: A Tracer Study of Children in Embu District of Kenya*, by A. Njenga and M. Kabiru. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Cole, M. 1996. *Critical Psychology: A Once and Future Discipline*. Cambridge, MA: Belknap Press.

- Creekmore, C. 1986. "Misunderstanding Africa." *Psychology Today* 12: 40–45.
- Dahlberg, G., P. Moss, and A. Pence. 1999. *Beyond Quality in Early Childhood Education and Care: Postmodern Perspectives*. London: Falmer/Routledge.
- Ellis, J. 1978. *West African Families in Great Britain*. London: Routledge.
- Erny, P. 1973. *Childhood and Cosmos: The Social Psychology of the Black African Child*. New York: New Perspectives.
- Foucault, M. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings*. Brighton: Harvester.
- Kagitcibasi, C. 1996. *Family and Human Development across Cultures: A View from the Other Side*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kohanga Reo National Trust. 2006. Jour d'accès en ligne Novembre 14, 2006, <http://www.kohanga.ac.nz>.
- Lanyasunya, A. R., and M. S. Lesolayia. 2001. *El-barta Child and Family Project*. Working Papers in Early Childhood Development 28. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- le Roux, W. 2002. *The Challenges of Change: A Tracer Study of San Preschool Children in Botswana*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- LeVine, R. A. 2004. "Challenging Expert Knowledge: Findings from an African Study of Infant Care and Development." In *Childhood a Adolescence: Cross-Cultural Perspectives and Applications*, ed. U.P. Gielen and J. Roopnarine, 149–65. Westport, CT: Praeger.
- Moss, P., and P. Petrie. 2002. *From Children's Services to Children's Spaces: Public Policy, Children, and Childhood*. London: Routledge.
- Moumouni, A. 1968. *Education in Africa*. New York: Praeger.
- New, R. S. 2005. *Reggio Emilia: Catalyst for Change and Conversation* (ERIC Digest Report No. EDO-PS-00-15). Jour d'accès en ligne Août 24, 2006, <http://www.ericdigests.org>.
- Ngaujah, D. E. 2003. "An Eco-cultural and Social Paradigm for Understanding Human Development: A (West African) Context. Review of A. B. Nsamenang (1992b) *Human Development in Cultural Context*." Unpublished graduate seminar paper (supervised by Dr. Dennis H. Dirks), Biola University, La Mirada, California.
- Nsamenang, A. B. 1992a. "Early Childhood Care and Education in Cameroon." In *Day Care in Context: Socio-Cultural Perspectives*, ed. M. E. Lamb, K. J. Sternberg, C. P. Hwang, and A. Broberg. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- . 1992b. *Human Development in Cultural Context: A Third World Perspective*. Newbury Park, CA: Sage.
- . 2002. "Adolescence in Sub-Saharan Africa: An Image Constructed from Africa's Triple Inheritance." In *The World's Youth: Adolescence in Eight Regions*

- of the Globe*, ed. B.B. Brown, R.W. Larson, and T.S. Saraswathi, 61–104. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 2004. *Cultures of Human Development and Education: Challenge to Growing up African*. New York: Nova.
- . 2005a. "Education in African Family Traditions." In *Encyclopedia of Applied Developmental Science*, ed. C. Fisher and R. Lerner, 61–62. Thousand Oaks, CA: Sage.
- . 2005b. "Educational Development and Knowledge Flow: Local and Global Forces in Human Development in Africa." *Higher Education Policy* 18: 275–88.
- . 2005c. "The Intersection of Traditional African Education with School Learning." In *Psychology: An Introduction*, ed. L. Swartz, C. de la Rey, and N. Duncan, 327–37. Cape Town: Oxford University Press.
- . 2006. "Human Ontogenesis: An Indigenous African View on Development and Intelligence." *International Journal of Psychology* 41 (4): 293–97.
- Nsamenang, A. B., and M. E. Lamb. 1994. "Socialization of Nso Children in the Bamenda Grassfields of Northwest Cameroon." In *Cross-Cultural Roots of Minority Child Development*, ed. P. M. Greenfield and R. R. Cocking, 133–46. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- . 1995. "The Force of Beliefs: How the Parental Values of the Nso of Northwest Cameroon Shape Children's Progress Towards Adult Models." *Journal of Applied Developmental Psychology* 16 (4): 613–27.
- Ogbu, J. U. 1994. "From Cultural Differences to Differences in Cultural Frames of Reference." In *Cross-Cultural Minority Child Development*, ed. P. M. Greenfield and R. R. Cocking, 365–91. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ogunaike, O. A., and R. F. Houser, Jr. 2002. "Yoruba Toddlers' Engagement in Errands and Cognitive Performance on the Yoruba Mental Subscale." *International Journal of Behavioral Development* 26 (2): 145–53.
- Pence, A. 2004. "ECD Policy Development and Implementation in Africa." *Early Childhood and Family Policy Series* 9. Paris: UNESCO.
- Pence, A., and J. Ball. 1999. "Two Sides of an Eagle's Feather: Co-constructing ECCD Training Curricula in University Partnerships with Canadian First Nations Communities." In *Theory, Policy, and Practice in Early Childhood Services*, ed. H. Penn, 36–47. Buckingham, UK: Open University Press.
- Pence, A. R., and K. Marfo, eds. 2004. "Capacity Building for Early Childhood Education in Africa" [Special Issue]. *International Journal of Educational Policy, Research, and Practice* 5 (3).
- Piaget, J. 1952. *The Origins of Intelligence in Children*. New York: International Universities Press.

- Rinaldi, C. 2005. *In Dialogue with Reggio Emilia*. London: Routledge.
- Rogoff, B. 2003. *The Cultural Nature of Human Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Rose, N. 1999. *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Segall, M. H., P. R. Dasen, J. W. Berry, and Y. H. Poortinga. 1999. *Human Behavior in Global Perspective*. Boston: Allyn and Bacon.
- Serpell, R. 1993. *The Significance of Schooling: Life-Journeys in an African Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- . 1994. "An African Social Ontogeny: Review of A. Bame Nsamenang (1992b) *Human Development in Cultural Context*." *Cross-Cultural Psychology Bulletin* 28 (1): 17–21.
- Sharp, E. 1970. *The African Child*. Westport, CT: Negro University Press.
- Smale, J. 1998. "Culturally Appropriate Approaches in ECD." *Early Childhood Matters* 89: 3–5.
- Super, C. M., and S. Harkness. 1986. "The Developmental Niche: A Conceptualization at the Interface of Child and Culture." *International Journal of Behavioral Development* 9: 545–69.
- Swadener, B. B., and K. Mutua. Forthcoming. "Decolonizing Performances: Deconstructing the Global Postcolonial." In *Handbook of Critical, Indigenous Inquiry*, ed. N. K. Denzin, Y. S. Lincoln, and L. T. Smith. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tzay, C. 1998. "Guatemala: Working with the Mayan-Ixil People." *Early Childhood Matters* 89: 18–22.
- Weisner, T. S. 1997. "Support for Children and the African Family Crisis." In *African Families and the Crisis of Social Change*, ed. T. S. Weisner, C. Bradley, and C. P. Kilbride, 20–44. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Zimba, R. F. 2002. "Indigenous Conceptions of Childhood Development and Social Realities in Southern Africa." In *Between Cultures and Biology: Perspectives on Ontogenetic Development*, ed. H. Keller, Y. P. Poortinga, and A. Scholmerish, 89–115. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zimba, R. F., and B. Otaala. 1995. *The Family in Transition: A Study of Childrearing Practices and Beliefs among the Nama of the Karas and Hardap Regions of Namibia*. Windhoek: UNICEF Namibia and the University of Namibia.

## CHAPITRE 8

# La paternité : le rôle des hommes dans l'éducation des enfants en Afrique—Porter la deuxième moitié du ciel

Linda M. Richter et Robert Morrell

«Il est difficile de séparer une mère de son nouveau-né ; il est tout aussi difficile d'obtenir d'un père qu'il s'occupe des enfants » déclare Francis Fukuyama (1999, 101). Selon Fukuyama, le mariage est une convention sociale qui exerce sur les hommes une pression sociale pour qu'ils subviennent aux besoins des mères et des enfants. Quels que soient les sentiments de certains pères, cette pression éloigne les hommes de l'éducation des enfants tout comme elle cantonne les femmes à la reproduction et à l'éducation des enfants et leur donne l'impression d'être exclues du monde du travail. De telles conceptions se transforment facilement en prophéties auto satisfaisantes. Si nous ne nous engageons pas à procurer des garderies pour enfants de qualité à des prix abordables pour permettre aux femmes d'être économiquement actives, nous pouvons être certains de leur assurer des carrières tronquées. Comme nous le verrons dans ce chapitre, les hommes jouent un rôle essentiel dans le monde de l'enfant ; les hommes doivent porter la moitié du ciel de l'enfant. Si nous réservons aux femmes la reproduction, les soins de santé, les activités

préscolaires, et tout ce qui a trait aux enfants, il est peu probable que les hommes s'attachent à améliorer la santé et le bien-être de leurs enfants.

La paternité est un rôle social—particulièrement en Afrique. Dans le monde occidental, il est généralement admis que l'homme devient père quand il féconde une femme. Il semble toutefois que ce critère biologique de la paternité soit de plus en plus contesté. Certains pères biologiques n'agissent pas en pères et ne subviennent pas aux besoins de leurs enfants; de nouvelles technologies permettent de créer la vie humaine sans imprégnation; un homme ne devient pas « père » si son sperme, recueilli dans une banque de sperme, est utilisé pour féconder les ovules d'une femme; et aujourd'hui se profile la perspective du clonage. En revanche, le mot zoulou *baba*—qui est utilisé aussi dans d'autres langues—dénote une définition sociale de la paternité et nous relie à un concept plus profond, un archétype de ce que, dans de nombreuses cultures, on attend d'un homme que l'on appelle « père » (Richter and Morrell 2005).

Dans une grande partie de l'Afrique, l'éducation des enfants est la responsabilité partagée de la famille élargie. Un homme est père parce qu'il est responsable d'un enfant (Nsameng 1987). Par l'exercice en commun de l'autorité parentale, la tante maternelle d'un enfant est aussi sa mère et l'oncle paternel d'un enfant est aussi son père. Ces autres hommes sont aussi appelés « père » et ils doivent se comporter comme tels (Mkhize 2005).

La paternité collective est caractéristique de la société africaine traditionnelle, mais la paternité sociale est aussi devenue un caractère de la vie dans les cités et les villes. Un homme peut avoir un enfant mais ne jamais vivre sous le même toit que celui-ci, ou encore il peut vivre avec une femme et s'occuper de ses enfants issus d'un autre homme, tout en subvenant aux besoins des enfants de son frère dans un autre ménage. En diverses circonstances, il est tout à fait possible que de nombreux hommes subviennent aux besoins d'enfants qui ne sont pas nécessairement leur progéniture biologique (Mkhize 2004). La notion africaine du père est donc celle d'un homme qui a la responsabilité de s'occuper et de protéger un enfant.

Les migrations de travailleurs durant la période coloniale et les perturbations, les déplacements dus aux guerres et à la famine en Afrique et dans autres régions en développement dans le monde, empêchent certains hommes de jouer le rôle de pourvoyeur économique du père. Il arrive que la honte de ne pouvoir subvenir aux besoins de leur famille éloigne les hommes de leurs enfants et les incite à chercher refuge dans l'alcool et auprès d'autres femmes (Ramphele 2002). Chez les jeunes en

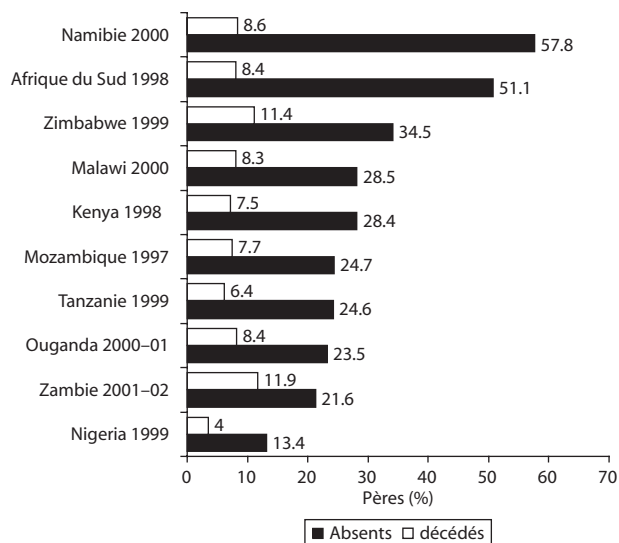


particulier, le respect dû au père et le sens des responsabilités du père envers ses enfants, ont diminué. Il est désormais tragiquement courant pour un jeune homme de tourner le dos à sa petite amie enceinte et à l'enfant qu'ils ont eu ensemble.

## Les pères absents

Les pères peuvent être absents de deux manières: ou pour des raisons diverses, ils sont absents de la maison où vivent leurs enfants, ou ils sont absents des services de santé, sociaux et éducatifs conçus pour améliorer le bien-être de leurs enfants. Particulièrement en Afrique australe, où les systèmes de travail migratoire sont en place depuis de nombreuses générations, une grande proportion d'hommes sont absents des foyers où vivent leurs enfants. De plus, en raison d'accidents et de violences, les hommes ont un taux de décès plus élevés que les femmes du même âge. La figure 8.1 montre le pourcentage de pères qui sont décédés ou absents, suivant les résultats des enquêtes démographiques et de santé dans ces pays (Posel and Devey, 2005). Nous y voyons que les pères sont absents de presque un tiers des ménages dans plusieurs pays d'Afrique australe et de plus de la moitié en Namibie et en Afrique du Sud.

**Figure 8.1 Pères absents et décédés**



Source: Enquêtes démographiques et de santé des données du pays dans Posel et Devey (2005).

En Afrique du Sud, les données de l'enquête de 2005 sur les ménages (Statistics South Africa 2005) sont similaires. Alors que les pères de 14,5 % des enfants de moins de 15 ans sont décédés, 46,5% des pères sont en vie mais ne vivent pas sous le même toit que leurs enfants. Beaucoup de ces hommes absents vivent dans des complexes communautaires, des bidonvilles et avec d'autres familles dans les cités et les villes où ils ont émigré pour chercher du travail. Ces données n'indiquent pas la proportion de pères absents qui subviennent aux besoins de leurs enfants ou le nombre de pères dont l'absence est une conséquence inévitable du travail migratoire.

Les données de l'enquête de 2002 sur les ménages (Desmond et Desmond 2005) dans le tableau 8.1 montrent la relation entre la richesse d'un ménage et la présence du père. Plus aisé est un ménage, à en juger par ses dépenses, plus grande est la probabilité que le père vit avec sa famille. Ces chiffres n'indiquent pas si l'inverse est vrai, si les ménages pourraient être plus pauvres parce que le père est absent, ou si les pères dans les ménages plus pauvres sont plus enclins à partir à cause de la pauvreté, soit pour chercher du travail, soit pour d'autres raisons.

Lors d'entretiens avec des mineurs migrants à Johannesburg, Rabe (2005) a constaté que de nombreux hommes travaillent loin de chez eux pour subvenir aux besoins de leurs familles et de leurs propres enfants. Mieux, leur conception du père est celle d'un homme qui s'occupe bien de sa famille, lui apporte un soutien financier, s'abstient de comportements inacceptables, évite de battre ses enfants, les guide et leur montre le bon exemple.

Il est évident aussi que beaucoup d'hommes, même s'ils vivent avec leurs enfants, sont absents de nombreux aspects de leur vie. Il est rare de

**Tableau 8.1 Pères vivants et résidents suivant la structure des dépenses en Afrique du Sud**

<i>Dépenses</i>	<i>Pères présents dans les ménages (%)</i>
400 R–799 R	37
800 R–1 199 R	49
1 200 R–1 799 R	57
1 800 R–2 499 R	65
2 500 R–4 999 R	74
5 000 R–9 999 R	84
10 000 R	93

*Source:* Desmond and Desmond 2005, basé sur les données générales sur le ménage.

*Note:* 1 \$ = 7 R à la date de juillet 2006. (R = rand sud-africain).

voir les hommes dans les centres de puériculture, les centres préscolaires ou les écoles, que ce soit pour y accompagner leurs enfants ou pour discuter avec les personnes habilitées de leur état de santé, de leur bien-être ou de leur éducation. Avec l'évolution de la répartition des rôles entre les sexes, et la proportion des hommes qui participent aux tâches ménagères et prennent soins des enfants, les hommes commencent à grommeler que s'ils sont absents, c'est qu'ils ne sont pas bienvenus dans les services pour enfants. Les agents de santé, les animateurs de programmes, et les enseignants se livrent aux femmes, ils disent se sentir mal à l'aise avec les hommes, et jusqu'à présent, ont échoué à adapter leurs approches et leurs méthodes pour qu'elles conviennent aux femmes aussi bien qu'aux hommes qui s'occupent des enfants (Engle, Beardshaw, and Loftin, 2005). On a constaté très clairement, suite aux décès entraînés par le SIDA et à la carence des soins aux enfants consécutive au taux de mortalité élevé chez les adultes, qu'il est urgent d'associer les hommes aux programmes et aux services destinés aux jeunes enfants au lieu de les rejeter et de les en exclure (Chirwa 2002; Desmond and Desmond 2005).

### **Pourquoi faut-il impliquer les hommes dans les soins aux enfants ?**

Tom Beardshaw du *Fathers Direct*, un organisme de sensibilisation aux États-Unis, a décrit les dépendances entre hommes et femmes et comment elles affectent le bien-être des enfants. Beardshaw (2004) affirme que ce sont les hommes qui fixent les ressources et qui prennent les décisions qui vont fortement influencer la santé et l'éducation des enfants ; ce sont eux par exemple qui vont décider du suivi médical durant la grossesse, si l'enfant sera ou non nourri au sein, quels aliments sont convenables pour sevrer le bébé, quand débutera la scolarité de l'enfant et s'il restera à l'école, etc. Même si la plupart des décisions sont l'apanage des hommes, dans une très large mesure, ce sont les femmes qui vont déterminer la participation des hommes dans les soins aux tout jeunes enfants et sa poursuite tout au long de leur enfance. Les épouses, les mères et les autres femmes de la communauté sont les gardiennes qui vont inviter les hommes et les encourager à prendre soin des enfants, ou bien vont les exclure, leur donner l'impression d'être incompetents en la matière et leur reprocher de manquer de virilité s'ils cherchent à s'impliquer (Beardshaw 2004).

Outre le fait que dans de nombreuses sociétés, notamment en Afrique, ce sont les hommes prennent nombre de décisions importantes

concernant la santé, le bien-être et les soins des jeunes enfants, des études empiriques indiquent que les hommes sont bons pour les enfants et les enfants bons pour les hommes. L'amour et le sens des responsabilités éprouvés par un homme pour un enfant qui le respecte peuvent susciter chez lui une puissante motivation de travailler dur et de veiller à sa santé (Richter 2005).

Les hommes apportent aux enfants une aide directe et indirecte. Les avantages directs sont les allocations de ressources décidées en leur faveur, nous venons d'en parler. Dans les ménages où l'on trouve un homme, il existe davantage de ressources à affecter aux enfants. Il est presque toujours vrai que les ménages biparentaux où les pères sont présents sont mieux lotis que les ménages monoparentaux (Jarrett 1994). Non seulement les hommes gagnent en général plus que les femmes et apportent donc plus de revenus dans le ménage s'ils ont un emploi, mais encore leur statut et le prestige du mâle leur donnent accès à davantage de ressources communautaires au profit des enfants.

Les hommes peuvent protéger les enfants du danger. Guma et Henda (2004) suggèrent qu'il y a moins de chance de trouver des enfants maltraités ou exploités par d'autres hommes de la communauté dans les ménages où un homme est présent que dans ceux où les enfants ne vivent qu'avec des femmes. Un père qui reconnaît ses enfants et vit avec eux leur confère une valeur sociale, principalement dans les sociétés où les pères sont trop souvent absents. Une autre influence indirecte du père sur les enfants est le soutien aux mères. Ainsi, les femmes vivant avec un partenaire se disent moins stressées par les soins à donner aux enfants. Surtout au cours des premières années, les enfants profitent de l'avantage appréciable du soutien d'un partenaire qui influence le comportement maternel (Clarke-Stewart 1978; Richter 2005).

Les études indiquent une relation étroite entre les ressources financières et la présence ou l'absence d'un père, voir le tableau 8.1. La présence ou l'absence d'un père a un effet multiplicateur : si les pères sont absents, les ménages sont financièrement moins bien lotis et vice versa.

Les enfants ne sont pas nécessairement mieux lotis dans les familles dirigées par des hommes, car les décisions sur l'allocation des ressources et sa répartition entre les membres du ménage ne profitent pas toujours aux enfants. À niveau de ressources financières égal, les hommes tendent à allouer moins de ressources à la nourriture, aux frais scolaires et aux vêtements que dans les ménages où des femmes prennent les décisions financières (Kennedy and Peters 1992). Townsend (2002, 270) soutient que « les enfants ne sont pas nécessairement désavantagés par l'absence

de leur père, mais qu'ils le sont parce qu'ils vivent dans un ménage qui manque du statut social, du travail et du soutien financier apporté par les hommes ».

Autre effet direct de la présence du père, l'influence sur les enfants de la longueur du temps que les hommes passent avec leurs enfants et du type d'activités qu'ils ont avec eux. Concernant la présence des hommes dans les ménages et l'intimité entre hommes et enfants, par exemple, une étude sud-africaine démontre que les pères non biologiques résidents passent plus de temps avec les enfants, à faire les devoirs, que les pères biologiques qui ne vivent pas avec leurs enfants (Anderson et al. 1999). Cette différence souligne l'importance de la paternité sociale, ou « responsable », par rapport à la paternité biologique simple, et celle de la présence des hommes dans la vie quotidienne de leurs enfants. Les hommes sont généralement qualifiés des « mauvaise mères » et passent moins de temps avec les enfants et à les garder que les femmes (Population Council 2001). Michael Lamb et ses collègues (1985) ont affiné l'approche de l'influence sur les enfants du nombre d'heures consacrées par les pères à la vie familiale.

Ils proposent trois paramètres du comportement paternel : l'engagement ou l'interaction entre père et enfant l'accessibilité ou la disponibilité; et la responsabilité de s'occuper de l'enfant. La responsabilité—à ne pas confondre avec la délégation par les mères de certaines activités concernant les enfants—est celui où les hommes semblent échouer le plus souvent. Les femmes accusent les pères de ne pas prévoir, de ne pas anticiper les besoins des enfants, même s'ils sont prêts à s'occuper d'eux.

Les hommes sont généralement définis, et s'auto définissent, comme des soutiens de famille; ils s'occupent généralement peu des enfants, surtout quand ceux-ci sont jeunes (Lewis et Lamb 2004). Une étude ethnographique publiée au début des années 1970 résume les résultats rassemblés dans 186 cultures et révèle que moins de 5% des hommes prennent régulièrement soin de leurs enfants d'âge préscolaire (Barry and Paxson 1971). Mais les rôles dévolus à chaque sexes et les structures de travail évoluent, et cela se répercute sur la durée du temps que les hommes passent avec les enfants. Ainsi, la proportion du temps qu'un homme passe aux soins des enfants augmente quand sa partenaire travaille à l'extérieur. Malheureusement, ceci ne signifie pas nécessairement que les hommes passent plus de temps avec les enfants, mais bien que les femmes actives passent généralement moins de temps avec eux ; résultat, les enfants passent moins de temps avec leurs parents (Pleck 1997). De toute évidence, les hommes doivent assumer davantage de

responsabilités parentales: planification, anticipation, réponse et suivi des besoins des enfants.

Malgré une moindre implication des hommes avec les enfants, une littérature abondante indique que les hommes ont des effets positifs psychologiques et éducatifs directs sur les enfants. En résumé :

- La présence du père contribue au développement cognitif, au fonctionnement intellectuel et à la réussite scolaire de l'enfant (Amato 1998). En Afrique du Sud, par exemple, Mboya et Nesengani (1999) ont constaté que les garçons qui vivent dans des ménages où le père est présent ont de meilleurs résultats scolaires que lorsque ce n'est pas le cas.
- La présence du père contribue également au bien-être émotionnel (Johnson 1996). Les enfants courent moins de risque de connaître des problèmes émotionnels et comportementaux si leur père est disponible pour eux ; chez les filles, présence du père et estime de soi vont de pair (Hunt and Hunt 1977).
- L'absence du père ou l'absence de relations avec le père semble avoir des effets spectaculaires sur les enfants de sexe masculin. La disponibilité du père tend à avoir un effet régulateur sur l'agressivité des garçons, ceux qui grandissent avec un père ont tendance à être moins agressifs que ceux qui ne reçoivent pas d'orientation masculine (Seltzer and Bianchi 1988).

La littérature sur la disponibilité et l'implication des pères est unanime sur les avantages qu'elles apportent aux enfants en termes de performance scolaire, de réduction de l'agressivité chez les garçons, et d'estime de soi chez les filles (Palkowitz 2002). Certaines études suggèrent que l'attention psychologique et la « générosité émotionnelle » (expressivité et intimité) des pères ont la plus grande incidence à long terme sur le développement des enfants (Grossman, Pollack, and Golding 1988).

### **Que disent les enfants sur les pères ?**

Il existe très peu de documentation sur les opinions des enfants sur leurs pères, et nous n'en avons trouvé aucune en Afrique. Une récente étude sud-africaine auprès d'enfants de 10 à 12 ans en zones rurales et urbaines a donné des résultats surprenants (Richter and Smith 2005). En général, les enfants approuvent la notion habituelle du père soutien de famille et protecteur, mais ils discernent aussi et ils apprécient un rôle dans leur vie qui va au-delà du père nourricier. À l'unanimité, les enfants désirent et

chérissent le temps, l'intérêt et l'énergie que les hommes investissent en eux et dans leurs activités.

Ce message est important à une époque où beaucoup d'hommes ne peuvent fournir de soutien économique aux enfants faute de travail ou de moyens de subsistance. Il est largement admis qu'une des raisons pour lesquelles les hommes abandonnent leurs épouses et leurs enfants est le stress, la honte et la perte d'estime de soi qu'ils éprouvent quand ils ne peuvent subvenir financièrement aux besoins de leur famille (Ramphele and Richter 2005).

Les enfants confirment que dans la famille élargie beaucoup d'hommes remplissent les fonctions paternelles dans leur vie, particulièrement en zones rurales. Un enfant a dit : « Mon frère et moi (et le reste de la famille sauf ma mère) l'appelons (l'homme que je considère comme père) *Ntata omdala*, ce qui signifie père plus âgé. Il est le chef de famille, donc il s'occupe des problèmes de tout le monde. » Les enfants ont également observé et attaché une grande valeur au travail accompli par leur père à la maison et leur participation aux tâches domestiques et à la garde des enfants. Pour beaucoup c'est la meilleure confirmation que leur père les aime et prend soin d'eux. Par exemple : « Le nom de mon père est Thulani. C'est un homme bon parce que chaque jour quand il revient du travail, il aide ma mère à faire la vaisselle et les repas, si elle ne se sent pas bien. Il ne gagne pas beaucoup d'argent mais il peut tout faire pour nous à la maison » (Richter and Smith 2005).

Les enfants apprécient également le soutien que leur père apporte à leur mère et la façon dont il s'investit pour améliorer les conditions de vie du ménage. Un enfant dit à propos de son père : « Je l'appelle mon oncle parce qu'il n'est pas marié avec ma mère, pourtant c'est un père pour moi à tous égards. C'est une bonne personne pour ma famille. Ma mère l'appelle Nicolas. Même s'il vit en ville, il prend en charge notre famille dans tous les domaines. Il achète la nourriture et donne à ma mère l'argent pour nos transports. Il achète nos uniformes scolaires. Il joue un rôle très important dans ma famille. Quand ma mère ne va pas bien, nous souhaitons simplement qu'il puisse venir. Quand il vient, nous pouvons voir un sourire sur le visage de ma mère. C'est une personne aimante. Quand il rentre à la maison il nous embrasse, mais pas comme il embrasse maman, il la tient longtemps. Je vois qu'ils sont amoureux. C'est un homme responsable. Il nettoie la cour quand il est chez nous et il s'assure que je suis là pour voir comment il fait. Il m'enseigne comment prier tous les soirs, il dit que la prière est la meilleure façon de communiquer avec Dieu. Il m'aide à faire mes devoirs, il est mon meilleur ami, je parle, je joue, je ris

avec lui. Je serais heureux qu'il se marie avec ma mère, puis construisse une maison pour accueillir toute la famille. Il est mon héros » (Richter and Smith 2005).

Certains enfants signalent aussi négligence et cruauté chez leur père, leur état d'ivresse et parfois leur violence, leurs tromperies et leur manque de considération envers leur mère. Par exemple : « Je n'aime pas quand mon père fume, dort, regarde la télé, ou ne veut pas sortir du tout . . . et quand il est paresseux et ne veut rien faire, et aussi quand il se rend dans des endroits que ma mère ne connaît pas ». Un autre enfant a déclaré : « Mon père m'a fait mal au dos et je me sens malheureux. Et il mange de la viande, mais nous on ne mange pas de viande tous les jours. Il ne veut pas que je fasse du mal à quiconque, mais il me fait du mal, et je suis très, très inquiet pour lui. Il ne veut pas que nous rendions visite à d'autres et je ne veux pas faire quelque chose de mal. Mon père nous fait du mal, nous nous sentons malheureux, et nous avons commencé à l'éviter. Je me sens très, très triste » (Richter and Smith 2005).

### **Les soins et la protection apportés par les hommes aux jeunes enfants**

Plusieurs articles de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant encouragent le partage de la parentalité. L'article 7 proclame que chaque enfant a le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux. L'article 18 traite de l'obligation qui incombe aux États de reconnaître la responsabilité des deux parents d'assurer l'entretien et la socialisation de leurs enfants et de les aider à assumer leurs responsabilités vis-à-vis d'eux (Engle, Beardshaw, and Loftin 2005). En mars 2004, la Commission des Nations Unies sur la condition de la femme a lancé un appel pressant pour une participation accrue des hommes dans la recherche de l'égalité des genres et le soutien de la croissance et du développement des enfants. Parmi les déclarations, on notera celle qui proclame la nécessité de « créer et d'améliorer des programmes de formation et d'éducation en vue de sensibiliser et d'accroître la connaissances que de les hommes et les femmes doivent avoir sur leurs rôles de parents, de tuteurs, de la nature des soins qu'ils doivent donner aux enfants et de l'importance du partage des responsabilités familiales, et la nécessité d'impliquer pères et mères dans des programmes qui enseignent le développement et les soins à la petite enfance » (United Nations Commission on the Status of Women 2004, 2). Le Sommet international de la paternité qui s'est tenu à Oxford en 2003 a réuni des experts, des chercheurs, des personnels de



programmes avec l'expérience du terrain, et des pères pour discuter des connaissances et des pratiques actuelles dans les relations père-enfant (Brown and Barker 2004). Dans une revue des travaux effectués, Engle, Beardshaw, et Loftin (2005, 295–96) concluent que:

à travers le monde, les programmes qui se sont délibérément engagés à promouvoir la participation du père, se sont également intéressés à la santé reproductive et à la *prévention* de la *grossesse chez l'adolescente*, et à une *vaste* gamme de *services de périnatalité* pour les enfants, la santé et la nutrition des nourrissons et des enfants, les services à la petite enfance, l'éducation parentale, et à des politiques d'emploi qui favorisent les relations des pères avec leurs enfants. De plus en plus on se préoccupe d'impliquer les pères dans l'éducation des enfants (par exemple, dans les écoles) et de collaborer avec les pères de jeunes délinquants. Plus que jamais les programmes liés aux *violences familiales* et à la toxicomanie reconnaissent la valeur d'engager les hommes dans leur rôle parental. On a fait beaucoup de travail avec les pères en prison (ce travail commence à s'étendre à la réinsertion des délinquants) et *aussi avec les pères réfugiés* et on a donné de l'aide à la réinsertion aux pères revenant de la guerre.

Même si le mouvement d'intégration des hommes et des pères dans les soins et la protection des enfants est en général mal financé et fonctionne en marge des services de base, il y a des signes encourageants d'expansion, dont plusieurs initiatives nationales en Afrique du Sud, le Forum des hommes sud-africains (*South African Men's Forum*) et Les hommes partenaires (*Men as Partners*) notamment (Peacock and Botha 2005). Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en particulier, a accumulé l'expérience de programmes novateurs dans le monde (Engle, Beardshaw, and Loftin 2005). En 2002, 10 des 73 pays disposant de programmes d'éducation parentale ont fait état d'activités visant à renforcer le rôle des pères dans la prestation des soins aux enfants. En 2003, 28 pays ont déclaré des activités spécifiquement orientées sur les pères. Dans les pays africains, les activités comprenaient des initiatives destinées aux parents basées dans les écoles maternelles et les centres communautaires de garde d'enfants (par exemple, au Burkina Faso, au Burundi, au Cameroun et au Ghana). D'autres ont mené des enquêtes et des groupes de discussion pour recueillir des données sur les moyens d'accroître la participation et l'engagement du père, ce fut le cas en Gambie, en Namibie, en Afrique du Sud, et au Togo (Engle, Beardshaw, and Loftin 2005). En Afrique du Sud, l'UNICEF participe au Projet paternité (Human Sciences Research Council of South Africa n.d.),

un programme de recherche-action qui utilise la sensibilisation, la diffusion d'informations et la recherche pour accroître l'engagement des hommes dans la santé et le bien-être des enfants.

Diverses approches ont été utilisées pour attirer les hommes vers les soins et le bien-être des enfants. Par exemple, un projet en Gambie, réunit des équipes mixtes, hommes et femmes, composées de dirigeants communautaires, de professionnels de la santé et de pères, qui travaillent ensemble pour promouvoir l'allaitement maternel. Un programme communautaire de santé au Malawi, qui insiste sur le rôle des hommes dans le soutien à la survie des enfants, leur croissance et leur développement, a considérablement augmenté le nombre de pères qui s'occupent des jeunes enfants.

### **Que reste-t-il à faire ?**

Dans *Baba: Men and Fatherhood in South Africa* (Père : Les hommes et la paternité en Afrique du Sud), Tom Beardshaw (2005) établit un ordre du jour international pour faire avancer les questions de paternité dans la recherche, les politiques et les programmes. Il s'intéresse en particulier au marché du travail, de la santé et de l'éducation de l'enfant, au droit et aux services sociaux. Beardshaw soutient que les services de santé ont un impact profond sur le comportement paternel, suivant que les hommes sont inclus ou exclus des services concernant la reproduction, qui transmet un message fort sur comportement paternel attendu par la société. La naissance d'un enfant est une occasion propice pour parler à un homme du comportement paternel, c'est un moment où la plupart des hommes ont de grandes aspirations pour leur rôle de père, pour leur enfant et leur famille. Cette occasion pourrait être le point de départ d'une participation continue des hommes et des femmes à un effort d'information sur les soins à donner à l'enfant, l'hygiène, la prévention, l'identification et le traitement des maladies; l'alimentation et la nutrition, l'accès aux services de santé et tous les renseignements que les parents doivent avoir pour assumer la responsabilité de la santé de leurs enfants.

L'éducation, estime Beardshaw (2005), peut influencer la notion qu'ont les jeunes du rôle de mère et de père. Dans de nombreux pays, se sont les pères qui décident quels enfants recevront une éducation et en fixent la durée et le niveau. À son avis, il est important d'intervenir dans tous les programmes pour représenter exactement les différents aspects de la paternité, pour y inclure les pères responsables qui participent activement à la vie de leurs enfants, encourager les garçons et les filles à

s'inscrire à des cours sur les soins à domicile et les soins de la petite enfance, et pour former le personnel enseignant à inclure les pères et les mères dans toutes les communications et à les informer de la valeur de leur participation à l'éducation—formelle à l'école et informelle à la maison—de leurs enfants. Il est important de comprendre que l'implication des hommes dans l'éducation de leurs enfants peut également bénéficier aux pères. À titre d'exemple, l'engagement des pères adolescents peu scolarisés dans l'éducation de leur enfant peut être un moyen de compléter leur propre formation.

Il est donc nécessaire d'impliquer les hommes dans de nombreux programmes de santé, d'éducation et de travail, pour leur permettre de soutenir leur moitié du ciel. Il y a des signes encourageants venant d'hommes, mais aussi de plus en plus de femmes, de l'existence d'une motivation plus grande chez les hommes à s'impliquer avec les enfants. Des programmes innovateurs commencent à montrer comment augmenter cette participation, des programmes politiques de haut niveau s'efforcent de créer un environnement propice, et la recherche indique où et pourquoi il est nécessaire d'intensifier les efforts. Selon Engle, Beardshaw, et Loftin (2005, 302):

les obstacles qui retiennent les pères de devenir des parents impliqués, confiants et compétents sont multiples. Ces obstacles existent au sein des institutions et dans le quasi totalité des politiques qui ont un impact sur la vie familiale. Les stéréotypes qui présentent les pères comme indifférents, insensibles et incapables se retrouvent dans les pratiques des institutions, par exemple dans les programmes de santé et d'éducation qui ciblent seulement les mères, même si les pères sont présents et actifs dans la vie de leurs enfants et prennent des décisions clés concernant leur avenir. L'élaboration de stratégies pour inclure les pères dans de tels programmes, ainsi que le recommande la Commission sur la condition de la femme, constitue une première étape vitale pour maximiser le potentiel des pères d'améliorer la vie des enfants et promouvoir le partage de la responsabilité parentale entre les mères et les pères.

Le Projet sud-africain sur la paternité (*South African Fatherhood Project*) préconise quelques messages simples pour lancer des activités dans les pays, les communautés, et les programmes. Parmi ces messages on citera :

- Il n'y a pas d'enfant sans père. Chaque enfant avait ou a un père quelque part, même s'il ne vit pas avec lui ou ne le voit pas très souvent.

De nombreux hommes peuvent jouer le rôle de père auprès d'un enfant, y compris les grands-pères, les oncles, les beaux-pères, les pères adoptifs, les grands frères, les cousins, les amis de la famille, et les hommes qui ont la responsabilité de s'occuper d'eux.

- Les enfants ont besoin des soins des hommes et les désirent. Les enfants dans toutes les cultures tiennent à l'idée d'un père ou d'une figure paternelle. On enseigne généralement aux enfants à respecter les hommes et les enfants veulent passer du temps avec eux et apprendre d'eux. Les enfants prennent aussi beaucoup de plaisir à vivre des aventures avec les hommes et à participer à leur travail et à leurs activités.
- Si les hommes ne peuvent pas vivre avec leurs enfants, ils peuvent toujours garder le contact avec eux. Les enfants apprécient d'avoir les nouvelles de leurs pères et de savoir qu'ils se soucient d'eux.
- Si les hommes ne peuvent pas aider leurs enfants financièrement ou subvenir valablement à leurs besoins, ils peuvent tout de même leur donner de l'amour, de l'affection et du soutien. Les pères sont une importante source d'orientation et d'aide pour les enfants.
- Les hommes qui vivent avec leurs enfants doivent être bons et ne pas les blesser. Les hommes sont bien plus grands et plus forts que les femmes et les enfants. Leur force doit être utilisée pour protéger les enfants contre le mal.
- Les enfants ont besoin des soins et de la protection des hommes. Un homme peut faire toute la différence dans la vie d'un enfant en prévenant ou en mettant un terme à des négligences ou des abus commis par d'autres. Les hommes doivent protéger les enfants dans le quartier, à l'école, dans les transports publics et à la maison.
- Il est bon pour les jeunes pères de rester en contact avec leurs enfants. Cela les aide à veiller sur eux-mêmes et à se montrer économiquement actifs, sachant que l'enfant qu'ils aiment dépend d'eux.

Les hommes sont bons pour les enfants, et les enfants sont bons pour les hommes. Mais beaucoup de pères abandonnent leurs enfants ou ne pourvoient pas à leur sécurité ou à leur besoins affectifs et financiers. Les efforts visant à améliorer les soins, la protection, et l'éducation des enfants doivent reconnaître les nombreuses façons d'impliquer les pères dans la vie de leurs enfants et les nombreux hommes qui peuvent leur apporter le soutien et la protection d'un père. Il est crucial d'adapter les services pour leur permettre d'inciter les hommes à participer aux soins, à la santé et à l'éducation de l'enfant en élaborant des formations qui répondent aux intérêts et à aux préoccupations des hommes, en conseillant les femmes

sur les avantages d'inclure les hommes dans le parentage, et en utilisant les forums masculins où les hommes se sentent à l'aise pour pénétrer dans les communautés.

## Références

- Amato, P. 1998. "More than Money? Men's Contributions to Their Children's Lives." In *Men in Families. When Do They Get Involved? What Difference Do They Make?* ed. A. Booth and A. Crouter, 241–77. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Anderson, K., H. Kaplan, D. Lam, and J. Lancaster. 1999. "Parental Care by Genetic Fathers and Stepfathers II: Reports by Xhosa High School Students." *Evolution and Human Behavior* 20: 433–51.
- Barry, H., and L. Paxson. 1971. "Infancy and Early Childhood: Cross-Cultural Codes 2." *Ethnology* 10: 466–508.
- Beardshaw, T. 2004. "From Here to Paternity." Paper delivered at the Fatherhood Conference, Durban, South Africa. Novembre 24. Jour d'accès en ligne Novembre 19, 2006, <http://www.hsrc.ac.za/fatherhood/>.
- . 2005. "Taking Forward Work with Men in Families." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 306–16. Cape Town: HSRC Press.
- Brown, J., and G. Barker. 2004. "Global Diversity and Trends in Patterns of Fatherhood." In *Supporting Fathers: Contributions from the International Fatherhood Summit 2003*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Chirwa, W. 2002. "Social Exclusion and Inclusion: Challenges to Orphan Care in Malawi." *Nordic Journal of African Studies* 11: 93–113.
- Clarke-Stewart, K. 1978. "And Daddy Makes Three: The Father's Impact on Mother and Young Child." *Child Development* 49: 466–78.
- Desmond, C., and C. Desmond. 2005. "HIV/AIDS and the Crisis of Care for Children." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 226–36. Cape Town: HSRC Press.
- Engle, P., T. Beardshaw, and C. Loftin. 2005. "The Child's Right to Shared Parenting." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 293–305. Cape Town: HSRC Press.
- Fukuyama, F. 1999. *The Great Disruption: Human Nature and the Reconstitution of the Social Order*. New York: Free Press.
- Grossman, F., W. Pollack, and E. Golding. 1988. "Fathers and Children: Predicting the Quality and Quantity of Fathering." *Developmental Psychology* 24: 82–91.
- Guma, M., and N. Henda. 2004. "The Socio-Cultural Context of Child Abuse: A Betrayal of Trust." In *Sexual Abuse of Young Children in Southern Africa*,

- ed. L. Richter, A. Dawes, and C. Higson-Smith, 95–109. Cape Town: HSRC Press.
- Human Sciences Research Council of South Africa. n.d. "The Fatherhood Project." Jour d'accès en ligne Septembre 8, 2006, <http://www.hsrc.ac.za/fatherhood/>.
- Hunt, L., and J. Hunt. 1977. "Race, Daughters, and Father Loss: Does Absence Make the Girl Grow Stronger?" *Social Problems* 25: 90–102.
- Jarrett, R. 1994. "Living Poor: Family Life among Single-Parent, African-American Women." *Social Problems* 41: 30–49.
- Johnson, D. J. 1996. *Father Presence Matters: A Review of the Literature*. Philadelphia: ational Center on Fathers and Families.
- Kennedy, E., and P. Peters. 1992. "Influence of Gender and Head of Household on Food Security, Health, and Nutrition." *World Development* 20: 1077–85.
- Lamb, M., J. Pleck, E. Charnov, and J. Levine. 1985. "Paternal Behavior in Humans." *American Psychologist* 25: 883–94.
- Lewis, C., and M. Lamb. 2004. "Fathers: The Research Perspective." In *Supporting Fathers: Contributions from the International Fatherhood Summit 2003*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Mboya, M., and R. Nesengani. 1999. "Migrant Labor in South Africa: A Comparative Analysis of the Academic Achievement of Father-Present and Father-Absent Adolescents." *Adolescence* 34: 763–67.
- Mkhize, N. 2004. "Who Is a Father?" *Children FIRST* 56: 3–8.
- . 2005. "African Traditions and the Social, Economic, and Moral Dimensions of Fatherhood." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 183–98. Cape Town: HSRC Press.
- Nsamenang, B. 1987. "A West African Perspective." In *The Father's Role: Cross-Cultural Perspectives*, ed. M. Lamb, 273–93. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Palkowitz, R. 2002. *Involved Fathering and Men's Adult Development: Provisional Balances*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Peacock, D., and M. Botha. 2005. "The New Gender Platforms and Fatherhood." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 281–92. Cape Town: HSRC Press.
- Pleck, E. 1997. "Paternal Involvement: Levels, Sources, and Consequences." In *The Role of the Father in Child Development* 3rd ed., ed. M. Lamb, 66–103. New York: Wiley.
- Population Council. 2001. *The Unfinished Transition. Gender Equity: Sharing the Responsibilities of Parenthood*. A Population Council Issues Paper. Population Council, New York.
- Posel, D., and R. Devey. 2005. "The Demographics of Fatherhood in South Africa: An Analysis of Survey Data, 1993–2002." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 58–81. Cape Town: HSRC Press.

- Rabe, M. 2005. "Being a Father in a Man's World: The Experience of Goldmine Workers." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 250–64. Cape Town: HSRC Press.
- Ramphele, M. 2002. *Steering by the Stars: Being Young in South Africa*. Cape Town: Tafelberg Publishers.
- Ramphele, M., and L. Richter, L. 2005. "Migrancy, Family Dissolution, and Fatherhood." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 73–81. Cape Town: HSRC Press.
- Richter, L. 2005. "The Importance of Fathering for Children." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 53–69. Cape Town: HSRC Press.
- Richter, L., and R. Morrell, eds. 2005. *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*. Cape Town: HSRC Press.
- Richter, L., and W. Smith. 2005. "Children's Views of Fathers." In *Baba: Men and Fatherhood in South Africa*, ed. L. Richter and R. Morrell, 155–72. Cape Town: HSRC Press.
- Seltzer, J., and S. Bianchi. 1988. "Children's Contact with Absent Parents." *Journal of Marriage and the Family* 50: 663–77.
- Statistics South Africa. 2002. *General Household Survey, 2002*. Pretoria: Statistics South Africa.
- . 2005. *General Household Survey, 2005*. Pretoria: Statistics South Africa.
- Townsend, N. 2002. "Cultural Contexts of Father Involvement." In *Handbook of Father Involvement: Multidisciplinary Perspectives*, ed. C. Tamis-LeMonda and N. Cabrera, 249–77. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- United Nations Commission on the Status of Women. 2004. "The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality: Agreed Conclusions." Jour d'accès en ligne Septembre 8, 2006, <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw48/ac-men-auv.pdf>.





**SECTION 3**

**Élaboration de politique**



## CHAPITRE 9

# Politiques de DPE: une analyse comparative au Ghana, en île Maurice et en Namibie

**J. K. A. Boakye, Stella Etse, Madeez Adamu-Issah, Medha Devi Moti, Juditha Leketo Matjila, et Shamani-Jeffrey Shikwambi**

Dans le contexte d'un renouvellement de l'engagement international pour le Développement de la petite enfance (DPE), élément important de l'Éducation pour tous (EPT), le Groupe de travail sur le développement de la petite enfance (GTDPE) de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) a lancé une étude des processus d'établissement et de réalisation des politiques de DPE au Ghana, en île Maurice et en Namibie sous la direction de Kate Torkington (2001). Les trois pays africains se trouvaient chacun à des stades différents d'élaboration de politiques trans-sectorielles axée sur le développement holistique des jeunes enfants. Le gouvernement namibien avait approuvé et publié la politique en 1996 ; l'île Maurice en 1998 et avait commencé la mise en œuvre ; et le gouvernement du Ghana n'avait pas encore ratifié le projet. Ce chapitre donne un aperçu des résultats de ces études de cas, de la mise à jour la plus récente de l'évolution de la politique dans chacun des pays, et de leurs implications pour l'évolution des politiques de DPE ou SDPE (soins et développement de la petite enfance) dans d'autres pays africains.

Les trois rapports présentés ici suivent un schéma identique : un bref aperçu historique de la situation antérieure à la création de la politique; les facteurs qui ont déclenché leur élaboration ; le développement/ processus d'élaboration des politiques, sans oublier les problèmes rencontrés et les solutions apportées; les principaux sujets abordés par les politiques ; les réalisations (mécanismes proposés, en place, ou employés) ; la situation actuelle ; et les leçons apprises.

## **Ghana**

### ***Bref aperçu historique : la situation avant la réalisation de la politique***

Le Ghana, autrefois appelé Gold Coast, a accédé à l'indépendance politique de la Grande-Bretagne en 1957 ; il a été le premier pays membre des Nations Unies à ratifier la Convention des droits de l'enfant (CRDE) le 5 février 1990. Bien que l'intérêt général porté au DPE ait commencé au XIX<sup>e</sup> siècle lorsqu'en 1843 les premiers missionnaires venant de Bâle ont introduit des crèches en addition de leurs classes primaires, les directives gouvernementales sur le DPE n'ont été données qu'après 1960, principalement sous forme de rapports de commissions spéciales, de décrets, et de lois davantage orientées sur le bien-être social et les aspects cognitifs que sur le développement holistique des jeunes enfants. La politique nationale holistique actuelle de programmes de soins et de développement de la petite enfance (SDPE) (Ghana 2004) a été lancée en 1993 et promulguée en août 2004.

### ***Les facteurs qui ont motivé l'élaboration de la politique de DPE***

Cinq facteurs principaux sont à l'origine de l'élaboration de la politique de DPE. Le premier facteur a été une prise de conscience croissante de la situation déplorable des jeunes enfants et de l'urgente nécessité d'y faire face. Ainsi, environ 90% des enfants de 0 à 6 ans, en particulier dans les zones rurales et/ou pauvres, n'avaient pas accès aux services de la petite enfance. Le deuxième facteur était l'obligation faite à l'État d'assurer la survie, la croissance, le développement et la protection des enfants, par la Constitution du Ghana de 1992 (Ghana 1992), par la loi sur les enfants (*Children's Act*) de 1998 (Ghana 1998), et par les règlements des autorités métropolitaines, municipales et des districts. Le troisième facteur était l'obligation de respecter les principes des conventions et traités internationaux ratifiés par le Ghana, y compris la CRDE. Les quatrième et cinquième

facteurs étaient, respectivement, la reconnaissance du DPE comme stratégie de réduction de la pauvreté et la nécessité d'une politique qui rationaliserait les activités de tous les acteurs du DPE.

### ***Le processus d'élaboration des politiques : problèmes rencontrés et leur résolution***

Un séminaire national sur le DPE s'est tenu à Accra en novembre 1993 avec le soutien de la Commission nationale pour l'enfance du Ghana (GNCC), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de l'Association nationale des enseignants du Ghana, et de la Fédération nationale danoise de la petite enfance et de l'éducation de la jeunesse; ce séminaire marqua un tournant dans l'élaboration de la politique actuelle de SDPE. Le séminaire a créé une prise de conscience nationale des conditions déplorables dans lesquelles vivaient les jeunes enfants et de la nécessité de les améliorer. Un groupe de travail composé de représentants des ministères et des acteurs concernés a été immédiatement constitué pour recueillir des informations concernant le DPE de leurs organisations. Ces représentants ont reçu une formation sur l'élaboration de politique lors d'un atelier de cinq jours organisé par la GNCC et animé par Kate Torkington, consultante en DPE. Un premier projet a finalement vu le jour en 1995.

Le problème du choix d'un organe de coordination du DPE a provoqué un retard de près de cinq ans, mais a été finalement été résolu en plaçant le DPE sous la GNCC rattachée au cabinet du Président. Ensuite le projet a été soumis à l'avis des acteurs dans tout le pays. En décembre 2000, lorsque le projet final a été envoyé pour examen au cabinet du président Ghanéen, l'administration politique a changé. Le nouveau gouvernement a créé le ministère de la Femme et des Enfants (*Ministry of Women and Children's Affairs* ou MOWAC) dont la GNCC est devenue un département. Le gouvernement ghanéen a étudié le projet politique, y a apporté les modifications nécessaires et a finalement adopté la politique en août 2004 (Ghana 2004).

Parmi les facteurs qui ont beaucoup retardé l'élaboration de la politique on citera une préparation assez longue au niveau du groupe de travail, les nombreux remaniements et la soumission des différentes versions aux acteurs dans tout le pays, l'indécision prolongée sur la question de savoir quel ministère allait coordonner le SDPE et le bouleversement de l'administration politique qui entraîna une ultime révision pour prendre en compte ce changement.

### ***Les grands thèmes de la politique***

Les principaux thèmes de la politique de SDPE au Ghana comportent une définition opérationnelle de la petite enfance; une justification de la politique, ses buts, ses objectifs et ses cibles ; les dispositions institutionnelles ; les rôles et les responsabilités ; les stratégies d'application; et les coûts et les implications financières.

Le Ghana a adopté les définitions générales du Groupe de travail sur le développement de la petite enfance et a donné à sa politique le nom de politique de soins et développement de la petite enfance (SDPE). Le SDPE est défini dans la politique comme la fourniture en temps opportun d'une gamme de services pour promouvoir la survie, la croissance, le développement et la protection des jeunes enfants (de 0 à 8 ans). Sa raison d'être est de fournir un cadre d'orientation au gouvernement et aux ministères sectoriels concernés, aux collectivités locales, aux entreprises, aux familles, au secteur privé, aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux partenaires du développement pour investir dans des programmes de DPE et les réaliser effectivement.

L'objectif général de la politique est de promouvoir la survie, la croissance, le développement et la protection de tous les enfants de 0 à 8 ans au Ghana ; elle comporte aussi de nombreux objectifs particuliers qui concernent le développement holistique de tous les jeunes enfants. Le cadre institutionnel du comité national de coordination du DPE se compose de représentants des ministères intéressés et des acteurs qui vont devoir traduire ces objectifs en programmes concrets au niveau de la nation, des districts, et des communautés. Les rôles et les responsabilités ont été assignés par les ministères concernés conformément à la politique de décentralisation du Ghana. Les sections suivantes précisent les mécanismes de mise en œuvre ainsi que les coûts et les implications financières.

### ***Les questions de mise en œuvre***

Les mécanismes proposés pour réaliser la politique sont la création d'un cadre institutionnel au niveau national, régional, des districts, et des communautés ; la création d'un environnement propice au développement des programmes de DPE ; la promotion de services intégrés pour répondre aux besoins physiques, mentaux, sociaux, moraux et spirituels de l'enfant; la création de systèmes conventionnels et non conventionnels de DPE; l'élargissement de la participation des parents; l'attribution de rôles et de responsabilités aux secteurs apparentés; la fourniture de services de DPE de qualité; la mobilisation de ressources; et l'organisation de

processus réguliers de recherche et de suivi & évaluation pour améliorer tous les aspects des systèmes de DPE.

Certains de ces mécanismes sont en place et opérationnels. Un comité de coordination chargé de conseiller le MOWAC sur les questions de DPE a été inauguré, un secrétariat de la petite enfance a été créé au sein du MOWAC, et un secrétariat à plein temps a été nommé et fonctionne. Un projet pilote de sensibilisation des principaux décideurs, des parents et des intéressés au développement du jeune enfant a été établi dans 37 des 138 districts. Avec l'appui du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique occidentale et centrale, un DPE intégré a été introduit et un plan d'action élaboré qui embrasse la santé, la nutrition, l'alimentation, l'eau et l'hygiène de l'environnement, la stimulation psychosociale, l'apprentissage précoce et la protection de l'enfance. Les agences qui assurent ces services sont invités à collaborer et à compléter leurs efforts mutuels.

Pour renforcer les capacités, une université, 15 collèges de formation des enseignants, l'Association nationale des enseignants du Ghana et des praticiens privés fournissent une formation en DPE. Les ministères, services, agences et organisations apparentées de la société civile se sont vus attribuer des rôles clés en DPE. Les activités de recherche comportent un projet national sur les indicateurs et les normes d'apprentissage précoce, pour réduire les faiblesses constatées du DPE et une étude nationale sur les établissements de soins aux orphelins du VIH/SIDA. On a mobilisé des ressources en partageant les coûts et en mettant en commun les ressources des parents, des communautés, des districts, des ONG, des organisations privées, du gouvernement et des partenaires au développement. Le ministère des Finances doit imposer à tous les ministères, départements et organismes de prévoir des lignes budgétaires annuelles pour les activités du DPE.

### ***La situation actuelle des politiques de SDPE au Ghana***

Après une longue période d'incubation de près de 11 ans, la politique de SDPE au Ghana a vu le jour et repose sur des bases solides grâce au fonctionnement effectif du comité national de coordination et du secrétariat. Jusqu'à présent, les mécanismes mis en place pour la politique de SDPE sont appliqués judicieusement ; on s'attend à des résultats fructueux.

### ***Les leçons tirées du processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de SDPE***

À ce jour, le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques de SDPE donne de nombreuses leçons. Premièrement, le séminaire

national sur le DPE a provoqué une prise de conscience des conditions de vie difficiles des jeunes enfants et a apporté des informations utiles pour l'élaboration de la politique. Ce séminaire national a en outre donné naissance à un effort collectif des différents acteurs pour œuvrer ensemble à l'objectif commun du développement des jeunes enfants. Deuxièmement, même si les incessantes révisions apportées au projet de politique par les différents intéressés ont entraîné des retards, ces révisions ont été fructueuses : amélioration de la qualité de la politique, participation effective des principaux acteurs, et augmentation du sentiment d'appropriation. Troisièmement, la politique de SDPE au Ghana est conforme aux principes actuels internationalement acceptés qui prônent le développement holistique des jeunes enfants, et sa réalisation met peu à peu en lumière qu'il faut satisfaire les besoins des jeunes enfants sur plusieurs plans. Enfin, les enrôlements d'écoliers ont sensiblement augmenté grâce à l'intégration du DPE au système éducatif de base et à la gratuité de l'enseignement primaire suite à l'introduction des subventions scolaires introduites pendant l'année scolaire 2005/2006. Ce coup de fouet va certainement améliorer les chances de développement de la majorité des jeunes citoyens du pays, en particulier ceux des milieux défavorisés et des communautés rurales.

## **L'île Maurice**

### ***Bref aperçu historique : la situation avant la politique***

Dans les décennies de pré indépendance de 1948 à 1968, des décisions ad hoc ont été prises et mises en œuvre par les autorités coloniales, sous la pression des avocats de la politique locale soutenus par les professionnels de la santé et de l'éducation, pour assurer la survie des mères et des enfants. Ainsi, la poliomyélite et le paludisme ont été progressivement éradiqués, le taux de natalité a diminué, des centres d'aide sociale aux enfants ont été créés et l'accès à l'enseignement primaire s'est élargi.

### ***Les facteurs qui ont motivé l'élaboration des politiques de DPE***

La décennie qui a suivi l'indépendance (1968–1978) a permis de consolider ces progrès avec l'appui d'organismes internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé, l'UNICEF, le Programme de développement des Nations Unies et le Programme alimentaire mondial. Pendant cette période, malgré les contraintes économiques et la montée du chômage, on a développé des services de santé maternelle et infantile;



la couverture vaccinale a augmenté, les allocations familiales introduites, et l'accès universel à l'enseignement primaire réalisé avec la distribution gratuite aux enfants de lait, de pain et de fromage dans les écoles. Dans le même temps, diverses ONG sont apparues qui prônaient la création de services appropriés de soins et de développement pour les enfants. Certaines autorités locales, des équipes de recherche et des organismes religieux ont lancé des projets pilotes qui ont démontré les résultats positifs d'une approche scientifique actualisée de DPE. L'Année internationale de l'enfant, les conclusions d'une étude parrainée par l'UNICEF sur la fourniture préscolaire (Dalais 1978), la création d'institutions avec des attributions spécifiques (telles que l'Unité pour le développement du pré primaire en 1978 et le Fonds pour le préscolaire en 1984), des échanges régionaux et des coopérations bilatérales et multilatérales efficaces, tous ces éléments ont créé une synergie qui réclamait une direction et un engagement officiels.

Les déclarations politiques sur la nécessité d'un enseignement préscolaire remontaient au Plan national de développement de 1975–1980 (Mauritius 1976) mais ce fut seulement en 1998 que la première politique nationale de DPE destinée aux enfants de 0 à 3 ans a été publiée (Mauritius 1998). Un atelier régional sur le DPE en Afrique (1996), une étude sur les garderies dans le cadre d'une initiative de la Banque mondiale sur le DPE (1996–1998), et une consultation par Judith Evans et Sarla Gopalan de l'UNICEF sur l'élaboration des politiques du DPE (Evans, 1997; Gopalan 1997) sont les facteurs directs qui ont déterminé la décision de créer ce document. Une étape supplémentaire a été franchie lorsque la politique a été analysée deux ans plus tard dans le cadre du projet des études politiques du GTDPE de l'ADEA (Torkington and Irvine 2000). Une nouvelle culture du développement de politique est apparue : l'exercice était devenu plus participatif, plus ouvert à un examen minutieux. L'analyse a montré la nécessité d'une politique nationale complète pour les enfants (PNE). Une action immédiate a été prise en ce sens. Le PNAE (Mauritius 2003) a été lancée officiellement en mai 2003, après près d'un an de consultations avec les partenaires et les intéressés. Ainsi, l'approche participative initiée par la politique nationale du DPE (Mauritius 1998) a été consolidée.

### ***Le processus d'élaboration formulation de la politique : problèmes et solutions***

Il a fallu 50 ans pour élaborer et réaliser la politique du DPE à l'île Maurice et passer d'un système de décision et d'action prédéterminé

imposé d'en haut à un débat et un partenariat élargi, consultatifs et participatifs. Les paradigmes les plus significatifs du changement d'orientation qui s'est produit au cours de ce processus sont le passage :

- De la survie au développement ;
- Des besoins aux droits ; et
- De la planification sectorielle à la planification intersectorielle.

Initialement, les réalités du terrain et même des crises dans les secteurs de la santé et de l'éducation ont déclenché le processus. Des engagements particuliers ont accru la dynamique, c'est le cas de la CRDE, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDE), de l'Éducation pour tous (EPT), et des objectifs du Sommet mondial pour les enfants sans oublier les événements internationaux comme l'année internationale de l'enfant et des handicapées, les campagnes de sensibilisation et les activités de recherche consécutives à tous ces événements. La force motrice derrière les réformes s'appelle: volonté politique; engagement financier; développement des ressources humaines; renforcement des capacités institutionnelles; réseautage et coopération à l'échelle locale, régionale et internationale. Les forces restrictives avaient pour noms rivalités territoriales et intérêts sectoriels, manque de ressources humaines et financières, bureaucratie, pressions d'un système éducatif très compétitif, insécurité sur la durée de l'emploi et taux élevé de rotation du personnel, concentration sur la prestation et non sur l'intégration et manque de mécanisme de coordination solide. De nombreux problèmes ont été abordés avec des succès divers en engageant et poursuivant le dialogue et le débat formel, en établissant un cadre administratif et législatif solide, en améliorant le professionnalisme et le leadership, la définition des conditions de travail et de l'emploi, en garantissant les dispositions budgétaires et la dotation en effectifs, ou encore en catalysant le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique à travers l'expertise et l'assistance extérieures.

### ***Les grands thèmes incorporés aux politiques***

Le Développement intégré de la petite enfance (DIPE) est l'un des sept principaux domaines de la PNE. Le terme DIPE—au lieu de DPE, comme dans le document de politique nationale de DPE de 1998 (Mauritius 1998)—reflète les progrès réalisés dans la conceptualisation d'une approche intégrée. La PNE adopte une méthodologie intersectorielle inspirée par les directives classiques de planification des politiques

du DIPE (Dalais, Landers, and Fuertes 1996; Evans, Myers, and Ilfeld 2000; Myers 1992; Vargas-Barón 2005). Les principales questions abordées par la PNE sont la fragmentation des prestations; le fractionnement institutionnel; la nécessité de former et d'intégrer les pourvoyeurs de soins privés informels; la nécessité de renforcer la section de DPE au Ministère des Droits de la femme, du développement de l'enfant et du bien-être de la famille (MWRCDFW); la nécessité de définir des plans de carrière pour le personnel qualifié du DPE; la nécessité d'indicateurs de qualité ; la nécessité de concentrer l'attention sur les enfants handicapés ; le manque de primes d'incitation aux promoteurs privés ; et le manque de subventions gouvernementales pour les enfants de moins de 4 ans.

La PNE propose les stratégies suivantes pour s'attaquer à ces problèmes : regrouper tous les partenaires et établir un mécanisme de coordination; élaborer une approche intégrée et globale et un cadre pour le programme destiné aux enfants de 0 à 8 ans; donner une formation aux praticiens et rationaliser la structure de la formation et des carrières; renforcer la section de DPE au MWRCDFW; appliquer les directives du programme et mettre en place un système d'assurance qualité; se concentrer sur les enfants défavorisés; et fournir des primes d'incitation aux promoteurs privés. (La question d'une subvention pour les enfants de moins de 4 ans n'est pas abordée.)

Les stratégies proposées dans la PNE doivent être actualisées et réalignées sur le programme du nouveau gouvernement qui a été présenté dans le discours du président au parlement en juillet 2005 (Mauritius 2005). Ce document met l'accent sur cinq aspects clés du DPE : la famille, l'éducation des enfants avec des besoins spéciaux, la santé, le développement et l'éducation. Il propose les 14 mesures suivantes :

- Revoir le rôle et les fonctions du Fonds spécial d'affectation préscolaire ;
- revoir le rôle et les fonctions du Fonds spécial d'affectation préscolaire ;
- créer un centre de DPE ;
- élaborer un plan d'action pour les enfants qui connaissent des difficultés d'apprentissage ;
- élaborer un plan d'action pour les enfants handicapés ;
- établir des centres de santé et d'éducation régionaux ;
- établir un hôpital pour enfants ;
- établir des services intensifs néonataux aux hôpitaux Nehru et Jeetoo ;

- adopter des politiques nationales sur la famille ;
- établir un tribunal de la famille ;
- adopter des politiques et un plan d'action national pour les enfants ;
- consolider les garderies ;
- renforcer les mécanismes de protection contre la violence domestique ;
- mettre l'accent sur le DPE et responsabiliser les parents ; et
- protéger la famille contre la violence et l'insécurité et veiller à ce que chaque famille bénéficie de son droit à une maison.

### ***Les questions de mise en œuvre***

Les questions liées à la mise en œuvre soulevées par la PNE ont été abordées dans le Plan national d'action (PNA) (PNA; Mauritius 2004) publié moins d'un an plus tard. Le PNA identifie trois principaux objectifs du DIPE (Développement intégré de la petite enfance) :

- adopter une approche holistique du DPE ;
- promouvoir un dialogue permanent entre les parents, les gestionnaires, et les prestataires de soins aux enfants ; et
- établir les critères et les normes requis pour le personnel des services de soins aux enfants.

Le PNA propose huit mesures : un examen des approches pédagogiques et du programme d'enseignement, la préparation d'une nouvelle enveloppe pédagogique, la sensibilisation, des services de conseil, des services de référence, des visites régulières par des agents du ministère, des tests psychologiques et la révision de la formation.

### ***La situation actuelle des politiques de DPE à l'île Maurice***

En 2006, les indicateurs de référence du DPE indiquent: un taux de mortalité infantile de 14,4, un taux de mortalité maternelle de 0,17, une couverture immunitaire de 92%, des taux d'inscriptions au préscolaire pour les enfants de 4 à 5 ans de 95% et l'accès universel aux soins de santé primaires et à l'éducation de base, résultats certes encourageants mais dont on ne peut se contenter. Les cadres réglementaires institutionnels et législatifs sont opérationnels. Les ONG et la société civile sont de plus en plus actives et engagées. Cependant, le paysage du DPE est toujours dominé par une structure à trois niveaux, segmentée horizontalement en trois groupes d'âge (de 0 à 3 ans, 4 ans, et de 5 à 8 ans) et verticalement entre quatre ministères. Cette segmentation entraîne des divergences et la dispersion des efforts et des ressources. En outre, la qualité des services est

tellement variable que les inégalités s'en trouvent renforcées, et l'écart est crucial dans les services destinés aux enfants avec des besoins spéciaux. Il est impératif de maintenir un mécanisme de coordination et de suivi solide si le pays veut optimiser ses ressources et si le gouvernement veut véritablement bâtir une république digne de ses enfants. Au moment crucial où le pays se prépare à relancer son économie et à relever les défis de la mondialisation, le développement des ressources humaines et son véritable fondement le DIPE, doivent figurer en tête de son ordre du jour.

### ***Les leçons tirées du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de DPE***

Comme nous l'avons vu, l'étude de cas de l'île Maurice illustre l'évolution complexe et lente du processus d'élaboration de la politique, partant de prises de décisions prédéterminées et imposées du sommet pour arriver à un système de débat élargi, consultatif et de partenariat. Les enseignements tirés sont les suivants :

- L'élaboration, la mise en œuvre et l'analyse de la politique doit être un processus continu, participatif, consultatif et soutenus par le dialogue, l'établissement de consensus, de partenariats, de suivi et d'évaluation.
- L'objectif final de l'élaboration de la politique ne doit pas être de produire un document. Il doit être soutenu par une action qui doit faire une différence pour les groupes les plus vulnérables.
- Une analyse de la situation ou un examen minutieux de l'environnement doit venir compléter une analyse de causalité.
- Le plan d'action doit être clairement et soigneusement élaboré si on veut en faire un outil utile pour la planification, la mise en œuvre, le suivi & évaluation. Le suivi, l'évaluation, la révision et le réajustement doivent être intégrés dans le plan d'action.
- Des projets, des décisions et des actions précipités sont confus et inefficaces.
- Les résultats des recherches, enquêtes, études en cours, et leur évaluation sont indispensables à l'élaboration et la prise de décision sur la politique du DPE.
- Bâtir sur les bases existantes, plutôt que de les raser et reprendre tout à zéro, est économiquement et pédagogiquement valable.
- Un suivi et un examen constants sont nécessaires pour garantir cohérence et maintien de la direction choisie.

- L'élaboration et la réalisation de la politique sont l'affaire de tous et ne doivent pas être laissées aux seules autorités. Une sensibilisation soutenue, un débat ouvert, et un dialogue suivi sont nécessaires pour garantir progrès, viabilité, équité et qualité.

## La Namibie

### ***Bref aperçu historique : la situation avant la politique***

La Namibie, colonie allemande avant la première guerre mondiale connue sous le nom de Sud-ouest africain, est devenue en 1921 un territoire placé sous l'administration de l'Afrique du Sud par mandat de la Société des Nations. Le passé colonial de la Namibie a laissé un fort impact sur le peuple namibien en créant un modèle qui a enraciné la pauvreté et la carence humaine. Avec la fin du système de l'apartheid en 1990, le gouvernement du pays, nouvellement élu, a hérité d'un système d'éducation caractérisé par des inégalités dans la répartition des ressources, dans lequel l'accès à l'apprentissage n'était une priorité que pour quelques blancs et l'égalité des chances de recevoir une éducation n'existait pas.

### ***Les facteurs qui ont motivé l'élaboration de la politique de DPE***

En abordant le système éducatif dont il avait hérité, le nouveau gouvernement a déclaré dans l'article 20 de la constitution du pays (Namibia 1990) que tout le monde devait avoir accès à l'éducation et que l'éducation de base devait être gratuite et obligatoire. Cette vision a pris forme dans un document de politique gouvernementale intitulé *Toward Education for All—A Development Brief for Education, Culture, and Enveloppeing* (Vers l'Éducation pour tous—Un dossier d'orientation pour l'éducation, la culture et la formation) (Namibia 1993). Quatre grands objectifs dominant ce dossier : l'accès, l'équité, la qualité et la démocratie. Le principe directif de ces objectifs est que l'engagement principal du gouvernement est de fournir l'éducation de base pour tous : « L'éducation de base pour tous vise à garantir que d'ici 2000, la majorité de nos citoyens auront acquis les compétences de base en lecture, en écriture, en calcul, et une bonne compréhension des processus socioculturels et des phénomènes naturels. C'est la seule façon d'entrer avec espoir dans le prochain millénaire » (p. 33).

La Namibie a obtenu son indépendance dans le même mois et année que la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, qui s'est tenue à Jomtien, Thaïlande. Les objectifs et les principes énoncés dans la

Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous (UNESCO 2000b) et son cadre d'action (UNESCO, 2000a) sont déjà les éléments clés de la politique de l'éducation du gouvernement namibien. Au cours de la même année, la Namibie est devenue l'un des premiers pays africains à élaborer un plan d'action national pour les enfants et à ratifier la CRDE de l'ONU. L'élaboration des politiques nationales de la petite enfance concordait avec les priorités du jeune gouvernement, et un projet a été formulé (Namibia 1996) en conformité avec les directives de la CRDE et de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (Organization of African Unity 1990), qui toutes deux imposent que les États membres élaborent des plans d'action nationaux pour les enfants.

### ***Le processus d'élaboration de la politique : problèmes rencontrés et leur résolution***

Après avoir ratifié la CRDE, il y avait un besoin urgent d'instaurer des mécanismes et de mettre en place des systèmes pour réglementer et suivre le plan d'action national convenu pour les enfants. En mai 1992, le gouvernement, avec le soutien de l'UNICEF, a organisé une conférence nationale sur la protection et le développement de la petite enfance. La conférence a réuni des participants venant d'un large éventail d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, de jardins d'enfants, des parents, et des communautés. Les objectifs de la conférence étaient de chercher les moyens de renforcer les programmes communautaires de DPE existants, de discuter et de s'entendre sur ce qui constitue une prestation de services de qualité, d'identifier et de définir le rôle de tous les secteurs, et plus important encore, de promouvoir la participation des parents.

En 1994, un groupe de travail interministériel a été créé et dirigé par le ministère de l'Éducation en étroite collaboration avec le ministère des Collectivités locales et du Logement (MRLGH). La recommandation la plus importante faite par le groupe de travail était de transférer la responsabilité du DPE du ministère de l'Éducation et de la confier à une section relativement nouvelle au sein du MRLGH appelée Direction du développement communautaire. La raison de ce changement était d'insérer le DPE dans l'environnement général de l'enfant, dans la communauté et la famille, plutôt que de le considérer comme une simple préparation à l'enseignement. Fin 1994, un consultant était engagé pour développer la politique de la petite enfance en y incorporant les commentaires provenant des ateliers et des deux groupes de travail. Le document projet de la politique a été débattu à l'échelle nationale à tous les

niveaux au cours de mini ateliers et de réunions de consultation organisés par le gouvernement. Après des consultations longues et fructueuses, le consensus fût atteint, et le gouvernement namibien adopta la politique nationale de DPE à la fin de 1996 (Namibia 1996).

La réalisation de la politique suivit dès 1996 pour aboutir en 2004 à l'élaboration d'un projet de révision. Avant de décrire la politique révisée, il est nécessaire de passer brièvement en revue les difficultés rencontrées pendant la période 1996–2004.

### ***Les difficultés de la réalisation***

La faille principale, identifiée pendant toute la période de mise en œuvre et confirmée au cours du processus de consultations nationales de 2004, était le retard du cabinet namibien pour soumettre les politiques adoptées au parlement national pour promulgation. Une note positive cependant, ce délai est à l'origine de l'enquête nationale de 2004 sur la mise en œuvre de la politique et sur la pertinence du document original à la lumière de la situation actuelle des enfants, des soins qu'ils reçoivent et de leur état de bien-être.

Deuxièmement, un transfert de responsabilités, le passage du ministère des Collectivités locales et du Logement (MRLGH) au ministère de l'Égalité des genres et du Bien-être de l'enfant (MGECW, auparavant ministère des Questions féminines et du Bien-être de l'enfant), a entraîné des retards dans le suivi et l'évaluation de la réalisation de la politique.

Malgré l'existence d'un comité national multisectoriel pour le DPE depuis son approbation par le gouvernement en 1996, la participation à ce comité de membres trop jeunes et inexpérimentés a influencé les prises de décision, entraînant une mauvaise qualité des prestations de services offertes, peu de coordination à tous les niveaux, et un faible taux d'utilisation de ces services. Les données actuelles estiment à 32% seulement les enfants fréquentant ces services (Namibia 2003) et, selon certains témoignages, la qualité des soins laisse à désirer. Enfin, l'approche holistique du DPE, intégrant santé, nutrition, stimulation précoce, et éducation préscolaire, n'a pas encore pris forme et le défi subsiste toujours de rendre interdépendants programmes et services.

### ***La situation actuelle des politiques de DPE en Namibie***

En 2004, le comité national pour le DPE, sous la direction du MGECW, a requis un examen des politiques nationales de DPE. Le but de l'examen était de « tenir compte des changements socioéconomiques profonds qui s'étaient produits au cours de la décennie précédente, et de



mettre en évidence l'apparition de certains problèmes récents concernant les jeunes enfants, leurs familles et les communautés dans la Namibie du XXI<sup>e</sup> siècle » (Namibia 2004, 2). On a suivi la même procédure que lors de l'élaboration de la politique de 1996, des consultations ont eu lieu à tous les niveaux et auprès d'un large éventail d'acteurs dans le DPE. L'examen de la politique coïncidait avec la révision des directives, l'élaboration du programme/document du DIPE et avec le développement d'un plan pour le programme d'amélioration du secteur de l'éducation et de la formation (ETSIP). Ce calendrier a permis aux représentants du secteur du DPE de présenter au gouvernement, par l'intermédiaire du sous-comité DPE de l'ETSIP, un document établissant la nécessité d'officialiser et de subventionner la phase pré primaire. L'ensemble du document de l'ETSIP a été approuvé par le gouvernement Namibien en fin 2005. En 2006, l'ETSIP a été lancé officiellement par le ministère de l'Éducation. Une série de visites ont eu lieu dans les régions où se tenaient des ateliers de sensibilisation avec la participation des acteurs clés de l'éducation (enseignants, éducateurs et syndicats d'enseignants). Par la suite, en novembre 2006, le cabinet annonçait l'incorporation sans restriction de la phase pré primaire dans le système de l'éducation formelle, ce qui signifiait que le ministère de l'Éducation allait prendre la suite du ministère de l'Égalité des sexes et du Bien-être de l'enfant (MGECW) et prendre en charge l'éducation pré primaire. Le programme envisagé sera développé conformément à l'ETSIP. Pour commencer le programme, cependant, il faudra attendre l'approbation de la politique révisée du DIPE, et la promulgation par le parlement, prévue au plus tard en décembre 2007.

### ***Les grands thèmes incorporés au projet de politiques révisé en 2004***

Se basant sur l'idée que le développement de la petite enfance commence à la maison et que l'environnement dans lequel les enfants vivent et grandissent a un impact important sur le développement social, affectif, intellectuel et physique des nourrissons et des jeunes enfants, la version révisée de la politique nationale de DIPE favorise l'élaboration de programmes de DIPE fondés sur les forces et les capacités des communautés.

Le projet de politique révisé, intitulé Politique nationale intégrée pour la petite enfance, déclare avoir l'objectif suivant : « Prendre des dispositions pour promouvoir dans un cadre familial et communautaire, des programmes centrés sur l'enfant, durables et bien intégrés, accessibles à tous les jeunes enfants, et qui mettent l'accent sur les programmes de

DIPE en zones rurales et sur les jeunes enfants vivant dans des circonstances difficiles » (Namibie 2005, 15, para. 5.1). Dans l'ensemble, les politiques encouragent une approche holistique du DPE, conformément à la CRDE et aux indicateurs nationaux de développement. Elle cherche à garantir la prestation d'un programme de DIPE solide et complet à tous les niveaux.

### ***Les leçons tirées du processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique***

Bien que différents ministères et ONG aient continué à contribuer d'une manière ou d'une autre à un DPE conforme à la déclaration originale de politique approuvée par le gouvernement de Namibie, il n'existait ni plan coordonné de mise en œuvre, ni objectifs fixés, ni cibles définies et ni moyens de suivre les progrès et de rectifier le plan. Ainsi, le ministère de l'Éducation n'a pas de plan coordonné pour la formation du nombre croissant de gens qui ont ouvert des centres de DPE (lesquels apparaissent souvent comme une activité individuelle génératrice de revenus). Les mécanismes de financement pour l'élaboration de programmes communautaires de soins de qualité aux enfants n'ont pas été mis en place. Ceci est dû, partiellement, à une perturbation majeure intervenue en 1999 et 2000, lorsque la responsabilité du DPE a été transférée du MRLGH au MGECW, un ministère nouvellement créé. Dans le précédent ministère, le DPE rivalisait avec le tout puissant programme de décentralisation du gouvernement, mais le nouveau ministère devait s'atteler à établir des bureaux, à identifier des priorités et affecter des ressources. En outre, la politique originale ne précisait pas la nomination d'un coordonnateur du DPE par ministère de la Santé et des Services sociaux; par conséquent, la contribution de ce ministère a pris du retard.

Une coordination multisectorielle est difficile à réaliser. Les agences qui mettaient en œuvre la politique ont continué à fonctionner de façon sectorielle, selon le principe de communication verticale entre les niveaux nationaux, régionaux et locaux au sein des ministères de tutelle.

Le comité national du DPE, qui a reçu la responsabilité de superviser l'élaboration et la mise en œuvre de la politique, n'avait pas de secrétariat suffisamment développé pour servir le comité. Sans budget approuvé et en l'absence de plan à suivre et discuter, la plupart des ministères se sont fait représenter par des fonctionnaires subalternes sans aucun pouvoir de décision. Le MGECW a reconnu la nécessité de faire de ce comité un organe de coordination efficace et est conscient maintenant

qu'il doit jouer un rôle plus important pour diriger et coordonner tous les acteurs concernés.

## Conclusion

En général, le processus de développement et de mise en œuvre des politiques de DPE dans les trois pays étudiés présente des similitudes au niveau des situations existant avant la politique, similitude des facteurs qui ont déclenché l'élaboration de la politique et les aspects du processus d'élaboration, dans l'essentiel du contenu des documents de la politique et dans les difficultés de réalisation. La situation actuelle de chaque pays diffère quelque peu cependant, et on discerne une certaine diversité dans les leçons apprises ; toutefois dans l'ensemble, ils fournissent des indications intéressantes pour les autres pays.

Historiquement, les politiques de DPE ont été élaborées suite à la prise de conscience des insuffisances des systèmes hérités de la période coloniale n'avaient rien d'holistique et étaient principalement, imposés et truffés d'inégalités entre groupes sociaux. Cette prise de conscience, ainsi que la législation nationale et les obligations internationales visant à améliorer la vie des jeunes citoyens, ont incité l'initiation des politiques actuelles dans les trois pays.

Les processus d'élaboration des politiques ont été remarquablement similaires. Le point de départ était l'organisation d'un séminaire national pour faire connaître le sort des jeunes enfants et la nécessité d'améliorer leur situation. Cette prise de conscience fut suivie par la nomination de groupes de travail pour effectuer le travail préparatoire—rechercher les services de consultants pour la rédaction des avant-projets puis soumettre ceux-ci à l'examen des acteurs pour en garantir la qualité, la participation, et l'appropriation—et enfin, l'approbation par le gouvernement précédant la réalisation.

Les pays qui envisagent d'élaborer des politiques similaires noteront que les processus n'allaient pas sans contretemps. Ils devront surmonter des retards prolongés dus à des facteurs comme la longueur de la rédaction de l'avant-projet, l'indécision sur le choix du secteur chargé de la coordination de la politique, les révisions constantes du projet par les intéressés, les changements d'orientation, le temps nécessaire pour atteindre un consensus et établir un réseautage, sans oublier les changements dans l'administration publique. Comme à Maurice et en Namibie, les anciennes politiques devront être mises à jour de temps en temps pour s'adapter aux réalités et exigences du moment.

Le contenu principal des politiques actuelles de DPE, clairement mis en évidence dans les trois pays, est la notion opérationnelle internationalement reconnue de développement holistique et intégré de tous les jeunes enfants de 0 à 8 ans. Le cadre institutionnel, les rôles et les responsabilités des différents secteurs clés, les mécanismes de mise en œuvre et les coûts et les implications financières ont également fait l'objet d'attention.

La mise en œuvre de la politique a commencé et se poursuit dans les trois pays. Sur le plan institutionnel, les comités nationaux de coordination ont été mis en place avec la participation de représentants des ministères concernés, des départements et organismes de conseils, et ils dirigent le fonctionnement du DPE. Les actions concrètes qui doivent faire progresser le DPE sont le renforcement des capacités des prestataires de soins, des parents et des institutions impliquées dans son fonctionnement; la promotion d'un dialogue permanent entre acteurs ; l'élaboration des curricula; les recherches pour l'améliorer; et le suivi & évaluation.

L'état d'avancement du développement et de la mise en œuvre de la politique de DPE dans les trois pays est encourageant. Au Ghana, elle est maintenant bien en place, avec un comité national de coordination et un secrétariat bien établis et des efforts sont en cours pour promouvoir le DPE sur l'ensemble du pays. En île Maurice, les cadres institutionnels et législatifs sont en place et les indicateurs sont encourageants, malgré des déséquilibres dans le paysage du DPE. La Namibie a mis à l'essai la politique de DPE approuvée par le gouvernement depuis un certain temps déjà, elle a identifié les domaines qui doivent être renforcés, et elle a révisé et finalisé la politique en vue de son adoption par le parlement.

Un proverbe ghanéen dit que lorsqu'un orphelin se trouve quelque part où un père conseille son enfant, l'orphelin ouvre toutes grandes ses oreilles pour son propre bien. Les pays qui souhaitent élaborer et mettre en œuvre une politique de DPE tireront les leçons suivantes de l'expérience du Ghana, de l'île Maurice et de la Namibie. Tout d'abord, ils retiendront que sensibiliser l'opinion publique sur le sort des jeunes enfants en organisant un séminaire rassemblant toutes les parties intéressées est un point départ efficace pour l'élaboration de la politique de DPE. Deuxièmement, qu'impliquer tous les acteurs à tous les niveaux du processus d'élaboration du DPE assure un engagement actif, l'appropriation, l'intérêt, et une participation positive aux efforts pour le mener à bien. Troisièmement, que l'utilisation des résultats de la recherche comme base pour l'élaboration de la politique de DPE est indispensable.

Quatrièmement, qu'il est important d'anticiper les facteurs qui peuvent entraîner des retards, ceux-ci peuvent être, le choix d'un organe de coordination, le soutien financier, et les changements ministériels, et de trouver des solutions pour les éviter.

En conclusion, la plupart des jeunes enfants en Afrique, en particulier dans les communautés défavorisées, n'ont pas connu d'améliorations de leur développement holistique pendant trop longtemps. Malheureusement, les politiques pour remédier à cette situation sont rares et dispersées. Ce chapitre décrivant les expériences au Ghana, en île Maurice, et en Namibie est une contribution positive pour montrer ce qui peut être fait sur le continent.

## Références

- Dalais, C. 1978. *Survey of Needs in the Pre-Primary Sector of Education*. New York: UNICEF.
- Dalais, C., C. Landers, and P. Fuertes. 1996. *Early Childhood Development Revisited: From Policy Formulation to Program Implementation*. New York: UNICEF.
- Evans, J. L. 1997. *Early Childhood Development: The Formulation of National Policy*. New York: UNICEF.
- Evans, J. L., avec R. G. Myers, and E. M. Ilfeld. 2000. *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington, DC: World Bank.
- Ghana. 1992. *The Constitution of the Republic of Ghana*. Accra: Ghana Publishing Corporation.
- . 1998. *The Children's Act. Act No. 560*. Accra: Ghana Publishing Corporation.
- . 2004. *Early Childhood Care and Development Policy*. Accra: Ministry of Women and Children's Affairs.
- Gopalan, S. 1997. *Early Childhood Development: Policy, Strategies, and a Program for Action*. New York: UNICEF.
- Mauritius. 1976. *National Development Plan 1975–1980*. Port Louis: Government Printer.
- . 1998. "National Early Childhood Development Policy Paper." Ministry of Women, Family Welfare, and Child Development.
- . 2003. *National Policy for Children—A Republic Fit for Children*. Port Louis: Ministry of Women's Rights, Child Development, and Family Welfare.
- . 2004. *National Policy for Children, National Plan of Action*. Port Louis: Ministry of Women's Rights, Child Development, and Family Welfare.

- . 2005. "Government Program 2005–2010." Address to Parliament by the President of the Republic. Port Louis: Government Printer.
- Myers, R. 1992. *The Twelve Who Survive: Strengthening Programs of Early Childhood Development in the Third World*. London: Routledge.
- Namibia. 1990. *The Constitution of the Republic of Namibia*. Windhoek: Ministry of Information and Broadcasting.
- . 1996. *National Early Childhood Development Policy*. Windhoek: Ministry of Regional, Local Government and Housing (MRLGH).
- . 2003. *Population and Housing Census, 2001*. Windhoek: National Planning Commission.
- . 2004. *Draft Integrated Early Childhood Development Policy*. Namibia: Ministry of Gender Equality and Child Welfare (MGECW).
- . 2005. *National Integrated Early Childhood Development Policy (Draft)*. Windhoek: Ministry of Gender Equality and Child Welfare (MGECW).
- Namibia. Ministry of Basic Education and Culture. 1993. *Toward Education for All: A Development Brief for Education, Culture, and Enveloppeing*. Windhoek: Gamsberg MacMillan.
- Organization of African Unity. 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Jour d'accès en ligne Août 27, 2006, <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/afchild.htm>.
- Torkington, K. 2001. *WGECD Policy Project: A Synthesis Report*. Paris: ADEA/Netherlands Ministry of Foreign Affairs.
- Torkington, Kate, and Margaret Irvine. 2000. *Review of Namibia's Early Childhood Development Policy and Its Implementation, A Case Study*. The Hague: ADEAWGECD.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2000a. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Senegal, April 26–28. Paris: UNESCO.
- . 2000b. *NGO Declaration on Education for All*. Jour d'accès en ligne Août 27, 2006, [http://www.unesco.org/education/efa/wef\\_2000/cov\\_ngo\\_declaration.shtml](http://www.unesco.org/education/efa/wef_2000/cov_ngo_declaration.shtml).
- Vargas-Barón, E. 2005. *Planning Policies for Early Childhood Development: Guidelines for Action*. Paris: ADEA, UNICEF, and UNESCO.

## CHAPITRE 10

# Planification participative des politiques de DPE en Afrique de l'Ouest francophone

**Emily Vargas Baron**

C'est en Afrique subsaharienne (ASS) que les défis et les opportunités du développement de la petite enfance (DPE) sont les plus grands. Il est universellement reconnu que l'ASS dispose de statistiques désastreuses sur le DPE. Moins souvent perçues sont les capacités impressionnantes des spécialistes africains du DPE qui se battent pour améliorer la survie et le développement des enfants dans la région. Un groupe croissant de leaders et de spécialistes africains dévoués au DPE émergent dans tous les pays africains. Le brillant Tamsir Samb a dirigé le dialogue politique sur le DPE au Sénégal. Il était fervent partisan de la consultation au niveau communautaire, là où les besoins dramatiques des enfants et des familles sont les plus évidents. De plus en plus, les dirigeants africains élaborent des politiques ou des cadres de politique de DPE<sup>1</sup>. Bien que des progrès remarquables aient été accomplis, il reste encore beaucoup à faire pour garantir que tous les enfants africains réalisent leur potentiel.

Ce chapitre décrit brièvement un projet de planification de politique de DPE mené en collaboration au Burkina Faso, en Mauritanie et au

---

Cet article est dédié à la mémoire de Tamsir Samb, chercheur pour l'éducation au Sénégal.

Sénégal. Il présente les leçons apprises dans le but d'aider les équipes de planification dans d'autres pays, et enfin, il traite de certains défis à venir pour la planification des politiques de DPE en ASS.

### **Le projet des trois pays**

Le domaine de la planification des politiques de DPE en ASS a véritablement vu le jour quand l'étude conduite par Colletta et Reinhold (1997) a révélé que seuls quatre pays d'ASS inscrivaient des fonds pour le DPE dans leur budget—et ces investissements étaient très faibles. La septième Conférence des ministres de l'Éducation des États membres d'Afrique (MINEDAF VII) en 1998 a exhorté les nations d'ASS à élaborer des politiques de DPE (UNESCO 1998). Le Cadre d'action de Dakar a appelé toutes les nations à préparer les plans d'action de l'Éducation pour tous (EPT), et le DPE faisait partie intégrante des plans de l'EPT (UNESCO 2000). Toutefois, l'année suivante, l'étude de Torkington (2001) révélait qu'en ASS, seules la Namibie et l'île Maurice avait adopté des politiques de DPE. En 2002, la Déclaration d'Asmara sur le développement de la petite enfance a encouragé les pays de l'ASS à élaborer des politiques de DPE dans les stratégies nationales de développement et à mener des processus de planification participative, intersectoriels, et culturellement appropriés dirigés par les pays (Asmara Declaration 2002). Il était clair que les pays africains seraient confrontés à des défis majeurs alors qu'ils cherchaient à élaborer des politiques de DPE et des plans nationaux d'action de DPE (PNAD) solides, adaptés à la culture, et réalisables (Pence 2004).

### ***Collaboration entre les organismes***

La plupart des bailleurs de fonds internationaux qui soutiennent la planification des politiques de DPE en ASS sont de plus en plus conscients qu'ils doivent travailler ensemble pour faire progresser le domaine. En 1999, le Groupe de travail sur le développement de la petite enfance (GTDPE) de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) a décidé de concentrer ses activités sur la planification des politiques de DPE avec trois stratégies principales: la recherche, la sensibilisation, et le renforcement des capacités. Parallèlement, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a encouragé le GTDPE et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) à collaborer pour répondre aux demandes de soutien technique pour la planification des politiques de DPE de la part de trois nations



francophones : le Burkina Faso, la Mauritanie et le Sénégal. Le « Projet d'appui à la planification des politiques nationales du Développement de la petite enfance dans trois pays d'Afrique de l'Ouest » allait de juin 2002 à novembre 2003, avec un soutien informel en 2004 (UNICEF 2003b). Les Pays-Bas ont accordé une subvention au GTDPE pour un appui technique ; le bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique centrale et occidentale et ses bureaux dans chaque pays fournirent le soutien aux équipes de planification, aux ateliers de formation, aux consultants nationaux, et aux réunions de consultation et de consensus. L'UNESCO s'est chargé de l'appui technique et des voyages. L'étude de Torkington (2001) sur les expériences des politiques de DPE au Ghana, en île Maurice et en Namibie a révélé les défaillances des premiers efforts de politique de DPE en ASS, et a fait des suggestions utiles pour les futurs projets de planification. (Voir le chapitre 9 de ce volume.) Une revue de la documentation sur le DPE a révélé qu'il existait très peu de conseils techniques pour la planification des politiques dans ce domaine intersectoriel complexe. Le présent auteur, qui fut le consultant international du projet des trois pays, a donc identifié les enseignements tirés du projet et d'expériences de planification de DPE sur le continent américain, en Australie, en Europe, et au Moyen-Orient, qui se sont soldés par la publication de *Planning Policies for Early Childhood Development: Guidelines for Action* (Planifier les politiques de développement de la petite enfance : Lignes directrices pour l'action) (Vargas-Barón 2005).

### **Défis**

Le Burkina Faso, la Mauritanie et le Sénégal doivent faire face à de nombreuses difficultés pour réaliser un bon programme de développement de l'enfant, de leur écologie jusqu'à la fragilité de leurs systèmes de gouvernance, d'éducation, de santé, d'hygiène et de développement économique. Pour être efficaces, les politiques de DPE doivent englober les secteurs de l'éducation, de la santé, de la nutrition, de l'hygiène et de la protection sociale et doivent couvrir la période allant de la grossesse de la mère à la huitième année de l'enfant.

Les défis conceptuels et méthodologiques inhérents à la maximisation des investissements du DPE dans des situations d'extrême pauvreté sont sérieux. Dans le meilleur des cas, il est difficile d'arriver à un consensus entre les défenseurs de l'éducation et des soins prénataux, des programmes de la parentalité, des services intégrés aux enfants de la naissance à l'âge de 3 ans, de l'éducation et des services de soins et d'aide en centre ou à domicile, de l'hygiène, des établissements préscolaires et

de la transition vers l'école primaire. En outre, dans de nombreux pays d'ASS, le DPE était devenu synonyme d'éducation préscolaire. Compte tenu des préjugés sur son coût, de la faible couverture du programme, et de l'importance accordée à l'enseignement primaire universel, de nombreux pays d'ASS ont négligé le DPE. Les enfants de la naissance à l'âge de 3 ans étaient considérés comme la responsabilité des familles élargies et de leurs communautés ; peu de programmes ont été élaborés pour cette période cruciale. Bien que certains services de santé et de nutrition aient ciblé ce groupe d'âge, peu de pays avaient investi dans le parentage, la stimulation psychosociale et les services d'intervention de la petite enfance (IPE) pour les enfants souffrant d'un retard de croissance ou les enfants handicapés.

On constate des taux élevés de mortalité infantile (nouveau-nés, nourrissons, enfants en bas âge), d'insuffisance pondérale à la naissance et de mortalité maternelle dans toute la région. Il n'est pas étonnant que 35% à 45% des enfants de l'Afrique occidentale souffrent de mauvaise santé chronique, de maladies endémiques, de malnutrition et de retards de croissance. Si les retards de croissance ne sont pas renversés au cours des premières années, ces enfants auront des résultats scolaires insuffisants, redoubleront, et finiront par abandonner leurs études. L'incidence des orphelins et des enfants touchés par le VIH/SIDA, des guerres et des catastrophes naturelles est en augmentation rapide.

La violence familiale, le mauvais traitement et la négligence des enfants, les enfants mendiants et les enfants handicapés sont partout. L'insuffisance des lois et des structures juridiques qui devraient assurer la protection des femmes enceintes et des jeunes enfants entrave l'application des quelques dispositions de protection qui existent. La région en général manque de systèmes de formation adéquats pour les éducateurs des parents ; les spécialistes de la santé, de la nutrition, et de l'IPE ; les enseignants du préscolaire ; et les gestionnaires de DPE de niveau intermédiaire. Pour relever ces défis spectaculaires, il sera nécessaire d'élaborer des programmes et de prendre des dispositions institutionnelles pendant de nombreuses années. La planification des politiques de DPE n'est que la première étape d'un long voyage en vue d'améliorer le développement des enfants vivant dans l'extrême pauvreté.

L'objectif principal du projet était d'aider les nations à élaborer des politiques de DPE ou des cadres de politiques susceptibles d'apporter une augmentation des ressources pour fournir des services de qualité aux femmes enceintes et aux enfants de la naissance à l'âge de 8 ans. Il fallait élaborer ces politiques suivant un système participatif qui entraînerait

une appropriation locale forte. Les politiques devaient être globales, culturellement appropriées et équitables tout en mettant l'accent sur les enfants vulnérables et ignorés. Elles devaient établir le cadre structurel d'une bonne coordination et encourager une approche intégrée du programme là où cela serait possible.

### ***Objectifs et résultats attendus du projet***

Le projet consultatif visait à renforcer les connaissances et développer de nouvelles approches pour une utilisation future en ASS et d'autres régions du monde. Le projet avait les principaux objectifs suivants :

- aider les pays à préparer un système de planification et une politique de DPE;
- renforcer les réseaux, le développement de partenariats, et le dialogue politique parmi les professionnels, les communautés, les organisations non gouvernementales (ONG), les gouvernements, les partenaires internationaux, et les autres acteurs ;
- introduire de nouvelles compétences méthodologiques et analytiques pour l'analyse et l'élaboration d'une politique de DPE et renforcer les capacités pour la planification d'une politique nationale ; et
- identifier les domaines stratégiques pour la sensibilisation, la mobilisation publique et politique, le renforcement des capacités, et l'augmentation des ressources pour le DPE en ASS.

Les résultats suivants devaient être atteints :

- les équipes nationales devaient préparer des politiques de DPE complètes et intégrées;
- un réseau sous-régional devait être établi par le biais d'ateliers communs pour le projet ;
- un rapport final devait être établi et largement diffusé ; et
- on devait apporter des idées pour l'élaboration de directives pour la planification de politiques de DPE.

Tous les objectifs et les résultats ont été atteints et, en ce qui concerne les outils de planification, ils ont été dépassés.

### ***Les activités et les structures du projet***

Le consultant a travaillé habituellement avec deux pays à la fois pour les aider à structurer leurs processus de planification des politiques, établir

une approche participative avec les acteurs principaux, créer des équipes et des comités de planification, préparer des plans de travail, élaborer des analyses de situation, établir un plan de consultations sous nationales, préparer des projets de politiques de DPE et des PNAD, et prendre des mesures pour atteindre le consensus. Au cours de trois ateliers sous-régionaux, les équipes de planification ont présenté les progrès et les difficultés rencontrés, engagé le dialogue et la résolution de problèmes, reçu une formation technique et révisé leurs plans de travail.

Les analyses de situations étaient détaillées et novatrices, couvrant le statut et les besoins des enfants, l'identification des ressources et les analyses des politiques de DPE. Outre la présentation de statistiques importantes, les analyses exposaient les points forts des communautés, les idéaux culturels et les pratiques éducatives parentales en Afrique, afin que les politiques de DPE soient bien enracinées dans les réalités africaines. Les principaux résultats des consultations ont été intégrés dans chaque politique. Des efforts concertés ont été faits afin que les politiques soient soigneusement alignées sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), les Documents stratégiques de lutte contre la pauvreté (DSRP) nationaux, les plans de l'EPT et les politiques et plans sectoriels pertinents.

Dans chacun des pays, le président ou le premier ministre a soutenu la mise en place de la politique de DPE, et un ministère a été officiellement désigné pour diriger le processus. Aucun des états n'a donné la responsabilité de mener la planification des politiques de DPE aux ministères de la santé ou de l'éducation. Au Burkina Faso, la direction a été déléguée au ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale. Même si ce ministère n'avait pas un grand budget pour les enfants, il a d'abord obtenu la collaboration d'autres ministères. Cette collaboration s'est effondrée à la fin du projet. En Mauritanie, la Division de la famille et du développement des enfants du Secrétariat pour l'Amélioration de la condition de la femme a conduit la planification des politiques. La participation d'autres ministères a été obtenue après une campagne de sensibilisation et de consultations considérable. Au Sénégal, le ministère de la Famille et de l'Enfance a d'abord conduit la planification de la politique, mais par la suite, son mandat et son nom ont été modifiés, et la responsabilité est passée à l'Agence nationale de la case des tout petits qui gère le programme national préscolaire du Président Wade.

Il y avait une large participation des acteurs grâce aux consultations dans tout le pays qui incluaient les parents, les membres des communautés, et des spécialistes nationaux dans les domaines de la santé, la nutrition, l'hygiène, l'éducation, la morale, la protection, les droits des

enfants et des femmes, la planification nationale, les finances, les statistiques, et autres domaines, en fonction des priorités nationales. Les acteurs incluait tous les organismes gouvernementaux et la société civile, organisations communautaires, ONG, instituts, universités, organisations confessionnelles, syndicats, entreprises et autres organismes privés qui servent les jeunes enfants et les parents. Outre les réunions au niveau national, de 8 à 16 consultations sous-nationales ont été organisées dans les communautés et les sous-régions géographiques ou culturelles afin d'identifier les problèmes et les besoins au niveau local, de trouver des idées, et de mobiliser un large soutien pour les politiques de DPE. Le ministère chargé du processus a invité les partenaires internationaux, ONG, associations, universités et fondations à soutenir le processus de planification et surtout les consultations au niveau sous-régional. À la conclusion des consultations, des projets de politiques ont été préparés et circulés et de nombreuses réunions pour obtenir un consensus ont été tenues.

Chacune des politiques de DPE comprend les éléments suivants : une vision pour les enfants de la nation ; des principes, buts et objectifs fondamentaux pour le DPE ; des stratégies et des programmes essentiels ; un plan de formation ; un plan de communication et de promotion des politiques ; un plan pour l'évaluation de la politique, la recherche, et le suivi ; une structure organisationnelle ; et un plan de coordination pour la mise en œuvre de la politique à tous les niveaux. Bien que tous les pays aient été encouragés à présenter un plan financier général, seul la Mauritanie l'a fait. Les équipes de planification comportaient plusieurs des plus grands spécialistes de DPE dans chaque pays. Chaque membre des équipes a beaucoup appris sur le statut des enfants et acquit de nouvelles idées sur la façon de maximiser les ressources de DPE. Le projet a motivé les spécialistes de DPE à faire des contributions innovantes et a permis d'identifier de nouveaux leaders et de jeunes professionnels prometteurs en matière de DPE. Dès avant l'achèvement des politiques, les discussions politiques avaient commencé à avoir des impacts sur les stratégies et les programmes nationaux de DPE. De nouveaux partenariats ont été créés entre les institutions nationales et des donateurs internationaux qui promettent de donner des résultats positifs pour améliorer l'état des jeunes enfants en Afrique de l'Ouest.

Deux des nations ont officiellement complété et adopté avec succès des politiques complètes de DPE. Le Burkina Faso n'a pas encore adopté ses politiques de DPE, et a continué à réviser et réduire son projet initial. En revanche, la Mauritanie a préparé son PNAD en même temps que sa

politique, mais le PNAD du Sénégal n'était pas achevé lors de la rédaction de ce chapitre. La Mauritanie et le Sénégal ont commencé la mise en œuvre de leurs politiques nationales de DPE et de nombreux décideurs considèrent maintenant le DPE comme un élément essentiel de la planification du secteur social. De nombreuses promesses ont été faites pour augmenter l'investissement national dans le DPE, mais les changements dans le financement de programmes n'ont pas été encore évalués. Dans les années à venir, il sera important d'évaluer les résultats et les flux budgétaires des politiques de DPE dans les trois pays.

### **Quelques leçons apprises sur la planification des politiques de DPE en Afrique**

À la fin du projet, un atelier régional a été organisé pour présenter les activités du projet et partager des informations sur la planification des politiques. Les recommandations et un rapport général de l'atelier ont été préparés et largement diffusés.

*La flexibilité est essentielle dans la structuration des processus de la planification des politiques de DPE*—La politique de DPE de chaque nation doit répondre à ses propres besoins, ses cultures et ses institutions. Les traditions de la planification des politiques varient considérablement en Afrique de l'Ouest et même entre ministères d'un même pays ; on constate, par exemple, des différences dans les formes de politiques, les idéologies, les styles de leadership, les cultures institutionnelles, les relations interministérielles, les procédures de réunion, les méthodes pour atteindre le consensus et les processus de décisions. Même si le contenu des politiques et les traditions diffère d'un pays à l'autre, les processus d'une planification réussie sont similaires. Le système de planification participative a été largement reproduit dans de nombreux pays dans le monde. Lorsque les pays entament la préparation de leur politique de DPE, il est utile de donner aux équipes de travail des directives sur le processus et des options pour structurer leurs intentions. Parce que les options de la politique sont tellement sensibles et que les politiques doivent être établies de manière flexible dans le contexte national, les spécialistes de la planification doivent se garder de simplement donner des exemplaires des politiques de DPE et de PNAD d'autres pays et de recommander de préparer des documents similaires. Les processus de développement d'une politique de DPE peuvent être plus importants que les documents eux-mêmes.

***La planification participative des politiques de DPE est une réussite en Afrique de l'Ouest francophone***—Certains pensent que la planification centralisée est tout ce qu'on peut attendre de la région de l'Afrique de l'Ouest. Jusqu'à tout récemment, de petites équipes de spécialistes de la planification, assis dans les bureaux ministériels, préparaient la plupart des documents de la politique. Le projet a démontré que la planification participative, avec de larges consultations pour l'élaboration des politiques de DPE, est non seulement possible en Afrique mais qu'elle a aussi très bien réussi. Les responsables ouest africains du DPE ont rapidement appris, appliqué et favorisé l'approche participative. Pour parvenir à ce succès, le ministère dirigeant le projet a accepté d'inclure une large participation des acteurs et a organisé des consultations dans tout le pays.

***Il faut régulièrement insister sur l'approche intégrée et l'alignement des politiques***—En fonction des mandats ministériels et des préférences personnelles, la tendance dans les équipes de planification était à se concentrer d'abord exclusivement sur certains problèmes concernant les enfants et la famille. On doit les encourager à inclure tous les domaines et à aligner les politiques de DPE sur les approches sectorielles et intersectorielles, telles les DSRP, les stratégies pour les OMD, et les plans de l'EPT. Dans la mesure du possible, les politiques de DPE doivent renforcer et harmoniser les autres politiques intersectorielles et sectorielles. Toutefois, la politique de DPE ne se limite pas seulement au renforcement ou à l'harmonisation des dispositions d'autres politiques et d'autres plans. Elles doivent établir de nouvelles stratégies, des programmes, des processus de coordination et des structures organisationnelles afin de s'assurer que les enfants vulnérables soient servis.

***La phase I est la période cruciale de la planification des politiques de DPE***—Si le cadre organisationnel et les plans de travail pour l'élaboration de la politique ne sont pas bien structurés, dès le départ l'équipe de planification se heurtera à des obstacles importants pour réaliser ses objectifs. Dans chaque pays l'équipe a rencontré des difficultés pour choisir ses membres et pour obtenir l'engagement de chacun d'entre eux à participer à un effort collectif. Dans un cas, certains membres s'attendaient à recevoir une rémunération et d'autres avantages, tandis que d'autres avaient compris qu'ils devaient effectuer les travaux de planification dans le cadre habituel de leurs responsabilités professionnelles. Contrairement à ce qui peut se passer pour certains projets de planification soutenus par

les bailleurs de fonds internationaux, il n'y avait ni salaires ni honoraires élevés. Les attentes, les rôles et les conditions financières doivent être clarifiés dès le début pour éviter les malentendus. Les dispositions pour le détachement du personnel et les arrangements avec les consultants doivent être contractuelles et transparentes.

***Les analyses de la situation révèlent les besoins dramatiques des enfants et contribuent à sensibiliser tout le monde***—Les analyses de situation ont fourni des données de base essentielles pour l'élaboration et l'évaluation de la politique et ont mis au jour les obstacles au développement de l'enfant. Ces toutes premières études nationales sur la situation et les besoins des filles et des femmes enceintes, ceux des nourrissons, des jeunes enfants, et des familles ont une grande valeur et méritent d'être publiées. Les analyses ont aidé les décideurs et les citoyens à comprendre les besoins des enfants vulnérables et de leurs parents et elles ont aidé les équipes de planification à choisir les objectifs, les stratégies et les indicateurs pour la politique.

***Un temps suffisant doit être alloué au processus de planification du DPE***—Les processus de planification de politiques qui adoptent l'approche intégrée ont beaucoup de valeur, mais ils sont complexes et demandent beaucoup de temps. Les pays sans expérience dans la planification intersectorielle, en particulier, vont devoir faire face à des obstacles majeurs. La planification d'une politique de DPE est extrêmement utile, mais la méthode participative est complexe et demande beaucoup de temps. Les nations qui n'ont pas l'expérience de la planification cross sectorielle rencontrent de très grandes difficultés. Il faut du temps pour planifier, mener des consultations efficaces, rédiger les projets et obtenir consensus et soutien. Parce que les organismes gouvernementaux et les ONG nationales doivent en même temps faire face à de nombreuses difficultés, souvent elles manquent de personnel hautement qualifié et elles sont tiraillées entre la planification de la politique et les activités des programmes. Il faudrait prévoir entre un an et 18 mois pour la planification, mais ce n'est pas du temps perdu. Les participants apprennent beaucoup et appliqueront leurs nouvelles connaissances lors de la mise en œuvre de la politique.

***Il est essentiel de donner une formation pour la planification de la politique de DPE***—Beaucoup de dirigeants en Afrique de l'Ouest sont informés sur l'éducation préscolaire, mais ils ignorent l'importance d'investir



dans les enfants de la naissance à l'âge de 3 ans, les programmes de parentage et les services de l'IPE. La plupart des dirigeants n'ont pas été impliqués dans la planification participative ou intersectorielle de la politique et n'ont généralement pas suffisamment d'informations sur les besoins des enfants vulnérables. Ce sont ces raisons parmi d'autres qui plaident en faveur d'une formation sérieuse. Au minimum, la formation doit porter sur les résultats des recherches sur le développement des enfants, les processus de planification de DPE, les approches intégrées au DPE, et les méthodes de consultation.

***La mise en œuvre des politiques doit commencer au cours de la période de planification***—Un seul des trois pays a élaboré un PNAD et une seule politique de DPE contient un plan financier—et c'est celle du pays qui a un PNAD. Si les nations ne préparent pas de PNAD pendant la planification, la mise en œuvre de la politique risque d'être lente. Les nations qui n'ont pas de PNAD efficace ni de consensus général sur l'importance d'investir dans les enfants pourraient aussi manquer des ressources nécessaires pour réaliser la politique. Un fort soutien politique est requis pour mettre en place les unités qui seront chargées de la mise en œuvre de la politique, de sa promotion, de la planification et d'évaluer l'élaboration du programme intersectoriel.

***Il est difficile d'obtenir le soutien d'un large éventail de donateurs pour la planification de la politique de DPE***—En général, il est relativement facile de créer une coalition d'institutions nationales pour planifier la politique, mais il faut beaucoup se démener pour mettre en place une coalition de donateurs qui vont financer les dépenses de planification. Deux des pays n'ont pas été en mesure de respecter leur calendrier de consultations faute de financement diversifié adéquat. Ils ont finalement atteint leurs objectifs, mais après un temps d'arrêt nécessaire pour obtenir des fonds supplémentaires. Les agences et les institutions peuvent s'associer pour aider les pays à mener la planification. L'ADEA, l'UNICEF et l'UNESCO ont réussi à attirer d'autres organismes internationaux et des ONG comme partenaires de la politique.

Cette approche collaborative a permis d'obtenir un soutien diversifié pour la mise en œuvre des politiques. Les partenariats aident aussi à coordonner l'assistance des donateurs et à promouvoir la transparence et la justification de l'emploi des fonds. L'appui financier des donateurs à la planification de la politique de DPE et du PNAD contribue à surmonter leurs réticences à investir dans le DPE.

***Gardez-vous des pressions de transformer un programme national de DPE en politique de DPE***—De nombreux dirigeants en Afrique de l'Ouest ne font pas la différence entre politique et programme. Ils voulaient ramener la politique nationale de DPE aux objectifs et activités du programme. Certains donateurs affichaient une attitude semblable car ils souhaitaient promouvoir les programmes qu'ils avaient financés. Il faudra prévoir cette possibilité et y remédier par la formation et l'encadrement au début et à plusieurs reprises en cours de planification.

***Il est essentiel d'avoir des stratégies de formation, de communication, de sensibilisation et d'évaluation***—La plupart des politiques de DPE élaborées avant ce projet ne possédaient pas de plans de formation, de communication sociale, de sensibilisation, d'évaluation de la politique, ni de révision annuelle du PNAD. Stratégie et plan de formation sont essentiels pour le renforcement des capacités dans le du DPE. Des plans de communication et de formation pour l'éducation et la sensibilisation des communautés sont nécessaires pour atteindre les objectifs de la politique. Les représentants des médias nationaux et les groupes de relations publiques doivent participer aux activités de planification afin d'obtenir leur soutien au plan de communication et de mise en œuvre de la politique. Des systèmes de suivi & évaluation étant nécessaires à la responsabilisation de la politique, on veillera aussi à inclure dans l'équipe de planification des membres des services nationaux de planification, des instituts et des universités.

***La qualité des politiques de DPE peut être renforcée par des partenariats avec d'autres pays***—Des synergies importantes peuvent naître des dialogues et des échanges sous-régionaux au cours de la planification de la politique de DPE. Des ateliers de formation rassemblant les équipes des pays ont renforcé le leadership national et ont consolidé le sentiment d'appropriation de la politique. Les pays ont accompli plus parce qu'ils ont validé leurs efforts réciproques, discuté des activités et se sont entraînés pour résoudre les problèmes difficiles. La compétition positive pour exceller a maintenu la motivation dans chaque équipe et permis de lier de nouvelles relations professionnelles. Il faut donc encourager les pays voisins à travailler en équipe lorsqu'ils préparent leur politique de DPE.

***On doit encourager les pays à observer comment les autres réalisent la planification de leur politique***—En plus de s'associer avec eux, les pays devraient organiser des visites d'étude dans les pays voisins qui préparent leur politique de DPE. Pendant le projet, le Tchad et le Niger ont été

invités à participer au troisième atelier régional de formation en Mauritanie. Cette participation les a incités à réorienter certaines de leurs méthodes de planification. La conférence de l'UNICEF tenue à Dakar pour 14 nations d'Afrique centrale et orientale leur a donné des outils et leur a fait partager les expériences d'autres pays. Des réunions régionales sur les politiques de DPE peuvent contribuer à inspirer, motiver et guider les pays ; cependant, une assistance plus approfondie est requise (UNICEF 2003a).

### **Défis à venir pour les politiques de DPE**

L'engagement et le travail acharné des équipes de planification ont permis de dépasser les objectifs du projet. Toutefois, ces pays et d'autres en ASS doivent faire face à des défis majeurs. L'incertitude politique, la faim, la maladie et la pauvreté continuent de les frapper. Pour l'instant, les investissements dans le DPE ne semblent pas avoir considérablement augmenté, mais il y a des indices encourageants d'une plus grande attention accordée à l'amélioration du développement des enfants. Si la situation des enfants ne s'améliore pas, la planification de la politique de DPE est un coup d'épée dans l'eau. Les nations doivent se renforcer, mais le suivi n'a pas été intégré dans le plan du projet. L'établissement d'une politique de DPE ou d'un cadre pour celle-ci est une première étape, mais ce n'est que le début d'un effort de longue haleine pour améliorer et étendre les services aux enfants vulnérables.

Une fois les politiques de DPE établies, les partenaires internationaux doivent continuer à apporter un solide appui technique et financier. Il faudrait organiser des forums nationaux de DPE et des Journées de l'enfant chaque année, et tous les dirigeants de l'administration et de la société civile impliqués dans la mise en œuvre de la politique de DPE devraient y participer. Les partenaires internationaux doivent participer activement aux réunions nationales des donateurs et soutenir la révision annuelle du PNAD. Il faut aussi convoquer des réunions régionales et sous-régionales pour encourager l'augmentation des investissements nationaux dans le DPE et garantir la responsabilisation et évaluer chaque année les réalisations dans chaque pays. Il faut rappeler fréquemment aux dirigeants nationaux les attentes internationales relatives à la réalisation de la politique de DPE et établir un « Bulletin des résultats » annuel d'évaluation de la politique et du programme.

Le regretté Tamsir Samb, qui vient de nous quitter, avait consacré sa vie à l'amélioration de la vie des enfants affectés par la pauvreté extrême. Il travaillait sans relâche pour que les dirigeants communautaires aident à planifier des systèmes pour aider ces enfants. Heureusement, beaucoup

d'autres planificateurs en Afrique de l'Ouest se passionnent également pour les actions de DPE dans leur pays. Plusieurs nouveaux leaders remarquables du DPE se sont distingués au cours de la planification des politiques et je suis persuadée qu'avec le temps beaucoup d'entre eux réussiront à aider les enfants d'Afrique à survivre, à se développer et à réaliser totalement leur potentiel.

## Note

1. Dans les pays où existe une gamme étendue d'instruments au service des secteurs qui s'occupent des jeunes enfants, les cadres d'orientation permettent de relier et d'harmoniser politiques, plans, et textes de loi, de combler les lacunes et de renforcer les priorités existantes tout en créant de nouvelles.

## Références

- Asmara Declaration on ECD. 2002. Jour d'accès en ligne Août 10, 2006, [http://www.ecdgroup.com/asmara\\_declaration\\_on\\_ECD.asp](http://www.ecdgroup.com/asmara_declaration_on_ECD.asp).
- Colletta, N., and A. J. Reinhold. 1997. *Review of Early Childhood Policy and Programs in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC:World Bank.
- Pence, A. 2004. *ECD Policy Development and Implementation in Africa*. Paris: UNESCO.
- Torkington, K. 2001. *WGECD Policy Project: A Synthesis Report*. Paris: ADEA/Netherlands Ministry of Foreign Affairs.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1998. *Report of the Seventh Conference of Ministers of Education of African States (MINEDAF VII)*. Durban: UNESCO.
- . 2000. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Senegal. April 26–28. Paris: UNESCO.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2003a. "Dakar Recommendations." Regional Conference on National Policy Planning for an Integrated Approach to Early Childhood Development. October. Dakar: UNICEF/WCARO. Disponible aussi en français.
- . 2003b. *Rapport de l'atelier régional: Politiques nationales pour une approche intégrée du développement du jeune enfant*. Dakar: UNICEF/WCARO.
- Vargas-Barón, E. 2005. *Planning Policies for Early Childhood Development: Guidelines for Action*. Paris: ADEA, UNICEF, and UNESCO.

**SECTION 4**

**Programmation**



## CHAPITRE 11

# Relever le défi de répondre aux besoins des enfants de moins de trois ans en Afrique

**Kofi Marfo, Linda Biersteker, Jenieri Sagnia,  
at Margaret Kabiru**

Dans les années 1970 Robert LeVine, qui est reconnu mondialement pour sa longue expérience de la recherche en Afrique, a consacré une importante partie de sa carrière à mettre en lumière l'importance des différences interculturelles dans les normes, valeurs et croyances qui façonnent le développement des enfants lorsqu'il s'agit de parentalité et du processus plus large de socialisation. Il a formulé une hiérarchie de trois objectifs universels de la parentalité et de la socialisation à travers les cultures (LeVine 1977) : (1) rechercher et assurer la survie physique et la santé des enfants, (2) aider les enfants à atteindre l'indépendance économique, et (3) familiariser les enfants avec le différent aspect cultures et leur faire acquérir les comportements qui leur permettront d'intérioriser les valeurs fondamentales de leur propre culture et d'agir en harmonie avec elle. Ces valeurs fondamentales déterminent entre autres les concepts du bien et du mal (la morale), de l'autorité, du respect, de la spiritualité, etc. Par ailleurs, elles façonnent l'équilibre relatif entre la valorisation de l'interdépendance, des intérêts et du bien commun d'une part et l'accomplissement individuel, l'autonomie et l'intérêt personnel d'autre part.

La poursuite de ces objectifs de socialisation commence par l'éducation parentale et les premiers soins dès le plus jeune âge et se poursuit à travers divers facteurs de socialisation dont la famille élargie, la communauté, les institutions formelles (écoles, centres de soins communs ou lieux de culte), les pairs et les myriades d'autres forces dans la société qui influencent directement et indirectement le développement des enfants.

On pourrait sans risque de se tromper dire du cadre de Levine qu'il est juste une seule perspective des universaux du développement. D'autres existent qui tiennent compte des fondements biologiques du développement humain qui expliquent les nombreuses similitudes existant dans les processus et moyens de développement d'une culture à l'autre. Toutefois, les révolutions écologiques et socioculturelles ou éco culturelles dans la psychologie du développement (par exemple, Bronfenbrenner 1979; Nsamenang 1992; Vygotsky 1962) nous ont appris que les facteurs biologiques du développement humain sont eux-mêmes façonnés ou arbitrés par des variables expérientielles et contextuelles intégrées au sein des cultures.

En utilisant le cadre de Levine comme point de départ, nous avons simplement choisi de mettre l'accent sur les forces contextuelles qui influencent le développement des enfants et leurs conséquences. Dans toutes les cultures, un équilibre optimal entre les objectifs de socialisation donne aux enfants les meilleures opportunités pour un développement sain et complet. Mis à part les tâches et jalons particuliers du développement qui ne facilitent pas le transfert des connaissances sur le développement de l'enfant dans des contextes culturels extrêmement différents (par exemple, occidentaux et non occidentaux), les environnements dans lesquels s'opère le développement ne sont pas tous également dotés des ressources nécessaires pour faire face avec succès aux nombreux dangers qui menacent la survie physique et la santé optimale dans le monde contemporain. La hiérarchie des « buts universels de la socialisation » de Levine a donc des répercussions profondes sur les contextes de développement dans lesquels la survie physique et la santé des enfants sont sérieusement menacés pendant des périodes prolongées par la situation endémique des ressources limitées en infrastructure, des services de santé et autres services humains sous-développés et de la pauvreté généralisée.

Du point de vue du développement du capital humain, des menaces sérieuses et endémiques pour la survie physique et la santé mettent en danger le développement social et économique de sociétés entières. Elles créent des conditions où la famille et la communauté, les prestataires primaires de soins vont négliger les tâches d'éducation des enfants au



profit d'activités ou de comportements de protection et de survie, un compromis qui met en danger l'attention accordée à d'autres objectifs de socialisation. Dans cette perspective, on peut, au moins partiellement, justifier les initiatives de développement de la petite enfance (DPE) en Afrique par la nécessité de structures et de programmes formels qui viendront compléter les efforts de la famille et de la communauté pour s'occuper pareillement des trois objectifs de socialisation de la hiérarchie de Levine. Des initiatives de DPE centrées exclusivement sur les objectifs de socialisation visant le développement psychologique, les comportements culturels appropriés et la préparation scolaire risquent d'avoir de piètres résultats s'ils prêtent peu ou pas d'attention à la survie physique et aux besoins de santé des enfants. La survie physique et les besoins de santé sont intimement liés à la croissance et au développement optimum.

Dans ce chapitre, nous proposons que la population des enfants de moins de 3 ans donne au mouvement de DPE naissant une occasion unique de saisir la nécessité de conceptualiser les programmes et les services qui s'adresseront aux enfants d'un groupe d'âge élargi allant de la pré naissance à l'âge de 8 ans. Les cas que nous présentons pour illustrer les nouvelles politiques prometteuses et les initiatives novatrices du programme dans certains pays mettent en évidence l'approche holistique et intersectorielle qui doit être la marque distinctive de tous les programmes de DPE pour qu'une attention suffisante soit portée à une gamme plus large de facteurs de développement optimum dans les premières années.

### **Principaux enjeux: un aperçu**

Les arguments qui plaident pour que l'on s'attelle à la survie physique et aux besoins de santé des enfants africains ont été largement présentés dans d'autres sections de ce volume. Notre point de départ dans ce chapitre est que tout programme viable de DPE dans les pays d'Afrique doit, par nécessité et par principe, partir des acquis et des initiatives qui portent sur la survie, la santé et les besoins nutritionnels des enfants. Ces questions sont traitées dans d'autres chapitres, aussi allons nous nous concentrer sur les éléments de DPE qui ont trait à la stimulation du développement dans des programmes communautaires mis en place explicitement dans ce but. Nous organiserons notre aperçu des questions clés dans trois sections : (1) baser les programmes sur le développement communautaire et le renforcement des capacités, (2) encadrer la stimulation du développement au sein de contextes culturels appropriés, et (3) programmer les dimensions de la stimulation du développement.

### ***Baser le DPE sur le développement communautaire et le renforcement des capacités***

Le principe philosophique *San kofa* des Akans (Ghana) (largement exprimé en dehors de la culture comme un dicton en un seul mot, *sankofa*) est peut-être un moyen un peu mesquin d'introduire cette section. Symbolisé par l'image d'un oiseau qui se retourne pour regarder derrière lui tout en continuant à voler, le principe de *sankofa* suggère l'importance de s'inspirer des leçons, des idées ou des pratiques précieuses du passé, alors même qu'une culture se transforme et qu'on adopte de nouvelles idées et de nouvelles façons d'être. Deux héritages méritent d'être récupéré du passé si nous pensons créer et réaliser des programmes de DPE. L'héritage communautaire et collectif africain est hautement célébré, mais les fondations de cet héritage ont été ébranlées par la modernité, l'urbanisation et l'éloignement social des individus de leur patrimoine culturel et des racines ancestrales. La communauté en tant qu'unité d'organisation sociale pour le bien commun reste un atout traditionnel important mais de moins en moins exploité lors de la planification du développement dans la plupart des zones rurales africaines. Les futurs programmes de DPE doivent tirer le meilleur parti de cet atout communautaire pour reconstruire le parcours du continent en investissant dans ses plus jeunes citoyens. Une façon d'accomplir cette tâche est de se tourner vers un second héritage, plus moderne : le développement communautaire comme stratégie de construction de la nation.

Dans de nombreux pays africains, les initiatives de développement communautaire sont une caractéristique typique des efforts nationaux de développement dans l'ère de postindépendance. Ces initiatives ont utilisé des stratégies sur plusieurs fronts pour mobiliser les villages et les agglomérations pour que ceux-ci arrivent à une plus grande appropriation des activités de « modernisation » initiées et soutenues par un financement local, régional, national et international. Le rythme de ces initiatives semble avoir ralenti avec l'urbanisation croissante et le mouvement des priorités gouvernementales vers des services centralisés, gros consommateurs d'expertise, opérant au sein d'institutions et principalement dans les centres urbains. Lorsqu'ils sont planifiés et exécutés avec une collaboration et une coordination intersectorielles, les programmes de DPE pour les enfants de moins de 3 ans peuvent devenir un catalyseur pour la relance et la revitalisation des programmes communautaires sur le continent. La pensée et la planification sur lesquelles reposent les programmes de DPE doivent être conçus dans le contexte plus large d'une politique nationale de planification du développement dans laquelle construire des

communautés solides et pleines de ressources est en elle-même une priorité majeure (voir Marfo et al. 2004). Concevoir ainsi le DPE permet de considérer le développement de la petite enfance comme un processus holistique équilibré exigeant de porter une attention égale (1) aux forces qui influencent la survie physique et la santé des enfants, (2) au contexte éco culturel du développement, y compris le bien-être social des familles et des communautés et (3) au développement des compétences des enfants.

### ***Encadrement de la stimulation développementale dans des contextes culturels***

La planification de la stimulation du développement des enfants de moins de 3 ans prend une importance particulière à la lumière des connaissances largement établies que les bases biologiques et socioculturelles pour un développement optimum sont établies au cours de cette période clé (Mustard 2002; voir aussi le chapitre 4 dans ce volume). L'accord est presque universel sur l'importance de cette période de formation du développement, même si un tel accord ne se reflète pas dans les priorités des politiques sociales et économiques poursuivies dans les différentes sociétés. Il est également largement reconnu que l'héritage biologique que tous les êtres humains partagent, indépendamment de leur niche éco culturelle, donne des modèles universels et reconnaissables de développement chez les enfants, quelle que soit leur culture.

Toutefois, on s'accorde moins sur le contenu et les méthodes de stimulation du développement et de prise en charge précoce dans les cadres formels et semi-formels typiques des programmes de DPE. Nous devons être extrêmement circonspects à propos de la stimulation du développement en termes des leçons que nous choisissons de tirer des traditions, des pratiques et des bases de connaissances accumulées dans d'autres parties du monde. Nous vivons dans un contexte de mondialisation et d'échanges sans précédent entre les cultures. Les agents de la socialisation formelle et informelle ne peuvent plus exclusivement former les enfants à fonctionner efficacement dans leur contexte culturel originel. De nos jours, les secteurs formels de l'éducation préparent les enfants à des marchés du travail qui traversent les frontières nationales, régionales et continentales. Une manifestation de la mondialisation croissante (et de la domination historique de la science occidentale) est que ni le personnel ni les programmes de DPE opérant dans les villages les plus éloignés de l'Afrique ne sont à l'abri de la notion et des pratiques occidentales liées au développement de l'enfant.

Pourtant, la mondialisation la plus poussée ne pourra jamais créer une « toile de fond homogène dans notre monde », pour reprendre une expression de Richard Shweder (1991, 6) qui note avec justesse que « nous sommes multiples dès le départ » et que « nos conceptions originelles sont différentes ». Cette orientation exclut la thèse selon laquelle une seule voie va conduire à un développement optimal. En outre, il faut savoir que les pratiques culturelles sont fluides et changent avec la transformation sociale et les exigences et les attentes des environnements de développement dans lesquels les enfants grandissent.

En fin de compte, on doit mesurer les pratiques culturelles d'éducation à la façon dont elles favorisent le développement et le bien-être des enfants. Des pratiques, routines et traditions essentielles pour la croissance optimale et le développement sont ancrées dans toutes les cultures. De même, dans toutes les cultures, il y a des pratiques, routines et traditions qui ont potentiellement des influences contreproductives sur le développement. Les bons programmes de DPE pour les jeunes enfants doivent être ancrés dans la vision locale de l'enfance, s'appuyer celle-ci, mais aussi recourir à des concepts pertinents et appropriés d'autres cultures.

### ***Dimensions de la programmation pour la stimulation du développement***

Ce chapitre n'a pas pour but de fournir un examen complet de la conception et des prestations de programmes. Néanmoins, il est important de définir au moins trois dimensions importantes de la programmation, à savoir les groupes cibles qui sont au cœur de tout effort global pour la conception et la mise en œuvre des programmes et des politiques : (1) les enfants, (2) leurs familles, tuteurs, et prestataires de soins primaires, et (3) le personnel (rémunéré ou bénévole) qui fournit soins et stimulation du développement dans le cadre formel d'établissements de soins en groupes.

***Les enfants***—Les arguments en faveur de l'investissement dans les premières années de la vie ont été élaborés sur plusieurs fronts et avec des accents différents dans différents endroits du monde. Quel que soit le raisonnement, le développement optimal des enfants est un objectif clé dans les efforts de la plupart des DPE. Dans le contexte africain, il est d'une importance cruciale de mettre l'accent sur le développement holistique à tous les âges. Les programmes holistiques doivent capitaliser sur la nature sociale et interpersonnelle des premiers engagements des enfants avec leur monde et l'utiliser comme fondement pour tous les

aspects du développement, en particulier la compétence sociale, la compétence langagière, la maturité affective, les compétences de vie et la compétence cognitive en général. À la lumière des nombreux défis auxquels les enfants doivent faire face sur le continent africain, les stratégies qui mettent l'accent sur une orientation de résistance pour la stimulation du développement sont également d'une importance capitale.

En accord avec l'idée que le développement est un processus qui est intimement ancré dans l'adaptation fonctionnelle au sein de contextes éco culturels spécifiques, mais aussi formé par et préparé pour cette adaptation, les programmes de DPE devraient puiser dans les traditions indigènes, les pratiques d'éducation des enfants et les ressources matérielles qui se trouvent dans l'environnement local des enfants et en tirer parti pour la prestation des soins de routine et la stimulation du développement. Les traditions indigènes d'éducation des enfants sont riches d'outils et de stratégies pratiques—par exemple, histoires, chansons, berceuses, activités ludiques et jeux à faire semblant—pour stimuler le développement langagier, social, affectif, intellectuel, moral et spirituel. Pour les nourrissons, la stimulation du développement et les soins de routine sont souvent indissociables ; les programmes de DPE doivent donc s'efforcer de les garder ainsi.

La stimulation du développement pour les jeunes enfants avec des besoins spéciaux (par exemple, des troubles du développement) nécessite souvent des stratégies, des orientations et des ressources au-delà de celles nécessaires au soutien du développement typique des enfants (voir Thorburn and Marfo, 1994). Il est particulièrement important que des programmes africains de DPE adoptent une approche inclusive pour la prestation des services et par conséquent assurent la formation et l'éducation du personnel dans le cadre du développement de la stimulation et des soins pour les enfants avec des besoins spéciaux. Pour répondre efficacement aux défis de ces enfants et de leurs prestataires de soins primaires, il est essentiel que les programmes de DPE incluent le dépistage du développement, qui peut être accompli par la collaboration intersectorielle entre les programmes de soins de santé publique et d'autres programmes de soins primaires.

***Les familles, les tuteurs et les prestataires de soins primaires***—Dans les premières années de la vie, la force la plus influente dans le développement des enfants est la famille, qui est elle-même très influencée par le milieu communautaire (voir Marfo et al. 2004). Pour les enfants de moins de 3 ans, quelques-unes des plus importantes contributions des programmes

de DPE concernent les efforts faits pour entraîner la participation des prestataires de soins primaires et pour développer leurs capacités et celles des familles à fournir des soins adéquats et la stimulation du développement pour aider la croissance et un développement optimal dans des environnements enrichissants. Pour assurer la continuité des soins et la complémentarité des pratiques dans des milieux différents, les programmes doivent fournir un cadre pour établir des relations étroites entre le personnel de DPE, les bénévoles, et les prestataires de soins primaires avec lesquels les enfants passent le plus clair de leur temps. Pour les enfants qui ne reçoivent pas de soins de leur famille, par exemple les enfants dans les orphelinats et les établissements institutionnels, il est essentiel d'assurer la cohérence des soins par du personnel stable.

Nous avons délibérément choisi d'utiliser le terme « prestataires de soins primaires » (plutôt que parents) afin de souligner le fait que dans beaucoup de communautés desservies par les programmes de DPE, les soins primaires de l'enfant ne sont pas fournis par une mère ou un père. Les grands-mères, tantes, frères et sœurs, d'autres membres de la famille élargie, ou même les voisins assument souvent les rôles de prestataires de soins primaires pour diverses raisons. Cette réalité a de profondes implications sur la façon dont les programmes de DPE abordent la participation familiale, le soutien, ou le renforcement des capacités. Les initiatives visant l'éducation de la famille doivent être structurées et dispensées différemment selon la diversité des prestataires de soins primaires. Par exemple, on pourrait établir des programmes spécialisés pour répondre aux besoins particuliers de l'éducation des enfants qui prennent soin de leurs frères et sœurs ou des proches parents âgés qui jouent des rôles de parentage. Les mères qui allaitent leurs bébés ont besoin non seulement d'informations sur la nutrition et la santé des enfants mais aussi sur leurs propres besoins nutritionnels et de santé. Au-delà de la programmation pour les différences individuelles, tous les programmes éducatifs devraient peut-être inclure des éléments communs aux prestataires de soins primaires et prêter attention aux éléments suivants : hygiène de l'environnement (assainissement et hygiène), indicateurs du développement optimal de la santé, aide et encouragement pour l'utilisation des ressources locales appropriées (telles que les ressources culturelles indigènes) pour stimuler le développement, nourrir l'estime de soi et la confiance dans le processus de l'éducation des enfants, et donner des compétences génératrices de revenus ou faciliter les liens avec des programmes communautaires axés sur des activités génératrices de revenus (telles que les initiatives de formation pour les petites industries artisanales).

Une discussion sur la participation de la famille, le soutien, ou le renforcement des capacités serait incomplète si on n'aborde pas les importantes questions d'égalité, de respect et de reconnaissance mutuelle des contributions que les principaux partenaires (les familles, les prestataires de soins primaires et le personnel du programme) vont apporter au développement et au bien-être des enfants. Dans un domaine caractérisé par des modèles « d'experts » de prestation de services, il n'est pas rare de voir des programmes fondés sur la notion que les parents et autres prestataires de soins primaires sont ignorants des besoins de développement des enfants. Comme Arnold (1998) le remarque, les professionnels ont tendance à ignorer les connaissances et les compétences des parents. Dans une étude sur la collaboration entre parents et enseignants au Nigeria, Ibetoh (2004) a constaté que, dans leurs relations avec les enseignants, les parents ont du mal à obtenir une plus grande transparence, à participer aux prises de décisions et à recevoir un traitement meilleur, respect et compréhension (voir également Marfo et al 2004). En dépit de la pauvreté et des défis que pose l'éducation des enfants, les prestataires de soins primaires apportent au milieu du DPE une expertise et des idées uniques sur le développement de leurs enfants. Si les familles et les prestataires de soins primaires sont accueillis comme des partenaires qui sont collectivement capables de faire des contributions substantielles aux programmes et au développement de leurs propres enfants, alors les sentiments d'égalité et de respect mutuel fourniront une base solide pour les objectifs communs que les familles et les programmes de DPE partagent.

***Le personnel des programmes***—La sélection et la préparation du personnel sont deux des facteurs essentiels dont dépend l'avenir du DPE en Afrique. Les réalités économiques et la faible priorité accordée aux initiatives de DPE présentent des problèmes fondamentaux lorsqu'il s'agit de trouver du personnel de base doté d'une formation adéquate pour les divers programmes. Les programmes de DPE pour les enfants d'âge préscolaire, administrés par les ministères de l'éducation, sont plus susceptibles de profiter des infrastructures institutionnelles bien établies pour la formation du personnel, et on espère que les pays africains vont faire des progrès pour faire de la formation une priorité des politiques et des budgets. Les programmes pour les enfants de moins de 3 ans sont moins susceptibles d'avoir des structures systématiques pour la formation du personnel, sauf s'ils sont dirigés ou soutenus financièrement par des organismes donateurs ou des organisations non gouvernementales (ONG) avec un soutien financier raisonnable provenant de sources privées.

Au moment où les pays africains adoptent le mouvement de DPE et élaborent des politiques nationales pour soutenir des programmes à grande échelle, la formation et le soutien technique continu doivent recevoir autant d'attention que la création d'espaces de DPE pour les enfants dans les milieux communautaires.

La formation du personnel de DPE pour qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités dans le cadre restreint de sites de programmes doit comprendre au moins les thèmes suivants : (1) le développement de la petite enfance, y compris les caractéristiques de développement typique et atypique ; (2) l'hygiène personnelle et de l'environnement et l'assainissement ; (3) la nutrition au début du développement ; (4) les stratégies pour établir des relations et collaborer avec les prestataires de soins primaires et les groupes communautaires ; (5) les compétences nécessaires pour transformer des matériels locaux en objets et activités qui améliorent et renforcent le développement des enfants ; et (6) les stratégies pour employer de façon efficace les connaissances et les pratiques culturelles locales, y compris l'expertise des communautés pour l'élaboration et la prestation de « programmes ».

Un aspect tout aussi important de l'éducation du personnel est la préparation pour le processus de réflexion qui permet au personnel de comprendre les implications de la complexité et de la diversité dans la prestation des services à la personne. Il est nécessaire d'aider le personnel de DPE à anticiper et à résoudre les tensions et les conflits potentiels qui résultent souvent du heurt de valeurs contradictoires. Les prestataires de soins guident le développement de leurs enfants en se fondant sur les valeurs et les traditions ancrées au sein de leur culture (Casper et al. 2003). Le comportement des enfants dans le cadre du DPE reflète souvent à la fois le niveau d'idiosyncrasie des enfants et l'influence des valeurs et des pratiques de soins à la maison. Cette situation est compliquée davantage par le fait que même au sein d'un même cadre culturel, les styles d'éducation des enfants varient considérablement. L'ouverture d'esprit et la finesse professionnelle permettent de reconnaître et de traiter efficacement et avec sensibilité la vaste gamme de différences dans les comportements, les attentes et les orientations émanant d'une telle diversité. Un deuxième type de tension est également à noter. Dans un environnement caractérisé par des ressources limitées et la demande croissante pour la reddition de comptes, il est probable que les programmes de DPE et leur personnel soient coincés entre d'une part, la nécessité pratique d'élaborer des stratégies authentiques et sensibles au contexte pour favoriser le développement à long terme des enfants et de leurs familles et



d'autre part, la pression de répondre aux exigences de responsabilité imposées aux programmes pour démontrer à court terme des résultats « factuels » (Casper et al. 2003). Répondre raisonnablement à ces exigences de reddition de comptes demande réflexion critique, prudence et créativité, surtout lorsque les résultats souhaités imposés de l'extérieur incarnent des conceptions étroites en matière de stimulation du développement.

### **Études de cas : approches exemplaires et novatrices des politiques et prestation des programmes**

La reconnaissance de plus en plus large du manque d'attention accordé aux enfants de moins de 3 ans dans les programmes de DPE (Bernard van Leer Foundation 1994) se traduit par une plus grande sensibilisation pour élargir les programmes et les politiques et remédier à cette carence (voir, par exemple, Colletta and Reinhold, 1997). L'un des objectifs de cet ouvrage est d'identifier et de présenter des exemples d'approches réussies et novatrices de politiques et de programmes sur le continent africain. Ainsi, dans cette dernière section, nous présentons des initiatives prometteuses dans trois pays : l'Afrique du Sud, la Gambie et le Kenya.

#### ***Initiatives de la politique en Afrique du Sud***

La population des enfants de moins de 3 ans en Afrique du Sud était d'environ 2,66 millions en 2001 (Statistics South Africa 2001). Plus de la moitié de ces jeunes enfants vivent dans des zones rurales où la pauvreté est la plus répandue. Une enquête nationale sur les prestations de services de DPE en 2000 (South Africa 2001a) a constaté que, bien que plus d'un quart des enfants âgés de 5 et 6 ans soient inscrits dans les établissements de DPE, seulement 5,4% des enfants de moins de 3 ans avaient accès à des garderies communautaires ou à des services domiciliaires. Les filles et les garçons avaient le même droit d'accès, mais suite aux réalités historiques de l'apartheid en Afrique du Sud il existait toujours des différences entre les groupes de populations et le pourcentage des enfants blancs qui avaient accès aux services surpassait celui des enfants noirs. Les enfants handicapés doivent être identifiés très tôt et faire l'objet d'interventions précoces, mais 0,6% seulement des enfants de moins de 3 ans enrôlés dans le DPE sont des enfants avec des besoins spéciaux et le calcul comprend les institutions spécialisées. Les contrôles de développement dans le cadre des soins de santé primaires ne se font pas de façon routinière dans toutes les provinces.

Consciente de ces réalités, l'Afrique du Sud a maintenant adopté une approche intégrée pour servir les enfants de 0 à 4 ans<sup>1</sup>. Comme dans les autres initiatives du secteur social, les jeunes enfants vulnérables sont la cible principale du plan qui vise à réduire les effets néfastes de la pauvreté sur ce groupe d'âge. Les grands programmes existant déjà pour ce groupe d'âge en Afrique du Sud comprennent des soins de santé gratuits pour les enfants de moins de 6 ans, pour les femmes enceintes et celles qui allaitent et des subventions de soutien aux enfants sont accordées aux prestataires de soins primaires dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil. L'accès à ces avantages est souvent difficile, en particulier dans les zones rurales, à cause des distances, du manque d'infrastructures (routes et moyens de transport), des frais de transport, de la difficulté d'obtenir des documents d'identité et du manque d'information.

En mai 2004, le gouvernement sud-africain a chargé le groupe du secteur social (les ministères de la Santé, de l'Éducation, et du Développement social) d'élaborer un plan de DPE intégré pour 2005–2010. Chacun de ces ministères avaient déjà des politiques qui donnaient priorité aux jeunes enfants et partageaient des caractéristiques communes, mais leur mise en œuvre avait été fragmentée. Le plan vise une plus grande intégration du DPE grâce à une approche globale des politiques et des programmes, au réseautage pour améliorer l'utilisation des ressources et à la collaboration intersectorielle du gouvernement, des ONG et des communautés. Le plan comprend les éléments suivants : la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PIME, qui comprend le dépistage et le développement de la promotion de la santé durant la grossesse, à la naissance et au cours de la petite enfance), la vaccination, la nutrition, l'aide à l'enregistrement des naissances, des services de référence pour les subventions de santé et de sécurité sociale, le soutien aux enfants touchés par le VIH/SIDA et ceux qui s'occupent d'eux (les parents et leurs substituts), l'élaboration et la réalisation de programmes psychosociaux et la stimulation du premier apprentissage.

Beaucoup de ces programmes existent, mais travaillent de manière isolée. Puisque les prestations de services se font au niveau local, les agents de développement communautaires en sont les acteurs clés. Chaque province doit adapter le programme à son environnement propre pour l'accorder aux conditions locales et culturelles. Le plan épouse fort heureusement le principe de la politique qui prône les approches multiples, dont les services directs pour les enfants et les parents, familles et communautés. Les sites d'intervention doivent inclure les ménages, les divers centres de DPE, les prisons et les orphelinats. Le plan sera piloté

dans des zones rurales sélectionnées et un cadre informel, puis il sera progressivement mis en place jusqu'à atteindre l'objectif de 4 millions d'enfants.

***Soutenir les prestataires de soins primaires en Afrique du Sud : L'approche du motivateur familial et communautaire (MFC)***—L'idée du motivateur familial, le fantassin de la prestation de services de DPE, gagne du terrain comme mécanisme pour atteindre les jeunes enfants des familles qui vivent dans des zones où il n'existe ni infrastructures physiques ni services établis. Ces bénévoles travaillent avec les jeunes enfants dans les familles qui n'ont pas accès aux services d'aide au développement précoce et qui courent donc le risque de passer à travers les mailles du filet. L'approche MFC a été élaborée et utilisée dans les années 1980 par l'Unité d'apprentissage pour la petite enfance (*Early Learning Resource Unit* ou ELRU), une ONG de DPE de longue date, comme stratégie d'intervention pour les enfants des bidonvilles autour de la ville du Cap ; elle se transforme en fonction des besoins dans chaque zone (Majola 1999). Depuis lors, elle a également été utilisée en partenariat avec des ONG locales dans des zones rurales reculées du Cap oriental et du Cap septentrional et introduite dans partie de la province de Gauteng (Nene and Newman 2005; Newman et al. 1999; Newman, Uys, and Noko 2003). Maintenant, dans d'autres parties d'Afrique du Sud, de nombreuses ONG offrent des activités de sensibilisation de la famille sous différentes formes pour atteindre le grand nombre d'enfants qui se trouvent hors de portée des réseaux de services.

L'assomption est que les familles sont les prestataires de soins primaires, responsables des jeunes enfants, et qu'elles peuvent avoir besoin de soutien pour veiller à ce que les enfants jouissent de leurs droits aux activités qui favorisent leur développement comme le leur garantit la Constitution sud-africaine (Newman 2002). Cette approche cible les familles et ne met pas précisément l'accent sur les enfants de moins de 3 ans. Cependant, l'accès aux services de DPE étant généralement faible, particulièrement pour les pauvres et les très jeunes enfants, de nombreux enfants qui profitent du programme ont moins de 3 ans.

Les motivateurs familiaux et communautaires, comme l'expliquent Newman et Dlangamandla (2004) sont des catalyseurs et des défenseurs des droits des enfants; ils travaillent principalement dans les communautés où règnent chômage, pauvreté, criminalité et violence. Ils supportent les jeunes enfants et les familles en leur donnant informations et soutien psychosocial et ils assistent les familles pour rechercher

et améliorer l'accès aux ressources disponibles. L'approche MFC est de travailler avec celui qui assure les soins primaires, ce peut être une mère, une grand-mère, un parent dans une famille d'accueil, un frère ou une sœur plus âgée ou, plus rarement, un père ou un grand-père. Les deux éléments clés de cette approche sont les visites à domicile qui permettent aux MFC d'identifier et de répondre aux besoins des enfants et des prestataires de soins et des ateliers élargis réguliers. Les ateliers réunissent des groupes de prestataires de soins primaires et des enfants pour leur parler de sujets qu'ils ont eux mêmes identifiés, ou encore pour les faire participer à des activités spécifiques, par exemple improviser des jouets avec les ressources locales ou apprendre comment faire un jardin potager.

Au cours des visites à domicile, les MFC expliquent et montrent aux prestataires de soins comment intégrer l'enfant à une activité, ils leurs parlent et les aident dans toutes sortes de domaines, par exemple ils peuvent les aider à obtenir des papiers d'identité et des aides financières ou encore les référer aux services de santé, tout cela contribue à agrandir le filet de sécurité des enfants vulnérables. Les MFC bataillent également pour inscrire les droits des jeunes enfants à l'agenda local.

Le programme MFC doit être ancré dans la collectivité locale pour créer la confiance, s'inscrire dans la durée et faciliter l'intégration des connaissances locales. Le démarrage doit se faire avec prudence, et cela prend du temps. En règle générale, l'ELRU est invitée par une organisation locale (ONG, organisation communautaire ou comité de développement) pour parler des besoins des jeunes enfants, présenter les possibilités du programme MFC et aider à l'élaboration d'un plan.

Toute la planification est liée aux initiatives locales existantes comme le Plan d'action provincial pour les enfants. Dans certains cas, après les premières réunions, l'ELRU est de nouveau appelée pour assurer une formation. Les participants au programme de formation sont sélectionnés par les structures locales et les MFC sont choisis dans ce groupe. Chaque MFC est responsable d'au moins 10 familles dans un village ou une zone. Dans certaines zones urbaines, les MFC prennent en charge un plus grand nombre de familles pendant une période plus courte. Les familles cibles et les enfants vulnérables du programme sont identifiés par les dirigeants locaux (traditionnels et /ou élus) dans les villages ou par les services des autorités locales comme les cliniques dans certaines des zones désignées. La priorité est donnée aux familles ayant les enfants les plus jeunes.

Ces programmes fonctionnent différemment en fonction de l'infrastructure de la région, mais ils dépendent tous de bénévoles qui parfois reçoivent une petite allocation. Dans les régions où il n'existe aucune

infrastructure, le programme opère par le truchement des comités de développement locaux. Dans d'autres zones où se trouvent des centres préscolaires ou communautaires ou encore des ONG, les services de proximité sont étendus aux enfants et aux familles qui n'ont pas besoin d'un programme à temps plein ou qui ne peuvent se permettre de payer les frais. Dans d'autres parties de l'Afrique du Sud les MFC ont mis l'accent sur la mobilisation des populations pour obtenir l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, sur des campagnes de nettoyage, des programmes de santé (PIME, vaccination, et médicaments) et de nutrition (aide alimentaire) et sur la création d'aires de jeux.

Divers programmes de formation pour les MFC, ainsi que les groupes de ELRU *Masithethe* (Parlons-en), cherchent à inciter les gens à parler de ce que parents et prestataires de soins peuvent faire pour améliorer la capacité active d'apprentissage des bébés et des jeunes enfants. Les groupes promeuvent la sensibilité et la prise de conscience de la diversité culturelle sur une gamme de questions, y compris l'impact du VIH/SIDA. L'approche est basée sur des images, elle est non prescriptive et utilise la technique dite d'« investigation appréciative ». Contrairement aux approches traditionnelles de résolution des problèmes qui mettent l'accent sur les difficultés et les faiblesses, les matériels et l'approche *Masithethe* sont centrées sur les points forts des prestataires de soins. Cette méthode examine ce qui fonctionne bien dans les ménages des prestataires de soins et la communauté et explore comment s'appuyer sur les traditions, les croyances et les pratiques de l'éducation des enfants.

***Les obstacles à l'intensification du programme MFC***—Bien que le fonctionnement d'un programme MFC coûte beaucoup moins cher que les centres de DPE typiques (parce qu'il repose sur des bénévoles et qu'il est exécuté à temps partiel), le financement des traitements et des dépenses administratives et de soutien dépend la plupart du temps des donateurs, sources qui ne sont pas toujours garanties ou permanentes (Biersteker 1997). Par conséquent, il n'a pas été possible d'exécuter le programme sur une grande échelle. Dans un projet réalisé dans la province du Cap oriental, l'agence des services sociaux du district a alloué le financement pour une année. En 1998, la section provinciale du ministère de l'Éducation dans le Gauteng a opté pour le modèle MFC pour un programme pilote de DPE dans la famille et l'a testé avec 300 prestataires de soins choisis dans une série de communautés pauvres comme exemple d'un modèle intégré et économiquement viable pour la prestation de DPE (Gauteng Department of Education 1999 ; Newman et al. 1999).

Les prestataires de soins ont réagi de manière très positive à la façon dont le programme les avait aidés, eux et leurs jeunes enfants. L'UNICEF a brossé le profil du programme en 2000 dans son rapport sur la situation des enfants dans le monde (UNICEF, 2000). Les résultats ont été utilisés pour élaborer les politiques provinciales, mais malheureusement le programme a été interrompu au bout de 18 mois. Malgré ces difficultés, les autorités provinciales du Cap occidental et du KwaZulu Natal sont intéressées par le travail de proximité dans la famille en faveur des jeunes enfants par le truchement d'un partenariat entre un gouvernement local et une ONG. En particulier, l'intégration de programmes destinés aux familles dans le plan de DPE intégré de l'Afrique du Sud et dans un vaste programme social dans le secteur public suggère qu'il existe enfin un soutien suffisant pour intensifier le programme MFC.

### ***L'Initiative communauté amie des bébés (ICFB) en Gambie***

La Gambie, un tout petit pays en Afrique occidentale qui couvre 10 689 kilomètres carrés, a une population de 1,5 million d'habitants dont 27% sont des enfants de moins de 8 ans selon le recensement de 2003 (The Gambia 2003b). Les enfants de moins de 3 ans représentent 8% environ de la population. L'économie est basée sur l'agriculture ; les femmes contribuent à hauteur de 49% du total de la production agricole. La pauvreté est en augmentation et a atteint environ 58% en 2003 ; l'urbanisation est également en augmentation (atteignant 50% en 2003), alimentée par l'exode rural ; le chômage dans le secteur public y devient un problème majeur (The Gambia 2003a).

À 96,6 décès pour 1 000 naissances vivantes (The Gambia 2003b), la mortalité infantile est très élevée, surtout pendant la période néonatale en communautés rurales, attribuable principalement aux infections, aux naissances prématurées et à la malnutrition. La mortalité maternelle (estimée dans les années 1990 à 73/10 000) aggrave cette tragédie parce que les chances de survie des nouveau-nés sans mère sont limitées.

L'allaitement maternel est une stratégie de survie importante, mais l'allaitement maternel optimal est rarement pratiqué en Gambie. Comme dans beaucoup de pays en Afrique subsaharienne, de nombreuses mères commencent à allaiter un jour après l'accouchement et donnent de l'eau et d'autres liquides à leurs nouveau-nés. Les aliments de complément sont introduits à peine 3 mois après la naissance. En 1985, la Gambie a adopté une initiative novatrice qui combine l'allaitement maternel optimal avec la santé, la santé maternelle et la nutrition, l'eau et l'assainissement de l'environnement pour favoriser la survie et le développement

des enfants de moins de 3 ans. L'Initiative communauté amie des bébés (ICAB) est une adaptation de l'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB) lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF). L'initiative IHAB vise à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les établissements de santé, présupposant que c'est là qu'auront lieu la plupart des accouchements. L'OMS et l'UNICEF ont développé 10 étapes pour un allaitement réussi et ont soutenu leur application dans 14 584 établissements de santé qui furent appelés « hôpitaux amis des bébés » (WHO 1989; WHO and UNICEF 1990).

En Gambie, comme dans beaucoup de pays africains, la plupart des accouchements n'ont malheureusement pas lieu dans des établissements de santé, mais à la maison, ce qui signifie que la norme est le recours aux pratiques traditionnelles et culturelles des soins à la mère pendant l'accouchement et immédiatement après la naissance. Certaines de ces pratiques traditionnelles et culturelles sont la cause principale de nombreux décès maternels et infantiles. Pour éviter le recours à ces pratiques et promouvoir de meilleurs soins et une meilleure nutrition pour les nourrissons, l'ICAB a été introduite en 1993 dans un certain nombre de communautés rurales gambiennes où la pauvreté est endémique et l'accès aux services de base très réduit. L'initiative porte sur l'alimentation des nourrissons (allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois après l'accouchement, alimentation complémentaire, et alimentation du jeune enfant), sur la promotion de la santé maternelle et la nutrition (espacement des naissances, contrôle des aliments et effets de la nutrition sur la grossesse, contrôle des maladies, programmes de vaccination), l'hygiène personnelle (lavage des mains, bains réguliers aux enfants, environnement propre pour les tout-petits), les installations sanitaires environnementales (latrines à fosse, contrôle des animaux domestiques, environnement propre et eau potable à la maison).

Une des grandes forces de l'ICAB est d'avoir élaboré des messages qui reposent entièrement sur les connaissances et les pratiques traditionnelles au sein des communautés locales. Le programme est axé sur les prestataires de soins et les parents et fondé sur la communauté. Il cible les parents, considérés comme prestataires de soins primaires, ainsi que d'autres membres de la famille au sein du système de la famille élargie. L'éducation des enfants est considérée comme l'affaire de tous, y compris les hommes. Après entrevues avec les membres de la communauté, l'initiative élabore des messages basés sur les connaissances traditionnelles. C'est cette stratégie de localisation qui a permis le succès de l'initiative car elle a entraîné

des changements d'attitudes et donné aux prestataires de soins des connaissances sur de meilleures pratiques d'éducation des enfants.

Une formation est importante pour bien transmettre les messages, elle est offerte aux groupes de soutien villageois (GSV) composés de cinq femmes et de trois hommes. La méthode de formation combine plusieurs outils : des réunions et des cérémonies villageoises, des discussions, du théâtre, des jeux de rôle et des groupes d'amuseurs localement connus sous le nom *Kanyelengo*, qui sont généralement des groupes de femmes sans enfants ; ces groupes sont bien connus et respectés pour leur art de faire passer des messages importants en divertissant. L'éducation entre pairs et les leaders d'opinion sont là aussi pour maximiser le partage d'informations et le changement de comportements.

L'approche est suivie mensuellement par de brefs questionnaires sur les dix mesures, sur la qualité de la supervision des infirmières et des GSV comme promoteurs, la participation communautaire et les connaissances et pratiques des mères pour l'alimentation des bébés. Les visites sont aussi l'occasion d'observer et de discuter pour évaluer les contraintes qui pèsent sur les GSV et les besoins supplémentaires en formation. En 1997, l'évaluation initiale a interviewé 405 personnes dans 12 villages. Les résultats indiquent un soutien unanime à l'initiative de la part des chefs religieux et traditionnels qui auparavant prêchaient contre l'allaitement maternel exclusif. Près de 91% des mères avaient donné le premier lait à leurs bébés. Chacune des 313 mères qui ont eu des bébés en 1997 avaient commencé l'allaitement dans les premières 24 heures. La plupart des communautés ont constaté les améliorations suivantes : un environnement plus propre, des enfants en meilleure santé, des femmes enceintes en meilleure santé, et par dessus tout, l'unité dans les communautés résultant de l'engagement et de la participation à l'initiative.

Malgré ces résultats positifs, des difficultés subsistent qui concernent la pérennité du service volontaire apporté par les membres des GSV qui sont principalement des jeunes, la persistance d'attitudes négatives chez certains chefs religieux envers l'allaitement maternel exclusif, et la difficulté de soutenir la formation et à intégrer l'ICAB dans le cadre d'une stratégie globale de développement de la communauté. Pour tout pays intéressé par cette initiative, le défi majeur sera non le désir des communautés de créer des GSV mais la difficulté de trouver des volontaires prêts à passer beaucoup de temps à servir leur communauté sans aucune compensation.

L'ICAB met l'accent sur la nutrition infantile et maternelle et, parce qu'elle contient déjà des éléments spécifiques de l'approche holistique du



DPE, elle procure une réelle opportunité pour réaliser sans heurts une approche plus complète du DPE. C'est la raison pour laquelle cette initiative a été utilisée pour créer des services communautaires de DPE en Gambie. Le programme de formation pour les GSV a été élargi et comprend maintenant les activités d'éveil et d'apprentissage, l'importance de l'interaction entre les autres membres de la famille et les enfants, l'aide pour la déclaration de naissance, la promotion d'un environnement propre et sécuritaire pour les enfants et la protection contre les abus et l'exploitation.

Le nombre de communautés ICAB sensibilisées sur l'approche de DPE est passé de 39 en 2002 à 68 en 2004. Plus de 10 000 prestataires de soins, dont la plupart étaient des femmes (les mères et les grands-mères), ont été sensibilisés sur les moyens qui leur permettent de contribuer activement à la survie et au développement de leurs enfants. En 2005, plus de 20 400 enfants ont bénéficié de l'approche ICAB dans les communautés rurales. L'impulsion déjà créée par l'approche ICAB pour la promotion de la stimulation précoce, le développement affectif et la protection des enfants a évidemment facilité une implantation en douceur de l'approche de DPE au niveau de la communauté. La volonté des communautés d'adopter de nouvelles idées pour promouvoir la stimulation précoce et le développement émotionnel des très jeunes enfants est surprenante. L'intérêt et le désir, plus que tout autre facteur, sont la condition de la réussite et de la durabilité de l'approche de DPE, en particulier pour les populations de moins de 3ans dans ces communautés.

### ***Conception et exécution de programmes au Kenya***

Au Kenya, on estime à 3 millions le nombre d'enfants de moins de 3 ans et en majorité ces enfants sont pris en charge dans leur famille et non dans des institutions (Gakuru and Koech 1995; Hyde and Kabiru 2006 ; Kipkorir 1994; NACECE 1997; Swadener, Kabiru, and Njenga 2000). Les pratiques de soins traditionnelles persistent encore dans de nombreuses régions ; les mères sont les prestataires de soins primaires, assistées par les enfants plus âgés, les grands-parents, d'autres proches parents et les voisins. De plus en plus, les familles recourent à des prestataires de soins rémunérés car un nombre grandissant de femmes prennent un emploi salarié ou participent à des activités qui les éloignent de leur foyer pour de longues périodes. Les parents et les communautés ont du mal à trouver des alternatives appropriées et abordables pour donner les soins aux plus jeunes enfants. On est conscient depuis un moment déjà du problème des

enfants de moins de 3 ans et des recommandations ont été formulées dans un certain nombre de forums.

Un examen des enquêtes, recherches et rapports de conférences entre 1992 et 2005 (Bali and Kabiru 1992; Gakuru and Koech 1995; Hyde and Kabiru 2006; Kenya Institute of Education and Bernard van Leer Foundation 2002 ; Kenya and UNICEF 1999; NACECE 1993, 1995, 1997; and Swadener, Karibu, and Njenga 2000) a identifié les recommandations suivantes pour améliorer les soins aux enfants de moins de 3 ans :

- Le gouvernement et les ONG doivent élaborer et soutenir des programmes visant à promouvoir la famille et l'éducation. Ils doivent définir les pratiques positives de soins que les parents doivent adopter et sensibiliser parents et décideurs politiques sur l'importance critique de fournir des soins de qualité aux enfants de moins de 3 ans.
- Les futures politiques doivent mettre l'accent sur des programmes axés sur la famille qui prennent en compte les besoins et les souhaits des parents et des communautés.
- Puisque la communauté est la gardienne des soins, tous ses membres, y compris les enfants, les patriarches et les jeunes, hommes et femmes, doivent jouer un rôle dans l'éducation des jeunes enfants.
- Les communautés doivent se mobiliser pour créer un environnement convenable, sûr et sain pour les enfants et des groupes communautaires, groupes de femmes et groupes de jeunes, doivent être motivés à participer davantage au soutien de la famille dans les soins portés aux plus jeunes enfants.
- Les connaissances traditionnelles doivent être exploitées pour légitimer et enrichir les programmes pour les jeunes enfants et des stratégies doivent être élaborées pour responsabiliser les communautés et les professionnels, pour identifier les points forts de la tradition et évaluer comment ces connaissances traditionnelles peuvent être reprises et intégrées dans les services actuels pour les jeunes enfants.
- Le gouvernement, les ONG et le secteur privé doivent subventionner les services communautaires de soutien aux familles des jeunes enfants.
- Il faut intensifier la recherche sur les soins aux enfants de moins de 3 ans.

La plupart de ces programmes combinent plusieurs composantes et approches complémentaires. On trouve ainsi des activités entre enfants qui favorisent la participation des frères et sœurs plus âgés et des jeunes

aussi bien que des visites à domicile effectuées par des parents-animateurs, personnes ressources de la communauté (PRC) choisis par elle et formés par les ONG. Ces PRC organisent des ateliers de formation pour les parents et prodigues conseils et soutien personnalisé lors des visites à domicile. Dans certains programmes, les PRC reçoivent une formation d'agents de santé communautaires ; ils pèsent les jeunes enfants et suivent leur croissance et vendent des médicaments essentiels approuvés par le ministère de la Santé. La participation de la famille et de la communauté est essentielle pour l'acceptabilité, la qualité et la durabilité de ces interventions. On encourage les parents à former des groupes de soutien basés sur le lien géographique ou l'affinité sociale et à coopérer et à s'entraider en cas de besoin. Les programmes s'efforcent de donner aux familles des moyens pour gérer démocratiquement les affaires de leur communauté, mobiliser et assurer la gestion des ressources et générer des revenus pour améliorer les soins des enfants et le bien-être de leurs familles et des communautés (Kenya Institute of Education and Bernard van Leer Foundation 2002; Kenya and UNICEF 1999).

Le Centre de développement des enfants Mwana Mwende dirige des programmes éducatifs qui s'adressent aux adolescents et aux jeunes parents ainsi qu'aux grands-parents âgés qui prennent soin des orphelins (Kabiru, Njenga, and Swadener 2003). Environ 3 000 enfants sont touchés par ces programmes. Le centre travaille avec la communauté pour mobiliser les parents et les personnes âgées et les encouragent à former des groupes de soutien pour faciliter entraide et apprentissage mutuel. Il informe et organise des ateliers de formation sur les soins aux enfants, la discipline, les relations parents-enfants, la nutrition, la santé, la génération de revenus et la direction d'un groupe. Les membres du groupe sont soutenus et formés pour démarrer des activités génératrices de revenus telles que planter des semis d'arbres et de légumes, élever des poulets et des chèvres laitières, voire même pour lancer des minis entreprises. Ceux qui font montre de qualités de leadership et sont bien acceptés par leurs communautés reçoivent une formation pratique sur place plus poussée pour les préparer à servir comme agents de santé communautaires, prestataires de soins à domicile ou de motivateurs communautaires. Une fois formés, les agents organisent d'autres ateliers pour les parents et des visites à domicile pour les conseiller en tête-à-tête. Les communautés forment des comités villageois pour inciter les agents à défendre les droits des l'enfant, à identifier les enfants les plus vulnérables et à trouver des ressources pour les aider. Dans certaines communautés, villages et travailleurs communautaires se sont mobilisés pour établir des pharmacies

communautaires et des centres où on pèse et contrôle la croissance des jeunes enfants (Kabiru, Njenga, and Swadener 2003).

Le bureau régional du Réseau africain pour la prévention et la protection contre l'abus et la négligence de l'enfant (connu en anglais sous le sigle ANPPCAN) donne l'exemple d'une approche novatrice qui peut être développée, avec plus de soutien, pour améliorer les services aux enfants de moins de 3 ans qui vivent dans des bidonvilles ou des zones surpeuplées comme les grandes plantations agricoles. L'ANPPCAN gère un réseau de plus de 120 garderies à domicile qui s'occupent des enfants de la naissance à 6 ans. Chaque mère accueille 10-15 enfants dans le programme dont elle s'occupe à son domicile d'une ou deux pièces. L'ANPPCAN donne aux mères une formation sur les droits de l'enfant, la nutrition, la santé, l'hygiène, les soins, la stimulation ainsi que la génération de revenus. Les mères ont appris comment enrichir la farine pour améliorer le programme de nutrition. En donnant à d'autres mères une formation sur la nutrition et la garde des enfants on crée un marché plus vaste pour la farine enrichie produite par les mères formées par l'ANNPCAN (Kenya Institute of Education and Bernard van Leer Foundation 2002). Parmi les enfants aidés par l'ANPPCAN, environ 500 ont moins de 3 ans.

Bien que les efforts combinés de multiples organismes et des communautés soient louables, la majorité des enfants de moins de 3 ans n'ont pas encore été atteints. Récemment, le gouvernement du Kenya, en collaboration avec l'UNICEF et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), a entrepris d'élaborer une politique de DPE pour améliorer la qualité des soins aux enfants, en augmenter l'accès et l'équité et mobiliser davantage ressources gouvernementales ou autres. On a élaboré des documents contenant des recommandations pour améliorer les soins aux enfants de moins de 3 ans. Ces documents établissent et recommandent la prise en charge des soins aux enfants de moins de 3 ans dans divers milieux dont la famille, les soins à domicile, les groupes de soins communautaires, les écoles maternelles, les centres mobiles et avec diverses approches, éducation des parents, visites à domicile et programmes d'enfant à enfant. Parmi les recommandations pour soutenir les familles on note la prolongation du congé de maternité, les subventions de soutien aux familles défavorisées, la formation à une variété des travailleurs sociaux et la mobilisation des communautés pour soutenir les familles et créer un environnement qui favorise le bien-être général des enfants. Les documents fournissent également des directives et des règlements pour la gestion des services qui s'adressent

aux enfants de moins de 3 ans et définissent les rôles des différents partenaires (Kenya and UNICEF 2004; Kenya and UNESCO 2005).

## Résumé et commentaire final

Ce chapitre voulait positionner les programmes de DPE pour les moins de 3 ans dans une perspective intersectorielle appelant à une intégration plus étroite des programmes, des services et des initiatives qui ont un rapport direct avec le développement et le bien-être des enfants et qui sont actuellement dispensés sous les auspices d'organismes gouvernementaux et d'autorités administratives diverses. Nous avons présenté un argument en faveur de l'utilisation des infrastructures de soins de santé primaires existantes, de suppléments nutritionnels et de vaccinations à la fois comme base et comme pont pour des programmes dédiés spécifiquement aux soins de routine et à la stimulation développementale dans les contextes communautaires. Nous avons souligné que la nécessité d'améliorer les capacités de la famille et des communautés était un élément fondamental de la programmation du DPE, et nous avons présenté des perspectives et des suggestions sur la mise en œuvre des programmes qui touchent les trois principaux groupes cibles : les enfants, les familles et les prestataires de soins primaires et le personnel de DPE.

La valeur d'une programmation pour tous les enfants, y compris pour ceux qui ont des troubles de développement et des problèmes de santé se trouve enracinée dans notre approche du DPE. Une des leçons que nous devons tirer du monde industrialisé est particulièrement opportune compte tenu de la nature émergente du mouvement africain de DPE : il est contre-productif d'établir des programmes innovants autour de modèles d'exclusion ou de ségrégation pour ensuite faire demi-tour et devoir lutter pour l'intégration. Établir des programmes de DPE autour d'une philosophie d'intégration est logique moralement et économiquement.

Enfin, nous avons présenté des exemples d'initiatives novatrices dans les arènes politiques et de prestation de services. En plus des autres cas de développements impressionnants mis en évidence dans ce volume, les exemples de politiques et d'approches de programme novatrices présentés dans ce chapitre attestent que le DPE en Afrique va bien dans la direction souhaitée : des programmes holistiques et des politiques intersectorielles. Toutefois, le mouvement naissant ne va pas sans difficultés ; dans les derniers paragraphes nous attirons l'attention sur plusieurs questions qui demandent une attention sérieuse de la part des leaders du DPE

à tous les niveaux : politique, élaboration de programmes et pratiques de développement. Au niveau macro-économique, l'Afrique est confrontée à un défi de taille lorsqu'il s'agit de trouver les ressources financières nécessaires pour soutenir des activités de DPE importantes. Les initiatives de DPE dépendent en grande partie du financement des bailleurs de fonds, des organisations philanthropiques et des ONG locales qui souvent dépendent elles-mêmes de sources étrangères aussi bien pour leurs initiatives que pour leurs opérations. Par nature, ces initiatives servent seulement une fraction des enfants auxquels les services de DPE pourraient apporter un accroissement significatif du bien-être développemental. Ce sont en grande partie des programmes de prêts internationaux tels que ceux offerts par la Banque mondiale qui ont permis la participation des pouvoirs publics dans la conception et la réalisation des politiques et des programmes de DPE.

Tout en reconnaissant les contraintes financières réelles auxquelles beaucoup de pays africains doivent faire face, il est néanmoins important de sensibiliser les pouvoirs publics aux dangers de continuer à compter sur le monde extérieur pour supporter les initiatives de DPE. Si l'on désire que ces initiatives prospèrent au point de pouvoir faire une réelle différence dans la qualité de la vie de générations de citoyens ainsi que dans la qualité du développement du capital humain pour le continent tout entier, il doit se produire un changement conscient pour passer d'une dépendance à long terme des apports extérieurs à une planification budgétaire nationale qui reflète clairement par des investissements indigènes la valeur donnée aux premières années de développement des enfants.

L'autre facette de la question des contraintes financières est que les défenseurs et les professionnels du DPE doivent rester réalistes sur ce qui est faisable et réalisable. L'attrait des programmes de DPE provient en grande partie des bons résultats obtenus par certaines des nations les plus riches du monde. Tout en reconnaissant et en faisant la promotion des avantages des programmes de DPE pour l'Afrique, nous ne pouvons pas perdre de vue la dure réalité selon laquelle l'état de nombreuses économies africaines réclame une approche stratégique, réaliste et progressive dans laquelle les choix de la conception, de l'exécution et des résultats seront fondés sur ce qui est réalisable et réaliste pour le continent. Il n'est pas réaliste de s'attendre aux mêmes résultats que ceux qui ont été atteints par des programmes de DPE dans d'autres parties du monde alors même que nombre de nouveaux programmes en Afrique dépendent des plus pauvres parmi les pauvres pour assurer la prestation des services, et ce sans, ou presque sans rémunération.

Enfin, et ceci est directement lié aux contraintes financières et à la pertinence contextuelle, le mouvement de DPE en évolution doit se garder de vouloir recourir à des modèles de prestations de services (Marfo 1998) dans lesquels les cadres et les contenus du programme, qui ont fait leurs preuves dans les nations riches, et de les transplanter dans un contexte africain sans prendre soigneusement en considération les réalités éco culturelles des communautés africaines.

## Notes

Les auteurs remercient le Dr Cecilia A. Darko pour les suggestions faites sur une version préliminaire du manuscrit.

1. On cible ce groupe d'âge parce que les enfants sont progressivement introduits dans une année dite « de réception », à savoir la première année de la maternelle, l'année pendant laquelle ils atteignent l'âge de 5 ans. Les interventions prévues pour les enfants de 0 à 4 ans seront différenciées selon la phase de développement (South Africa 2001b).
2. Les habitats informels sont de grands bidonvilles surpeuplés qui se sont développés en périphérie des villes, souvent habités par des migrants venant des zones rurales. Les infrastructures de base (par exemple eau et système sanitaire) sont souvent manquantes, le chômage est répandu, et les réseaux sociaux de soutien sont limités.

## Références

- Arnold, C. 1998. "Early Childhood: Building Our Understanding and Moving Towards the Best of Both Worlds." Paper presented at the international seminar "Ensuring a Strong Foundation: An Integrated Approach to Educational Development," Aga Khan University, Karachi, Pakistan, March.
- Bali, S., and M. Kabiru. 1992. *Development Needs and Early Stimulation of Children under Three Years: Building on People's Strengths*. Nairobi: NACECE (National Center for Early Childhood Education).
- Bernard van Leer Foundation. 1994. *Building on People's Strengths: Early Childhood in Africa*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Biersteker, L. 1997. "An Assessment of Programs and Strategies for 0–4 Year Old." South African Case Study Report—Africa Regional Integrated Early Childhood Development Services Initiative. Cape Town: Early Learning Resource Unit.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA:Harvard University Press.
- Casper, V., R. M. Cooper, C. D. Finn, and F. Stott. 2003. "Caregiving Goals and Societal Expectations." *Zero to Three* 23 (5): 4–6.

- Colletta, N. J., and A. J. Reinhold. 1997. "Review of Early Childhood Policy and Programs in Sub-Saharan Africa." World Bank Technical Paper 367, Africa Region Series, World Bank, Washington, DC.
- Gakuru, O. N., and B. G. Koech. 1995. "The Experience of Young Children: A Conceptualized Case Study of Early Childhood Care and Education in Kenya: Final Report to Bernard van Leer Foundation." Unpublished report available through Bernard van Leer Foundation, The Hague.
- Gambia, The. Department of Central Statistics. 2003a. *Household Economic Survey Report*. Banjul: Department of State for Finance and Economic Affairs.
- . 2003b. *National Population and Housing Census*. Banjul: Department of State for Finance and Economic Affairs.
- Gauteng Department of Education. 1999. *Impilo: A Holistic Approach to Early Childhood Development*. Johannesburg: Gauteng Department of Education.
- Hyde, A. L., and M. Kabiru. 2006. *Early Childhood Development as an Important Strategy to Improve Learning Outcomes*. Paris: ADEA (Association for the Development of Education in Africa).
- Ibetoh, C. A. 2004. "A Guide for Effective Collaboration between Schools and Parents: A Cooperative Development and Delivery Approach." Unpublished master's major project report, University of Victoria, British Columbia, Canada.
- Kabiru, M., A. Njenga, and B. B. Swadener. 2003. "Early Childhood Development in Kenya: Empowering Young Mothers, Mobilizing a Community." Unpublished report available through Margaret Kabiru, Director, Mwana Mwendu Child Development Center, Nairobi, Kenya.
- Kenya Ministry of Education and Human Resource Development, and UNICEF. 1999. *Developing Alternative, Complementary Approaches to Early Childhood Care for Survival, Growth, and Development in Kenya*. Nairobi: Kenya Ministry of Education and Human Resource Development.
- Kenya Ministry of Education, Science and Technology, and UNESCO. 2005. "Policy Framework on Early Childhood Development." Discussion Paper, Kenya Ministry of Education and Human Resource Development, Nairobi.
- Kenya Ministry of Education, Science and Technology, and UNICEF. 2004. "Draft Policy Concept Paper on Integrated Early Childhood Development." Kenya Ministry of Education, Science and Technology, Nairobi.
- Kenya Institute of Education and Bernard van Leer Foundation. 2002. "Report of the Early Childhood Development Regional Conference, Mombassa." Kenya Institute of Education, Nairobi.
- Kipkorir, L. 1994. *Childcare: Mother's Dilemma*. Nairobi: Kenya Institute of Education.



- LeVine, R. A. 1977. "Child Development as Cultural Adaptation." In *Culture and Infancy: Variations in the Human Experience*, ed. P. H. Leiderman, S. Tulkin, and A. Rosenfeld, 15–27. New York: Academic Press.
- Majola, N. 1999. "From Surviving to Thriving." *Children First* 3 (25): 24–26.
- Marfo, K. 1998. "Conceptions of Disability in Cultural Contexts: Implications for Transport Models of Service Delivery in Developing Countries." Invited paper presented at the "Expert Meeting on Disability and Culture," Bonn, Germany, Juin.
- Marfo, K., F. K. Agorsah, W. W. Bairu, A. Habtom, M. R. Muheirwe, S. Ngaruiya, and E. M. Sebatane. 2004. "Children, Families, Communities, and Professionals: Preparation for Competence and Collaboration in ECD Programs." *International Journal of Educational Policy, Research, and Practice* 5 (3): 31–60.
- Mustard, J. F. 2002. "Early Child Development and the Brain—The Base for Health, Learning, and Behavior Throughout Life." In *From Early Child Development to Human Development*, ed. M. E. Young, 23–62. Washington, DC: World Bank.
- NACECE (National Center for Early Childhood Education). 1993. *Partnership and Networking in the Care and Development of Under Threes: A Report of the Conference Held at Nyeri, UNICEF and Ministry of Education*. Nairobi: NACECE.
- . 1995. *Who Takes Care of Children Under Three Years? A Report of a Survey Carried Out in Kericho, Nairobi, Narok and Siaya*. Nairobi: NACECE.
- . 1997. *Early Childhood Development: End-of-Term Report for the Aga Khan-Supported ECD Project (1993–1996)*. Nairobi: NACECE.
- Nene, N., and M. Newman. 2005. "Masikhule Family and Community Motivators Case Study." Presentation at the Masikhule ECD dialogue for provincial government and NGOs, Mthatha, South Africa, August.
- Newman, M. 2002. "A Children's Rights Focus to Strengthening Indigenous Community and Family Participation in Early Childhood Development." Papier présente au "Organisation Mondiale pour l'Education Prescolaire (OMEP) World Council and Conference," Durban, South Africa, October.
- Newman, M., J. Carr, S. de Beer, P. Goliath, and B. Ngwenya. 1999. *The Qala Ekhaya/Lapeng Kathorus Family-Based ECD Project: Final Report to Gauteng Education Department*. Johannesburg: Kathorus Consortium.
- Newman, M., and L. Dlangamandla. 2004. "Family and Community Motivators." Presentation at an ECD dialogue for government and NGOs at the Early Learning Resource Unit/Cape Town, Afrique du Sud, Octobre.
- Newman, M., T. Uys, and T. Noko. 2003. "Implementers' Report: A Re Direng." Unpublished report, Early Learning Resource Unit/Thusano, South Africa.

- Nsamenang, A. B. 1992. *Human Development in Cultural Context: A Third World Perspective*. Newbury Park, CA: Sage.
- Shweder, R. A. 1991. *Thinking Through Cultures: Expeditions in Cultural Psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- South Africa Department of Education. 2001a. *The Nationwide Audit of ECD Provisioning in South Africa*. Pretoria: South Africa Department of Education.
- .2001b. "Early Childhood Development." White Paper 5, ECD Directorate, Pretoria.
- Statistics South Africa. 2001. *Population Census 2001*. Pretoria: Statistics South Africa.
- Swadener, B. B., with M. Kabiru, and A. Njenga. 2000. *Does the Village Still Raise the Child?* Albany, NY: State University of New York Press.
- Thorburn, M. J., and K. Marfo. 1994. *Practical Approaches to Childhood Disability in Developing Countries: Insights from Experience and Research*. Tampa, FL: Global Age.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2000. *State of the World's Children*. New York, NY: UNICEF.
- Vygotsky, L. 1962. *Thought and Language*. New York: John Wiley.
- WHO (World Health Organization). 1989. *Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services: A Joint WHO/UNICEF Statement*. Geneva:WHO.
- WHO and UNICEF. 1990. *The Innocenti Declaration on the Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding*. Florence: Innocenti Center.

## CHAPITRE 12

# Introduction des classes pré primaires en Afrique: opportunités et défis

**Linda Biersteker, Samuel Ngaruiya, Edith Sebatane, et Sarah Gudyanga**

L'initiative Éducation pour tous (EPT)—qui a commencé lors de la Déclaration mondiale de 1990 qui stipule que « l'apprentissage commence dès la naissance » (UNESCO 1990, art. 5) et s'est poursuivie avec la réunion de Dakar en 2000, où le premier objectif de l'EPT a été identifié comme « développer et améliorer les soins et l'éducation de la petite enfance » (UNESCO 2000)—a montré un niveau d'engagement pour le bien-être des enfants d'âge préscolaire qui n'était pas évident avant ces conférences. Ces engagements sont pris dans un contexte de ressources limitées, cependant et c'est inévitable, des discussions surgissent sur les types de services et l'âge des enfants à retenir (voir le chapitre 11 pour une discussion des services pour les enfants de 0 à 3 ans). Dans ce contexte de ressources limitées, de nombreux pays d'Afrique (et sur le plan international) examinent de près quels services développer, à quel coût, et pour quels bénéfices pour les enfants immédiatement avant leur entrée à l'école primaire. Dans ses commentaires sur l'application des droits de la petite enfance, le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies (2006, par. 28) « reconnaît avec satisfaction que certains États ont

l'intention de donner une année d'éducation préscolaire gratuite pour tous les enfants. »

La transition, le passage du foyer ou des services de développement de la petite enfance (DPE) à l'école primaire est, c'est bien connu, une période critique pour le développement et l'apprentissage des enfants (par exemple, Myers 1997; Sylva and Blatchford 1996). Historiquement, des approches particulières de soins et d'éducation ont été mises au point pour faciliter la transition d'un milieu familial à un environnement scolaire. Les jardins d'enfants sont l'exemple de ce type de programmes qu'on trouve partout dans le monde dit minoritaire et qui se rencontre parfois dans le monde majoritaire. Comme son nom (jardin d'enfants) l'implique, la philosophie derrière les jardins d'enfants est beaucoup plus de s'occuper des petits bouts que d'enseigner ou d'instruire. Cette philosophie du jardin d'enfants a trouvé sa place dans la documentation sur l'éducation préscolaire et conduite à une approche caractérisée par un environnement de jeu interactif, centré sur l'enfant, approche jugée la plus appropriée pour l'apprentissage préscolaire et le développement (Bredekamp 1987). En Afrique, une telle approche de l'étude et du développement n'est pas moins pertinente, mais dans une large mesure, en particulier dans le secteur privé, les programmes pré primaires sont calqués sur l'approche de l'enseignement primaire que beaucoup de parents considèrent comme la plus appropriée pour préparer l'enfant à l'école. Cette réalité, qui provient dans une large mesure du manque de soins et de formation pour l'éducation de la petite enfance, n'est qu'un des nombreux défis que rencontrent les pays africains pour réaliser des programmes pré primaires.

De nombreux pays en Afrique envisagent de créer des programmes publics pré primaires de transition et certains l'ont déjà fait. Cette action est le plus souvent motivée par le souci d'augmenter la réussite scolaire et de réduire les taux d'abandons et de redoublement et se traduit par les actions suivantes:

- créer une transition entre le secteur informel et le système formel ;
- veiller à ce que les enfants entrent dans l'éducation formelle suivant leur état de préparation plutôt que leur âge ;
- permettre l'intervention et le rattrapage avant l'introduction de la scolarisation formelle ; et
- faciliter la tâche des enseignants dans les petites classes primaires en leurs donnant des groupes plus homogènes à former (South Africa 1983).

Diminuer l'âge d'accès aux programmes publics d'éducation en introduisant une année pré primaire ouvre la porte à un nombre plus important d'enfants alors que la majorité des tout petits n'ont pas eu accès à des programmes de DPE. Un ciblage attentif pour s'assurer de l'intégration des enfants défavorisés par la pauvreté ou par des besoins spéciaux et pour que garçons et filles jouissent des mêmes conditions d'accès permettra d'optimiser les avantages de ces interventions. Pourtant, introduire une année pré primaire n'est pas chose facile, puisqu'il faut des programmes appropriés, des enseignants bien formés, un financement, de l'encadrement et des soutiens divers.

Dans ce chapitre nous donnons un bref compte rendu de l'expérience de quatre pays en Afrique subsaharienne—Afrique du Sud, Kenya, Zimbabwe, et Lesotho—qui sont en train d'introduire une classe pré primaire intégrée dans le système d'enseignement primaire.<sup>1</sup> Les principaux domaines abordés concernent les politiques et la prestation des services, le financement, le curriculum, les programmes et éléments des programmes et la formation des enseignants. Dans la section finale, les auteurs se penchent sur les enjeux et les défis rencontrés.

## **L'Afrique du Sud**

Pendant le régime de l'apartheid, la prestation des services de DPE était très limitée et réservée principalement aux enfants blancs et aux enfants dans les zones urbaines. En raison du manque de participation de l'État dans le DPE, presque toute la responsabilité du DPE et des services de formation des enfants, y compris les enfants dits « de couleur » (le terme *coloured* se réfère à une origine métis) et ceux d'origine asiatique, reposait sur les communautés et les organisations non gouvernementales (ONG). En 1994, le gouvernement démocratique de l'*African National Congress* (ou ANC, le Congrès national africain) a identifié le DPE comme un domaine clé dans le processus de reconstruction et de développement des ressources humaines et dans la promotion des droits des jeunes enfants.

### ***Politiques et prestations de services***

Le *Livre blanc sur l'éducation et la formation* (South Africa 1995) a défini l'engagement du gouvernement envers les jeunes enfants et son intention d'introduire progressivement « une année préparatoire » dans le régime de scolarité obligatoire. Cet engagement a été suivi en 1996 d'une politique provisoire de DPE et d'un projet pilote national pour étudier la mise en place progressive d'une année préparatoire et l'accréditation des

enseignants et de ceux qui assureraient la formation. Ce projet pilote de DPE est à l'origine du Livre blanc sur l'éducation de 2001 (South Africa 2001a), qui prévoit l'introduction progressive dans le système national d'une année préparatoire (la classe R) pour les enfants âgés de 5 ans, avec une priorité pour les plus pauvres d'entre les pauvres. Il est prévu que tous les enfants de 5 ans seront dans les classes R d'ici 2010.<sup>2</sup> La classe R s'adresse à tous les enfants, mais la fréquentation n'en est pas obligatoire.

Trois types de classe R sont offerts—programmes du système primaire public, les programmes des centres de DPE communautaires, et les programmes indépendants (secteur privé) ; tous doivent s'enregistrer auprès des ministères provinciaux de l'éducation. Dans un premier temps, certains centres communautaires seront rattachés au système public de classe R, mais uniquement dans la mesure où il n'y a pas d'école primaire publique à une distance raisonnable pour l'enfant. En 2004, 40% environ des 877 500 enfants âgés de 5 ans étaient inscrits dans des classes R communautaires, publiques et privées. Toutefois, les chiffres varient fortement entre provinces, allant de 8 à 73% du nombre d'enfants éligibles. Au cours de l'année scolaire 2004, 42% des programmes de la classe R se trouvaient dans des sites communautaires (Wildeman and Nomdo 2004).

### **Financement**

Du point de vue du curriculum, la classe R est l'année préparatoire aux études primaires, mais le financement et le personnel sont gérés différemment. Le gouvernement la finance de deux façons. Tout d'abord, les gouvernements provinciaux accordent des subventions aux centres communautaires de DPE sur la base du nombre d'élèves inscrits. Deuxièmement, ils octroient une aide directe aux écoles primaires publiques qui emploient les enseignants. Le subventionnement de l'année préparatoire est conditionné par la pauvreté. Les enfants qui fréquentent les 40% des écoles les plus pauvres doivent recevoir les subventions les plus élevées. Les enfants des écoles primaires publiques visées par cette mesure bénéficient aussi d'un programme scolaire de nutrition.

La modeste subvention, qui varie selon les provinces de 2 à 6 rands par élève par jour de classe avec un plafond à 30 élèves, est consacrée à couvrir une partie du coût de l'enseignant, les fournitures scolaires, les frais de formation, le mobilier, l'alimentation et le matériel didactique. En 2005–2006, les neuf ministères provinciaux de l'éducation ont alloué 489 millions de rands de subventions aux classes R. Le financement de la classe R est largement défavorisé par rapport à celui des autres classes

dans la même école, il est environ 7 fois moins élevé que pour un élève de première année primaire.<sup>3</sup> La plupart des enseignants des classes R reçoivent des salaires très bas, ce qui ne favorise guère leur motivation. Une politique nationale des normes pour la classe R est en cours de finalisation (South Africa 2005). Une fois la politique acceptée, le DPE pour les enfants de 5 ans entrera dans le programme public formel avec un financement par élève qui pour la classe R devrait atteindre 70% de celui de la première année du primaire.

### **Éléments du programme**

Le curriculum pour les enfants de 5 ans fait partie de la *version révisée de la Déclaration du programme national* (South Africa 2002). Il fait partie de la phase initiale de la scolarité qui comprend les classes R, 1, 2 et 3 (de 5 à 9 ans environ). Principalement on y apprend à lire, à écrire, à calculer, et les aptitudes à la vie quotidienne. Le programme est basé sur le développement holistique de l'enfant, sur des activités qui favorisent le développement dans le contexte local ; une attention particulière est portée dans le curriculum au volet droits de l'homme, aux valeurs et au jeu et à l'apprentissage informel dans un environnement enrichissant. En pratique, cependant, l'installation de la classe R dans les écoles primaires peut créer des pressions pour en venir à une approche plus formelle, difficulté que l'on cherche à contourner par un programme de formation complémentaire pour les enseignants de la classe R. Le ratio enseignant: enfants prescrit est de 1 à 30, mais les provinces peuvent améliorer ce ratio en embauchant des assistants à leur discrétion.

### **Formation des enseignants**

Avant la fin des années 1990, la majorité des enseignants noirs de DPE étaient formés par des ONG (South Africa 2001b; Short and Pillay 2002) et leurs qualifications n'étaient pas officiellement reconnues. L'accréditation de l'éducation et de la formation relève désormais de la *South African Qualifications Authority* (SAQA—ou Autorité sud-africaine pour les qualifications), fondée en 1995. Il existe différentes sources pour obtenir ces qualifications de DPE : l'enseignement privé, les organisations non gouvernementales, les collèges et universités qui sont accrédités par un organisme d'assurance qualité nommé par la SAQA. La formation des enseignants pour l'enseignement primaire porte sur une période de minimum quatre ans d'études (niveau 6), mais le minimum requis pour enseigner la classe R pendant cette période de transition est le niveau 4 (équivalent à un quatrième degré et un certificat de formation à la fin du

secondaire). Le ministère de l'Éducation a libéré des fonds sous forme de subventions conditionnelles et le ministère du Travail a financé des « apprentissages »<sup>4</sup> pour former les enseignants de la classe R et les amener au niveau 4. On a prévu une opération de grande envergure pour le passage au niveau 5 (Biersteker and Dawes, 2007).

Le développement de la classe R est le plus important engagement public jamais pris en Afrique du Sud au profit du DPE; il a augmenté les enrôlements de façon significative. Toutefois, il existe un certain nombre de difficultés. La décision d'installer les programmes les plus subventionnés de la classe R dans les écoles primaires publiques a eu un impact négatif sévère sur les centres communautaires, qui généralement dépendent des cotisations payées par les parents, même si certains centres ont reçu des subventions pour les enfants de 5 à 6 ans. Les frais d'inscriptions dans les écoles primaires publiques sont minimes voire inexistantes et le programme d'alimentation, qui ne concerne que les écoles publiques, les rend encore plus attirantes (Biersteker and Dawes, 2007). Entre 2000 et 2004, le nombre d'enfants en classe R dans les écoles primaires publiques a presque doublé ; nombre d'entre eux venaient des centres communautaires. Toutefois, les écoles publiques n'offrent pas le service de garderie pour toute la journée nécessaire à de nombreuses familles. Une autre préoccupation est que s'il est plus facile pour le ministère de l'Éducation de gérer les classes d'accueil dans les écoles publiques, il y existe aussi une tentation d'en venir à une approche plus formelle du programme qui n'est pas souhaitable. Enfin, il est important de rappeler que la classe R n'est qu'une des nombreuses stratégies nécessaires pour répondre aux besoins de DPE, qui comprennent toutes les interventions pour les jeunes enfants et ceux qui s'en occupent, et qu'elle tente d'améliorer la qualité des premières années de scolarité.

## **Le Kenya**

Le Kenya, a connu une remarquable expansion des prestations pour l'éducation de la petite enfance (EPE) depuis que le pays a accédé à l'indépendance en 1963. On attribue cet élan bienvenu à l'impact des changements socioéconomiques sur les systèmes traditionnels d'éducation des enfants et à une meilleure compréhension des parents de l'intérêt qu'il y a de donner à leurs enfants une longueur cognitive d'avance en les faisant fréquenter les centres d'EPE avant la scolarisation formelle. Ainsi, les soins institutionnalisés sont devenus une alternative importante aux approches traditionnelles de soins aux enfants.



### ***Politiques et prestation des services***

La création du Centre national pour l'éducation de la petite enfance (NACECE) et d'un réseau décentralisé de centres de districts pour l'éducation de la petite enfance (DICECE) en 1984 et 1985 fut un événement marquant pour le soutien du gouvernement kenyan aux programmes d'EPE (Njoroge 1994). L'engagement du gouvernement dans le sous-secteur du Développement et de l'éducation de la petite enfance (DEPE) se retrouve également dans les plans nationaux de développement ultérieurs et dans les documents parlementaires n° 6 de 1988 et n° 1 de 2005 (Kenya 1988; 2005). Ces documents statutaires fournissent un cadre politique général pour la prestation de DEPE. Fondamentalement, pour la prestation des services de DEPE le gouvernement encourage une politique de partenariat dans laquelle il va collaborer avec les parents, les collectivités locales, les organisations confessionnelles, le secteur privé et les partenaires au développement (Kamunge 1988). Le document parlementaire n° 1 de 2005 (Kenya 2005) sur l'éducation, la formation et la recherche au Kenya porte engagement à intégrer les enfants de 4 à 5 ans dans le cycle de l'enseignement primaire d'ici 2010.

Au Kenya, une classe préscolaire (dans un centre de DEPE) n'est ni obligatoire ni une condition préalable à l'entrée à l'école primaire. Toutefois, 70% des 17 000 écoles primaires publiques dans le pays ont mis en place une classe pré primaire. Il y a plus de 28 000 centres de DEPE ; 74% d'entre eux sont liés à des écoles primaires publiques (Kenya 2003). En 2003, ils étaient fréquentés par 1 528 596 enfants, encadrés par plus de 44 000 enseignants de DEPE, dont 46% étaient des professionnels formés. Le taux brut de scolarisation des 4 à 5 ans (TBS) était de 35% et le taux net de (TNS) de 32% (dans les centres de DEPE publics et privés). Il existe toutefois de grandes disparités régionales des TBS et TNS, les inscriptions sont moins nombreuses dans les zones arides et semi-arides et dans les bidonvilles où le TBS se situe en dessous de 10% (Kenya, 2003).

### ***Financement***

Le soutien financier gouvernemental est utilisé pour l'élaboration du curriculum, les matériels de soutien au programme, les salaires des coordonnateurs et des gestionnaires du programme et de ceux qui l'élaborent. Le gouvernement subventionne aussi la formation des enseignants et prend en charge l'allocation de formation des formateurs DEPE et les coûts de la mobilisation communautaire. Il n'y a pas de subvention directe du gouvernement à l'enfant, sauf pour l'alimentation dans certains

districts. En raison de l'absence de financement public direct de nombreux enfants vont directement à l'école primaire sans passer par le préscolaire.<sup>5</sup>

### ***Curriculum et éléments du programme***

En 1995, le gouvernement a élargi le champ d'application de l'EPE en adoptant une approche holistique intégrée du développement de l'enfant visant à procurer l'apprentissage précoce, la santé et les soins nutritionnels à tous les enfants âgés de 0 à 8 ans (Ngware 2004). Toutefois, le document parlementaire n° 1 (Kenya 2005), qui définit un cadre politique pour l'éducation, la formation et la recherche, souligne le souci du ministère de l'Éducation d'adopter un curriculum holistique intégré qui réponde aux besoins physiques, cognitifs, sociaux, moraux, spirituels et émotionnels des enfants de 4 à 5 ans (de niveau préscolaire). Il est prévu que d'autres ministères, notamment celui de la Santé et des Services sociaux renforcent leurs composantes de DPE et prennent en charge les enfants de moins de 3 ans.

### ***Formation des enseignants***

Le renforcement des capacités des enseignants est crucial pour assurer la qualité et l'efficacité de ce sous-secteur de DPE. Le gouvernement prend en charge deux années de formation pendant leur service, des enseignants de DEPE qui permettent d'obtenir un certificat ou un diplôme. L'un des principaux problèmes dans la formation des enseignants de DEPE est le manque de qualification académique des enseignants qui rejoignent la formation. Une tentative du ministère pour rehausser les conditions d'admission a eu pour résultat de créer une pénurie d'enseignants stagiaires, notamment dans les régions arides et semi-arides du pays. Il existe aussi un taux élevé de rotation des enseignants formés dans les centres publics EPE (Ngware 2004) établis et gérés par les communautés qui faute de ressources suffisantes ne peuvent offrir les mêmes conditions que les centres privés et à but lucratif.<sup>6</sup> Il arrive aussi que les enseignants quittent la profession pour rechercher de meilleures opportunités.

Le programme de formation vise à donner aux enseignants les connaissances et les compétences nécessaires pour donner des soins holistiques à l'enfant. Outre la qualité des soins, la nutrition, la sécurité et la santé, la formation insiste sur la stimulation et l'apprentissage précoce par le jeu avec du matériel spécialisé et l'apprentissage actif, exploration, expérimentation, observation et discussions avec les enfants pour les préparer pour l'école.

La formation des enseignants du primaire n'incluant pas de formation en EPE et le programme de l'école primaire n'étant pas harmonisé avec celui du DEPE, il y a donc déconnection entre les deux. Les écoles primaires, dans leur majorité, n'ont pas adopté d'environnement d'apprentissage centré sur l'enfant et axé sur les activités (Nyamweya and Mwaura, 1996). Il s'ensuit non seulement de sérieuses difficultés d'adaptation mais aussi des abandons de l'école primaire.

Le placement dans les écoles primaires, en particulier dans les zones urbaines, dépend de l'évaluation des réalisations et des capacités académiques des enfants. Ces évaluations ont entraîné des pressions pour donner une orientation académique aux centres de DPE qui peut stresser les enfants.

Faute de structure bien articulée dans les services et de statut d'agent de l'état pour les enseignants, un malaise existe chez ceux-ci. Un autre problème dans l'enseignement préscolaire est une gestion inadéquate, même lorsque les classes pré primaires sont situées dans les écoles primaires. Des facteurs comme le coût, la distance pour arriver aux centres et l'ignorance de certains parents et des communautés qui n'attachent pas de valeur à l'éducation préscolaire se répercute sur la participation au DPE. Dans les communautés pauvres, la participation est très faible; ces enfants seront moins bien préparés pour entrer à l'école primaire et donc défavorisés.

## **Le Zimbabwe**

À l'époque coloniale, les services de DPE était limités au Zimbabwe. Créés et gérés par des associations de parents ils étaient donc exclusivement réservés aux élites minoritaires qui possédaient les ressources nécessaires à leur organisation. En substance, les centres étaient principalement limités aux zones urbaines et aux centres missionnaires.

Après l'indépendance en 1980, le nouveau gouvernement entreprit de promouvoir le développement et l'éducation des enfants et d'encourager la création de centres de DPE communautaires, en particulier dans les zones rurales, pour répondre aux besoins des enfants de 0 à 6 ans. La campagne aboutit à la multiplication des centres de DPE dans tout le Zimbabwe. Ils étaient établis dans les centres de santé, les centres communautaires, les églises, les écoles et les clubs. Selon Zvobgo (1996), c'est la nécessité de s'occuper correctement des enfants pendant quelques heures pour que les femmes soient libres de travailler qui a provoqué la mise en place de ces centres par le ministère du Développement communautaire

et de la Femme. Toutefois, la pénurie de personnel qualifié dans les centres compromettait la qualité des services.

En 1988, le programme de DPE fut officiellement transféré au ministère de l'Enseignement primaire et secondaire. Les prestations, cependant, se faisaient en partenariat avec divers ministères, ministères de la Fonction publique, du Travail et des Affaires sociales et de la Santé et de la Protection de l'enfance.

### ***Politiques et prestation de services***

Le gouvernement du Zimbabwe, par l'intermédiaire du ministère de l'Éducation, des Sports, et de la Culture, a annoncé une initiative pour donner accès à l'éducation de la petite enfance à tous les enfants de 0 à 8 ans dès janvier 2005 ; les services devaient être fournis dans un cadre intégré de DPE. Cette initiative indique l'engagement du gouvernement zimbabwéen à fournir aux enfants de 0 à 8 ans un bon départ dans la vie. La disposition statutaire n° 72 (Zimbabwe 1999b) adopte une approche holistique pour le programme de DPE.

En accord avec la commission d'enquête présidentielle sur l'éducation de 1999 et des recommandations sur la formation préscolaire (Nziramasanga 1999), le gouvernement a élaboré un programme en deux phases sur 10 ans, pour introduire l'éducation préscolaire et 2 ans de DPE dans chaque école primaire du pays.

La Lettre circulaire du secrétaire n° 14 de 2004 stipule clairement les orientations suivantes :

#### PHASE UN (les cinq premières années)

Chaque école primaire est tenue d'établir au moins une classe de DPE pour les 4 à 5 ans. Cette classe sera connue sous le nom de DPE « B. » Les élèves de cette classe passeront en première l'année suivante.

#### PHASE DEUX (les cinq dernières années)

Au cours de cette phase, une classe de DPE supplémentaire pour les 3 à 4 ans sera installée dans chaque école primaire. La classe sera connue sous le nom de DPE « A. » Ce groupe d'enfants passera en DPE « B » l'année suivante.

La Circulaire du directeur n° 12 de 2005, sur la mise en œuvre du programme stipule :

Les opérations des centres de DPE sont régies par la Loi amendée sur l'éducation de 1996 et de la disposition statutaire 106 de 2005. Les centres de DPE respecteront un ratio maître : élèves de 1 pour 20, des enseignants qualifiés et compétents seront chargés des cours dans *ces classes* et seront inscrits au rôle des salaires des fonctionnaires de l'état. Dans l'entretemps, on continuera à engager des auxiliaires qui *bénéficieront* des allocations de l'État. Les directeurs des écoles primaires, les fonctionnaires de l'Éducation et les *formateurs* de DPE *de district* seront chargés de déterminer la meilleure manière d'assurer le DPE. Les écoles maternelles continueront à fonctionner, mais devront nouer des contacts avec le directeur de l'école la plus proche. Elles devront se conformer à la Loi sur l'éducation et aux règlements qui régissent le fonctionnement de toutes les institutions de soins et d'éducation de la petite enfance.

À ce jour, le Zimbabwe s'efforce de généraliser les services de DPE en y intégrant des programmes communautaires et en améliorant la qualité du personnel par la formation continue des auxiliaires. Le but de cette formation est de fournir un appui technique, d'encourager une approche plus holistique et de rechercher le soutien des parents.

Les observations faites lors des visites de supervision sont les suivantes :

- Un nombre croissant d'enseignants en service ont une certaine connaissance du DPE et un peu d'expérience de l'enseignement des classes de DPE.
- En général, les classes sont trop grandes. Le ratio enseignant : élèves de 1 pour 20 n'est pas respecté ; dans certains cas, les ratios atteignent 1 pour 50.
- Les locaux affectés aux programmes posent problème. Ce peuvent être des entrepôts, des halls ou même rien du tout. L'équipement aussi nécessite des investissements.
- Un programme particulier, celui de St. Mary's Early Learning Centre (le centre d'apprentissage de la petite enfance de Ste Marie) n'a pas assez d'élèves. Alors qu'il offre des services de qualité, il est trop cher pour les parents et par conséquent ils ont opté pour les classes de DPE « B » offertes par les écoles primaires publiques locales.

Néanmoins, malgré ces problèmes le programme a connu un énorme succès et les intéressés sont très optimistes. Le nombre de centres rattachés aux écoles primaires a atteint 3 316 et les chiffres ne cessent d'augmenter.

### **Financement**

Le gouvernement du Zimbabwe accorde des subventions aux services de DPE et prend en charge les salaires des formateurs de district. Les formateurs sont des employés de l'état à plein temps chargés de surveiller et de superviser les activités de DPE dans les districts et d'élaborer les programmes, les manuels et les manuels de formation des enseignants. En 2005, un total de 20 millions de dollars zimbabwéens a été alloué à chacune des 10 provinces pour la mise à niveau d'un programme de DPE qui doit servir de modèle de référence pour la région.

### **Curriculum et éléments du programme**

Pour améliorer la qualité et les normes dans les services de DPE, le gouvernement a mis au point un curriculum et lancé un programme de formation pour les enseignants du DPE, les prestataires de soins et les dirigeants qui engagent le personnel pour les programmes communautaires de DPE. La *Loi sur l'éducation* (Zimbabwe 1987) et la *disposition statutaire n° 72* (Zimbabwe 1999b) énoncent les règlements qui régissent l'enregistrement, les programmes, et les prestations de services dans les centres de DPE. Le curriculum propose des exercices et des activités adaptés aux enfants dans chaque tranche d'âge. L'objectif recherché est le développement des compétences sociales, la prise de conscience sensorielle, les aptitudes de résolution de problèmes, les compétences langagières et la motricité. Les deux années de DPE A et B préparent à la scolarisation formelle. Les écoles primaires poursuivent le programme actuel, la seule différence étant les classes supplémentaires pour les enfants de 4 à 5 ans.

Le ministère de l'Éducation veut que chaque enfant puisse être exposé et avoir accès aux programmes de DPE avant d'entrer dans l'enseignement formel. Les classes doivent assurer stimulation intellectuelle, interactions et activités d'apprentissage dans un environnement stimulant qui permet aux enfants d'explorer et de se développer pour réaliser leur potentiel à l'école et plus tard dans la vie.

Dans le système éducatif, le DPE fait partie de l'éducation de base et englobe les écoles maternelles, les garderies, les pouponnières, et le préscolaire ; il faut par conséquent un curriculum qui couvre tous les programmes de DPE pour assurer l'uniformité de l'éducation des jeunes enfants. Le programme actuel suivi par les écoles maternelles et les centres de DPE est conforme au modèle décrit dans la disposition statutaire n° 72 (Zimbabwe, 1999b).

**Tableau 12.1 Nombre d'élèves formés à l'enseignement de DPE au Zimbabwe**

<i>Collège</i>	<i>Etudiants suivant la formation d'enseignement DPE</i>	
	<i>2004</i>	<i>2005</i>
Seke Teachers' College	150	150
Gwanda ZINTEC	—	100
Mary Mount	—	60
Mkoba	—	60

*Source:* Zimbabwe 2000.

— = non-disponible.

### **Formation des enseignants**

Suite aux recommandations de la Commission Nziramasanga (1999), le gouvernement a mis en place des initiatives pour renforcer la formation des enseignants de la petite enfance ; depuis lors, 1 081 enseignants spécialisés en DPE et en éducation des tout-petits ont obtenu leur diplôme au Seke Teachers' College (équivalent à une école normale d'instituteurs) (Zimbabwe, 2000). Faisant suite à la recommandation par la Commission d'offrir une formation en DPE dans les écoles normales, quatre collèges de formation des enseignants du primaire, dont le Seke Teachers' College, ont entrepris d'offrir aux enseignants une formation en DPE dès 2004 et 2005 (voir le tableau 12.1 pour les inscriptions de 2004 et 2005). La formation les prépare à étudiants suivant la formation d'enseignants de DPE enseigner dans les classes pré primaires et primaires 1 à 3. La formation dure trois ans et est structurée en trois phases : une session d'une année en résidence, un stage d'un an, et une dernière session d'une année en résidence. Pour y avoir accès, il faut être porteur au minimum d'un certificat général d'éducation avec une note C dans cinq matières, mathématiques et anglais compris. Cette exigence est identique pour l'enseignement primaire.

D'autres établissements ont commencé la formation des enseignants de DPE en 2006. Ainsi, l'Université du Zimbabwe a inscrit 43 étudiants en licence d'éducation en DPE en 2006 et environ 10 étudiants sont actuellement inscrits en maîtrise.

### **Le Lesotho**

L'expérience du Lesotho dans la prise en charge de la petite enfance remonte au début des années 1970. Le Conseil national des femmes du Lesotho a été le premier à mettre en place une ébauche de prestations

organisées en faveur de la petite enfance. Au début des années 1980, le Fondation Bernard van Leer a fait du programme de DPE son projet ; l'UNICEF s'est joint plus tard pour soutenir et financer le programme lorsque Bernard van Leer a cessé ses opérations. En 1985, l'Association des garderies d'enfants et du préscolaire du Lesotho (*Lesotho Preschools and Day Care Association*) créée pour servir d'organe de coordination pour tout le préscolaire au Lesotho, s'était donné pour objectif principal d'essayer d'obtenir la reconnaissance et l'absorption des programmes de DPE par le gouvernement. En 1995, l'association est arrivée à ses fins et le programme de DPE a été absorbé par le ministère de l'Éducation.

### ***Politiques et prestation de services***

Le droit à l'éducation pour tous est inscrit dans la constitution du Lesotho. Il appartient au gouvernement de faire en sorte que « l'éducation assure le plein épanouissement de la personnalité et de la dignité humaine et renforce le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales » (Lesotho 1993, para. 28). L'engagement du gouvernement pour l'éducation de la petite enfance est exprimé dans la Loi sur l'éducation (Lesotho 1995) qui place les écoles pré primaires dans les catégories officielles de l'enseignement ; elles offrent jusqu'à trois ans d'éducation de la petite enfance. En outre, dès 2004, les données des programmes de soins et de développement de la petite enfance (SDPE) sont apparues dans les statistiques annuelles de l'éducation publiées par le ministère de l'Éducation et de la Formation.

Comme nous l'avons indiqué précédemment, en 1995, le programme de SDPE a été officiellement intégré au ministère de l'Éducation et de la Formation qui a créé l'Unité de SDPE. L'unité était chargée de la planification, de la régulation et du suivi du programme SDPE à l'échelle nationale. Elle était donc responsable de l'élaboration des règlements et des lignes directrices du SDPE pour permettre à l'unité de surveiller toutes les activités de SDPE et de garantir la sécurité, l'hygiène et la nutrition. Par la suite, est venue s'ajouter la responsabilité de la formation en SDPE des enseignants et des intéressés lorsqu'il apparut que la sécurité et les soins étaient négligés dans de nombreuses régions du pays.

L'élaboration de la politique de SDPE lancée en 1998 fut achevée en 2000. Le projet a été revu et modifié en 2004 pour y incorporer le concept d'intégration, qui consiste en fait à réaliser une approche multi-sectorielle des services de SDPE et d'y engager les autres parties intéressées. Le projet finalisé a été incorporé dans d'autres politiques du



ministère en préparation de la réalisation d'une politique consolidée englobant l'ensemble des sous-secteurs. Il semble que ceci soit considéré comme une étape positive vers l'approbation officielle définitive des politiques de SDPE d'ici la fin de 2007. Le ministère de l'Éducation a ordonné diverses études consultatives (Lefoka and Matsoso 2001; Lefoka and Swart 1995; Sebatane and Motlomelo 2001) pour établir les besoins du programme de SDPE et élaborer des recommandations pour son amélioration.

En 1998, 800 centres de DPE dans le pays pourvoyaient aux besoins de 10 000 enfants âgés de 3 à 6 ans, soit 18% des enfants dans cette tranche d'âge (Lefoka and Swart, 1995). De nombreux jeunes enfants ont été écartés du programme parce que leurs parents ne pouvaient pas payer les frais d'inscription dans les centres. En 2002, le ministère de l'Éducation a contourné cette difficulté en mobilisant, guidant et aidant les communautés nécessiteuses à mettre en place une approche domiciliaire pour s'occuper de ces enfants là et en particulier des orphelins.

Selon les statistiques de l'éducation nationale de 2004, environ 36 350 enfants étaient pris en charge dans 1 225 centres de SDPE et installations domiciliaires, suivis par 1 452 enseignants et 200 prestataires de soins (Lesotho 2004). En 2005, l'accès au SDPE s'élevait à 33% (Lesotho 2005). Le ministère de l'Éducation a organisé des ateliers pour tenter d'améliorer la collecte et la disponibilité de données sur le SDPE. On espère que des données plus précises permettront de soutenir l'expansion des services. Une évaluation préliminaire semble indiquer que cette approche est positive.

En réponse à la Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous et relever les défis de l'accès au SDPE et du passage en douceur des programmes de SDPE à l'enseignement primaire, le ministère a introduit en juin 2007 un programme de formation en vue de l'installation dans les écoles primaires d'une classe préparatoire pré primaire pour les enfants de 5 ans. Les élèves enseignants ont commencé un programme de cours de deux ans en janvier 2006, un mois en résidence, puis sur leur lieu de travail. Un projet pilote est prévu dans 10 écoles primaires publiques (un dans chacun des 10 districts du pays), leur nombre sera progressivement augmenté. Le ministère a prévu un budget pour cela et pour financer des plans de développement des capacités de tout le personnel, enseignants : ceux de la classe préparatoire, de la classe 1, les directeurs et les comités de gestion qui seront impliqués dans la phase pré primaire de SDPE. Ils devraient ainsi gérer efficacement le projet.

### **Financement**

Actuellement, le programme de SDPE reçoit ses fonds du budget ordinaire du gouvernement, du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de la Banque mondiale. Pour assurer la mise en place de la phase préscolaire, la dotation budgétaire du programme de SDPE est passée de 1 222 000 M au cours de l'année financière de 2004 /05 à 2 712 110 M en 2005 /06 et atteint jusqu'à 3 063 413 M en 2006 /07.

Contrairement à l'enseignement primaire, qui devint progressivement gratuit en 2000, la phase pré primaire n'est pas gratuite, mais le ministère veille à ce que les besoins des enfants soient pris en charge et qu'ils puissent participer au projet. Les 10 écoles primaires pilotes recevront une subvention du ministère pour couvrir la phase préscolaire de leur projet pendant la période d'essai. Par exemple, il existe des lignes budgétaires spéciales pour l'alimentation des enfants, les frais de scolarité des orphelins, la formation du personnel, l'entretien des bâtiments et l'achat de matériels didactique et divers.

### **Curriculum et éléments du programme**

L'approche du programme préscolaire est centrée sur l'apprentissage par le jeu. Les matières enseignées doivent exposer les enfants à des expériences clés orientées sur l'apprentissage actif par l'exploration, la découverte, la manipulation, le développement de la pensée et des aptitudes physiques, et, plus important encore, vont les engager dans un programme de préparation à l'école pour faciliter la transition entre le SDPE et l'enseignement primaire.

### **Formation des enseignants**

En 1998, il y avait 335 professeurs de SDPE au Lesotho ; la plupart n'étaient ni qualifiés ni formés. Avant 2007, les enseignants de SDPE et les prestataires de soins ne recevaient aucune formation officielle pour les préparer à leur emploi, seulement une formation sur le tas, non structurée, pour satisfaire aux besoins du moment. Ainsi, on pouvait se concentrer sur le développement de matériels et passer sous silence l'enseignement thématiques et l'apprentissage.

La plus pressante recommandation des consultants travaillant sur l'ensemble du processus de développement de la politique était de créer un programme de formation sanctionné par un diplôme pour les enseignants de SDPE et d'améliorer les normes et la qualité du programme. En juin 2007, le ministère d'Éducation et de la Formation, Unité de SDPE, introduisait un programme de formation des enseignants d'une durée de deux ans au Lesotho College of Education.

Le ministère de l'Éducation et de la Formation rencontre toujours des difficultés pour réaliser efficacement le projet. L'une d'entre elles que les enseignants de SDPE n'ont de qualifications ni en SDPE ni pour enseigner, car il n'existe pas encore de formation institutionnalisée en SDPE. Un autre défi est d'améliorer l'accès au SDPE dans un environnement où l'enseignement primaire est gratuit, mais le SDPE et l'année préparatoire ne le sont pas. Le ministère de l'Éducation et de la Formation espère néanmoins tirer de ce projet pilote de précieuses leçons qui devraient lui permettre d'apporter les ajustements nécessaires avant d'étendre le pré primaire à l'échelle nationale.

### **Opportunités et défis : qu'avons-hous appris ?**

Dans ce chapitre, nous avons brièvement esquissé le développement d'une année préscolaire dans quatre pays africains. Dans deux d'entre eux, le Kenya et l'Afrique du Sud, une proportion importante des enfants éligibles y ont déjà accès. Nous avons réfléchi sur les expériences communes aux quatre pays et les avons reliées aux questions les plus souvent soulevées par ceux qui défendent l'idée d'offrir à un grand nombre de jeunes enfants des services de DPE, à savoir l'accès, la qualité des programmes et du curriculum et les qualifications des enseignants.

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a publié un document succinct sur la politique mettant en cause l'insistance de nombreux pays à faire de la phase préscolaire le moyen de remplir leur engagement vis-à-vis de l'éducation pour tous alors que la Déclaration mondiale affirme que « L'apprentissage commence à la naissance » (UNESCO, 2006b, 1). Cette orientation sur le préscolaire est particulièrement vérifiable dans les pays aux ressources limitées, mais même dans les pays développés, la « prestation universelle commence la dernière année de la petite enfance et se déplace vers le bas » (UNESCO, 2006b). L'ajout d'une classe pré primaire aux écoles existantes est une charge moins lourde pour le secteur de l'éducation, car un réseau d'écoles primaires et les infrastructures administratives et physiques sont souvent en place.

Le Kenya, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe ont choisi d'introduire une seule année de préscolaire dans le système scolaire primaire, bien qu'en Afrique du Sud on trouve encore un nombre important de classes R dans les écoles communautaires. Le Lesotho, où un tiers des enfants de 3 à 6 ans sont inscrits dans une forme de programme préscolaire, a aussi mis à l'essai un programme d'un an opérant au sein de l'école primaire. Au Kenya et en Afrique du Sud, où l'enrôlement dans la classe préparatoire

est important, respectivement 32% et 40% des populations éligibles, celle-ci n'est pas encore obligatoire. Ces deux pays font face à de grandes disparités régionales dans les districts ; les enfants pauvres et ceux qui vivent dans des zones peu peuplées ou sans infrastructures ont un accès plus réduit.

Ce sont les jeunes enfants pauvres qui ont le plus à gagner d'une année préscolaire, mais leur participation n'est possible que si le service est gratuit, ce qui suppose un engagement substantiel de finances publiques. En Afrique du Sud, il existe des subventions pour les enfants pauvres dans la classe R (ce qui en augmentera considérablement le nombre). En outre, les enfants des classes R dans les écoles primaires publiques bénéficient d'une alimentation gratuite, ceci facilite l'accès au système des enfants pauvres. Toutefois, un grand nombre de classes R sont dans des écoles communautaires qui, bien que subventionnées, font payer aux élèves le coût des repas et de l'entretien. Au Lesotho, les élèves de la classe préscolaire ne payent plus ces frais, le ministère s'étant rendu compte que les frais représentaient un défi pour beaucoup de familles dans le besoin. Dans les deux autres pays, les frais sont payables, ce qui est freine sérieusement l'accès au système des enfants issus de familles pauvres. Des systèmes de repas fournissent un certain soutien dans certaines régions au Kenya et au Lesotho.

Si l'incorporation d'une année préscolaire dans le système de l'enseignement primaire présente certains avantages administratifs et du point de vue des infrastructures, elle risque aussi d'avoir un impact considérables sur le programme. On suggère que lorsque l'éducation préscolaire « s'adresse aux enfants de 5 ans, elle risque de se muer en cours accéléré pour les enfants qui vont entrer à l'école primaire, très éloigné du système progressif qui doit établir les bases d'un apprentissage pour la vie et du développement holistique des enfants » (UNESCO 2004, 2). Cette tendance à la formalisation est particulièrement vraie lorsque le programme préscolaire est localisé dans une école primaire. Ceci se vérifie-t-il dans les pays qui nous occupent ?

Tout d'abord, dans aucun des quatre pays, le préscolaire ne relève du ministère de l'Éducation, au Kenya et en Afrique du Sud ce sont d'autres ministères qui s'occupent de ces groupes d'âge. Au Lesotho, en Afrique du Sud et au Zimbabwe, de nombreux services essentiels pour les jeunes enfants relèvent d'autres ministères ce qui est préoccupant pour une politique d'intégration. Dans trois des quatre pays, la direction de l'enseignement et le programme national tendent à privilégier les aspects académiques du programme, en particulier si les enseignants ne maîtrisent pas

les méthodes d'apprentissage du SDPE, et c'est le cas lorsqu'un enseignant primaire est chargé d'une classe préscolaire. L'expérience au Kenya et en Afrique du Sud montre que, malgré un curriculum qui se veut basé sur des expériences d'apprentissage actif, de nombreuses écoles primaires réclament une approche plus formelle et une focalisation sur des compétences pré académiques plutôt que sur le développement holistique de l'enfant. En Afrique du Sud, le fait d'avoir fait de la classe R la première année du programme préparatoire à l'école primaire est positif pour la continuité dans la période ; on espérait d'ailleurs, que cette mesure influencerait la méthodologie des premières classes du primaire et la centrerait davantage sur l'enfant et non le contraire qui serait de formaliser l'année préparatoire. Même si un programme identique est utilisé dans les écoles communautaires et dans la plupart des écoles primaires publiques, il existe des différences frappantes dans l'interprétation d'une approche plus traditionnelle du DPE. L'approche adoptée pour les programmes pré primaires est également influencée, comme nous l'avons vu dans deux pays, par les attentes des parents qui pensent que l'éducation préscolaire devrait se rapprocher du programme de l'enseignement primaire. Un problème commun aux quatre pays est le manque d'enseignants de DPE qualifiés pour le préscolaire et la moindre qualification académique du personnel par rapport à celui du primaire. Cette différence de qualifications vient du fait que traditionnellement les services destinés à la petite enfance étaient relativement informels, développés et gérés par des parents et des membres de la communauté et soutenus par la communauté des bailleurs plutôt que par des financements publics. Dans les quatre pays, on a créé des systèmes permettant aux enseignants de se recycler tout en travaillant, grâce au financement de l'État ou des donateurs. La formation est encore très rigide et informelle au Lesotho, mais avec l'introduction récente du programme d'éducation des enseignants de SDPE, la formation devrait commencer à s'améliorer. En Afrique du Sud et au Zimbabwe, pour aligner les qualifications des enseignants de DPE sur celles des enseignants du primaire, le programme de l'année préparatoire fait partie de la formation destinée aux enseignants des enfants jusqu'à la troisième année. Cette qualification améliore certainement le statut des enseignants de l'année préparatoire, mais souvent l'accent est mis sur les compétences pédagogiques dans les premières années de la scolarité formelle, ce qui renforce une approche plus académique.

Le recyclage et la professionnalisation croissante du personnel de l'année pré primaire ne se poursuivra que si les salaires des enseignants sont suffisamment attrayants. Dans le cas contraire, il n'y aura pas assez de

stagiaires dans le préscolaire, la rotation du personnel enseignant sera élevée et le moral sera au plus bas, donc le problème subsistera comme nous l'avons vu au Kenya et en Afrique du Sud.

Alors que les services de DPE gagnent en importance pour réaliser l'EPT, il faut absolument de meilleures données. Nous ne pouvons nous contenter de compter le nombre d'inscriptions, il nous faut mesurer aussi la qualité de l'enseignement et les résultats des enfants. En plus des taux bruts de scolarisation et des statistiques sur l'égalité d'accès des filles et des garçons à l'année pré primaire, il nous devons aussi nous donner les moyens de diriger les services là où ils sont le plus nécessaires. Par exemple, combien d'enfants considérés comme particulièrement à risque ont accès aux services ? Ce sont ces enfants—les handicapés, ceux qui sont victimes de catastrophes, de conflits et du VIH, les enfants vivant dans la pauvreté absolue—qui sont la cible principale du DPE et de l'EPT. Nous devons connaître l'impact des programmes sur les enfants qui y participent. Il existe des tendances encourageantes; par exemple, au Lesotho, la collecte des statistiques de l'éducation, y compris celle du préprimaire, reçoit une aide de haut niveau et une campagne de sensibilisation est en cours. Le projet Sud africain pour les normes et les niveaux fournit des données (budgets, rapports, matériel scolaire et qualifications des enseignants) et des résultats sur la progression des enfants. Les systèmes d'information qui surveillent les principaux indicateurs de DPE dans chaque pays pourraient être utilisés pour recueillir d'autres données.

## Conclusion

C'est le développement des potentiels qui est à l'origine de la création des services de DPE dans chacun des pays étudiés dans ce chapitre—une réponse stratégique pour satisfaire le droit des enfants à l'éducation, répondre aux besoins d'économies en mutation et construire la démocratie. Dans chaque pays, les parents et les communautés ont apporté, et continuent d'apporter, une contribution importante aux services de DPE. L'introduction d'une classe pré primaire dans le système scolaire indique un engagement enthousiasmant et important dans le sens du développement des services de DPE. De sérieux défis restent cependant à relever :

- trouver des moyens de rendre la classe préscolaire gratuite et accessible à tous les enfants éligibles ;
- assurer un programme de développement holistique approprié ;
- donner aux enseignants formation, soutien, encouragement et des salaires convenables ;

- établir des systèmes pour suivre l'impact du programme sur la transition vers l'enseignement formel et sur les résultats des enfants.

Des progrès significatifs ont été réalisés malgré les difficultés rencontrées et il existe une prise de conscience de ce qui doit être fait pour y faire face. La priorité est accordée à la formation et à l'examen de questions plus vastes, telles que la santé, les normes, les programmes d'alimentation et les préoccupations académiques. Fait très encourageant, puisque « l'apprentissage commence dès la naissance », l'année pré primaire est venue s'ajouter à une série d'autres initiatives de DPE ciblant les jeunes enfants dans chacun des pays étudiés dans ce chapitre.

## Notes

1. La terminologie employée pour le DPE est différente dans chacun des quatre pays ; dans ce chapitre, nous avons conservé la terminologie employée dans les documents officiels de chaque pays.
2. Pour les enfants de moins de 5 ans, les ministères de l'Éducation, du Développement social et de la Santé ont établi un plan intégré de prestation des services avec la participation du gouvernement à tous les niveaux et des initiatives communautaires.
3. Selon les calculs de Wildeman et Nomdo (2004) et la Gazette officielle du gouvernement (*Government Gazette*) (South Africa 2005).
4. Un apprentissage est un programme de formation professionnelle qui combine la théorie et la pratique et est couronné par une qualification reconnue au niveau national et inscrite au registre des qualifications nationales.
5. L'enseignement primaire est gratuit depuis 2003, ce qui a permis à 1,3 million d'enfants pauvres de bénéficier de l'éducation primaire pour la première fois (UNESCO 2006a).
6. Les salaires mensuels des enseignants de DPE étaient généralement en dessous du salaire minimum recommandés par le ministère du Travail et de la Main d'œuvre (enquête citée dans UNESCO 2006a).

## Références

- Biersteker, L., and A. Dawes. 2007. "Early Childhood Development." In *The Human Resource Development Review, 2007: Education, Employment, and Skills in South Africa*. Cape Town: Human Sciences Research Council Press.
- Bredenkamp, S. 1987. *Developmentally Appropriate Practice in Early Childhood Programs Serving Children from Birth through Age 8*. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.

- Kamunge, J. M. 1988. "Report of the Presidential Working Party on Education and Manpower Enveloppeing for the Next Decade and Beyond." Nairobi: Government Printer.
- Kenya. MOEST (Ministry of Education, Science, and Technology). 1988. *Sessional Paper No. 6 of 1988: Education and Manpower Development for the Next Decade and Beyond*. Nairobi: MOEST.
- . 2003. *Education Statistics*. Nairobi: MOEST.
- . 2005. *Sessional Paper No. 1 of 2005: A Policy Framework for Education, Enveloppeing, and Research*. Nairobi: MOEST.
- Lefoka, J. P., and L. M. Matsoso. 2001. "An Investigation into Resources for the Early Childhood Care and Development Unit." Maseru. Inédit report consultance.
- Lefoka, J. P., and T. Swart. 1995. "An Evaluation of the Early Childhood Care and Development Unit of the Ministry of Education, Lesotho." Inédit report consultance report.
- Lesotho. 1993. *The Constitution of Lesotho*. Jour d'accès en ligne Août 30, 2006, <http://www.lesotho.gov.ls/constitute/gconstitute.htm>.
- . 1995. *Education Act No. 10 of 1995*. Jour d'accès en ligne Août 30, 2006, [http://www.lesotho.gov.ls/bills/education\\_act.pdf](http://www.lesotho.gov.ls/bills/education_act.pdf).
- Lesotho. Ministry of Education and Enveloppeing. 2004. *Education Statistics Bulletin*. Maseru: Ministry of Education and Enveloppeing.
- . 2005. *Education Statistics Bulletin, Volume 1*. Maseru: Ministry of Education and Enveloppeing.
- Myers, R. 1997. "Removing Roadblocks to Success: Transitions and Linkages between Home, Preschool, and Primary School." *Coordinators' Notebook* 21: 12–21.
- Ngware, M. W. 2004. "Draft Report of the Quantitative Study of the ECD Project, Nairobi." Inédit report.
- Njoroge, M. 1994. "Early Childhood Care and Education Program in Kenya." Working paper at a workshop on the child readiness/school readiness indicators in Washington, DC. Nairobi: MOEST.
- Nyamweya, D., and P. Mwaura. 1996. "Transition from Preschool to Primary School in Kenya." World Bank Early Childhood Development Studies, 6. Nairobi: African Medical and Research Foundation.
- Nziramasanga, C. T. 1999. "Report of the Presidential Commission of Inquiry into Education and Enveloppeing." Harare: Government Printer.
- Sebatane, E. M., and S. T. Motlomelo. 2001. "Needs Assessment for the Ministry of Education Early Childhood Care and Development Enveloppeing Program." Maseru: Ministry of Education. Inédit report consultance.



- Short, A., and P. P. Pillay. 2002. "Meeting the Challenges of ECD Enveloppeing in South Africa." Papier Présenté à le OMEP World Council and Conference, Durban.
- South Africa. 1983. *White Paper on the Provision of Education in South Africa*. Pretoria: Government Printer.
- . 1995. *White Paper on Education and Enveloppeing*. Retrieved August 29, 2006, from <http://www.info.gov.za/whitepapers/1995/education1.htm>.
- . 2001a. *Education White Paper 5 on Early Childhood Development* Jour d'accès en ligne Août 29, 2006, <http://www.info.gov.za/whitepapers/2001/educ179.pdf>.
- . 2001b. *Nationwide Audit of ECD Provisioning in South Africa*. Pretoria: Department of Education.
- . 2002. *Revised National Curriculum Statement*. Pretoria: Department of Education. Disponible a <http://www.education.gov.za>.
- . 2005. "Draft Norms and Standards for Grade R Funding." *Government Gazette* 484 (Octobre 14): 28134.
- Sylva, K., and I. S. Blatchford. 1996. "Bridging the Gap between Home and School: Improving Achievement in Primary Schools." A report of four case studies commissioned by UNESCO and Technical Consultation, Addis Ababa. November 1994. Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1990. *World Declaration on Education for All*. Jour d'accès en ligne Août 29, 2006, [http://www.unesco.org/education/efa/ed\\_for\\_all/background/jomtien\\_declaration.shtml](http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/background/jomtien_declaration.shtml).
- . 2000. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Sénégal, Avril 26–28. Paris: UNESCO.
- . 2004. "Enrollment Gaps in Pre-Primary Education: The Impact of a Compulsory Attendance Policy." UNESCO Policy Brief on Early Childhood, 21. Jour d'accès en ligne Août 30, 2006, [unesdoc.unesco.org/images/0013/001374/137410e.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001374/137410e.pdf).
- . 2006a. "Impact of Free Primary Education on Early Childhood Development in Kenya." Policy Brief on Early Childhood, 30. Jour d'accès en ligne Septembre 1, 2006, [unesdoc.unesco.org/images/0014/001433/143320E.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001433/143320E.pdf).
- . 2006b. "Pre-Primary Education: The Valid Investment Option for EFA." UNESCO Policy Brief on Early Childhood, 31. Jour d'accès en ligne Août 30, 2006, [unesdoc.unesco.org/images/0014/001439/143986E.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001439/143986E.pdf).

- United Nations Committee on the Rights of the Child. 2006. "General Comment No. 7: Implementing Child Rights in Early Childhood." Geneva: United Nations.
- Wildeman, R. A., and C. Nomdo. 2004. *Implementation of Universal Access to the Reception Year (Grade R): How Far Are We?* Cape Town: Institute for Democracy in South Africa (IDASA). Jour d'accès en ligne Août 29, 2006, <http://www.idasa.org.za/gbOutputFiles.asp?WriteContent=Y&RID=1175>.
- Zimbabwe. 1973. *Nursery School Education Act 822, Section 3 (1)*. Harare: Ministry of Education.
- . 1987. *Zimbabwe Education Act*. Harare: Government Printer.
- . 1999a. "Report on the Evaluation of the ECD Joint Enveloppeing Initiative." Harare: Ministry of Education, Sport, and Culture.
- . 1999b. *Statutory Instrument No. 72*. Harare.
- . 2000. *Demand and Supply of ECEC Teachers in Zimbabwe*. Harare: Ministry of Higher Education and Technology, Department of Manpower Planning and Development.
- Zvobgo R. J. 1996. *Transforming Education: The Zimbabwean Experience*. Harare: College Press.

## CHAPITRE 13

# Éducation inclusive: une réponse mauricienne aux « droits fondamentaux de l'enfant »

**Gilberte Chung Kim Chung et Cyril Dalais**

Dans le cadre du mouvement Éducation pour tous qui a suivi la Conférence mondiale de Jomtien en Thaïlande, en avril 1990, la plupart des pays, y compris l'île Maurice, ont lancé des programmes pour répondre aux besoins d'éducation des enfants conformément à la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CRDE; 1989, art. 28 et 29). Alors que certains pays peuvent se targuer d'un taux de scolarisation de 100%, des facteurs sociaux et économiques ont retenu beaucoup d'autres pays, particulièrement en Afrique, de donner à leur population en âge scolaire une éducation à temps plein. Cependant, l'île Maurice, un pays de l'océan Indien avec une population de 1,2 millions, dont 350 000 enfants, est l'un des rares pays africains à avoir réussi à offrir l'enseignement primaire universel mentionné dans la Déclaration mondiale sur l'éducation (UNESCO 1990). L'île Maurice est déterminée à atteindre le deuxième des objectifs du Millénaire pour le développement (United Nations 2000) visant une éducation de qualité :

Le gouvernement s'est engagé à mener des réformes fondamentales de l'éducation pour donner aux jeunes mauriciens une éducation de toute première qualité et leur permettre de trouver des emplois dans les nouveaux secteurs

de l'économie, d'obtenir des *emplois plus satisfaisants* et d'être compétitifs au niveau international (Jugnauth 2005).

L'Engagement envers l'enfant (National Policy for Children, 2003–15) souligne la détermination du gouvernement à faire de Maurice une « république pour les enfants » :

En considération de notre amour et de nos devoirs envers les 350 000 enfants de 0 et 18 ans, nous, citoyens de la République de Maurice, reconnaissons que tout enfant mauricien a des droits fondamentaux :

De vivre, d'être nourris, de grandir en bonne santé, de recevoir soins et soutien de leurs parents.

D'apprendre et de réaliser pleinement *leur potentiel*, d'être protégé contre abus et exploitation, de vivre en sécurité, d'être informé et entendu.

En notre qualité d'adultes, nous avons des obligations envers les droits de l'enfant.

Ainsi, nous nous engageons avec enthousiasme à nous efforcer, du mieux de nos capacités, pour que l'exercice de ces droits puisse être totalement réalisé d'ici l'an 2015.

Nous, nous engageons à créer une république adaptée aux enfants où chacun aura la possibilité de réaliser pleinement *son potentiel* et de devenir un citoyen adulte responsable (Mauritius, 2003a).

En île Maurice, la loi sur l'éducation de 1957 (amendée en 1991) stipule sans autre précision le droit à l'éducation pour tous les citoyens. Le libre accès à l'éducation a commencé en 1977 dans système éducatif habituel, écoles primaires et secondaires, depuis la première année primaire jusqu'au *Higher School Certificate* (certificat de fin d'études secondaires, équivalent du Bac français), c'est-à-dire de l'âge de 5 à 20 ans. La réforme de l'éducation nationale, lancée en 2002, portait sur l'accès, la pertinence et la réussite et reçut un élan supplémentaire lorsqu'un amendement à la loi sur l'éducation rendit la scolarité obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans à partir de janvier 2005. Dès 2006, pour éliminer tout obstacle qui pourrait entraver l'accès aux écoles, le gouvernement fournit le transport gratuit pour tous les élèves de l'île.

Maurice, comme la plupart des pays, considère l'éducation comme une entreprise importante qui a énormément contribué au développement de

l'île depuis l'introduction dans les années 70 de l'enseignement gratuit. Pour elle l'éducation est un facteur important du développement durable. L'éducation est partiellement subventionnée au niveau préscolaire et gratuit dans l'enseignement primaire, secondaire, et supérieur du secteur public.

L'éducation, responsabilité de l'État, concerne aussi les parents et la communauté en général. Un partenariat étroit entre tous les acteurs est indispensable, en particulier avec le secteur privé dont les écoles—dirigées par des particuliers, laïcs ou missionnaires—accueillent principalement les groupes minoritaires.

Pour la grande majorité des enfants mauriciens, on peut dire que l'accès à l'éducation traditionnelle est une vraie réussite. Jusqu'il y a peu, toutefois, une catégorie d'enfants n'avait pas accès à l'éducation gratuite : les enfants handicapés physiques, sensoriels, psychologiques ou sociaux. Nous étudierons dans ce chapitre comment l'île Maurice a réglé les besoins et les droits de ces enfants par un processus inclusif d'éducation.

### **L'éducation inclusive : bref aperçu historique**

L'histoire de l'attention portée aux enfants avec des besoins spéciaux en Europe illustre les changements de l'« éducation spéciale » dans les pays riches au cours des 200 dernières années. Evans (1998) résume cette histoire en cinq phases. Dans la première phase (1775–1875), on a admis qu'il fallait donner des services et des soins particuliers aux enfants avec des besoins spéciaux. Des écoles et des institutions furent créées, en général par des religieux et des organisations caritatives, pour faire face à ces besoins. Lors de la phase 2 (1875–1945), la société a reconnu qu'elle avait une responsabilité envers ces enfants. Cette reconnaissance entraîna la création de services spécialisés. Dans la phase 3 (1945–1970), ces services ont connu une expansion rapide, le plus souvent dans des établissements distincts extérieurs et éloignés de la communauté.

Une avancée majeure s'est produite avec la phase 4 (1970–1990), caractérisée par l'individualisation, la normalisation, l'intégration et la banalisation des personnes handicapées. Les enfants avec des besoins spéciaux commencèrent à fréquenter les mêmes écoles que les autres enfants. Au début, ils étaient mis dans des classes séparées dans l'établissement. Cette approche représentait une amélioration par rapport à l'isolement de nombreux établissements spécialisés, mais n'a pu véritablement intégrer ces enfants.

La phase 5 a vu le jour dans les années 1990. Une fois de plus, il s'est produit un changement conceptuel majeur en faveur de l'intégration: la création d'environnements adaptés à tous les enfants, quelles que soient leurs capacités développementales, leurs besoins et leur potentiel. Pour les enfants avec des besoins spéciaux, l'intégration représente un bouleversement, le passage d'une tentative d'insertion dans un cadre dit « normal » avec un soutien supplémentaire pour leur handicap et besoins spéciaux, à la promotion du développement complet de l'enfant dans un cadre optimal.

### **L'expérience de l'île Maurice**

À Maurice en 2004, sur une population de 350 000, on estime que 3 000 enfants handicapés devaient recevoir une assistance spéciale (Mauritius 2004). Dans le passé et maintenant encore, de nombreux « on ne peut pas » et « on ne fait pas » barrent la voie vers une éducation normale à ces enfants. Leurs parents sont trop souvent la cause principale de l'absentéisme parce qu'ils croient que leur enfant handicapé ne va pas s'intégrer.

Une enquête parrainée par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (Mauritius 2004) a identifié d'autres raisons pour lesquelles ces enfants n'ont pas accès à l'éducation ; voici les raisons qui privaient la moitié des enfants handicapés interrogés d'avoir accès aux établissements d'éducation :

- Il n'y a pas d'école qui répondre à leurs besoins dans la région.
- Les écoles d'enseignement spécial ont des effectifs limités.
- Les parents ne connaissent pas les établissements scolaires existants.
- Les parents et d'autres pensent que l'éducation d'un enfant avec des besoins spéciaux n'est pas nécessaire.

Une autre difficulté majeure pour les parents des enfants handicapés est de convaincre enseignants, éducateurs et administrateurs d'écoles qui— tout en reconnaissant le droit fondamental des enfants à l'éducation— avancent toutes sortes d'arguments pour expliquer pourquoi ils ne peuvent accepter d'enfants handicapés dans leurs classes, écoles, terrains de jeux, ou systèmes. Leurs explications sont les suivantes :

- L'école n'est pas équipée pour éduquer ces enfants là.
- Ils n'ont pas le temps d'accorder à l'enfant l'attention particulière dont il a besoin.

- L'enfant aura du mal à s'intégrer dans cette école ; il va perturber les autres enfants.
- Le transport n'est pas disponible.
- Les installations n'ont pas de rampes, de toilettes ou de mobiliers adaptés.
- Les enseignants ne sont pas formés pour dispenser un enseignement spécialisé.
- Le ratio élèves/enseignant est trop élevé.
- Le programme n'est pas assez souple.

Plus difficile encore à déraciner, est la conviction générale que les enfants avec des besoins éducatifs spéciaux font partie d'une catégorie à part (en clair, ils forment une minorité et n'ont donc pas une grande influence politique). En outre, la réponse à ces besoins spéciaux est plus chère à satisfaire ; on réglera donc d'abord la question de l'éducation de base des autres enfants, majoritaires, le tour des enfants handicapés viendra ensuite.

Sans une politique claire du gouvernement en leur faveur, la grande majorité de ces enfants reste à la maison ; leurs droits énoncés dans la CRDE, ne sont pas satisfaits.

### **Les écoles pour les enfants avec des besoins particuliers**

Faute d'accès facile à l'enseignement traditionnel, de nombreux parents d'enfants handicapés se sont organisés. Entre 1946 et 1965 (lorsque l'île Maurice était encore une colonie britannique) le gouvernement de sa gracieuse majesté, par un Acte du Parlement, a créé trois écoles spécialisées pour les aveugles, les sourds, et les « enfants arriérés » (rebaptisés « handicapés mentaux » en 2007) ; ces écoles étaient gérées par des organisations non gouvernementales (ONG) mais entièrement financées par le gouvernement. Depuis les années 1970, après l'indépendance du pays en 1968, les parents ont créé des ONG pour subvenir aux besoins éducatifs de leurs enfants. On a créé des écoles pour les enfants souffrant de déficiences visuelles, auditives et mentales et pour les enfants dyslexiques. Au début, ces écoles privées spéciales étaient des œuvres philanthropiques. Des bénévoles s'occupaient des enfants. Les parents recueillaient des fonds à l'échelle locale et internationale et ils continuent de le faire, bien que ce soit devenu plus difficile ; les fonds internationaux ont diminué depuis que l'île Maurice a été classée pays en développement. Les subventions du gouvernement aux services sociaux étaient affectées aux

soins et à l'éducation, tandis que les fonds destinés à couvrir les frais d'exploitation (par exemple, les services et équipements spécialisés) étaient apportés par les parents. Comme de nombreuses écoles spécialisées ont été créées par des particuliers et sont des écoles privées payantes, seules les familles aisées ont les moyens d'y placer leurs enfants.

### **De la ségrégation à l'intégration : un long chemin**

Plusieurs pays scandinaves ont ouvert la voie à l'intégration, ouvrant aux enfants avec des besoins spéciaux les portes du système éducatif traditionnel en les accueillant tous, quelles que fussent leurs capacités ou leurs handicaps. Leur approche est holistique ; chaque enfant est éduqué comme une personne à part entière: les besoins socio-médico-psychologiques et pédagogiques sont satisfaits dans la même institution (International Special Education Congress 2000; Savolainen, Kokkala and Alasuutari 2000).

Malheureusement, cette approche holistique n'a pas vu le jour dans les pays d'Afrique subsaharienne où les parents ont dû prendre l'initiative et faire de leur mieux en attendant que les gouvernements prennent la relève. Pour accélérer le processus d'intégration et amener les gouvernements à assumer l'entière responsabilité des soins spéciaux, on peut utiliser les moyens suivants :

- mobiliser et responsabiliser les parents ;
- réaliser des études de cas ;
- faire du lobbying auprès d'éminentes personnalités pour véritablement les acquérir à la cause—leaders communautaires ou politiciens respectés pour qu'ils fassent pression sur les autorités ;
- utiliser les médias pour diffuser des cas vécus et faire état de réussites pour sensibiliser le public ;
- provoquer des concertations pour développer la volonté et l'engagement politiques ;
- élaborer une politique nationale et une stratégie pour satisfaire les droits des enfants handicapés ; et
- maintenir un programme d'éducation dynamique assorti d'un système de suivi & évaluation rigoureux et de travaux de recherche minutieux.

Le passage de la ségrégation à l'intégration requiert un véritable dialogue politique à différents niveaux pour déboucher sur une politique



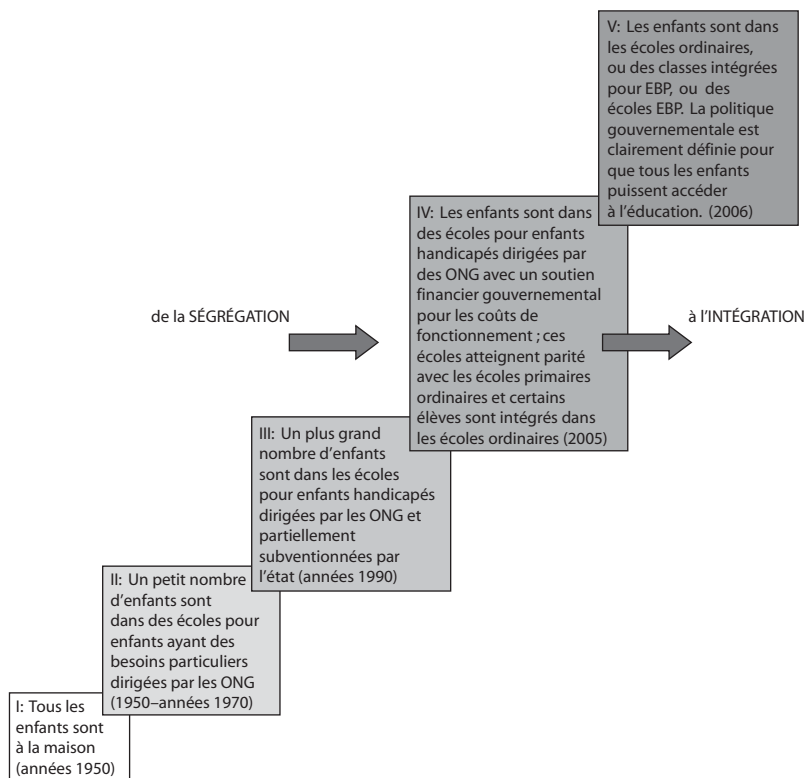
nationale, assortie de stratégies et de mesures clairement définies, d'un calendrier et de ressources humaines, matérielles et financières. Engager le dialogue ne suffit pas ; il est essentiel de le conclure par une volonté et un engagement politique.

La figure 13.1 illustre le parcours qui a influencé la politique gouvernementale à l'île Maurice.

### **Consultation et création de partenariats**

La situation des enfants avec des besoins spéciaux a changé à l'île Maurice depuis les années 1990. L'information circule dans l'ensemble de la communauté et certains problèmes de ces enfants sont pris en compte à la

**Figure 13.1 Le parcours de l'exclusion à l'intégration pour les enfants avec des besoins particuliers (EBP) à l'île Maurice**



Source: Préparé par Gilberte Chung Kim Chung pour cette publication.

fois à l'échelle nationale et internationale, alors qu'un plus grand nombre de parents :

- reconnaissent et respectent le droit des enfants à l'éducation ;
- sont déterminés à voir ce droit appliqué par les autorités ; et,
- travaillent ensemble pour faciliter l'accès aux écoles équipées et aux approches pédagogiques spécialisées.

En août 2004, après l'adoption de la Politique nationale des enfants (Mauritius 2003a) et l'adoption en juillet 2004 d'un Plan national d'action (Mauritius 2003b), les parents et les membres des ONG en charge des enfants exclus en raison d'un handicap et de la pauvreté ont entamé la préparation d'un document de politique et de stratégie (Mauritius 2006a); pour ce faire ils ont obtenu la collaboration des représentants des ministères et des organismes paraétatiques qui ont dans leurs attributions la survie, le développement et la protection des enfants.

### **Fixer les priorités**

S'inspirant de la *Politique nationale pour les enfants*, le groupe concerné a établi les priorités en publiant un plan d'action et des estimations de coûts pour la mise sur pied d'une période initiale de deux ans. Ce plan fut discuté avec les autorités locales et le principe de la parité (tous les enfants doivent avoir accès à l'enseignement primaire gratuit) accepté. Après calcul du coût par enfant et on attribua à ceux qui fréquentent des écoles spéciales une subvention individuelle égale à celle d'un enfant qui fréquente l'école traditionnelle.

En 2005, le budget alloué aux enfants handicapés a plus que quadruplé, passant de 4 millions de MUR (roupie mauricienne) à 17 millions (1\$ US = 30 MUR). Avec l'approbation par le gouvernement du document de politique et de stratégie (Mauritius 2006b), le principe de l'intégration des enfants a été accepté. Des ressources supplémentaires vont être allouées pour le développement des services spécialisés; tous, enfants, enseignants et parents seront intégrés. Les enfants atteints de handicaps si sérieux qu'ils ne peuvent fréquenter les services spécialisés de l'école ordinaire auront accès à des services spéciaux créés pour eux. Certains enfants devront encore recevoir des soins à domicile lorsque l'accès aux services de garderie ne sera pas encore possible.

Tout en répondant aux besoins des enfants totalement exclus de l'enseignement ordinaire, les organisations gouvernementales et non gouvernementales ont dû se préoccuper des besoins d'environ 15 000 enfants

vivant dans des enclaves de pauvreté et confrontés à des difficultés d'apprentissage sérieuses. Ces enfants fréquentent 30 écoles dans les zones d'éducation prioritaire (ZEP). Dans d'autres écoles, un même nombre d'enfants échouent chaque année au certificat d'études primaires (CEP); eux aussi ont besoin d'être aidé même s'ils sont dans le cycle normal d'éducation. Plusieurs initiatives ont été lancées dans l'espoir de les identifier au plus tôt, pendant leurs années préscolaires pour leur offrir les services disponibles.

### ***Une politique nationale pour les besoins éducatifs spéciaux***

Voici comment Maurice s'attaqua au problème de l'exclusion :

1. ***Mise en place d'une politique claire concernant le droit de tous les enfants à l'éducation***—L'école est obligatoire pour les enfants de 5 à 16 ans. Une nouvelle politique met à disposition des enfants handicapés des programmes pédagogiques adaptés et pertinents. Le gouvernement reconnaît que, dans la mesure du possible, ces enfants devraient être insérés dans l'enseignement général, ce qu'on appelle communément l'éducation inclusive. Les principes fondamentaux qui guident cette politique sont les suivants :

- parité et équité de la qualité des services éducatifs ;
- intégration de tous les enfants dans le système éducatif ; et
- partenariat avec tous les ministères concernés, le secteur privé, et les parents.

2. ***Mettre en place des systèmes structurés qui répondent aux besoins de tous***—Il s'agit de la création de programmes pertinents d'apprentissage pour répondre aux besoins particuliers de tous les enfants, de ceux qui sont intellectuellement handicapés jusqu'aux enfants doués et talentueux. Cela suppose une étroite collaboration entre les ministères, les partenaires privés, les ONG et les parents.

3. ***Supprimer tous les obstacles qui entravent l'accès de l'enfant à l'école***—Tous les enfants handicapés devraient avoir accès à l'école, dans des classes ordinaires, des classes ou unités intégrées, des écoles spécialisées ou des programmes à domicile. Par exemple, on pourrait faciliter l'accès aux écoles ordinaires en offrant aux enfants avec le consentement des parents un programme d'alimentation supplémentaire et le transport gratuit de la maison à l'école.

**4. *Élaborer et réaliser des programmes particuliers pour mettre fin à l'échec en fin de cycle primaire et introduire des programmes de rattrapage***—La raison principale du taux élevé d'échecs à la fin du cycle primaire est cette approche de l'enseignement qui voudrait qu'« une taille unique » convienne à tous : les enfants ne sont pas examinés très jeunes pour déceler d'éventuels problèmes de santé ou des handicaps mineurs et ils passent automatiquement d'une classe à l'autre. Les services spécialisés devraient pouvoir intervenir dans les classes et dans l'école et avec l'aide de tout le personnel de l'école parvenir à résoudre ce problème. On pourrait créer ou améliorer des matériels pédagogiques adaptés à chaque handicap ou à chaque capacité. Le personnel, à tous les niveaux, doit recevoir une formation sur tous les handicaps et les besoins spéciaux dans chaque domaine; des services de soutien spécialisés avec des équipes de professionnels devraient intervenir dans les écoles et au niveau régional. Les deux exemples suivants illustrent certaines des mesures en cours.

*Un programme de soutien au cours du cycle primaire : la zone d'éducation prioritaire (ZEP) dans les écoles primaires des régions défavorisées avec un faible taux de réussite au CPE.* Ces écoles fonctionnent maintenant dans un cadre où parents, communauté scolaire et secteur privé collaborent dans les programmes de santé et de nutrition. Une équipe d'officiers de liaison, de travailleurs sociaux et de parents médiateurs aident à créer un environnement social stable et affectif. D'ici 2010–2015, l'évaluation du programme devrait établir que ces enfants ont reçu de meilleures opportunités de réaliser leur potentiel au niveau du primaire et qu'ils ont une meilleure chance de poursuivre leurs études au niveau secondaire.

*Un programme de rattrapage après le cycle primaire : l'éducation préprofessionnelle (EPP) au niveau secondaire.* Les écoles préprofessionnelles proposent un programme qui permet de donner aux élèves qui ont échoué deux fois au CPE la possibilité de se réorienter dans une filière préprofessionnelle. Pendant une phase transitoire durant laquelle les classes EPP étaient délocalisées, la plupart des classes EPP se tiennent maintenant dans les locaux des écoles ordinaires, bien que des problèmes existent concernant l'acceptation de ces enfants « différents » par les enfants « intelligents ». Certaines écoles ont réussi la transition, d'autres n'ont pu se transformer en écoles accueillantes, elles n'ont pu changer de culture. Cet effort se poursuit tandis qu'on améliore le système national

d'éducation de la petite enfance au postsecondaire pour que tous puissent y participer grâce à une politique de référence appropriée.

**5. *Mettre en œuvre une nouvelle stratégie pour le dépistage précoce, l'intervention précoce, les mesures de rattrapage, et l'évaluation***—La prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et la réadaptation des enfants qui ont des besoins éducatifs spéciaux sont des éléments importants du plan d'action. L'introduction de trois initiatives précoces vise à atteindre ces buts. Les parents, en collaboration avec l'enfant, deviennent partie intégrante du processus éducatif et de réadaptation. Le Fonds d'affectation au préscolaire (*The Preschool Trust Fund*), à travers des programmes de sensibilisation spécialisés pour les enseignants et les parents à l'entremise du *Lacaz zanfans*, touche plus de 30 000 enfants d'âge préscolaire. Ces programmes assurent la formation des éducateurs, des animateurs et des agents spéciaux qui travaillent en milieu familial et dans 1 100 unités préscolaires. Si la détection est systématique, de nombreux enfants à risque peuvent être identifiés et réhabilités.

**6. *Se concentrer sur le développement de la petite enfance***—Dans la réforme nationale de l'éducation lancée en 2002, d'importants efforts ont été faits pour donner le meilleur départ possible à tous les jeunes enfants. Le développement de la petite enfance a été un élément principal de la réforme de l'éducation. Grâce à l'institution du Fonds d'affectation au préscolaire, le gouvernement a pu aider et réglementer toutes les écoles maternelles de l'île Maurice et a introduit des pratiques de développement appropriées. Le jeune enfant est donc au centre de l'éducation, de la naissance au préscolaire puis au primaire.

**7. *Instaurer l'initiative « Comblé le fossé »***—Parce que le passage du préscolaire (enfants de 3 à 4 ans) à la première année primaire (enfants de 5 ans) est difficile pour de nombreux enfants, on a lancé « Comblé le fossé », une initiative visant à aider les enfants dans cette transition.

**8. *Garantir une collaboration intersectorielle***—Une collaboration intersectorielle est essentielle. Les ministères qui collaborent activement avec le ministère de l'Éducation sont les ministères de la Santé et la Qualité de vie; des Droits de la femme, du Développement de l'enfant et de la Famille et de la Jeunesse et des sports. Des rencontres régulières ont lieu avec le ministère des Finances pour expliquer la mise en œuvre de la Politique nationale pour les enfants et les lignes budgétaires. Le soutien

du Bureau de conciliation pour les enfants a été acquis. Les représentants des ONG ont uni leurs forces et ce partenariat se consolide à travers l'établissement et le développement d'une Unité pour les besoins éducatifs spéciaux.

## Développements

Transformer toutes les écoles en écoles ouvertes aux enfants handicapés n'est pas encore possible dans le contexte mauricien. Même si l'abolition en 2002 du classement à l'examen du certificat d'études primaires a réduit le stress des élèves, des enseignants et des parents,

- L'enseignement est toujours axé sur les examens ;
- Les instituteurs n'ont pas été formés pour enseigner aux enfants handicapés ;
- Les conseils techniques font défaut pour l'utilisation et la réparation des équipements spécialisés ;
- Les installations sont inappropriées; et
- Il n'y a pas d'auxiliaires pour aider dans les classes.

Il est évident que les communautés scolaires à l'île Maurice ne sont pas prêtes pour une mise en œuvre nationale immédiate d'écoles totalement ouvertes. Le processus est progressif. Des mesures ont été prises pour établir des projets pilotes sur le modèle d'intégration des ONG. Certaines ONG ont déjà intégré des salles de classe dans le système ordinaire selon le programme de l'UNICEF lancé dans les années 1990.

Trois modèles sont employés :

- *L'intégration individuelle* : les enfants handicapés physiques, intellectuels ou sensoriels légers sont individuellement intégrés dans une classe ordinaire. Le professeur reçoit l'appui d'un service de consultant et d'un auxiliaire ou d'un assistant qui l'aidera dans la classe et s'occupe plus particulièrement de l'enfant en question.
- *Les classes intégrées dans les écoles ordinaires* : les enfants plus sérieusement handicapés ont accès à l'éducation—soit dans des écoles publiques ordinaires soit dans des établissements spécialisés gérés par des ONG pour les enfants—dans une classe d'enseignement spécial (classe intégrée) fonctionnant à temps plein dans les locaux de l'école ordinaire.
- *Les écoles spécialisées pour les besoins éducatifs spéciaux* : les enfants qui ne peuvent être intégrés en raison de besoins très particuliers sont pris

en charge par des écoles spécialisées. Celles-ci peuvent être jumelées avec une école ordinaire locale pour des activités communes.

### **La stratégie de la réforme inclusive**

Le passage de l'exclusion à l'intégration ou de la ségrégation à l'intégration ne peut se réaliser sans planification ni mobilisation de ressources humaines, matérielles et financières. Un modèle d'intégration préfabriqué n'existe pas ; un modèle d'éducation inclusif ne peut exister qu'après avoir obtenu le consensus toutes les parties intéressées et tenu compte des conditions, du contexte, des cultures et des traditions locales. Les souhaits des parents doivent être pris en compte ; certains pensent que leur enfant handicapé peut apprendre, grandir et s'épanouir avec ses pairs dans un cadre normal, tandis que d'autres préfèrent les classes intégrées et les écoles spécialisées. À l'île Maurice, tous ceux qui ont participé à la consultation estime que la priorité est de donner à chaque enfant handicapé une éducation basée sur l'un des trois modèles ci-dessus et de rendre chaque modèle aussi intégré et inclusif que possible.

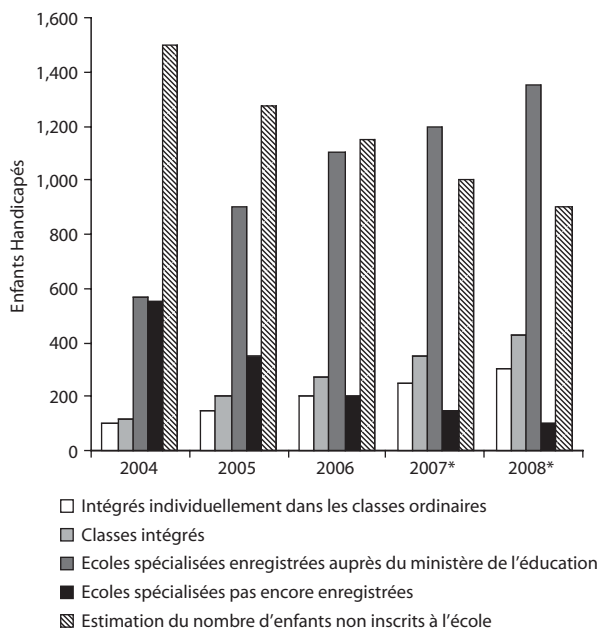
L'intégration est un processus ; il faudra du temps pour pouvoir assurer l'éducation des enfants avec des besoins spéciaux. Il est nécessaire d'avoir un véritable plan d'action et des délais fermes pour parvenir à l'éducation inclusive pour tous ; la limite de 2015 fixée par le Forum mondial sur l'éducation de Dakar (UNESCO 2000) est la date cible pour dispenser l'éducation au plus grand nombre passible d'enfants à l'île Maurice.

La planification, la gestion et la mise en œuvre de tels programmes nécessitent une bonne appréciation de la situation, des besoins et des ressources. Un personnel expérimenté et qualifié qui peut s'appuyer sur une base de données solide, élaborer le programme et définir des processus d'évaluation est une condition préalable à l'éducation inclusive. Les interventions doivent commencer simultanément à différents niveaux; elles doivent être aussi complètes que possible et échelonnées, passant d'une phase initiale à une phase de transition dans un cadre d'auto renforcement. Les figures 13.2 et 13.3 indiquent les phases prévues.

### **Conclusion**

Dans sa détermination de voir tous les enfants à l'école, l'île Maurice crée une société pour tous, où les individus apprendront à vivre ensemble et à respecter leurs différences et leurs capacités. Notre degré de civilisation

**Figure 13.2 Objectifs visant à absorber un plus grand nombre d'enfants dans les systèmes éducatifs en Ile Maurice, 2004–2008**



Source: Préparé par Gilberte Chung Kim Chung pour ce livre.

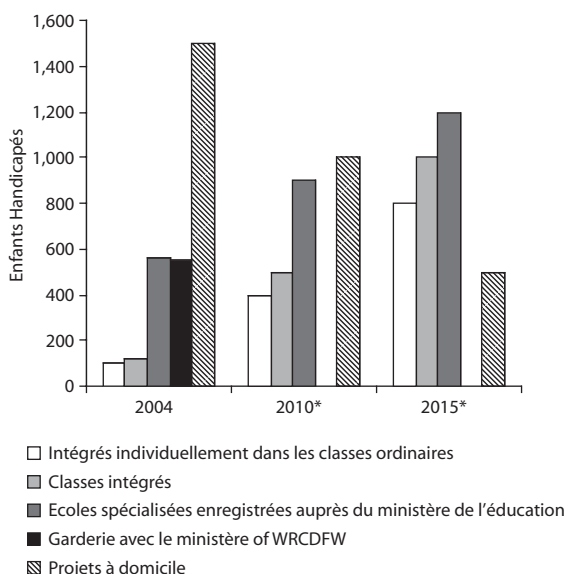
\*Projection.

se mesurera à la façon dont le pays prend soin des défavorisés et des exclus jusqu'à ce que la qualité de vie de chacun s'améliore dans la mesure du possible. Il n'est pas question d'assistance aux nécessiteux, mais de respect du droit à l'éducation acquis à chaque être humain. L'éducation, c'est atteindre son potentiel ; si tous les partenaires et les parties intéressées travaillent ensemble, il n'y a aucune raison de ne pas réussir. Le gouvernement de l'île Maurice s'est engagé à atteindre la parité. L'Unité des besoins éducatifs spéciaux mettra en place le cadre réglementaire des normes et des niveaux définis de sorte que, d'ici 2015, l'accès, l'équité et la qualité soient atteints dans l'éducation des enfants avec des besoins spéciaux.

Aucun enfant ne doit être oublié dans cette réforme. Grâce à l'étroite collaboration des ONG et l'engagement du ministère de l'Éducation, les enfants handicapés pourront enfin dire qu'ils peuvent aller à l'école comme tous leurs camarades.



**Figure 13.3 Objectifs visant à offrir des services éducatifs à tous les enfants handicapés en Île Maurice d'ici 2015**



Source: Ile Maurice 2006a, 40.

\*Projection.

La tâche est gigantesque, mais dans les années 1970 les parents ont pris les choses en mains et ont fondé leurs propres écoles. Aujourd'hui—avec plus de 20 écoles privées spécialisées gérées par des ONG et 3 écoles pour les besoins particuliers établies par une loi parlementaire et financées par le gouvernement—environ 1 250 enfants avec des besoins spéciaux ont accès à l'école. D'autres sont dans le système éducatif ordinaire et ce nombre va augmenter. La volonté existe pour créer encore plus d'établissements d'éducation et nous espérons que d'ici 2015 toutes les mesures auront été prises.

Nonobstant cela, d'autres handicaps ne sont pas encore pris en charge et aucune expertise n'est disponible pour s'y attaquer. Les parents continueront à se mobiliser et il appartient au gouvernement de faciliter les efforts entrepris pour donner une éducation adaptée aux besoins des enfants. Il reste à l'île Maurice, comme à bien d'autres pays sous-développés ou en voie de développement, un long chemin à parcourir avant de pouvoir assurer à tous une éducation inclusive de

qualité. Toutefois, l'éducation évolue merveilleusement dans le bon sens, elle s'améliore, se modernise, s'enrichit et s'ouvre à la diversité et à chacun. Il ne fait aucun doute que la réforme nationale de l'éducation démocratise le système éducatif et que les enfants avec des besoins spéciaux peuvent raisonnablement espérer pouvoir fréquenter l'école et satisfaire leurs besoins.

Ces changements positifs traduisent l'engagement de l'île Maurice à rechercher l'Éducation pour tous et à mettre en œuvre la Convention des droits de l'enfant, qui stipule que les États signataires doivent « veiller à ce que l'enfant handicapé ait de fait accès à l'éducation, à la formation, aux services de soins de santé . . . d'une manière qui favorise l'intégration sociale la plus complète » (United Nations 1989, art. 23,3).

L'île Maurice a une longueur d'avance sur beaucoup de pays et elle doit continuer avec courage à tracer sa route vers l'Éducation pour tous d'ici 2015 ; cette route passe par l'accès, l'équité et la qualité.

Les enfants de cette génération nous regardent, nous les adultes, ils voient en nous des modèles, des gardiens, des protecteurs et les guides de leur avenir, et ils nous disent: « Ne nous laisser pas tomber. »

## Références

- Evans, J. L. 1998. "Inclusive ECCD: A Fair Start for All Children." *The Coordinators' Notebook* 22, 1–23.
- International Special Education Congress. 2000. *Report of the International Special Education Congress "Including the Excluded."* University of Manchester, U.K.
- Jugnauth, A. 2005. President's speech. Prime Minister's Office and Ministry of Finance. Juillet 29.
- Mauritius. 1957 (amended 1991). *Education Act*. Ministry of Education.
- . 2003a. *National Policy for Children: A Republic Fit for Children and Vision 2015 for the Mauritian Child*. Ministry of Women's Rights, Child Development, and Family Welfare.
- . 2003b. *National Policy for Children: Plan of Action*. Ministry of Women's Rights, Child Development, and Family Welfare.
- . 2004. *National Survey on Children with Disabilities*. Ministry of Social Security.
- . 2006a. "Special Education Needs and Inclusive Education in Mauritius." Policy and strategy document. Ministry of Education and Human Resources.
- . 2006b. "Special Education Needs and Inclusive Education in Mauritius: The Way Forward." Policy guidelines and orientation. Ministry of Education and Human Resources.

- Savolainen, H., H. Kokkala, and H. Alasuutari, eds. 2000. *Meeting Special and Diverse Educational Needs: Making Inclusive Education a Reality*. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland, Department for International Development Cooperation, and Niilo Mäki Institute.
- United Nations. 1989. *Convention on the Rights of the Child*. New York: United Nations.
- . 2000. *United Nations Millennium Declaration*. Jour d'accès en ligne Septembre 6, 2006, <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1990. *World Declaration on Education for All*. Jour d'accès en ligne Octobre 24, 2006, [http://www.unesco.org/education/efa/ed\\_for\\_all/background/jomtien\\_declaration.shtml](http://www.unesco.org/education/efa/ed_for_all/background/jomtien_declaration.shtml).
- . 2000. *The Dakar Framework for Action. Education for All: Meeting Our Collective Commitments*. Adopted by the World Education Forum, Dakar, Sénégal, Avril 26–28. Paris: UNESCO.



## CHAPITRE 14

# Défis parentaux pour la famille africaine en mutation

**Judith L. Evans, Chalizamudzi Elizabeth Matola,  
et Jolly P. T. Nyeko**

De nombreuses familles sont en situation de crise dans ce que certains appellent le « monde majoritaire » et les pays industrialisés. Les difficultés de ces familles proviennent de conditions politiques, sociales et économiques qui compromettent leur capacité de soutenir leurs enfants de manière convenable. Alors que dans le passé, les sociétés bénéficiaient d'un modèle parental relativement classique—c'était soit la famille élargie, un modèle communautaire/tribal, la famille nucléaire, ou tout autre modèle stable—aujourd'hui, de nombreuses sociétés admettent que les normes familiales sont perturbées. Ce chapitre explore les forces sociales, économiques et politiques qui ont un impact sur les caractéristiques et les pratiques de la famille africaine, il traite de l'importance des familles dans le développement des jeunes enfants, et présente des principes pour travailler avec les parents dans un contexte africain en rapide évolution.

### **Modification de la famille africaine**

La mondialisation affecte les familles dans le monde entier. Les programmes d'ajustement structurel (PAS) ont influé la démographie, les comportements et les habitudes des familles, la pauvreté est en augmentation et

l'emploi de plus en plus précaire (Antoine 1995). Bigombe et Khadiagala (2003) concluent que la mondialisation a donné lieu à travers le continent à une « double marginalisation »: les revenus locaux ont radicalement décliné par rapport à l'économie mondiale et les disparités socioéconomiques se sont accentuées dans les pays qui ont tiré profit de la mondialisation. Celle-ci (1) a influencé les habitudes migratoires, (2) tend à menacer la famille et (3) affecte les rôles et les choix qui déterminaient qui ferait quoi dans l'éducation des jeunes enfants (Amin 2002; Apter 2002; Cooper 2001; Martin and Widgren 1996; Preston-Whyte, 1993).

### ***Migration***

La section suivante traite de l'influence de la mondialisation sur les modèles migratoires en Afrique.

***Migration des zones rurales vers les zones urbaines***—Le déclin de la productivité agricole, le manque d'emplois et le manque d'accès aux infrastructures matérielles et sociales élémentaires poussent les individus à quitter les zones rurales. Dans une grande partie de l'Afrique, la migration vers les zones urbaines est considérée comme essentielle pour accroître les opportunités d'emploi, améliorer la mobilité sociale et augmenter les revenus. Toutefois, cet espoir de revenus plus importants et d'amélioration du niveau de vie dans les zones urbaines est rarement réalisé. (United Nations Environment Programme n.d.). L'urbanisation est en augmentation en Afrique. Environ un tiers (34,6%) des habitants d'Afrique subsaharienne vivaient dans des zones urbaines en 1995, une hausse de 11% par rapport aux chiffres de 1950. On prévoit que la moitié (50,7%) de la population d'Afrique subsaharienne sera urbaine en 2025 (United Nations Population Division 2005). Alors qu'environ 40% de la population vivaient dans des zones urbaines en 2005, un grand nombre continue à soutenir des familles dans les zones rurales et, dans de nombreux cas, les familles rurales sont devenues dépendantes de ceux qui vivent en ville. Cette dépendance et l'absence de ceux qui sont allés vivre dans les zones urbaines ont changé la dynamique des ménages.

***Migration en dehors du continent africain***—À la migration des zones rurales vers les zones urbaines, s'ajoute la migration vers d'autres pays. Autrefois, cette migration se faisait entre pays africains (par exemple, les migrations de populations du Lesotho, du Malawi, du Swaziland, et de la Zambie vers l'Afrique du Sud économiquement plus forte). De nos jours, la détérioration de la situation économique contraint les Africains très

instruits à chercher des opportunités économiques en Europe, au Moyen-Orient, et même en Amérique du Nord (Adepoju 2000).

La fuite des cerveaux a attiré l'attention internationale. Ainsi, la situation des agents de santé dans le monde fut au centre de la Journée de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en avril 2006. L'exode des professionnels de la santé hors d'Afrique était particulièrement préoccupant. On a remarqué qu'il y avait « Plus d'infirmières Malawi à Manchester qu'au Malawi et plus de médecins éthiopiens à Chicago qu'en Éthiopie » (Crush 2006). On fit appel à la Commission européenne pour mettre fin au recrutement d'agents de santé en Afrique subsaharienne et pour imposer un code de conduite mondial sur l'éthique du recrutement.

Les mouvements migratoires ont modifié les rôles dans les ménages; l'un d'entre eux est l'éducation des enfants (Ferraro 1991; Leliveld 2001; Modo 2001). Dans une étude sur l'émigration au Swaziland, Leliveld (2001, 1845) conclut que « l'exode des hommes swazis vers les mines d'Afrique du Sud a obligé les femmes à faire seules l'éducation des enfants; de nombreux ménages manquent de la stabilité apportée par le père et sont donc incapables de fournir aux enfants le support complexe qui est le fondement de la stabilité familiale ». Il note également que le grand nombre de femmes célibataires au Swaziland a augmenté le niveau de pauvreté, mais paradoxalement ces femmes ont plus de contrôle sur les ressources du ménage et sont plus libres de canaliser davantage de ressources vers la santé que ne le sont les femmes qui vivent avec des hommes.

***La migration consécutive aux guerres et à la violence***—Les migrations ne sont pas toujours motivées par des raisons économiques. L'instabilité politique, la violence et les guerres ont également contribué à la migration des réfugiés qui peuvent être déplacés à l'intérieur de leur pays ou forcés de quitter celui-ci. Environ 10 millions de personnes ont été victimes de migrations forcées. En 2005, les populations africaines représentaient le tiers des réfugiés dans le monde (UNHCR 2006).

***Qui émigre?*** La mobilité des jeunes hommes à la recherche d'opportunités dans les zones urbaines demeure une constante de la migration, mais tous les migrants ne sont pas des hommes ; les femmes migrent également. Crush (2006) a présenté une étude sur les femmes sud-africaines qui émigrent. L'étude a conclu que les raisons qui poussent les femmes à émigrer sont beaucoup plus liées à leurs relations avec les hommes et la

famille élargie que ne le sont celles des hommes. En général, l'émigration des femmes se fait dans un contexte familial plutôt qu'individuel. Ces conclusions confirment une étude antérieure de Meekers et Veaux (1997) qui montrait que les femmes migrent principalement pour accompagner leur mari. Les femmes célibataires et les femmes chefs de ménage ont également des taux de migration plus élevés.

### ***Tendances***

La mondialisation tend à menacer la famille ; c'est l'objet de la section suivante.

***Modification des rôles***—La situation économique actuelle exige que mari et femme génèrent des revenus. La transition vers les ménages salariés s'est produite sans changement correspondant des relations de pouvoir entre les genres, d'où l'apparition de tensions qui risquent de déstabiliser davantage la famille. Comme l'a noté Lauras - Lecoh (1990), la séparation consécutive à la migration affaiblit la solidarité entre époux. Silberschmidt (1999, 2001) qui a travaillé avec les Kisii au Kenya décrit les changements dans les structures des ménages lorsque le contrôle des ressources passe graduellement des hommes vers les femmes. Ces changements ont un impact sur le rôle des hommes dans l'éducation des enfants. (Voir le chapitre 8 pour une description précise du rôle des hommes dans la vie des enfants.) La migration vers l'étranger a aussi diminué le rôle des hommes.

***Réduction de la taille de la famille***—La vie en milieu urbain est caractérisée par le manque d'espace, de mauvaises conditions de logement et la dépendance envers une économie monétaire; tous ces facteurs ont influencé la taille des familles. Même la valeur des enfants a changé; de participants actifs dans une économie agricole, ils sont devenus ponction dans des ressources limitées.

***Mariage précoce ou pas de mariage***—Une conséquence de la perception différente de la valeur des enfants est que les jeunes hommes et les jeunes filles se marient, ou fondent familles sans se marier officiellement, à un âge de plus en plus jeune. Les parents voient le mariage précoce comme un moyen de réaliser plus rapidement la valeur économique de la dot d'une fille. Les parents qui peinent à élever de nombreux enfants choisissent parfois de marier leurs filles adolescentes plus tôt qu'ils ne l'auraient fait dans des circonstances différentes (Bigombe et Khadiagala 2003).



**L'impact du VIH et du SIDA**—En Afrique, l'épidémie du SIDA a eu des effets profonds sur la famille (UNAIDS 2000; Whiteside 2002). Selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), en 2004, plus de 1,9 million d'enfants étaient devenus orphelins du SIDA, entraînant une augmentation des ménages dirigés par des enfants ou des grands-parents (UNICEF 2004). Lorsque les parents sont malades ou décédés, les enfants plus âgés ont bien du mal à jouer les parents même si les plus jeunes sont encore très petits. Il leur arrive d'abandonner l'école pour prendre soin de leurs frères et sœurs, voire de leurs parents malades. Les enfants sont appelés à assumer ces responsabilités en raison de l'affaiblissement de la famille élargie qui a perdu ses ressources économiques et psychologiques. En conséquence, de nombreux enfants n'ont pu grandir avec leurs parents ni profiter de leur amour et de leurs conseils (Belsey 2003). (Voir le chapitre 5 pour une description plus détaillée de l'impact du VIH/SIDA sur l'Afrique et le chapitre 15 pour une description des programmes en cours d'élaboration pour s'occuper de la situation des jeunes enfants.)

### **Qui sont les parents?**

Dans le contexte traditionnel africain un parent, c'est quelqu'un qui joue le rôle de parent—quelqu'un qui a endossé cette responsabilité. Cette tradition garantissait que les valeurs de la société et de la culture étaient respectées, confirmées et appliquées. La formation sur le tas que de nombreux parents recevaient autrefois des membres de la famille élargie ou des traditions religieuses et culturelles n'existe généralement plus pour les parents de notre époque (Evans et al. 2004).

**Traditions multi-générationnelles**—Bigombe et Khadiagala (2003) ont présenté une étude sur 300 ménages tri-générationnels dans deux régions métropolitaines d'Afrique du Sud. Cette étude a révélé que près de 9 personnes âgées africaines sur 10 vivent dans des ménages multi-générationnels et que la philosophie de la famille africaine élargie semble être intacte, même en milieu urbain. Cette même étude a montré que plus de 80% des personnes appartenant aux trois générations dans les 300 familles vivent harmonieusement.

De plus en plus, ce sont les grandes-mères qui assurent les soins primaires, surtout à cause de l'impact du SIDA sur la génération des parents et de la nécessité pour d'autres de prendre la responsabilité de l'éducation des enfants. Une étude menée par Cattell (1997) dans la province du KwaZulu-Natal révèle que beaucoup de grands-mères qui acceptent d'assumer ce rôle affichent une attitude positive. Elles se sentent importantes

pour renforcer les liens familiaux, former les générations futures et en assurer la continuité.

**Familles monoparentales**—Dans de nombreuses régions d'Afrique, les ménages monoparentaux dirigés par une femme sont devenu majoritaires (Antoine and Nanitelamio 1991; Jones 1999; Wallman 1996). Il arrive que les grands-mères soient là pour subvenir aux besoins de leurs filles (et parfois de leurs petites-filles) qui élèvent seules leurs enfants et, en fait, certaines grands-mères sont devenues les pourvoyeurs de soins primaires, c'est souvent le cas au Botswana par exemple (Andrews et al. 2006).

Compte tenu des multiples perturbations de la vie familiale en Afrique, il faut s'occuper davantage du type de parentage que les jeunes enfants reçoivent que de savoir qui, volontairement ou involontairement, joue le rôle de parent. La section qui suit traite de l'importance de la famille pour donner aux enfants, en particulier aux plus jeunes, le soutien dont ils ont besoin.

### **Attention aux familles et les communautés**

Les conventions et déclarations internationales renforcent l'importance de la famille pour assurer les droits et le bien-être des enfants. La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant (CRDE) définit les droits des enfants (les titulaires de droits) comme le soutien approprié à mesure qu'ils grandissent. La famille n'est pas seule responsable de la sauvegarde des droits de l'enfant. La CRDE stipule que la famille doit être soutenue par l'État : « Les États signataires doivent apporter une aide appropriée aux parents et aux tuteurs dans l'exercice de leurs responsabilités envers les enfants et établir les institutions, installations et services nécessaires pour s'occuper des enfants. » (1989, art. 18.2). Mieux, dans la CRDE, le terme « parents » englobe la mère et le père : « Les États doivent faire de leur mieux pour assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour l'éducation et le développement de l'enfant. . . L'intérêt supérieur de l'enfant sera leur souci fondamental » (art. 18.1).

Autre indication de l'appui international au renforcement de la famille, lors du Forum mondial des ONG de Malte, 1994 a été déclarée « l'Année internationale de la famille (AIF) » avec pour thème « la promotion des familles pour le bien-être des individus et des sociétés » (UNESCO 1993). Le but de l'AIF 1994 était de sensibiliser, de susciter intérêt, soutien et action au nom de la famille. En 2003, l'engagement en faveur de

la famille a été réaffirmé dans la Proclamation du dixième anniversaire de l'Année internationale de la famille. La proclamation ne déclare que le dixième anniversaire « sera consacré à la réaffirmation des engagements pris et à l'identification de nouvelles mesures, notamment en encourageant l'intégration des politiques et des programmes pour la famille dans les stratégies nationales de développement » (United Nations 2004).

Au delà de l'impératif international d'aider les familles qui s'occupent de jeunes enfants, la programmation insiste sur l'importance de travailler avec les parents et les familles pour maximiser les résultats des enfants. À la fin des années 1990, l'Organisation mondiale de la santé a commissionné une étude des programmes jugés efficaces pour améliorer la santé, la nutrition et le développement psychologique des enfants défavorisés. Cette étude, intitulée *A Critical Link* (« un lien crucial ») (WHO 1999), a conclu que les programmes les plus efficaces

- ciblent les enfants dans la « tranche critique » de la vie : les améliorations qui interviennent avant la naissance et au cours des 2 à 3 premières années de la vie ont le plus grand impact sur la croissance future et le développement de l'enfant;
- ciblent les enfants qui courent le plus de risques: les plus grandes améliorations ont été observées chez les enfants très pauvres et sous-alimentés ;
- combinent plusieurs interventions: par exemple, des programmes de promotion d'une bonne nutrition, d'amélioration des relations mère-enfant, du développement psychosocial et de la santé de l'enfant ; et
- impliquent les parents et les ceux qui s'en occupent dans l'amélioration des soins donnés à l'enfant.

### ***L'importance des soins***

Le facteur le plus important pour le développement de l'enfant est d'avoir au moins une relation solide (un attachement) avec un adulte attentionné qui attache une grande valeur au bien-être de l'enfant. L'absence d'une personne qui s'en occupe régulièrement peut entraîner des risques supplémentaires pour les enfants (Engle, Lhotska, and Armstrong, 1997).

Une des clés du développement optimal de l'enfant est de lui donner des soins appropriés. S'occuper d'un enfant, c'est bien plus que le garder et veiller à ce que rien ne puisse lui nuire. Prendre soin d'un enfant est un processus interactif. Les relations entre le gardien/ parent et l'enfant déterminent la qualité des soins reçus et la façon dont l'enfant se développe

(Engle, Lhotska, and Armstrong 1997; WHO 1999). Dans les meilleures des circonstances, une des caractéristiques principales d'un bon parent est sa capacité à répondre aux comportements de l'enfant. Pour réagir correctement au comportement de l'enfant il faut en avoir le temps et se sentir bien physiquement et mentalement. Lorsqu'on est stressé par les responsabilités et le manque de ressources, on ne peut répondre adéquatement aux enfants. Ainsi, alors que l'objectif ultime des programmes d'éducation parentale est d'améliorer le bien-être des enfants, on ne peut atteindre ce but sans tenir compte des besoins des parents, de la famille et de la communauté. La section suivante examine les principes à appliquer pour la création de programmes d'éducation parentale.

### **Renforcer les soins aux plus jeunes enfants à travers des programmes d'éducation parentale**

L'objectif général des programmes d'éducation parentale est de faire connaître l'importance du rôle de ceux qui s'occupent des enfants pour leur croissance et leur développement, et de renforcer ou de modifier leur attitude, leurs connaissances et leurs pratiques. Tous les enfants ont besoin des soins que nous avons mentionnés, mais la manière dont les besoins se manifestent et la façon de les satisfaire varie de culture à culture. En fin de compte, les programmes d'éducation parentale doivent renforcer les capacités pour améliorer les soins et les relations avec les jeunes enfants et enrichir l'environnement immédiat dans lequel ils vivent.

Il faut garder à l'esprit que tout adulte attentif peut assurer le parentage, peu importe qu'il soit un parent, un membre de la famille ou non apparenté. C'est pourquoi, si on veut faire des programmes destinés aux familles qui soient efficaces pour les enfants, ils faut qu'ils adressent non seulement aux parents de l'enfant, s'ils sont présents, mais aussi à tous ceux dans la communauté qui peuvent avoir une influence sur la vie de l'enfant, ceux qui les gardent, les membres de la famille, ceux qui les soignent, les éducateurs et toutes les personnes ressources dans la communauté. Traditionnellement en Afrique, les enfants sont élevés par la famille élargie et la communauté. Cette tradition offre un bon point de départ pour la création de programmes d'éducation parentale.

Il n'existe pas en Afrique de programmes bien établis la formation des parents, des familles et des communautés qui s'occupent des très jeunes enfants (de la naissance à 3 ans). De par le monde, on n'a pas beaucoup d'expérience dans le développement et l'évaluation des programmes de formation des parents en relation avec le développement de la petite

enfance (DPE), on constate une expérience réduite dans le développement et l'évaluation de programmes de compétences parentales (Dahinten and Willms 1999; Evans 2006). Pourtant, les évaluations disponibles indiquent des résultats positifs à long terme pour tous ceux qui participent à ces programmes : parents, enfants et ceux qui s'en occupent (Evans 2006; Kağıtçıbaşı et al. forthcoming; Myers and Hertenberg 1987; Nuno de Figueroa, Ramirez, and Urquia 2004). Il reste encore beaucoup à apprendre. Des projets qui semblent efficaces ont permis d'établir un ensemble de principes pour guider le développement de programmes destinés aux parents.

***Supposons que les personnes qui s'occupent d'enfants font de leur mieux***—Il est important d'assumer que tous ceux qui exercent un rôle parental cherchent à faire de leur mieux pour subvenir aux besoins des enfants, mais beaucoup doivent le faire tout en faisant face à d'énormes contraintes. Par exemple, en raison de la pandémie du SIDA, de nombreux grands-parents sont devenus parent principal ; or, avant de devoir assumer ce rôle parental, les grands-mères avaient déjà du mal à subvenir à leurs propres besoins. Pour elles devoir prendre la responsabilité des enfants de leurs enfants est un facteur de stress supplémentaire, et même si elles sont en mesure de nourrir l'enfant, il leur est rarement possible de faire beaucoup plus. Il arrive qu'elles ne puissent fournir l'orientation, les conseils et le soutien psychosocial souhaités. Les enfants placés sous la garde d'autres enfants ou de grands-parents peuvent ainsi manquer de soutien pour leur développement par rapport à leurs homologues dans d'autres formes de ménages.

### ***Ne pas nuire***

Nous avons systématiquement amené les gens à se sentir incompetents et incapables d'élever seuls leurs propres enfants.

—Salole (n.d., 10)

Il est important que les programmes d'éducation parentale fassent l'impossible pour soutenir la culture, les systèmes d'assistance, les soins disponibles et les besoins individuels des familles. Ceci semble aller de soi, mais de nombreux programmes demandent encore aux parents d'assimiler des modèles importés d'autres cultures et d'adopter des méthodes qui loin de renforcer leurs capacités créent plus de confusions et d'incertitudes. (Evans, 1994).

***Les processus employés pour travailler avec les parents doivent tenir compte du contexte économique, politique et culturel***—Lorsqu'on conçoit des programmes pour les enfants et les familles, il faut d'abord bien comprendre les forces politiques, économiques, sociales et culturelles locales. Ceci peut sembler évident mais trop souvent, les responsables de programme ou les bailleurs de fonds choisissent un modèle de programme qui a réussi ailleurs et tentent de l'adapter aux besoins locaux. Le plus souvent, il n'y a pas vraiment correspondance entre le modèle et la communauté. Les assumptions sur la communauté peuvent se révéler inexactes et trompeuses. En outre, le processus de sélection du programme a souvent exclu la communauté elle-même, ce qui rend difficile l'appropriation du programme par celle-ci. Par conséquent, il est important de faire une évaluation locale participative des atouts et des besoins pour mieux comprendre les supports disponibles et des difficultés rencontrées par les familles qui sont le plus à risque dans un contexte particulier.

En créant des programmes d'éducation parentale en Ouganda, Nyeko (2004) affirme qu'il est important de reconnaître l'impact à long terme de l'instabilité politique et des guerres qui ont conduit à la perte de vies humaines et de biens depuis l'indépendance en octobre 1962. Elle affirme qu'en 2002, dans le nord de l'Ouganda seul, 23,520 personnes ont été tuées par l'insurrection des forces rebelles. Sur le plan de l'économie, cette guerre a entraîné la perte d'environ 1,33 milliard de dollars US. Ces pertes humaines et économiques ont eu un effet négatif important sur l'institution de la famille et sa structure ; elles modifient et nuisent aux normes et aux valeurs de la société qui autrefois garantissaient et assuraient la stabilité de la famille.

Outre l'impact de la guerre civile, l'Ouganda subit les effets de la modernisation et du développement. De nombreuses pratiques autrefois inconnues ou inacceptables gagnent en popularité et deviennent acceptables et voire même à la mode. Des comportements sexuels qui n'étaient pas tolérés dans le passé sont admis sous le couvert des « droits de l'homme ». Plus de 60% des jeunes âgés de 15 à 24 ans sont aujourd'hui sexuellement actifs. L'Ouganda a l'un des taux de grossesses chez les adolescentes les plus élevés au monde ; un nombre incroyablement élevé d'enfants sont impliqués dans la prostitution et la drogues et beaucoup sont des enfants des rues.

Le coût de la vie élevé a amené parents et tuteurs à travailler plus d'heures ; ils ont donc moins de temps pour guider et encadrer les jeunes enfants. En conséquence, la garde des enfants est confiée à des personnes sans formation en éducation ni même intéressées par le bien-être des

enfants et leur développement. Ces enfants sont donc exposés aux violences et aux mauvais traitements. Ils sont désormais élevés par la télévision, les journaux, les magazines, leurs pairs et Internet. Les musiciens et les acteurs de cinéma sont plus écoutés, plus influent sur les enfants que leurs propres parents.

Nyeko tient compte de ces tendances dans le programme d'éducation parentale qu'elle est en train de créer. Les principes suivants (entre autres) sont inclus dans son programme :

- Il est important de protéger les enfants contre les effets de la désintégration sociale.
- Le renforcement spirituel permet aux enfants d'avoir quelque chose à quoi se raccrocher face aux défis de la société et aux tempêtes de la vie ; il donne un point d'ancrage.

***Identifier des pratiques d'éducation spécifiques qui influenceront les résultats des enfants***—Lorsqu'on a compris le contexte politique, économique et social, il faut identifier et comprendre la valeur des supports traditionnels liés au parentage. En Afrique, au Malawi en particulier, les obligations parentales sont généralement transférées à des enfants encore jeunes. Ils doivent prendre soins de leurs frères et sœurs pendant que leurs parents travaillent dans les champs où partent travailler au dehors. Ce sont eux qui donnent le bain et font la cuisine. Ils doivent aider dans le ménage et parfois on les envoie faire de la vente pour gagner un peu d'argent pour la famille. Dans certains pays ce pourrait être considéré comme de l'exploitation d'enfants ; ici on estime que ces enfants sont en formation pour devenir des adultes sur lesquels on pourra compter.

Dans certains groupes culturels au Malawi, dès 6 ans garçons et filles participent à des cérémonies d'initiation où ils apprennent ce que signifie d'être adulte et le rôle des parents. Lorsqu'ils atteignent la puberté, ils sont préparés à la parentalité. Toutefois, c'est seulement aux femmes qu'on apprend comment faire plaisir à son mari, s'occuper de jeunes enfants, garder la maison propre et vivre en harmonie avec les membres de sa communauté. Les hommes ne reçoivent pas cette formation. En conséquence il y a un grand écart entre ce que les femmes et les hommes savent sur l'éducation des enfants. En milieu urbain, et pour certains groupes culturels, ces cérémonies d'initiations n'existent pas. Par conséquent, un pourcentage croissant de la population reçoit peu ou pas d'orientation sur le rôle parental.

Même si les gens sont passés par le processus d'initiation traditionnel, les soins appropriés à donner aux enfants sont un problème partout au Malawi. De nombreux parents ne comprennent pas, ou simplement ne savent pas ce qu'ils sont censés faire pour aider la croissance et le développement de leur enfant. Prenez, par exemple, le fait de nourrir un jeune enfant. Certains pensent qu'il suffit de donner assez de nourriture aux enfants pour que ceux-ci grandissent et se développent. Et alors que les mères font de leur mieux, elles ignorent la valeur nutritive des aliments qu'elles donnent à leurs jeunes enfants; ainsi, la « malbouffe » devient de plus en plus fréquente dans les zones urbaines. Il n'est pas rare que les jeunes enfants ne mangent qu'une fois par jour, comme les adultes. Les femmes préparent le repas familial qui sera partagé entre tous les membres de la famille ; les hommes et les garçons sont servis les premiers et les femmes et les jeunes enfants mangent en dernier. La pratique qui consiste à cuisiner un seul repas par jour existe indépendamment de la quantité de nourriture disponible à la maison. Beaucoup de mères ignorent comment préparer et conserver les aliments; si bien qu'à certaines périodes de l'année, il y a de la nourriture et à d'autres il n'y a rien à manger. Résultat, partout dans le pays les enfants souffrent de malnutrition.

Les enfants n'ont pas non plus assez d'opportunités d'apprentissage et de stimulation précoces. Même lorsque les matériels sont disponibles, les parents n'interviennent pas pour encourager les petits à explorer et à apprendre. Beaucoup d'enfants, en particulier dans les zones rurales et urbaines pauvres, ne se lavent pas et leurs vêtements ne sont pas lessivés, même s'il y a de l'eau. Il arrive en milieu urbain qu'ils ne soient pas autorisés à jouer ou à rencontrer les autres enfants du quartier. Dans l'ensemble, nombre d'enfants grandissent dans des ménages et des environnements démunis. Ils sont donc confrontés à de nombreuses difficultés qui ont un impact sur leur capacité d'atteindre tout leur potentiel.

Après cet aperçu de certaines croyances et pratiques traditionnelles, l'étape suivante consistera à en apprendre davantage sur certaines sous-populations dans lesquelles les enfants sont particulièrement à risque de connaître des retards ou des insuffisances de développement.

***Identifier les familles qui pourraient tirer le plus de bénéfices d'un programme d'éducation parentale***—La littérature suggère que les enfants des familles à faible revenu et les familles monoparentales ont plus de chance de bénéficier d'un programme d'éducation parentale que les enfants de la classe moyenne (Dahinten and Willms 1999; Evans 2006;



WHO 1999). Par conséquent, dans chaque contexte donné, il faut mieux comprendre les difficultés auxquelles les familles à faible revenu sont confrontées afin d'élaborer un programme spécifique avec eux.

Au Malawi, Matola (2004) a identifié une population rurale de ménages à faible revenu et dirigés par les femmes qui, selon elle, devrait bénéficier d'un soutien à la parentalité. Elle a entrepris une étude afin de mieux comprendre la dynamique dans ces ménages, leurs atouts et leurs besoins. Elle a ensuite travaillé avec les femmes pour déterminer comment renforcer leurs capacités. Matola a interrogé les femmes, elle a observé leurs relations avec leurs enfants. Elle a aussi évalué le contexte dans lequel elles vivent afin de mieux comprendre les supports (ou leur absence) que ces femmes reçoivent dans leur collectivité.

Cette étude explique quelques-unes des nombreuses difficultés auxquelles les femmes seules font face pour élever leurs enfants. Il est bien réel que, lorsque les mères ont des activités économiques en dehors du foyer, les jeunes enfants sont laissés seuls à la maison la plus grande partie de la journée, ce qui les expose à toutes sortes de danger. Ces enfants manquent d'amour et de guidance pendant toute la journée.

Même lorsque les mères restent avec leurs jeunes enfants, elles ne contribuent guère à leur développement. Elles ignorent ce dont les jeunes enfants ont besoin et comment leur donner les soins appropriés. S'ensuivent des taux élevés de malnutrition et de maladies opportunistes, et les enfants sont mal préparés pour l'école et pour la vie.

De nombreux enfants en âge scolaire doivent abandonner l'école parce leur mère et ceux qui les supportent ne gagnent pas assez pour payer les frais d'inscriptions et les fournitures. Les pères sont rarement présents. Certains enfants n'ont jamais vu leur père; il arrive que le père des enfants soit inconnu. Sans père, les enfants peinent à établir leur identité, ont le sentiment d'être abandonnés, marginalisés et dans de nombreux cas manquent de confiance en eux-mêmes.

En étudiant le contexte, Matola (2004) a tout de suite remarqué que le manque de soutien communautaire était l'un des problèmes majeurs de ces femmes. Elle a conclu à l'importance de sensibiliser la communauté aux difficultés qu'elles rencontrent et de trouver comment la communauté pourrait les aider au lieu de les stigmatiser. Matola établit aussi la nécessité de trouver de l'aide au-delà de la communauté. Elle conclut qu'il faut modifier les lois sur le mariage, le divorce et la pension alimentaire des enfants si l'on veut créer un environnement plus favorable.

Les informations recueillies ont permis de mettre sur pied des actions pour le renforcement des capacités. Matola (2004) indique que les participants à la recherche ont fait les cinq recommandations suivantes :

1. Les établissements de crédit doivent prêter de l'argent aux mères célibataires pauvres dans les communautés rurales pour qu'elles puissent couvrir leurs besoins et ceux de leurs enfants.
2. Il faut informer les mères célibataires des droits des femmes et des enfants, leur expliquer les lois sur les procédures d'enregistrement du mariage, du divorce et de la pension alimentaire pour les enfants.
3. Il faut former dans la communauté des clubs de mères célibataires pour le partage d'informations sur les soins aux enfants.
4. Il faut expliquer aux mères célibataires des stratégies pour maintenir leurs enfants à l'école.
5. Il faut instruire les mères célibataires pour leur apprendre comment s'occuper des enfants.

Le programme de formation portait essentiellement sur les relations entre la mère et l'enfant pour améliorer les soins que, mais il a aussi appris aux femmes comment devenir économiquement indépendantes et les problèmes qu'elles jugeaient importants ont été abordés.

***Créer avec l'aide des parents des processus pour intégrer à la fois les méthodes d'éducation traditionnelles et les méthodes scientifiquement prouvées dans les programmes de soutien parental et communautaire***—Le curriculum des programmes d'éducation parentale provient de sources multiples. Dans le passé, les programmes étaient conçus par des professionnels qui avaient peu ou pas de connaissance des cultures dans lesquelles les matériels seraient utilisés. Heureusement, la pratique d'importation de programmes est maintenant remise en question. On reconnaît de plus en plus que les pratiques locales sont souvent aussi bonnes (et parfois meilleures) que celles qui viennent de l'extérieur. Pour tirer le meilleur parti des atouts locaux, il faut créer un processus interactif qui va enlever à l'initiateur une partie des pouvoirs et du contrôle qu'il a sur le programme et les transférer à la population locale (Ball and Pence 2006). Plutôt que d'imposer des idées occidentales sur l'éducation des enfants, les programmes d'éducation parentale doivent être élaborés avec les parents dans un dialogue qui « respecte les opinions différentes et permette à différentes voix de se faire entendre pour

valoriser la diversité et favoriser l'ouverture à la création de nouvelles connaissances et de nouvelles idées » (Arnold 1998, 1).

Le défi pour les concepteurs de projet est de savoir comment valoriser la diversité et rester vraiment ouvert aux connaissances existantes tout en introduisant de nouvelles méthodes de développement de l'enfant qui ont fait leur preuve. Le processus de conception du projet doit donc

- renforcer la confiance dans les pratiques locales positives, tout en faisant admettre que ce qui vient de l'extérieur est valable aussi ;
- reconnaître, respecter, et s'appuyer sur les atouts traditionnels tout en reconnaissant la nécessité et le besoin de connaissances nouvelles chez les gens; et
- partager les expériences et élaborer des solutions tout en introduisant des idées qui peuvent contredire les pratiques, les croyances et les réalités actuelles (Evans 2006).

Dans les cultures africaines, de nombreuses pratiques traditionnelles ont une grande valeur. Par exemple, la proximité physique, le contact étroit des mères africaines avec leurs bébés leur donne la possibilité de s'en occuper d'une manière qui ne se retrouve pas dans les cultures occidentales où les relations mère - enfant sont moins étroites et plus réglementées. La mère ougandaise type en zone rurale est avec son bébé 24 heures sur 24. Ils vont ensemble au jardin, le bébé attaché au dos de la mère. Les soins attentifs qu'elle lui fournit permettent à l'enfant de développer un sentiment de confiance. La méthode d'allaitement maternel à la demande est maintenant reconnue par beaucoup comme bien meilleure que l'allaitement maternel programmé. En outre, alors que l'on débat dans le monde occidental de l'intérêt pour les mères de dormir avec leur bébé (pratique appelée en anglais « co-sleeping »), dans les cultures africaines, où cette pratique est traditionnelle, on signale rarement de cas de mort soudaine du nourrisson.

Alors qu'il faut maintenir ou renforcer certaines pratiques traditionnelles, d'autres, complexes, ont un impact sur la société moderne. Par exemple, Nyeko décrit sa propre expérience d'avoir grandi dans une famille polygame :

J'ai grandi dans une famille polygame avec trois belles-mères et 29 frères et sœurs. J'étais l'une des plus jeunes enfants, mais la quatrième dans le foyer de ma mère. Ma mère n'était pas la plus favorisée parmi les épouses (bien qu'elle l'ait été à un moment donné!) ; la vie n'était donc pas ce qu'il y avait de mieux pour les enfants.

Une pratique qui n'est pas moins complexe a des conséquences plus sérieuses : dans certaines cultures, comme dans les villages du Malawi, ce sont les chefs ont la responsabilité de l'initiation sexuelle des jeunes filles qui passent à l'âge adulte. Cette pratique a largement contribué à propager le VIH.

Le défi pour un programme de soutien à la parentalité dans les ménages polygames est de savoir comment établir des relations au sein de la famille qui supportent le rôle de chacun et permettront de donner aux enfants le soutien nécessaire à leur croissance et à leur développement.

Il faut savoir que pour changer le comportement des gens, il faut d'abord respecter qui ils sont et ce qu'ils font pour qu'ils puissent accepter d'apprendre quelque chose de nouveau. Si un programme commence par comprendre ce dont les enfants ont besoin, s'appuie sur les pratiques traditionnelles utiles et introduit les nouveautés par le dialogue, la discussion et le partage, les nouvelles pratiques auront plus de chances de paraître logiques et de s'imposer que si on se borne à communiquer l'information.

Il est utile de rappeler que, même lorsqu'on introduit des informations scientifiquement prouvées, c'est aux parents et aux communautés qu'il appartient de choisir comment élever leurs enfants, sauf dans le cas où les pratiques sont contraires aux droits de l'homme et de l'enfant. Toutefois, la définition même de ce qui constitue les droits de l'homme est encore en discussion.

***Créer un soutien communautaire et national pour les familles***—La plupart des programmes d'éducation parentale visent les pourvoyeurs de soins primaires. Leur objectif principal est de faire mieux comprendre le processus de développement des enfants afin de leur donner les soins les plus appropriés et d'interagir au mieux avec eux. Toutefois, le plus souvent il ne suffit pas de changer les croyances et les pratiques des pourvoyeurs de soins (surtout les mères, mais aussi les grands-mères, et les frères et sœurs plus âgés). Il faut aussi amener la famille immédiate, la communauté et même la culture au sens large pour qu'ils acceptent et soutiennent les changements apportés.

Par exemple, on voudrait inclure les hommes dans les programmes de parentalité. (Voir le chapitre 8 pour une discussion sur le rôle des pères dans le DPE.) Pour ce faire, il faut davantage de recherche sur le rôle traditionnel des hommes dans l'éducation des enfants et sur les

conséquences des modifications de ce rôle. Au Nigeria, Hua (2004) cherchait comment impliquer les pères dans la garde de leurs enfants. Elle a étudié le rôle des pères dans les soins et le développement de la petite enfance parmi les Tiv du Nigeria. Des groupes de discussions il ressort que l'attitude actuelle des pères, leurs croyances et pratiques pour les soins aux enfants sont profondément enracinées dans leur milieu culturel. Il était aussi très clair que le rôle des pères était soutenu par les différentes générations de la famille, dans laquelle les grands-parents jouent un rôle majeur dans l'éducation des enfants. L'éducation était et est toujours une affaire communautaire. Ce qui a particulièrement frappé Hua, est le fait que pour arriver à changer le rôle des pères, il faut aussi créer une culture qui implique les hommes dans l'éducation des enfants. Si on veut que les hommes s'occupent du développement des enfants dès leur jeune âge, il est nécessaire de les placer dans un environnement qui y soit favorable. En d'autres termes, Hua établit qu'il n'est pas suffisant de simplement fournir une formation parentale aux pères; l'ensemble de la société doit évoluer et accepter le nouveau rôle.

Mais fréquemment, lorsqu'il y a changements des croyances et des pratiques parentales, même si ces changements sont acceptés dans une communauté et sous-culture, ils peuvent aller à l'encontre de systèmes qui excluent ou marginalisent certains enfants. Les services de santé peuvent être inaccessibles ou inabordables; les opportunités d'éducation et d'emploi peuvent être fermées à certaines familles ou groupes ethniques; les services sociaux peuvent garder les familles dans des cycles de dépendance plutôt que de leur donner peu à peu les moyens de s'en sortir seules. Il est important de connaître les éléments favorables et les obstacles posés par le contexte juridique et réglementaire (de Graaf, Prinsen, and Vergeer 2000; Matola 2004).

Par conséquent, pour que les programmes d'éducation parentale fassent une différence, il faut avoir une vue globale et des programmes qui renforcent l'ensemble des systèmes qui appuient et soutiennent les familles et au besoin, il faudra même modifier les systèmes économiques et sociaux qui détruisent les familles et les communautés. Ce sont les politiques nationales et locales qui créent ces systèmes. Suivant l'étude de Matola (2004), il faut examiner la politique actuelle au Malawi pour voir quels sont les droits des femmes chefs de famille et de leurs jeunes enfants. (Voir le chapitre 9 pour une discussion de la politique de DPE.)

## Conclusion

En résumé, les tendances économiques, politiques et sociales actuelles ont déséquilibré de nombreuses familles africaines. Dans de nombreux pays africains où la majorité des enfants sont à risque (en raison de l'hérédité biologique et /ou des conditions environnementales), il existe un besoin urgent de soutenir ceux qui s'occupent des enfants. Il faut que les communautés et les familles (avec le soutien des politiques et des services du gouvernement) puissent répondre aux changements dans les types de soutien qu'elles offrent aux enfants qui entrent dans un monde en évolution de plus en plus rapide.

Parce que la tendance à la famille monoparentale prend pied dans la société africaine, il faut des politiques et des programmes qui élargissent les possibilités économiques des mères célibataires. La plupart des pays africains n'ont pas de législation garantissant un congé de maternité à celles qui travaillent, par exemple. Il faut aussi un système de garde des enfants pour réduire le fardeau social et économique qui pèse sur les mères célibataires. Ceux qui jouent le rôle de parent ont besoin de soutien pour apprendre à lire et à écrire et acquérir les compétences économiques et sociales qui en feront des membres actifs dans une culture et une communauté. Ils faut leur donner l'occasion d'accroître leurs connaissances et leur entendement de ce qu'est élever un enfant en bonne santé et bien développé.

Bigombe et Khadiagala (2003) sont très optimistes quant à la capacité des structures familiales en Afrique à répondre aux nouvelles opportunités qui s'offrent dans le domaine de la santé, de l'économie et de l'éducation. Ils notent que ces changements vont créer des tensions entre les valeurs et les structures traditionnelles et modernes, et que ces changements sont complexes, mais qu'il existe dans les contextes sociaux et culturels africains suffisamment de faculté d'adaptation, de flexibilité et de capacité à réagir. Bien qu'on ait beaucoup parlé des familles qui renoncent à des pratiques traditionnelles majeures pour adopter des méthodes modernes, la tendance reste à créer une organisation familiale qui marie les pratiques traditionnelles et contemporaines. Comme Lauras-Lecoh (1990) l'a noté, une caractéristique dominante de la famille africaine est sa capacité à « faire du nouveau avec de l'ancien » et de trouver des solutions nouvelles à partir des ressources traditionnelles des institutions familiales.

## Références

- Adepoju, A. 2000. "Recent Trends in International Migration in Sub-Saharan Africa." *International Social Science Journal* 52 (2): 383–94.
- Amin, S. 2002. "Africa: Living on the Fringe." *Monthly Review* 53 (10): 41–50.
- Andrews, M., D. Galeforolwe, N. Ratsoma, and J. L. Evans. 2006. "Botswana National Integrated Early Childhood Development Baseline Study." Report prepared for UNICEF Botswana. Gaborone: UNICEF.
- Antoine, P. 1995. "Population et urbanisation en Afrique." *La Chronique du CEPED*, 17: 1–4.
- Antoine, P., and J. Nanitelamio. 1991. "More Single Women in African Cities: Pikine, Abidjan, and Brazzaville." *Population: An English Selection* 3: 149–69.
- Apter, D. 2002. "Globalization and Its Discontents: An African Tragedy." *Dissent* 49 (2): 13–18.
- Arnold, C. 1998. "Early Childhood: Building Our Understanding and Moving towards the Best of Both Worlds." Paper presented at "International Seminar, Ensuring a Strong Foundation: An Integrated Approach to Early Childhood Care and Development," Institute for Educational Development, in conjunction with Aga Khan University, Karachi, Pakistan. Mars 23–27.
- Ball, J., and A. Pence. 2006. *Supporting Indigenous Children's Development: Community-University Partnerships*. Vancouver, BC: UBC Press.
- Belsey, M. 2003. *AIDS and the Family: Policy Options for a Crisis in Family Capital*. Geneva: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Division for Social Policy and Development.
- Bigombe, B., and G. M. Khadiagala. 2003. *Major Trends Affecting Families in Sub-Saharan Africa*. Jour d'accès en ligne Septembre 5, 2006, <http://www.un.org/esa/socdev/family/Publications/mtbigombe.pdf>.
- Cattell, M. G. 1997. "Zulu Grandmothers' Socialization of Granddaughters." *Southern African Journal of Gerontology* 6 (1): 14–16.
- Cooper, F. 2001. "What Is the Concept of Globalization Good For? A Historical Perspective." *African Affairs* 100 (399): 189–213.
- Crush, J., ed. 2006. *Gender and the Brain Drain from South Africa*. Southern African Migration Project, Migration Policy Series 23. Jour d'accès en ligne Août 10, 2006, <http://www.queensu.ca/samp/sampresources/samppublications/policyseries/policy23.htm>.
- Dahinten, V. S., and J. D. Willms. 1999. *Parent Education Programs for Early Child Development: A Review of the Literature*. Unpublished document. Geneva: Aga Khan Foundation.

- de Graaf, Y., B. Prinsen, and M. Vergeer. 2000. *The Netherlands: Experienced Mothers Are the Key. Parents and ECD Programmes*. Early Childhood Matters, 95. The Hague: Bernard van Leer Foundation.
- Engle, P. L., L. Lhotská, and H. Armstrong. 1997. *The Care Initiative: Assessment, Analysis, and Action to Improve Care for Nutrition*. New York: UNICEF Nutrition Section.
- Evans, J. L. 1994. "Childrearing Practices: Creating Programs Where Traditional and Modern Practices Meet." *Coordinators' Notebook*, 15. Washington, DC: Consultative Group on Early Childhood Care and Development.
- . 2006. *Parenting Programs: An Important Early Childhood Intervention Strategy*. Education for All Global Monitoring Report. Paris: UNESCO.
- Evans, J. L., A. Ahmed, C. Day, S. Etse, R. Hua, B. Missani, C. Matola, and L. Nyesigomwe. 2004. "Capacity Building across Cultures and Contexts: Principles and Practices." *International Journal of Educational Policy, Research, and Practice* 5 (3): 105–22.
- Ferraro, G. P. 1991. "Marriage and Conjugal Roles in Swaziland: Persistence and Change." *International Journal of Sociology of the Family* 21 (2): 89–128.
- Hua, R. 2004. "Involving Fathers in Early Childhood Care and Development." Unpublished master's major project, University of Victoria, Victoria, British Columbia, Canada.
- Jones, S. 1999. "Singlehood for Security: Towards a Review of the Relative Economic Status of Women and Children in Woman-Led Households." *Society in Transition* 30 (1): 13–27.
- Kag'itçiba,si, C., D. Sunar, S. Bekman, N. Baydar, and Z. Cemalcilar. Forthcoming. "Continuing Effects of Early Intervention in Adult Life: The Turkish Early Enrichment Project 22 Years Later." *Journal of Applied Developmental Psychology*.
- Lauras-Lecoh, T. 1990. "Family Trends and Demographic Transition in Africa" *International Social Science Journal* 42 (4): 475–92.
- Leliveld, A. 2001. "The Effects of Restrictive South African Migrant Labor Policy on the Survival of Rural Households in Southern Africa: A Case Study from Rural Swaziland." *World Development* 25 (1): 1839–49.
- Martin, P., and J. Widgren. 1996. "International Migration: A Global Challenge." *Population Bulletin* 51 (1): 46–47.
- Matola, C. E. 2004. "Assessment of Interaction and Stimulation in Single-Mother Low-Income Families." Unpublished bachelor's major project, University of Victoria, Victoria, British Columbia, Canada.
- Meekers, D., and A. Calves. 1997. "'Main' Girlfriends, Girlfriends, Marriage, and Money: The Social Context of HIV Risk Behavior in Sub-Saharan Africa." *Health and Transition* 7 (1): 361–75.



- Modo, I. V. O. 2001. "Migrant Culture and the Changing Face of Family Structure in Lesotho." *Journal of Comparative Family Studies* 32 (3): 89–128.
- Myers, R. G., and R. Hertenberg. 1987. *The Eleven Who Survive: Toward a Re-examination of Early Childhood Development Program Options and Costs*. Washington, DC: Consultative Group on Early Childhood Care and Education.
- Nufio de Figueroa, C., M. I. M. Ramirez, and J. B. M. Urquía. 2004. "The Future Will Be Better: A Tracer Study of CCF's Early Stimulation Programme in Honduras." Practice and Reflections Series 21, The Hague, Bernard van Leer Foundation.
- Nyeko, J. 2004. "Parenting Made Easy: A Personal Experience of a Ugandan Parent." Inédite.
- Preston-Whyte, E. 1993. "Women Who Are Not Married: Fertility, 'Illegitimacy,' and the Nature of the Households and Domestic Groups among Single African Women in Durban." *South African Journal of Sociology* 24 (3): 63–71.
- Salole, G. n.d. "Working Intuitively or According to Plan: A Case for Bricolage in Development Work." Manuscrit Inédite.
- Schafer, R. 1997. "Variations in Traditional Marriage and Family Forms: Responses to the Changing Pattern of Family-Based Social Security Systems in Sierra Leone and Kenya." *History of the Family* 27 (2): 197–209.
- Silberschmidt, M. 1999. *Women Forget That Men Are the Masters: Gender Antagonism and Socioeconomic Change in Kisii District, Kenya*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- . 2001. "Disempowerment of Men in Rural and Urban East Africa: Implications for Male Identity and Sexual Behavior." *World Development* 29 (4): 657–71.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. New York: UNAIDS.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 1993. *Promoting Families for the Well-Being of Individuals and Societies*. Malta World NGO Forum Summary: Launching the International Year of the Family 1994. Mediterranean Conference Center, November 28–December 2. Paris: UNESCO.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2006. *2005 Global Refugee Trends*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2004. *Parenting Education Tooleveloppe*. New York: UNICEF.
- United Nations. 1989. *Convention on the Rights of the Child*. Jour d'accès en ligne Septembre 5, 2006, <http://www.unicef.org/crc/>.

- . 2004. *Proclamation of the Tenth Anniversary of the International Year of the Family*. Jour d'accès en ligne Septembre 5, 2006, <http://www.un.org/>.
- United Nations Environment Programme. n.d. *GEO: Global Environment Outlook 3—Past, Present, and Future Perspectives*. Jour d'accès en ligne Septembre 6, 2006, <http://www.grida.no/geo/geo3/english/410.htm>.
- United Nations Population Division. 2005. *World Population Prospects: The 2004 Revision. Volume 3: Analytical Report*. Jour d'accès en ligne Septembre 6, 2006, <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>.
- Wallman, S. 1996. *Kampala Women Getting By in the Age of AIDS*. London: James Currey.
- WHO (World Health Organization). 1999. *A Critical Link: Interventions for Physical Growth and Psychological Development*. Geneva: WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development.
- Whiteside, A. 2002. "Poverty and HIV/AIDS in Africa." *Third World Quarterly* 233 (2): 313–32.

## CHAPITRE 15

# Le DPE et le VIH/SIDA : le récent défi de programmation et de politique

**Patrice L. Engle et Erika Dunkelberg,  
avec Shireen Issa**

Les chiffres sont clairs: pas moins de 16% des orphelins<sup>1</sup> en Afrique subsaharienne, soit 7 millions d'enfants, ont moins de 6 ans ; 36%, ou 16 millions sont âgés de 6 à 11 ans (UNICEF, UNAIDS, and USAID 2004). Plus de la moitié de tous les enfants orphelins en Afrique subsaharienne ont moins de 12 ans. Cependant, comme le chapitre 5 de ce volume l'illustre, les plus jeunes enfants sont souvent invisibles pour les planificateurs de programmes. Le chapitre 5 illustre en termes frappants l'impact de la pandémie du VIH/SIDA sur les enfants, y compris l'ampleur du problème et son impact sur les plus jeunes, risques de manque de soins de santé, malnutrition et manque de soutien psychosocial. Le présent chapitre examine les programmes et les politiques qui tentent de répondre aux multiples besoins de ces jeunes enfants et de leurs familles. La première section traite des approches programmatiques pour les jeunes enfants et donne des exemples ; la deuxième section décrit les options en termes de développement des politiques.

## **Programmation à l'égard des jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA**

Le consensus s'élargit sur ce dont tous les enfants ont besoin et sur les meilleures réponses programmatiques pour les enfants orphelins ou vulnérables, mais ces réponses n'ont encore atteint qu'un infime pourcentage de ceux qui en ont besoin. Les interventions communautaires au niveau des ménages qui visent à renforcer les capacités actuelles des familles et des communautés touchées semblent être les plus rentables (Desmond and Gow 2002; Richter, Manegold, and Pather 2004; Subbarao and Coury, 2003). Les réponses doivent intervenir à tous les niveaux, reliant les actions locales à celles qui se passent à l'échelle nationale et mondiale (Levine 2001) et viser à faire une différence au long terme (Williamson 2000, cité dans Richter, Manegold, and Pather 2004). Les 5 stratégies et les 12 principes approuvés par le comité des organismes qui parrainent de l'ONUSIDA (2002) et d'autres principes ajoutés par Family Health International (2001) promettent de poursuivre le travail avec les enfants touchés par le VIH/SIDA. Voici trois principes qui s'appliquent à tous les enfants:

- renforcer la protection et les soins apportés aux enfants touchés par le VIH/SIDA au sein de leurs familles élargies et dans les communautés ;
- renforcer les capacités des familles et des communautés pour les aider à répondre aux besoins psychosociaux des enfants affectés par le VIH/SIDA et de ceux qui s'en occupent ; et
- lier les programmes de soins à d'autres programmes apparentés au VIH/SIDA afin de fournir un système de soutien holistique aux familles et aux communautés.

Le consensus n'est pas claire lorsqu'il s'agit d'adapter ces réponses au développement des jeunes enfants (âgés de 0 à 8ans) orphelins ou vulnérabilisés par le VIH/SIDA. Aucun des principes ou des stratégies ne reflètent pas la vulnérabilité spécifique des enfants de moins de 8 ans ni la difficulté particulière de programmer des interventions à l'intention de cette tranche d'âge. Les soins qui s'adressent aux jeunes enfants sont plus longs et requièrent plus de connaissances et de ressources que les soins aux enfants plus âgés. On s'occupe des jeunes enfants principalement dans la famille et il faut veiller à leur donner un traitement particulier : alimentation appropriée, soins en cas de maladie, hygiène, soutien émotionnel, stimulation et apprentissage. La période qui s'étend de la naissance

à l'entrée à l'école est une fenêtre ouverte aux opportunités aussi bien qu'aux dangers pour le développement ultérieur.

Tout programme s'adressant aux jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA doit être relié à d'autres programmes VIH/SIDA pour fournir une approche holistique et un système global de soutien aux familles et aux communautés. Les programmes destinés aux jeunes enfants présentent trois caractéristiques principales : (1) les services doivent être *facilement accessibles* par ceux qui donnent les soins et sont souvent surchargés ; (2) les réponses doivent *soutenir la famille*, améliorant ses moyens de subsistance et ses capacités à fournir des soins ; et (3) les programmes doivent inclure un *soutien psychologique approprié à l'âge des enfants* pour les aider à comprendre et à faire face au deuil, aux changements et à la séparation.

***Des services facilement accessibles***—Les premières années de la vie d'un enfant sont cruciales pour sa survie, sa croissance et son développement. Pour assurer un bon départ dans la vie, tous les enfants doivent recevoir des vaccinations, des soins de santé en temps opportun, un suivi de leur croissance, une bonne hygiène et des installations sanitaires, amour et soins dans la famille. Les services de base doivent être de qualité, facilement accessibles aux pourvoyeurs de soins débordés et fournis sans discrimination, à faible coût ou gratuitement.

Les services qui s'adressent à ces enfants doivent comprendre des programmes d'apprentissage et de soins précoces qui procurent alimentation, accès aux soins de santé, opportunités d'apprentissage et de jeux et soutien psychosocial. La valeur des programmes de soins aux enfants est reconnue ; ainsi la liste des recommandations destinées aux organisations confessionnelles (OC; Olsen, Chevalier, and Foster 2006) comprend-elle maintenant les prestations de soins en centres d'accueil de jour et les services d'aide pour alléger le travail de ceux qui donnent les soins. Une étude réalisée en Zambie (Haihambo et al. 2004) a constaté que les programmes de soins aux enfants offrent un répit à ceux qui s'en occupent, favorisent l'apprentissage et le développement socio émotionnel des enfants, leur donnent un endroit pour jouer et explorer et les préparent à entrer à l'école. Elle révèle que les enfants qui restent chez eux et fréquentent une garderie jouissent d'une santé, d'une nutrition et d'un développement meilleurs que ceux qui sont placés en institution. La garderie permet la stimulation en groupe et des relations avec d'autres enfants sans stigmatisation. Les chercheurs ont également noté qu'il n'y

avait aucun contrôle de qualité sur ces centres et que la qualité variait énormément d'un endroit à l'autre.

**Soutien familial**—Tout soutien aux jeunes enfants doit se faire à l'intermédiaire des pourvoyeurs de soins qui sont tellement important pour le bien-être des jeunes enfants. Ceux qui donnent les soins peuvent être jeunes ou plus âgés, surchargés de travail, vivant de faibles revenus, et, souvent se sentir isolés alors qu'ils doivent faire face aux circonstances. Les soutenir, à la fois financièrement et émotionnellement, doit être un élément de toute réponse pour les jeunes enfants. L'étude zambienne (Haihambo et al. 2004) a montré que les besoins psychosociaux des enfants qui grandissent dans les familles élargies semblent bien mieux satisfaits (par l'amour, l'attachement, la cohérence, la normalité, un sens de leur propre histoire et de leur famille, et l'intégration au sein de leur communauté) que les enfants placés dans les orphelinats. Toutefois, leurs pourvoyeurs de soins étaient généralement plus âgés et s'avouaient malades, épuisés et inquiets en permanence à propos des finances et de l'avenir des enfants.

**Le soutien psychologique approprié à l'âge**—Les programmes destinés aux jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA et leurs pourvoyeurs de soins doivent mettre l'accent sur le soutien psychosocial ainsi que sur la nutrition, la santé, la stimulation précoce et le jeu. Pour les jeunes enfants, le meilleur soutien c'est un retour à la normalité, c'est la possibilité de jouer et un lien avec au moins une personne qui s'en occupe régulièrement et qui le rend spécial.

Beaucoup de programmes rencontrent encore des difficultés pour trouver comment apporter un soutien psychosocial aux jeunes enfants. En Ouganda, Nyeko et Nalwadda (2005) ont noté que « l'état psychologique des enfants est une source de préoccupations, mais qu'on n'a pas une idée claire sur la question. C'est là un domaine d'expertise qui fait particulièrement défaut » (11). Leur évaluation de 14 programmes démontre que le soutien psychosocial y est généralement limité. Certains partent du principe que les enfants de moins de 8 ans sont « trop jeunes pour comprendre » (47). Toutefois, dans une étude zambienne (Haihambo et al. 2004), des entrevues avec des jeunes enfants et des pourvoyeurs de soins ont montré que les jeunes sont capables de parler de leur situation et de juger ce qui leur est arrivé. Ceux qui étaient placés en institutions disaient, par exemple, « ma mère ne veut plus de moi », « ils ont mis mon

père dans un trou et puis ils m'ont amené ici », « je ne peux pas jouer avec d'autres enfants parce mon sang est mauvais » (enfant séropositif). Cependant, beaucoup faisaient preuve d'ambition (par exemple, « Je veux être médecin, pour opérer les gens (sic) ») et se disaient satisfaits de leur situation actuelle (par exemple, « ils me donnent des macaronis »). Les jeunes enfants sont bien capables de s'exprimer, peut-être sont-ce les adultes qui devraient apprendre à les écouter. Les adultes doivent pouvoir reconnaître les changements dans le comportement des jeunes enfants, par exemple la réserve ou l'agressivité, la culpabilité ou la colère et de comprendre que ces changements sont causés par ce qu'ils ont perdu (Nyeko and Nalwadda 2005). Les adultes doivent se faire comprendre par les jeunes enfants; ils doivent donner un soutien psychosocial approprié à l'âge des enfants.

La stigmatisation reste un obstacle, tout comme la violence physique et sexuelle. Une évaluation formative dans le KwaZulu-Natal (Kvalsvig and Taylor 2004) a révélé que tous les professionnels du développement de la petite enfance (DPE) avaient signalé des taux élevés d'abus d'enfants. Affronter de telles situations avec de jeunes enfants est particulièrement difficile. En Afrique du Sud, le Projet paternité (Human Sciences Research Council of South Africa n.d.) tente de diminuer le nombre d'abus en présentant des hommes qui peuvent servir de modèles pour s'occuper des enfants.

## **Options pour les programmes**

Cette section propose des exemples de programmes qui répondent aux besoins uniques des enfants de 0 à 8 ans touchés par le VIH/SIDA. Ces programmes reflètent à titre divers les trois caractéristiques essentielles de toute réponse qui s'adresse aux jeunes enfants et que nous avons mentionnées précédemment ; les éléments communs à ces programmes sont les suivants :

### ***Services facilement accessibles***

- Accès aux services de santé, de nutrition et de bien-être social.
- Accès aux environnements d'apprentissage précoce pour les enfants, en particulier aux établissements préscolaires ou garderies, qui répondent au besoin de jouer, d'apprendre, d'être avec d'autres enfants et de s'alimenter, ainsi qu'aux besoins des pourvoyeurs de soins qui doivent avoir le temps de souffler et de travailler.

***Soutien familial***

- Soutien psychosocial aux pourvoyeurs de soins par des visites à domicile ou des réunions de groupes, sans oublier les soins à domicile pour les malades adultes
- Assistance pécuniaire ou matérielle directe ou pour aider les familles à créer des moyens de subsistance
- Appropriation et gestion du processus par la communauté ; participation des communautés dans les soins dispensés aux jeunes enfants

***Soutien psychosocial approprié à l'âge***

- Opportunités pour les enfants de s'exprimer et d'avoir leur mot à dire dans les décisions prises.

On s'est servi de nombreuses sources pour dresser la liste des programmes qui va suivre. Certains ont été présentés à la troisième Conférence internationale sur le DPE qui s'est tenue en mai 2005 au Ghana. Les informations sur d'autres ont été recueillies lors de présentations ou par correspondance (y compris la documentation sur les projets et les matériels d'évaluation envoyés par les programmes) au cours des mois suivant la conférence ; d'autres encore étaient décrits sur des sites Web et dans des publications telles que *From Faith to Action* (Olsen, Chevalier, and Foster 2006), *Christian Aid News*, et les rapports de la Fondation Bernard van Leer. Pour figurer dans cette liste, les programmes devaient exister dans plusieurs endroits et servir un nombre relativement important de jeunes enfants. Dans la mesure du possible, les sources de financement et des évaluations qualitatives et quantitatives figurent dans les résumés ci-après.

***Ghana : l'Association des reines mères de Manya Krobo***

L'Association des reines mères de Manya Krobo (MKQMA) a été créée en 1998. En 2003, elle se composait de 371 reines mères dans six districts de la zone traditionnelle Manya Krobo dans la région orientale du Ghana où la prévalence du VIH est élevée (Tuakli-Ghartey 2003). Tuakli-Ghartey (2003) note que les reines mères et les chefs ou les rois sont les dirigeants communautaires au Ghana, et que ce sont les reines mères qui sont responsables des enfants de la communauté dont les parents meurent ou sont trop malades pour s'en occuper. Dans le district de Manya Krobo, chaque reine mère prend soin de six orphelins maximum dans sa maison. Historiquement, la reine mère prenait en charge l'éducation de base, les soins médicaux, la nourriture, les vêtements et diverses dépenses



des orphelins, grâce aux cotisations mensuelles des membres de l'Association des reines mères. Récemment, en qualité d'organisation non gouvernementale (ONG) enregistrée, la MKQMA a reçu de diverses ONG internationales, d'organisations confessionnelles, du gouvernement du Ghana et de particuliers un soutien qui a pris la forme de formation au leadership, de renforcement des capacités (formation et soutien matériel), de ressources financières, d'alimentation et de soutien matériel.

Une évaluation (Tuakli-Ghartey 2003) suggère que, bien que le modèle soit novateur, le projet des reines mères n'est pas sans problèmes. Par exemple, il n'y a aucun critère permettant de dire qui est éligible comme parent adoptif ou combien d'enfants une personne peut recueillir. Deuxièmement, des questions ont été soulevées quant au niveau très bas des dépenses pour les enfants et à la qualité des soins. Enfin, ce programme ne s'adresse pas spécifiquement aux plus jeunes enfants et l'évaluation n'a pas identifié d'enfants de moins de 6 ans ; en principe, cependant, il pourrait répondre à leurs besoins particuliers.

### ***Kenya : le Programme de développement rural des orphelins au Kenya (KORDP)***

Créé en 1996, le KORDP s'adresse aux enfants touchés par le SIDA et les problèmes liés au VIH/SIDA (KORDP n.d.). En plus de ses programmes au Kenya, qui pourvoient aux besoins de près de 6,000 enfants affectés par le VIH/SIDA, le KORDP travaille avec des organisations sœurs en République Démocratique du Congo, au Rwanda, en Tanzanie et en Ouganda dans le cadre du Programme international de développement pour les orphelins. Les programmes du KORDP servent des communautés au Kenya choisies parce qu'elles ont les besoins les plus grands.

Financé principalement par la Fondation Bernard Van Leer et l'American Jewish World Service, le KORDP mobilise les communautés pour établir et participer au fonctionnement de centres de DPE pour les enfants âgés de 3 à 6 ans, dont 66% sont touchés par le VIH /SIDA. Le programme fonctionne à l'entremise de comités communautaires qui dirigent les centres de DPE. Chaque centre s'occupe de 60 à 100 enfants de 3 à 9 ans touchés par le VIH/SIDA et couvre un ou deux villages (KORDP n.d.). Les infirmières de KORDP visitent régulièrement les communautés pour surveiller la santé des enfants. Le programme donne une formation sur le développement de l'enfant, les besoins des jeunes enfants, surtout ceux touchés ou infectés par le VIH/SIDA et offrent une sensibilisation générale sur le VIH/SIDA aux membres de la communauté.

Le KORDP fournit également semences, chèvres laitières, porcs et poulets pour améliorer la sécurité alimentaire. Il forme aussi les pourvoyeurs de soins (qui disposent de plus de temps libre grâce au centre de DPE) et leur apprend comment utiliser les produits distribués pour générer des revenus.

Le KORDP est doit faire face à de nombreuses difficultés, entre autres subvenir à ses dépenses administratives, car le soutien des bailleurs de fonds se limite souvent aux activités de projet, maintenir un esprit du bénévolat dans les communautés et répondre au besoin continu de formation et de soutien des comités communautaires, des centres de DPE et des communautés elles-mêmes.

### ***Kenya : le Centre de développement de l'enfant de Mwana Mwende***

Le projet de Mwana Mwende a débuté en 1997 dans le district de Machakos comme projet du Centre de développement de l'enfant de Mwana Mwende, une ONG locale. Il cible les enfants de moins de 3 ans et les mères adolescentes. Le projet est principalement financé par la Fondation Bernard Van Leer et le Centre international de ressources pour l'enfant. Il a lancé un programme pour soutenir et former les parents sur le développement des enfants et des jeunes, le développement communautaire et les processus participatifs ; il fournit des conseils pour améliorer les soins donnés aux jeunes enfants, en particulier ceux de moins de 3 ans (Bernard van Leer Foundation 2006).

### ***Kenya : le projet Parlez pour l'enfant***

Le projet Parlez pour l'enfant (Speak for the Child ou SFC) a été lancé en mars 2001 dans le Sud Kabras, au Kenya occidental (Lusk et al. 2003). Il est soutenu par le Fonds pour les enfants déplacés et les orphelins de l'USAID et le projet LINKAGES Kenya, et il a été conçu et mis en œuvre par le Centre Ready to learn de l'Academy for Educational Development (AED). Le SFC soutient les familles et les communautés pour les soins aux jeunes enfants de moins de 5 ans touchés par le VIH/SIDA ; le projet a eu un impact significatif sur les jeunes enfants et leurs familles (AED 2003).

Le SFC œuvre dans sept districts au Kenya occidental. En 2005, 5 250 enfants étaient inscrits dans quatre districts; les mentors effectuent des visites hebdomadaires. Dans trois autres districts, environ 3 800 enfants étaient inscrits dans un programme élargi de soutien et bénéficiaient du paiement des frais préscolaires, de déparasitage régulier, du retraitement des moustiquaires, et du suivi du poids et de la fréquentation scolaire

(D. Lusk, correspondance personnelle, 11 décembre 2005). Le SFC assure les activités suivantes :

- visites domiciliaires régulières assurées par des mentors qualifiés (les femmes du village) pour aider les ménages vulnérables, particulièrement dans les domaines de la nutrition, de la santé, des soins psychosociaux et cognitifs. Les mentors écoutent, encouragent et aident ceux qui assurent les soins à résoudre leurs problèmes et à accéder aux ressources et aux services ;
- paiement des frais préscolaires pour envoyer les enfants des familles vulnérables dans écoles maternelles locales ;
- vaccinations et cartes de santé ;
- renforcement des capacités des comités communautaires qui œuvrent pour accroître les ressources humaines et financières ; et
- groupes de soutien pour les pourvoyeurs de soins et les mentors.

Les mentors suivent régulièrement les enfants et les familles, ils mènent des enquêtes dans les communautés pour identifier rapidement et cibler les jeunes enfants touchés par le VIH/SIDA. Après inscription des enfants dans le programme, ils procèdent à une évaluation de référence puis suivent les résultats des enfants et des pourvoyeurs de soins, vaccins, fréquentation préscolaire, visites à domicile, fréquentation des groupes de soutien et besoins financiers.

Au cours du troisième trimestre 2005, le SFC a procédé à des évaluations annuelles pour mesurer l'impact du programme sur 1 437 enfants dans les districts de Bungoma et de Vihiga (le projet pourvoit aux besoins de 1,500 enfants dans chaque district)<sup>2</sup>. Par rapport au scénario de référence, le taux de vaccination y a augmenté de façon significative. La fréquence des maladies infantiles a fortement diminué, passant de 92% à 9% à Bungoma et de 84% à 49% à Vihiga. Le taux d'inscription dans l'enseignement préscolaire a doublé dans les deux districts. Du point de vue de l'apprentissage, dans le district de Bungoma, le pourcentage des pourvoyeurs de soins qui racontent des histoires aux enfants ou qui leur chantent des chansons « au moins parfois » est passé de 2% à 41%. Le pourcentage de ceux qui n'ont « jamais » ou « rarement » fourni des jeux aux enfants a diminué de 30% à 14%, tandis que le pourcentage ceux qui en fournissaient « souvent » ou « toujours » est passé de 29% à 42%. Dans le district de Vihiga, le pourcentage de ceux qui racontent « toujours » des histoires aux enfants et leur chantent des chansons est passé de 26% à 37%. Ceux qui n'ont « jamais » ou « rarement » fourni des

jeux a baissé de 37% à 12%, tandis que ceux qui l'ont « parfois » fait est passé de 31% à 52% (D. Lusk, correspondance personnelle, 11 décembre 2005). Une analyse détaillée de l'amélioration des autres indicateurs est contenue dans l'évaluation annuelle et le rapport des résultats clés du SFC (Lusk 2005).

Selon Lusk (communication personnelle 2005), le SFC a assisté 9,050 enfants en 2005 à un coût direct moyen de moins de 4 dollars US par mois par enfant, soit 48 dollars US par an, y compris le coût des vaccinations, de l'éducation préscolaire, des visites à domicile, des groupes de soutien et des réunions du comité communautaire SFC et du renforcement des capacités communautaires. Lorsqu'on inclut le coût de la gestion locale, administration des comités SFC comprise, le coût moyen mensuel par enfant passe à 4,50 dollars US (Lusk 2005). Les communautés ont commencé à générer et à apporter leurs propres ressources pour soutenir les activités du projet.

Quelques difficultés rencontrées par le SFC sont mises en évidence dans un rapport de projet (Lusk et al. 2003). Pour les résoudre, le SFC a simplifié la méthode d'identification des groupes les plus vulnérables qui doivent recevoir les services, limité le nombre de familles et les déplacements de ceux qui effectuent les visites domiciliaires et élargi la tranche d'âge de 0-4 ans à 0-9 ans.

### ***Malawi : la mise en œuvre du DPE intégré***

Le Malawi a une longue histoire de services intégrés pour la santé, la nutrition et le développement de l'enfant qui remonte à 1966, lorsqu'a été créé le premier centre communautaire de soins aux enfants au Malawi. Dans les années 1970, l'Association des garderies préscolaires au Malawi a repris l'établissement et la gestion des services préscolaires dans le pays, soutenue par le gouvernement et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Les programmes de soins communautaires aux enfants étaient liés à la Prise en charge communautaire intégrée des maladies de l'enfant (PIME) ; ces deux approches ont été fusionnées en 2002 pour former le Développement intégré de la petite enfance (DIPE). En 2003, le Malawi a lancé la politique du DIPE qui s'adressait aux orphelins et aux enfants vulnérables (OEV).

Un élément clé de la mise en œuvre du DIPE au Malawi est le programme des centres de santé communautaires pour les enfants (CSCE). Le programme a été lancé en 1989 dans trois districts, inspiré par les conclusions d'une évaluation des enfants en milieu rural commandée par le gouvernement et réalisée en 1988 (Chalamanda 2005). Cette évaluation

a révélé que 1,4 million d'enfants de moins de 5 ans vivaient au Malawi, et que 1,2 million d'entre eux vivaient dans des zones rurales sans établissements préscolaires. Alors que les CSCE n'ont pas reçu beaucoup de soutien au niveau communautaire à leurs débuts, ils ont connu une résurgence dans les années 1990 en raison de la croissance du nombre d'enfants orphelins affectés par le VIH/SIDA<sup>3</sup>.

Aujourd'hui, les CSCE sont considérés comme un vecteur fondamental du soutien social et affectif aux enfants touchés par le VIH/SIDA. En 2003, on comptait 1,892 CSCE au Malawi, inégalement répartis par districts, avec une concentration dans les zones rurales (Malawi 2003d) ainsi que 1,503 écoles maternelles dans tout le pays concentrées dans les zones urbaines et semi-urbaines. Ces centres servaient 83,581 enfants en 2004/2005, dont environ 43% étaient inscrits comme orphelins simples ou doubles (UNICEF Malawi 2005). Le programme de CSCE possède un manuel de formation et des directives pour les activités. Toutefois, la formation ne traite pas des problèmes propres aux enfants touchés par le VIH/SIDA, seulement des questions qui touchent tous les enfants; ce qui n'a pas permis à ceux chargés du DPE à répondre aux besoins de ces enfants de manière tout à fait satisfaisante. De nombreux CSCE sont gérés par des bénévoles et qui sont difficiles à retenir sans une formation et un soutien continus.

### ***Afrique du Sud : solutions africaines aux problèmes africains (ASAP)***

Le programme Solutions africaines aux problèmes africains (ASAP 2005) renforce la capacité des organisations communautaires (OC) de s'occuper des enfants affectés par le VIH/SIDA en Afrique du Sud. Au cours des partenariats de trois ans achevés en 2005, l'ASAP a pris en charge un total de 4,000 enfants touchés par le VIH/SIDA. Des programmes de l'ASAP on peut retenir les exemples suivants :

- Le *Thandukaphila Drop-In Centre* dans le nord du KwaZulu-Natal, lancé en 1996, aide les familles infectées et touchées par le VIH/SIDA, en particulier les orphelins. La garderie accueille 80 enfants de moins de 6 ans affectés par le VIH/SIDA, gère un centre d'accueil pour 450 élèves, et coordonne 30 pourvoyeurs de soins à domicile qui travaillent avec 200 clients atteints de VIH/SIDA et de tuberculose. Le centre assiste 1 000 enfants touchés par le VIH/SIDA dans 18 communautés environnantes.
- Le *Projet Etafeni de garderie* dans la ville de Nyanga au Cap coordonne des programmes de proximité pour soutenir les familles dirigées par un

enfant, fournir des soins à domicile aux familles infectées et touchées par le VIH/SIDA, éduquer les mères sur le développement de la petite enfance et offrir des programmes communautaires de développement des compétences. Le groupe Etafeni gère cinq centres de DPE servant 300 enfants affectés par le VIH/SIDA.

- Le *Groupe Kakaretso de développement et de formation* dans le Qwa Qwa gère 42 centres de DPE servant plus de 2 000 enfants touchés par le VIH/SIDA (les nourrissons, les tout-petits et les jeunes) ainsi que les familles et les pourvoyeurs de soins.

### ***Afrique du Sud : Ikamva Labantu (American Jewish World Service)***

Le programme Ikamva Labantu gère des centres pour les enfants et leurs familles et le projet Centre d'enrichissement des familles (avec l'appui financier de l'American Jewish World Service); il vise à transformer les centres préscolaires en centres pour les enfants et leurs familles qui dispensent des soins aux enfants dans le cadre familial (Partnering Communities in Development n.d.). En 2005, le projet était piloté dans 50 écoles fonctionnant comme satellites du projet nouvellement créé de centre d'enrichissement des familles. Chaque mois, il soutient 80 familles dont les enfants sont inscrits dans le préscolaire et fournit accès à la médecine, à la santé et au renforcement des capacités de ceux qui assurent les soins à domiciles, aux pourvoyeurs de soins de santé et aux gestionnaires des maternelles. Le centre d'enrichissement des familles emploie un médecin, une infirmière, un coordonnateur des services communautaires et 10 agents de terrain qui organisent les ateliers et assurent la formation, le développement des compétences, le renforcement des capacités et le suivi des centres satellites. Les agents de terrain sont des directeurs de garderies qui ont géré leur propre centre pendant de nombreuses années. Ils se concentrent sur les besoins des familles et des enfants. Une première évaluation a montré que ces agents profitent du projet et deviennent de plus en plus efficaces sur le terrain.

Pour évaluer l'efficacité de la formation, une agence extérieure a comparé six centres dotés de personnel qualifié avec six centres dotés de personnel non qualifié (Symba Social Investment Management n.d.). Quatre des six centres avec un personnel formé étaient aussi bons ou meilleurs que les centres sans, mais les deux autres étaient très médiocres, ce qui suggère la nécessité de sensibiliser les candidats avant de commencer la formation.

### ***Afrique du Sud : Hospice en Afrique du Sud***

Dans le programme d'Hospice en Afrique du Sud, un modèle communautaire de soins à domicile intégrés fournit une aide aux familles lorsqu'un membre de la famille est mourant et cherche à faciliter l'adaptation de l'enfant après la mort d'un parent. Il s'occupe de garderies, assure la formation des pourvoyeurs de soins qui après un deuil doivent apporter un soutien psychologique, le jeu, l'art, la musicothérapie et la stimulation développementale. Le programme facilite l'adaptation de l'enfant en intervenant avant la mort du parent plutôt qu'après (Fox et al. 2002).

### ***Afrique du Sud : La Fondation pour l'enfance Thandanani***

La Fondation pour l'enfance Thandanani travaille dans 11 communautés à Pietermaritzburg et 3 communautés à Richmond dans le Kwa-Zulu Natal. Elle supervise 130 bénévoles qui dispensent soins et soutien à 1 600 enfants touchés par le VIH/SIDA et appuie sept centres d'apprentissage précoce (CAP) dans les communautés. L'organisation donne une formation à des bénévoles (résidents dans la communauté) et les équipe pour mettre en œuvre deux systèmes de soutien aux enfants touchés par le VIH/SIDA : (1) le soutien à domicile et (2) les garderies et le soutien à l'apprentissage précoce pour les enfants d'âge préscolaire à travers les CAP communautaires. Au nombre des principales stratégies de Thandanani on compte l'affectation de volontaires communautaires pour soutenir chaque foyer, le soutien aux ménages qui doivent recevoir une aide d'urgence, l'accès aux services sociaux professionnels et au conseil psychologique ainsi que l'accès aux parcs de loisirs et aux week-ends thérapeutiques, l'aide à la réalisation de jardins potagers à domicile et de projets générateurs de revenus, et le soutien aux centres d'apprentissage précoce communautaires qui procurent soins et soutien aux enfants du préscolaire touchés par le VIH/SIDA. Thandanani est soutenu par divers bailleurs de fonds, notamment l'Organisation catholique pour le développement d'outre-mer (CAFOD), Christian AID, l'Agence de coopération du mouvement des enfants catholiques en Autriche (DKA Autriche), Stichting Nederland Kinderpostzegels (SKN au Pays-Bas), Starfish, Missio, Secours catholique (en France), le Fonds Nelson Mandela pour les enfants et la Fondation Wiphold.

### ***Swaziland : les centres de soins de voisinage (CSV)***

Au Swaziland, l'UNICEF et le gouvernement ont collaboré pour développer des centres de soins de voisinage (UNICEF, 2005). L'initiative CSV

est un véhicule pour la fourniture de services intégrés aux enfants. Elle est née de l'initiative de protection des enfants *Shoulder to Cry On*, pour qui les enfants, et en particulier les enfants touchés par le VIH/SIDA, ont un accès très limité aux aliments de base, à l'éducation, à la santé et aux services sociaux. Le CSV fait référence à un lieu ou un endroit décentralisé dans une communauté, où les voisins se réunissent pour proposer des soins aux enfants des environs. Cet endroit peut être une maison, une église, le hangar communautaire ou même l'ombre d'un arbre. Les communautés se mobilisent pour offrir un endroit visible où les enfants se rassemblent et cessent d'être invisibles pour le reste de la communauté. Les membres de la communauté choisissent parmi eux un volontaire et le soutiennent pour répondre aux besoins des enfants touchés par le VIH/SIDA. Le CSV s'adresse aux enfants d'âge préscolaire et repose sur l'éducation informelle, il libère ainsi les enfants plus âgés leur permettant de fréquenter l'école. Dans les zones affectées par la sécheresse, l'aide alimentaire est essentielle pour l'ouverture des CSV. Les collectivités identifient les sites CSV. Les CSV sont considérés comme des points de service qui peuvent être développés et trouver place dans une stratégie nationale pour répondre aux besoins et aux droits des enfants touchés par le VIH/SIDA.

En 2004, le projet de CSV s'est occupé de plus de 6 000 enfants dans quatre régions au travers de 198 centres et à l'intermédiaire de 862 volontaires formés en DPE (UNICEF, 2005). Fin 2005, 31 500 enfants avaient reçu des services dans 415 centres, mais malgré ces chiffres, les CSV ne touchent encore que 20% des enfants dans le besoin. L'UNICEF appuie le projet en fournissant des casseroles, des kits de loisirs, et du matériel d'hygiène ; le Programme alimentaire mondial fournit une aide alimentaire. Dans certaines communautés, les CSV collaborent avec des équipes multisectorielles communautaires pour la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PIME) et vulgariser les services de santé et de formation. Les volontaires sont formés en DPE, ils apprennent à apporter un soutien psychosocial et à répondre à la maltraitance des enfants. Les sessions de formation en DPE encouragent les communautés à reconnaître leur rôle dans le développement des enfants.

En 2005, le ministère de l'Éducation du Swaziland a fourni un soutien à tous les enfants d'âge scolaire touchés par le VIH/SIDA qui fréquentaient les CSV pour leur permettre d'aller à l'école. Ceux qui restent dans les centres sont les plus jeunes enfants et le programme est de plus en plus orienté vers eux. Outre les problèmes classiques, manque de financement



à long terme et absence de compensation pour les travailleurs, il existe d'énormes besoins en formation et renforcement des capacités de DPE pour les volontaires. La couverture des CSV est encore faible comparativement au nombre de collectivités qui en ont besoin et qui veulent le programme.

***Ouganda : le Programme d'action communautaire intégré de DPE en faveur des enfants : un projet d'appui à l'action des grands-parents***<sup>4</sup>

SB Action pour les enfants (AFC), une association caritative chrétienne, a été créée en 1995 en Ouganda. Vingt-deux employés opèrent dans cinq districts couvrant les régions du Centre, le Nord, l'Ouest et l'Est pour sauver, protéger et défendre la cause des enfants dont 90% ont été directement ou indirectement touchés par le VIH/SIDA. L'AFC cherche à collaborer avec les dirigeants communautaires, notamment les conseils locaux et les comités de gestion communautaires.

Les membres du personnel ont observé que 80% des jeunes orphelins sont pris en charge par leurs grands-parents (surtout les grands-mères) qui « la plupart du temps se plaignent d'être faibles et fragiles et de ne pouvoir rien faire » (Nyeko and Nalwadda 2005, 45). Avec un financement de la Fondation Bernard van Leer, ils ont initié le projet d'appui à l'action des grands-parents (Grandparents Action Support ou GAS), un projet qui vise à la fois à améliorer le bien-être des jeunes enfants de 0 à 8 ans affectés par le VIH/SIDA et à renforcer les capacités des grands-parents à prendre en charge les enfants vulnérables. On a mobilisé les grands-parents pour créer dans leurs villages neuf centres de DPE à domicile où les enfants se retrouvent tous les jours de 8h00 à midi pour apprendre, être stimulés, nourris et recevoir des soins de santé (Nyeko and Nalwadda 2005). Les grands-parents profitent d'un programme de formation et de conseils sur les bonnes pratiques de parentalité et reçoivent une initiation en DPE, hygiène, assainissement, sécurité alimentaire et en participation communautaire. Les grands-parents font en outre partie de groupes de soutien à raison de cinq grands-parents par groupe. Le suivi et l'évaluation sont assurés par des visites à domicile, des réunions de synthèse et des réunions communautaires.

Le programme est mis en œuvre dans neuf zones au niveau de la paroisse. Chaque zone sélectionne des dirigeants et un conseiller qui mettent en œuvre le projet. En 2005, 908 enfants de moins de 8 ans (la majorité avait entre 3 et 5 ans) étaient inscrits. Le grands-parent le plus âgé avait 90 ans, mais la majorité avait entre 62 et 65 ans. Une évaluation

intermédiaire après sept mois, montre le GAS a élaboré des stratégies innovantes avec les grands-parents. Même au tout début, le projet a obtenu un effet multiplicateur ; des familles étrangères au projet copiaient les stratégies des familles du GAS pour les reproduire dans leurs ménages (Nyesigomwe 2005).

Parmi les difficultés rencontrées par le projet on compte un taux plus élevés de maladies courantes chez les enfants vivant dans ces ménages, l'éloignement des établissements de santé, des pourvoyeurs de soins de santé très âgés et des ménages dirigés par des enfants très jeunes et le manque d'accès des séropositifs aux médicaments antirétroviraux.

### ***Ouganda : le Programme de développement rural des orphelins***

Présent dans les districts de Masindi, Mbale, Tororo, le Programme de développement rural des orphelins de l'Ouganda (UORDP) s'occupe des soins et du soutien des orphelins du VIH/SIDA, de leurs familles et de leurs communautés. Lancé en 2003, le programme a pris en charge 800 enfants touchés par le VIH/SIDA. Il comporte cinq volets interconnectés, le DPE, la prévention du VIH/SIDA, les activités génératrices de revenus, la santé et la sécurité alimentaire des ménages. L'UORDP travaille avec 10 groupes comprenant chacun 12 à 15 personnes. Chaque groupe gère un centre de DPE, travaille en collaboration avec les agents de santé communautaires pour donner aux enfants des services de santé et d'hygiène, reçoit une formation en agriculture biologique et en gestion de petites entreprises, reçoit des graines et des outils et bénéficie d'un prêt ou d'un petit cheptel (Nyeko and Nalwadda 2005).

### ***Zambie: le Centre d'accueil de jour de Kondwa***

Le Centre d'accueil de jour de Kondwa a été créé suite aux rapports des volontaires qui lors des visites domiciliaires avaient constaté l'état d'épuisement des tuteurs des petits orphelins. Certains d'entre eux n'avaient pas le temps d'aller au travail ou de se reposer lorsqu'ils s'occupaient des enfants ; certains éprouvaient même des difficultés à les nourrir. Le centre d'accueil de jour a été créé pour donner un peu de répit aux tuteurs et permettre aux enfants d'avoir des rapports sociaux et une nourriture saine. Les enfants de 6 et 7 ans, tout juste avant l'entrée à l'école, ont l'occasion de jouer et d'apprendre, ils reçoivent un apport nutritionnel grâce aux jardins familiaux, un soutien matériel, comme les frais préscolaires et un soutien émotionnel grâce à la direction spirituelle, des boîtes à souvenirs, et des conseils psychologiques (Christian Aid Society and UNICEF, 2005).

## **Meilleures pratiques et défis**

Malgré la relative invisibilité des jeunes enfants, on a pu constater que certains des programmes que nous venons de décrire réussissaient à cibler les très jeunes enfants en fonction de leur âge. La plupart des programmes examinés incluaient un accès aux services, une sorte de fréquentation préscolaire et un rôle dans la communauté. La plupart organisent soit des visites à domicile ou des réunions en groupe où les pourvoyeurs de soins peuvent apporter soutien psychosocial et des informations. Certains programmes accordent des subventions en espèces ou augmentent les moyens de subsistance, mais pratiquement aucun ne donne aux jeunes enfants voix au chapitre pour décider de leur futur. Quelques uns comportent une évaluation, mais celle-ci est principalement d'ordre qualitatif.

### ***Meilleures pratiques***

Tous ces programmes encourageaient des bonnes pratiques et avaient en commun:

- L'élaboration de réponses psychosociales appropriées à l'âge.
- L'utilisation des ressources communautaires disponibles.
- Des approches coordonnées de prestation de services à l'intermédiaire d'un réseau d'agences spécialisées.
- Des services combinant fourniture de ressources et de matériels en même temps que éducation, formation, conseils psychologiques et autres soutiens suivant les besoins.
- Une formation pertinente et un suivi de routine du personnel de programme, des volontaires et de toutes les personnes impliquées dans les prestations de services.
- La promotion de l'appropriation familiale et communautaire grâce à une planification et des prestations de services participatives.
- La reconnaissance des problèmes posés par l'insécurité alimentaire et la prise de mesures pour les résoudre en distribuant de vivres aux enfants très pauvres affectés par le VIH/SIDA et en aidant (par exemple en améliorant les compétences génératrices des revenus) les familles touchées par la maladie.
- Des stratégies de réduction des contraintes économiques pesant sur les ménages (familles nucléaires, élargies, ou familles d'accueil) touchés par le VIH/SIDA et pour faciliter les soins et le développement des enfants affectés basées sur des activités génératrices des revenus et l'amélioration des compétences.

- Des services à domicile et en centre pour répondre aux besoins particuliers et généraux des enfants vulnérables.
- Des établissements de liens pour en profiter de toutes les opportunités d'éducation préscolaire possibles, ainsi que l'appui aux écoles maternelles où des enseignants qualifiés assurent des soins et de l'éducation dispensés par les familles.
- La conviction qu'il est plus efficace d'intervenir avant qu'après le décès d'un parent (Kvalsvig and Taylor, 2004).

Les directives opérationnelles concernant le DPE et le VIH/SIDA (UNAIDS, World Bank, and UNICEF 2003) sont des outils précieux et des excellentes sources de conseils pour établir des programmes destinés aux jeunes enfants affectés par la maladie. Ces directives précisent le contenu des programmes et abordent des questions clés comme le financement et l'évaluation.

Richter, Foster et Sherr (2006) insistent sur l'importance d'investir dans le renforcement des systèmes de soins quotidiens, l'intégration des services et de soutenir tous les enfants vulnérables en adoptant les mesures suivantes :

***Donner la priorité aux systèmes de soins quotidiens (familles, écoles et communautés)***—Le meilleur et le plus durable bien-être psychosocial chez les jeunes enfants provient des relations qui s'établissent lors des soins qu'ils reçoivent à la maison, à l'école et dans la communauté. C'est au sein de la famille et de la communauté que se forme et s'entretient la capacité de résistance et d'adaptation des enfants. Tous les efforts pour améliorer le bien-être psychosocial des jeunes enfants doivent passer par le soutien des systèmes naturels de soins dans la vie quotidienne. Les enfants stressés se calment et se rassurent quand on les replace dans un environnement familial et leurs activités quotidiennes.

***Investir dans des services intégrés à long terme pour promouvoir le bien-être psychosocial***—Ce sont des services intégrés répondant aux besoins économiques, matériels, sociaux, affectifs et spirituels qui sont le plus efficaces pour assurer le bien-être psychosocial des enfants et de leurs pourvoyeurs de soins primaires . Des investissements à long terme dans le développement communautaire, la santé, l'éducation et les services de soutien à la famille sont plus durables et efficaces que des interventions à court terme en réaction à une crise.

***Répondre au droit de tous les enfants d'avoir accès à ces services intégrés***—Ce droit est satisfait lorsque l'État procure aux pourvoyeurs de soins et à leurs enfants des services répondant à leurs besoins éducatifs, sanitaires et sociaux. L'accès universel satisfait nombre des besoins les plus pressants des enfants très vulnérables. Les services et les programmes doivent tenir compte du fait que les besoins des jeunes enfants et des enfants plus âgés, des filles et des garçons et des enfants qui vivent dans des milieux différents ne sont pas identiques.

***Exiger qu'un plus grand nombre de gouvernements prennent les devants en garantissant le droit d'accès aux services***—Les gouvernements doivent prendre l'initiative et financer une action coordonnée correspondant aux efforts de soutien aux enfants vulnérables, efforts généralement vigoureux, qui jusqu'ici proviennent de la société civile. Il faut renforcer les systèmes qui garantissent l'accès universel à la santé et à l'éducation. La sécurité sociale vient renforcer les filets de sécurité communautaires formels et informels.

***Affecter des ressources pour la recherche appliquée afin d'élargir la base de données probantes***—Nous devons tirer des leçons de nos expériences et les appliquer dans d'autres domaines, plutôt que de traiter le VIH/SIDA comme un cas particulier à tous égards. Il est indispensable de posséder des données et des évaluations d'impact, pour orienter et soutenir des mesures appropriées et efficaces (Richter, Foster and Sherr 2006).

### ***Les défis***

Proposer aux enfants affectés par le VIH/SIDA des services efficaces de DPE est un défi de programmation exceptionnel, en particulier en Afrique subsaharienne, en raison du nombre important et toujours grandissant de ces enfants. Les problèmes les plus difficiles que ces programmes doivent résoudre ont trait au coût, à la durabilité, au renforcement des capacités, au ciblage et à la croissance.

Au niveau familial et communautaire la lassitude des bénévoles et de la communauté pose des problèmes. Souvent, les familles, les communautés et même les groupes locaux les mieux intentionnés ont une compréhension et une appréciation limitées des besoins spécifiques de ces enfants. Par exemple, la pérennité des programmes fondés sur le volontariat, comme le projet des reines mères, est sujette à caution dans des communautés où les bénévoles se lassent.

Même si une approche intégrée de DPE est essentielle pour la réussite du projet, dans la plupart des pays la politique et les mécanismes de mise en œuvre s'inscrivent dans des structures verticales favorisant une approche dite de silo dans les domaines de l'éducation, de la santé, du développement économique et du bien-être émotionnel. Certains des projets que nous avons décrits, comme le projet d'appui à l'action des grands-parents, le projet des centres de soins de voisinage et la mise en œuvre de DIPE du gouvernement du Malawi ont réalisé l'intégration, mais au niveau communautaire la plupart des projets se limitent à un ou deux domaines seulement.

Se mettre à l'écoute des enfants est peut-être la meilleure chose qu'un programme puisse faire (Nyeko and Nalwadda 2005). Dans leur évaluation du rôle des prestataires de DPE dans le KwaZulu-Natal en Afrique du Sud, Kvalsvig et Taylor (2004, viii) disaient que « la conclusion la plus frappante c'est qu'on ne s'occupe presque jamais des sentiments des enfants ». Malgré la gravité des épreuves endurées, rien ne prouvait que les enfants fussent aidés. Haihambo et al. (2004) en Namibie recommandaient de donner aux enfants un rôle dans la prise de décision dans la mesure où leur âge et leur maturité le permettent, mais il ne semble pas que ce soit le cas dans un grand nombre de programmes. Nombre d'entre eux proposent des services et du soutien pour la famille, mais se préoccupent très peu de fournir un soutien psychosocial aux familles ou aux enfants eux-mêmes.

La question de savoir s'il faut ou non cibler les orphelins séparément des autres enfants affectés par la crise du VIH/SIDA, et comment, est toujours en suspens. Certains projets évitent délibérément de cibler les orphelins, de crainte de les isoler et de les stigmatiser davantage. Sans vouloir isoler les orphelins il faut bien reconnaître cependant qu'ils ont des besoins particuliers qui ne doivent pas être négligés dans les activités d'un projet. On utilise souvent la désignation locale, mais ceci peut entraîner une demande de couverture d'un plus grand nombre d'enfants.

La médiocre qualité des centres d'accueil ou des crèches, le manque de formation sur le VIH/SIDA, la perte, le deuil, le soutien et l'absence de contrôle de la qualité sont tous des problèmes qui doivent être résolus dans la programmation pour les jeunes enfants. Ces centres ne peuvent pas être de simples entrepôts où les enfants attendent le retour de leurs parents et de leur tuteur ; ils doivent être des centres d'apprentissage et de développement. L'amélioration de la qualité et de la formation ne sont pas gratuites.

Une difficulté majeure, cependant, est la pérennité du projet et sa mise à l'échelle compte tenu des ressources limitées des bailleurs de fonds et des communautés. Dans la plupart des exemples que nous avons donnés, il s'agissait de projets de petite taille, atteignant seulement une fraction des enfants dans le besoin. Même si le financement des donateurs est maintenu au niveau actuel, peu de donateurs soutiennent des activités à grande échelle ou des coûts administratifs à long terme, sans lesquels il est difficile de maintenir le personnel qualifié et les ressources nécessaires (KORDP n.d). Le plus sûr moyen de viabiliser totalement un projet est d'encourager la participation et l'engagement des gouvernements. Sans des politiques nationales à long terme, ni des plans pour promouvoir des programmes multisectoriels de DPE qui incluent des politiques visés aux enfants affectés par le VIH/SIDA, les projets communautaires n'atteindront pas une couverture suffisante pour répondre efficacement aux besoins des enfants qui augmentent sans cesse. Dans ce contexte, la prochaine section traite du cadre politique nécessaire pour soutenir une intensification des programmes multisectoriels de DPE pour le VIH/SIDA.

### **Le cadre politique**

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les expériences des différents pays en DPE dans le cadre du VIH/SIDA se sont limitées à des interventions à petite échelle menées essentiellement par les communautés locales. Les programmes de DPE en général sont limités; le taux brut moyen de scolarisation des enfants dans les programmes préscolaires en Afrique subsaharienne est de 12%, contre 36% dans tous les pays en développement. Les interventions nationales contre le SIDA ne sont généralement pas conçues pour répondre aux besoins développementaux des jeunes enfants affectés. Les ministères de l'éducation se concentrent principalement sur les enfants d'âge scolaire et fournissent l'éducation pour la santé à l'école. Ils voient les aspects médicaux de la prévention et du traitement de la maladie, mais se préoccupent moins d'en atténuer les effets sur les jeunes enfants. Il n'est pas surprenant que les jeunes enfants échappent aux interventions nationales actuelles contre le VIH/SIDA. Pour élargir les interventions de DPE dans le contexte du VIH/SIDA, les besoins particuliers des jeunes enfants doivent être exprimés dans les documents clés de politique stratégique de développement nationale. Un environnement politique qui reconnaît favorablement ces besoins fournit le cadre pour une telle extension.

Les principaux documents de planification nationale, documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), cadres stratégiques et politiques de lutte contre le VIH/SIDA et politiques nationales pour les OEV<sup>6</sup> doivent exprimer les besoins spécifiques des jeunes enfants et en faire des priorités de développement. Les DSRP sont établis par les gouvernements, ils décrivent les politiques et les programmes macroéconomiques, structurels et sociaux d'un pays pour promouvoir la croissance et réduire la pauvreté. Les cadres stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA déterminent où il faut investir, dans quel ordre et quelles actions auront le plus grand impact (World Bank 2004).

En particulier, les politiques pour les OEV fournissent le cadre politique d'intégration des interventions de DPE dans le contexte de la lutte contre le VIH/SIDA. Les efforts pour intégrer le DPE ne doit pas rivaliser avec l'agenda des OEV, il vient le renforcer. Le DPE et les programmes pour les OEV poursuivent le même objectif: le bien-être des enfants infectés ou affectés par le VIH/SIDA. Malheureusement, les besoins particuliers des jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA n'étant pas souvent reconnus, des nombreux pays n'y prêtent pas d'attention et les ignorent dans leurs politiques et plans d'action pour les OEV. Les professionnels de DPE et les décisionnaires des politiques doivent plaider en faveur de politiques pour les OEV qui incluent les très jeunes enfants et pas seulement les enfants en âge scolaire. Cette reconnaissance doit commencer dans la collecte des données. Le bilan rapide des OEV, un processus rapide d'évaluation, d'analyse et de planification des interventions (RAAAP; POLICY Project 2005)<sup>7</sup>, par exemple, pourrait compter les orphelins par tranche d'âge et analyser les interventions adaptées aux situations et à l'âge des très jeunes enfants, comme celles décrites précédemment dans la section Options de programme.

En 2004, à Dar es Salam, la Banque mondiale et l'UNICEF, en collaboration avec l'ONUSIDA, ont donné une orientation et un financement d'amorçage à cinq pays africains subsahariens (Ghana, Malawi, Rwanda, Tanzanie, et Zambie) pour qu'ils intensifient le DPE dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les financements furent mis à disposition en 2005. Ils devaient aider les gouvernements et la société civile à réaliser deux objectifs : d'abord, de réunir les communautés de lutte contre le VIH/SIDA et de DPE et ensuite d'établir une plate-forme initiale pour permettre à la société civile et au gouvernement d'élaborer des plans d'action et des politiques élargis aux jeunes enfants et de les insérer dans les programmes destinés à tous les enfants affectés par le VIH/SIDA.



Les cinq pays se sont efforcés d'intensifier leur réponse de DPE dans le contexte de lutte contre le VIH/SIDA. À l'exception du Ghana, où le taux de prévalence du VIH/SIDA est faible dans la population générale (il y a seulement quelques poches d'infection dans des zones précises), ces pays ont un taux de prévalence élevé, une couverture limitée de DPE et des programmes multi-pays VIH/SIDA actifs (MAP)<sup>8</sup>. Les efforts entrepris par les pays pour lutter contre le VIH/SIDA ont été bâtis suivant des scénarios différents et complexes ; ils sont en cours. Dans cette section on trouvera des recommandations basées sur les enseignements tirés de ces pays pour mieux intensifier le positionnement du DPE dans les politiques nationales de développement et accéder au financement existant pour soutenir la mise en œuvre des programmes de DPE dans le contexte du VIH/SIDA.

### **Le Ghana**

Le Ghana, comme le Rwanda, jouit d'un environnement politique favorable. L'engagement du Ghana dans le DPE se reflète dans la politique adoptée en 2004. La Commission nationale pour l'enfance, maintenant le Département des Enfants, a pris la tête du mouvement sous les auspices du ministère de la Femme et des enfants (MOWAC). Dans la politique gouvernementale, l'éducation préscolaire fait partie intégrante du système éducatif formel élémentaire. Le gouvernement, dans un Livre blanc sur le rapport du comité d'évaluation de la réforme de l'éducation, a décidé en 2004 d'inclure deux années d'enseignement préscolaire pour les enfants de 4 à 5 ans dans la structure de l'éducation de base obligatoire gratuite (UNICEF Ghana *Country Program Action Plan 2006–2010*). La même année, le Ghana a également approuvé des directives nationales pour les OEV (Ghana 2004). En outre, le Ghana a mis en place des politiques solides de lutte contre le VIH/SIDA. La seconde génération du plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (Ghana AIDS Commission 2000), couvrant la période de 2006–2010, répond aux besoins des groupes vulnérables, femmes, jeunes enfants et OEV compris. La stratégie du programme cherche à répondre aux besoins des jeunes enfants entre autres par la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et en mobilisant des ressources pour les enfants affectés par le VIH/SIDA. Le programme MAP a été particulièrement efficace pour soutenir les enfants touchés par le VIH/SIDA par le biais de l'organisation de la société civile (OSC) (Amoa 2005). Par exemple, le programme des reines mères du Ghana a bénéficié de l'appui du projet du Fonds spécial de financement de la riposte au SIDA (GARFUND). Bien sûr, d'autres

programmes pourraient également être pris en charge. Un mécanisme de financement de la Banque mondiale, le Programme multi-pays VIH/SIDA (MAP) mis en œuvre par la Commission nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Ghana, a aussi des fenêtres de financement souple pour la riposte nationale au SIDA grâce à un financement décentralisé des ONG/OC qui offrent soins et soutien aux orphelins.

### ***Le Malawi***

Le Malawi a de l'expérience dans la programmation de DPE et a approuvé et adopté une politique nationale (Malawi 2003c). La politique de DPE établit que les enfants de moins de 5 ans peuvent profiter gratuitement des programmes de DPE, que ce soit dans les centres communautaires de soins aux enfants ou dans les institutions publiques et privées de garderie préscolaire. Des politiques plus vastes, dont le DSRP du Malawi (Malawi 2002) et le Plan national de lutte contre le SIDA (Malawi 2003c) intègrent également le DPE. Le DSRP du Malawi a fait du DPE une question prioritaire dans le secteur de l'éducation. Le DSRP a repris le VIH/SIDA dans son analyse multisectorielle et traite explicitement des effets du VIH/SIDA sur les enfants affectés et leurs familles. Le Cadre stratégique national (Malawi 2000) aussi se réfère à ces enfants. Le Malawi a également une politique nationale pour les OEV (Malawi 2003d). Le plan est aligné sur la politique nationale de DPE et intègre des interventions pour atténuer les effets du VIH/SIDA sur les enfants. D'un point de vue politique, le Malawi est l'un des rares pays en Afrique subsaharienne à mettre les jeunes enfants et les orphelins dans des cadres qui touchent la politique nationale. Le financement d'amorçage fourni par la Banque mondiale pour mettre en œuvre ces politiques est géré par une ONG appelée Association des garderies préscolaires (*Association of Preschool Playgroups*).

### ***Le Rwanda***

Le DSRP du Rwanda (Rwanda 2002b) reconnaît l'importance du DPE. Dans le plan stratégique de l'éducation, le DPE est un des moyens pour atteindre l'Éducation pour tous (EPT). En plus, une politique nationale pour les OEV a été adoptée en 2003 (Rwanda 2003). Le ministère chargé de mener cette initiative, le Ministère de l'égalité des genres et de la promotion de la famille, doit encore développer ses capacités. Au gouvernement, on cherche toujours un leader pour engager l'action et les capacités des ONG sont limitées concernant le DPE.

**Tableau 15.1 Environnement de la politique au Ghana, au Malawi, en Tanzanie et en Zambie**

	<i>accent du DSRP sur le DPE</i>	<i>accent du DSRP sur le SIDA/OEV</i>	<i>Plan stratégique/ cadres stratégiques nationaux sur le SIDA</i>	<i>Politique nationale du DPE</i>	<i>Politique nationale OEV</i>	<i>Plan d'action DPE/SIDA</i>
Ghana	Oui comme stratégie visant à développer les ressources	oui, VIH/SIDA une priorité comportant OEV	oui, PTME et soins et soutien aux orphelins à domicile	Oui	Oui	oui, préparé par un consultant mais pas encore mis en œuvre
Malawi	Oui	oui, OEV comportant des enfants malnutris âgés de moins de 5 ans	oui, PTME et réduire l'impact sur les groupes de soutien aux enfants et aux orphelins	Oui	oui, se réfère au centre d'accueil communautaire	activités décrites aux niveaux central, régional, et local pour chaque partie prenante
Rwanda	Oui, secteur prioritaire = éducation	oui, considéré comme une question transversale, mais aucun détail sur le DPE/OEV	oui, PTME	En formulation	oui, les enfants infectés/ affectés par le SIDA mais aucun détail sur les besoins des jeunes enfants.	oui, en discussion
Tanzanie	Non	oui, VIH considéré comme une question transversale	oui, effet d'atténuation de l'objectif 9 sur les orphelins	non, mais il y a un plan DPE/EPT 2003–2015	La commission tanzanienne de lutte contre le SIDA en passe d'adopter une politique nationale en faveur des OEV.	oui, rédigé par consensus
Zambie	Oui, sous le secteur de l'éducation	oui, améliorer la qualité de la vie du soutien fourni aux organisations communautaires/ organisations religieuses			Oui	Oui

*Source:* Ghana (2005); la Commission nationale ghanéenne de lutte contre le SIDA (2000); Malawi (2002); Rwanda (2002a); Tanzanie (2003); Zambie (2002a, 2002b).

*Note:* soins apportés au centre communautaire d'accueil et de soins pour enfants ; CBO/FBO: organisation communautaire de base/organisation confessionnelle de base ; OEV: orphelins et enfants vulnérables ; PTME: prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA

DSRP: document de stratégie pour la réduction de la pauvreté ; TACAIDS: la commission tanzanienne de lutte contre le SIDA.

### ***La Tanzanie***

Le VIH/SIDA affecte environ 2 millions d'enfants en Tanzanie; environ 4% des cas de VIH/SIDA sont des enfants de moins de 5 ans. Comme dans les autres pays, la pauvreté en aggrave les effets. Malheureusement, l'omniprésence des ONG et des OSC n'a pas été renforcée par un engagement du gouvernement et aucun leadership ne s'est manifesté. Par exemple, le DPE n'est pas vraiment intégré dans la politique de développement social. Il n'est pas intégré dans les DSRP actuels (Tanzania, 2000). Le Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA (Tanzania 2003) traite des besoins des jeunes enfants dans une perspective sectorielle. La société civile a fait des efforts considérables pour provoquer l'apport d'une réponse au VIH/SIDA et au DPE. Un réseau d'ONG de DPE—le réseau de DPE en Tanzanie—est très actif dans diverses interventions pour les jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA. Il a élaboré des recommandations pour un plan d'action EPT DPE (Tanzania ECD Network 2003) qui évoque explicitement les effets de la pandémie du SIDA sur les chances des jeunes enfants de s'en sortir. Le plan réclame des actions concrètes pour qu'on donne aux jeunes orphelins des soins et des services de DPE intégrés dans les communautés. Evidemment, comme ces recommandations proviennent du secteur non gouvernemental, les fonds ne suivent pas.

### ***La Zambie***

La Zambie a été inébranlable dans sa détermination de faire avancer l'initiative DPE/VIH/SIDA et, avec le soutien du Ministère de l'éducation, intérêt et soutien augmentent dans le pays. L'engagement de la Zambie dans le DPE se manifeste dans le plan du secteur de l'éducation qui veut introduire le préscolaire dans les écoles en zones rurales. La politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA (Zambia 2002a) accorde la priorité aux enfants affectés par le VIH/SIDA et aux interventions communautaires. Le DPE/VIH/SIDA est en ligne avec les actions en faveur des enfants affectés par le VIH/SIDA et figure dans le Cinquième Plan national de développement (Zambia, 2006b). La politique nationale pour les enfants (Zambia, 2006a) met en place des services essentiels au nombre desquels on trouve aussi des services de DPE à l'intention des enfants préscolaires de 0 à 6 ans. La Zambie a bien progressé dans l'intégration de la lutte contre le VIH/SIDA dans le DSRP (Zambia, 2002b). Les OSC sont impliqués et le Ministère de l'éducation a pris une série de mesures pour aider les OSC à accéder aux MAP et aux financements disponibles.

### **Résumé**

Le Ghana, le Malawi, le Rwanda, la Tanzanie et la Zambie en sont à différents stades dans l'élaboration et la réalisation de politiques qui soutiennent le DPE. Les quatre pays ont inclus le DPE dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté et de développement des ressources humaines. La plupart des DSRP font du VIH/SIDA un domaine intersectoriel prioritaire mais tout ce qui touche aux OEV est le plus souvent noyé dans les soins et le soutien aux familles vivant avec le VIH/SIDA (Bonnell, Temin and Tempest 2004). Quand il s'agit de politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA, la majorité des stratégies nationales (celles qui organisent la création et la réalisation de la riposte nationale contre la maladie) incluent les OEV. Tous les pays à l'exception de la Tanzanie ont mis au point des politiques particulières pour les OEV; le Ghana et le Malawi ont aussi une politique nationale de DPE.

De bonnes politiques facilitent évidemment l'intégration du DPE et du VIH/SIDA. Cependant, les politiques devraient être assorties des budgets nécessaires à leur réalisation et de plans d'action identifiant les rôles et les responsabilités de tous les organismes concernés. L'intégration du DPE et du VIH/SIDA dans les politiques ne garantit pas leur réalisation si les budgets et les responsabilités ne sont pas clairement déterminées. Les DSRP insistent davantage sur les politiques en faveur des enfants affectés par le VIH/SIDA que sur les crédits budgétaires ou les objectifs à atteindre. Même les pays dotés de politiques favorables ont rencontré beaucoup de difficultés pour obtenir les fonds gouvernementaux nécessaires à leur réalisation. Les engagements budgétaires sont essentiels pour accélérer l'action. Au niveau non gouvernemental, la communauté de DPE doit faire plus d'efforts pour concevoir des programmes de DPE répondant aux besoins des jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA et obtenir les financements offerts par les organisations internationales.

Les collectivités locales et les OSC ont maintenant la possibilité d'accéder à ces financements. Le Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme a engagé 1,5 milliard de dollars US sur deux ans. En 2003, les États-Unis ont lancé le PEPFAR <sup>9</sup> (Plan d'urgence américain pour la lutte contre le SIDA) et engagé 15 milliards de dollars US sur cinq ans en faveur de 12 pays africains ; 10% de ces fonds sont destinés aux enfants affectés par le VIH/SIDA. La Banque mondiale, au travers de Programmes multi-pays VIH/SIDA (MAP) pour l'Afrique, a engagé plus de 1 milliard de dollars US depuis 2000 pour soutenir la lutte contre le VIH/SIDA. Le plus souvent, la majeure partie du financement MAP est canalisée vers les initiatives locales. Dans des nombreux

pays ces initiatives soutiennent les interventions en faveur des enfants affectés par le VIH/SIDA. S'il faut en croire une évaluation à mi-parcours des programmes MAP (World Bank 2004), les OSC semblent être l'élément le plus performant du PAM, ce qui devrait leur garantir la part du lion de ce financement très important. Les organisations communautaires (OC) qui travaillent sur le DPE peuvent ignorer l'existence de ce financement et des mécanismes qui permettent d'y accéder. Les OC qui s'occupent de la lutte contre le VIH/SIDA ignorent l'importance d'adapter leurs interventions en faveur des OEV aux besoins de développement des très jeunes enfants.

Les fonds d'amorçage de la Banque mondiale et de l'UNICEF sont utilisés dans toute une série d'activités dont la sensibilisation des OSC et des gouvernements sur l'importance d'intégrer dans les ministères de tutelle et dans les plans d'organisation des actions spécialement dirigées vers les jeunes enfants, de concevoir des plans d'action pour le DPE VIH/SIDA, de planifier les activités des programmes existants et identifier les mécanismes qui permettront aux organisations communautaires et confessionnelles d'accéder aux financements disponibles. Ces actions sont un point de départ. Les organisations en charge du DPE et les ministères concernés doivent encore identifier les lieux fixés par les commissions nationales de lutte contre le SIDA (CNS) et les donateurs à qui soumettre des propositions. Par exemple, au Malawi, le financement des MAP a été mis en commun (avec un financement d'autres sources, le PEPFAR et le Fonds mondial pour le SIDA) et est géré par des organisations composites. Au Rwanda, la composante OSC est mise en œuvre de deux manières: par des ONG centrales qui accordent des subventions à des ONG plus petites et par des comités intersectoriels de développement communautaire. La difficulté pour les OSC, ici comme ailleurs, est de comprendre les procédures et les mécanismes de leur pays pour accéder aux fonds des donateurs. Les gouvernements devraient comprendre que le partenariat avec les ONG est stratégique pour élargir les programmes d'aide aux jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA.

Voici les démarches clés qui pourraient être entreprises dans ces pays :

- Les OSC doivent s'adresser à leurs commissions nationales contre le SIDA pour connaître la disponibilité des fonds. Les OSC doivent se renseigner sur les sources de financement et identifier les mécanismes d'accès aux financements—d'où, comment, quand, et pour quoi. Ceci suppose de se familiariser avec le processus de demande, de soumission, d'examen et d'approbation de la subvention.

- Parallèlement, la société civile et les ministères chargés des besoins des jeunes enfants doivent sensibiliser la Commission nationale de lutte contre le SIDA sur l'importance des besoins des enfants afin qu'elle affecte aux activités de DPE une partie des ressources existantes et qu'elle soit réceptive à l'utilisation des ressources existantes pour les activités de DPE et puisse poser les bases des MAP à venir.
- Lorsque les ministères de tutelle ont déjà une politique ou une stratégie approuvée et participent au financement des MAP, ils doivent identifier les éléments de leur politique de DPE relatifs à la lutte contre le VIH/SIDA et les inclure dans les recommandations ministérielles à la Commission nationale de lutte contre le SIDA.

## Conclusions

Les études présentées dans la section Options de programme et les expériences faites dans cinq pays africains subsahariens dans le domaine du DPE et de la lutte contre le VIH/SIDA montrent que même si la maladie a fait au moins 7 millions de jeunes orphelins et affecté un nombre d'enfants plus grand encore, la réponse de la société s'est limitée à une poignée d'interventions limitées, exécutées pour la plupart par des ONG. La qualité et l'envergure de ces programmes varie considérablement. Le Malawi est peut-être le pays le plus expérimenté en DPE, mais l'essentiel des besoins des orphelins et des besoins psychosociaux sont encore aux mains des communautés et non du gouvernement. À l'heure actuelle, les programmes CSCE sont peu nombreux comparés aux besoins des enfants.

Diverses réponses programmatiques ont été décrites dans la section Options de programme, et il existe des directives suffisantes pour identifier les besoins à satisfaire. Cette expertise programmatique doit guider les décideurs dans le choix des moyens, des outils et des données pour réaliser des interventions efficaces en faveur des jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA. Des institutions et des politiques nationales fortes peuvent compléter les initiatives communautaires, mais ne peuvent pas se substituer aux capacités et à l'engagement pour le DPE à l'échelle nationale et locale.

En Afrique subsaharienne, l'information est limitée sur comment et quand inclure les plus jeunes enfants dans les programmes de lutte contre le VIH/SIDA. De nombreuses opportunités existent dont on pourrait se servir. Par exemple, on pourrait inclure l'éducation sur la parentalité ou les conseils sur l'éducation des enfants dans les stratégies de soins à domicile

pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA. On pourrait lier des interventions similaires à la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). En outre, comme la famille élargie est étirée aux limites de ses capacités, les garderies sont de plus en plus nécessaires pour soulager les pourvoyeurs de soins aux enfants. Pas besoin de nouveaux programmes verticaux, il suffit d'introduire les soins aux jeunes enfants dans des programmes existants comme le PTME, le PVVIH ou ceux qui s'occupent des OEV.

Il reste du travail à faire dans plusieurs domaines, il faut faire l'inventaire des interventions existantes et évaluer leur efficacité, donner un second souffle aux programmes en cours et aider les OSC à obtenir des fonds pour leur travail en opérant des changements des deux côtés de la chaîne de financement. Les données relatives à la couverture et à l'impact des interventions influencent les politiques et les programmes du gouvernement. Une bonne partie du travail des organisations de base passe inaperçue. Toutes les OSC ne sont pas officiellement enregistrées et constituées, ceci rend plus difficile encore d'évaluer, par exemple, les zones où la couverture des services est la plus élevée ou la qualité de ces services et de sensibiliser les décideurs politiques sur des modèles d'intervention efficaces. Autre besoin essentiel, la recherche sur les indicateurs de bien-être (en particulier pour les jeunes enfants) pour évaluer l'efficacité des interventions. Cette recherche est capitale si on veut convaincre les gouvernements de se lancer dans la programmation de réponses DPE VIH/SIDA à long terme.

On a fait des progrès, on a reconnu que les jeunes enfants affectés par le VIH/SIDA avaient des besoins particuliers et on commence à comprendre ce qu'il faut inclure dans les programmes pour répondre à leurs besoins et garantir leurs droits. Il n'en reste pas moins que, jusqu'à ce que le taux de décès des parents commence à diminuer, un grand nombre de ces enfants seront négligés.

## Notes

1. L'ONUSIDA définit un orphelin comme un enfant de moins de 18 ans qui a perdu un ou les deux parents.
2. Les changements ont eu lieu en un peu plus d'une année. Les enfants de Bungoma furent inscrits en juin 2004 et un niveau de référence établi à ce moment; l'évaluation se tint en mai/juin 2005. Les enfants de Vihiga furent inscrits à la fin août 2004; l'évaluation se tint en septembre et l'évaluation annuelle en août (D. Lusk, correspondance personnelle, 11 décembre 2005).



3. Des évaluations ultérieures suggèrent que le manque de soutien résultait de l'approche du CSCE dirigée du sommet vers le bas; « du manque de capacités au niveau communautaire; du soutien technique et financier gouvernemental limité; de l'absence de cadre pour la coordination, la politique et la mise en œuvre; du manque de matériels d'enseignement/d'apprentissage/de jeux dans les centres; de la dépendance envers les pourvoyeurs de soins bénévoles ; et du manque de fournisseurs de services au niveau communautaire » (Chalamanda 2005).
4. Sauf indication contraire, les renseignements sur les programmes de l'AFC proviennent de rapports fournis par le personnel de l'AFC et des informations disponibles sur son site Web.
5. Par exemple, voir <http://www.freshschools.org>.
6. La définition des orphelins et enfants vulnérables utilisée par la communauté internationale se réfère aux enfants de 0 à 18 ans ; donc elle couvre la tranche d'âge du DPE.
7. Le projet a démarré en 2003; son but est d'abord d'entreprendre une analyse des enfants affectés, infectés et orphelins du SIDA ainsi que les enfants vulnérables, de la réponse donnée dans chaque pays et ensuite, sur la base des résultats, d'élaborer un plan national pour intensifier et améliorer la réponse aux besoins des OEV. Une première série de RAAP fut entreprise dans 16 pays en 2004. Dans la plupart des pays, les plans d'action pour les OEV résultent du processus RAAP.
8. La Banque mondiale soutient les MAP depuis 2001.
9. Plan d'urgence présidentiel pour l'aide aux victimes du SIDA (President's Emergency Plan for AIDS Relief).

## Références

- AED (Academy for Educational Development). 2003. *Speak for the Child: Improving Care of Orphans and Vulnerable Children Age 5 and Under*. Washington, DC: AED.
- African Solutions to African Problems. 2005. Accès en ligne: 2 Novembre 2006: <http://www.africansolutions.org/about.html>.
- Amoa, S. 2005. "Overview of HIV/AIDS Situation in Ghana and Ghana's National Response." Présentation donné à la Banque Mondiale, Washington, DC.
- Bernard van Leer Foundation. 2006. Mwana Mende Child Development Centre. Accès en ligne 12 Décembre 2006: [http://www.bernardvanleer.org/partners/africa/kenya\\_-\\_mwana\\_mwende](http://www.bernardvanleer.org/partners/africa/kenya_-_mwana_mwende).
- Bonnel, R., M. Temin, and F. Tempest. 2004. "Poverty Reduction Strategy Papers: Do They Matter for Children and Young People Made Vulnerable by HIV/

- AIDS?" Africa Region Document de Travail 78. New York: UNICEF and World Bank.
- Chalamanda, F. 2005. "Historical Background on IECD Implementation in Malawi." Inédite.
- Christian Aid Society and UNICEF. 2005. *A Matter of Belonging: How Faith-Based Organizations Can Strengthen Families and Communities to Support Orphans and Vulnerable Children*. New York: UNICEF.
- Desmond, C., and J. Gow. 2002. "The Current and Future Impact of the HIV/AIDS Epidemic on South Africa's Children." En *AIDS, Public Policy and Child Well-Being*, ed. G. A. Cornia. New York: UNICEF.
- Family Health International. 2001. *Care for Orphans, Children Affected by HIV/AIDS, and Other Vulnerable Children: A Strategic Framework*. Arlington, VA: Family Health International.
- Fox, S., C. Fawcett, K. Kelly, and P. Nblaati. 2002. *Integrated Community-Based Home Care (IHC) in South Africa: A Review of the Model Implemented by the Hospice Association of South Africa*. Pretoria: South Africa National Department of Health.
- Ghana. 2002. *Early Childhood Care and Development Policy*. Accra: Ministère d'Affaires sur les Enfants et Femmes.
- . 2004. *National OVC Guidelines*. Accra: Ministère d'Affaires sur les Enfants et Femmes.
- . 2005. *Growth and Poverty Reduction Strategy (GPRS II) 2006–2009*. Accès en ligne 25 Octobre 2006: [http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/ghanacostingofgprs\\_2\(Nov-2005\).pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTPRS1/Resources/ghanacostingofgprs_2(Nov-2005).pdf).
- Ghana AIDS Commission. 2000. *Ghana HIV/AIDS Strategic Framework 2001–2005*. Accra, Ghana: Ghana AIDS Commission.
- Global Monitoring Report Team. 2006. *Education for All: Early Childhood Care and Education*. EFA Global Monitoring Report 2007. Paris: UNESCO.
- Haihambo, C., J. Hayden, B. Otaala, and R. Zimba. 2004. *HIV/AIDS and the Young Child: An Assessment of Services Provided to Children Affected and Infected by HIV/AIDS in Windhoek, Namibia*. Windhoek, Namibia: University of Namibia Press.
- Human Sciences Research Council of South Africa. n.d. *The Fatherhood Project*. Accès en ligne 26 Octobre 2006: <http://www.hsrc.ac.za/fatherhood/index.html>.
- KORDP (Kenya Orphans Rural Development Program). n.d. Accès en ligne 26 Octobre 2006: <http://www.kordp.org/>.
- Kvalsvig, J. D., and M. Taylor. 2004. Report to REACH [Rapid and Effective Action for Combatting HIV-AIDS]: Study on Orphans and Vulnerable Children in KwaZulu-Natal. University of Natal-Natal, South Africa.

- Levine, A. 2001. "Orphans and Other Vulnerable Children: What Role for Social Protection?" Document présenté à la Banque Mondiale /Conférence sur la Vision Mondiale, Washington, DC, 6–7 Juin.
- Lusk, D. 2005. *Bungoma and Vihiga Annual Assessments: Key Results*. Washington, DC: AED.
- Lusk, D., J. Mararu, C. O'Gara, and S. Dastur. 2003. *Community Care for Orphans and AIDS-Affected Children. Case Study: Kenya*. Washington, DC: AED.
- Malawi. 2000. *National HIV/AIDS Strategic Framework 2000–2004*. Lilongwe: National AIDS Commission and Office of the President and Cabinet.
- . 2002. *Malawi Poverty Reduction Strategy Paper*. Accès en ligne 3 Novembre 2006: [http://povlibrary.worldbank.org/files/Malawi\\_PRSP.pdf](http://povlibrary.worldbank.org/files/Malawi_PRSP.pdf).
- . 2003a. *Gender Audit*. Lilongwe: Ministry of Gender and Community Services.
- . 2003b. *National HIV/AIDS Policy: A Call for Renewed Action*. Lilongwe: National AIDS Commission and Office of the President and Cabinet.
- . 2003c. *National Policy on Early Childhood Development*. Lilongwe: Ministry of Gender, Youth, and Community Services.
- . 2003d. *National Policy on Orphans and Other Vulnerable Children*. Lilongwe: Ministry of Gender, Children, and Community Services.
- Nyeko, J., and R. Nalwadda. 2005. *Improving the Quality of Community-Based Psychosocial Support Services to HIV/AIDS-Affected Children Aged 0–8 Years in Uganda: An Evaluative Assessment of Models of Care*. Uganda: Uganda Action Research Program, Action for Children.
- Nyesigomwe, L. 2005. "Strengthening the Capacity of Grandparents in Providing Care to Young Children Affected by HIV/AIDS." *Journal of Intergenerational Relationships* 4 (1): 55–63.
- Olsen, K., Z. S. Knight, and G. Foster. 2006. *From Faith to Action: Strengthening Family and Community Care for Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa*. Accès en ligne 26 Octobre 2006: <http://www.firelightfoundation.org/fta%20-%20Africa%20ready.pdf>.
- Partnering Communities in Development*. n.d. Accès en ligne 27 Octobre 2006: <http://www.ikamva.com/>.
- POLICY Project. 2005. *Executive Summary: OVC RAAAP Initiative Final Report*. Rapid Country Assessment, Analysis, and Action Planning (RAAAP) Initiative on behalf of orphans and other vulnerable children in Sub-Saharan Africa. Accès en ligne 3 Novembre 2006: [http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/AFR\\_OVC\\_RAAAP.pdf](http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/AFR_OVC_RAAAP.pdf).
- Richter, L., G. Foster, and L. Sherr, L. 2006. *Where the Heart Is: Meeting the Psychosocial Needs of Young Children in the Context of HIV/AIDS*. The Hague: Bernard van Leer Foundation.

- Richter, L., J. Manegold, and R. Pather. 2004. *Family and Community Interventions for Children Affected by AIDS*. Pretoria: Human Sciences Research Council.
- Rwanda. 2002a. *Draft HIV/AIDS and Education Policy and Strategic Planning Framework 2002–2006*. Kigali: Ministry of Education, Science, Technology, and Scientific Research (MINEDUC).
- . 2002b. *Poverty Reduction Strategy Paper*. Accès en ligne 31 Octobre 2006: [http://povlibrary.worldbank.org/files/Rwanda\\_PRSP.pdf](http://povlibrary.worldbank.org/files/Rwanda_PRSP.pdf).
- . 2003. *National Policy for Orphans and Other Vulnerable Children*. Kigali: Ministry of Local Government, Information, and Social Affairs.
- Subbarao, K., and D. Coury. 2003. *A Template on Orphans in Sub-Saharan Countries (Social Protection)*. Washington, DC: World Bank.
- Symba Social Investment Management. n.d. "An Evaluation of Ikamva Labantu's Early Child Development Enveloppeing, Implemented by ABE Development Trust." P.O. Box 297, Sea Point 8060, South Africa.
- Tanzania. 2000. *Poverty Reduction Strategy Paper*. Accès en ligne 25 Octobre 2006: <http://povlibrary.worldbank.org/files/tanzaniaprsp.pdf>.
- . 2003. *National Multisectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003–2007*. Dar es Salaam: Tanzania Commission for HIV/AIDS and The Prime Minister's Office. Accès en ligne 25 Octobre 2006: <http://www.tanzania.go.tz/pdf/tacaidnsmf.pdf>.
- Tanzania ECD Network. 2003. *Towards Tanzania's ECD EFA Action Plan 2003–2015*. Draft.
- Tuakli-Ghartey, J. 2003. "A Rapid Assessment of the Orphan Foster Care Program of Many Krobo Queen Mothers." Présenté à la Commission sur le SIDA, Accra, Ghana.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) Committee of Cosponsoring Organizations. 2002. *Principles to Guide Programming for Orphans and Other Children Affected by HIV/AIDS*. New York: UNICEF/UNAIDS.
- UNAIDS, World Bank, and UNICEF. 2003. *Operational Guidelines for Supporting Early Child Development in Multisectoral HIV/AIDS Programs in Africa*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). Ghana. 2005. Plan d'Action National, 2006–2010.
- . Malawi. 2005. *Country Office Annual Report*. Lilongwe: UNICEF-Malawi.
- . Swaziland. 2005. *Swaziland's Neighborhood Care Points (NCPs) Initiative as a Vehicle for the Provision of Integrated Services for Children*. Mbabane, Swaziland: UNICEF-Swaziland.

- UNICEF, UNAIDS, and USAID. 2004. *Children on the Brink 2004: A Joint Report of New Orphan Estimates and a Framework for Action*. Accès en ligne 25 Octobre 2006: [http://www.unicef.org/publications/files/cob\\_layout6-013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/cob_layout6-013.pdf).
- World Bank. 2004. *Interim Review of the Multicountry HIV/AIDS Program (MAP) for Africa*. Washington, DC: World Bank.
- Zambia. 2002a. *National HIV/AIDS/STI/TB Policy 2002–2005*. Lusaka: National AIDS Council.
- . 2002b. *Zambia Poverty Reduction Strategy Paper 2002–2004*. Accès en ligne 25 Octobre, 2006, [http://povlibrary.worldbank.org/files/11240\\_Zambia\\_PRSP.pdf](http://povlibrary.worldbank.org/files/11240_Zambia_PRSP.pdf).
- . 2006a. *Draft National Child Policy*. Lusaka: Ministry of Youth Sport and Child Development.
- . 2006b. *Fifth National Development Plan 2006–2010*. Lusaka: Ministry of Finance and National Planning. Accès en ligne 12 Décembre 2006: <http://www.cspr.org.zm/Reports&Updates/FNDP.pdf>.



## CHAPITRE 16

# Soutenir les jeunes enfants pendant les situations de conflits et après: protection et bien-être psychosocial de l'enfant en Angola

**Michael Wessells et Carlinda Monteiro**

Le bien-être des jeunes enfants et de leur mère est gravement menacé par la guerre et l'après-guerre. Pendant et après les conflits armés, les jeunes enfants risquent de devoir faire face à des attaques, d'être séparé de leurs parents (Ressler, Boothby, and Steinbock 1988), d'être exposés aux violences sexuelles et sexistes, aux mines terrestres et à la déportation (Machel 2001). Le monde compte 30 millions de personnes déplacées dont la moitié a moins de 18 ans et beaucoup d'entre eux sont des jeunes enfants. Tous vivent dans des conditions difficiles de surpopulation, de pauvreté et manque des nécessités de base. Les jeunes enfants risquent d'être enrôlés dans des groupes armés, soit qu'ils ont été enlevés, soit qu'ils y sont nés. Au Sud Soudan, les filles, enlevées par la Lord's Resistance Army (LRA) dans le nord de l'Ouganda, sont violées par des soldats ou par le chef de la LRA, Joseph Kony. Les enfants nés au Soudan dans ce qu'on peut considérer comme des camps d'élevage, sont élevés depuis leur plus jeune âge pour devenir la prochaine génération de soldats de la LRA (Wessells 2006). En Angola, les enfants nés dans des familles

appartenant au groupe d'opposition UNITA (Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola) sont élevés pour être soldats ou pour satisfaire les besoins sexuels des soldats de l'UNITA ou d'autres hommes (Stavrou 2005). Étant donné que près de la moitié des guerres contemporaines sont très longues et durent 10 ans ou plus (Smith 2003), pour des nombreux enfants la guerre est une situation normale qui fait partie de la réalité sociale dans laquelle ils grandissent.

Psychologiquement, les jeunes enfants sont loin d'être à l'abri d'expériences traumatisantes (Eth and Pynoos 1985; Pynoos, Steinberg and Goenjian 1996; Terr, 1991). Souvent, ils sont témoins d'assassinats ou de viols, ils sont affectés par le décès des parents ou d'amis, la perte de leur maison et par toutes les perturbations de leurs routines quotidiennes qui donnaient à leur vie un sens de structure et de continuité. De même, les mères, confrontées à toutes sortes de risques médicaux et psychosociaux en situation de conflit, peuvent se sentir dépassées ou déprimées par leurs expériences de guerre au point de ne pouvoir pas s'occuper correctement et protéger leurs jeunes enfants (McKay and Mazurana 2004). Pendant la guerre—qui détruit les approvisionnements en vivres, les infrastructures sanitaires et aggrave la pauvreté—les jeunes enfants, qui sont les plus vulnérables, courent un risque accru de malnutrition et de maladies, y compris le VIH/SIDA (Machel 2001). La perturbation par la guerre des modèles culturels est en elle-même un facteur majeur de stress pour les personnes et une cause de malnutrition et de mortalité infantile. Par exemple, à Gorongosa, au Mozambique, la guerre a modifié le *madzawde*, une pratique culturelle traditionnelle qui voulait espacer de plusieurs années la naissance des enfants pour permettre de prolonger l'allaitement maternel de plusieurs années et d'établir des relations étroites entre la mère et l'enfant, pour ne pas mentionner l'ancrage de la communauté des vivants à ses racines spirituelles qui donne un sens à l'existence. Les avatars du *madzawde* liées à la guerre ont détérioré le calendrier naturel d'alimentation et l'attachement de la mère au nourrisson (Igreja 2003, 2004), augmentant ainsi le risque de retard de croissance (Ward, Kessler and Altman, 1993).

En règle générale, l'environnement post-conflictuel est si stressant et dangereux que les périodes de combats. En Afrique australe, les sociétés ont souffert de vagues de banditisme et de criminalité post-conflituelles (Minter, 1994), comme cela s'est produit après les guerres de l'ex-Yougoslavie. Les jeunes mères, souvent sans mari, luttent chaque jour pour nourrir leurs enfants ou payer les besoins élémentaires comme les soins de santé. La pauvreté et des taux de chômage de 80% créent tant



de stress dans les familles que le niveau des violences familiales s'en trouve accru. De tous les enfants affectés par la guerre, ce sont ceux des familles abusives qui souffrent le plus (Garbarino and Kostelny 1996). Après une guerre, les bébés et les jeunes enfants nés hors mariage ou à la suite de viols souffrent de stigmatisation et d'isolement sévères (Carpenter, 2007). Face à des infrastructures et une économie en ruine, sans accès aux services de base, la population locale souvent conteste: « Post-conflit? Où est le 'post' ? »

Compte tenu de ces besoins, une des premières priorités des programmes de développement de la petite enfance (DPE) doit être d'inclure les zones de guerre. En fait, si on s'accorde assez volontiers sur l'importance de donner un soutien de DPE aux enfants dans les zones conflictuelles et post-conflictuelles, on est moins d'accord sur la façon de le faire. L'extrême pauvreté, l'absence de services publics, les problèmes logistiques et de sécurité militent contre des interventions coûteuses ou de type occidental souvent culturellement inappropriées ou éphémères dans des pays déchirés par la guerre. Le plus grand défi est peut-être l'échelle. Certains enfants sont plus à risque que d'autres, mais dans ces zones, presque tous ont été touchés par la guerre et ont de gros besoins, besoins de santé, de protection et d'équilibre psychosocial.

Ce chapitre va essayer de trouver comment fournir un soutien de DPE dans les situations d'urgence. Il prend le cas de l'Angola pour décrire les nombreux programmes de soutien communautaires à faible coût, durables, adaptés à la fois à la culture et à la situation en faveur des jeunes enfants. Après avoir résumé la guerre et la situation des enfants angolais, on identifiera des outils pratiques applicables à grande échelle.

## **Les guerres en Angola et leurs séquelles**

La guerre en Angola a pris la forme d'une lutte interne avec des influences extérieures. Elle a eu un impact massif sur les populations civiles. Bien que le terme guerre évoque fréquemment des images de combats entre différentes nations, plus de 90% des guerres contemporaines se déroulent à l'intérieur d'un Etat (Smith 2003). Contrairement aux guerres du passé, dans lesquelles la plupart des victimes étaient des soldats, dans les guerres contemporaines près de 90% des victimes sont des civils (Garfield and Neugut 1997; Sivard 1996; UNICEF 1996). Les groupes armés provoquent des taux élevés de victimes civiles en pratiquant la tactique de la terreur; ils prennent pour cible des civils, détruisent leurs cultures et leur bétail pour prendre le contrôle d'une zone. Destruction généralisée des

infrastructures de santé, interruption des services de base, insécurité alimentaire et des masses de personnes déplacées se retrouvent dans des conditions si difficiles qu'elles ne peuvent même pas satisfaire leurs besoins les plus élémentaires.

### **Cycles de conflits**

La meilleure façon de décrire la guerre en Angola est de parler d'une série de conflits ponctués par de brefs intermèdes de calme relatif. Initialement, la guerre a éclaté en 1961 et tous les Angolais se sont battus pour se libérer du pouvoir portugais. Même si l'indépendance a été obtenue en 1975, des groupes rivaux—principalement le Mouvement de libération de l'Angola (MPLA), qui est ensuite devenu le gouvernement, et l'Union nationale pour l'indépendance totale de l'Angola (UNITA)—se disputaient le contrôle du pays. La guerre civile est devenue une guerre par procuration avec l'engagement des deux superpuissances de la guerre froide: l'ex-Union soviétique soutenait le MPLA de tendance socialiste, les États-Unis et l'Afrique du Sud soutenaient l'UNITA. En 1991, un bref cessez-le-feu a permis des élections nationales, mais lorsque l'UNITA a perdu, le pays a replongé dans les combats. Au cours d'une période particulièrement brutale de combats, de 1992 à 1994, près de 1 000 personnes mouraient chaque jour suite à la guerre (Lodico 1996). L'UNICEF (1995) estime que durant cette période, environ 320 enfants sur 1 000 mouraient avant l'âge de 5 ans. À cette époque, l'Angola est devenue l'un des pays les plus minés du monde avec 5 à 10 millions de mines terrestres pour une population de 11 millions d'habitants.

La signature du *Protocole de Lusaka* en 1994 a marqué le début de quatre années de paix relative. Toutefois, la volonté politique de l'UNITA pour la paix était faible, et les combats ont repris en 1998 et se sont poursuivis jusqu'en 2002, lorsque le leader de l'UNITA Jonas Savimbi a été tué. Comme lors des phases précédentes de la guerre, cette période a fait payer un lourd tribut aux enfants de moins de 5 ans, qui sont considérés les moins indispensables et les moins prioritaires en période de conflit. Lorsque les ménages sont attaqués et que les adultes fuient, les bébés et les jeunes enfants sont souvent laissés derrière. Pendant les longues marches à travers la brousse, les mères sont souvent contraintes d'abandonner les plus jeunes enfants dont les cris pourraient attirer l'attention de l'ennemi. Très dépendants de leur mère, de nombreux bébés et jeunes enfants meurent si leur mère vient à mourir. Même si la mère vit, danger extrême et privations combinés peuvent entraîner l'arrêt de l'allaitement.

En plus, lorsque la famine règne, les parents doivent souvent choisir l'enfant qui survivra; généralement, ils choisissent un enfant plus âgé et « utile ». Les jeunes enfants qui ont été abandonnés, perdus, ou orphelins se retrouvent souvent à l'orphelinat, où ils ont toutes chances de perdre leur identité et toute possibilité d'être réunis avec leur famille. Même si les jeunes enfants restent sous la surveillance des adultes, les parents sont généralement si préoccupés de survivre qu'ils ne peuvent accorder aux enfants l'attention, l'affection et la stimulation qui ne leur auraient pas manqué dans des circonstances plus normales. Souvent, les parents qui ont été sous la coupe de groupes militaires perdent la capacité de décider et se laissent aller au fatalisme, ils perdent le sens des responsabilités vis-à-vis de leurs enfants.

### ***Après la guerre***

Quand la guerre s'est terminée en avril 2002 avec la signature du cessez-le-feu de Luena, elle a laissé derrière une situation d'urgence humanitaire complexe. Près d'un tiers des Angolais—environ 3,5 millions de personnes—étaient déplacées à l'intérieur du pays. Plus de la moitié de la population déplacée avait moins de 12 ans et n'avait pas accès aux nécessités de base ni à l'éducation ou aux soins de santé. À cette époque, l'Angola avait le 3<sup>e</sup> taux de mortalité infantile (250 sur 1 000) au monde et des taux élevés de mortalité maternelle (1 femme sur 50 mourait en couches).

Après la guerre, on ne fut guère sensibilisé à la situation des jeunes enfants et on les soutint encore moins. La plupart des parents n'avaient pas notion des besoins distinctifs et de la vulnérabilité des jeunes enfants. Accablés par l'expérience de la guerre, impuissants ou désorientés, ne sachant pas ce qu'il fallait faire dans l'après-guerre, les parents trop souvent communiquaient leurs émotions aux enfants et avaient du mal pour les aider. Les jeunes adolescents, qui auraient pu donner un coup de main, manquaient de points de référence pour s'occuper convenablement des jeunes enfants. La guerre avait annihilé le savoir-faire des parents, interrompu à la fois les compétences parentales et leur transmission aux enfants plus âgés. En outre, les familles rechignaient à s'occuper des jeunes orphelins et des enfants séparés de leur famille. Il y avait pénurie de capital humain; il n'y avait plus assez de gens qui connaissaient bien les jeunes enfants et savaient comment les aider. Tous ces facteurs, auxquels il faut ajouter les pénuries de ressources et l'absence d'activités de DPE communautaires traditionnelles expliquent le manque quasi complet de soutien de DPE reçu par les enfants angolais. Bien que les déclarations

politiques réclament la prise en charge de la petite enfance, en pratique les enfants de moins de 5 ans n'avaient aucune priorité.

## **Les outils pour soutenir les jeunes enfants**

Il est plus facile de réclamer la prise en charge des jeunes enfants dans les zones de guerre que de la réaliser. En plus des questions de logistique, de sécurité et de rareté des ressources, des questions épineuses se posent aussi bien sur le plan conceptuel que pratique. Des actions pauvrement conçues ont trop souvent un impact limité et de courte durée ; certaines violent même l'impératif humanitaire élémentaire de « ne pas nuire. » Pour toutes ces raisons, nous pensons devoir décrire la stratégie et les outils utilisés avec succès en Angola par le Fond Chrétien des Enfants (CCF).

### ***La stratégie du programme***

Le programme du CCF repose sur quatre stratégies, la première étant l'utilisation d'une approche écologique qui prétend que pour soutenir les jeunes enfants il faut soutenir leurs pourvoyeurs de soins. Pour le développement des enfants, les approches écologiques insistent sur l'importance des influences sociales au niveau de la famille, du groupe des pairs, de l'école, de la communauté, et de la société (Bronfenbrenner 1979; Dawes and Donald 2000). Le bien-être des jeunes enfants est lié à celui de leur mère, qui leur fournit soins et protection. La recherche a démontré avec consistance que le plus important facteur du bien-être des enfants est un adulte, compétent, disponible qui s'occupe d'eux physiquement et émotionnellement (Garbarino, Kostelny, and Barry 1998). Dans les contextes angolais et subsahariens africains il convient d'élargir le concept aux frères et sœurs, car il n'est pas rare de voir une sœur aînée s'occuper des enfants sevrés. Malheureusement, en situation conflictuelle ou post-conflictuelle, les accumulations de stress profonds accablent certaines mères et provoquent des problèmes de dépression, d'allaitement, de santé, et des difficultés de simplement offrir soins et protection. Même chez les mères les plus résistantes, l'impact de la guerre et les difficultés peuvent amoindrir les compétences parentales, les rendre moins attentives aux besoins des jeunes enfants ou développer une attitude fataliste vis-à-vis de la santé et du bien-être de leurs enfants. Dans un tel contexte, il faut soutenir la mère et l'enfant et leur relation et non se concentrer seulement sur les jeunes enfants.

La seconde stratégie, la mobilisation communautaire, se fonde sur l'autonomisation et non sur l'aide d'urgence. En procurant des services

aux enfants et aux adultes affectés par la guerre, des organismes bien intentionnés peuvent créer une dépendance et tacitement encourager la population locale dans un rôle passif qui est l'antithèse de la récupération et du développement durable. Psychologiquement, une clé du redressement des individus est de retrouver un sentiment d'efficacité personnelle et collective et la capacité d'influencer le bien-être de leurs enfants. En effet, au sortir d'une expérience écrasante, une réaffirmation de contrôle, même limitée, est une source précieuse de soutien psychosocial. Dans une société collectiviste comme la société Angolaise, dans laquelle les gens définissent leur identité moins en termes individuels qu'en termes sociaux et attachent une grande valeur au bien commun plutôt qu'au bien individuel (Triandis 2001), la reprise de contrôle sera plus facile si on favorise la planification et l'action collectives. Lorsque les individus s'organisent eux-mêmes et planifient l'avenir de leurs enfants, ils s'engagent dans un processus de guérison collective qui leur permet de laisser la guerre derrière eux, de retisser le tissu social brisé, de former des relations de soutien et ranimer l'espoir en l'avenir. Encouragés à réfléchir sur la protection des enfants, les groupes communautaires peuvent devenir des mécanismes locaux de contrôle et de réduction des risques qui empêcheront les abus et l'exploitation des jeunes enfants. Même dans les premières phases d'urgence, il est essentiel de commencer à construire les bases d'un développement. Bien planifiée, l'action communautaire participative aide à reconstruire la société civile, fournit une plate-forme pour le développement durable et permet de soutenir un grand nombre d'enfants.

La troisième stratégie est l'intégration des programmes. Les donateurs et les programmes sur le terrain sont souvent organisés par secteur et il existe peu d'interaction entre eux. Au mieux, le résultat est une approche fragmentaire qui laisse échapper des opportunités de synergies. Au pire, c'est un gaspillage de ressources et un oubli de la nécessité de soutenir le développement harmonieux de l'enfant dans sa globalité. Pour résoudre ce problème, le CCF a une stratégie d'intégration de multiples secteurs sur l'aide humanitaire pour établir des supports psychosociaux et assurer la protection des jeunes enfants. Cette approche est en harmonie avec les lignes directrices récemment établies par l'Équipe spéciale du Comité permanent inter organisations sur la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (IASC 2007).

La stratégie d'intégration des programmes met également en garde contre le ciblage excessif d'un groupe particulier, qui est un problème très réel dans de nombreuses interventions de secours. La concentration

exclusive sur un groupe particulier peut créer des jalousies, marginaliser ceux qui ne reçoivent pas d'aide et diviser les communautés au moment où elles ont le plus besoin de cohésion. À cet égard, une stratégie d'intégration des programmes fait du soutien aux jeunes enfants un élément d'un système plus large de prise en charge de tous les enfants.

La quatrième stratégie est l'utilisation d'une approche fondée sur la culture. Le CCF a mené des recherches ethnographiques approfondies en Angola, pour répertorier les croyances, les pratiques locales et inventorier les ressources, guérisseurs, rites et pratiques culturelles employées pour aider les enfants. Reconnaisant que toutes les pratiques culturelles ne sont pas positives, l'équipe du CCF adopte une position critique en évitant de sentimentaliser la culture locale et en respectant les droits des enfants. La réduction des déviations ethnocentriques permet d'éviter d'imposer des conceptions importées de ce qui est bon pour les enfants et comment il faut les aider. Lorsqu'on privilégie les conceptions étrangères, et cela arrive souvent, on réduit l'autonomie des populations locales, on marginalise des pratiques indigènes et on transforme l'aide humanitaire en néocolonialisme (Dawes and Cairns 1998; Wessells 1999). En outre, privilégier les approches étrangères incite les populations locales à considérer leur culture comme inférieure, une vue profondément enracinée après des centaines d'années de colonialisme. Si ce point de vue est dégradant, il paralyse la confiance en sa propre culture et son propre peuple pourtant fondamentale pour l'émancipation et le développement durable. Cependant, ceci n'empêche pas le CCF en Angola de s'appuyer sur des outils et concepts utiles puisés dans la science occidentale. En conséquence, une mise en œuvre efficace de cette stratégie consiste à mélanger les approches locales et occidentales, en s'assurant que ce soient les populations locales qui choisissent les outils à utiliser et décident du meilleur mélange. Nous allons examiner quelques uns des principaux outils utilisés dans la section suivante.

### ***Espaces axés sur l'enfant***

Dans les situations d'urgence, il est essentiel d'offrir aux enfants un endroit sûr pour jouer et de leur apprendre à s'intégrer à d'autres sous la direction d'adultes compétents. Pendant et après la guerre, les enfants avaient peu d'endroits sûrs pour jouer, étaient souvent laissés à eux-mêmes, étaient exposés à des risques multiples et avaient peu d'activités structurées. De même, les enfants d'âge scolaire avaient difficilement accès à l'éducation. L'expérience acquise dans des nombreuses zones de guerre indique que l'éducation informelle d'urgence est une source

vitale de protection (Nicolai and Tripplehorn 2003). Bien conçue, l'éducation d'urgence protège contre les dangers, enseigne aux enfants comment éviter les risques importants qui les entourent et leur apporte des qualités intellectuelles et psychologiques favorables au développement de la résistance. En outre, les enseignants peuvent être formés à reconnaître les enfants à risque pour soit les référer, soit aider à accroître leur bien-être psychosocial.

Le CCF Angola utilise une approche particulière de l'éducation d'urgence en créant des espaces communautaires destinés aux enfants (ECU). Dans ces espaces les enfants reçoivent une éducation informelle, ils y trouvent un endroit sûr où jouer, un environnement prévisible et favorable, la possibilité d'acquérir des aptitudes à la vie quotidienne tels que l'alphabétisation de base et la coopération, et de pratiquer des activités qui leurs permettent d'exprimer et d'assimiler leurs émotions, dessin, chant, danse et raconter des histoires. En raison des dommages occasionnés par la guerre, les ECU sont souvent établis dans des espaces à ciel ouvert sous la direction de personnes de confiance choisies par la communauté. Les bénévoles qui gèrent les centres doivent recevoir une formation sur le développement harmonieux des enfants, l'impact de la guerre sur les enfants à différents âges, la manière de les aider, et les méthodes de résolution non violente des conflits. Les thèmes de la paix et les compétences en résolution non violente des conflits sont indispensables pour rompre le cycle de la violence et établir des valeurs et des comportements favorables à la paix.

Bien que généralement les ECU fournissent un soutien aux enfants plus âgés plusieurs heures chaque jour, ils consacrent aussi certaines heures aux jeunes enfants âgés de 3 à 6 ans et aux les mères et à leurs bébés. Les jeunes enfants se livrent à des activités qui développent les capacités sensorimotrices et cognitives en fonction de leur âge et de leurs compétences individuelles. Ils jouent et apprennent à jouer ensemble, à attendre leur tour et à s'intégrer avec d'autres enfants de leur âge. Pour les mères de nourrissons, l'accent est mis sur l'interaction positive avec leur bébé, on leur apprend à mieux connaître les capacités et les limites de développement de leur enfant et on discute avec elles des pratiques de parentalité positive. En discutant de leurs enfants, les mères se laissent aller à discuter des problèmes qu'elles rencontrent et à s'entraider. Ainsi, les mères reçoivent un soutien psychosocial sans intervention psychologique ou psychiatrique souvent contre-indiquées et indisponible en zones rurales. Il s'ensuit que les mères sont mieux placées pour fournir soins et protection appropriés à leurs enfants.

### ***Réflexions sur le passé, le présent et l'avenir***

S'il est important d'aider les mères, il est essentiel de soutenir aussi le bien-être émotionnel de tous les parents, grands-parents et des adultes qui s'occupent des jeunes enfants. De nombreux adultes sont dépassés, désespérés ou fatalistes, mais ne sont peut-être pas à même de s'en rendre compte et encore moins enclins à réagir. Ce sentiment d'être dépassé et sans espoir provient en partie, de l'incapacité des individus à se débarrasser de leurs expériences de guerre qui, en Angola, ont été décrites comme un deuil ou une perte empilée sur de nombreuses autres. Les contextes de la guerre et de l'après-guerre fournissent rarement l'espace nécessaire pour permettre aux gens de faire le point sur leurs traumatismes et d'entamer le rétablissement et la transition nécessaires pour jouer leurs rôles de parents et de citoyens dans la situation présente. L'un des pires effets d'une guerre prolongée c'est que l'anormal en vient à paraître normal. Comme la guerre bouleverse les modes de soins aux enfants et l'organisation communautaire, il est utile d'aider les adultes à récupérer certaines des pratiques antérieures qui pourraient aider les enfants dans le présent.

Pour répondre à ces questions, le CCF en Angola a organisé des ateliers communautaires pour les adultes, offrant un espace de réflexion sur le passé, le présent et le futur. Les ateliers jouent sur la participation, avec des pièces de théâtre, des discussions sur la guérison et les pratiques de la médecine traditionnelle, les normes de soins aux enfants dans le passé et l'importance de la culture angolaise. La plupart des participants étant analphabètes, les ateliers se servent d'aides visuelles et de métaphores plutôt que des documents écrits abstraits. Par exemple, pour illustrer les effets dévastateurs de la guerre, l'animateur a donné à chaque participant une grande feuille de papier et a demandé à chacun de passer deux minutes à la déchirer, ce que la plupart des participants ont fait avec beaucoup d'enthousiasme. Les participants ont ensuite été invités à passer 15 ou 20 minutes à recoller le papier, une activité particulièrement frustrante. Ensuite les participants ont eu le loisir de discuter à quel point il est facile de détruire quelque chose qui est entier et intact et combien il est difficile de le reconstruire après une destruction extensive. Ils ont eu l'occasion de réfléchir à la manière dont la guerre avait tout détruit ou perturbé, la façon de se marier, la parentalité, la vie dans des communautés stables, les rituels pour honorer les ancêtres qui, croient-ils, protègent les vivants, établissent les normes pour gérer les conflits sans violence et les processus sociaux traditionnels qui permettaient aux membres de la communauté de s'engager dans la planification et l'action collectives.



Dans cet espace de réflexion, les individus discutaient comment la guerre les avait marqués, eux et leurs familles; de nombreuses personnes ont dit que cet atelier leur avait donné une toute première occasion de discuter de la guerre, un sentiment de solidarité dans leur souffrance et d'entamer le processus de guérison qui leur permettra de mettre derrière eux pertes et traumatismes.

Tout aussi importante fut la discussion du présent et de l'avenir. Après avoir examiné le passé, les participants ont pu se rendre compte combien la guerre avait modifié les habitudes pour le pire et comment ces changements perduraient dans le présent. Ceci a permis de discuter comment ressusciter les précieuses pratiques du passé et transformer ou éliminer les pratiques actuelles indésirables. L'animateur orientait alors la discussion vers les enfants et demandait quelles pratiques actuelles à leur égard étaient négatives et quelles améliorations on pouvait y apporter. Tout en émettant des idées, les parents passaient peu à peu d'un point de vue fataliste vers une vue plus optimiste. La discussion collective sur l'avenir créait un sentiment d'espoir et d'autonomie collective pour se sortir, eux-mêmes, leurs familles et leurs villages, de la guerre et de ses résidus négatifs. Ce sentiment d'espoir et d'émancipation collective ressenti à l'issue de l'atelier est aussi important pour la reconstruction des systèmes communautaires nécessaires au mieux-être des familles qu'il ne l'est pour l'amélioration de la vie de la famille et le bien-être des jeunes enfants.

### ***Formation pour les soins et la protection des enfants***

Des compétences parentales et de soins aux enfants étaient le complément nécessaire à la prise de conscience nouvelle provoquée par ces ateliers. Pour cette raison, des formateurs CCF et des volontaires communautaires entraînés ont organisé des ateliers participatifs sur l'alimentation des nourrissons, la stimulation et la gestion des comportements indésirables. L'usage de punitions corporelles étant répandu, le personnel du CCF a mis au point des méthodes de réflexion pour faire admettre l'idée qu'il était préférable d'en venir à des moyens non violents pour contrôler les comportements. Dans un exercice, l'animateur demandait à un groupe de mères de fermer les yeux et de penser à l'époque où, jeunes enfants, elles étaient punies par leurs parents. Interrogées pour savoir comment elles se sentaient, les participantes expliquaient qu'elles avaient peur, se sentaient très en colère ou honteuses et blessées. Venait alors un moment de réflexion silencieuse, le plus souvent, une mère au moins avait l'illumination « Ahh ! » elle se rendait compte que c'était exactement ce que devait ressentir son enfant aujourd'hui. Soucieux désormais

de changer cette habitude potentiellement dangereuse pour les enfants, le groupe discutait alors d'autres moyens de discipline.

Dans le cadre de cette approche d'intégration, des sessions de formation d'une demi-journée ont été organisées pour le personnel local des agences humanitaires travaillant dans les camps des personnes déplacées. Ainsi, le personnel des centres de nutrition thérapeutique a appris comment donner la stimulation et l'interaction qui favorisaient le rétablissement des enfants. Le personnel chargé de la distribution alimentaire a appris à organiser des activités pour les enfants tandis que les mères faisaient la file pour recevoir la nourriture. Pour rendre moins pénibles les longues périodes d'attente dans les centres de santé, le personnel des centres a appris comment organiser des activités pour les enfants auxquelles les mères pouvaient participer. Ces sessions de formation, qui n'étaient pourtant qu'un petit pas dans la bonne direction, ont soulevé l'enthousiasme des stagiaires qui ont dit que les activités qu'ils faisaient avec les enfants avaient augmenté l'impact de leurs services.

Dans les villages, des sessions de sensibilisation du grand public ont été organisées pour attirer l'attention sur les risques particuliers encourus par les enfants et les plus jeunes. Par des dialogues et des jeux de rôle, les gens ont appris à réduire les risques du manque d'hygiène, de l'absence de latrines et les risques psychosociaux associés à la marginalisation. Dans certaines communautés, des groupes de jeunes ont organisé des discussions sur le VIH/SIDA qui touchent à la fois les parents et les jeunes enfants. La mobilisation de groupes des jeunes comme formateurs ou sensibilisateurs correspond à l'approche globale de CCF qui veut assister les collectivités locales à former ou à mobiliser des mécanismes locaux pour sensibiliser aux dangers et pour surveiller action et prévention. Typiquement, cette sensibilisation est réalisée par les enfants qui répertorient les risques dans leurs villages et présentent les résultats dans des jeux de rôle qui souvent excitent beaucoup les villageois. De l'excitation on passe aux discussions sur la manière de faire face au danger dans le village. Ceci conduit à la formation de comités de bien-être des enfants composés d'enfants et d'adultes: ils servent de catalyseurs de l'action communautaire. C'est ainsi que les besoins des jeunes enfants deviennent plus visibles dans des situations qui, en général, entraîneraient plutôt leur invisibilité. La prise de conscience nouvelle de la situation des jeunes enfants et le développement des compétences pour les soutenir, donnent aux villageois un sens des responsabilités accru et leur rend l'espoir puisqu'ils peuvent désormais aider les enfants, ceux-là mêmes qui perpétueront leurs familles et leurs traditions.

### **Le plaidoyer politique**

Pour institutionnaliser à grande échelle les pratiques de soutien aux jeunes enfants, il est essentiel d'éduquer et de sensibiliser les dirigeants politiques. À l'échelle provinciale et nationale, le personnel du CCF collabore avec des groupes de coordination de protection de l'enfance dans une campagne de sensibilisation pour l'amélioration des pratiques concernant les enfants séparés. En particulier, le CCF s'oppose à ce qu'on fasse de l'institutionnalisation le premier moyen de soutenir les enfants séparés ou non accompagnés, car les institutions ont peu de ressources, sont surpeuplées et mal équipées pour fournir des soins appropriés aux jeunes enfants. L'institutionnalisation est peut-être temporairement nécessaire, mais il faut tout faire pour retrouver les familles et y réintégrer les enfants ou pour les placer dans des familles d'accueil (Tolfree 2003).

Le CCF en Angola plaide également pour la mise en place d'une politique de DPE nationale. Cependant, l'idée d'institutionnaliser la politique de DPE à l'échelle nationale est difficile à vendre à un gouvernement qui a peu de capacités, une présence insuffisante dans de nombreuses zones rurales et qui doit faire face à la multiplicité des besoins de la réinstallation et de la transition vers la paix. C'est pourquoi il est essentiel que les ONG internationales, les donateurs, d'autres gouvernements africains et les organismes intergouvernementaux de renforcent les capacités du gouvernement angolais, de lever le financement nécessaire et de faire pression pour un soutien supplémentaire.

Comme on l'a démontré dans ce chapitre, il est possible d'effectuer du DPE utile même en temps de guerre et en périodes de transition. Maintenant, la question est de savoir s'il sera possible de mobiliser la volonté politique pour que soient prises les mesures d'urgence nécessaires pour la protection et le bien-être des jeunes enfants, même dans les couloirs les plus démunis et largement oubliés de la guerre.

### **Références**

- Bronfenbrenner, U. 1979. *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carpenter, C. 2007. *Born of War: Protecting Children of Sexual Violence Survivors in Conflict Zones*. Bloomfield, CT: Kumarian.
- Dawes, A., and E. Cairns. 1998. "The Machel Study: Dilemmas of Cultural Sensitivity and Universal Rights of Children." *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 4 (4): 335–48.

- Dawes, A., and D. Donald. 2000. "Improving Children's Chances." In *Addressing Childhood Adversity*, ed. D. Donald, A. Dawes, and J. Louw, 1–25. Cape Town: David Philip.
- Eth, S., and R. Pynoos. 1985. "Developmental Perspective on Psychic Trauma in Childhood." In *Trauma and Its Wake*, ed. C. Figley, 36–52. New York: Plenum.
- Garbarino, J., and K. Kostelny. 1996. "The Effects of Political Violence on Palestinian Children's Behavioral Problems." *Child Development* 67: 33–45.
- Garbarino, J., K. Kostelny, and F. Barry. 1998. "Neighborhood-Based Programs." In *Violence against Children in the Family and the Community*, ed. P. Trickett and C. Schellenbach, 287–314. Washington, DC: American Psychological Association.
- Garfield, R. M., and A. I. Neugut. 1997. "The Human Consequences of War." In *War and Public Health*, ed. B. S. Levy and V.W. Sidel, 27–38. New York: Oxford.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2007. "IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings." Version finale. Accès en ligne 12 Août 2007: <http://www.humanitarianinfo.org/iasc/content/products>.
- Igreja, V. 2003. "The Effects of Traumatic Experiences on the Infant-Mother Relationship in the Former War Zones of Central Mozambique." *Infant Mental Health Journal* 24 (5): 469–94.
- . 2004. "Cultural Disruption and the Care of Infants in Postwar Mozambique." In *Children and Youth on the Front Line*, ed. J. Boyden and J. de Berry, 23–41. New York: Berghahn.
- Lodico, Y. C. 1996. "A Peace That Fell Apart: The United Nations and the War in Angola." In *UN Peacekeeping, American Politics, and the Uncivil Wars of the 1990s*, ed. W. J. Durch, 103–33. New York: St. Martin's Press.
- Machel, G. 2001. *The Impact of War on Children*. Cape Town: David Philip.
- McKay, S., and D. Mazurana. 2004. *Where Are the Girls?* Montreal: International Centre for Human Rights and Democratic Development.
- Minter, W. 1994. *Apartheid's Contras: An Inquiry into the Roots of War in Angola and Mozambique*. London: Zed Books.
- Nicolai, S., and C. Tripplehorn. 2003. *The Role of Education in Protecting Children in Conflict*. London: Humanitarian Practice Network.
- Pynoos, R., A. Steinbery, and A. Goenjian. 1996. "Traumatic Stress in Childhood and Adolescence." In *Traumatic Stress*, ed. B. van der Kolk, A. McFarlane, and L. Weisaeth, 331–58. New York: Guilford.
- Ressler, E., N. Boothby, and D. Steinbock. 1988. *Unaccompanied Children: Care and Protection in Wars, Natural Disasters, and Refugee Movements*. New York: Oxford University Press.

- Sivard, R. L. 1996. *World Military and Social Expenditures 1996*. Washington, DC: World Priorities.
- Smith, D. 2003. *The Atlas of War and Peace*. London: Earthscan.
- Stavrou, V. 2005. *Breaking the Silence*. Luanda, Angola: Christian Children's Fund.
- Terr, L. 1991. "Childhood Traumas." *American Journal of Psychiatry* 148: 10–20.
- Tolfree, D. 2003. *Community-Based Care for Separated Children*. Stockholm: Save the Children Sweden.
- Triandis, H. 2001. "Individualism and Collectivism: Past, Present, and Future." In *The Handbook of Culture and Psychology*, ed. D. Matsumoto, 35–50. New York: Oxford University Press.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 1995. *The State of Angola's Children*. Luanda, Angola: UNICEF.
- . 1996. *State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- Ward, M., D. Kessler, and S. Altman. 1993. "Infant-Mother Attachment in Children with Failure to Thrive." *Infant Mental Health Journal* 14: 208–20.
- Wessells, M. G. 1999. "Culture, Power, and Community: Intercultural Approaches to Psychosocial Assistance and Healing." In *Honoring Differences: Cultural Issues in the Treatment of Trauma and Loss*, ed. K. Nader, N. Dubrow, and B. Stamm, 267–82. New York: Taylor and Francis.
- . 2006. *Child Soldiers: From Violence to Protection*. Cambridge, MA: Harvard University Press.



## CHAPITRE 17

# La communication stratégique dans les programmes de développement de la petite enfance : le cas de l'Ouganda

**Cecilia Cabañero-Verzosa et Nawsheen Elaheebocus**

Les faits sont clairs. Une panoplie de recherches apporte l'argument économique, politique et scientifique en faveur des investissements dans le développement de la petite enfance (DPE). L'investissement dans le DPE a un taux de rendement élevé, il favorise le développement émotionnel, intellectuel, social et physique des enfants ; il augmente leurs performances à l'école primaire et réduit le taux d'abandon scolaire. Les décideurs, les organismes donateurs et les représentants des gouvernements en reconnaissent l'importance cruciale et les avantages, deux initiatives internationales, l'Éducation pour tous (EPT) et les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en témoignent. Le financement public et privé de programmes de DPE, quoiqu'insuffisant, a considérablement augmenté. La Banque mondiale a accru ses investissements passant d'environ 126 millions de dollars US en 1990 à 1,5 milliard de dollars US en 2005.<sup>1</sup> De même, les organismes indépendants de recherche et les groupes de réflexion comme la Fondation Ford, la Rand Corporation, la Fondation Aga Khan et le Groupe PNC Financial

Services<sup>2</sup> investissent de plus en plus dans la recherche et l'exécution de programmes de DPE.

Malgré la reconnaissance de l'importance de ces programmes et l'augmentation des investissements, la situation du DPE demeure désastreuse dans la plupart des régions du monde, surtout en Afrique. La Banque mondiale a augmenté ses prêts cumulés en faveur du DPE en Afrique, passant de 8 millions (entre 1990 et 1996) à 125 millions de dollars US (entre 1997 et 2005), mais il faudrait bien plus pour obtenir un impact significatif (Garcia 2001). L'Afrique a toujours le taux de mortalité infantile le plus élevé du monde (92 pour 1 000 naissances vivantes), un tiers de tous les enfants africains qui survivent jusqu'à l'âge de 6 ans sont sous-développés et 95% des enfants africains de 5 à 6 ans n'ont pas accès à l'éducation préscolaire (Banque mondiale 2002). Ainsi, on se pose des questions: pourquoi les interventions de DPE n'ont-elles pas l'effet voulu et, en tenant compte des niveaux des investissements actuels, que peut-on faire pour améliorer la situation?

Ce chapitre fait valoir que la communication stratégique améliore l'efficacité des programmes de développement. Il démontre que les activités de communication appliquées de manière stratégique et cohérente aux objectifs de développement peuvent véritablement entraîner de meilleurs résultats. Puisant principalement dans l'expérience du Projet de nutrition et de développement de la petite enfance de l'Ouganda (PNDPE), il plaide en faveur de la valeur de la stratégie de communication dans les programmes de DPE, illustre l'utilisation de la communication stratégique pour changer les comportements et montre comment l'utilisation ciblée des outils de communication stratégiques et techniques contribue à la mise en œuvre réussie des programmes de DPE.

## **Le besoin de communication stratégique dans les programmes de DPE**

Une analyse des documents de projets de la Banque mondiale <sup>3</sup> révèle que les projets de DPE trébuchent fréquemment en cours d'exécution en raison, principalement, de cinq facteurs récurrents : (1) le manque d'appropriation et une compréhension insuffisante des avantages du DPE aux niveaux infranational et régional du gouvernement ; (2) une coordination inefficace entre les principaux acteurs et l'insuffisance des capacités des agences d'exécution ; (3) les retards dans la passation des marchés et le décaissement des fonds et une allocation de ressources non fiable depuis le niveau national jusqu'au niveau du district ; (4) les facteurs socioculturels



qui entravent le changement de comportement aux niveaux de base, et (5) les arrangements complexes de mise en œuvre en raison de l'approche intégrée intersectorielle du DPE. Si ces facteurs ne sont ni anticipés ni traités pendant la conception du projet, sa réalisation sera retardée et l'efficacité du programme compromise.

La communication stratégique est un outil puissant qui peut colmater les brèches entre discours politique, objectifs du projet et mise en œuvre efficace. Cet outil multi-niveaux permet d'obtenir le soutien des acteurs avec des messages persuasifs bien ciblés et il sert de pont qui transforme le soutien à un objectif de développement en actes réels. Un plan de communication stratégique élaboré au début du cycle du projet et intégré dans sa conception peut aider à identifier les risques politiques, sociaux et culturels qui pourraient compromettre la pérennité du programme et de faire des recommandations sur la manière d'atténuer ces risques. Au-delà de l'approche traditionnelle à sens unique de la communication pour la diffusion de l'information, la communication stratégique vise à faire participer les acteurs dans un dialogue à double sens pour s'assurer que les objectifs du projet sont alignés sur les besoins et les exigences des bénéficiaires. Ainsi, la communication stratégique peut promouvoir un important changement de comportement ou de perception, ou les deux, parmi les principaux acteurs par l'identification et la résolution des conflits et la recherche de consensus chez les acteurs dont le soutien est nécessaire pour atteindre les objectifs. Un large éventail d'activités de communication peut être utilisé pour soutenir les programmes de DPE en fonction du climat sociopolitique et culturel dans lequel il fonctionne.

### **Concepts clés de la communication stratégique**

Voici quelques concepts clés que les décisionnaires politiques et les praticiens de DPE doivent garder à l'esprit pendant la conception, la planification et la mise en œuvre des projets de DPE.

*Viser le changement de comportement comme objectif ultime*—On peut mesurer le succès des programmes de communication stratégique par les changements d'attitude, de comportements et de pratiques des groupes d'acteurs qui sont essentiels à la réalisation des objectifs du projet. Le changement de comportement est un processus à long terme qui exige une compréhension claire des actions et des croyances des individus, des obstacles qui entravent un changement de comportement, des connaissances requises pour influencer leur comportement et de la façon de

communiquer efficacement ces informations. Ce processus implique l'élaboration d'une suite d'activités de communication qui repose sur cinq étapes clés du changement que les individus suivent lorsqu'ils se trouvent devant une idée nouvelle:

- Être conscient d'un problème;
- Comprendre, acquérir de nouvelles connaissances et apprendre de nouvelles compétences ;
- Être motivé de faire quelque chose pour résoudre le problème ;
- Adopter le comportement souhaité ; et
- Poursuivre la pratique du nouveau comportement.

La littérature qui traite des recherches sur l'attitude identifie les diverses manières de concevoir des interventions de changement de comportement tels que l'usage du pouvoir et de l'autorité, les négociations en vue d'identifier et de partager les intérêts et de s'entendre sur la façon dont on peut partager les ressources, les incitations, à la fois monétaires et non monétaires, et la persuasion. La communication stratégique met l'accent sur l'usage de la persuasion dans l'élaboration des messages qui trouvent un écho auprès du public. Les professionnels de la communication reconnaissent le rôle que l'incitation joue dans la création d'un environnement propice qui encourage les individus à envisager d'adopter de nouveaux comportements et de nouvelles attitudes, ainsi que la valeur et la crédibilité de porte-parole tiers qui exercent le pouvoir et l'autorité et peuvent plaider en faveur d'un problème de développement. Ainsi, une stratégie de communication bien conçue tentera d'utiliser différents modes d'influence sociale pertinents pour un public et un contexte donné.

***Employer une approche centrée sur le client***—Les documents de projet de la Banque mondiale démontrent que les équipes du projet de DPE ont tendance à s'appuyer sur des activités de diffusion d'information classiques telles que des conférences nationales, des campagnes pour l'éducation, des campagnes itinérantes et des émissions radiophoniques pour sensibiliser le public à l'importance et aux avantages du DPE. Cette approche est certes informative, mais elle est particulièrement axée sur l'organisation et ne prend pas en compte les points de vue des clients et leurs raisons pour ne pas se conformer aux comportements et pratiques de DPE recommandés. La communication stratégique favorise l'adoption d'une approche centrée sur le client qui se concentre sur les besoins des

bénéficiaires. Cette approche suppose la compréhension des attitudes, des croyances et des pratiques du client ainsi que des barrières culturelles, structurelles et sociales et des coûts perçus de l'adoption de nouveaux comportements et fournit aux clients des outils et des techniques pour surmonter ces obstacles.

Par exemple, il peut être trompeur de supposer que le non respect de l'adoption d'un comportement approprié de DPE par les parents est dû à une ignorance de leur part, les parents peuvent être bien conscients du bon comportement à adopter mais en être empêchés par des facteurs socioéconomiques ou culturels. Il est essentiel de comprendre le point de vue des clients et les causes sous-jacentes de leur comportement et de démasquer les obstacles au changement pour entraîner un changement de comportement. Si l'objectif du projet vise à changer les attitudes des parents lorsqu'il s'agit d'envoyer leurs enfants à l'école maternelle il se pourrait bien que, par exemple, identifier les idées fausses sur l'âge préscolaire, localiser, dans la mesure du possible, les obstacles structurels, culturels ou économiques qui peuvent les empêcher de le faire et trouver des moyens pour surmonter ces obstacles soit une approche plus efficace que la diffusion d'informations sur les avantages de l'éducation préscolaire. De même, alors que les émissions radiophoniques constituent sans aucun doute une bonne voie pour communiquer les effets dévastateurs de la malnutrition sur le développement et l'apprentissage des enfants, il se pourrait que les parents ne comprennent pas comment leurs propres habitudes alimentaires contribuent à la malnutrition, et qu'ils ignorent l'existence d'habitudes alimentaires alternatives. C'est la responsabilité des décideurs et des professionnels de créer les cadres politiques, les structures institutionnelles et les primes d'incitation appropriés pour faciliter le processus de changement de comportement.

Des activités de communication axées sur les bénéficiaires et intégrées dans la conception du projet peuvent accroître la probabilité que les acteurs entreprendront les actions de DPE appropriées. Cela implique que les équipes du projet doivent d'abord comprendre les points de vue des clients lors de la conception des interventions du projet de DPE. En se concentrant sur les bénéficiaires et en comprenant clairement leurs besoins grâce à la recherche formative, on peut définir les questions, identifier le changement de comportement souhaité, segmenter les auditoires, cadrer les messages nécessaires et sélectionner une combinaison efficace de voies de communication. Seuls les clients ont le choix et le pouvoir de décider que faire des messages reçus. S'ils sont bien communiqués, les messages reçus devraient les orienter vers un changement positif et

entraîner des comportements compatibles avec la finalité du projet. En outre, les objectifs centrés sur les bénéficiaires permettent d'identifier plusieurs possibilités pour renforcer les actions de développement des capacités nécessaires pour soutenir le changement de comportement à long terme. Ces possibilités incluent l'éducation des parents et des pourvoyeurs de soins sur les bonnes pratiques de soins et de nutrition de l'enfant, la formation des enseignants et des pourvoyeurs de soins pour qu'ils puissent mieux conseiller et communiquer, et, tout aussi important, le recrutement des dirigeants politiques et des parlementaires comme défenseurs et agents de changement.

*Communiquer avec les principaux dirigeants*—Les professionnels de DPE doivent anticiper les risques et les obstacles potentiels à la mise en œuvre réussie du programme de DPE en identifiant et en répondant aux besoins des groupes d'intérêt les plus influents qui pourraient faire dérailler le programme. Les professionnels de DPE communiquent souvent efficacement avec le public en aval (parents, soignants des enfants et enseignants) pour expliquer les avantages des interventions de DPE, mais négligent de communiquer avec le public en amont (bailleurs de fonds, responsables gouvernementaux, décisionnaires et législateurs). Dans la pratique, la réalisation d'un projet repose sur l'adhésion de ceux qui sont au plus haut niveau, c'est celle-ci qui permettra au projet d'avancer. Les décisionnaires politiques, les représentants gouvernementaux et les dirigeants locaux doivent comprendre que les raisons des réformes de DPE sont en adéquation avec les priorités nationales et locales et donc politiquement acceptables. Le langage technique qui est souvent utilisé dans les programmes de DPE est rarement convaincant. Bien que les objectifs du programme de DPE semblent très clairs aux équipes du projet, ces objectifs doivent être interprétés pour des publics divers, tant en amont et en aval.

L'utilisation des techniques de communication stratégique pour renforcer le soutien à un programme de DPE a été illustrée dans le Projet de nutrition et du développement de la petite enfance (PNDPE) en Ouganda, mis en œuvre entre 1999 et 2005.

### **Exemple de cas : le Projet de nutrition et du développement de la petite enfance en Ouganda**

Le projet PNDPE visait à améliorer la santé et l'état nutritionnel et le développement cognitif et psychosocial des enfants d'âge préscolaire. Le projet a couvert environ 8,000 communautés dans 20 des 39 districts en

Ouganda. Les communautés ont été choisies en fonction de leurs niveaux de malnutrition, de mortalité infantile et des taux d'inscription dans le primaire. Le projet PNDPE cherchait à (1) réduire de moitié la prévalence de la malnutrition chez les enfants d'âge préscolaire dans les zones du projet à la fin de celui-ci, (2) améliorer la préparation à l'école des enfants d'âge préscolaire; (3) accroître les effectifs dans les écoles primaires et réduire le taux d'abandon et de redoublement; (4) améliorer le développement psychosocial et cognitif, et (5) doubler la proportion des mères qui assurent des soins appropriés aux enfants.

Une approche de communication stratégique, et non une simple diffusion de l'information, a joué un rôle clé dans l'identification des obstacles à la mise en œuvre réussie du projet. Pour mieux comprendre la perception des principaux acteurs, la stratégie de communication a été guidée par une recherche de communication intensive. Cette stratégie de communication visait à promouvoir le changement de comportement chez les parents et les soignants ainsi que chez les décisionnaires et les dirigeants communautaires.

### ***Recherche sur les communications***

L'équipe du projet entreprit une recherche à trois volets comprenant (1) une recherche qualitative sur les habitudes d'alimentation complémentaire au nord de l'Ouganda pour compléter l'information disponible sur le reste du pays, (2) des connaissances locales et le traitement vermifuge en Ouganda et (3) la recherche en communication pour découvrir les perceptions, les croyances et les pratiques de DPE en Ouganda. Les résultats des recherches ont révélé que les pratiques et les croyances culturelles sur l'éducation des enfants étaient incompatibles avec les recommandations parentales préconisées par le projet (Neema et al. 2002). Par exemple, pour les parents, un « bon enfant » était un enfant obéissant, poli et respectueux, qui ne réclame pas à manger tout le temps mais aime manger et ne pleure pas. Le « mauvais » enfant était décrit comme un enfant qui pleure inutilement, veut souvent être porté, se bat avec d'autres enfants, se montre irrespectueux, désobéissant, mal élevé et destructeur. Les parents ougandais ne comprenaient pas vraiment la notion de relations affectueuses et ludique entre parents et jeunes enfants. Pour eux, une relation parents/enfants appropriée repose sur l'idée que les parents subviennent aux besoins essentiels de leurs enfants et les disciplinent. Le projet recommandait une démarche pédagogique centrée sur l'enfant qui encourageait les enfants à être actifs et curieux pour stimuler leur développement psychosocial et cognitif et qui augmentait les

relations entre parents et enfants pour favoriser le développement émotionnel des enfants.

En outre, l'étude a exposé clairement certaines idées fausses sur la santé et la nutrition des enfants qui, à moins d'être rectifiées, auraient pu entraver la réalisation des objectifs du projet. Par exemple, certains parents croyaient que les médicaments de déparasitage étaient trop forts pour les enfants et pourraient les tuer et que certains aliments étaient tabous. Cette dernière croyance poussait souvent les parents à interdire des aliments nutritifs pourtant nécessaire en cas de maladie.

La recherche en communication a joué un rôle clé dans l'élaboration et la mise en œuvre de communications qui devaient amener les parents à reconnaître les avantages d'une pédagogie centrée sur l'enfant et des pratiques nutritionnelles et sanitaires appropriées. Pour cela, on leur donnait des informations nouvelles et on élaborait des messages persuasifs qui, tout en reconnaissant l'existence des croyances des parents, démontraient les avantages du comportement souhaité.

Une recherche formative a permis d'identifier et de surmonter une barrière politique et institutionnelle importante. Alors que le gouvernement ougandais s'engageait à investir dans les jeunes enfants—comme en témoignait la mise en place d'un plan d'investissement sur 10 ans pour la santé et la nutrition des enfants, l'eau et l'hygiène, l'éducation de base et la protection des enfants—le soutien parlementaire au projet n'était pas évident. Les articles parus dans les médias critiquaient le projet et rapportaient des débats très vifs au parlement. Ainsi donc, le projet devait faire face à deux principaux défis : (1) éduquer et motiver les parents et les pourvoyeurs de soins à adopter un changement de comportement positif concernant les soins, la nutrition et la scolarisation des enfants; et (2) établir des coalitions pour soutenir le projet et trouver des champions nationaux en faveur des programmes de nutrition et de développement de l'enfant.

### ***Changement de comportement***

Une approche synchronisée était une caractéristique stratégique du plan de communication ; les communications étaient liées aux objectifs du projet et correspondaient à chaque étape importante du changement de comportement. Une équipe de terrain, composée de partenaires des différents acteurs du projet, a organisé un atelier de planification de la communication et d'élaboration des messages pour se mettre d'accord sur les éléments importants de la stratégie de communication. Un modèle du

processus décisionnel structuré (voir annexe 17.1) a servi de feuille de route pour définir les cinq lignes directrices de gestion de la communication qui permettraient de formuler une stratégie de communication efficace. En utilisant les résultats de la recherche formative, l'équipe du projet est parvenue aux décisions suivantes:

1. **Le comportement.** Pour atteindre les résultats attendus du projet, les communications doivent porter sur les idées fausses et les obstacles aux changements de comportement dans (1) les pratiques nutritionnelles complémentaires; (2) les pratiques d'hygiène personnelle, les installations sanitaires et le déparasitage et (3) les pratiques de DPE et les relations parents - enfants positives.
2. **L'auditoire.** Pour promouvoir efficacement et influencer le changement de comportement, l'auditoire était segmenté pour privilégier l'action et adapter les messages en conséquence. Les parents et les pourvoyeurs de soins aux enfants âgés de 0 à 6 ans furent identifiés comme *l'auditoire primaire* qui devait changer de comportement pour atteindre les objectifs du projet. Cet auditoire, soit connaissait très peu comment nourrir et s'occuper correctement des enfants, soit avait des connaissances mais pas les compétences requises. L'auditoire primaire fut ensuite divisé en cinq groupes : (1) les femmes enceintes et les mères qui venaient d'accoucher ; (2) les mères et les pourvoyeurs de soins aux enfants de moins de 6 mois ; (3) les mères et les pourvoyeurs de soins aux enfants âgés de 6 mois à 2 ans ; (4) les mères et les pourvoyeurs de soins aux enfants âgés de 2 à 6 ans ; et (5) les pères et les hommes adultes de la famille des enfants âgés de 0 à 6 ans.

*L'auditoire secondaire*—défini comme les personnes ayant une influence sur le comportement de l'auditoire primaire—se composait des grands-parents, des frères et sœurs, des anciens de la communauté, des agents de santé, des enseignants, des chefs religieux et des pourvoyeurs de soins communautaires.

*L'auditoire tertiaire* comprenait les personnes en position d'autorité ou d'influence sur un groupe important d'individus, c'est à dire ceux qui interviennent dans la formulation des politiques, qui fournissaient des ressources financières, des services et des produits facilitant l'adoption de nouveaux comportements. Ce groupe était composé de dirigeants politiques, parlementaires, ministres, dirigeants d'organismes gouvernementaux, dirigeants dans les districts, autorités locales et membres des conseils de village.

3. **Le message à emporter.** Pour réaliser des messages significatifs et convaincants susceptibles d'influencer l'adoption de nouveaux comportements de soins aux enfants, il faut les centrer sur les besoins spécifiques des clients, cibler leurs croyances ou leurs opinions et répondre à la question, « En quoi cela me concerne-t-il ? » Un seul message ne convient pas à tous. On a pris soin d'élaborer des messages réalistes, intéressants, concis et culturellement sensibles (voir l'encadré 17.1). La recherche formative servait de feuille de route pour guider le contenu des messages.
4. **Les canaux de communication.** Pour atteindre les audiences ciblées, on a choisi les moyens de communication en fonction de leur disponibilité, accessibilité, prix et de leur crédibilité. Les conditions particulières locales et les caractéristiques de l'auditoire servaient à déterminer quels moyens seraient le plus efficaces pour les comportements ciblés et la sensibilisation de l'auditoire. Le support médiatique est aussi important que le message. L'équipe du projet a donc utilisé une combinaison de

### Encadré 17.1

#### Contexte culturel, social et religieux

Les messages du projet devaient tenir compte de la diversité culturelle de l'Ouganda, qui se retrouve dans les régimes alimentaires, les attitudes et les croyances. Par exemple, dans certaines parties du pays, les céréales sont la base de l'alimentation, dans d'autres ce sont les plantains, le lait et la viande. Dans certaines cultures, les chefs traditionnels sont des personnages influents qui peuvent convaincre les gens de changer leurs comportements.

Les populations cibles étaient des chrétiens de différentes confessions et des musulmans. Dans ces groupes, les chefs religieux peuvent influencer le changement de comportement. Dans la plupart des ménages où il y a un homme, celui-ci est le chef de famille; généralement, c'est à lui qu'on sert à manger en premier et qui reçoit la meilleure et la plus grosse portion. En même temps, une grande proportion des ménages ougandais sont dirigés par des femmes célibataires qui doivent concilier la nécessité de gagner de l'argent et les soins à donner aux enfants. Dans ces cas, c'est à l'un des frères et sœurs plus âgés—généralement la fille aînée—ou à un autre parent que revient la responsabilité de donner les soins, de faire manger et jouer l'enfant.

*Source:* Verzosa 2005.



supports de portée adéquate et à la fréquence nécessaire pour cibler les audiences visées, combinant efficacement les médias, la presse écrite, les voies communautaires et la communication interpersonnelle, voir l'annexe 17.2.

5. **Suivi & évaluation.** Pour suivre les progrès de la réalisation et évaluer l'efficacité de la communication, une organisation de recherche locale fut embauchée pour mettre en œuvre le plan de suivi & évaluation. On effectua six vagues d'enquêtes sur deux ans afin de suivre l'évolution des connaissances, des attitudes et des pratiques dans des zones du projet choisies au hasard. Lors de chaque vague, 480 entretiens avec les principaux pourvoyeurs de soins aux enfants de 0 à 6 ans furent réalisés dans trois sous-comtés tirés au sort dans chacun des quatre districts. Les indicateurs de succès mesurables pour évaluer l'efficacité du programme de communication étaient axés sur l'auditoire cible et abordaient les questions suivantes: L'auditoire cible est-il exposé aux messages comme prévu? L'auditoire cible peut-il se rappeler au moins un des messages? L'auditoire cible a-t-il compris correctement le sens des messages? L'auditoire cible est-il motivé pour modifier son comportement actuel après avoir reçu les messages? L'auditoire cible a-t-il changé de comportement?

Le modèle des cinq décisions de gestion de la communication a aidé l'équipe à faire son chemin vers le changement des comportements. La mesure des résultats par rapport à des repères précis a permis de déterminer l'impact de la communication sur l'amélioration des connaissances, le développement d'attitudes positives et la promotion de l'adoption de nouveaux comportements. Les résultats ont permis aux équipes du projet d'affiner et d'adapter les stratégies de communication pour l'établissement durable des comportements souhaités. Les familles et les communautés étant de plus en plus conscientes des avantages des bonnes pratiques de soins aux enfants et répondant positivement aux messages de changement de comportements, l'équipe du projet continuera d'examiner les progrès accomplis tout au long du continuum de changement des comportements.

### ***Changement de comportements en aval : la promotion de meilleures pratiques de soins aux enfants***

La composante communication du PNDPE était axée sur une amélioration des connaissances et le soutien des attitudes, croyances et pratiques positives des parents, principalement le sevrage (défini comme

l'allaitement maternel jusqu'à 18 mois et l'introduction des aliments complémentaires à 6 mois et pas avant), le déparasitage initial des enfants puis tous les six mois en cas de réinfection et le développement de la petite enfance grâce à des relations parentales positives et une plus grande implication des pères dans les soins aux enfants de moins de 6 ans.

Inverser les pratiques préjudiciables à la santé et au bien-être de l'enfant signifiait convaincre les parents et les pourvoyeurs de soins primaires de modifier des croyances anciennes pour adopter un comportement mieux approprié. Changer les comportements requiert plus que des dépliants et des informations.

Avec pour objectif très clair l'amélioration de la santé et de la nutrition des enfants, la stratégie de communication a fixé les objectifs clés des interventions visant à changer les comportements; la stratégie comprenait les activités de communication suivantes :

- Lancement d'un plan de communication multimédia visant les pratiques correctes de sevrage, le déparasitage et les comportements liés au DPE. La communication a aidé les parents et les pourvoyeurs de soins à comprendre la relation qui existe entre retard de croissance et alimentation en cours de maladie ou alimentation suffisante des enfants. Le plan voulait modéliser le nouveau comportement, montrer les réussites de parents et de pourvoyeurs de soins qui l'avaient adopté, apporter des compétences et donner des instructions pour dissiper les idées fausses sur certaines pratiques nutritionnelles.
- Formation des agents de santé, et des enseignants dans les centres d'accueil de jour et les établissements préscolaires sur les objectifs de la campagne de communication et leur rôle dans la réussite du projet. Pour les aider à communiquer efficacement, les enseignants et les agents de santé ont reçu une formation pour améliorer leur capacité de communication qui est essentielle pour donner des conseils en nutrition et promouvoir l'adoption de bonnes pratiques de soins aux enfants.
- Mise en œuvre d'un suivi & évaluation pour que les matériels développés soient diffusés de manière rentable et que les messages parviennent à l'auditoire ciblé. La radio était le moyen de communication le plus populaire, atteignant plus de 90% des Ougandais, tandis que seulement 34% des Ougandais lisent les journaux et 17% regardent la télévision.
- Effort national de sensibilisation à l'intention des parlementaires, des fonctionnaires des ministères de la Santé et de l'Éducation, des dirigeants de district et des dirigeants communautaires.

### ***Changement de comportements en amont : la création de réseaux de hérauts et de défenseurs du DPE parmi les décisionnaires clés***

Les efforts de sensibilisation auprès des dirigeants politiques et des parlementaires contribuent à créer des coalitions de soutien et un environnement politique propice qui favorise les programmes essentiels à la croissance et au développement des jeunes enfants. Dans le projet de l'Ouganda, la sensibilisation fit l'objet d'une communication vers l'amont qui cherchait à changer la mentalité des dirigeants, des parlementaires et des médias pour sensibiliser et améliorer la compréhension au niveau national du grave problème du retard de croissance et de la malnutrition des enfants.

Pour obtenir le soutien du parlement, on créa un groupe de défenseurs parlementaires. Au cours d'une session de réflexion avec le ministre des Finances de l'époque sur la stratégie de communication, certains parlementaires furent identifiés comme alliés clés. Le ministre a ensuite approché plusieurs parlementaires qui, pensait-il, défendraient le projet auprès de leurs collègues.

Les parlementaires furent emmenés en voyage d'étude et d'observation pour les familiariser avec des programmes réussis de DPE au Kenya. Ils ont également participé à des visites régulières sur le terrain pour rester informés des développements du projet. Communicateurs et personnes influentes clés du changement, des spécialistes des médias furent également sensibilisés et formés lors de séminaires d'information et d'un cours à distance de six semaines sur la communication stratégique.

Le comité de défense a sensibilisé le public sur le retard de croissance et ses implications pour le développement des enfants et le développement à long terme du pays. Pour tenir les parlementaires informés de l'état d'avancement du projet, on leur distribua des cassettes audio avec les dernières informations sur les activités et les problèmes rencontrés. Ce format fut choisi à cause de leurs horaires chargés; ils pouvaient écouter les bandes tout en conduisant. On donna également aux membres du comité de défense une formation médiatique pour appuyer leurs efforts. Bien des controverses naquirent durant les trois mois précédant le vote du parlement sur le projet et on pensait qu'il avait peu de chance d'être adopté, mais les efforts du comité de défense pour forger des alliances portèrent leurs fruits et les parlementaires votèrent en faveur du projet.

### ***Évaluer l'impact de la communication***

Les résultats des évaluations suggèrent que les messages diffusés par différentes voies, avec une portée et une fréquence variables ont réellement

entraîné des changements dans les attitudes et les comportements des ménages. Les évaluations de la communication, nous l'avons dit, se sont déroulées en six vagues durant plus de deux ans pour suivre l'évolution des connaissances, des attitudes et des pratiques dans des zones du projet sélectionnées au hasard. Lors de chaque vague, rappelons le, 480 entretiens avec les principaux pourvoyeurs de soins aux enfants de 0 à 6 ans furent réalisés à partir d'un échantillon de trois sous-comtés choisis au hasard dans chacun des quatre districts.

Les données tirées de l'étude longitudinale d'évaluation confirment les impacts du projet: (1) amélioration de la santé et de l'état nutritionnel, (2) amélioration des connaissances et des pratiques en matière de soins aux enfants, (3) augmentation de la demande pour des services de santé et de nutrition, (4) augmentation de la demande de scolarisation et (5) renforcement des capacités locales et sociales.

**1. L'amélioration de la santé et de l'état nutritionnel.** La malnutrition chez les jeunes enfants de 0 à 36 mois fut réduite de 30% dans la zone du projet, passant de 24,4% à 17,1%. Chez les enfants souffrant de malnutrition sévère, l'émaciation fut réduite de 50%. Après 18 mois de mise en œuvre du projet une comparaison entre les zones qui bénéficiaient des interventions PNDPE et des zones hors du projet faisait état de tendances encourageantes dans

- l'augmentation de l'allaitement maternel exclusif des nourrissons jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de 6 mois (14% contre 1%) ;
- l'amélioration des pratiques d'alimentation complémentaire; par exemple, les enfants recevaient plus de légumineuses (66% contre 33%) ;
- le taux de vaccination (73% contre 58%) ;
- l'amélioration de l'apport en vitamine A (13,6% d'augmentation dans les zones du projet comparativement à une baisse significative de 17% dans les zones hors projet) ; et
- l'augmentation du déparasitage chez les enfants âgés de moins de 72 mois (38% contre 8%).

Les activités de communication communautaires ont complété et renforcé les messages véhiculés par les médias. Ces activités comprenaient des réunions de groupe, des visites à domicile et la formation des agents de santé et des enseignants communautaires.

**2. L'amélioration des connaissances et des pratiques de soins aux enfants, de santé et de nutrition.** Les messages clés reliaient les comportements

positifs aux bénéfiques souhaitables; par exemple, « Un enfant en bonne santé est un enfant heureux », « Les enfants apprennent par le jeu », « Un enfant en bonne santé est la fierté de chaque famille » et « Vous pouvez économiser de l'argent en veillant à la bonne alimentation et la bonne santé de votre famille ». La plupart des répondants dans les zones du projet avaient considérablement amélioré leurs connaissances et adopté une attitude positive envers la scolarité, les relations parent - enfant et les rôles des parents par rapport à ceux qui vivaient dans des sites hors projet.

3. **L'augmentation de la demande pour des services de santé et de nutrition.** La communication a contribué à stimuler la demande pour une meilleure santé expliquant aux familles et aux communautés les avantages de l'adoption de meilleures pratiques de santé et de soins aux enfants. En particulier, les Foires des enfants créées pour la prestation des services de santé et de nutrition intégrés, ont réussi à augmenter la demande de médicaments vermifuges et de suppléments en vitamine A. Environ 60% des enfants à qui on a donné les médicaments de déparasitage les ont reçus dans les Foires des enfants. Une évaluation des activités de communication, conduite par Steadman Research Services (2003), a noté que les Foires des enfants ont contribué à une consommation accrue de vitamine A et, lorsqu'ils étaient offerts, de médicaments déparasitant, ainsi qu'à des taux de vaccination soutenus. Un rapport d'évaluation longitudinale a révélé que la Foire des enfants est rentable pour la prestation des services, elle revient entre 1,00 et 1,33 dollar US par enfant (Alderman et al. 2003). La stratégie de communication faisait également appel au divertissement et à l'éducation et délivrait des messages convaincants à travers des chansons, des sketches, des pièces de théâtre et des démonstrations.
4. **L'augmentation de la demande de scolarisation.** Les messages de la campagne vantant les bénéfices de relations parents - enfants positives et les pratiques de DPE semblent avoir accru la demande de scolarisation précoce. L'étude longitudinale confirme un impact positif sur les inscriptions, en particulier pour les enfants d'âge préscolaire, tant par rapport au groupe témoin que par rapport aux inscriptions initiales dans les communautés du projet. Les résultats suggèrent que lorsqu'il atteindra l'âge de 12 ans et demi, un enfant quelconque dans la zone du projet aura atteint un niveau scolaire plus élevé que celui des enfants dans les zones non couvertes.

5. **Le renforcement des capacités locales et sociales.** Tirant parti de la radio, source d'informations la plus populaire, le projet a diffusé des programmes radiophoniques pour informer et encourager la participation communautaire dans des activités génératrices de revenus liées à la nutrition. Les organisations non gouvernementales (ONG) ont travaillé en étroite collaboration avec ceux qui voulaient introduire une demande de subvention communautaire. On a développé les compétences locales dans la planification et le lancement de microprojets et les associations communautaires en favorisant une coopération mutuellement bénéfique a crée un capital social. La plupart des communautés ont contribué davantage que les 25% obligatoires du coût total du projet.

## Conclusion

La communication stratégique est un outil puissant pour renforcer l'efficacité des interventions de DPE. L'expérience de la communication dans des projets de développement tous secteurs confondus montre qu'une stratégie de communication centrée sur les bénéficiaires, axée sur la recherche et le communautaire, élaborée et intégrée au cours de la conception du projet, procure une vision claire des perceptions et des positions des principaux acteurs et adresse les craintes perçues et les obstacles au changement. La recherche sur la communication qui fournit à la fois des données qualitatives et quantitatives et encourage la participation des acteurs permet aux équipes de projet de comprendre l'importance des interventions de DPE, non pas d'un point de vue de spécialiste mais, plus important encore, du point de vue de l'auditoire. La compréhension des perceptions et des croyances de l'auditoire aidera les équipes à élaborer des messages qui correspondent aux besoins de ces publics, à choisir des voies de communication qui soient à la fois populaires et efficaces et à identifier les indicateurs qui permettront de suivre l'évolution des connaissances, des attitudes et des comportements.

Une équipe de projet a deux grandes responsabilités vis-à-vis de ses clients et de son public. Tout d'abord, l'équipe doit reconnaître que le public est primordial lorsque l'équipe élabore les interventions de DPE. Le travail commence par la recherche d'une appréciation en profondeur des perspectives du public sur les questions de DPE, des connaissances et des croyances qui déterminent leurs pratiques de DPE actuelles. Deuxièmement, l'équipe doit se pencher sur le contexte socioculturel et les obstacles institutionnels qui empêchent ce public d'adopter de nouveaux comportements de DPE. La communication stratégique cherche à

changer des comportements, il ne suffit donc plus, pour juger l'efficacité d'une communication, de voir si le message est persuasif et transmis efficacement; il faut plutôt identifier les obstacles qui empêchent les gens d'adopter de nouveaux comportements et intégrer cette activité à la communication des bienfaits de l'adoption de nouvelles pratiques. Lorsque le public comprend les bienfaits des pratiques de DPE et prend la décision volontaire de les adopter, la tâche de l'équipe du projet est à moitié réalisée. Ce n'est que lorsque les gens sont en mesure de mettre en pratique ce qu'ils ont appris sur le DPE que les équipes peuvent considérer leur travail comme un véritable succès.

## Annexe

**Annexe Tableau 17A.1 Modèle des cinq décisions de la gestion de la communication**

**Objetif de la gestion:** \_\_\_\_\_

<i>Audience</i>	<i>Comportement</i>	<i>Message</i>		<i>Canaux</i>	<i>Evaluation</i>
		<i>Messages à emporter</i>	<i>Données en Appui</i>		



**Annexe Tableau 17A.2 Cinq décisions de la gestion de communication appliquées dans le projet de nutrition du développement de la petite enfance (PNDPE) en Ouganda**

**Développement de la petite enfance**

*Objectifs:*

- La « voix » de l'enfant: donner l'occasion aux enfants se faire entendre dans la famille; engager une conversation dans les deux sens.
- Fournir un environnement sûr pour jouer: donner à un enfant un environnement sûr pour jouer à la maison et dans la communauté
- Mieux comprendre le rôle des parents—« comment » évaluer le rôle des parents dans l'éducation de l'enfant et décrire comment les parents peuvent remplir ce rôle
- Mieux comprendre le rôle des parents—« quand » : trouver des opportunités pour les rapports parents - enfants
- Mieux comprendre les bénéfices de rapports parent - enfants positifs

<i>Audience</i>	<i>Comportement</i>	<i>Message Transmis</i>	<i>Moyen de communication</i>	<i>Evaluation des activités de communication</i>
Parents des enfants âgés de 0 à 6 ans	Les parents doivent parler et écouter leurs enfants. Les parents doivent se garder d'être trop autoritaires et ne doivent pas se considérer comme la seule autorité. Les parents doivent changer l'attitude répandue que les enfants « sont vus et non entendus. »	Notre famille vivra plus heureuse et réussira mieux si nous parlons ensemble, y compris avec nos enfants. Je pense que les discussions, entre les parents et les enfants produisent le bénéfices suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• augmentent l'estime de soi et l'amour-ropre,</li> <li>• augmentent la confiance de l'enfant,</li> <li>• développent les talents et prospects de l'enfant</li> <li>• font la promotion des compétences en communication,</li> <li>• améliorent l'unité familiale, et</li> <li>• réduisent le potentiel de conflit dans la famille</li> </ul>	Communication interpersonnelle (visites à domicile) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foire d'enfant</li> <li>• Radio</li> <li>• Presse écrite</li> <li>• Théâtre</li> <li>• Vidéo</li> </ul>	Recherche formative en communication

(suite page suivante)

**Annexe Tableau 17A.2** (suite)

<i>Audience</i>	<i>Comportement</i>	<i>Message Transmis</i>	<i>Moyen de communication</i>	<i>Evaluation des activités de communication</i>
Parents des enfants âgés de 0 à 6 ans	Les parents doivent créer un environnement plus stimulant pour que leurs enfants puissent grandir: jouer ensemble, encourager les questions et les réponses, raconter des histoires, chanter, donner des devinettes et des proverbes, fournir des jouets locaux.	Je discuterai plus avec mes enfants car cela les aidera à mieux grandir et à devenir plus brillants. Je pense que les rapports entre parents et enfants produisent les bénéfices suivants, <ul style="list-style-type: none"> <li>• les enfants sont confiants, polis et brillants,</li> <li>• les enfants sont responsables,</li> <li>• les enfants sont plus productifs,</li> <li>• les enfants grandissent bien,</li> <li>• les enfants apprennent à travailler dur,</li> <li>• des décisionnaires indépendants,</li> <li>• augmentation de l'estime de soi et,</li> <li>• de l'acceptation de soi</li> </ul>	Communication interpersonnelle (visites à domicile) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foire d'enfant</li> <li>• Groupe de médias (réunion)</li> <li>• Presse écrite</li> <li>• Médias institutionnelles (organisations confessionnelles et de formation)</li> </ul>	Collecte des données statistiques de base Recherche formative en communication

Parents et  
pourvoyeurs  
de soins

Les parents doivent améliorer  
leur compréhension et leur  
appréciation de l'importance  
du jeu dans le développement  
de l'enfant

J'encouragerai mes enfants à jouer et  
j'y participerai chaque fois que possible  
car je pense que le jeu donne des  
bénéfices à l'enfant :

- amélioration de développement et  
de la force physique,
- amélioration des compétences  
sociales,
- relaxation/réduction du stress, et
- stimulation de l'intellect et  
amélioration de développement mental
- Tout ceci améliorera le développement  
de mon enfant et le rendre un adulte  
qui réussit

Communication  
interpersonnelle (visites à  
domicile)

- Foire d'enfant
- Groupe de médias (réunions)
- Médias institutionnelles  
(organisations  
confessionnelles et écoles)

Collecte des données sta-  
tistiques de base  
Recherche formative en  
communication

---

Source: Verzosa 2005.

## Notes

1. Depuis 1990, la Banque mondiale a financé 74 projets de DPE dans environ 47 pays. Quinze de ces projets étaient des projets individuels, et 59 étaient des projets de développement humain avec une composante de DPE (World Bank 2006).
2. En septembre 2003, l'organisme NPC Financial Services Group, Inc. a lancé « NPC Grow Up Great », un programme de 100 millions de dollars US sur 10 ans pour améliorer la maturité scolaire chez les enfants entre 0 et 5 ans (Karoly, Kilburn, and Cannon 2003).
3. On a sélectionné et examiné un échantillon représentatif de documents relatifs aux projets de DPE de la Banque mondiale (documents d'évaluation de projets, rapports sur la réalisation de la mise en œuvre, et rapports départementaux sur l'évaluation des opérations) pour donner des exemples de projets mis en œuvre en Afrique (Ouganda, Erythrée), de projets individuels de DPE (Erythrée, Kenya, Indonésie, la République arabe d'Égypte) ; et un cas concernant la mise en œuvre de l'approche intégrée de DPE (Jordanie). Voir les références de la Banque mondiale (World Bank) à la fin de ce chapitre pour des renseignements plus détaillés.

## Références

- Alderman, H., P. Engle, P. Britto, and A. Siddiqi. 2003. "Longitudinal Evaluation of Uganda Nutrition and Early Childhood Development Project (NECDP)." Draft report. World Bank, Washington, DC.
- Garcia, M. 2001. "Early Child Development—Increasing World Bank Investment in Africa." In *A Directory of Early Child Development Projects in Africa Supported by the World Bank*, 1–8. Washington, DC: World Bank.
- Karoly, L. A., M. R. Kilburn, and J. S. Cannon. 2005. *Early Childhood Interventions: Proven Results/Future Promise*. Accès en ligne 9 Septembre, 2006, [http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND\\_MG341.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2005/RAND_MG341.pdf).
- Neema, S., D. Adams, R. Kibombo, and C. Baume. 2002. *Formative Communications Research on Early Childhood Development*. Uganda Nutrition and Early Childhood Development Project. Kampala, Uganda: Ministry of Health.
- Steadman Research Services. 2003. "Evaluation of Communication Activities: Uganda Nutrition and Early Childhood Development Project, Wave 6." Inédite, Kampala, Uganda.
- Verzosa, C. C. 2002. "Determinants of Behavioral Intention in Developing Country Organizations." Unpublished doctoral dissertation, Department of Communication, University of Maryland, College Park.

- . 2005. "Counting on Communication: The Uganda Nutrition and Early Childhood Development Project." World Bank Working Paper 59. World Bank, Washington, DC.
- World Bank. 1997. "Project Appraisal Document: Republic of Uganda Nutrition and Early Childhood Development Project." Human Development I, Africa Region. Report 17182-UG. World Bank, Washington, DC.
- . 1998. "Project Appraisal Document: Republic of Indonesia Early Child Development Project." Human Development Sector Department (EASHD), Report 18151. World Bank, Washington, DC.
- . 2000. "Project Appraisal Document: Government of Eritrea Integrated Early Childhood Development Project." Human Development Trust Fund Administration, Africa, Report 20373. World Bank, Washington, DC.
- . 2002. *Opening Doors: Education and the World Bank*. Accès en ligne 9 Septembre, 2006, [www1.worldbank.org/education/pdf/OpenDoors.pdf](http://www1.worldbank.org/education/pdf/OpenDoors.pdf).
- . 2003. "Project Appraisal Document: Hashemite Kingdom of Jordan Education Reform for Knowledge Economy I Program." Human Development (MNSHD) Report 25309. World Bank, Washington, DC.
- . 2004. "Implementation Completion Report: Republic of Kenya Early Child Development Project." World Bank, Washington, DC.
- . 2005. "Project Appraisal Document: Arab Republic of Egypt Early Childhood Enhancement Project." World Bank, Washington, DC.
- . 2006. *ECD Projects*. Accès en ligne 9 Septembre, 2006, <http://web.worldbank.org/>.



**SECTION 5**

**Évaluation et Recherche**





## CHAPITRE 18

# La synergie des interventions de nutrition et de DPE en Afrique subsaharienne

Harold Alderman et Patrice L. Engle

Outre l'amélioration du bien-être, la nutrition des enfants est un moyen efficace pour aider à réaliser toute la mesure du potentiel humain. Même en contournant la difficulté d'estimer les gains économiques de la réduction de mortalité due à une meilleure nutrition, on peut démontrer qu'investir dans la nutrition apporte des rendements économiques aussi élevés, voire plus élevés que ceux obtenus communément de différentes interventions dans des domaines comme l'éducation, l'eau et l'hygiène, la réforme du commerce et la dérégulation du secteur privé (Behrman, Alderman, and Hoddinott 2004). Alors qu'une partie du rendement découle de la réduction des coûts de la santé chez une population bien nourrie, la plus grande partie provient de l'augmentation de la productivité au cours d'une vie. De tels calculs placent la barre de la nutrition bien au-delà de la survie des enfants, pour viser les rôles essentiels du développement, du maintien à l'école et de la réussite scolaire des enfants, ainsi que leur productivité dans le futur (Myers, 1992).

Ainsi, les programmes qui cherchent à améliorer la nutrition des enfants complètent les programmes de développement de la petite enfance (DPE) abordés dans cet ouvrage. Cette synergie s'opère de deux

manières: par l'interaction entre la nutrition et le développement cognitif et par l'interaction entre les programmes visant à améliorer à la fois la nutrition et les approches de DPE. Dans le premier cas, la malnutrition altère les capacités cognitives de l'enfant, souvent de façon irréversible. Même si des programmes éducatifs spéciaux peuvent atténuer les conséquences de la malnutrition infantile sur le développement cognitif, ces programmes sont plus onéreux que la prévention et ils se disputent les fonds nécessaires avec des objectifs éducatifs plus vastes. Quant à la seconde synergie, bon nombre des interventions les plus prometteuses en nutrition sont semblables aux programmes qui fournissent la stimulation cognitive directe aux enfants où procurent aux pourvoyeurs de soins les connaissances nécessaires pour pousser plus avant le développement de l'enfant. La plupart de ces programmes améliorent la nutrition et en même temps les soins en améliorant les habitudes familiales en sorte que les parents soient plus attentifs aux besoins de l'enfant, les nourrissent mieux et les stimulent davantage. Une bonne nutrition peut aussi améliorer la capacité de l'enfant à réclamer de l'attention, ainsi on s'en occupe beaucoup plus (Pollitt et al. 1993). Il existe dès lors un potentiel pour des synergies et pour des économies d'échelle.

Dans ce chapitre nous allons brièvement évaluer les données sur les deux formes d'interaction entre la nutrition et le DPE. Dans le premier cas—interaction entre la nutrition et le développement cognitif—une littérature abondante existe, la plupart extérieure à l'Afrique, que nous passerons très brièvement en revue. Cette interaction étant largement déterminée par des processus biologiques, il est bien possible que la littérature internationale soit tout à fait pertinente pour l'Afrique. Dans le deuxième cas, cependant—interaction entre les programmes de nutrition et de stimulation cognitive—nous nous inspirerons d'exemples puisés en Afrique subsaharienne.

### **Les synergies de la nutrition et du développement cognitif et la maturité scolaire**

Il existe deux grands moyens pour la nutrition d'influencer le développement cognitif de l'enfant. D'abord, il se peut qu'un enfant mal nourri inter réagisse moins avec ceux qui s'en occupent que les autres enfants. Il est raisonnable de penser qu'il sollicite moins de stimulation de son entourage et de ceux qui s'en occupent; que les pourvoyeurs de soins s'investissent moins dans cet enfant, lui consacre moins de temps ou soient moins enclins à l'inscrire à l'école ou dans des programmes préscolaires. Le

second moyen pour la malnutrition d'influencer le développement cognitif c'est à travers la capacité d'apprentissage des enfants. Celle-ci peut être une conséquence directe de l'état nutritionnel sur le développement du cerveau ou une conséquence des comportements exploratoires associés à l'état nutritionnel. Un enfant qui a faim a du mal à se concentrer et à apprendre à l'école ou à la maternelle, il apprend donc moins, même s'il ne souffre pas de détérioration de la capacité intellectuelle à long terme.

Bien qu'intuitivement plausible, il est souvent difficile de s'assurer ou de quantifier le lien de causalité entre la nutrition et l'apprentissage ou les capacités cognitives. Bon nombre des facteurs observables qui influencent la nutrition, le patrimoine familial et l'éducation parentale par exemple, sont également des facteurs qui influencent l'apprentissage. De même, les attitudes non observables sur les investissements dans les enfants et l'équité au sein de la famille influencent les décisions concernant la santé, la nutrition et la scolarité et tout cela est très complexe. C'est pourquoi alors que de nombreuses études décrivent avec précision l'interrelation entre la nutrition et l'éducation (voir Pollitt 1990 et Behrman 1996 pour la synthèse), on dispose de très peu d'études sur le lien de causalité entre la nutrition et le développement cognitif de l'enfant. Toutefois, ces dernières années, un nombre important d'études mentionnent l'impact à court et à long terme de la malnutrition sur le développement cognitif (Glewwe 2005).

La majorité des faits rapportés soutient le principe suivant lequel « la malnutrition grave dans la petite enfance entraîne des déficits du développement cognitif, si les enfants retournent dans des environnements pauvres » (Grantham-McGregor, Fernald, and Sethuraman 1999a, 66). La malnutrition modérée ou légère a également été associée à des déficits du développement cognitif (Pollitt, 1990). Cette altération peut commencer *in utero*; des données récentes qui évaluent l'impact du faible poids à la naissance indiquent que le lien entre la fonction cognitive et le poids à la naissance perdure même lorsque le poids redevient normal, même dans les pays développés (Richards, Hardy, and Wadsworth 2001; Matte et al. 2001). Même si, comme Richards, Hardy, et Wadsworth (2001) l'observent, cette relation entre le poids à la naissance et la capacité cognitive s'atténue partiellement au fil du temps—ces chercheurs ont suivi un groupe pendant 43 ans—la différence significative de la fonction à l'âge de 8 ans explique le niveau de scolarité atteint par la suite. Des tendances semblables liant la diminution de la croissance chez les jeunes enfants au développement cognitif ont été régulièrement observées, généralement par associations, mais parfois par des observations directes en milieu

expérimental. Les enfants souffrant de malnutrition ont des scores plus faibles aux tests des fonctions cognitives, ils ont un développement psychomoteur plus faible et une bonne motricité, ils sont moins actifs, leurs rapports avec leur environnement sont moins fréquents et ils ne parviennent pas à acquérir des compétences à la vitesse normale (Grantham-McGregor et al. 1997; Grantham-McGregor, Fernald, and Sethuraman 1999a). Une telle relation a pu être observée par une distribution aléatoire de suppléments pendant la grossesse et la petite enfance au Guatemala. Non seulement les enfants qui recevaient le traitement ont vu leurs capacités cognitives s'améliorer pendant les années préscolaires (Martorell 1997), mais le groupe a été suivi jusqu'à l'âge adulte et ceux d'entre eux qui avaient reçu le traitement ont atteint un niveau d'instruction et des salaires plus élevés (Maluccio et al. 2005).

La déficience nutritionnelle n'affecte pas que le développement intellectuel; des études sur les famines en Chine et aux Pays-Bas indiquent que les enfants nés durant ces périodes courent davantage de risques de développer des troubles psychologiques comme la schizophrénie (St. Clair et al. 2005).

Des éléments similaires établissent un lien entre le développement intellectuel et les micronutriments. Par exemple, une méta-analyse établit que le quotient intellectuel (QI) des personnes qui présentent une carence en iode sont en moyenne 13,5 points inférieurs à ceux des groupes de référence. Des interventions ont aussi montré que si on donne de l'iode aux femmes enceintes cet écart peut être réduit (Grantham-McGregor, Fernald and Sethuraman 1999b). Il est moins évident cependant que l'iode administré aux enfants peut inverser cette lacune du développement prénatal cognitif dans la génération traitée. Dans le cas des carences en fer, l'anémie est régulièrement associée à une déficience du développement cognitif. Cependant, alors que des essais pour supplémenter le fer chez des enfants d'âge scolaire montrent toujours une amélioration de la cognition, ce résultat n'est pas régulièrement observé lors des interventions contre la carence en fer chez les enfants plus jeunes. On n'a pas démontré non plus que la vitamine A et le zinc—importants l'un pour réduire la mortalité, l'autre pour favoriser la croissance—influencent directement les performances cognitives.

De nombreuses études menées dans des pays développés (voir par exemple la revue de la littérature dans Behrman, Alderman, and Hoddinott 2004) associent une telle amélioration du développement cognitif aux perspectives de gains futurs ou à d'autres résultats économiques à long terme. Ces impacts sont à la fois directs—en moyenne, plus

le QI d'une personne est élevé et plus ses gains sont importants, en tenant compte des années d'études—et indirects, puisque l'augmentation des capacités cognitives encourage une scolarisation plus longue et plus précoce. En l'absence d'études détaillées sur la nutrition et la participation aux programmes préscolaires qui tiennent compte des caractéristiques des ménages, il est donc nécessaire d'extrapoler à partir d'études sur l'enrôlement à l'école primaire. Les études dans ce domaine, qui distinguent le rôle spécifique de la nutrition plutôt que des associations, indiquent qu'il existe un impact mesurable de la malnutrition sur les inscriptions à l'école. Par exemple, Glewwe, Jacoby, et King (2001), qui suivent les enfants de la naissance à la fin de l'école primaire, constatent que, à circonstances familiales comparables, les enfants mieux nourris commencent l'école plus tôt et redoublent moins les classes. Alderman, Hoddinott et Kinsey (2006) montrent que l'augmentation des retards de croissance des enfants de moins de 2 ans au Zimbabwe a un effet de causalité sur les années de scolarité accomplies 15 ans après le choc nutritionnel.

Quelques études ont tenté d'étudier le lien entre la faim et la performance en classe en utilisant une méthode expérimentale. Toutefois, les résultats disponibles ne sont pas concluants en ce qui concerne les conséquences à long terme, peut-être en partie parce que des études sont entravées par la difficulté de réaliser les expériences pendant une longue durée, par la difficulté d'amener les parents à se conformer aux protocoles de recherche et l'impossibilité d'utiliser un placebo. En outre, comme Grantham-McGregor et al. (1997) le montrent, bien que nourrir les enfants puisse améliorer leur attention, l'impact sur l'apprentissage dépend de l'organisation de la classe. Il est probable que ces observations s'appliquent aussi aux programmes préscolaires, bien que le rôle des programmes d'alimentation et de la structure de la classe n'ait pas été étudié de la même manière chez les enfants plus jeunes.

### **La synergie du programme de nutrition communautaire et des approches de DPE**

Un modèle heuristique courant de la nutrition est basé sur trois piliers : le rôle des nutriments, soit par les aliments soit par les compléments alimentaires; le rôle de la santé et des services d'assainissement; et le rôle des soins aux enfants. À ce titre, travailler avec les pourvoyeurs de soins est une intervention plausible complémentaire à l'action des services de santé ou de promotion de l'accès aux aliments. Ces programmes visant à améliorer les soins aux enfants sont ceux qui se juxtaposent le mieux avec

les programmes visant à promouvoir directement le développement cognitif (Engle, Menon, and Haddad, 1999).

### ***Approcher la nutrition comme une question de formation du pourvoyeur de soins***

Jusqu'à un certain point, l'accent mis sur la prestation de soins complète le cercle nutrition—développement cognitif—apprentissage parce qu'il ramène les connaissances sur les pratiques de soins à la nutrition. Cependant, cet effet n'est pas le même que celui de l'éducation sur la nutrition. En partie, cette distinction reconnaît que l'éducation apporte une contribution sensible en permettant d'augmenter les revenus. Au moins quatre autres voies établissent un lien direct entre l'éducation des pourvoyeurs de soins et leurs enfants (Glewwe 1999). L'école (1) peut transmettre directement des informations sur la santé et la nutrition ; (2) enseigne à calculer, lire et écrire, donc aide les pourvoyeurs de soins à obtenir des informations, par exemple, dans les journaux; (3) expose les individus à des environnements nouveaux, les rendant ainsi réceptifs aux traitements médicaux modernes ; et (4) donne de la confiance en soi. Comme d'autres études l'ont indiqué, l'école peut également renforcer le rôle des femmes dans la prise de décisions au sein du ménage et dans leurs relations avec les professionnels de la santé (Smith et al. 2001).

Dans l'étude de Glewwe (1999) c'est la première de ces voies qui s'est avérée la plus forte. Cependant, les informations sur la santé et la nutrition peuvent se transmettre à l'extérieur de la salle de classe, ce qui donne l'impulsion pour des interventions visant à modifier les connaissances et les pratiques. D'autres données inférées venant d'Afrique soutiennent ce point de vue. Par exemple, Bhargava et Fox-Kean (2003) démontrent que les résultats maternels aux tests cognitifs avaient plus d'influence sur l'alimentation et la qualité de celle-ci que l'éducation parentale au Kenya. En utilisant leurs observations sur plus de 25,000 enfants en Éthiopie, Christiaensen et Alderman (2004) évaluent l'impact de l'amélioration du pourcentage des femmes capables de reconnaître la malnutrition dans une communauté. Ils constatent qu'en augmentant l'information de sorte que toutes les femmes puissent diagnostiquer correctement les troubles de la croissance, on aura le même impact sur la malnutrition que l'éducation primaire universelle des femmes, bien que ces effets soient indépendants et s'additionnent.

De nombreuses interventions qui favorisent une meilleure nutrition par l'amélioration des prestations des services de santé fournissent également une stimulation cognitive. Par exemple, la réduction de l'allaitement

maternel-un effet du faible poids à la naissance ainsi que la principale cause de malnutrition infantile-a également une influence bien établie sur le développement cognitif, même dans les pays développés (Grantham-McGregor, Fernald, and Sethuraman 1999a).

Promouvoir la croissance au sein de la communauté est une approche largement préconisée pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et d'autres aspects des soins aux enfants, tels que l'alimentation complémentaire appropriée au moment du sevrage et l'usage de la réhydratation par voie orale en cas de diarrhée. Souvent, ces programmes insistent sur la pesée de l'enfant. Toutefois, mettre l'accent sur le poids et les grilles pondérales dénote en fait une interprétation étroite et relativement inefficace de la promotion de la croissance (Ruel, 1995). Promouvoir la croissance peut offrir l'occasion de transmettre des connaissances face à face, ce qui explique l'insistance sur la mobilisation communautaire dans de nombreux programmes. Bien que de nombreux programmes de promotion de la croissance favorisent aussi les vaccinations, l'apport de suppléments en vitamines et de vermifuges (et parfois fournissent aussi une alimentation complémentaire), leur rôle dans la promotion du changement de comportement les rapproche des programmes de DPE, en particulier ceux qui ont été conçus principalement pour apporter un soutien à la famille plutôt que ceux qui sont basés sur les visites à domicile ou les centres (Kagiticbasi 1997).

### ***Évaluation des programmes de promotion de la croissance en Afrique***

Globalement le dossier de la promotion de la croissance est mitigé en partie parce que le concept recouvre un large ensemble d'activités diversifiées (Ruel, 1995). Bien que la promotion de la croissance ait été endossée par divers forums (voir, par exemple, Allen and Gillespie 2001) et dans de nombreuses études de cas (Alderman, Hoozevee, and Rossi 2006), très peu d'études figurent dans des publications importantes et aucune, à la connaissance des auteurs de ce chapitre, n'a utilisé soit une conception randomisée soit un appariement statistique pour construire des scénarios contrefactuels. En d'autres termes, la plupart des études ne sont pas en mesure d'établir de façon plausible quel serait l'état nutritionnel dans la communauté traitée en l'absence de cette intervention.

Ce chapitre résume les résultats de deux études récentes à Madagascar et en Ouganda qui tentent de combler cette lacune.

**Le programme SEECALINE à Madagascar.** La première étude porte sur un projet de promotion nutritionnelle communautaire à Madagascar, *Surveillance et éducation des écoles et des communautés en matière de sécurité alimentaire et nutrition élargie*, soit SEECALINE (Galasso and Yau 2005). Il s'agit d'une intervention à grande échelle réalisée progressivement depuis 1999 et qui fait suite à un projet pilote antérieur. À la mi-2005, il couvrait plus de 3 500 sites. Bien qu'il lui soit arrivé plusieurs fois de distribuer des vivres à la suite de troubles politiques ou de cyclones, la distribution alimentaire d'urgence est un accessoire du projet. SEECALINE vise principalement la promotion des soins et de l'hygiène des enfants par des séances d'éducation et des démonstrations effectuées par des travailleurs communautaires formés à la nutrition, pour permettre aux mères de prendre soin de leurs enfants plutôt que de dépendre d'une aide extérieure pour ce faire. Les activités du projet comportent également l'apport de suppléments en micronutriments et l'administration de médicaments vermifuges. Des organisations non gouvernementales (ONG) ont été engagées pour entreprendre l'organisation communautaire et coordonner les activités.

L'étude de cas à Madagascar ne repose ni sur une conception randomisée, ni sur des données directement comparables des groupes de contrôle. Pour évaluer un scénario contrefactuel et donc attribuer les impacts, les auteurs comparent les taux de malnutrition des enfants des sites du projet en fonction de la durée de participation. En d'autres termes, l'étude se concentre sur les effets différentiels d'une exposition de longue durée au projet, plutôt que sur l'évaluation de la participation comparée à une absence de participation. En particulier, les auteurs identifient la durée d'exposition au projet comme une caractéristique observable de la communauté et utilisent une technique non paramétrique appelée appariement par score de propension qui met en parallèle les individus qui ont reçu le traitement et un groupe pondéré d'individus « contrôle » qui sont les plus proches des caractéristiques observées.

L'analyse montre que les effets de l'exposition au projet sont positifs : les communautés qui ont deux années supplémentaires d'exposition au projet ont des taux de malnutrition de 7 à 9 points de pourcentage inférieurs à ceux des communautés ayant profité moins longtemps du traitement. L'impact est plus important dans les communautés les plus pauvres. En outre, dans les collectivités qui ont seulement une année d'exposition supplémentaire, l'impact se limite au groupe des enfants de moins d'1 an. Des améliorations chez les enfants âgés de 12 à 36 mois n'ont été observées qu'après des périodes d'exposition plus longues.



***Le projet de nutrition et de DPE (PNDPE) en Ouganda.*** Une deuxième étude, le projet de nutrition pour le DPE en Ouganda, le PNDPE, a donné l'occasion d'évaluer l'impact de la promotion de la croissance des enfants dans un cadre large en combinant une étude randomisée avec une comparaison de différence des différences. Les objectifs particuliers du projet, initié en 1998 avec un crédit de la Banque mondiale, étaient de:

- sensibiliser les familles et les communautés sur les droits et les besoins des enfants;
- améliorer les connaissances et les compétences des familles et des communautés pour procurer aux enfants soins de santé adéquats, nutrition appropriée, DPE et protection; et
- accroître les compétences et les capacités des familles et des communautés pour mobiliser des ressources et mener leurs propres activités génératrices de revenus, renforçant ainsi leur capacité de s'occuper des enfants. En particulier, le projet visait à
- aider les communautés à organiser des services pour les enfants de moins de 6 ans comprenant un suivi de la croissance, la promotion et la mise en place d'installations de soins et d'éducation de la petite enfance DPE ;
- renforcer les capacités des familles et des communautés par la sensibilisation, l'éducation et la formation professionnelle en DPE, la nutrition et la formation sur l'épargne et la génération de revenus, et
- fournir un soutien aux projets de sécurité alimentaire ou aux programmes de DPE gérés par les communautés à travers des subventions communautaires et des mesures d'encouragement.

Les activités du projet ont été divisées en trois grandes catégories: les interventions communautaires, les activités dans les paroisses et le soutien aux programmes au niveau national et du district. Dans la première catégorie il était prévu une formation des pourvoyeurs de soins sur les besoins particuliers des enfants et une formation sur la mobilisation des ressources et la promotion de la croissance de l'enfant, conseils en nutrition compris. La promotion de la croissance était assurée par deux volontaires dans chaque communauté; outre une formation, ils recevaient un vélo. Les communautés qui participaient au projet pouvaient profiter d'une subvention de 1500 dollars US (1250 dollars US du crédit). Elles pouvaient l'utiliser pour établir des projets de sécurité alimentaire ou des interventions de soins et d'éducation de la petite enfance. La communauté

déterminait les interventions à financer par un processus participatif de planification communautaire. Enfin, le projet prévoyait que les communautés pouvaient solliciter une subvention plus importante pour des innovations. Environ 20% des communautés ont choisi des interventions de DPE, avec des pourcentages très différents suivant les districts et les organisateurs des ONG.

Pour des raisons de contraintes financières, seuls 25 districts ont été sélectionnés pour faire partie du projet pendant une période initiale de cinq ans. La sélection s'est faite en fonction des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et de la prévalence de la malnutrition (retards de croissance sévères et modérés). Le nombre de districts est passé à 34, lors du processus d'approbation par le parlement et suite aussi au redécoupage des districts en cours de réalisation. Dans chaque district, les autorités sélectionnaient les sous comtés en fonction de la pauvreté relative.

La méthode d'échantillonnage pour l'enquête auprès des ménages a dû tenir compte des coûts et de la logistique d'une seconde visite aux ménages et de la nécessité de concevoir des instruments d'enquête, y compris les tests de développement cognitif, dans les langues locales. Voilà les raisons pour lesquelles cet aspect de l'analyse s'est effectué dans une seule région, étant entendu que les autres aspects de l'évaluation seraient menés de façon plus générale. Étant donné qu'un élément de l'évaluation générale portait sur l'impact supplémentaire de la fourniture d'albendazole (un traitement anthelminthique ou vermifuge pour les enfants), la région orientale fut choisie pour cette étude car les résultats d'une étude menée par l'Unité de contrôle des vecteurs du ministère de la Santé indiquait que c'était dans la région qu'on trouvait les taux de vers intestinaux les plus élevés en Ouganda (Kabaterine et al. 2001; Alderman et al. 2006).

On a choisi un échantillonnage en grappes à trois strates. Cinquante paroisses choisies au hasard parmi toutes celles du site de projet furent aléatoirement divisées en deux groupes: le groupe A recevait tous les services de DPE et l'albendazole au cours des Journées de l'enfant et le groupe B recevait tous les services de base de DPE. On a aussi choisi un groupe de contrôle. Un sous comté hors projet mais adjacent fut choisi pour chaque sous comté du projet. On fit la liste de toutes les paroisses dans ces sous comtés et 25 furent choisies au hasard. Deux villages dans chaque paroisse furent alors choisis de la même manière, en dressant une liste de tous les villages de la paroisse. Cette démarche permit de réduire le nombre de villages où devait se faire le recensement. Dans chaque

village de l'échantillon on procéda au recensement des ménages et on sélectionna au hasard des ménages comptant au moins un enfant de moins de six ans.

L'Institut de la santé publique (ISP) de l'Université de Makerere a administré le questionnaire de base à 2 250 ménages (750 dans chaque strate) entre janvier et mars 2000 et a revisité les ménages comptant un enfant de moins de 5 ans au cours de la même saison en 2003. Seuls quelques ménages ne furent pas disponibles pour la répétition de l'enquête. Comme c'est souvent le cas dans les communautés rurales, le nombre de refus était négligeable. L'emploi de systèmes de positionnement global (GPS) a facilité la localisation des ménages au cours de la répétition de l'enquête. Dans les paroisses faisant parties de l'échantillon, les ménages qui avaient accueilli des enfants orphelins ou qui avaient changé de foyer depuis l'enquête de base furent aussi inclus dans l'échantillon de 2003. Si un foyer d'origine ne comptait plus d'enfant de moins de 5 ans et ne pouvaient donc plus donner de renseignements pour l'évaluation du DPE, il n'était pas pris en compte et un autre foyer avec un enfant de l'âge requis prenait sa place.

Dans de nombreuses communautés la promotion de la croissance des enfants n'a pas commencé avant fin 2001 et certaines subventions communautaires n'ont pas été attribuées jusqu'en 2002. Ainsi, alors que le plan d'évaluation initial prévoyait au moins deux ans entre la fourniture initiale des services communautaires et la répétition de l'enquête, la durée réelle du projet lors du second tour a été plus courte que prévu.

Le résultat principal des études sur l'impact de l'ensemble des interventions du projet est basé sur une estimation de différence dans les différences d'impact. En représentant l'état nutritionnel pendant le traitement (communauté du projet) et le groupe de contrôle par NT et NC respectivement, et la collecte d'informations secondaire et initiale par  $t$  et 0 respectivement, ce résultat s'exprime de la façon suivante :

$$EDD(b) = [E(NT_t) - E(NC_t)] - [E(NT_0) - E(NC_0)].$$

Cette approche s'accommode des spécificités des communautés au moment du lancement du projet utilisant le système de contrôle pré-test et post-test. Comme l'analyse comportait des covariantes telles que les biens matériels des parents, leur niveau d'instruction, l'accès aux installations sanitaires ainsi que l'âge et le sexe des enfants, la comparaison de différence dans les différences tient compte en réalité de toutes les différences initiales dans les caractéristiques non observables qui ont un impact linéaire sur les résultats.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le poids-pour-âge des enfants de moins de 5 ans dans les sites du projet au moment de l'enquête de référence et l'état nutritionnel du même groupe d'âge dans le groupe témoin. Trois ans plus tard, il n'y avait toujours pas de différence significative dans le statut nutritionnel des groupes d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Toutefois, dans les sites du projet les enfants de moins d'1 an étaient 0,4 point d'écart-types plus lourds que les enfants de la tranche d'âge correspondante dans les sites de contrôle, une différence qui est statistiquement significative dès le niveau 0,01. L'ampleur de cette différence n'est pas affectée si l'analyse est effectuée sur un échantillon limité aux ménages participant aux deux tours, établissant de fait une différence dans les différences entre les jeunes frères et sœurs et leurs frères et sœurs plus âgés dans la population traitée et une comparaison similaire dans le groupe témoin.

Qu'est ce qui pourrait expliquer ce phénomène particulier? L'impact plus grand du projet sur le groupe des plus jeunes est en ligne avec les résultats de Madagascar, mais dans le cas qui nous occupe, l'introduction tardive des services du projet en est peut-être la raison. L'introduction relativement récente de la promotion de la croissance communautaire pourrait signifier que l'intervention était trop tardive pour les enfants plus âgés qui auraient traversé les âges les plus vulnérables avant la disponibilité du service. Pour savoir si cette interprétation est plausible ou non, il faut examiner les comportements des utilisateurs des services de santé. En particulier, les sites du projet plus étroitement associés à la campagne pour l'allaitement maternel exclusif que le groupe de contrôle. Par exemple, lors de la répétition de l'enquête, il y avait une différence significative entre les groupes quant à la date d'introduction des liquides autres que le lait maternel dans l'alimentation. Dans cette population, la tendance est d'introduire trop tôt des aliments complémentaires solides ou liquides. Le principal effet de l'éducation nutritionnelle fut une introduction plus tardive, plus proche de l'âge de 6 mois recommandé, des aliments complémentaires. Bien que l'interprétation de cette date soit ambiguë—l'introduction précoce ou tardive d'aliments complémentaires pourrait être nuisible—une analyse supplémentaire semble indiquer que la probabilité d'introduction des aliments complémentaires liquides avant l'âge de 6 mois a diminué dans le second tour là où le projet a été présenté. Il en est de même des aliments solides. Enfin, entre les deux tours, la probabilité du sevrage précoce de l'allaitement maternel, le sevrage avant l'âge de 6 mois, a diminué de façon significative dans les communautés du projet, ceci n'a pas été observé dans le groupe témoin.

Le projet a aussi encouragé la diversification de l'alimentation. Les deux tiers des pourvoyeurs de soins dans le groupe traité ont déclaré avoir donné aux enfants une ou plusieurs formes de légumineuses (haricots, noix, soja) dans la semaine précédant la répétition de l'enquête, contre un tiers dans le groupe témoin. Le nombre de fois que les légumineuses ont été consommées dans la semaine a été de 20% plus élevé dans les communautés recevant le traitement. Ce taux passait à un tiers pour le lait, les fruits et les légumes. Toutefois, on n'a pas noté de différence significative dans la fréquence de la consommation de viande, de poulet ou d'œufs. Le projet encourageait aussi une alimentation plus fréquente des jeunes enfants. Toutefois, on n'a pas trouvé de différence significative dans la fréquence des repas entre les groupes.

Les pratiques nutritionnelles se répercutent sur la croissance des très jeunes enfants et créent des différences de poids chez les enfants même âgés de quelques mois seulement, comme nous l'ont montré ces données. En outre, d'autres comportements qui influencent la santé mais pas nécessairement la croissance des jeunes enfants peuvent avoir été influencés par le projet. Étant donné que les mobilisateurs communautaires ont organisé des journées de santé de l'enfant, les enfants du projet ont évité une tendance générale négative de supplément en vitamine A dans la période située entre les deux enquêtes. Comme un sous-ensemble du groupe de traitement a reçu l'albendazole au cours des journées de santé des enfants, ce groupe se distingue du groupe de référence et du groupe témoin. Cependant, les enfants de moins d'1 an n'ont pas reçu le traitement d'albendazole. Par conséquent, alors qu'il n'est pas possible de savoir exactement lequel de ces changements a engendré des modifications de l'état nutritionnel, puisqu'il est établi que ces comportements favorisent la santé, on peut considérer qu'ils donnent une bonne idée de ce qui a permis au projet d'influencer la nutrition.

On a noté aussi des améliorations modestes mais constantes de la stimulation précoce à la maison, les réponses à une série de questions sur les relations des pourvoyeurs de soins et leurs attitudes en témoignent. Par exemple, lors du post-test, les pères du groupe projet étaient plus enclins à s'occuper physiquement des enfants que les pères du groupe témoin, ce n'était pas le cas lors du pré-test. Ils passaient plus de temps à des activités d'apprentissage (compter, nommer des objets, dessiner, etc.), à emmener l'enfant hors du village (exposition croissante), à préparer un endroit spécial pour les jeux et à envoyer l'enfant au centre de DPE, alors qu'initialement il n'y avait pas de différence. Lors du post-test, ils estimaient que l'apprentissage précoce présentait une réelle valeur pour la scolarité

plus tard et s'employaient à rendre aux pères un rôle dans ce domaine, ce qui n'était pas évident lors du pré-test.

Quelques différences dans les capacités cognitives des enfants âgés de 3,5 à 5,9 ans ont été observées au post-test, principalement en calcul. Toutefois, les différences étaient relativement modestes, surtout comparées à l'impact bien plus grand sur les attitudes et les comportements parentaux. Ces attitudes et comportements ont été évalués chez les enfants de 2 à 4 ans plus susceptibles d'avoir été influencés par le traitement (les effets sont souvent plus forts chez les jeunes enfants). Une autre raison pour laquelle on a trouvé peu d'améliorations des capacités est que la communication des messages avait été beaucoup plus systématique que l'intervention de DPE en centre de soins que peu de communautés avaient sollicité et dont un petit nombre seulement étaient fonctionnels au moment de l'évaluation. Dans la mesure où les changements d'attitudes des pourvoyeurs de soins laissent présager des améliorations futures des mesures de capacités des enfants, ces changements d'attitude peuvent entraîner d'autres résultats pour le projet. Il peut y avoir économies de gamme (c'est-à-dire des économies de coûts liées à la provision de services) sur la fourniture de ces services.

## **Conclusion**

Les projets de nutrition peuvent compléter les programmes de DPE en protégeant les enfants contre les déficiences physiques et en mobilisant les communautés pour qu'elles incitent les pourvoyeurs de soins à renforcer leur capacité de s'occuper des enfants en utilisant de bonnes méthodes d'alimentation et de stimulation. Il est totalement établi que des programmes de nutrition réussis et le placement dans un environnement propice à l'apprentissage, peuvent aider l'enfant à développer sa faculté d'apprendre. Les évaluations des programmes communautaires récents de promotion de la croissance en Afrique subsaharienne présentés ici indiquent que cette approche est susceptible d'influencer les comportements et les mentalités et de parvenir ainsi à des améliorations mesurables de la situation nutritionnelle. Nombre de programmes dans d'autres pays africains et ailleurs combinent des interventions similaires qui comportent à la fois amélioration de la nutrition et du développement cognitif (par exemple, en Jordanie, l'« Initiative pour une meilleure parentalité », à Cuba le programme « Educa a tu Hijo », en Albanie « Les jardins pour les enfants », en Gambie l'initiative communautaire « Amis

des bébés » et au Sénégal le projet de déviance positive qui combine la supplémentation en fer et la stimulation). Les programmes qui visent à améliorer l'état nutritionnel peuvent également être les vecteurs de l'amélioration du développement cognitif, social, et émotionnel. Bien que de telles améliorations—qui s'ajoutent à celles qui sont directement attribuables à une meilleure nutrition—soient possibles, dans l'ignorance de la capacité des programmes communautaires d'offrir de nouveaux services et de les assurer durablement, cette mise à l'échelle des services aux enfants doit être placée sous haute surveillance. Ce suivi est doublement important car les projets de DPE tendent à être très proches du contexte et, même si l'interaction entre programmes de nutrition et DPE a été étudiée dans certains programmes (Watanabe et al. 2005), on n'a pas encore vraiment exploré comment une intervention peut renforcer ou nuire à l'autre. on comprend que de telles études peuvent être particulièrement instructives.

## Note

Les auteurs désirent remercier Claudia Rokx et Emanuela Galasso pour leurs commentaires précieux sur une version préliminaire de ce chapitre.

## Références

- Alderman, H., J. Hoddinott, and B. Kinsey. 2006. "Long-Term Consequences of Early Childhood Malnutrition." *Oxford Economic Papers* 58 (3): 450–74.
- Alderman, H., H. Hoogeveen, and M. Rossi. 2006. "Reducing Child Malnutrition in Tanzania: Combined Effects of Income Growth and Program Interventions." *Economics and Human Biology* 4 (1): 1–23.
- Alderman, H., J. Konde-Lule, I. Sebuliba, D. Bundy, and A. Hall. 2006. "Increased Weight Gain in Preschool Children Due to Mass Albendazole Treatment Given during Child Health Days in Uganda: A Cluster Randomized Controlled Trial." *British Medical Journal* 333 (7559): 122–26.
- Allen, L., and S. Gillespie. 2001. "What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions." Asian Development Bank, Nutrition and Development Series 5, Manila.
- Behrman, J. R. 1996. "Impact of Health and Nutrition on Education." *World Bank Research Observer* 11 (1): 23–37.
- Behrman, J., H. Alderman, and J. Hoddinott. 2004. "Hunger and Malnutrition." Paper prepared for "Copenhagen Challenge." In *Global Crises, Global Solutions*, ed. B. Lomborg. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Bhargava, A., and M. Fox-Kean. 2003. "The Effects of Maternal Education versus Cognitive Test Scores on Child Nutrition in Kenya." *Economics of Human Biology* 1 (3): 309–19.
- Christiaensen, L., and H. Alderman. 2004. "Child Malnutrition in Ethiopia: Can Maternal Knowledge Augment the Role of Income?" *Economic Development and Cultural Change* 52 (2): 287–312.
- Engle, P., P. Menon, and L. Haddad. 1999. "Care and Nutrition: Concepts and Measurement." *World Development* 27 (8): 1309–37.
- Galasso, E., and J. Yau. 2005. "Improving Nutritional Status through Behavioral Change: Lessons from the SEECALINE Program in Madagascar." Development Research Group, World Bank.
- Glewwe, P. 1999. "Why Does Mother's Schooling Raise Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco." *Journal of Human Resources* 34 (1): 124–59.
- . 2005. "The Impact of Child Health and Nutrition on Education in Developing Countries: Theory, Econometric Issues, and Recent Empirical Evidence." *Food and Nutrition Bulletin* 26 (suppl.): S235–50.
- Glewwe, P., H. Jacoby, and E. King. 2001. "Early Childhood Nutrition and Academic Achievement: A Longitudinal Analysis." *Journal of Public Economics* 81 (3): 345–68.
- Grantham-McGregor, S., L. Fernald, and K. Sethuraman. 1999a. "Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioral Development in Children in the First Three Years of Life. Part 1. Low Birthweight, Breastfeeding, and Protein-Energy Malnutrition." *Food and Nutrition Bulletin* 20 (1): 53–75.
- . 1999b. "Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioral Development in Children in the First Three Years of Life. Part 2. Infection and Micronutrient Deficiencies: Iodine, Iron, and Zinc." *Food and Nutrition Bulletin* 20 (1): 76–99.
- Grantham-McGregor, S., C. Walker, S. Chang, and C. Powell. 1997. "Effects of Early Childhood Supplementation with and without Stimulation on Later Development in Stunted Jamaican Children." *American Journal of Clinical Nutrition* 66: 247–53.
- Kabatereine, N. B., E. Tukahebwa, S. Brooker, H. Alderman, and A. Hall. 2001. "Epidemiology of Intestinal Helminth Infestations among School Children in Southern Uganda." *East African Medical Journal* 78 (6): 283–86.
- Kagitcibasi, C. 1997. "Parent Education and Child Development." In *Early Child Development: Investing in the Future*, ed. M. E. Young. Amsterdam: Elsevier.
- Maluccio, J. A., J. Hoddinott, J. R. Behrman, A. Quisumbing, R. Martorell, and A. D. Stein. 2005. *The Impact of an Experimental Nutritional Intervention on*



- Education into Adulthood in Rural Guatemala*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute (IFPRI).
- Martorell, R. 1997. "Undernutrition during Pregnancy and Early Childhood and Its Consequences for Cognitive and Behavioral Development." In *Early Child Development: Investing in the Future*, ed. M. E. Young. Amsterdam: Elsevier.
- Matte, T. D., M. A. Bresnahan, M. D. Begg, and E. S. Susser. 2001. "Influence of Variation in Birthweight within Normal Range and within Sibships on IQ at Age 7 Years: Cohort Study." *British Medical Journal* 323: 310–14.
- Myers, R. 1992. *The Twelve Who Survive: Strengthening Programs of Early Childhood Care in Developing Countries*. London: Routledge.
- Pollitt, E. 1990. *Malnutrition and Infection in the Classroom*. Paris: UNESCO.
- Pollitt, E., K. S. Gorman, P. Engle, and R. Martorell. 1993. "Early Supplementary Feeding and Cognition: Effects over Two Decades." *Monographs of the Society for Research in Child Development* 58 (7): v–99.
- Richards, M., R. Hardy, and M. Wadsworth. 2001. "Birthweight and Cognitive Function in the British 1946 Birth Cohort: Longitudinal Population-Based Study." *British Medical Journal* 322: 199–203.
- Ruel, M. 1995. "Growth Monitoring as an Educational Tool, Integration Strategy, and a Source of Information: A Review of Experience. In *Enhancing Child Growth and Nutrition in Developing Countries: Priorities for Action*, ed. P. Pinstруп-Andersen, D. Pelletier, and H. Alderman. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Smith, L. C., U. Ramakrishnan, A. Ndiaye, L. Haddad, and R. Martorell. 2001. "The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries." Draft research report, International Food Policy Research Institute (IFPRI), Washington, DC.
- St. Clair, D. M., M. Xu, P. Wang, Y. Yu, Y. Fang, Z. Feng, X. Zheng, et al. 2005. "Rates of Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to the Chinese Famine of 1959–61." *Journal of the American Medical Association* 294 (5): 557–62.
- Watanabe, K., R. Flores, J. Fujiwara, and L. Tran. 2005. "Early Childhood Development Interventions and Cognitive Development of Young Children in Rural Vietnam." *Journal of Nutrition* 135 (8) : 1918–25.



## CHAPITRE 19

# L'impact des programmes de DPE sur l'emploi des mères et la scolarisation des enfants plus âgés au Kenya

**Michael M. Lokshin, Elena Glinskaya,  
et Marito Garcia**

Après l'indépendance du Kenya en 1963, le bien-être des ménages pauvres avec de jeunes enfants apparut comme un problème crucial pour la nation nouvellement autonome. Pour répondre aux besoins des enfants, le gouvernement et les organisations de la société civile ont formé des centres de développement de la petite enfance (DPE), qui proposaient garderie et éducation aux enfants d'âge préscolaire. Le nombre de centres de DPE a augmenté rapidement. Au début des années 1960, seule une faible proportion des enfants y étaient inscrits. Au milieu des années 1990, cependant, 20 000 centres de DPE offraient garderie et préparation

---

Ce chapitre s'inspire largement des travaux publiés par les auteurs dans la revue *Journal of African Economies* (Lokshin, Glinska, and Garcia 2004), qui donnent plus de détails sur la théorie, les méthodes et les résultats. Les auteurs sont reconnaissants à Uwe Deichmann pour son aide et ses recommandations concernant l'analyse des données du système de positionnement global (GPS) et à Andrew Dabalen et Bénédicte de la Brière pour leurs nombreuses discussions stimulantes.

à l'école primaire à plus d'1 million d'enfants âgés de 3 à 7 ans (environ 20% de la population dans le groupe d'âge). Le changement dans le choix des options pour la garde des enfants reflétait les changements dans la composition de la main-d'œuvre. Les femmes passaient plus de temps à travailler hors du foyer, les ménages pauvres sans terres avaient émigré vers les zones urbaines et de plus en plus de femmes travaillaient dans l'industrie.

Malgré le nombre croissant de centres de DPE et les multiples avantages qu'ils procuraient, depuis 2000, le budget de l'éducation nationale per capita manifestait une préférence marquée pour l'enseignement universitaire, ne consacrant qu'une toute petite partie des fonds disponibles à l'éducation préscolaire (UNESCO 2005). En conséquence, les taux de croissance de l'enrôlement ont diminué aussi bien dans l'enseignement primaire que dans la transition vers l'enseignement secondaire. Un examen du secteur de l'éducation identifie les initiatives politiques que le gouvernement kényan pourrait mettre en œuvre pour inverser les tendances négatives de l'accès, de l'équité et de la qualité de l'éducation dans le pays (World Bank 1997). Mais pour se lancer dans de telles politiques au niveau national il faut une meilleure information sur les coûts et les avantages des programmes de DPE et leurs effets sur le comportement des ménages (van der Gaag and Tan 1998). Une réelle compréhension de ces questions pourrait aider les gouvernements à concevoir des politiques plus efficaces pour les ménages avec des enfants en bas âge.

La disponibilité et le coût des garderies jouent un rôle important dans les décisions que prennent les ménages sur le partage des tâches et le choix entre la garde à domicile et le DPE. La décision d'une mère de rejoindre la population active se fonde sur une comparaison entre les gains escomptés et le coût des services de garde disponibles. Le manque d'options pour la garde des enfants est un obstacle à l'entrée dans la population active des femmes qui ont des enfants à charge (par exemple, Kimmel 1998). Le rôle de garderie des centres de DPE libère les femmes au foyer et leur ouvre la porte à d'autres activités et au marché du travail. Les revenus supplémentaires qui s'ensuivent permettent d'améliorer les moyens de subsistance et de sortir certains ménages de la pauvreté. À plus long terme, l'expérience acquise peut augmenter les compétences professionnelles et procurer au ménage des revenus plus élevés. À leur tour, de meilleures possibilités d'emploi peuvent réduire la dépendance des familles à faible revenu vis-à-vis des subventions gouvernementales et accroître leur autosuffisance.

La recherche dans les pays en développement indique également que d'autres femmes, surtout les jeunes filles, gardent les enfants gratuitement, libérant les mères pour un travail rémunéré (par exemple, Deutsch 1998). Par exemple, Psacharopoulos et Arriagada (1989) constatent que dans les ménages brésiliens, la présence de jeunes frères et sœurs a un effet négatif sur la fréquentation scolaire des enfants plus âgés. Dans l'état d'El Salvador, c'étaient plus souvent les filles que les garçons qui manquaient l'école parce qu'elles restaient à la maison pour s'occuper des tâches ménagères (Bittencourt and DiCicco 1979). Deolalikar (1998) observe des différences significatives de scolarisation chez les filles (mais pas chez les garçons) dans les ménages ayant des enfants de moins de 3 ans au Kenya. Il signale un effet particulièrement important chez les filles qui fréquentent l'école secondaire. Sous réserve d'intervention d'autres déterminants de la scolarisation, la présence d'un enfant de 3 ans ou moins diminue de 41% la probabilité pour les jeunes filles de 14 à 17 ans de fréquenter le secondaire. L'effet correspondant chez les garçons est de 5% seulement. Ces études indiquent que lorsqu'ils n'y a pas de centres de gardes d'enfants ou que ceux-ci sont trop coûteux, ce sont le plus souvent les frères et sœurs plus âgés qui gardent les enfants.

### **Enquêtes sur les centres de DPE et les ménages au Kenya**

Les données utilisées pour cette recherche proviennent de deux sources. La première est l'Enquête de suivi du bien-être au Kenya de 1994 (*Kenya Welfare Monitoring Survey* ou WMS) (WMS II, World Bank, 1994), qui fournit des informations sur 10,860 ménages (59,200 personnes). Pour notre analyse, nous utilisons un échantillon de 6,624 ménages avec des enfants entre 3 et 7 ans. Il y est question des revenus des ménages, des dépenses, emploi salaires, éducation, santé et des résultats des enfants. Les questionnaires nous renseignent également sur les conditions et les dépenses pour la garde des enfants. Un inconvénient majeur de cette analyse est l'indisponibilité de l'indicateur urbain—rural. Les estimations les plus récentes montrent que 26% de la population totale vivait dans les zones urbaines en 1992 (World Bank 1997).

La deuxième est l'Enquête sur les centres de développement de la petite enfance au Kenya (KECDCS) que le ministère de l'Éducation a réalisée en 1995. L'enquête couvre plus de 800 installations de soins pour les enfants dans 17 centres urbains et districts ruraux (y compris les zones pastorales). La KECDCS se base sur un échantillon aléatoire stratifié qui comprend des centres de DPE de tous les types de parrainage (Mukui and

Mwaniki 1995). L'enquête a recueilli des informations sur chacun des centres de DPE, la scolarisation des enfants, les dépenses de fonctionnement, le statut financier et les installations des centres. Elle a également recueilli des données sur les caractéristiques et les salaires du personnel enseignant et non enseignant, l'importance du chiffre d'affaires et les pratiques d'alimentation des enfants.

Utilisant un index géographique maintenu par l'Agence nationale d'imagerie et de cartographie des USA (*U.S. National Imagery and Mapping Agency*) (National Geospatial Intelligence Agency n.d.), nous avons déterminé les coordonnées géographiques des villes pour localiser les centres de DPE dans l'enquête et découvert des ménages dont les coordonnées géographiques ne figuraient pas dans la WMS II. Avec les coordonnées géographiques des deux ensembles de données, nous avons fait correspondre les ménages repris dans la WMS II avec les centres de DPE dans la KECDACS.

### ***Main-d'œuvre féminine et le système de DPE au Kenya***

Le Kenya a une économie principalement rurale et les revenus sont faibles. Environ 80% de la population active est employée dans l'agriculture et la moitié de ces travailleurs vivent d'une agriculture de subsistance (cultures vivrières). Selon WMS II, presque toutes les femmes avec de jeunes enfants (âgés de 3 à 7 ans) travaillent à l'extérieur. Dans les régions rurales, les femmes qui travaillent « pour de l'argent » trouvent des emplois occasionnels dans les plantations de thé, de café, de sisal et de sucre, s'occupent des cultures de rente ou des cultures vivrières de leurs voisins plus riches ou deviennent ouvrières dans diverses entreprises rurales. Dans les villes, les femmes peu qualifiées gagnent leur vie comme domestiques, vendeuses des rues ou détaillantes dans de petites échoppes. Les femmes plus compétentes seront plutôt dans la confection, la vente, le travail de bureau, l'enseignement et les services de santé. Parfois les femmes ont le droit d'amener leurs enfants au travail. Mais la plupart des mères qui travaillent comme ouvrières ou travaillent dans le secteur formel ne peuvent pas travailler et prendre soin de leurs enfants en même temps.

Pour déterminer qui travaille ou à un emploi, nous classons toutes les personnes qui ont déclaré des salaires ou des gains comme « travaillant pour de l'argent ». Le taux d'emploi des hommes est nettement plus élevé que celui des femmes dans tous les groupes d'âge. Environ 70% des hommes âgés de 26 à 35 ans travaillent, contre seulement 33% des mères dans le même groupe d'âge. Le taux d'emploi rémunéré diminue avec

l'âge chez les hommes et les femmes : 54% de tous les hommes et 25% de toutes les femmes de plus de 46 ans travaillent à l'extérieur de leur domicile.

Les décisions des ménages à propos du travail dépendent de ce qu'ils ont à faire à la maison et du marché du travail. Les enfants en bas âge ont besoin d'une attention toute particulière et bien souvent la valeur du travail accompli par la mère à domicile est plus élevée que les revenus qu'elle pourrait tirer d'un emploi à l'extérieur. Dans tous les groupes d'âge, le pourcentage des mères qui travaillent diminue avec le nombre de jeunes enfants dans le ménage. Le taux d'emploi est plus faible pour les jeunes mères (de 18 à 25 ans) que pour les mères plus âgées. La plupart des femmes économiquement actives sont des mères âgées de 26 à 35 ans. Parmi celles-ci, le taux d'emploi atteint 46% pour les femmes avec un enfant, ce qui est comparable ou supérieur au taux d'emploi des femmes sans enfants. Dans les ménages avec quatre enfants ou plus, environ 25% des mères occupent un emploi salarié.

D'autres membres du ménage peuvent aussi participer efficacement à son fonctionnement en s'occupant des enfants. Les données d'enquête disponibles indiquent que plus il y a des personnes âgées dans un ménage, moins les enfants préscolaires fréquenteront un programme de DPE.

### ***Le système de DPE au Kenya***

Les premières formes d'éducation préscolaire privée au Kenya sont apparues dans les années 1940, répondant exclusivement aux besoins des communautés européennes et asiatiques. Plus tard, des garderies furent établies sur les plantations de café, de thé et de sucre et dans les centres urbains. Au cours de la lutte pour l'indépendance dans les années 1950, les centres de DPE ont été établis dans les villages d'urgence dans la Province centrale. Le nombre d'écoles maternelles a augmenté rapidement après l'indépendance en 1963. En 1986, environ 700,000 enfants étaient inscrits dans 12,100 centres de DPE; en 1991, ces chiffres s'élevaient à environ 900,000 enfants dans 17,600 centres. En 2004, environ 27,000 centres de DPE donnaient soins et éducation précoce à plus de 1,2 million d'enfants. Au milieu des années 1990, environ 60% des centres de DPE au Kenya fonctionnaient comme des programmes communautaires. Des organisations religieuses, des organisations non gouvernementales (ONG), des particuliers, des entreprises et des autorités locales ont créé et dirigé les autres centres.

Jusqu'au milieu des années 1980, aucun programme organisé n'était établi pour les centres de DPE au Kenya. À cette époque, le ministère de

l'Éducation avait pris en charge de former les enseignants d'éducation préscolaire, de superviser et d'inspecter les programmes d'éducation préscolaire, d'élaborer un curriculum adapté au milieu et de conduire des recherches sur les programmes de DPE et de les évaluer. En 1984, le Centre national pour l'éducation préscolaire (NACECE), établi à l'Institut kényan de l'éducation avec l'appui de la Fondation Bernard van Leer, s'est chargé de l'élaboration des programmes et de la formation des formateurs. En 1985, les Centres de districts pour l'éducation préscolaire (DICECE) ont commencé à superviser les activités de DPE et à former des enseignants au niveau du district (World Bank 1997). Tous les centres, à l'exception des centres locaux gérés par le gouvernement, dépendent largement des frais d'inscription pour couvrir au jour le jour leurs frais d'exploitation. La majorité des fonds de DPE vont aux salaires des enseignants.

Les frais d'inscription dans les programmes de DPE varient considérablement. Ils ne sont pas fixés au niveau national, ce sont les villages, ou les associations de parents et d'enseignants dans les zones urbaines, qui s'en chargent. Ces associations gèrent plus de 75% des centres de DPE au Kenya (Myers 1992). Les frais varient selon la qualité de l'éducation préscolaire. Les centres qui emploient des enseignants mieux instruits, qui réduisent la taille des classes, donnent des repas et proposent d'autres moyens pour améliorer l'apprentissage, facturent des frais plus élevés (Glinska and Garcia, 1999). Les terrains, les bâtiments, le mobilier et le matériel didactique et ludique sont offerts par les églises, les autorités locales et les parents.

### ***Expliquer les effets de la disponibilité des garderies sur le comportement des ménages***

Le cadre théorique que nous utilisons pour établir le modèle de l'effet de la mise à disposition de centres de DPE sur le comportement des ménages est basé sur l'hypothèse qu'un ménage fait des choix en rapport avec le besoin de faire garder des enfants, la scolarisation, le marché des produits et les loisirs. Les décisions d'un ménage relatives à la qualité des services de garde et d'éducation de ses enfants et au temps que chaque membre du ménage doit consacrer au travail sont motivées par le désir d'atteindre le plus haut niveau de bien-être dans le ménage. Nous assumons que les ménages kényans ont le choix entre deux formes de soins pour les enfants: les soins gratuits qui peuvent être donnés par la mère, d'autres membres adultes du foyer, ou les frères et sœurs plus âgés et les centres de garde d'enfants payants proposés par le DPE. La demande des ménages peut se



définir suivant quatre équations, dont les termes seront (1) la décision d'une mère d'entrer ou non dans le monde du travail, (2) l'utilisation des services de garde d'enfants, (3) l'éducation scolaire des enfants plus âgés et (4) la décision de faire travailler d'autres membres du ménage. Dans les données, nous observons les indicateurs binaires (fonctions d'indice de la demande) qui correspondent aux variables de la demande latente. Nous définissons ces variables comme suit :

- *Statut de travail de la mère*: un ménage où la mère d'enfants d'âge préscolaire déclare recevoir des gains en espèces est un ménage dont la mère travaille à l'extérieur. Plus de la moitié des ménages avec de jeunes enfants ont des mères qui travaillent.
- *Utilisation des services de garde d'enfants*: un ménage avec au moins un enfant d'âge préscolaire fréquentant un centre de DPE est un ménage qui utilise les services payants de garde d'enfants. Environ 18% des ménages utilisent des services de soins comme une sorte de garderie pour leurs enfants.
- *Participation de l'école*: la variable nominale de l'indicateur est égale à 1 pour les ménages dans lesquels tous les enfants d'âge scolaire sont à l'école; sinon, cette variable nominale est égale à 0. Environ un quart des ménages kényans ont au moins un enfant d'âge scolaire non scolarisé.
- *Statut de travail des autres membres du ménage*: un ménage est considéré comme ayant « d'autres membres du ménage qui travaillent » si au moins un adulte a déclaré travailler pour de l'argent. Selon cette définition, 75% des ménages sont classés comme des ménages avec « d'autres membres qui travaillent ».

Les variables explicatives dans notre modèle sont l'âge de la mère et son niveau d'éducation, la taille du ménage et sa composition démographique, le revenu non salarial des ménages, le nombre d'enfants d'âges différents, ainsi que le niveau des salaires moyens dans le district. Plusieurs variables clés intéressantes sont présentées ici :

- *Le prix par unité de qualité la garde des enfants ( $Pq$ )*: Nous avons deux manières d'identifier l'effet du prix de la garde des enfants sur le comportement des ménages par les différences de ces prix au niveau du district. Dans la première approche, celle qui estime les frais de garde à partir des dépenses du ménage pour des soins aux enfants, nous supposons que le prix par unité de qualité de la garde des enfants est uniforme dans un district et par conséquent nous prenons les dépenses moyennes spécifiques des ménages du district comme proxy pour le

prix de la garde des enfants. Nous calculons les dépenses moyennes des ménages liées à la garde d'enfants dans 43 districts du Kenya avec une moyenne de 150 ménages dans chaque district. Dans la deuxième approche, celle qui calcule le prix de la garde des enfants sur la base des frais facturés par les centres, nous estimons le prix de la garde des enfants à l'extérieur ajusté en fonction de la qualité par la méthode de régression hédoniste. La KECDCS a rassemblé de nombreuses informations sur les caractéristiques des services de garde d'enfants proposés et les frais facturés par les centres de DPE. Ces données sont utilisées pour estimer des frais types dans les centres de DPE en fonction des caractéristiques de ses installations.

- *Le salaire de la mère et les salaires des autres membres du foyer*: Le niveau de salaire disponible pour chaque membre du ménage est imputé au moyen d'une fonction de régression de gain du type Mincer avec contrôle de la sélectivité. Les gains mensuels ont été calculés selon un ratio des revenus déclarés et le nombre de mois travaillés.

Grâce à ces définitions de variables dépendantes et indépendantes, le modèle de comportement des ménages est estimé par la méthode semi-paramétrique du maximum de vraisemblance de l'information (SPFIML). La méthode nous permet d'estimer le système des équations binaires simultanées sans spécifier de forme fonctionnelle exacte de la distribution conjointe des termes d'erreur mais plutôt en rapprochant cette distribution de façon non paramétrique.

Le tableau 19.1 présente l'estimation des coefficients du modèle qui utilise les dépenses moyennes pour la garde des enfants des ménages comme proxy pour le prix de garde d'enfants. Les estimations indiquent que l'augmentation des frais de garde a un effet négatif sur l'emploi maternel. En outre, plus le taux de salaire potentiel de la mère est élevé, plus grande est la probabilité qu'elle entre dans la population active. La probabilité de travailler à l'extérieur est grande pour les jeunes mères, les mères célibataires et celles dont le chef de famille est instruit.

Comme prévu, une augmentation des frais de garde diminue la probabilité pour le ménage de recourir à la garde à l'extérieur. Les ménages dans lesquels la mère a un salaire plus élevé sont considérablement plus enclins à utiliser des services de garde rémunérés. Les ménages avec des enfants âgés de 0 à 2 ans sont moins susceptibles d'utiliser les centres de DPE. Ceci pourrait s'expliquer par une économie d'échelle reposant sur le nombre d'enfants, qui augmente la productivité à la maison des autres membres du ménage. En d'autres termes, dès qu'une personne prend soin

**Tableau 19.1 Emploi maternel et utilisation du DPE : estimation simultanée des équations pour le système de demande des ménages**

	<i>Statut d'emploi de la mère</i>		<i>Enfants dans des centres de DPE</i>		<i>Enfants scolarisés</i>		<i>Emploi des autres membres du foyer</i>	
	<i>Coeff.</i>	<i>Erreur type</i>	<i>Coeff.</i>	<i>Erreur type</i>	<i>Coeff.</i>	<i>Erreur type</i>	<i>Coeff.</i>	<i>Erreur type</i>
<i>Log du salaire de la mère</i>	7,637**	3,344	4,936**	1,655	3,118	5,411	-0,096	3,199
<i>Log du salaire des autres membres du foyer</i>	0,403	0,281	0,193	0,194	0,221	0,335	8,006***	1,304
<i>Frais de garde d'enfant</i>	-0,886*	0,536	-3,229***	0,401	-1,721**	0,613	0,065	0,472
<b>Caractéristiques du foyer</b>								
<i>Taille du foyer</i>	-0,955	5,119	7,824**	3,657	9,805	8,025	5,754	4,905
<i>Nombre d'enfants âgés de 0 à 2 ans</i>	-0,079	1,004	-1,623**	0,700	-2,294**	1,389	1,527*	0,939
<i>Nombre d'enfants âgés de 3 à 5 ans</i>	1,137	1,004	-0,567	0,674	-1,075	1,343	1,008	0,907
<i>Nombre d'enfants âgés de 6 à 7 ans</i>	-0,036	1,000	3,242	0,691	-0,662	1,377	-1,544*	0,935
<i>Nombre d'enfants âgés de 8 à 12 ans</i>	-0,223	0,865	-1,700	0,632	3,812**	1,365	-0,538	0,860
<i>Nombre d'enfants âgés de 13 à 16</i>	0,075	0,904	-1,659	0,654	-4,197***	1,296	-0,207	0,865
<i>La part des hommes adultes</i>	-0,172	0,774	-1,557	0,569	-0,404	1,218	1,054	0,726
<i>La part des femmes adultes</i>	-0,007	0,713	-1,436	0,511	-0,441	1,185	1,274*	0,687
<i>La part des personnes âgées</i>	-0,829	1,107	-1,100	0,829	0,015	1,734	1,781*	0,994
<i>La part des enfants</i>								
<i>Foyer monoparental dirigé par la mère</i>	0,696***	0,234	0,070	0,168	-0,230	0,262	-1,628***	0,220
<i>Mère seule et autre</i>	0,507	0,284	0,116	0,200	-0,339	0,338	-1,708***	0,256
<i>Famille nucléaire</i>								
<i>Famille nucléaire et autre</i>	0,167	0,151	0,200**	0,097	-0,082	0,165	0,479***	0,150
<i>Autres types de ménages</i>	0,187	0,187	0,016	0,134	-0,113	0,205	0,394**	0,166
<i>Foyer non salarié à revenu non agricole</i>	0,065	2,205	1,262	1,811	10,288*	6,604	8,905**	4,711
<i>Foyer non salarié à revenu agricole</i>	2,750	3,724	2,179	2,155	6,739*	3,256	-0,046	3,010
<i>Age du chef de famille</i>	-3,187*	2,044	-2,053	1,399	-0,607	2,234	1,680	1,710

(suite page suivante)

**Tableau 19.1** (suite)

	Statut d'emploi de la mère		Enfants dans des centres de DPE		Enfants scolarisés		Emploi des autres membres du foyer	
	Coeff.	Erreur type	Coeff.	Erreur type	Coeff.	Erreur type	Coeff.	Erreur type
Age du chef de famille au carré	2,350	2,011	0,906	1,461	0,042	2,159	-3,333**	1,747
Sexe du chef de famille	-0,845***	0,224	0,015	0,131	-0,441**	0,214	-0,022	0,160
Education du chef de famille	6,277***	1,378	2,452***	0,814	12,254***	1,772	1,571	1,324
<b>Caractéristiques de la mère</b>								
Age	1,404***	0,377	2,937	2,148	3,260	4,476	1,867	2,760
Age au carré 100	-1,564***	0,459	-2,144	2,719	-0,795	5,406	0,684	3,470
Aucune éducation formelle								
Education préscolaire	0,493	0,391	0,539**	0,277	1,820**	0,605	-0,003	0,340
Etudes classes 1 à 8	0,090	0,157	0,120	0,092	1,106***	0,297	0,248	0,159
Certificat d'étude primaire	0,372**	0,179	0,197**	0,102	1,515***	0,328	0,495***	0,177
Collège d'enseignement <i>secondaire</i>	0,469*	0,268	0,018	0,145	1,474**	0,506	0,570**	0,262
Certificat d'enseignement secondaire	0,039	0,356	-0,014	0,196	0,624	0,612	0,436	0,375
Certificat d'aptitude professionnelle	-0,447	0,628	-0,386	0,373	0,356	1,004	0,010	0,607
Autres études postsecondaires	0,710	0,548	-0,231	0,311	1,151	0,904	0,609	0,620
Etudes universitaires et au-delà	-0,747	0,925	-1,275**	0,565	1,068	1,725	-0,318	0,869
Salaire moyen du district	-3,061***	1,010	5,470**	0,598	8,411***	1,487	-0,256	0,633
Constant	0,104	1,854	-6,137***	1,033	-10,744***	3,200	0,832	1,863
N ( <i>log-vraisemblance</i> ).	6,645	-11 327,74						

**Source:** Lokshin, Glinskaya, Garcia 2004.

**Note:** Moyenne des dépenses du foyer de la localité sur la garde des enfants est utilisée comme proxy pour le coût de garde d'enfants.

\*Significatif au niveau de 10%. \*\*Significatif au niveau de 5%. \*\*\*Significatif au niveau de 1%.

d'un enfant, il ou elle peut s'occuper de deux enfants, alors que si un ménage met les deux enfants dans un centre de garde d'enfants, il aura à payer le double des frais de garde des enfants. Les ménages avec des enfants âgés de 6 à 7 ans sont plus susceptibles d'utiliser les centres de DPE. Une conclusion importante est que la présence d'enfants (de 8 ans et plus) a un effet négatif significatif sur l'utilisation des services rémunérés de garde d'enfants. Cette constatation soutient l'hypothèse que les enfants plus âgés agissent comme des substituts pour la mère dans les tâches domestiques et en particulier la garde des enfants.

La probabilité que les enfants d'âge scolaire soient scolarisés est négativement et significativement liée au frais de garde des enfants dans les centres d'accueil de jour. Des salaires plus élevés des mères de famille ont un effet positif, bien que statistiquement non significatif, sur la probabilité de scolarisation des enfants. La présence de frères et sœurs en âge scolaire diminue les probabilités de scolarisation des enfants. Des niveaux d'éducation élevés du chef de famille et de la mère ont un effet positif sur la scolarisation des enfants.

L'estimation du modèle qui nous permet d'établir les coûts approximatifs de la garde des enfants en utilisant les frais facturés par les centres pour déterminer les prix ajustés en fonction de la qualité dans une localité figure dans une version plus longue de ce chapitre (Lokshin, Glinska, and Garcia 2004). Mis à part quelques différences dans l'ampleur des effets, le comportement des principales variables d'intérêt dans la méthode ajustée pour la qualité confirme les prédictions de la méthode des dépenses moyennes des ménages. Les mères qui ont des opportunités de salaires plus élevés sont plus susceptibles de travailler à l'extérieur. L'impact de l'emploi salarié de la mère est important. Des frais de garde des enfants élevés empêchent les mères de travailler au dehors, diminuent les chances de scolarisation des enfants d'âge scolaire et diminuent la probabilité que les enfants en bas âge fréquentent les classes préscolaires.

### ***Simulations***

Pour examiner les effets des estimations que nous venons de résumer, nous avons simulé la réaction possible des ménages à des variations des paramètres utilisés dans le modèle (voir le tableau 19.2)<sup>1</sup>. Une augmentation de 10% du salaire potentiel de la mère l'encouragerait travailler à l'extérieur. La proportion des ménages avec des mères au travail passerait de 53,1% à 62,3%, soit une élasticité offre de travail à la mère/salaires sur le marché de 1,48 de l'offre de travail de la mère. L'élasticité mesure la réactivité des mères pour passer à un travail rémunéré. Selon WMS II, toutes les femmes

**Tableau 19.2 Simulation des effets des politiques diverses et changements des caractéristiques démographiques sur les comportements des ménages (Estimation<sup>a</sup> SPFIML)**

	<i>Simulation de la probabilité</i>			
	<i>Statut d'emploi de la mère</i>	<i>Enfants dans les centres de DPE</i>	<i>Enfants scolarisés</i>	<i>Emploi des autres membres du foyer</i>
<b>Options de politique</b>				
<i>Taux de salaire de la mère</i>				
Référence	53,1*	17,2*	64,3	75,5
Référence + 10%	62,3*	24,9*	67,3	76,4
<i>Elasticité</i>	1,48	3,09	0,45	0,12
<i>Frais de garde d'enfant</i>				
Référence	52,9	17,8	63,5	75,5
Entièrement subventionné	63,2	78,7	77,5	74,9
<i>Elasticité</i>	-0,35	3,01	0,36	0,01
<i>Salaire des autres membres du foyer</i>				
Référence	52,9	17,7	63,8*	70,5*
Référence + 10%	53,3	17,9	64,1*	80,4*
<i>Elasticité</i>	0,08	0,11	0,05	1,23
<i>Revenu non salarial du foyer</i>				
Référence	52,9	17,7	63,8*	75,6*
Référence + 10%	53,0	17,7	63,9*	75,6*
<i>Elasticité</i>	0,02	0,00	0,02	0,00
<b>Données démographiques des ménages</b>				
<i>Type de foyer</i>				
Mère célibataire	65,3*	19,3	60,9	46,6*
Tous les autres	51,3*	17,4	64,3	77,6*
<i>Education du chef de famille</i>				
Référence	53,1*	17,4*	67,1*	75,9
Référence + 1 année	54,3*	17,9*	68,9*	76,2
<i>Elasticité</i>	0,22	0,28	0,26	0,04
<i>Taille du foyer</i>				
Référence	53,0	17,9	62,1	75,6
Référence + 1 membre	52,4	19,5	63,5	75,6
<i>Elasticité</i>	-0,11	0,82	0,22	0,00

**Source:** Loks nin, Glinskaya, Garcia 2004.

**Note:** a. Information complète sur le *log-vraisemblance maximum semi paramétrique*.

\*L'estimation du coefficient correspondant est significative avec au moins 90% de probabilité.

qui en ont l'âge ont travaillé et seules celles qui avaient des emplois salariés ont été classées comme participant au marché du travail. Cette élasticité élevée de la main-d'œuvre n'est pas inhabituelle en Afrique. Dabalén (2000) signale que l'élasticité de l'offre de travail des femmes par rapport au salaire du marché en Afrique du Sud est voisine de l'unité.

Une augmentation de 10% des salaires a également un effet important sur les taux d'inscriptions dans les services payants de garde d'enfants. La proportion des ménages qui utilisent les services de garde d'enfants préscolaires augmenterait de 7,7%, ce qui indique que les ménages traitent la garde des enfants comme un « produit courant » et y recourent davantage lorsque les revenus augmentent.

La fréquentation scolaire est positivement liée au salaire de la mère. Une augmentation de 10% des salaires se traduirait par une augmentation d'environ 3% de la proportion des ménages qui envoient tous leurs enfants d'âge scolaire à l'école. Les changements dans les salaires des femmes avec enfants ont un effet assez faible sur l'offre de travail des autres membres du foyer.

L'effet simulant des frais de garde d'enfants entièrement subventionnés correspond aux prédictions. La garde gratuite des enfants devrait quadrupler l'usage des établissements de DPE par les ménages kényans qui ont des enfants d'âge préscolaire<sup>2</sup>. Cette grande élasticité suggère que les ménages kényans sont très sensibles aux coûts des soins et que les politiques qui affectent les frais de garde peuvent avoir un impact important sur le comportement des ménages et, par conséquent, sur la réduction de la pauvreté et l'éducation des enfants. Le taux de participation des mères au monde du travail devrait augmenter, tout comme le pourcentage des ménages dont les enfants vont à l'école. L'effet d'un changement des frais de garde sur le travail des autres membres du foyer est faible.

Si des membres du foyer autres que la mère ont accès à des salaires supérieurs, leur taux de participation au marché du travail augmente substantiellement. Une hausse de salaire de 10% augmenterait de 9,9% la proportion de ménages avec des adultes au travail autres que la mère. Cette augmentation des salaires a également un impact positif sur l'utilisation des services de garde des enfants, même si l'effet en est faible comparé à l'évolution des salaires des mères ou du coût de la garde. Le pourcentage des ménages scolarisant tous les enfants d'âge scolaire devrait aussi augmenter.

Nos simulations indiquent qu'une augmentation non salariale du revenu des ménages n'affecte pas vraiment le niveau d'emploi des mères et la participation des enfants dans les programmes de DPE. Avec une élasticité implicite de 0,02, l'effet du revenu sur la scolarisation n'est pas négligeable. Cette estimation se situe à la limite inférieure des élasticités compilées par Behrman et Knowles (1999) dans leur enquête sur 42 études dans 21 pays. Ils ont constaté une élasticité médiane de 0,07 de l'effet du revenu non salarial sur la scolarité. L'effet du revenu non salarial

sur le comportement des ménages pourrait, toutefois, dépendre de l'affectation des ressources.

Les mères célibataires sont plus susceptibles de travailler au dehors que les femmes mariées avec des enfants. Selon le modèle, environ 65% des mères célibataires font partie de la population active, par rapport à 51,3% des mères mariées. Les femmes chefs de ménage sont plus enclines à utiliser les services de DPE, mais moins susceptibles d'inscrire leurs enfants à l'école. Nous avons également constaté que le niveau d'études atteint par le chef de ménage a une influence positive sur la participation des mères au marché du travail, l'utilisation des services de garde d'enfants en dehors du foyer, et la fréquentation scolaire des enfants. De surcroît, dans les grandes familles, les femmes sont moins susceptibles d'avoir un emploi rémunéré que celles qui vivent dans des familles plus petites; elles utilisent davantage les services de garde d'enfants et les enfants d'âge scolaire ont un niveau plus élevé de scolarisation.

### ***Différences entre les sexes dans la scolarisation des enfants***

Notre modèle nous permet également d'analyser les différences entre les sexes dans la demande d'éducation des ménages. L'hétérogénéité de l'approche d'un ménage lorsqu'il s'agit d'investir dans la scolarisation des filles et des garçons peut fausser les résultats que nous venons de proposer. Pour tester l'impact des différents paramètres sur la scolarisation des enfants de sexe différent, nous avons ré-estimé notre modèle de la demande des ménages séparément pour les filles et pour les garçons. Pour ces estimations, nous créons deux nouvelles variables binaires égales à 1 si toutes les filles (tous les garçons) d'âge scolaire dans le ménage sont à l'école et égales à 0 si ce n'est pas le cas. Nous estimons l'équation du taux de scolarisation simultanément avec trois autres équations de la demande sur l'échantillon des ménages avec des enfants en bas âge. Le tableau 19.3 montre la simulation des probabilités de scolarisation.

La hausse du salaire de la mère et du coût des soins aux enfants créent des différences frappantes sur la scolarisation des garçons et des filles. Si une augmentation de 10% des salaires des mères réduit la scolarisation des filles de 8,8% (élasticité de  $-1,5$ ), elle augmente effectivement la présence des garçons à l'école de 11% (élasticité de  $1,27$ ). Ces résultats peuvent provenir d'interactions différentes entre les revenus et les effets de substitution dans les décisions des ménages concernant la scolarisation des filles et des garçons. La hausse du salaire de la mère devrait augmenter les revenus du ménage et se traduire par une demande plus



**Tableau 19.3 Simulation des effets de politiques diverses sur la scolarisation (Estimation<sup>a</sup> SPFIML)**

	<i>Simulation de la probabilité d'un foyer ayant inscrits tous ses enfants à l'école</i>		
	<i>Filles âgées de 8 à 16 ans</i>	<i>Garçons âgés de 8 à 16 ans</i>	<i>Tous les enfants sont scolarisés</i>
<i>Augmentation de 10%</i>			
<i>Taux de salaire de la mère</i>			
Référence	673*	75,5*	64,3
Référence + 10%	58,5*	86,5*	67,3
Elasticité	-1,50	1,27	0,45
<i>Frais de garde d'enfant</i>			
Référence	68,1*	70,2	63,5*
Référence + 10%	64,8*	70,3	61,3*
Elasticité	-0,51	0,01	-0,36
<i>Salaire des autres membres du foyer</i>			
Référence	68,7	70,3	63,8
Référence +10%	70,0	70,7	64,1
Elasticité	0,19	0,06	0,05

Source: Loksain, Glinskaya, Garcia 2004.

Note: a. Information complète sur le *log-vraisemblance maximum semi paramétrique*.

\*L'estimation du coefficient correspondant est significative avec au moins 90% de probabilité.

élevée de scolarité des enfants (effet de revenu). Parallèlement, un salaire plus élevé renchérit le temps que la mère passe à la maison et la décision pourrait être de lui substituer d'autres membres de la famille pour accomplir certaines activités domestiques (effet de substitution). Pour les garçons, l'effet de revenu domine clairement l'effet de substitution : l'augmentation des salaires de la mère va de pair avec l'augmentation de la scolarisation des garçons. Pour les filles, la situation est inverse: si le salaire de la mère augmente, les adolescentes vont remplacer les mères dans les activités de production domestique, si bien que la scolarisation des filles va diminuer.

L'effet d'une augmentation du coût des soins confirme cette hypothèse. Une augmentation de 10% des frais de garde des enfants réduit le taux de fréquentation scolaire des filles de 3,3%, mais la fréquentation des garçons augmente, même si c'est de façon insignifiante. La hausse des coûts des soins de garde réduit la demande des ménages pour les soins rémunérés. Pour prendre soin de ses enfants en bas âge, le ménage peut soit réduire le travail de la mère à l'extérieur, soit demander à d'autres membres du ménage d'assurer les soins. Comme le montre la simulation, le ménage sacrifie la scolarisation des filles et les utilise à des activités domestiques pour permettre à la mère de prendre un emploi

salarié. Aucun effet semblable ne se produit pour les garçons d'âge scolaire. L'évolution des frais de garde d'enfants et les changements du taux de salaire de la mère ont le même effet sur les taux de scolarisation : la scolarisation des filles baisse et la scolarisation des garçons augmente légèrement.

## Conclusions

Nos recherches montrent que les incitations économiques ont un effet puissant sur les décisions de travail des femmes avec enfants au Kenya. Le niveau des salaires qu'elles peuvent recevoir et les frais de garde d'enfants se répercutent sur leur participation dans la population active. Les frais de garde affectent le choix des ménages concernant la garde des enfants. Les coûts élevés des programmes de DPE les dissuadent de recourir à une aide extérieure pour leurs enfants d'âge préscolaire et les poussent à rechercher des solutions domestiques. Les coûts élevés ont également un effet négatif sur le niveau de l'emploi maternel. Les ménages de mères célibataires comptent plus souvent sur des services rémunérés pour la garde des enfants, et seraient les plus touchés par le changement des frais de garde.

Le coût des soins et le niveau des salaires dont les mères disposent ont une incidence sur la scolarisation des enfants plus âgés, mais leurs effets sont différents sur la scolarisation des garçons et des filles. La montée des coûts de garde d'enfants n'a pas d'effet significatif sur la scolarisation des garçons, mais réduit considérablement celle des filles. Bien que l'augmentation du salaire des mères augmente la fréquentation scolaire des garçons, elle diminue celle des filles.

Des subventions gouvernementales pour les services de garde des enfants permettraient d'augmenter le nombre de mères qui travaillent à l'extérieur, d'augmenter ainsi les revenus des ménages pauvres et de sortir certaines familles de la pauvreté. Elles auraient aussi un effet positif sur la scolarisation des filles plus âgées.

Cette étude est très claire, outre l'accroissement de la productivité future des enfants, les programmes de DPE à faible coût peuvent avoir des avantages plus immédiats et ceux-ci sont doubles, ils libèrent les mères pour un travail rémunéré et permettent aux filles plus âgées d'aller à l'école. Ainsi, des programmes de DPE bien ciblés sont des investissements économiques optimaux qui se répercutent sur le bien-actuel et à venir des ménages avec des enfants en bas âge.

## Notes

1. Dans une simulation donnée, une certaine valeur de la variable d'intérêt est attribuée à tous les ménages de l'échantillon (c'est la raison pour laquelle la proportion des ménages de la catégorie de base utilisée dans les tableaux 19.2 et 19.3 n'est pas la même dans les différentes simulations). Les probabilités simulées sont générées pour chacun des ménages en intégrant l'hétérogénéité de l'estimation de la distribution et en faisant la moyenne des probabilités dans l'échantillon. Ensuite, la valeur de la variable d'intérêt est modifiée et génère un nouvel ensemble de probabilités. L'effet des changements dans le paramètre donné est calculé comme la différence de ces probabilités simulées.
2. Bien que les auteurs ignorent si d'autres études ont pu calculer des élasticités comparables au Kenya, ou dans tout autre pays africain, les résultats du projet sur l'Engagement national pour l'enseignement de base en Ouganda (World Bank 2000) indiquent que lorsque l'école gratuite a été introduite dans le pays en 1997, la scolarisation dans le primaire a immédiatement doublé passant de 2,6 à 5,2 millions d'enfants et a atteint 6,5 millions en 1999. Ce résultat correspond à des élasticités comparables à celles qui ont été présentées dans ce chapitre.

## Références

- Behrman, J. R., and J. C. Knowles. 1999. "Household Income and Child Schooling in Vietnam." *World Bank Economic Review* 13 (2): 211–56.
- Bittencourt, S., and E. DiCicco. 1979. *Child Care Needs of Low-Income Women: Urban Brazil*. Washington, DC: Overseas Education Fund and League of Women Voters.
- Dabalen, A. 2000. "Essays on Labor Markets in Two African Economies." Unpublished doctoral dissertation, University of California at Berkeley.
- Deolalikar, A. 1998. *Primary and Secondary Education in Kenya*. Sector Review. Washington, DC: World Bank.
- Deutsch, R. 1998. *Does Child Care Pay? Labor Force Participation and Earning Effects of Access to Child Care in the Favelas of Rio de Janeiro*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Glinskaya, E., and M. Garcia. 1999. *Early Childhood Development Centers in Kenya*. Washington, DC: World Bank.
- Kimmel, J. 1998. "Child Care Costs as a Barrier to Employment for Single and Married Mothers." *Review of Economics and Statistics* 80 (2): 287–99.
- Lokshin, M., E. Glinskaya, and M. Garcia. 2004. "The Effect of Early Childhood Development Programs on Women's Labor Force Participation and Older Children's Schooling in Kenya." *Journal of African Economies* 13 (2): 240–76.

- Mukui, J., and J. Mwaniki. 1995. "National Survey of Early Childhood Development Centers." Report prepared for the World Bank and Ministry of Education, Nairobi, Kenya.
- Myers, R. 1992. "Towards an Analysis of the Cost and Effectiveness of Community-Based Early Childhood Education in Kenya: The Kilifi District." Report prepared for Aga Khan Foundation.
- National Geospatial-Intelligence Agency. n.d. Accès en ligne 25 Novembre, 2006, <http://www.nga.mil>.
- Psacharopoulos, G., and A. Arriagada. 1989. "Determinants of Early Age Human Capital Formation: Evidence from Brazil." *Economic Development and Cultural Change* 37 (1): 683–708.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization). 2005. *Early Childhood Care and Education in Kenya: Policy Review Report*. Early Childhood and Family Policy Series, 11. UNESCO Education Sector, Division of Basic Education, Early Childhood and Inclusive Education Section. New York: UNESCO.
- van der Gaag, J., and J.-P. Tan. 1998. *The Benefits of Early Child Development Programs: An Economic Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 1994. *Kenya Welfare Monitoring Survey II*. Accès en ligne 6 Novembre 6, 2006, <http://www.worldbank.org/>.
- . 1997. "Staff Appraisal Report. Republic of Kenya Early Childhood Development Project." Washington, DC: World Bank.
- . 2000. *Can Africa Claim the 21st Century?* Washington, DC: World Bank.

## CHAPITRE 20

# Le programme Madrasa de développement de la petite enfance: faire une différence

**Peter Mwaura et Bishara T. Mohamed**

Le programme Madrasa de DPE <sup>1</sup> est une initiative régionale qui a commencé au Kenya dans les années 1980. Depuis ses débuts dans la province côtière du Kenya en 1986, le programme a installé des établissements préscolaires qui offrent un enseignement de qualité, abordable, culturellement approprié et durable aux communautés musulmanes défavorisées en Afrique de l'Est. Il s'est ensuite étendu aux deux îles de Zanzibar, Pemba et Unguja, en 1990 et à l'Ouganda en 1993. Le programme est similaire dans les trois pays, mais chacun l'adapte au contexte local pour répondre aux besoins particuliers de ses principaux partenaires, les communautés.

L'objectif général du programme Madrasa de DPE est d'améliorer le bien-être des jeunes enfants des communautés religieuses marginalisées en leur assurant un soutien et un environnement d'apprentissage culturel et religieux au cours de leurs premières années. Plus précisément, le programme communautaire Madrasa de DPE vise à donner aux enfants musulmans des communautés défavorisées accès à des programmes de haute qualité, adaptés à leur culture et abordables qui vont les ancrer dans la loi islamique et accroître la préparation, l'accès et la réussite de leur scolarité ultérieure.

La responsabilité pour le développement et la gestion des établissements préscolaires Madrasa repose sur les communautés qui en sont propriétaires et les font fonctionner. Le processus de création et de mise en œuvre des Madrasa préscolaires cherche à renforcer les capacités des membres des communautés, des enseignants, des membres des comités de gestion scolaires (CGS), des parents, et d'autres, pour donner des services de qualité et créer des établissements d'enseignement qui soutiennent et répondent aux besoins des communautés d'un point de vue technique, financier, et organisationnel dans le long terme.

### **Le contexte**

Avant la création du programme, les enfants musulmans en Afrique de l'Est étaient très défavorisés. Du préscolaire jusqu'à l'université, ils n'avaient pas accès à une éducation ordinaire, de qualité et adaptée à leur culture, et ils se retrouvaient pris dans un cercle vicieux: par manque d'opportunités convenables dans leur petite enfance, de nombreux enfants ne pouvaient pas entrer dans les écoles performantes, leurs résultats à l'école primaire étaient mauvais, s'ils poursuivaient leurs études ils fréquentaient des écoles secondaires de seconde zone et les opportunités étaient réduites s'ils voulaient poursuivre plus loin leur études; tout ceci réduisant à peu de chose les opportunités d'emploi.

Les enfants qui fréquentaient des maternelles laïques allaient dans des écoles financées par la communauté chrétienne le matin et des écoles coraniques traditionnelles plus tard dans la journée, ce qui leur laissait peu de temps pour les loisirs et les jeux. En outre, l'exposition à deux curricula différents, l'un basé sur le christianisme et l'autre sur l'islam, constituait une source de dissonance cognitive, sociale, et spirituelle.

Les inégalités dans l'éducation des musulmans de la province côtière du Kenya ont une origine historique. Selon le rapport d'évaluation de Brown et Sumura (1999), des missionnaires chrétiens introduisirent un enseignement occidental en Afrique de l'Est au XIXe siècle. Ils ne se contentaient pas d'enseigner la lecture et l'écriture, ils voulaient aussi convertir les gens au christianisme. Lorsque les missionnaires sont arrivés pour la première fois dans la région, l'islam, apporté par des commerçants venus du Moyen-Orient était déjà bien établi dans les zones côtières de l'Afrique de l'Est. Les tentatives des missionnaires pour convertir les gens par l'éducation entrèrent en conflit avec les écoles coraniques déjà établies. L'éducation occidentale ne fut donc pas adoptée d'emblée; la majorité des communautés musulmanes, en Afrique de l'Est et ailleurs

dans le monde, se préoccupaient (elles le font toujours) de trouver comment accéder à l'éducation occidentale sans compromettre leurs valeurs et leur identité.

Le désavantage des musulmans en matière d'éducation fut reconnu dans le rapport de la commission de 1965 sur l'éducation au Kenya (communément appelé le rapport Ominde). Le rapport indiquait :

Nous avons constaté que les grandes religions, notamment le christianisme et l'islam, considèrent le processus même de l'éducation comme partial et incomplet s'il n'est inspiré par l'esprit, les valeurs et les règles de la religion . . . Alors que l'éducation qui s'est répandue ailleurs au Kenya sous l'égide du christianisme a pris une forme séculaire, l'éducation islamique se fonde entièrement sur l'islam en tant que religion et système social et culturel . . . La nécessité de l'éducation laïque était clairement reconnue, tout comme le danger de la négliger, qui mettrait de plus en plus les musulmans dans une position désavantageuse pour répondre aux exigences du monde moderne. Le problème de l'éducation laïque était qu'elle n'était pas assez bonne (Kenya 1965, 34-36).

Le désavantage des étudiants musulmans dans le domaine de l'éducation étaient une source grandissante de préoccupation. Au début des années 1980, certains membres des communautés musulmanes se sont réunis pour aborder le problème. Ils ont clairement réalisé que les enfants musulmans devaient avoir accès à l'éducation laïque et devaient être préparés pour pouvoir réussir à l'école, il leur fallait donc de bonnes expériences dans la petite enfance. La volonté de créer un tel programme était bien réelle chez les dirigeants des communautés musulmanes, mais la communauté ne disposait pas des finances, des connaissances ou des compétences pour ce faire. Certains ont donc contacté Son Altesse l'Aga Khan, à l'intermédiaire de la Fondation Aga Khan (AKF) en Afrique de l'Est, pour obtenir l'aide nécessaire pour mettre en place des établissements préscolaires de qualité pour les communautés musulmanes démunies; ces établissements devaient veiller à ce que l'enseignement de l'islam et les services (santé, développement communautaire et participation des parents) fassent partie intégrante du curriculum. C'est ce qui a conduit à la création du programme Madrasa de DPE.

Des groupes de discussion entre les communautés islamiques locales et le bailleur de fonds initial (AKF) ont évalué les besoins et les ressources des communautés islamiques. Ces discussions ont abouti à un partenariat entre les dirigeants islamiques locaux et nationaux et les donateurs internationaux afin de créer un programme d'éducation de la petite enfance

qui reconnaîtrait et célébrerait l'éducation les traditions et les ressources culturellement pertinentes, tout en fournissant aux enfants musulmans des expériences éducatives favorables à leur développement. Un comité national fut créé et un éducateur musulman très respecté, Bi Swafiya Said, fut embauché comme directeur du programme.

## **Les objectifs**

L'objectif du programme Madrasa de DPE était de créer un système efficace, communautaire et peu coûteux pour l'éducation de la petite enfance, visant à favoriser l'excellence en éducation des enfants musulmans provenant d'un milieu socioéconomique faible. Dès le départ, les coûts de la création et l'équipement des centres communautaires de DPE furent maintenus à un minimum pour rendre les établissements préscolaires financièrement abordables pour les familles pauvres.

Dès le début également, les communautés ont dû s'engager à aider dans l'exécution du programme. Les ressources et la main d'œuvre communautaires servent pour construire les écoles, fabriquer des meubles et des armoires pour les salles de classe. Pour une meilleure rentabilité, les équipements, le matériel pédagogique et les jeux sont fabriqués avec des matériaux disponibles localement.

## **Le curriculum**

Un principe fondamental du programme Madrasa de DPE est que le rôle de l'éducation préscolaire est de faciliter le développement de la personnalité, des compétences et des aptitudes pour permettre aux enfants musulmans de bien s'insérer dans un monde du travail dynamique tout en conservant leur identité morale, spirituelle et culturelle. Le curriculum centré sur l'enfant qui fut créé et qui à l'origine était une adaptation d'un programme occidental, fut modifié pour être plus adapté à la culture islamique, en intégrant l'enseignement et les pratiques de l'islam tout en donnant aux enfants l'apprentissage et la préparation nécessaires pour réussir dans les écoles primaires laïques.

L'islam est un mode de vie; en conséquence, le programme Madrasa de DPE vise à favoriser le développement intégral de l'enfant au sein des valeurs traditionnelles, culturelles et religieuses de la famille et de la communauté. Par exemple, en milieu islamique, l'enfance va de la période intra-utérine à la puberté. Dans l'islam, l'âge adulte peut donc commencer aussi jeune que 9 ans pour les filles et environ 11 ans pour les garçons. L'islam indique clairement que la petite enfance se termine



à l'âge de 7 ans, lorsque les enfants sont initiés et préparés aux activités religieuses journalières et au développement de l'autonomie fonctionnelle. Par exemple, le jeûne et les cinq prières sont enseignés aux enfants à l'âge de 7 ans et deviennent obligatoires pendant le mois sacré du Ramadan dès la puberté. On donne aux enfants de moins de 7 ans de nombreuses occasions de jouer et on les encourage à utiliser du matériel pour ce faire. Au cours de la petite enfance, les activités des garçons et des filles sont communes.

Ces valeurs, croyances et traditions furent incorporées dans le Programme d'éducation préscolaire islamique (Early Childhood Education Project Committee 1990). Ce programme fut révisé à plusieurs reprises et est de nouveau en cours de révision.

## **Gestion et gouvernance**

Le programme Madrasa de DPE fonctionne sous l'égide des centres de ressources Madrasa (CRM) au Kenya, en Ouganda et au Zanzibar. Les trois CRM sont coordonnés par un bureau régional et chacun d'eux est géré par un directeur de projet et régi par un conseil Madrasa national. Le programme Madrasa est supervisé par un comité régional qui est responsable de la politique, de l'enseignement, de la recherche et de la dotation communautaire. Alors que les membres des conseils nationaux sont des bénévoles dans chaque pays, les membres du comité national sont des volontaires sur le plan national, régional, et international.

## **Activités opérationnelles**

Les activités opérationnelles consistent à sensibiliser, éduquer, mobiliser, motiver et habiliter les communautés sur le DPE; à former et offrir un mentorat aux enseignants du préscolaire; à suivre et évaluer les progrès de la réalisation du programme; à diffuser les informations à tous les intéressés, y compris les donateurs, le gouvernement et les collectivités; à mener des recherches sur des questions importantes du DPE et l'impact de l'éducation préscolaire; et à veiller à ce que les écoles maternelles soient viables sur un plan technique, financier et organisationnel.

## **La séquence des activités du programme**

Les communautés passent par cinq phases pour établir et faire fonctionner leur écoles maternelles : le contact, le contrat, la réalisation, l'obtention du diplôme/certificat, et l'après diplôme.

### **Le contact**

Le cycle débute par une réunion entre les membres du CRM pour le développement communautaire et les dirigeants de la communauté. Au fil du temps, des groupes de discussion sont organisés pour identifier et déterminer les besoins prioritaires des enfants de la communauté. Ces discussions sont l'occasion de faire prendre conscience de l'importance de la stimulation précoce, des besoins et des droits des enfants, d'expliquer comment les jeunes enfants doivent grandir et se développer, de rappeler le rôle des parents et de la communauté dans la croissance et le développement et les avantages de l'éducation des jeunes enfants.

Une fois établi que l'éducation et notamment l'éducation préscolaire, est cruciale pour résoudre certains problèmes dans la communauté, on entame des négociations plus précises sur la mise en place d'un système éducatif préscolaire de qualité. Le personnel du CRM travaille avec les communautés et ses dirigeants pour établir les ressources disponibles et les attentes de chacun des membres de la communauté si on décide de lancer un projet d'éducation préscolaire. Au cours de ces discussions, les rôles et les responsabilités de la communauté et du CRM sont précisés et convenus.

Dès le contact, les communautés s'approprient le programme. Le processus stimule l'engagement actif de la communauté et sa volonté d'établir un enseignement préscolaire de qualité. Au-delà des objectifs à court terme de sensibilisation et de mobilisation pour créer une maternelle, le processus amène les communautés à prendre conscience des problèmes communautaires existants; elles découvrent leurs responsabilités et les capacités nécessaires pour faire une véritable différence dans la vie de leurs enfants, ce qui entraîne le renforcement des capacités locales, connaissances, aptitudes et pratiques nouvelles et mène à une plus grande autonomie.

### **Le contrat**

Il faut en général jusqu'à un an pour établir si les communautés manifestent un réel intérêt à l'égard du programme et si elles sont prêtes à s'engager à le réaliser. Lorsque les communautés décident de s'engager, elles signent un accord de partenariat avec le CRM pour officialiser la collaboration pour l'établissement d'une maternelle Madrasa. Le contrat précise les conditions et les modalités de l'interaction, les prestations et les pénalités, qui sont toutes destinées à la création d'un établissement préscolaire de qualité.

Le CRM s'engage à fournir une subvention d'encouragement de 1 000 dollars US au maximum pour améliorer l'environnement d'apprentissage,

à fournir deux ans de formation aux membres du comité de gestion scolaire (CGS), aux enseignants et aux parents, à travailler avec la communauté pour évaluer périodiquement la qualité de la maternelle, à promouvoir le renforcement des capacités en gestion scolaire des membres de la communauté et à fournir un mentorat et un soutien continus, même après l'obtention du diplôme d'école Madrasa.

La communauté s'engage à fournir un bâtiment scolaire (rénové ou nouvellement construit) avec toilettes et aire de jeux, à nommer ou élire le CGS (au moins 2 membres sur un minimum de 7 doivent être des femmes et le nombre de membres est limité à 11) et à désigner les femmes qui recevront la formation d'enseignantes. Le CGS nouvellement nommé ou élu doit alors commencer le processus d'enregistrement de l'école et ouvrir un compte bancaire.

### ***La réalisation***

La phase de réalisation suppose, entre autres tâches, la construction ou la réhabilitation des salles de classe et des structures essentielles nécessaires à la création d'un établissement préscolaire d'enseignement et d'apprentissage de qualité, la formation et le mentorat des enseignants et la formation et le soutien au CGS.

Une fois ceci entrepris il appartient aux communautés et au personnel du CRM d'évaluer les écoles tous les six mois. À la fin de chaque évaluation, ils tiennent une réunion conjointe pour se mettre d'accord sur les progrès réalisés et fixer des objectifs pour améliorer les performances de l'école avant la prochaine évaluation. Ce processus est extrêmement important pour aider les communautés à comprendre ce qui constitue une éducation préscolaire de qualité et leur transférer la responsabilité de veiller à la qualité de leurs écoles. Après deux à trois ans de formation intensive, de soutien, de suivi et d'évaluation, le programme préscolaire reçoit le diplôme officiel d'école Madrasa.

### ***Diplôme et certificat***

Comme indiqué précédemment, le CRM et le CGS travaillent main dans la main pour évaluer dans quelle mesure les écoles répondent positivement aux critères requis de participation communautaire, de qualité de l'environnement, de l'enseignement et de l'apprentissage et de gestion responsable, qui ont été stipulés dans le contrat. Les centres préscolaires Madrasas qui répondent à toutes les normes de qualité reçoivent alors un certificat et diplôme. Les enseignants et les directeurs des écoles reçoivent également un certificat. Le programme reconnaît officiellement les

parents qui se sont impliqués dans les activités et ceux-ci reçoivent un certificat d'appréciation pour leur participation. Une fois le diplôme obtenu, les écoles deviennent généralement membres de l'Association des écoles Madrasa (AM) qui est gérée par ses membres.

### **L'après diplôme**

Le CRM offre un soutien intensif aux enseignants et aux communautés des écoles diplômées en apportant mentorat et formation interne aux enseignants et une formation supplémentaire aux membres du CGS et de l'AM.

Le tableau 20.1 présente des données sur la taille des trois CRM d'Afrique de l'Est en 2005. Le programme a accordé leur diplôme à 153 centres préscolaires et à presque 20 000 enfants d'âge préscolaire; il a formé plus de 6 000 enseignants et membres de CGS grâce à des cours à long, moyen et court terme.

### **La recherche au sein du programme CRM**

Le système de suivi & évaluation créé au sein du programme CRM veille à ce que les écoles offrent des environnements et pratiques durables pour un des systèmes financiers et de gestion efficaces pour assurer le maximum de résultats positifs pour les enfants, maintenant et dans l'avenir.

**Tableau 20.1 Bénéficiaires primaires du programme de centres Madrasa de ressources à partir de 2005**

	<i>Kenya</i>	<i>Ouganda</i>	<i>Zanzibar</i>	<i>Total</i>
Préscolaire sous contrat	66	50	74	190
Ecoles diplômées	51	38	64	153
Enfants diplômés	4 795	3 963	11 064	19 822
Enfants inscrits dans les CRM <i>préscolaires</i> en 2005	3 035	2 331	4 743	10 109
Filles inscrites dans les CRM <i>préscolaires</i> en 2005	47,6	49,2	50,4	49,1
Enseignants de CRM formés par cours de deux ans	479	189	593	1 261
Autres enseignants formés par cours de 1 an	2	26	258	286
Autres enseignants formés par cours courts	918	1 469	229	2 616
Membres du comité de gestion de l'école formés et en formation	747	271	849	1 917

Source: Mwaura 2006.

La recherche a joué un rôle clé dans l'histoire des CRM. Lors de la préparation du programme, plusieurs études ont été menées pour permettre de mieux comprendre les raisons pour lesquelles les enfants musulmans n'avaient pas accès à l'école primaire et ne réussissaient pas lorsqu'ils la fréquentaient. Une des principales raisons était une mauvaise préparation. Le programme Madrasa de DPE fut donc élaboré en fonction des résultats de ces études.

Après quatre ans d'activité du programme, l'AKF a commandé une étude de suivi (Wamahiu 1995) pour évaluer l'impact de l'intervention sur la réussite scolaire ultérieure des enfants inscrits en 1987 et 1988. L'impact du CRM était visible. L'étude a établi, entre autres résultats prometteurs, que les diplômés du CRM étaient régulièrement classés parmi les meilleurs élèves du cours préparatoire et ils se trouvaient généralement dans les meilleurs 20% dans les classes suivantes jusqu'au cours moyen.

En 1999, une étude longitudinale fut mise au point pour mener une recherche plus systématique sur l'environnement du CRM. L'étude prit un échantillon de huit écoles CRM parmi celles qui avaient obtenu leur diplôme jusqu'en 1999 dans chacun des trois pays et les a comparées aux écoles maternelles non-CRM. En adoptant une version adaptée de l'Échelle d'évaluation de l'environnement des nourrissons et des tout-petits (*Early Childhood Environment Rating Scale* ou ECERS), l'étude a constaté que les écoles maternelles CRM bénéficiaient d'un meilleur environnement d'enseignement et d'apprentissage que les écoles maternelles normatives dans chaque pays (Mwaura 2004).

Au début de l'année 2000, une étude plus approfondie a été entreprise pour évaluer l'impact du programme Madrasa sur l'environnement d'enseignement et d'apprentissage et le développement cognitif des enfants des établissements préscolaires Madrasa et non-Madrasa<sup>2</sup>. L'étude posait quatre questions :

- Une expérience préscolaire entraîne-t-elle une différence dans le développement cognitif des enfants ?
- Le type d'éducation préscolaire entraîne-t-il une différence dans les aptitudes cognitives et le développement des enfants ?
- Quelle est la qualité de l'environnement de l'enseignement et de l'apprentissage offerts aux enfants d'âge préscolaire ?
- La qualité de l'environnement de l'enseignement et de l'apprentissage influence-t-elle le développement cognitif des enfants d'âge préscolaire?

L'échantillon de l'étude comprenait 17 établissements préscolaires au Kenya (9 établissements CRM et 8 établissements non-CRM), 18 établissements préscolaires en Ouganda (13 établissements CRM et 5 établissements non-CRM), et 18 établissements préscolaires au Zanzibar (10 établissements CRM et 8 établissements non-CRM).

On utilisa des méthodes quantitatives et qualitatives pour répondre aux questions. Pour chaque école, on recueillit les données démographiques et on évalua l'environnement de l'enseignement, de l'apprentissage et les jeux en termes d'espace intérieur, de mobilier, de matériel d'apprentissage, d'espace extérieur et d'équipement. On a examiné les méthodes d'enseignement et les dossiers finances et gestion de l'école. Les établissements ont été évalués sur leur accessibilité, la disponibilité et la pertinence de l'équipement et des matériels didactiques. Finalement, on a examiné la gestion de l'école.

Des entrevues individuelles ont été menées avec les enseignants qui portaient sur des domaines intéressants, leur formation par exemple. Certains membres des CGS ont également été interrogés. Des groupes de discussion ont eu lieu avec les parents, les CGS, et les enseignants: on y abordait des questions comme leur idée du succès obtenu jusqu'ici, leur estimation des défis à venir et leur vision pour l'avenir.

Au moins deux personnes ont participé à l'évaluation dans chaque école: le chercheur principal et un membre du personnel du CRM, qui était le directeur, le formateur principal ou le responsable du suivi, de l'évaluation et de la liaison.

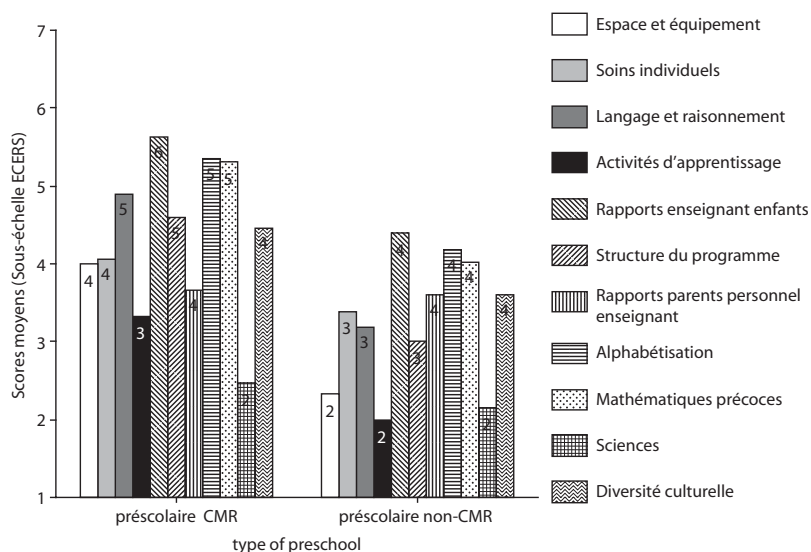
Les résultats par rapport aux programmes d'autres établissements préscolaires de type normatif en Afrique de l'Est, y compris les centres publics de développement de la petite enfance pour les districts (DICECE) au Kenya, indiquent que les enfants inscrits dans le programme Madrasa de DPE bénéficient d'un meilleur environnement d'apprentissage. Les établissements préscolaires Madrasa ont obtenu les meilleurs résultats sur tous les aspects environnementaux évalués avec l'édition de l'échelle d'évaluation révisée (ECERS-R) de Harms et Clifford (1998) et son extension au curriculum (ECERS-E) par Sylva et al. (1999). Dans ce chapitre, la version révisée et étendue de l'ECERS est appelée ECERS-RE. Les établissements préscolaires CRM se sont montrés nettement supérieurs sur 73% des dimensions comparés aux établissements préscolaires de type normatif. La cote la plus élevée des établissements préscolaires CRM a été donnée aux rapports entre enseignants et enfants (moyenne = 5,1), suivie par l'alphabétisation (moyenne = 4,6), les mathématiques (moyenne = 4,4), et la langue et le raisonnement (moyenne = 3,9). Les

activités scientifiques et l'apprentissage ont obtenu les résultats les plus faibles, inférieurs à la norme minimale acceptable.

Les établissements préscolaires Madrasa ont obtenu des résultats supérieurs à ceux des établissements pré-scolaires non- Madrasa. La moyenne totale des scores ECERS-RE pour les établissements préscolaires CRM était de 4,1 (ET = 0,78, intervalle = 1.77-5.3) tandis que la moyenne totale des établissements préscolaires non-CRM était de 3,025 (ET = 0,87 et intervalle = 1.48-5.6; voir la figure 20.1).

L'étude a utilisé un échantillon de 464 enfants (221 garçons et 243 filles): 157 et 174 enfants venaient d'établissements préscolaires non-Madrasa et Madrasa respectivement et 133 enfants ne fréquentaient aucun établissement préscolaire. L'échantillon comprenait le Kenya (144), l'Ouganda (99), et le Zanzibar (221). Les enfants ont été testés trois fois: pré-test, post-test 1 et post-test 2. Une évaluation standardisée a été effectuée, adaptée de l'échelle anglaise de capacité (*British Ability Scales* ou BAS) (Elliott, Murray, and Pearson 1978) et du test de l'enfant africain. L'échantillon était contrôlé au point de vue âge, sexe, groupe, pays, éducation parentale et nombre de frères et sœurs dans la

**Figure 20.1 Scores de l'environnement d'apprentissage dans les établissements préscolaires CRM et non CRM au Kenya, en Ouganda et au Zanzibar**



Source: Mwaura 2006.

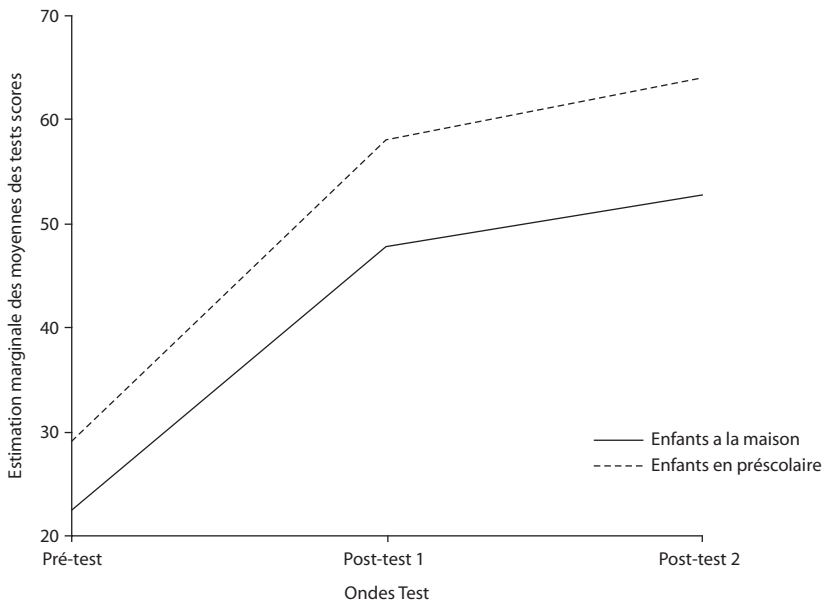
Note: Échelle d'évaluation de l'environnement des nourrissons et des tout-petit.

famille. On a utilisé des mesures répétées ANOVA<sup>3</sup> et t-tests pour l'analyse des données.

La figure 20.2 présente les taux de variation des scores aux tests cognitifs moyens sur les mesures entre pré-test, post-test 1 et post-test 2, selon que les enfants avaient eu ou non une expérience préscolaire. De toute évidence, les enfants qui avaient une expérience préscolaire ont obtenu de meilleurs résultats que ceux qui étaient restés à la maison pendant les années préscolaires.

Dans l'ensemble, les écoles maternelles CRM procurent la plus grande valeur ajoutée lors qu'il s'agit du développement intellectuel des enfants. Les enfants venant des écoles maternelles CRM ont obtenu de bien meilleurs résultats que ceux qui n'avaient pas fréquenté de centre préscolaire ou ceux qui avaient fréquenté d'autres écoles maternelles en Afrique de l'Est. Les enfants inscrits dans les centres préscolaires CRM avaient une marge de valeur ajoutée 42% plus élevée que la moyenne des scores des enfants restant à domicile. De même, les enfants du CRM ont ensuite de meilleurs résultats à l'école que les autres enfants, aussi bien

**Figure 20.2 Taux de changement des mesures cognitives des enfants inscrits dans les établissements préscolaires et ceux restés à la maison**





ceux qui restent chez eux que ceux qui viennent d'autres établissements préscolaires normatifs. Les enfants inscrits dans les programmes Madrasa préscolaires avaient plus de chances de se classer dans la moyenne supérieure de leur classe aux examens, comparés aux enfants sans expérience préscolaire ou à ceux inscrits dans d'autres écoles maternelles. Leur performance supérieure est remarquable; d'après les enseignants, dès la première entrevue d'admission à l'école, les enfants des CRM obtiennent de meilleurs résultats.

La différence des performances intellectuelles des élèves préscolarisés et non préscolarisés était évidente dès 60 jours après la rentrée préscolaire. Dans le préscolaire, les filles étaient intellectuellement relativement plus performantes que les garçons, mais sans plus. Cependant, une fois à l'école primaire, il y avait nettement plus de filles que de garçons dans la moitié supérieure des résultats d'examens et ce dans chacune des quatre premières années. Il faudrait davantage de données et d'analyses pour comparer le taux des enfants qui poursuivent l'école entre ceux qui ont reçu une éducation préscolaire et ceux qui sont restés à la maison mais l'analyse initiale indique un taux plus élevé chez les enfants qui ont eu une expérience préscolaire par rapport aux autres.

Mwaura (2004) a tiré les conclusions suivantes de l'étude d'impact :

- L'expérience préscolaire a une influence importante et positive sur le développement cognitif des enfants.
- Les gains en développement cognitif sont plus importants pour les enfants préscolarisés que pour les enfants qui restent à la maison.
- Les gains en développement cognitif sont plus importants pour les enfants inscrits aux établissements préscolaires Madrasa que pour les enfants inscrits à d'autres établissements préscolaires.
- La qualité de l'environnement est un facteur prédictif significatif des fonctions cognitives de développement.
- La qualité est plus élevée dans les préscolaires Madrasa que dans les préscolaires non-Madrasa.
- Les enfants inscrits dans les CRM bénéficient d'un environnement d'apprentissage et de jeu (à l'intérieur et à l'extérieur) relativement meilleur, en particulier dans les domaines du langage, des rapports avec l'autre, des mathématiques et de l'alphabétisation.
- Le climat psychosocial, comme le montrent les rapports entre enseignants et enfants est meilleur dans les établissements CRM que dans les écoles maternelles non CRM.

- Les diplômés des établissements CRM ont un avantage comparatif au niveau des performances cognitives et psychosociales et entrent à l'école primaire relativement mieux préparés à apprendre.
- Chez les enfants des établissements CRM les gains dans le développement cognitif sont plus importants entre l'entrée au centre préscolaire (post-test 1) et la première année (entre post-test 1 et post-test 2) que dans les années suivantes.

### **Impact du programme sur la communauté**

Bien que le programme n'ait pas effectué une étude pour montrer l'impact des programmes CRM sur les enseignants et les CGS, les observations faites par les formateurs des enseignants et les agents de développement communautaire montrent une tendance positive. Environ 40% des membres des CGS sont des femmes, travaillent dans de nombreux autres programmes communautaires, contribuant ainsi au développement de leurs communautés. Les enseignantes préscolaire, diplômées de l'enseignement primaire ou qui ont abandonné avant la fin du secondaire ont maintenant un emploi professionnel rémunéré. Elles sont appréciées et respectées dans la communauté et elles prennent la direction de diverses activités communautaires. Ces enseignantes agissent comme des modèles de rôle pour les jeunes filles de la communauté (Morgan and Muigai 2000).

Afin de compléter les études d'impact quantitatives, Mwaura (2002) a également effectué une étude qualitative sur l'efficacité. Il a identifié les caractéristiques du programme préscolaire indispensables à l'efficacité du programme suivantes:

- *Le point de départ est l'état de préparation.* L'état de préparation est caractérisé par la capacité des communautés d'identifier non seulement leurs problèmes mais aussi leurs forces et faiblesses et leur croyance dans les bienfaits à long terme de l'intervention.
- *Les individus font la différence.* Selon le personnel des CRM, le comité de la mosquée locale est la clé pour entrer dans les communautés. Le respect spirituel qui est accordé aux membres du comité de la mosquée facilite une entrée en douceur dans la communauté, mais non sans une certaine résistance. La clé pour vaincre cette résistance était la personne qui avait initié le processus, dans ce cas précis, il s'agissait d'une femme très connue et respectée dans les communautés.
- *Travailler avec le contexte conduit à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies et d'activités appropriées.* Le cadre opérationnel des CRM est

basé sur les conditions sociales, les atouts, les valeurs et les besoins exprimés de la communauté. C'est ce cadre qui a permis la création d'un système d'éducation préscolaire sensible, accessible et approprié sur le plan économique, social et culturel.

- *Les structures de gestion et de gouvernance à tous les niveaux supportent les opérations du bureau régional aux communautés.* Chaque structure a une responsabilité particulière qui complète et est étroitement liée à l'autre et toutes deux doivent faire réussir le programme. Cette structure est reliée aux organismes nationaux et régionaux, dont les politiques, les conseils et les ressources. assurent la qualité du programme.
- *Un système de contrôle de qualité assure des prestations de qualité.* La qualité dans les opérations CRM vise la sensibilisation des communautés, la mobilisation et le développement des capacités par les agents de développement communautaire, la formation et le mentorat par les formateurs et l'unité de suivi & d'évaluation dirigée par un officier de liaison chargée du suivi, de l'évaluation et de la recherche. Ce système permet un soutien et une supervision adéquats de ceux qui réalisent le programme.
- *Un système simple mais complet de suivi et d'évaluation, de réflexion et de réactions est fondamental.* Le CRM insiste fortement sur les pratiques réflexives par la surveillance et l'évaluation participatives et intégrées. Basé sur l'idée que chaque membre du personnel contribue au programme, le système implique tous les acteurs dans l'exercice de l'évaluation qui est organisé comme une activité de développement et de renforcement des capacités.
- *La motivation intrinsèque et extrinsèque, aux niveaux individuels et communautaires, est définie et actualisée par le programme.* Le CRM s'est efforcé d'inculquer l'esprit d'unité, du travail bien fait et encourage le volontariat. Il fonctionne en vertu de la philosophie humaine et spirituelle du service à Allah et à la communauté, qui constitue la mystique de la participation individuelle et communautaire au programme. Le programme a créé un sentiment de complémentarité mutuelle, de responsabilité et de justification.
- *Le partenariat entre la communauté et le CRM, qui est établi et scellé par un contrat signé, est une autre caractéristique de l'efficacité du programme.* Le contrat donne une vision commune, des objectifs et une orientation aux partenaires de travail qui sont suivis et évalués et il culmine dans la remise du diplôme aux CRM qui couronne la réussite du partenariat et l'accomplissement du contrat.

- *Un programme de partenariat avec les bailleurs de fonds, basé sur le respect mutuel pas seulement sur les financements est crucial.* Une relation caractérisée par l'orientation et la facilitation, plutôt que la surveillance, a été établie entre l'agent de financement et le programme depuis le début. La Fondation Aga Khan, tout en conservant son statut de bailleur de fonds, donne des indications cruciales au programme mais laisse la liberté aux acteurs de décider de leurs activités.
- *Les difficultés font partie de la dynamique d'un programme efficace.* Efficacité ne signifie pas nécessairement un développement sans difficultés. L'important c'est la manière dont le personnel et les communautés perçoivent les problèmes. Le système réussit lorsque les difficultés sont perçues comme des options.
- *La force d'un programme réside dans les personnes qui sont impliquées, à commencer par le processus de recrutement et le soutien à la poursuite des investissements dans le développement des individus au fil du temps.* L'investissement dans les ressources humaines est au cœur du CRM.
- Dans une évaluation du CRM, Waithaka (1999, 16) rapporte que « Les trois CRM se sont dotés de personnels de qualité, généralement enthousiastes au travail et suffisamment informés sur la situation éducative, sociale, économique, culturelle et politique de la communauté ciblée pour laquelle ils semblent manifester de l'empathie. »
- *Les processus dans un programme évoluent au fil du temps.* Dans les CRM, le processus de mobilisation communautaire, la formation des enseignants, le suivi et l'évaluation des établissements ont tous été développés au fil du temps et font régulièrement l'objet d'un examen minutieux. Il est donc important de favoriser les possibilités de tester, partager et évaluer les idées novatrices.
- *L'intégration a des dimensions à la fois de contenu et de contexte.* L'intégration du contenu au CRM combine l'éducation laïque, religieuse et culturelle et intègre aussi l'éducation, l'alimentation, la santé, la morale et l'aspect psychosocial. L'intégration contextuelle rassemble toutes les parties prenantes, non seulement en rapport avec leur contribution au programme, mais aussi avec la manière dont elles bénéficient directement ou indirectement du programme.
- *Accent sur les résultats.* L'efficacité des politiques opérationnelles et de gestion est évaluée par ses résultats dans le produit humain. En prenant l'enfant comme bénéficiaire principal, le processus du programme doit être lié à un impact positif sur sa croissance et son développement. Le programme doit aussi avoir un impact durable sur les communautés participantes, en particulier leur prise de conscience des besoins locaux,

la disponibilité des ressources communautaires et leur capacité à relever leurs propres défis.

## Conclusion

Les besoins des communautés musulmanes pauvres sont à l'origine du programme Madrasa de DPE; il fut développé à l'aide des structures et des ressources existantes complétées par des principes de développement des enfants. La croissance et le développement du programme, un processus fondé sur les pratiques réflexives, s'est mué en système d'apprentissage dans lequel les leçons apprises sont mises en pratique pour le faire progresser. Le programme présente de nombreuses caractères d'efficacité; l'étude d'impact menée entre 2000 et 2004 montre que les centres préscolaires Madrasa offrent un environnement favorable à l'enseignement et à l'apprentissage et que les enfants qui fréquentent ces écoles maternelles font montre de bonnes performances cognitives comparés à d'autres. Le succès du programme préscolaire Madrasa est illustré par le fait que (1) les enfants non musulmans se joignent maintenant au programme ; (2) de nombreuses communautés dans les trois pays envisagent de lancer des écoles maternelles avec un curriculum primaire intégré ; (3) certains des enseignants sont « débauchés » pour aller enseigner dans des écoles privées ; (4) certains des enseignants formés par Madrasa ont lancé leur propre école maternelle en utilisant l'approche de l'apprentissage actif ; (5) au début, le programme allait à la recherche des communautés tandis que maintenant ce sont les communautés qui recherchent l'aide des CRM ; (6) le programme est devenu un acteur incontournable dans l'élaboration et la réalisation de systèmes nationaux de politique ; (7) le gouvernement et des ONG ont consulté le programme comme référence sur des questions de mobilisation communautaire, de formation en DPE, élaboration de politique, création de matériels d'enseignement et d'apprentissage, élaboration de programme et pour la création de systèmes de suivi & évaluation et de documentation continus concernant le DPE; et (8) la visibilité du programme dépasse maintenant l'Afrique de l'Est; le Mozambique et certains pays d'Afrique de l'Ouest ont appelé à l'aide pour l'établissement d'un programme similaire.

En conclusion, le programme Madrasa de DPE en Afrique de l'Est a de manière sûre, systématique et déterminée démontré que les enfants qui fréquentent une école maternelle de qualité en profitent au niveau préscolaire et au-delà. On peut très bien équiper un personnel para professionnel pour des interventions de qualité dans des environnements

modestes et on peut habiliter les communautés pauvres pour qu'elles puissent investir temps et ressources à l'établissement et la maintenance d'une école. Le programme a démontré que même dans les communautés très pauvres on peut mobiliser des ressources pour le bien-être de toute la communauté. Il est possible de soutenir les établissements préscolaires dans la durée sans le soutien continu de bailleurs de fonds et concevoir des modèles de maternelles qui répondent aux besoins religieux et culturels particuliers d'un groupe et s'adaptent aux populations de milieux culturels et religieux très divers. Des programmes préscolaires bien établis avec des stratégies opérationnelles bien planifiées peuvent avoir un impact sur la politique de la petite enfance et les systèmes de prestations à l'échelle nationale et locale pour améliorer la pertinence, la qualité et l'intégration des programmes et des services destinés aux jeunes enfants.

## Notes

1. Voir Mwaura (2006).
2. Pour cette étude d'impact, Mwaura (2004) a reçu le soutien du Professeur 3. Kathy Sylva et du Dr Lars-Erik Malmberg de l'Université d'Oxford.
3. L'analyse de variance (ANOVA) est une collection de modèles statistiques et de procédures dans lesquels la variance sous observation est divisée en diverses composantes selon des variables explicatives diverses.

## Références

- Brown, G. J., and S. Sumura. 1999. *The East Africa Madrasa Programme: The Madrasa Resource Centers and Their Community-Based Preschool Programme*. Geneva: Aga Khan Foundation.
- Early Childhood Education Project Committee. 1990. *The Islamic Preschool Curriculum*. Mombasa: Madrasa Preschool Resource Center.
- Elliott, C. D., J. D. Murray, and L. S. Pearson. 1978. *The British Ability Scales*. London: NFER-Nelson Publishing Co., Ltd.
- Harms, T., and R. Clifford. 1998. *Early Childhood Rating Scale*. New York: Teachers College Press.
- Kenya. 1965. *Kenya Education Commission Report*. Nairobi: Government Printers.
- Morgan, P., and S. Muigai. 2000. *Canadian International Development Agency Program Evaluation: The Work of the Aga Khan Foundation in the Education Sector in East Africa*. Ottawa: Canadian International Development Agency.

- Mwaura, P. 2002. "The Foundation of Madrasa Resource Center Programme Effectiveness." Paper presented at the "Effectiveness Initiative Workshop," Ahmedabad, India.
- . 2004. "Preschool Play and Learning Environment: A Study of the Quality of Pedagogical Ecology and Its Relationship to the Cognitive Development of Preschool Children in East Africa." PhD thesis. Kenyatta University, Kenya.
- . 2006. "Madrasa Resource Center Early Childhood Development Programme: Making a Difference." Draft paper.
- Sylva, K., I. Siraj-Blatchford, B. Taggart, and P. Coleman. 1999. *The Early Childhood Environment Rating Scale Extension (ECERS-E): Four Curricular Subscales* (draft). London: Institute of Education.
- Waithaka, D. 1999. *Organizational Development Assessment Report*. Mombasa: Madrasa Resource Center.
- Wamahiu, S. P. 1995. *The Impact of the Integrated Madrasa Nursery Intervention Programme on Later School Success of Muslim Children in Mombasa: The Tracer Study Continued*. Nairobi: Aga Khan Foundation.





## CHAPITRE 21

# Lier le discours de la politique à la vie quotidienne au Kenya: les impacts des politiques néolibérales sur l'éducation de la petite enfance et l'éducation des enfants

**Elizabeth Swadener, Patrick Wachira, Margaret Kabiru, et Anne Njenga**

Bien que le Kenya n'ait pas suivi une voie socialiste dans la construction postindépendance de la nation comme plusieurs pays africains l'ont fait (par exemple, le Mozambique et la Tanzanie), ses politiques au début de l'époque postcoloniale reflétaient les principes de l'accès universel à l'éducation, aux services de santé et aux autres services souvent associés à la notion « d'état providence ». Par exemple, pour beaucoup (sinon tous) de Kényans, l'éducation de base, les soins de santé primaires et les services et produits connexes furent gratuits et relativement disponibles pendant plusieurs années après l'indépendance de leur nation en 1963. Comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine, le Kenya a contracté des dettes à grande échelle auprès de plusieurs banques multilatérales de développement, notamment la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI). Les conditions de restructuration de la

dette et les pressions exercées par les bailleurs de fonds extérieurs ont entraîné la réduction des coûts et l'application de « mesures d'austérité » qui ont miné ce qui reste d'un « état providence » au Kenya et touché directement la majorité des familles qui élèvent des enfants (Gakuru and Koech 1995; Swadener, Kabiru and Njenga 2000; Swadener and Wachira 2003; Weisner, Bradley, and Kilbride, 1997). En outre, les pressions engendrées par la mondialisation de l'économie et la libéralisation des échanges, combinées à l'urbanisation et à la dislocation de la famille qui s'y associent, la hausse du chômage, la corruption gouvernementale et la mauvaise gestion économique, et la détérioration d'une infrastructure nationale ont nui aux familles kényanes. Ces tendances reflètent des modèles plus généraux de la politique néolibérale, comme le résume Tikly (2001, 165) :

La fragilité de l'État africain dans le contexte des relations internationales et le statu quo postcolonial a fait en sorte que de nombreux états africains soient plus sensibles aux forces mondiales que le sont les pays riches. *Cette tendance a réuni les conditions pour l'imposition depuis le début des années 1980 d'une nouvelle orthodoxie néolibérale de l'économie politique qui a perturbé les projets hégémoniques autochtones postcoloniaux et les stratégies d'accumulation . . . cette orthodoxie a de graves conséquences dans tous les domaines de la protection sociale, y compris l'éducation et a contribué à exacerber la stratification sociale.*

En utilisant une loupe postcoloniale pour analyser les impacts des programmes d'ajustement structurel (maintenant appelés « stratégies de réduction de la pauvreté ») et autres politiques néolibérales sur les enfants et les familles au Kenya, nous nous inspirons de Tikly (2001) qui affirme que la préoccupation centrale de la critique postcoloniale est de « re-raconter » (Hall, 1996, cité dans Tikly 2001, 152) l'histoire de la mondialisation d'une manière qui « place au centre et non en périphérie des régions du monde historiquement marginalisés, *dans notre cas, les débats sur l'éducation et la mondialisation* ». Tikly affirme en outre:

Une telle critique postcoloniale concerne essentiellement l'*impact* continu sur les *systèmes éducatifs* hérités du colonialisme européen et sur les questions de race, de culture et de langue, ainsi que d'autres formes de stratification sociale, y compris les différences entre les classes et les sexes dans les contextes postcoloniaux. Une critique postcoloniale attire l'attention sur les aspects transnationaux de la mondialisation et des inégalités sociales et vise à mettre en exergue des formes de résistance à l'hégémonie occidentale (Tikly 2001).

Un certain nombre de contextes ne pourront être discutés en profondeur dans ce chapitre, mais méritent d'être mentionnés. Il s'agit notamment des contextes sociaux et culturels, un aperçu de l'histoire précoloniale, coloniale et postcoloniale du Kenya et une compréhension des cadres de la politique éducative et sociale en Afrique. Nous sommes conscients du poids de toute la littérature qui fabrique un climat politique et économique de crise en Afrique. Comme Parpart et Staudt l'ont indiqué (1989, 1) il y a plus d'une décennie, « le développement a tout d'abord préoccupé la littérature africaniste, mais la crise en est devenue le thème dominant. »

On pourrait faire valoir que le thème dominant dans le nouveau millénaire est la mondialisation économique et ses impacts sur l'Afrique. Nous trouvons à redire aussi bien sur la théorie de la dépendance que sur les perspectives d'étatisme qui ne prennent pas assez en compte les contradictions locales et les complexités de la vie familiale au Kenya ou dans toute autre nation africaine subsaharienne. Ainsi, dans notre analyse des impacts des politiques néolibérales, nous reconnaissons l'action, la résistance et la créativité dont les enfants et les familles font l'expérience quotidiennement dans leur vie de tous les jours dans des conditions difficiles au Kenya et dans d'autres nations d'Afrique subsaharienne. Nous reconnaissons également la complexité et les contradictions des pratiques de la culture populaire imposées localement dans des contextes contemporains africains alors que nous présentons une *critique postcoloniale* des politiques néolibérales au Kenya. Contrairement aux principes de l'état providence, les politiques néolibérales prônent le libre-échange, la déréglementation, la privatisation et la décentralisation des programmes du gouvernement et remplacent l'idée du bien public ou des droits universels des citoyens par l'idée de la responsabilité individuelle et l'obligation gouvernementale de rendre des comptes. Dans ce discours de culpabilisation, on assiste à une « pathologisation » de la pauvreté (Polakow 1993; Swadener and Lubeck 1995) aux États-Unis et ailleurs (Polakow, Halskov and Jorgensen 2001; Sibley 1995) qui ajoute au discours de déficience récurrent qui voudrait que les pauvres n'ont qu'eux mêmes à blâmer. La restructuration radicale et la dévolution de la politique de protection sociale et les compressions dans les programmes sociaux aux États-Unis sont bien documentées (par exemple, Cannella 2003; Ehrenreich 2001; Gordon 1994; Mink 1998; Polakow 1993; Schram, 2000). Le discours des États-Unis a changé pour tenir compte de ces politiques de « l'après protection sociale » ; par exemple, certains états ont renommés les travailleurs sociaux « les instructeurs de l'autosuffisance » et certains organismes des

services sociaux publics adoptent le slogan « tolérance zéro pour le chômage ». Tous ces changements mettent en évidence un glissement des allocations sociales vers l'emploi (qui n'offre que rarement un salaire de subsistance ou des avantages sociaux) et qui s'éloigne de l'idée d'éducation et de formation liée au travail pour adopter celle de l'emploi immédiat ou du placement volontaire.

En outre, et bien visible dans *les* pays africains y compris le Kenya, la réduction des dépenses publiques au détriment des services sociaux et des infrastructures nationales (y compris les routes, l'eau, l'énergie et la protection de l'environnement), tout comme l'interdiction de se syndiquer et la réduction des droits des travailleurs et des salaires, sont les caractéristiques du néolibéralisme. Au Kenya et dans toute l'Afrique, les frais d'utilisation et la privatisation des services publics et des ressources gérés par l'Etat font souvent parties des programmes d'ajustement structurel (PAS) et des initiatives de stratégie de réduction de la pauvreté (SRP). Ces réformes économiques engagées à la demande de la Banque mondiale et du FMI sont basées sur une plus grande reconnaissance du rôle du secteur privé et mettent ainsi l'accent sur le désengagement du gouvernement dans la fourniture de services dans de nombreux secteurs. Particulièrement troublante a été la privatisation de l'eau par laquelle le gouvernement cherche à se désengager des services directs de fourniture d'eau au profit de fournisseurs privés. Cette politique, prévue par *le Water Act 2000*, qui définit le cadre juridique pour mettre en œuvre la politique, désavantage les pauvres. La réduction des effectifs de la fonction publique a également contribué au chômage qui a atteint plus de 60% en 2003.

Pour les cadrages théoriques de notre discussion sur la politique familiale et de l'enfant de l'État providence au Kenya, nous nous inspirons des théories postcoloniales (Bhabha, 1994; Dimitriadis and McCarthy 2001; Gandhi 1998; Mignolo 2000; p'Bitek 1986; Spivak 1999; wa Thiong'o 1993; Willinsky 1998) et des théories des conditions « *postsocialistes* », y compris les travaux de Fraser (1989, 1997), Gordon (1990, 1994), Polakow (1993), et Polakow, Halskov, et Jorgensen (2001). Une compréhension des tendances gouvernant le Kenya et les politiques d'éducation est particulièrement éclairée par la théorie d'hybridité (par exemple Bhabha, 1994; McCarthy, 1998; Spivak 1999), qui déconstruit les modèles migratoires, les relations entre colonisateurs et colonisés et les formes hybrides de l'information, la politique et les pratiques changeantes qui s'influencent mutuellement. Nous avons également soulevé brièvement les possibilités de « décoloniser les méthodologies de recherche » (Mutua

and Swadener 2004; Smith 1999) dans le cadre de la recherche collaborative. Tout au long de ce chapitre, nous réfléchissons sur la notion de gouvernance de l'enfant, avec Rose (1999) qui affirmait que « l'enfance est la partie de l'existence personnelle gouvernée de la manière la plus intensive », et que « l'enfant—en tant que notion et objectif—est devenu inextricablement lié aux aspirations des autorités » (p. 123). De même, nous avons apprécié le travail de Hultqvist et Dahlberg (2001) sur la gouvernance de l'enfant « dans le nouveau millénaire », et nous acceptons l'idée qu'il est « crucial de scruter continuellement le passé, non par amour du passé, mais pour le bien du présent. » Comme les auteurs l'affirment aussi, « les discours d'aujourd'hui sur l'enfant réassemblent les discours du passé en modèles nouveaux et y inscrivent des assomptions différentes » (p. 6).

Ceci pose toute une série de questions auxquelles nous réfléchissons puisqu'elles se rapportent aux contextes africains, en particulier au Kenya. Comment le village qui élève ses enfants pourrait-il être différent de et dans le gouvernementalisme post moderne, y compris dans la régulation de l'enfant et de la famille? Comment les influences occidentales de plus en plus globalisées et les problèmes d'hybridité qui en résultent dans le Kenya postcolonial ont-elles affecté la politique sociale et les modèles de gouvernances lorsqu'il est question des enfants et des familles ?

### **L'éducation postindépendance: de Harambee à la Coalition nationale arc-en-ciel**

Le Kenya a accédé à l'indépendance en 1963. À l'époque, on avait besoin d'un système éducatif pour remplacer le système sous-développé et radicalement ségrégationniste dont il avait hérité de l'ère coloniale. Pour répondre aux objectifs sociaux, économiques et politiques du pays nouvellement indépendant, encourager un sens de la nation et de l'unité nationale, promouvoir l'égalité sociale et le respect, et restaurer le patrimoine culturel de la population kenyane (Eshiwani 1990), un système éducatif très centralisé fut établi contrôlé par le gouvernement qui le finançait et le réglementait. Le gouvernement, cependant, continuait à saluer la participation des missions et des autres organismes volontaires dans la prestation de services éducatifs. Peu de temps après l'indépendance, il est devenu de plus en plus évident que le gouvernement ne disposait pas de ressources suffisantes pour satisfaire la demande d'éducation de la population. C'est ainsi que furent fondées les écoles Harambee fondées sur l'esprit et les notions de base sur l'éducation et des soins à l'enfant

venant de la lutte des Mau Mau pour l'indépendance. Ces écoles étaient des projets communautaires d'entraide dans l'esprit de Harambee, qui signifie « coopérer » pour le développement. Les communautés de base, les groupes d'entraide et la population en général (*wananchi*) ont mis en commun leurs ressources financières et matérielles pour la construction d'un bâtiment, le don d'une vache ou la fourniture d'autres matériaux pour la construction d'une école ou un programme préscolaire local.

La politique de l'éducation au Kenya, comme dans la plupart des pays africains, a pris diverses formes au début de la période de postindépendance. Indépendamment de toutes les idéologies politiques au moment de l'indépendance et peu de temps après, la plupart des nouvelles nations d'Afrique ont connu une croissance de l'éducation phénoménale et lui ont donné un financement prioritaire bien qu'on fût toujours dans un système gouvernemental aux ressources et stratégies d'administration limitées. Depuis l'indépendance, l'éducation kényane représente la plus grande partie des dépenses du gouvernement: environ 33% du budget national est consacré à l'éducation (Kathuri 2006), comparé à 15% après l'indépendance en 1963 (Nieuwenhuis 1996) et pourtant bien que moins de 1% du budget national est consacré à l'éducation et au développement de la petite enfance. Des progrès très importants ont été faits pour mettre l'éducation à portée de tous les Kényans : les taux nationaux d'inscription dans l'enseignement primaire ont atteint 95% en 1991, comparés à 50% lors de l'indépendance. La scolarisation élevée dans l'enseignement primaire doit être créditée aux efforts conjugués du gouvernement, des parents, des organisations communautaires locales (le mouvement Harambee) et non gouvernementales (ONG). On a reproché à l'éducation postcoloniale en Afrique de l'Est d'avoir succombé au mythe de la modernisation par la scolarisation et l'éducation occidentale (Ferguson 1999; Vavrus 2002). Comme le dit Vavrus (2002, 1), « la croyance en une progression linéaire qui va du sous-développement au développement en construisant davantage d'écoles et en accroissant les taux d'alphabétisation est à la base des politiques de développement à la fois socialistes et libérales depuis l'indépendance ».

Historiquement les écoles primaires ne faisaient pas payer de frais d'inscription, même si les programmes d'ajustement structurel ont introduit des mesures de partage des coûts pour couvrir les frais d'inscription, les tests, les uniformes, les livres, les fonds de construction ou les collectes de fonds Harambee et autres faux frais divers. Le gouvernement couvre les coûts de fonctionnement opérationnels des écoles publiques par le truchement du ministère de l'Éducation, de la Science et de la Technologie

(MOEST) et la formation et les salaires des enseignants à l'intermédiaire de la Commission pour le service aux enseignants (Teachers Service Commission ou TSC. Les dépenses du gouvernement pour le développement des installations scolaires et le logement des enseignants sont minimales, et la responsabilité en est laissée aux associations de parents d'élèves (APE), comités scolaires et communautés locales par le biais d'Harambee ou des régimes d'auto-assistance.

Les élections présidentielles au Kenya en décembre 2002 ont installé au pouvoir un nouveau gouvernement, après 39 ans de règne du parti de l'Union nationale africaine du Kenya (KANU). Depuis lors, un certain nombre de questions politiques concernant les enfants et les familles ont changé. En particulier, le nouveau gouvernement s'est empressé de tenir sa promesse préélectorale d'instaurer l'éducation primaire gratuite et obligatoire pour tous les élèves des écoles publiques dès la rentrée scolaire de 2003. La politique de l'enseignement gratuit et obligatoire (également appelé l'éducation primaire universelle) est en ligne avec l'engagement de campagne du nouveau parti au pouvoir, la Coalition nationale arc-en-ciel (NARC) et avec la loi sur les enfants (Children's Act) (Kenya 2001) adoptée en 2002. Cette loi instaure l'éducation gratuite et obligatoire pour se conformer aux chartes internationales ratifiées par le Kenya, dont la Déclaration sur l'Éducation pour tous (EPT) à la Conférence mondiale sur l'éducation à Jomtien, en Thaïlande, en 1990 et le Forum mondial sur l'éducation en 2000 à Dakar, au Sénégal.

On avait prédit que l'enseignement primaire gratuit profiterait à plus de 3 millions d'enfants qui avaient quitté l'école sous la pression des nombreux prélèvements imposés par le partage obligatoire des coûts. Le taux de scolarisation primaire n'était plus que de 85% en 2002 alors qu'il était de 95% en 1990 (Rugene and Njeru 2003). Avant la réintroduction de l'enseignement primaire gratuit au début de 2003, 6,2 millions d'enfants étaient inscrits dans les écoles primaires publiques du Kenya (Siringi 2003) et la nouvelle politique a permis à plus de 1,5 million d'enfants supplémentaires de s'inscrire. Le taux de scolarisation s'élève à 35% de tous les enfants éligibles et on prévoit qu'il va augmenter, bien que le premier effet de l'enseignement primaire gratuit ait été d'entraîner des coupes budgétaires dans d'autres programmes, dont ceux de l'éducation préscolaire/de la petite enfance. L'enseignement primaire gratuit était un changement bienvenu, mais il a été instauré rapidement et sans l'infrastructure nécessaire ni de plan de renforcement des capacités pour absorber le grand nombre d'élèves qui sont entrés ou ont réintégré l'école. Il n'y a pas assez de salles de classe, de mobilier scolaire ou d'enseignants

pour faire face à l'afflux de plus de 1 million de nouveaux élèves. Les ressources supplémentaires dont se sont servi le gouvernement et ses partenaires au développement pour financer l'enseignement primaire gratuit ont permis de fournir les manuels scolaires, la papeterie, les trousseaux scientifiques et des matériels didactiques pour les écoles primaires, mais les frais accessoires, uniformes, nourriture, certains manuels scolaires, etc., sont toujours bien là et c'est un obstacle important pour de nombreuses familles, en particulier celles qui vivent dans les bidonvilles, celles qui sont touchées par le VIH/SIDA, sans oublier ceux qui s'occupent des orphelins du SIDA, près de 1 million d'enfants au Kenya. On notera que sur les 2,3 millions d'orphelins au Kenya, 46% sont considérés comme orphelins de VIH/SIDA par l'UNICEF (UNICEF 2006).

### ***Les programmes de DPE au Kenya***

En 1971, le gouvernement (avec l'aide de la Fondation Bernard van Leer des Pays-Bas) a créé le Projet d'éducation préscolaire, basé à l'Institut kényan de l'éducation (KIE). Auparavant, l'éducation de la petite enfance (éducation préscolaire pour les enfants de 3-6 ans) était placée sous la responsabilité des collectivités locales, des ONG, des églises et d'autres organismes bénévoles. En 1980, le ministère de l'Éducation (MOE) a repris l'entière responsabilité du DPE au ministère de la Culture et des Services sociaux, et a créé des sections pour le préscolaire au siège du MOE et de l'inspectorat. En 1984, le Centre national pour l'éducation préscolaire (NACECE) a été créé, en partie pour assurer la formation des enseignants du préscolaire, pour développer et disséminer des curricula appropriés et assurer la coordination avec les partenaires extérieurs et les organismes gouvernementaux (Swadener, Kabiru, and Njenga 2000). Les enseignants des écoles maternelles ne sont pas engagés par le gouvernement, même si leur formation est facilitée par le NACECE et les DICECE (centres de district pour l'éducation de la petite enfance). La plupart des écoles maternelles en zones rurales, par exemple, fonctionnent comme des Harambee; c'est la communauté locale qui embauche les enseignants, construit les bâtiments et fournit les ressources nécessaires (comme un programme d'alimentation). Cette situation reflète une scission fréquente (et internationale) entre les enseignements préscolaires et l'enseignement primaires suivant laquelle les programmes préscolaires et l'emploi des enseignants soient privés et gérés localement.

Ainsi, la réglementation et la surveillance des écoles maternelles au Kenya (par le biais des directives nationales et de district et des inspecteurs d'écoles locales et des formateurs DICECE) reflètent un mélange



intéressant d'assomptions locales et universelles, principalement occidentales, sur le développement des enfants, la « qualité » et les « meilleures pratiques ». De même, l'accent mis sur la construction d'une identité nationale dans une société culturellement diverse et la nécessité de se joindre à la communauté internationale témoigne de la de la mondialisation grandissante qui se reflète même dans la gouvernance des citoyens les plus jeunes, de leurs enseignants et des programmes préscolaires. Les assomptions sur les « bonnes pratiques » universelles d'éducation de la petite enfance imprègnent aussi les directives et la formation de la petite enfance au Kenya, même si beaucoup sont tempérées par les principes traditionnels de l'éducation des enfants (par exemple, les avantages des aliments de sevrage traditionnels, les contes en langue maternelle et les soins intergénérationnels). Le *Guide pour l'éducation préscolaire* du Kenya (Kenya Institute of Education 2000) était fondé sur d'anciens documents du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (Kabiru, communication personnelle), ce qui démontre une fois de plus le côté hybride de l'élaboration des politiques et l'influence des bailleurs de fonds internationaux. Les lignes directrices reflètent le discours trouvé dans les documents de planification de la petite enfance d'autres pays, ce qui souligne bien le cadre décousu des discours nationaux / internationaux ou locaux/mondiaux de la gouvernance de l'enfance.

### ***Parité entre les sexes: la marginalisation économique et sociale***

Les femmes au Kenya précolonial occupaient des postes de pouvoir relativement importants et étaient particulièrement révérees dans la vie économique, politique et religieuse de la communauté (Chege and Sifuna 2006). Les femmes avaient des droits substantiels de contrôle et d'appropriation de la production (Kiluva-Ndunda 2001). Une grande partie de leur autorité et de leur autonomie traditionnelle a été perdue pendant la période coloniale et postcoloniale au Kenya. Pendant la période coloniale, les femmes ont été systématiquement et délibérément écartées de l'éducation et de tous les secteurs du développement économique et social (Chege and Sifuna 2006). Le colonialisme a introduit l'urbanisation et a intensifié les différences entre les classes et les sexes qui existaient dans les sociétés précapitalistes (Robertson and Berger, 1986). Pendant la période postcoloniale, la ségrégation entre les sexes dans la population active a persisté, ce qui peut être attribué à des politiques dont l'origine remonte à la période coloniale, pendant laquelle la formation professionnelle a institutionnalisé une ségrégation de la main-d'œuvre basée sur le sexe (Chege and Sifuna 2006; Kiluva-Ndunda 2001). En imposant une

taxe sur chaque foyer, l'administration coloniale introduisit une économie monétaire qui a forcé de nombreux hommes à quitter leurs familles, abandonnant leurs rôles traditionnels d'agriculteurs et de chefs de famille, pour prendre un emploi salarié dans les fermes des colons. Leur absence a fait peser une charge considérable sur les femmes restées derrière qui en plus de leurs tâches traditionnelles devaient exécuter le travail des hommes absents.

Les nouveaux rôles domestiques des femmes ont conduit à une économie familiale nouvelle qui de facto faisait des femmes des chefs de famille (Chege and Sifuna 2006). Dans le Kenya contemporain, les femmes continuent à porter la responsabilité principale du bien-être des familles et un tiers des ménages kényans sont dirigés par une femme (Adams and Mburugu 1994; Kilbride and Kilbride 1990), le plus souvent une mère célibataire. Le travail rémunéré est toujours l'apanage des hommes au Kenya postcolonial; les femmes sont souvent dominées et exploitées. Les hommes, par exemple, représentaient 79,1% du nombre total d'emplois dans le secteur formel contre 20,9% pour les femmes en 1989 (Kiluva-Ndunda 2001). Les femmes gagnent beaucoup moins que les hommes dans toutes les professions. Il existe d'autres sources de marginalisation pour les filles et les femmes, en particulier celles qui dépendent de leur mari lesquels jouissent de plus, de pouvoir économique et social dans la société kényane. Les femmes ne peuvent pas hériter de propriétés; les femmes battues, le viol, le lévirat et la circoncision forcée sont des aspects de l'existence quotidienne dans plusieurs groupes ethniques au Kenya (Kilbride, Suda and Njeru 2000; Ombuor 2001). Kilbride, Suda et Njeru (2000) font observer que la maternité avant le mariage expose une jeune fille à des punitions exercées par ses parents ou les membres de sa famille et à l'expulsion de l'école.

Dans un tel contexte qui fait de la femme une handicapée économique et sociale, la loi sur l'enfance (Kenya 2001) place les enfants nés hors mariage sous la responsabilité exclusive de la mère. Le père n'a aucune obligation juridique de soutenir et d'entretenir son enfant illégitime à moins qu'il n'accepte cette responsabilité et en fasse la demande au tribunal (Amisi 2001). Certains défenseurs des enfants ont fait valoir que la loi sur l'enfance aurait dû reprendre la substance de la loi sur la filiation de 1959, devenue Acte parlementaire lors de l'indépendance. Dans de nombreux cas, cette loi permettait à la mère d'un enfant né hors mariage de demander au tribunal une ordonnance enjoignant au père de payer une pension alimentaire, mais elle fut abrogée en 1969. En 2002, un groupe de soutien des droits des enfants a aidé une mère et son enfant

de 2 ans à contester un article de la loi sur les enfants devant la Haute Cour, au motif que la nouvelle loi était discriminatoire à l'égard des enfants nés hors des liens mariage (Kooome 2002). Comme Martha Kooome, présidente de la Fédération internationale des femmes juristes au Kenya, l'a déclaré :

Il est particulièrement décourageant de savoir que les questions de l'entretien des enfants étaient plus avancées en 1959, lorsque l'Ordonnance de la filiation est entrée en vigueur, qu'aujourd'hui, alors que nous avons une Convention relative aux droits de l'enfant et la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (Kooome 2002).

Un exode rural généralisé provoqué par la pauvreté et la dévaluation de l'agriculture kényane a bien sûr favorisé une augmentation du nombre de familles monoparentales, phénomène souvent décrit comme un bouleversement (Kilbride and Kilbride 1990). Beaucoup de ménages dirigés par une femme vivent dans les bidonvilles autour des grandes villes, notamment à Nairobi, ou restent dans les zones rurales lorsque le père part trouver du travail en ville. Les mesures d'austérité et la détérioration de l'économie ont fortement éprouvé les mères car souvent elles sont peu éduquées pour bien des raisons : politiques discriminatoires empêchant égal accès à l'éducation formelle, taux d'abandon élevés (en raison des frais exorbitants, les parents préfèrent éduquer les garçons quand il n'y a pas assez d'argent pour éduquer garçons et filles), taux élevé de grossesses, perceptions socioculturelles sur le rôle des femmes dans la société (les femmes doivent dépendre des hommes), attentes et valeurs culturelles (la peur qu'une fille très instruite pourrait avoir des difficultés à trouver un mari ou à être une « bonne épouse ») et programme scolaire non adapté aux besoins des filles.

### ***Les enfants de la dette: les impacts de l'ajustement structurel***

Comme dans d'autres pays africains, la réduction des subventions du gouvernement aux denrées alimentaires, aux soins de santé et aux frais de scolarité ont fait supporter aux familles le coût de ces nécessités de base, les laissant avec moins de ressources à consacrer à l'éducation de leurs enfants. Comme une mère dans la municipalité de Kisumu (près du lac Victoria) l'a dit, « il faut payer pour les livres, les uniformes, le fonds pour les bâtiments, les frais d'inscription et si vous ne le pouvez pas, les enfants sont renvoyés à la maison » ! Un père dans le district rural d'Embu (près du Mont Kenya) a déclaré : « La vie est très dure—on vit au jour le jour . . . nous soutenons le système [éducatif] plutôt que d'en

profiter et on ne peut pas revenir en arrière ! » (Swadener, Kabiru and Njenga 2000, 176, 247).

Résultats généralisés de cette situation, une augmentation des abandons scolaires et une diminution du taux de scolarisation car les familles ne peuvent pas payer les frais et un nombre grandissant d'enfants se livrent à des activités génératrices de revenus pour contribuer au revenu familial ou tout simplement pour leur propre survie. Ironiquement, cette tendance est corroborée par un rapport de la Banque mondiale (2001, 25) qui précise que la « privations liées à la pauvreté contribuent au faible niveau d'instruction en Afrique. Les enfants pauvres passent plus de temps que les autres enfants à contribuer directement ou indirectement au revenu du foyer. En conséquence, en dehors de l'école, ils ont moins de temps à consacrer au travail scolaire . . . et sont plus susceptibles d'être fatigués et mal préparés à apprendre. » Des études faites dans un certain nombre de pays en Afrique indiquent que les taux de scolarisation ont baissé dans les pays qui ont adopté les PAS. Reimers et Tiburcio (1993, cité dans Brock-Utne 2000, 23) affirment,

Il est clair que les programmes d'ajustement soutenus et encouragés par la Banque mondiale et le FMI dans les années 1980 n'ont pas réussi dans de nombreux pays . . . les institutions financières internationales sont censées faire partie de la solution et non du problème, et leur bilan doit être évalué au nombre de réussites auxquelles ils peuvent prétendre, et pas s'ils peuvent ou non être blâmés pour l'échec.

Des études menées par l'UNICEF et d'autres équipes de recherche ont également documenté les impacts négatifs des PAS sur les enfants et d'autres groupes vulnérables en Afrique (Bradshaw et al 1993; Kilbride and Kilbride 1997; Kilbride, Suda, and Njeru 2000). James Grant, ancien directeur exécutif de l'UNICEF, dit de l'ajustement structurel qu'il a « visage humain », souvent celui d'un enfant (Grant 1993) et les auteurs ont documenté la façon dont ces politiques macroéconomiques et les dynamiques locales qui les suivent sont directement liées à la qualité de vie des familles et aux possibilités offertes à leurs enfants (Swadener, Kabiru and Njenga 2000). En fait, l'UNICEF a utilisé l'expression « enfants de la dette » depuis plusieurs années pour marquer la corrélation étroite qui existe entre la dette du tiers monde, les PAS et l'accroissement des risques des enfants. L'UNICEF estime que si un seul sur cinq dollars payés par l'Afrique pour le service de la dette allait à l'enseignement primaire, il y aurait une place pour chaque enfant à l'école primaire (UNICEF 1996, 3).

Au niveau de l'existence et de l'économie de la famille, l'impact de la récession mondiale et de la crise de la dette qui en découle est de plus en plus documenté, bien que de façon inégale (Bradshaw et al. 1993). Les politiques qui s'y sont associées ont entraîné un plus grand partage des coûts dans les communautés, des prix aux consommateurs plus élevés, une augmentation du chômage (Hancock, 1989) et des déplacements (Kilbride and Kilbride 1990, 1997). Walton et Ragin (1990, 877), dans leur discussion sur les impacts de la sur-urbanisation, notent que « les populations urbaines pauvres et la classe ouvrière sont touchées par une combinaison de la réduction des subventions, des réductions des salaires réels et de la hausse des prix découlant des dévaluations et la suppression des services publics. »

La relation entre les PAS et les politiques associées et une augmentation de la mortalité infantile et des taux de malnutrition dans certaines régions du Kenya a également été notée par Gakuru et Koech (1995). Ceci, combiné avec la forte augmentation du nombre des ménages dirigés par des femmes—nombre d'entre eux vivant dans des bidonvilles dans un état d'extrême pauvreté loin de tout soutien familial—souligne la menace qui pèse sur un état dit « providence » dans ce pays et d'autres pays d'Afrique subsaharienne. Toutefois, à moins de vouloir dépeindre les familles kényanes comme des victimes passives des politiques économiques mondiales, nous appuierons l'affirmation de Weisner, Bradley, et Kilbride (1997, cité dans Swadener, Kabiru and Njenga 2000, 265) selon laquelle

De nos jours, les familles africaines sont confrontées à de graves crises. Elles font face à des pressions économiques, démographiques et politiques de toutes sortes; et pourtant, elles ne sont pas de simples victimes malheureuses du changement mondial. Elles sont des agents proactifs, résistants et des créateurs de changement.

### ***Politiques mondiales / vies locales : les impacts des changements sociopolitiques sur l'éducation des enfants***

Dans une étude nationale de documentation des impacts des changements sociaux, économiques et culturels rapides sur les pratiques d'éducation des enfants et l'éducation de la petite enfance, les auteurs, avec des collaborateurs de NACECE et de DICECE, ont interviewé plus de 460 parents, grands-parents, enseignants préscolaires, enfants, et dirigeants communautaires au Kenya. Ils ont recueilli des données dans huit districts et toute une série d'endroits, en milieux ruraux, urbains, dans des

plantations et des sites traditionnels / pastoraux (Swadener, Kabiru and Njenga 1997, 2000). Le but l'étude n'était pas de documenter les impacts des politiques néolibérales et postsocialistes comprenant des mesures d'ajustement structurel, pourtant de nombreux récits en font écho. Dans tous ces milieux pourtant différents, les parents et les personnes concernées par les soins et l'éducation précoce des jeunes enfants décrivent les services que les familles recevaient autrefois et qui désormais ne sont plus disponibles que sur une base du partage des coûts (par exemple, une série de frais scolaires), voire ont tout simplement disparu (les médicaments de base ou les programmes d'alimentation dans les écoles maternelles). En d'autres termes, de plus en plus les familles sont soumises à des politiques définies par les bailleurs de fonds, comme les mesures d'austérité et le paiement des services qui autrefois étaient gratuits.

Alors que l'éducation primaire est désormais « gratuite » au Kenya, le plus souvent les familles pauvres et, de plus en plus a classe moyenne ne peuvent s'offrir une éducation publique. Les familles citent ce problème parmi les plus grandes difficultés économiques qu'elles rencontrent surtout lorsqu'il leur faut décider quels enfants iront à l'école ou si aucun n'ira. Les programmes préscolaires étant encore essentiellement privés et communautaires, de nombreux parents ont manifesté leur désir d'obtenir plus d'aide du gouvernement ou des ONG pour rendre les maternelles plus abordables et pour rétablir les services de santé et de nutrition autrefois disponibles.

Les deux témoignages qui suivent, tirés de milieux très différents au Kenya, donnent un aperçu de cette relation « des enfants avec l'Etat », en particulier du point de vue de l'impact des politiques néolibérales sur l'éducation des jeunes enfants.

### ***L'augmentation de la pauvreté***

*Le chômage est presque général —certains ne sont pas propriétaires d'un terrain ; [ils] cherchent du travail temporaire, s'installent sur les terres de membres de la famille, et vivent au jour le jour la plupart du temps.*

Une mère dans le district d'Embu

Les réponses aux questions posées sur les changements sociaux et structurels qui se répercutent sur l'éducation des enfants et les problèmes majeurs auxquels les familles kényanes sont confrontées étaient généralement similaires et se recoupaient souvent; la discussion sur ces changements souvent se muait en une énumération d'une liste de problèmes

sociaux et économiques. Le thème le plus courant était la question primordiale de la pauvreté croissante et tous les problèmes économiques qui s'y relient. Les problèmes financiers mentionnés étaient en tout premier lieu le coût de la vie, en second venait la hausse rapide du coût de l'éducation des enfants au Kenya. Le coût de la vie touchait plusieurs aspects, nous mentionnerons seulement la perte du pouvoir d'achat pour les nécessités de base des familles ou, pour citer une mère Maasai, « tout augmente. » Comme la presse kenyane le déplore souvent, l'écart se creuse entre les réalités quotidiennes de la majorité des citoyens (*wananchi*) vivant dans la pauvreté et les politiques économiques du gouvernement, téléguidées à distance par les donateurs (Swadener, Kabiru and Njenga 2000, 266).

### ***Les contraintes de logement et de sécurité***

*Je vis dans ce bidonville depuis 1982 et je vends du charbon de bois. Mes parents sont décédés quand j'étais jeune et je n'ai jamais été à l'école. J'ai cinq enfants et je suis mère célibataire. Au cours d'une journée normale, j'essaie simplement d'obtenir assez d'argent pour la nourriture et pour prendre soin de mes plus jeunes enfants. Mes enfants m'aident un peu et souvent je les emmène avec moi quand je vais vendre du charbon de bois. Avant, les gens ici vivaient tous dans des cartons, et puis en 1984 ils ont tous brûlé. Nous sommes maintenant dans des maisons en tôle ondulée. Nous avons obtenu un dispensaire récemment seulement et il n'y a qu'une seule toilette payante pour de nombreuses familles. Mes enfants et moi avons souvent faim.*

Mère célibataire de Mukuru, Nairobi

Le logement est un autre aspect de la vie chère. Les loyers étaient devenus beaucoup plus chers et lorsque les familles s'agrandissaient, elles devaient s'entasser. Un certain nombre de problèmes étaient associés aux problèmes de logement, allant de la discipline à l'augmentation du nombre des enfants des rues (les garçons plus âgés non scolarisés, par exemple, étaient souvent discrètement encouragés à quitter le domicile de leur mère, ne serait-ce que pour trouver de la nourriture ou du travail dans les rues pendant la journée). Dans les zones urbaines, on trouvait moins d'espaces ouverts, de terrains de jeux et de lieux de divertissement pour les enfants. Les personnes interrogées en zones rurales parlaient du nombre grandissant de squatters, certains installés sur les terres d'un membre de la famille et d'autres démarrant une petite *shamba* (ferme) sur la propriété d'autrui. On rapporte que chez certains d'entre eux on trouvait des « gosses du périmètre », l'équivalent rural des « gosses des rues » dans les

zones urbaines. Ces enfants étaient inactifs pendant la journée, rentrant chez eux pour manger, effectuant parfois un petit travail; ils étaient considérés comme une mauvaise influence pour les compagnons du même âge.

L'accès au logement était également un problème croissant dans les zones urbaines; les parents interviewés à Nairobi et Kisumu ont souvent parlé de l'expansion rapide des bidonvilles, de l'addition illégale d'extensions aux logements existants dans les lotissements et de surpeuplement. Croissance incontrôlée rimait souvent avec services peu ou pas disponibles (eau, égouts ou latrines, enlèvement des ordures, ou fosses d'incinération des détritiques), et l'hygiène de l'environnement devenait un problème majeur. Cette situation, à son tour, entraînait des épidémies, notamment de dysenterie, qui était particulièrement problématique dans l'un des bidonvilles de Nairobi repris dans l'étude. Même lorsque certains arrivaient à se procurer des logements temporaires ou semi permanents, dans cet environnement de taudis, la possibilité existait toujours de voir des quartiers entiers aplatis au bulldozer par le conseil municipal ou disparaissant des flammes d'incendies mystérieux (Amisi 2001), faisant en une seule nuit des centaines de sans abri.

## Réflexions finales

Nous faisons nôtre l'affirmation de Scheper-Hughes et Sargent (1998, 1) selon laquelle,

la politique culturelle de l'enfance parle d'une part de la nature publique de l'enfance et de l'incapacité des familles ou ménages isolés de donner aux nourrissons et aux petits enfants un abri dans l'intimité du foyer ou de les protéger des « flèches et des frondes néfastes des fortunes » politiques et économiques. D'autre part, les politiques culturelles de l'enfance sont liées aux usages politiques, idéologiques et sociaux de l'enfance.

Ces rencontres de l'enfance avec les discours sociaux, économiques et idéologiques sont au cœur de la gouvernance des enfants et des familles et sont en constante évolution au Kenya, comme ailleurs dans le monde. Comme James et Prout (1990, 1) l'affirment, « toute complaisance à propos des enfants et de leur place dans la société est mal placée, car le concept même de l'enfance est devenu problématique au cours de la dernière décennie. » De même, Stephens (1995, 8) fait valoir que « mettre l'accent sur l'enfance et sur d'autres domaines précédemment étrangers à la sphère de l'économie politique est donc important, dans la mesure où cela permet de briser le cadre des modèles dominants de la



transformation dans le système mondial. » Stephens soutient également que les chercheurs qui se penchent sur l'enfant et sa famille doivent repenser leurs études « à la lumière des perspectives macroéconomiques, sociales et historiques » (1995). Nous préconisons un mélange constant d'analyse de ces perspectives macroéconomiques avec des recherches sur l'évolution rapide des conditions locales des enfants, parents et pourvoyeurs de soins afin de mieux comprendre la dynamique complexe de la gouvernance des enfants et des familles au Kenya ou ailleurs dans l'hémisphère sud.

En analysant comment l'État, les banques multinationales et les autres organismes régissent les enfants et les familles au Kenya, nous avons été maintes fois frappés par la persistance de l'influence du colonialisme dans une vie postcoloniale totalement différente qui lui résiste subtilement. Pour citer Dimitriadis et McCarthy (2001, 117), «notre époque de mondialisation intense et l'essor du capital multinational ont joué un rôle important dans l'introduction de l'âge multiculturel—un âge dans lequel l'empire a contre-attaqué . . . » Nous soutenons fermement les appels d'un nombre grandissant de chercheurs locaux (tels que Gandhi 1998; San Juan, 1999; Smith 1999 ; Spivak 1999; wa Thiong'o 1993) pour décoloniser la recherche et aller au-delà des modèles et des analyses occidentaux et impérialistes. Nous saluons les luttes et les tentatives pour faire face aux [im] possibilités inhérentes à un travail de décolonisation et nous endossons l'idée que le travail de ces chercheurs se trouve au centre du « début de l'occurrence » (Bhabha 1994) de connaissances incohérentes, rétives, inexploitable qui émergent sur le site de la résistance postcoloniale. Ces auteurs servent d'agents de transgressions et d'autorisations dont les positions à la fois marginalisent et singularisent les méta-textes totalisateurs des connaissances coloniales/occidentales (Mutua and Swadener 2004).

Nous sommes également préoccupés par les « discours hyper déterminés » qui construisent le tiers monde et contribuent aux fausses catégories binaires de différences, souvent définies par les chercheurs occidentaux (Mohanty, 1991). Bien que nous n'ayons pas voulu trop insister sur les marges économiques, nous reconnaissons que les énormes inégalités sociales contribuent directement à la marginalisation et aux conditions de vie difficiles de nombreux enfants et familles au Kenya. Ainsi, en mettant l'accent sur les expériences quotidiennes des familles kényanes dont la vie a été profondément affectée par les politiques néolibérales mondiales et l'augmentation des assomptions normatives et les discours universels sur le développement et l'éducation précoce, nous avons tenté de prendre

une position d'alliés, ou d'« autres alliés » (Rogers and Swadener 1999). Bien que l'analyse des politiques soit essentielle, nous affirmons avec Schram (2000, 182) qu'il faut aussi une réponse plus radicale:

En fin de compte, ces considérations nous rappellent que la justice sociale dépend toujours de l'accès pour toutes les familles aux prestations sociales de base auxquelles elles ont droit. Toutes les familles doivent être en mesure de pratiquer une « politique de survie ». Les parents doivent avoir une assistance alimentaire, un logement, la scolarité et ainsi de suite. Les parents doivent avoir accès aux services de base nécessaires pour élever leurs enfants . . . [et] ils doivent être non seulement des parents efficaces mais aussi des citoyens productifs. Que ces droits universels soient garantis tous à la fois par une politique familiale globale ou qu'ils soient établis progressivement a été décidé depuis longtemps. Nous n'avons que trop tardé à faire du progressivisme radical et du radicalisme progressif.

Nous croyons, avec Dimitriadis et McCarthy (2001, 119), qu'« une stratégie d'alliance pourrait nous permettre de produire de nouvelles pédagogies antidiscriminatoires adaptées à cette époque problématique et extrêmement fragile de vie postcoloniale mondialisée ». Ces alliances doivent mettre au premier plan les voix des enfants et des familles et doivent remettre en question les assomptions envahissantes du capitalisme tardif pour les remplacer par des sensibilités et des solutions autochtones et hybrides.

Ces alliances au niveau local créeront des espaces plus inclusifs pour la formulation et la réalisation de la politique en donnant aux marginalisés des possibilités de se faire entendre, de sorte que la politique et les décisions ne soient pas laissées à quelques privilégiés. L'apparition de nouvelles structures indigènes de gouvernance doit être soutenue, y compris les politiques qui s'opposent à l'insistance néolibérale sur l'autosuffisance. Comme ce chapitre le décrit et Tikly (2001) l'affirme, les PAS ont sapé l'état et la société civile, indiquant la nécessité d'un changement de politique. Nous appuyons Ngugi wa Thiong'o (1993) lorsqu'il affirme qu'il faut déplacer le centre pour corriger le déséquilibre économique et politique structurel entre l'Occident et les pays du tiers monde et résister activement aux déséquilibres sociaux et structurels entre les quelques personnes qui contrôlent les ressources et la majorité silencieuse qui vit dans la pauvreté (Cantalupo 1995; wa Thiong'o 1993). Nous joignons notre voix à celle des mouvements de base grandissants qui prônent la décolonisation et la démocratisation des modes de gouvernance des enfants et des familles au Kenya.

## Références

- Adams, B., and E. Mburugu. 1994. *Women, Work, and Child Care*. Paper presented at the "Second Early Childhood Collaboration Envelopping Seminar," Nairobi. June.
- Amisi, O. 2001. "A Tale of Hard Work, Courage, and Generosity." *Daily Nation*, Septembre 12. Accès en ligne 12 Novembre, 2006, <http://www.nationaudio.com/News/DailyNation/12092001/index.html>.
- Bhabha, H. K. 1994. *The Location of Culture*. London: Routledge.
- Bradshaw, Y. W., R. Noonan, L. Gash, and C. B. Sershen. 1993. "Borrowing against the Future: Children and Third World Indebtedness." *Social Forces* 71 (3): 629–56.
- Brock-Utne, B. 2000. *Whose Education for All? The Recolonization of the African Mind*. New York: Falmer Press.
- Cannella, G. S. 2003. "Child Welfare in the United States: The Construction of Gendered, Oppositional Discourse(s)." In *Governing Children, Families, and Education: Restructuring the Welfare State*, ed. M. N. Bloch, K. Holmlund, I. Moqvist, and T. Popkewitz, 173–94. New York: Palgrave Macmillan.
- Cantalupo, C. 1995. *The World of Ngugi wa Thiong'o*. Trenton, NJ: Africa World Press.
- Chege, F., and D. N. Sifuna. 2006. *Girls' and Women's Education in Kenya: Gender Perspectives and Trends*. UNESCO report. Accès en ligne 12 Novembre, 2006, <http://www.education.nairobi-unesco.org/>.
- Dimitriadis, G., and C. McCarthy. 2001. *Reading and Teaching the Postcolonial: From Baldwin to Basquiat and Beyond*. New York: Teachers College Press.
- Ehrenreich, B. 2001. *Nickel and Dimed: On (Not) Getting By in America*. New York: Holt.
- Eshiwani, G. S. 1990. *Implementing Educational Policies in Kenya*. Washington, DC: World Bank.
- . 1993. *Education in Kenya since Independence*. Nairobi: East African Educational Publishers.
- Ferguson, J. 1999. *Expectations of Modernity: Myths and Meanings of Urban Life on the Zambian Copperbelt*. Berkeley: California University Press.
- Fraser, N. 1989. *Unruly Practices: Power Discourse and Gender in Contemporary Social Theory*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- . 1997. *Justice Interruptus: Critical Reflections on the "Postsocialist" Condition*. New York: Routledge.
- Gakuru, O. N., and B. G. Koech. 1995. *The Experiences of Young Children: A Contextualized Case Study of Early Childhood Care and Education in Kenya*. Nairobi: Kenya Institute of Education and NACECE.

- Gandhi, L. 1998. *Postcolonial Theory: A Critical Introduction*. New York: Columbia University Press.
- Gordon, L., ed. 1990. *Women, the State, and Welfare*. Madison: University of Wisconsin Press.
- . 1994. *Pitied but Not Entitled: Single Mothers and the History of Welfare*. New York: Free Press.
- Grant, J. 1993. *The State of the World's Children*. New York: UNICEF.
- Hall, S. 1996. "When Was Postcolonial? Thinking at the Limit." In *The Postcolonial Question: Common Skies, Divided Horizons*, ed. I. Chamber and L. Curtis, 242–60. London: Routledge.
- Hancock, G. 1989. *Lords of Poverty*. London: Macmillan.
- Hultqvist, K., and G. Dahlberg, eds. 2001. *Governing the Child in the New Millennium*. London: Routledge/Falmer.
- James, A., and A. Prout, eds. 1990. *Constructing and Reconstructing Childhood*. Basingstoke, UK: Falmer Press.
- Kathuri, B. 2006. "Kenya: WB to Loan Kenya Sh5.6b for Learning." *East African Standard*, November 9. Accès en ligne 12 Novembre, 2006, [http://www.eastandard.net/hm\\_news/news.php?articleid=1143960881](http://www.eastandard.net/hm_news/news.php?articleid=1143960881).
- Kenya. 2001. *Children's Act*. Kenya Gazette Supplement No. 95 (Act No. 8). Nairobi: Government Printer.
- Kenya Institute of Education. 2000. *Guidelines for Preschool Education*. Nairobi: KIE/NACECE.
- Kilbride, P., and J. Kilbride. 1990. *Changing Family Life in East Africa: Women and Children at Risk*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- . 1997. "Stigma, Role Overload, and Delocalization among Contemporary Kenyan Women." In *African Families and the Crisis of Social Change*, ed. T. Weisner, C. Bradley, and P. Kilbride, 208–23. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Kilbride, P., C. Suda, and E. Njeru. 2000. *Street Children in Kenya: Voices of Children in Search of a Childhood*. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Kiluva-Ndunda, M. 2001. *Women's Agency and Educational Policy: The Experiences of the Women of Kilome*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Koome, M. 2002. "Spare a Thought for the 'Fatherless' Child." *Daily Nation*, August 20. Accès en ligne 10 Novembre, 2006, <http://www.nationaudio.com/>.
- McCarthy, C. 1998. *The Uses of Culture: Education and the Limits of Ethnic Affiliation*. New York: Routledge.
- Mignolo, W. D. 2000. *Local Histories/Global Designs: Colonialist, Subaltern Knowledges, and Border Thinking*. Princeton: Princeton University Press.
- Mink, G. 1998. *Welfare's End*. Ithaca: Cornell University Press.

- Mohanty, C. 1991. "Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses." In *Third World Women and the Politics of Feminism*, ed. C. Mohanty, A. Russo, and L. Torres, 51–80. Indianapolis, IN: Indiana University Press.
- Mutua, N. K., and B. B. Swadener, eds. 2004. *Decolonizing Research in Cross-Cultural Contexts: Critical Personal Narratives*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Nieuwenhuis, F. J. 1996. *The Development of Education System in Postcolonial Africa: A Study of a Selected Number of African Countries*. Pretoria: Human Sciences Research Council.
- Ombuor, J. 2001. "Rape and Terror Rule over the Land." *Daily Nation*, September 12, 4.
- Parpart, J. L., and K. A. Staudt, eds. 1989. *Women and the State in Africa*. Boulder, CO: Lynne Reiner.
- p'Bitek, O. 1986. *Artist the Ruler: Essays on Art, Culture, and Values*. Nairobi: Heinemann Kenya.
- Polakow, V. 1993. *Lives on the Edge: Single Mothers and Their Children in the Other America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Polakow, V., T. Halskov, and P. S. Jorgensen. 2001. *Diminished Rights: Danish Lone Mother Families in International Context*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Robertson, C., and I. Berger. 1986. *Women and Class in Africa*. New York: Holmes and Meier.
- Rogers, L. J., and B. B. Swadener. 1999. "Reflections on the Future Work of Anthropology and Education: Reframing the 'Field.'" *Anthropology and Education Quarterly* 30 (4): 436–40.
- Rose, N. 1999. *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, 2nd ed. London: Free Association Books.
- Rugene, N., and M. Njeru. 2003. "Free Primary School Starts Next Week." *Daily Nation*, January 4. Accès en ligne 12 Novembre, 2006, <http://www.nationaudio.com/News/DailyNation/04012003/News/News013.html>.
- San Juan, E., Jr. 1999. *Beyond Postcolonial Theory*. New York: St. Martin's Press.
- Scheper-Hughes, N., and C. Sargent, eds. 1998. *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Schram, S. 2000. *After Welfare: The Culture of Postindustrial Social Policy*. New York: New York University Press.
- Sibley, D. 1995. *Geographies of Exclusion: Society and Difference in the West*. London: Routledge.
- Siringi, S. 2003. "Schools Act on Intake." *Daily Nation*, Accès en ligne 10 Novembre, 2006, <http://www.nationaudio.com/>.
- Smith, L. T. 1999. *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. London: Zed Books.

- Spivak, G. C. 1999. *A Critique of Postcolonial Reason: Toward a History of the Vanishing Present*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stephens, S., ed. 1995. *Children and the Politics of Culture*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Swadener, B. B., M. Kabiru, and A. Njenga. 1997. "Does the Village Still Raise the Child? A Collaborative Study of Changing Childrearing in Kenya." *Early Education and Development* 8 (3): 285–306.
- . 2000. *Does the Village Still Raise the Child?: A Collaborative Study of Changing Childrearing and Early Education in Kenya*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Swadener, B. B., and S. Lubeck. 1995. *Children and Families "At Promise": Deconstructing the Discourse of Risk*. Albany: State University of New York Press.
- Swadener, B. B., and N. K. Mutua. 2001. "Mapping Terrains of 'Homelessness' in Postcolonial Kenya." In *Homelessness in International Context*, ed. V. Polakow and C. Guillian, 263–87. Westport, CT: Greenwood Press.
- Swadener, B. B., and P. Wachira. 2003. "Governing Children and Families in Kenya: Losing Ground in Neoliberal Times." In *Governing Children, Families, and Education: Restructuring the Welfare State*, ed. M. N. Bloch, K. Holmlund, I. Moqvist, and T. Popkewitz, 231–57. New York: Palgrave Macmillan.
- Tikly, L. 2001. "Globalization and Education in the Postcolonial World: Towards a Conceptual Framework." *Comparative Education* 37 (2): 151–71.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 1996. *The Progress of Nations*. New York: UNICEF.
- . 2006. *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*. New York: UNICEF.
- Vavrus, F. 2002. "Postcoloniality and English: Exploring Language Policy and the Politics of Development in Tanzania." *TESOL Quarterly* 36 (3): 373–97.
- Walton, J., and C. Ragin. 1990. "Global and National Sources of Political Protest: Third World Responses to the Debt Crisis." *American Sociological Review* 55: 876–90.
- wa Thiong'o, N. 1993. *Moving the Center: The Struggle for Cultural Freedoms*. Nairobi: East African Educational Publishers.
- Weisner, T. S., C. Bradley, and P. K. Kilbride, eds. 1997. *African Families and the Crisis of Social Change*. Westport, CT: Bergin and Garvey.
- Willinsky, J. 1998. *Learning to Divide the World: Education at Empire's End*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- World Bank. 2001. *A Chance to Learn: Knowledge and Finance for Education in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: World Bank.

## CHAPITRE 22

# Les approches communautaires réussies en Afrique orientale et australe

**Jane E. Lucas, Jessica Jitta, Gareth Jones, et Katarzyna Wilczynska-Ketende**

La famille est le tout premier système de soins pour un petit enfant. Dès lors, l'assistance aux familles doit être la toute première priorité de toute stratégie de réduction de la mortalité infantile et d'amélioration de la croissance et du développement des petits enfants.

Les enfants pauvres et mal nourris courent le plus grand risque de mourir. La malnutrition est à la base de 52,5% de la mortalité d'enfants de moins de 5 ans (Caulfield, d'Onis, Blossner and Black 2004). Elle affaiblit les enfants, augmente leur vulnérabilité aux maladies infantiles courantes, dont la pneumonie, la diarrhée, le paludisme et la rubéole. En Afrique subsaharienne, 4,5 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année, 29% d'enfants de moins de 5 ans sont modérément ou sévèrement mal nourris et 9% souffrent de dépérissement sévère. Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, jusqu'à 40% d'enfants sont modérément ou sévèrement en état d'insuffisance pondérale (UNICEF, 2004). Beaucoup d'autres souffrent modérément ou sévèrement des conséquences de retards de croissance qui résultent de la malnutrition avant la naissance et pendant la petite enfance. Ils sont souvent affectés de retards

cognitifs et développementaux associés au retard de croissance (Martorell 1997). De plus, des maladies fréquentes et répétées et la léthargie qui s'ensuit limitent davantage encore les opportunités de l'enfant pauvre d'explorer et d'étudier.

La stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PIME) réunit des interventions éprouvées sur la santé, la nutrition et le développement de l'enfant qui permettent d'éviter les maladies infantiles courantes et procure des soins et une meilleure nutrition pour tous les enfants, malades et en bonne santé. L'efficacité de PIME à protéger les enfants par un système de services de santé de qualité a été documentée dans une vaste étude multi-pays (el Arifeen et al. 2004 ; Armstrong Schellenberg et al. 2004)

Néanmoins en Afrique, beaucoup d'enfants malades meurent chez eux sans avoir reçu l'assistance d'un professionnel de la santé. Au Malawi, par exemple, un sondage montre que 60% de la mortalité infantile a lieu à la maison et que la moitié des décès sont d'enfants qui n'ont pas été amenés à un centre de soins (Balyeku, Matinga, and Bello 2004).

Étendre la couverture de PIME et des initiatives d'assistance aux enfants qui n'ont pas accès aux services de santé publique pourrait prévenir bon nombre de décès infantile. Une large couverture d'interventions au foyer et dans la communauté pourrait prévenir plus de la moitié des décès d'enfants (Jones et al. 2003). Les interventions peuvent aussi aider les communautés à donner un environnement plus sain, à organiser une garde d'enfants pour les familles et à encourager un développement plus complet d'enfants et de leur famille. On possède des données et l'expérience suffisantes pour accélérer les interventions dans les ménages et les communautés. Il ne faut pas attendre.

## **Revue des interventions au niveau des ménages et des communautés**

En 2005, le Fond des Nations-Unies pour l'enfance (UNICEF) a achevé une revue des interventions réalisées dans 18 pays de la région Afrique orientale et australe (ESARO) pour améliorer les pratiques familiales de soins et renforcer les efforts communautaires pour procurer aux enfants les conditions nécessaires à une meilleure santé (Lucas et al. 2005)<sup>1</sup>. C'est l'élément foyer et communauté de la stratégie PIME qui a réalisé ces interventions; 18 pays d'ESARO (voir le tableau 22.1) ont déjà mis en place cette composante foyer et communauté, bien que tardivement par rapport au déploiement de deux autres composantes de PIME, à savoir



**Tableau 22.1 18 pays dans UNICEF/ESARO mettent en œuvre la composante foyer et communauté de PIME dans au moins 3 régions**

Botswana	Mozambique
Burundi	Namibie
Comores	Rwanda
Érythrée	Afrique du Sud*
Éthiopie	Tanzanie*
Kenya	Ouganda*
Lesotho	Zambie
Madagascar	Zimbabwe
Malawi*	Swaziland

*Source:* Lucas et al. 2005.

*Note:* 13 pays en ordre de classement mondial de la mortalité infantile des moins de 5 ans (du plus élevé au plus bas faible) sont l'Éthiopie la Tanzanie, l'Angola, le Mozambique, l'Ouganda, le Kenya, la Somalie, le Malawi, Madagascar, la Zambie, l'Afrique du Sud, le Rwanda et la Zambie.

Ces 13 pays représentent plus de 95% des décès infantiles en ESARO.

ESARO :- région Afrique orientale et australe. PIME-prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

\* Les pays inclus dans l'enquête.

l'amélioration de la performance du personnel soignant et le soutien au système de santé.

La revue s'est concentrée sur quatre pays—le Malawi, l'Afrique du Sud, la Tanzanie et l'Ouganda—dont les expériences pourraient contribuer à une évaluation de la direction future que pourrait prendre une stratégie régionale pour les enfants. Dans chaque pays, un ensemble d'interventions combinait des visites à domicile d'agents de santé communautaires ou de volontaires; des groupes de soutien aux mères; des démonstrations d'immunisation, de moustiquaires, de cuisine et des programmes sociaux au cours des journées de santé dans les villages et l'établissement de centres de santé communautaires pour les enfants. Des troupes théâtrales, des assemblées villageoises et des prospectus ont contribué à l'éducation des communautés. Des actions pour développer la capacité des communautés à évaluer les risques sanitaires, à identifier les problèmes et à prendre les mesures nécessaires ont entraîné une large participation communautaire pour créer les conditions d'un environnement plus sain pour les familles.

Cette stratégie très complète s'occupe de la croissance et du développement d'enfants, de la prévention des maladies, des soins à domicile et de la recherche de soins pour un enfant malade, d'aider à suivre les conseils de l'agent de santé et de la création d'un environnement de soutien qui

encourage les familles et les communautés à se préoccuper de la santé et du développement de l'enfant. L'encadré 22.1 présente la liste des pratiques clés de PIME pour les familles et les communautés dans les quatre pays de l'étude.

La revue a documenté les interventions ménages et communauté réalisées dans les quatre pays d'ESARO et a répondu à deux questions importantes concernant leur efficacité :

- Les interventions réalisées par la section ménages et communauté de la PIME peuvent-elles améliorer les pratiques de soins familiaux qui influencent le développement et la survie d'enfants ?
- Les interventions sont-elles efficaces et concernent-elles toutes les pratiques familiales qui, ensemble, permettent de prévenir les décès infantiles et d'assurer aux enfants un développement sain ?

La revue comprenait une étude de la littérature sur l'impact des pratiques familiales sur la survie et le développement d'enfants, un examen

#### **Encadré 22.1**

### **Pratiques familiales et communautaires essentielles pour promouvoir la survie, la croissance et le développement de l'enfant (liste complète de 17 pratiques essentielles et 2 pratiques supplémentaires d'ESARO)**

#### **Croissance et développement d'enfants**

- Allaiter les enfants exclusivement au sein pendant les premières six mois, en tenant compte de la politique et des recommandations sur le VIH et l'allaitement maternel.
- Dès l'âge de 6 mois, donner aux enfants des aliments fraîchement préparés riches en énergie et des nutriments tout en continuant à allaiter jusqu'à l'âge de deux ans ou davantage.
- Veiller à ce que les enfants reçoivent suffisamment de micronutriments (en particulier vitamine A et fer) soit dans l'alimentation soit sous forme de suppléments.
- Promouvoir le développement mental et social en répondant aux besoins de soins d'enfants et par la parole, le jeu et un environnement stimulant.

*(suite page suivante)*

### **Encadré 22.1 (Suite)**

#### **Prévention des maladies**

- Disposer des selles, celles d'enfants en toute sécurité, se laver les mains après avoir déféqué, avant de préparer les repas et avant de nourrir les enfants.
- Respecter le calendrier des vaccinations prévues avant le premier anniversaire d'enfants (Bacilliose Calmette- Guérin [BCG] ; diphtérie, coqueluche, tétanos [DCT] ; vaccination poliomyélitique (OPV) ; et rougeole).
- Protéger les enfants dans les zones de paludisme endémique en les faisant dormir sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide.
- Donner des soins appropriés aux victimes du VIH/SIDA, surtout aux orphelins, et prendre des mesures pour empêcher d'autres infections du VIH.

#### **Soins à domicile pour un enfant malade**

- Continuer à nourrir et donner plus de liquides aux enfants, y compris le lait maternel, quand ils sont malades.
- Donner aux enfants malades des soins à domicile appropriés à leur maladie.
- Protéger les enfants des blessures et accidents, et les soigner si nécessaire.

#### **Consultation et respect du traitement**

- Reconnaître quand les enfants malades doivent être soignés à l'extérieur et chercher de l'aide au bon endroit.
- Suivre les conseils des agents de santé sur le traitement, le suivi et les références.

#### **Les approches communautaires qui marchent en Afrique orientale et australe 431**

- Veiller à ce que chaque femme enceinte reçoive des soins prénatals, c'est à dire au moins quatre visites chez un agent de santé qualifié et les doses recommandées du vaccin antitétanique. S'assurer qu'elle soit suivie au moment de l'accouchement.

#### **Un environnement solidaire et habilitant**

- Prévenir la maltraitance et négligence d'enfants, et réagir si cela se produit.
- Donner des soins aux orphelins et aux enfants vulnérables.
- Veiller à ce que les hommes, surtout les pères, contribuent activement aux soins aux enfants et se sentent concernés par la santé reproductive.
- Veiller à ce que toute femme enceinte et allaitante puisse se reposer en diminuant sa charge de travail.
- Enregistrer chaque enfant aussi tôt que possible après l'accouchement.

des documents sur les pays et les programmes et une synthèse des résultats des études disponibles sur les pratiques familiales, des entrevues avec les principaux informateurs et des visites sur le terrain pour étudier les activités dans chacun des quatre pays.

La revue a utilisé un modèle, présenté pour la première fois dans le *Lancet* (Jones et al. 2003), pour estimer le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans qui pourraient être évités avec une plus grande couverture des interventions foyer et communauté (ce que nous appellerons ici le modèle Lancet). L'intérêt particulier de cette revue était les estimations de décès infantiles évitables en ESARO. (Les estimations d'ESARO présentées dans ce chapitre sont basées sur les données de la mortalité dans 13 pays qui contribuent 95% des décès de moins de 5 ans dans la région ; voir la note du tableau 22.1).

Le modèle Lancet estime les décès infantiles potentiels provenant de causes courantes (diarrhée, pneumonie, rougeole, paludisme, VIH/SIDA et conditions néonatales) qui pourraient être évitées par des interventions dans les ménages, les communautés et le système de santé. Les interventions identifiées dans le modèle ne sont pas des activités programmées mais plutôt des pratiques améliorées que la littérature scientifique a identifiées pour avoir l'impact le plus grand, le plus proximal sur l'amélioration de la santé et la survie d'enfants. Les pratiques comprennent, par exemple, l'alimentation des nourrissons, l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide et d'autres matériels, l'utilisation d'eau potable et l'observation de bonnes pratiques d'assainissement et d'hygiène et des soins à domicile avec thérapie de réhydratation orale (TRO). D'autres interventions établissent le lien entre un service de survie dispensé par le système de santé, comprenant immunisation ou traitements antipaludéens et antibiotique et un service familial, c'est à dire la réponse du pourvoyeur de soins en faisant appel au service. La section suivante fait état des résultats des enquêtes sur les changements dans les pratiques familiales. On y trouvera les estimations de l'application du modèle statistique de Lancet aux données d'ESARO<sup>2</sup> sur les causes des décès infantiles pour démontrer l'impact potentiel des améliorations des pratiques familiales clés dans la région.

### **Les données d'enquêtes sur les changements dans les pratiques familiales de soins clés**

Pendant la première étape de la réalisation des interventions foyer et communauté, l'impact direct sur la santé et le développement de l'enfant est difficile à identifier. Cependant, les recherches cumulatives ont lié les

améliorations de quelques pratiques familiales spécifiques clés aux réductions de la mortalité infantile et à l'amélioration du développement psychosocial d'enfants. Les améliorations documentées de ces pratiques familiales clés suggèrent avec insistance un impact sur la survie et le développement d'enfants.

La revue a examiné les études de référence et les études de suivi sur les pratiques familiales clés et sur les conditions environnementales qui y sont associées, telles que la présence d'eau potable et d'installations sanitaires améliorées. Les enquêtes furent menées dans 4 pays :

- Le Malawi, dans des sites de cinq régions du projet
- L'Afrique du Sud, dans le district UThukela
- La Tanzanie, dans le district Mkuranga
- L'Ouganda, dans le district Kasese, le district Ntungamo et le Projet d'alimentation et de développement de la petite enfance.

Alors que les programmes des pays utilisaient un groupe de questions communes, certains sites ont collecté des informations sur un éventail plus complet de pratiques particulières. Des exemples des résultats le plus comparables à travers les sites sont présentés ci-dessous.

Les enquêtes sur les ménages ont montré une amélioration des connaissances, des attitudes et des pratiques familiales qui vont probablement avoir un impact considérable sur la réduction des décès infantiles aussi bien que sur la promotion d'un développement psychosocial sain. Dans chaque site enquêté, de multiples pratiques de soins ont été améliorées, ce qui suggère que l'intégration des interventions pourrait avoir des impacts plus importants sur les pratiques familiales et donc sur le développement et la survie d'enfants que l'impact d'un changement de comportement isolé. Nous présentons ci-dessous des exemples de changements constatés dans des pratiques familiales intéressant le développement et la croissance d'enfants, la prévention des maladies, les soins à domicile pour les enfants malades et la quête de soins.

### ***Promotion de la croissance et du développement***

Des interventions communautaires dans les sites du programme ont augmenté la sensibilité à l'allaitement maternel, l'alimentation complémentaire et les micronutriments pour améliorer le développement de l'enfant.

***L'allaitement maternel***—L'allaitement maternel exclusif est un comportement complexe souvent opposé aux pratiques communautaires. C'est pourquoi il est parfois difficile de lancer et de maintenir l'allaitement

maternel exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge recommandé de 6 mois. En dépit de cette recommandation, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que seulement 35% des nourrissons âgés de 0 à 4 mois sont exclusivement nourris au sein (WHO 2001). En Afrique subsaharienne, le taux moyen d'allaitement exclusif est de 28% (UNICEF 2004).

Les bénéfices de l'allaitement sont bien établis. Le lait maternel fournit tous les nutriments essentiels pour l'enfant de moins de 6 mois. Il transmet au nourrisson les immunités de la mère; il évite de l'exposer aux polluants potentiels que sont l'eau non potable et les ustensiles sales.

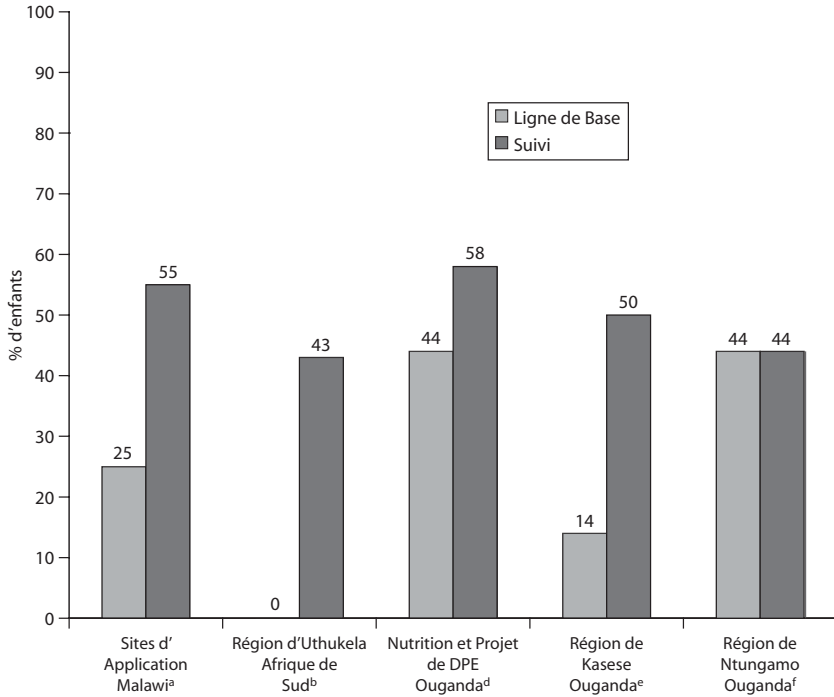
Une méta-analyse de l'OMS de trois études d'observation a constaté que, comparés aux nourrissons de moins de 2 mois non nourris au sein, les nourrissons allaités avaient six fois moins de chances de décéder. Ceux de 2-3 mois 4,1 fois moins de chances de décéder et ceux de 4-5 mois avaient 2,5 fois moins de chances (WHO Collaborative Study Team 2000). L'allaitement réduit divers risques de mortalité, mais on a démontré que c'est sur la mortalité liée à la diarrhée et à la pneumonie que l'impact est le plus important. Une application du modèle Lancet pour estimer les décès évitables propose que la seule amélioration des pratiques d'allaitement puisse prévenir 233 000 (13%) des 1,85 million d'enfants qui décèdent chaque année en Afrique orientale et australe.

L'allaitement maternel influe également sur le développement psychosocial de l'enfant. Les acides gras contenus dans le lait maternel contribuent au développement de la vision et du cerveau chez les nourrissons (Uauy et De Andraca 1995). Une méta-analyse de 20 études a montré que, comparés aux bébés nourris différemment, les nourrissons allaités au sein marquaient 3 points de plus dans le développement cognitif.

Cette différence apparaissait à 6 mois et perdurait jusqu'à l'âge de 15 ans (Anderson, Johnstone, and Remley, 1999). La relation positive qui se développe entre la mère et le nourrisson à travers l'allaitement favorise le développement mental et moteur et la santé physique.

En considération de l'importance démontrée de l'allaitement maternel pour la survie et le développement de l'enfant, la revue a observé les taux d'allaitement exclusif et d'allaitement précoce dans les sondages consacrés à ces pratiques. Avant l'intervention, les taux d'allaitement maternel exclusif étaient différents sur les sites d'application (voir la figure 22.1); le niveau le plus faible, 0%, était celui du district Uthukela en Afrique du Sud. Après 3 ans environ d'intervention, des enquêtes de suivi ont observé des taux d'allaitement maternels exclusif allant de 14 à 43 points de pourcentage dans tous les sites, sauf dans le district de Ntungamo (Ouganda) où on n'a constaté aucune amélioration.

**Figure 22.1 Les enfants allaités exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois dans 5 programmes d'ESARO, avant et après l'intervention**



*Source:* Figure préparée par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a–f.

*Note:* ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.

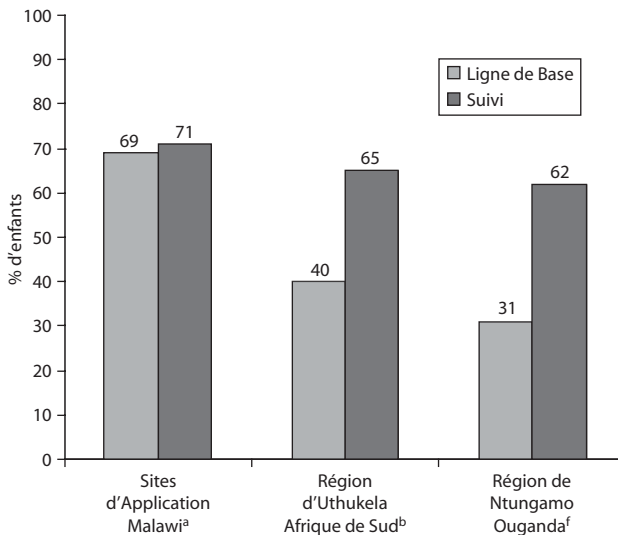
La plupart des sites d'exécution en Afrique du Sud et en Ouganda ont encouragé l'allaitement maternel en conseillant les mères lors des visites à domicile des agents de santé de la communauté (ASC), à l'intervention d'autres travailleurs sociaux, par les conseils de pairs et des activités d'éducation communautaires. Au Malawi, les messages sur l'allaitement maternel passaient généralement par l'éducation de la communauté (mass média ou des représentations théâtrales) et des assemblées villageoises plutôt que par des visites à domicile.

L'OMS et l'UNICEF recommandent que les nouveau-nés soient mis au sein dans la première heure suivant la naissance. Le premier lait, le colostrum, protège les nourrissons contre les maladies. Le déclenchement précoce de l'allaitement aide la mère à allaiter efficacement, l'encourage à poursuivre l'allaitement et crée un lien affectif fort entre elle et bébé.

Le déclenchement précoce de l'allaitement a augmenté dans les sites de trois programmes pour lesquels il existe des données (voir la figure 22.2). Des améliorations considérables ont été réalisées à Uthukela (25 points de pourcentage) et Ntungamo (31 points de pourcentage). Le manque d'amélioration au Malawi, où les interventions à travers la communauté étaient plus communes que les visites à domicile, pourrait indiquer un mauvais ciblage des interventions destinées aux mères enceintes et aux sages-femmes qui assistent les accouchements à domicile. Cependant, le taux du déclenchement précoce de l'allaitement au Malawi était déjà plus élevé que dans les autres sites (69% avant l'intervention et 71% après l'intervention).

**L'alimentation de complément**—Quand les jeunes enfants atteignent environ 6 mois, le seul lait maternel ne suffit plus à satisfaire leurs besoins d'énergie et de croissance. Les directives de l'OMS et de l'UNICEF (1990) sur l'alimentation des nourrissons recommandent d'introduire les nourritures de complément à partir de l'âge de 6 mois en donnant des quantités adéquates de nourritures riches en énergie et nutriments et de

**Figure 22.2 Les enfants allaités dans la première heure après l'accouchement dans trois programmes d'ESARO, avant et après l'intervention**



Source: Figure préparée par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a–f.

Note: ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.



continuer l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus s'il n'y a pas danger de transmission du VIH par le lait maternel.

L'amélioration de l'alimentation complémentaire est cruciale pour réduire la malnutrition et le retard de croissance chez les jeunes enfants. Elle est nécessaire aussi pour prévenir le décès de presque 60% d'enfants qui meurent parce que leur état de malnutrition les empêche de lutter efficacement contre la maladie. Sur base du modèle Lancet pour estimer les décès évitables, l'amélioration seule des pratiques d'alimentation complémentaire pourrait prévenir 126 000 (7%) des 1,85 million de décès annuels d'enfants de moins de 5 ans dans 13 pays de l'Afrique orientale et australe (voir la note du tableau 22.1).

La revue a trouvé de nombreuses activités pour améliorer l'alimentation complémentaire dans les quatre pays étudiés. Les travailleurs sociaux conseillaient les mères au cours des visites à domicile, l'information était répandue dans toute la communauté pendant les assemblées villageoises et les journées de la santé d'enfants étaient l'occasion d'organiser des démonstrations de cuisine et d'alimentation. Les travailleurs sociaux collaboraient avec les gens de l'agriculture et du développement communautaire pour promouvoir les jardins privés.

Les enquêtes de suivi ont recueilli des informations sur des aspects de l'alimentation différentes, suivant les changements de pratiques poursuivis par le programme dans chaque pays. Au Malawi, le seul pays qui a fourni des informations sur le timing de l'introduction des aliments complémentaires, 55% d'enfants avaient reçu une alimentation complémentaire à l'âge de 6 mois dans les sites de projet. Dans le district Uthukela, en Afrique du Sud, le taux des pourvoyeurs de soins conscients de l'importance de l'introduction opportune de l'alimentation complémentaire est passé de 8% à 24%. Pendant les trois ans d'exécution des interventions communautaires pour améliorer la sécurité alimentaire au sein du projet de nutrition et de DPE en Ouganda, le nombre de ménages qui déclaraient manger au moins deux repas principaux par jour a plus que doublé, passant de 23% à 50% dans les secteurs du projet. Ailleurs l'augmentation fut moins frappante (de 31% à 41%).

L'apport d'une autre nourriture à un enfant de moins de 6 mois nourri au sein (alimentation mixte) contribue à la mortalité. Continuer l'allaitement tout en introduisant des aliments complémentaires pour les enfants de 6 à 11 mois réduit la mortalité. Cependant, il semble que l'alimentation mixte augmente le risque de transmission mère-enfant du VIH par le lait maternel (Coutsoudis et al. 1999). Les messages ne sont pas simples à trouver, surtout dans les communautés où le taux de VIH est élevé

car continuer l'allaitement n'est pas nécessairement à conseiller à toutes les mères. Par conséquent, dans le projet de nutrition et de DPE en Ouganda, par exemple, la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à et au delà de 18 mois a diminué, passant de 65% à 58%. D'autres enquêtes sur le sujet en Ouganda ont donné des résultats en sens divers : augmentation de 70% à 77% du taux d'enfants toujours allaités entre 12 et 23 mois dans le district Ntungamo et peu de changements à environ 33% d'enfants toujours allaités entre 20 et 23 mois dans le district Kasese.

**Micronutriments**—Les aliments de complément apportent souvent des concentrations insuffisantes de micronutriments essentiels et la maladie peut diminuer encore les réserves de micronutriments dans le corps. Un apport adéquat de vitamine A, de fer et de zinc—soit par l'alimentation, soit par les suppléments—permet la croissance et le développement des jeunes enfants, surtout dans les zones où les maladies d'enfance sont fréquentes et graves. Le modèle Lancet estime qu'assurer des quantités adéquates de vitamine A comme simple mesure préventive pourrait éviter le décès de 58 000 jeunes enfants chaque année en Afrique orientale et australe et pourrait éviter de nombreuses infirmités causées par les carences en vitamine A.

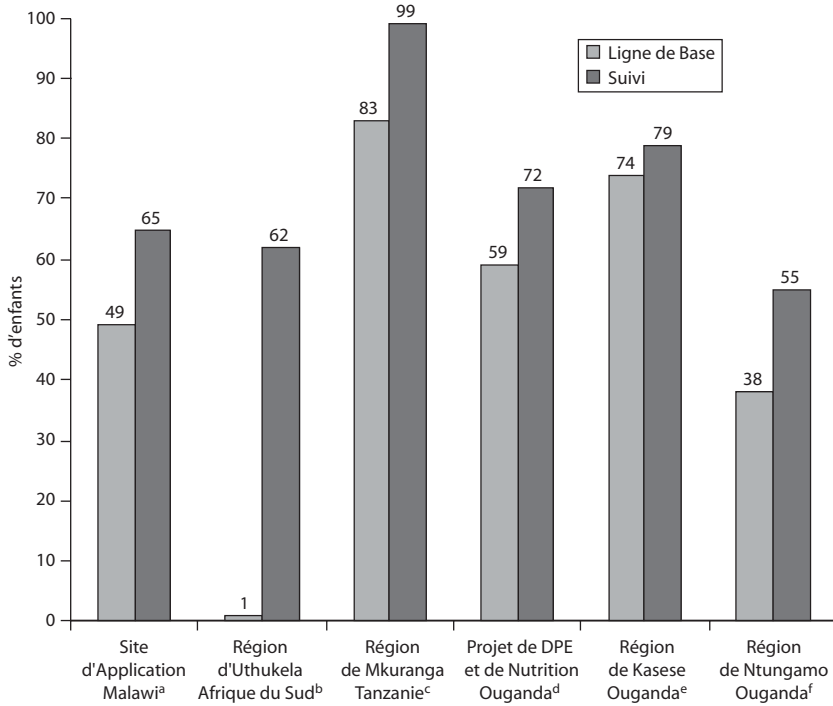
Les suppléments de vitamine A est un bon exemple de l'importance des interventions communautaires ciblant d'enfants qui, pour des raisons diverses, n'ont pas régulièrement accès aux services de santé. De nombreux pays recommandent un apport régulier de suppléments de vitamine A aux jeunes enfants. Malgré cela, avant les interventions communautaires, le taux était faible—en-dessous de 50%—dans certaines régions (figure 22.3).

En Afrique du Sud, le projet Uthukela a pu augmenter les suppléments en vitamine A de 1% à 62%; les suppléments fournis par le système de santé furent introduits auprès de la population par des interventions communautaires. Même là où les programmes avaient été plus efficaces, le nombre d'enfants recevant les suppléments de vitamine A s'est accru grâce aux efforts communautaires; par exemple, le taux passé de 83 à 99% dans le district Mkuranga (Tanzanie).

### **Prévention des maladies**

En plus de fournir aux enfants une bonne nutrition, les pratiques les plus importantes pour prévenir les maladies infantiles sont (1) l'hygiène personnelle et environnementale, (2) l'immunisation contre les maladies d'enfance, et (3) l'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour

**Figure 22.3 Enfants recevant des suppléments de vitamine A dans 6 programmes d'ESARO avant et après intervention**



Source: Figure préparée par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a–f.

Note: ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.

prévenir le paludisme. Les interventions évaluées en Afrique orientale et australe faisaient partie des activités des organisations communautaires visant à améliorer les pratiques domestiques pour prévenir les maladies et aider les familles à profiter de l'immunisation et des ressources disponibles dans le système de santé.

**L'hygiène personnelle et environnementale**—Une mauvaise hygiène personnelle, renforcée par un manque d'accès à des installations sanitaires adéquates et à de l'eau propre, favorise les décès diarrhéiques. En Afrique orientale et australe, plus de 375,000 décès infantiles sont attribués chaque année à la diarrhée. Une mauvaise hygiène contribue également à l'apparition des infirmités provoquées par l'infestation vermineuse et aux infections de la peau et des yeux.

Améliorer le lavage des mains et disposer des matières fécales en toute sécurité peuvent considérablement réduire le nombre de décès et d'infirmités infantiles. Dans une revue de plusieurs études, Esrey et al. (1999) ont montré que le seul fait de disposer correctement des matières fécales réduisait la mortalité infantile liée à la diarrhée de 20 à 80%.

Les interventions des organisations communautaires dans les localités passées en revue par l'UNICEF (Lucas et al. 2005) ont utilisé des indicateurs différents pour évaluer l'amélioration des pratiques familiales et de l'assainissement. Suivant ces indicateurs, la pratique de se laver les mains après avoir utilisé les toilettes est passée de 45% à 78% dans le district de Mkuranga (Tanzanie) et de 20% à 45% dans le district de Ntungamo (Ouganda). Dans ces districts, les troupes théâtrales organisées en collaboration avec le programme de théâtre et de musique d'une université ont fait la promotion des pratiques d'hygiène essentielles. Les groupes ont appris les messages clés puis se sont servis de chansons, de danses et de jeux de rôles pour éduquer les gens. Un certain nombre de messages ont été transmis au cours des journées de santé et dans les assemblées villageoises.

Quant à la disposition correcte des excréments d'enfants, on a signalé des améliorations visibles puisqu'on est passé de 50 à 83% au Malawi, de 76 à 91% dans le district de Kasese (Ouganda) et de 37 à 41% dans le district de Ntugamo (Ouganda). Ces pratiques recommandées sont importantes mais elles sont difficiles à promouvoir. Un faible accès à l'eau potable et à des installations sanitaires adéquates provoque directement 90% des diarrhées infantiles (WHO 1997). Ces conditions sont communes à une grande partie de la population des pays d'Afrique orientale et australe. Le changement de comportement réclame un accès facile à l'eau, aux latrines et aux toilettes et la motivation nécessaire pour utiliser et entretenir les installations.

Les sites choisis pour la revue étaient durement touchés par la pauvreté et l'amélioration des pratiques d'hygiène a souvent requis de recourir à des programmes intégrés pour fournir des latrines, de l'eau propre et du savon. Dans au moins quatre des programmes, on a constaté une réelle relation entre les interventions pour améliorer l'eau et les installations sanitaires et celles qui cherchaient à promouvoir de meilleures pratiques d'hygiène (tableau 22.2). Les ménages ont eu accès à l'eau potable ou à des installations sanitaires adéquates ou aux deux, dans les sites de mise en œuvre au Malawi, en Tanzanie et en Ouganda. Suivant le modèle Lancet, on pourrait prévenir environ 51,000 décès de jeunes enfants en Afrique orientale et australe en améliorant les pratiques d'hygiène reposant sur de l'eau propre et des installations sanitaires.

**Tableau 22.2 Accès aux installations sanitaires, aux sources d'eau propre et aux installations pour le lavage des mains dans cinq programmes d'ESARO avant et après les interventions**

	<i>Sites de mise en œuvre Malawi<sup>a</sup></i>		<i>District de Mkuranga Tanzanie<sup>c</sup></i>		<i>Projet de nutrition et DPE Ouganda<sup>d</sup></i>		<i>District de Kasese Ouganda<sup>e</sup></i>		<i>District de Ntungamo Ouganda<sup>f</sup></i>	
	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>
Ménages ayant l'eau potable à partir d'un système/point sûr	66	72	40	85	47	61	50	53	—	47
Ménages ayant des latrines de fosse ou toilettes à chasse d'eau	—	—	40	90	88	88	87	91	—	77
Ménages ayant des installations pour se laver les mains et du savon	—	20	63	82	—	—	2	67	<1	16

**Source:** tableau préparé par les Auteurs ; voir note de fin 2 pour les références correspondantes (a–f) pour les sources de l'enquête pour tous les tableaux et figures dans ce chapitre.

**Note:** ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.

**Immunisation**—Les immunisations préviennent environ 3 millions de décès infantiles chaque année dans le monde; une plus large couverture permettrait d'éviter 3 millions de morts supplémentaires (World Bank 2001). En Afrique orientale et australe, même si les cas de rougeole ont diminué, une application du modèle Lancet estime qu'une immunisation d'enfants contre la rougeole seule pourrait empêcher 25,000 décès infantiles.

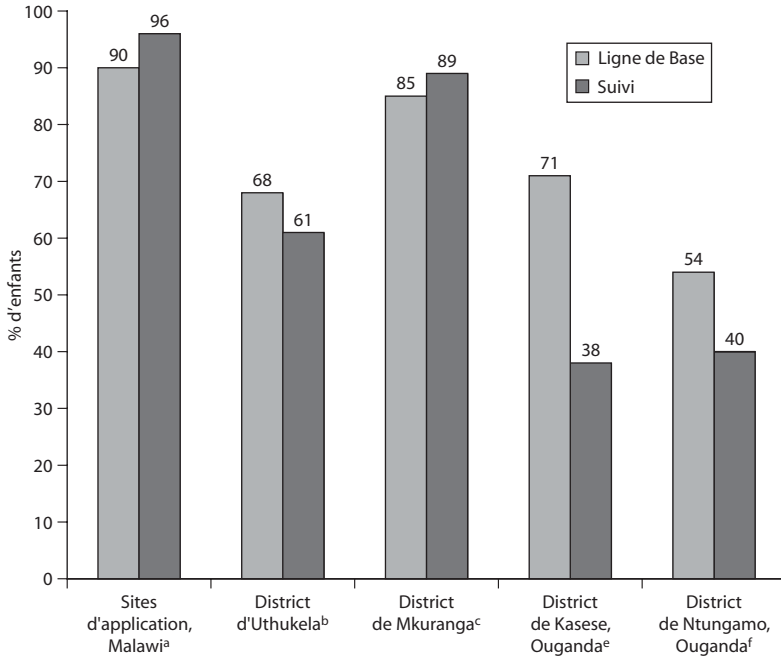
La couverture de l'immunisation dépend de la disponibilité des services de santé aussi bien que des efforts consentis par les familles pour faire vacciner leurs enfants. Pour recevoir un traitement complet des vaccins les plus recommandés (BCG, DCT, OPV, et rougeole), il faut cinq contacts avec un professionnel de santé avant le premier anniversaire de l'enfant et des services de vaccination accessibles et sûrs. Les interventions qui cherchent à promouvoir l'utilisation des services d'immunisation ne seront pas satisfaisantes si on ne renforce et ne rend aussi les services de santé accessibles aux communautés isolées.

En conséquence, il semble bien que la couverture dans les sites de l'enquête soit affectée par la capacité des services d'immunisation (figure 22.4). Là où la couverture de l'immunisation contre la rougeole était élevée, comme au Malawi et en Tanzanie, les services de santé avaient pu répondre aux demandes de la communauté.

Atteindre les derniers 20% d'enfants non encore immunisés a été difficile dans tous les secteurs du monde. Au Malawi et dans le district de Mkuranga en Tanzanie, cette barrière a été renversée: la couverture est maintenant près de ou au dessus de 90% pour tous les vaccins. Pour y arriver, les communautés furent mobilisées pour apprendre aux familles difficiles à atteindre comment, quand et où se font les vaccinations et les encourager à faire vacciner leurs enfants. En même temps, on a soutenu l'opération en améliorant les services; accès plus facile, réduction des coûts et du temps d'attente, meilleure sécurité et livraison des vaccins et on a veillé à ne manquer qu'un minimum d'opportunité de vacciner. Par contraste, pendant cette période, on a vu se détériorer les services de santé en Ouganda et une détérioration correspondante de la couverture vaccinale a suivi.

**Les moustiquaires imprégnées d'insecticide**—Chaque année, le paludisme contribue à la mort d'environ 300,000 enfants de moins de 5 ans en Afrique orientale et australe. Dans certaines régions de Tanzanie, le paludisme entraîne annuellement un tiers des décès infantiles (Tanzania and USAID 2006).

**Figure 22.4 Enfants âgés de 12–23 mois immunisés contre la rougeole dans cinq programmes de l'ESARO avant et après l'intervention**



Source: Figure préparée par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a–f.

Note: ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.

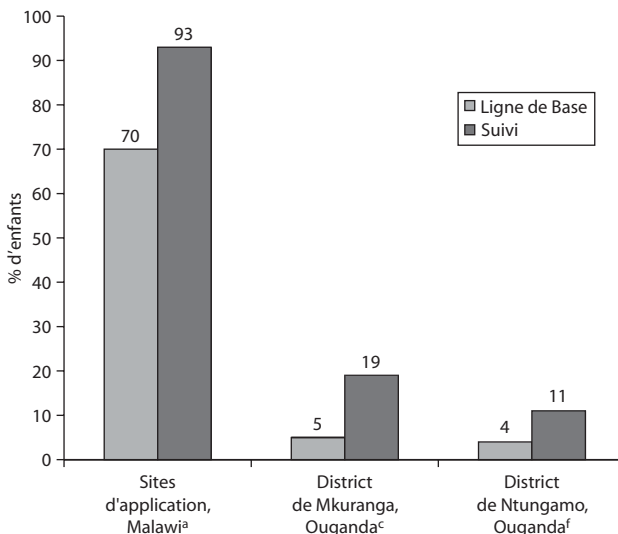
L'une des stratégies principales pour prévenir le paludisme est l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Les études ont prouvé que le fait de dormir sous une telle moustiquaire peut réduire la mortalité infantile de 17% (Lenglen 2001).

Dans une région rurale en Tanzanie, le marketing social et des programmes de ventes subventionnées ont permis une augmentation de 50% de l'usage des moustiquaires, à laquelle il faut associer une diminution ultérieure de 25% des décès d'enfants de moins de 5 ans (Schellenberg et al 2001). Il n'en reste que, faute d'une bonne couverture des interventions pour augmenter l'utilisation des moustiquaires, en Tanzanie seulement 21% des jeunes enfants dorment sous moustiquaires et seulement 2% sous moustiquaires imprégnées d'insecticide. En Ouganda, seulement 7% d'enfants dorment sous moustiquaires et aucun de ces enfants ne dort sous moustiquaire imprégnée. Au Malawi, 8% dorment sous moustiquaires et 3% sous moustiquaires imprégnées (UNICEF 2004)

La mesure selon laquelle on peut réduire le paludisme chez les jeunes enfants dépend en grande partie de l'efficacité des interventions communautaires pour distribuer les moustiquaires imprégnées d'insecticide, les rendre abordables et accessibles et aider les familles à les utiliser, correctement. Bien que les informations concernant les sites qui réalisent les interventions communautaires soient limitées, on possède des données provenant des sites de trois programmes repris dans la revue de l'UNICEF (Lucas et al. 2005) qui montrent que leurs efforts ont contribué à une utilisation plus large des moustiquaires, mais la couverture est restée faible en Tanzanie et en Ouganda (figure 22.5).

Les projets ont tenté d'accroître les connaissances des familles sur l'efficacité des moustiquaires imprégnées d'insecticide pour réduire le paludisme et ont soutenu des stratégies pour les rendre plus disponibles, accessibles et abordables. Au Malawi, des travailleurs itinérants ont connu un franc succès en augmentant de 93% l'utilisation de moustiquaires par les enfants de moins de 5 ans. Les moustiquaires ont été promues au cours des journées nationales et locales pour la santé. Les conseillers ont montré

**Figure 22.5 Enfants âgés de 0–59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête dans trois programmes de l'ESARO avant et après l'intervention**



Source: Figure préparée par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a–f.

Note: ESARO = La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF.



aux membres des communautés comment les utiliser et les ré-imprégner et expliqué l'importance de les utiliser pour les jeunes enfants. Ils ont renforcé ces messages durant la formation du personnel des centres communautaires de la petite enfance et ont aidé les communautés à trouver les moyens d'acheter les moustiquaires en établissant des fonds renouvelables pour les médicaments. Les comités des villages ont placé la prévention du paludisme bien en évidence dans les plans de santé des villages.

Cependant, la disponibilité et le prix des moustiquaires et des packs d'insecticide restent un problème même là où des efforts intensifs ont été consentis. Au Malawi, une enquête a révélé que 77% des familles sans moustiquaires ont dit ne pas les avoir parce qu'elles n'avaient pas les moyens de les acheter (Malawi 2004).

### ***Soins à domicile pour les enfants malades***

Les trois règles capitale pour les familles qui soignent les enfants malades à domicile sont: les familles apportent des soins critiques à domicile pour leurs enfants malades de trois manières : (1) en continuant à nourrir et à donner plus de liquides, (2) en administrant les traitements appropriés pour chaque infections en particulier et (3) en emmenant leurs enfants consulter pour recevoir des soins médicaux lorsqu'il le faut.

Les pertes de liquides provoquées par la diarrhée, le vomissement et la fièvre doivent être remplacées par encore plus de liquides et plus fréquemment. On doit aussi s'efforcer de nourrir les enfants malades pour prévenir la malnutrition et les carences en micronutriments. L'anorexie et la léthargie étant fréquentes pendant la maladie, il faut savoir comment encourager les enfants à boire et à manger et connaître que leur donner, en quelle quantité et avec quelle fréquence. Après l'épisode de la maladie, l'enfant à besoin d'encouragement pour manger plus et rattraper la croissance perdue.

***Continuer à nourrir et donner plus de liquides***—La thérapie de réhydratation orale (TRO) consiste à donner plus de liquides aux enfants malades et à continuer à les nourrir pendant la maladie pour en limiter l'impact sur la nutrition. Suivant le modèle Lancet pour estimer les décès évitables, donner la TRO pour prévenir ou traiter la déshydratation tout en continuant l'alimentation pourrait empêcher la mort chaque année de 259,000 enfants en Afrique orientale et australe.

Les résultats de l'enquête dans 5 programmes qui offraient la TRO aux enfants souffrant de diarrhée sont mitigés (tableau 22.3). Plusieurs raisons

**Tableau 22.3 Pourvoyeurs de soins donnant de la nourriture et des liquides (TRO) pendant la diarrhée dans cinq sites de l'ESARO**  
(en pourcentages)

	Sites de mise en œuvre, Malawi <sup>a</sup>		District d'Uthukela, Afrique du Sud		District de Mkuranga, Tanzanie		District de Kasese, Ouganda		District de Ntungamo, Ouganda	
	Référence	Suivi	Référence	Suivi	Référence	Suivi	Référence	Suivi	Référence	Suivi
Enfants de moins de 5 ans avec diarrhée ayant reçu TRO à domicile (SRO ou LDD)	36 SRO	38 SRO	—	—	43	87	—	89	17	43
Enfants de 0-23 mois avec diarrhée ayant reçu même allaitement ou plus	63	53	—	—	27	—	—	59	56	36
Enfants de 6-59 mois avec diarrhée ayant reçu mêmes liquides offerts ou plus	39	76	31	26	31	—	59	61	51	58
Enfants de 6-59 mois avec diarrhée ayant reçu la même quantité ou plus d'aliments solides ou écrasés	8	47	33	44	—	—	34	57	51	37

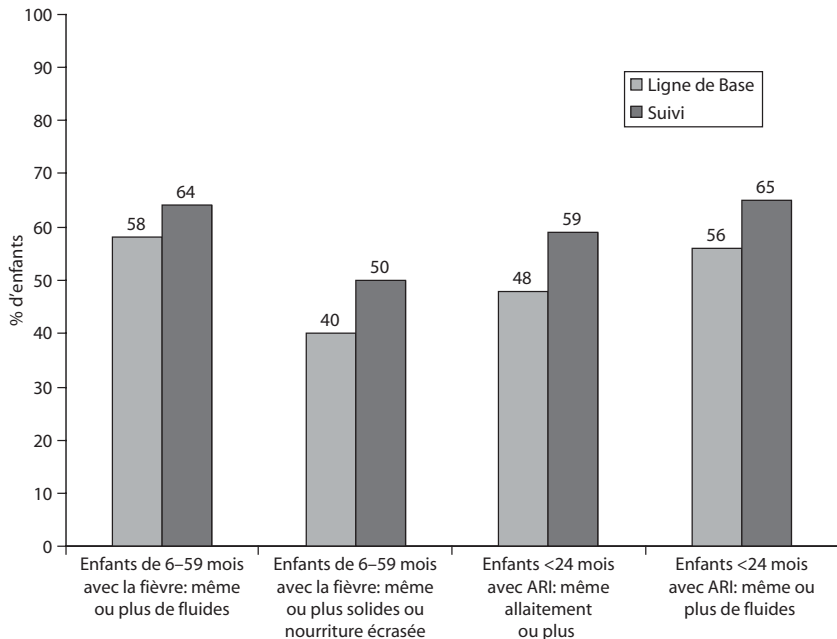
**Source:** Tableau préparé par les auteurs ; voir note de fin n° 2 pour les sources d'enquête pour a-f.

**Note:** ESARO= La région de l'Afrique orientale et australe de l'UNICEF, LDD= Liquide disponible à domicile, SRO=Sels de réhydratation orale, TRO= Thérapie de réhydratation orale, — = Pas disponible.

peuvent expliquer pourquoi les enfants mangent et boivent moins lorsqu'ils sont malades. Ou bien ils refusent de manger et de boire ou les pourvoyeurs de soins y renoncent pensant que cela ne peut qu'aggraver la quantité et la durée de la diarrhée aqueuse. Les enquêtes menées dans le district de Ntungamo en Ouganda après le lancement des interventions communautaires ont constaté des améliorations considérables suite à l'usage de la TRO chez les enfants souffrant de fièvre ou d'infection respiratoire aiguë (figure 22.6).

La prévalence de l'arrêt de l'alimentation, nourriture, lait maternel et liquides est élevée, 16 à 65% dans les pays en voie de développement (Hill, Kirkwood and Edmond 2004). Au Malawi, par exemple, les gens croient que « le lait gâté » de la mère malade provoque la maladie de l'enfant. Beaucoup de mères refusent d'allaiter davantage pendant une diarrhée, bien que des études aient prouvé que d'habitude les enfants ne

**Figure 22.6 Pourvoyeurs de soins donnant de la nourriture et des liquides (TRO) aux enfants lorsqu'ils ont de la fièvre et une infection respiratoire aiguë (IRA) dans le district de Ntungamo, en Ouganda, avant et après l'intervention**



Source: Figure préparée par les auteurs; Voir note de fin 2.f.

Note: TRO = Thérapie de réhydratation orale.

refusent pas de têter lorsqu'ils sont malades (Huffman and Combest 1990). Bien que certains progrès aient été faits, prévenir les décès dus à la déshydratation semble difficile car les pratiques sont influencées par des croyances culturelles et l'ignorance.

**Traitement des infections à domicile**—Le traitement rapide et correct à domicile des formes bénignes de paludisme, de pneumonie et d'autres infections, si ces maladies ne sont pas sévères, peut réduire la gravité de la maladie et sauver la vie des jeunes enfants malades. Pour administrer le traitement approprié à domicile il faut reconnaître très tôt la maladie, utiliser rapidement et correctement les médicaments appropriés en évitant les traitements ineffectifs et nocifs et amener rapidement l'enfant dans un centre de santé si la condition ne s'améliore pas. Suivant le modèle Lancet, pour le seul traitement du paludisme on pourrait prévenir plus de 152,000 décès infantiles chaque année en Afrique orientale et australe. Lorsque le traitement avec des antipaludéens n'est plus réservé à la clinique et passe dans la communauté et les ménages il devient directement accessible et peut être administré sans délai.

Seuls quelques exemples de traitement des infections à domicile ont été documentés dans la revue de la PIME à la fois avant et après l'intervention. Les données montrent, cependant, que le traitement à domicile s'est amélioré dans deux programmes. Au Malawi, la proportion d'enfants âgés de 6 à 59 mois traités à domicile contre la fièvre a augmenté de 72 à 78% et l'usage de sulphadoxine-pyriméthamine (SP) pour traiter la fièvre (paludisme) est passé de 18 à 27%. Chez les enfants de 0 à 23 mois souffrant de toux et de difficultés de respiration (pneumonie), la proportion d'enfants recevant un antibiotique à domicile était de 30% dans les sites de mise en œuvre contre seulement 14% dans les sites de contrôles. Dans le district du Kasese (Ouganda), la proportion d'enfants fiévreux traités à domicile a augmenté de 14 à 26%. Bien qu'il n'y ait pas de référence pour la comparaison, le résultat de l'enquête de suivi a montré que 10% d'enfants avec la fièvre étaient traités avec la SP et 43% d'enfants atteints de pneumonie recevaient des traitements aux antibiotiques à domicile.

Au Malawi, la mère de l'enfant est la personne qui d'habitude administre les médicaments à la maison et les principales sources de médicaments étaient les pharmacies ou les échoppes. Pour 16% d'enfants traités à domicile, les médicaments provenaient des centres de santé. Le travailleur social n'était mentionné que dans 3% des cas. Conseiller les pourvoyeurs de soins était important pour améliorer les traitements à

domicile sur les sites au Malawi et dans le district du Kasese (Ouganda). À Kasese, le traitement à domicile de la fièvre des jeunes enfants a augmenté de 14 à 26%, bien que le district ne fût pas du nombre des sites pilotes pour tester la distribution communautaire des médicaments antipaludéens.

**La recherche des soins**—Les maladies non traitées ou traitées tardivement sont la cause principale de la mortalité infantile. Quand un enfant est trop malade pour être traité à domicile par la famille, celle-ci doit reconnaître le sérieux de sa condition, chercher rapidement à le faire soigner et ne pas hésiter à s'adresser aux services d'urgence des centres médicaux. Les agents de santé qui peuvent dispenser des soins de qualité doivent agir efficacement avec des équipements et des stocks adéquats afin de sauver la vie d'enfants grièvement malades.

Lorsque la maladie se prolonge, ses manifestations évoluent; les parents reçoivent de nouvelles instructions et les contraintes changent. Les parents doivent donc prendre d'autres décisions pour rechercher des soins pendant la durée de la maladie de l'enfant. Un indicateur de mauvaise recherche des soins est le nombre d'enfants qui meurent chez eux, sans soins médicaux. Hill, Kirkwood, et Edmond (2004) citent huit études qui montrent que 7 à 72% d'enfants décédés n'avaient pas été emmenés dans un centre de santé. Dans les communautés où le volet communautaire est réalisé, au Malawi, 7% des ménages avec d'enfants de moins de 5 ans ont signalé au moins un enfant décédé dans les 12 mois précédant l'enquête de post-intervention. 60% des décès ont eu lieu à la maison et la moitié de ces décès étaient d'enfants qui n'avaient pas été amenés dans un centre de santé (Balyeku, Matinga and Bello, 2004).

Le but des interventions communautaires pour améliorer la recherche de soins est d'aider les personnes qui s'occupent d'enfants malades à domicile à répondre rapidement et correctement aux signes de maladie grave. La plupart des enquêtes ont recueilli des données sur les connaissances que les pourvoyeurs de soins avaient dans le domaine et sur les conditions qu'il fallait réunir pour comprendre le sérieux de la condition de l'enfant et l'emmener pour le faire soigner.

Bien que les enquêtes aient posé des questions différentes, tous les programmes ont constaté des améliorations—parfois 4 fois plus—de la connaissance des signes de danger qui nécessitent l'envoi immédiat au centre de santé. Par exemple, dans le district d'Uthukela (Afrique du Sud), la proportion de ceux qui pouvaient énumérer au moins deux signes généraux de danger a augmenté de 28 à 63. Dans le district de

Ntungamo (Ouganda), l'identification du sang dans les selles comme avertissement a augmenté de 18 à 79 . Dans les sites du Malawi, l'identification du signe de tout vomir a augmenté de 19 à 37 et dans le district de Kasese (Ouganda), de 13 à 32%. Au Malawi le pourcentage des mères qui ont identifié qu'un enfant incapable de boire ou de téter est un signe de danger, était de 15% lors de la pré- et de 48% lors de la post-intervention et dans le district de Kasese, 12% en pré- et 33% en post-intervention. La proportion de pourvoyeurs de soins qui identifiaient les convulsions comme signe de danger a augmenté de 20 à 70% dans le district de Ntungamo. La proportion de ceux qui identifiaient la faiblesse comme signe de danger a augmenté dans les sites du Malawi de 41 à 67% et dans le district de Ntungamo (Ouganda), de 49 à 79%. Les signes plus compliqués de la déshydratation, comme les yeux enfoncés dans les orbites sont difficiles à enseigner, mais les efforts dans le district de Ntungamo ont entraîné des améliorations remarquables allant de 30 à 75% après les interventions.

En général, les interventions communautaires doivent venir renforcer les conseils donnés dans les centres de santé aux pourvoyeurs de soins sur les signes de danger des maladies infantiles car l'identification de la gravité de la maladie est une condition préalable pour que les familles prennent les mesures d'urgence nécessaires. Mais même lorsqu'elles reconnaissent les signes de danger, les familles peuvent avoir des raisons de ne pas rechercher des soins pour leurs enfants malades. Au Malawi, par exemple, les retards peuvent souvent être attribués aux croyances locales. Avant le projet, 43% des pourvoyeurs de soins croyaient que certaines conditions ne devaient pas être traitées dans des centres de santé mais relevaient plutôt du guérisseur traditionnel. Malheureusement, il s'agissait de conditions très dangereuses pour la vie, le paludisme ou la fièvre (28% des décès infantiles), la diarrhée (24%), la pneumonie (17%) et les convulsions (9%). Bien que la proportion de ceux qui avaient ces croyances ait diminué de 34% après l'intervention, les croyances ont probablement continué d'influencer les décisions (Balyeku, Matinga and Bello 2004).

Malheureusement les enquêtes ont peu de données sur les réactions des pourvoyeurs de soins lorsqu'ils ont identifié les signes et la gravité de la maladie de l'enfant. Au Malawi et dans le district de Ntungamo (Ouganda) on a demandé aux pourvoyeurs de soins ce qu'ils feraient si un enfant toussait et avait du mal à respirer. Au Malawi, avant l'intervention, 31% des pourvoyeurs de soins ont dit qu'ils emmèneraient l'enfant

aux soins. Après l'intervention, cette réponse a atteint 71%. Dans le district de Ntungamo (Ouganda), après l'intervention 33% des pourvoyeurs de soins ont dit qu'ils chercheraient des soins pour un enfant qui tousse et qui a du mal à respirer. Ces résultats suggèrent que les interventions ont aidé les familles non seulement à identifier les signes de danger mais aussi à reconnaître que certains signes, tels que la respiration difficile, exigent des soins médicaux immédiats.

L'opinion des familles sur les services de santé à leur disposition peut également contribuer à retarder la recherche de soins. Au Malawi, par exemple, les familles qui tardaient à chercher des soins étaient encore moins enclines à utiliser un centre de santé après que les interventions communautaires aient tenté d'améliorer la situation (tableau 22.4). À la question de savoir comment on pouvait améliorer la qualité des services, les pourvoyeurs de soins ont souhaité voir des améliorations au niveau des stocks de médicaments (74%), de l'atmosphère—c'est-à-dire plus amicale et respectueuse et avec un temps d'attente minimal (61%)—de la propreté générale (18%) et des instructions appropriées et faciles à suivre (17%).

Ces résultats indiquent que les efforts communautaires pour encourager les familles à rechercher des soins pour leurs enfants malades ne pourront avoir un plein effet si les centres de services et leur accès ne s'améliorent pas. C'est la raison pour laquelle il est recommandé que les interventions communautaires dans la stratégie de PIME s'accompagnent d'améliorations concomitantes de la formation des professionnels de santé, de la supervision, de la communication avec les clients et de l'approvisionnement en médicaments.

**Tableau 22.4 Raisons données par les pourvoyeurs de soins pour expliquer le retard du recours aux soins pour les enfants malades dans les sites de mise en œuvre au Malawi**  
(pourcentage)

<i>Raison indiquée</i>	<i>Sites de mise en œuvre au Malawi</i>	
	<i>Référence</i>	<i>Suivi</i>
Manque de médicaments	22	50
Longue distance	14	36
Qualité des soins insuffisants	13	33
Coût financier	8	31

*Source:* Tableau préparé par les auteurs ; voir la note finale 2.a. pour la source de l'enquête.

## **Coordination d'une enveloppe d'interventions pour une plus grande efficacité**

Comme nous venons de le voir, les enquêtes de référence et de suivi dans les 5 programmes d'Afrique orientale et australe ont constaté des améliorations dans de nombreuses pratiques familiales individuelles clés promues par la composante foyer et communauté de la stratégie de la PIME. La stratégie est très complète et se concentre sur les causes principales de décès infantiles et du faible développement dans les pays en voie de développement plutôt que sur une ou deux causes précises. La PIME est une stratégie intégrée parce qu'un enfant peut être vulnérable à plusieurs conditions qui mettent sa vie en danger (Victoria et al. 2004). Dans les milieux pauvres, sauver un enfant d'une condition ne l'empêche pas de mourir d'autre chose. C'est pourquoi la stratégie de la PIME combine des interventions de gestion et de prévention pour des conditions multiples pour chaque enfant et à chaque contact de celui-ci et de sa famille avec une intervention communautaire aussi bien qu'avec le système de santé.

L'efficacité devrait augmenter en coordonnant les interventions. Actuellement, par exemple, les suppléments de vitamine A sont distribués lors des immunisations, ce qui réduit la logistique et d'autres coûts. Les interventions visant à promouvoir un ensemble de pratiques familiales clés sont aussi plus rentables que les programmes qui visent les comportements un par un. Il y a de réelles économies à faire en aidant une mère à allaiter son enfant et, en même temps, en lui apprenant comment améliorer son hygiène personnelle, comment utiliser les moustiquaires imprégnées d'insecticide, introduire l'alimentation complémentaire, utiliser le TRO et à l'aider à reconnaître quand son nourrisson doit aller au centre de soins. Toutes ces interventions font l'objet des interventions communautaires dans la stratégie de PIME.

Offrir un train d'interventions coordonnées les rend également plus efficaces et solides. Un train de mesures est utile, par exemple, pour réduire les occasions manquées. Lorsque les enfants sont pesés, les travailleurs sociaux peuvent également s'assurer que l'enfant est immunisé ou reconnaître quand un enfant malade a besoin d'aller voir un médecin dans un centre de soins.

La combinaison des interventions peut également aboutir à une meilleure réduction du nombre de décès. Le modèle Lancet montre que plusieurs interventions, principalement celles liées à l'amélioration de la nutrition (allaitement, alimentation complémentaire et micronutriments), permettent de prévenir le décès pour causes multiples d'enfants de moins de 5 ans. L'allaitement et l'amélioration de l'alimentation complémentaire



réduisent le nombre de décès dus à la diarrhée et à la pneumonie aussi bien que ceux causés par la rougeole et le paludisme. Les micronutriments de la vitamine A et du zinc peuvent aussi prévenir un certain nombre de décès dus à des causes multiples. De telles interventions contre les causes multiples de décès sont particulièrement efficaces dans un train d'interventions communautaires.

Même en l'absence d'évaluations de leur impact sur la mortalité infantile et le développement, des améliorations importantes des pratiques familiales spécifiques clés ont vraisemblablement réduit le taux de la mortalité infantile et amélioré la croissance et le développement de nombreux jeunes enfants sur les sites d'enquête. Les données suggèrent que l'intégration de plusieurs interventions dans chacune des communautés a entraîné des améliorations de nombreuses pratiques, chacune assurant une protection plus étendue aux enfants.

Le tableau 22.5 récapitule les changements des pratiques familiales dans les sites d'intervention. Ce sommaire inclut les pratiques dont le modèle Lancet estime qu'elles peuvent avoir le plus grand impact sur la prévention des décès infantiles. Quand rechercher des soins a été également inclus car ceci se répercute sur l'issue de plusieurs maladies d'enfance. Le tableau fournit également une estimation suivant le modèle Lancet du nombre potentiel de décès infantiles qui pourraient être prévenus en Afrique orientale et australe par une couverture importante de chacune de ces pratiques.

Bien que l'ensemble des données ne soit pas complet, les enquêtes indiquent qu'au moins huit pratiques susceptibles de sauver le plus grand nombre de vies semblent avoir été améliorées dans les sites du Malawi. Dans le district de Kasese, six pratiques importantes ont été améliorées ; dans les districts d'Uthukela, Mkuranga et Ntungamo, cinq pratiques. Le projet de nutrition et de DPE a permis des améliorations dans trois des quatre pratiques importantes de l'enquête.

On ne comprend pas pourquoi certaines pratiques peuvent être modifiées dans tous les sites et d'autres pas. Comme la discussion l'a indiqué, les différences dans les interventions ou la qualité des prestations peuvent être en cause. Dans certains cas, il était peut-être difficile de mesurer les changements. Néanmoins, il est établi que chacune de ces pratiques de soins, dont on sait qu'elles sont essentielles pour réduire la mortalité infantile, a été améliorée dans la plupart des sites où les pratiques ont été mesurées. Même les pratiques qui sont relativement difficiles à améliorer, comme l'allaitement et l'alimentation complémentaire, qui requièrent des contacts multiples avec les familles, ont été améliorées. Cependant, lorsqu'il s'agit des pratiques communautaires les améliorations ont été

**Tableau 22.5 Changements dans les pratiques rapportées qui sont susceptibles d'avoir les impacts les plus importants sur la prévention des décès infantiles**

Pratique	Estimation des décès évitables par une couverture entière simple à travers l'ESARO		Sites de mise en œuvre, Malawi	District d'Uthukela Afrique du Sud	District de Mkuranga Tanzanie	Nutrition et Projet DPE, Ouganda	District de Kasese Ouganda	District de Ntungamo, Ouganda
	%*	Nombre *						
Prévention								
Allaitement	13	223,000	↑	↑	—	↑	↑	×
Moustiquaires imprégnées d'insecticide et autres matériels	12	220,000	↑	s.o (pas une zone de paludisme)	↑	—	↓	↑
Alimentation complémentaire	7	126,000	↑	↑	—	↑	↑	↑
Vitamine A	3	58,000	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Eau, sanitaires, hygiène	3	51,000	×	—	↑	→	×	↑
Vaccin contre la rougeole	1	25,000	↑	↓	↑	—	↓	↓
<b>Traitement</b>								
Thérapie de réhydratation orale	14	259,000	↑	↑	↑	—	↑	×
Antipaludiques	8	152,000	↑1	-	-	—	↑	—
<b>Connaissances pour aller consulter</b>								
Connaissances des signes de danger	—	—	↑	↑	—	—	↑	↑

**Source :** résumé des auteurs (confirmé par le comité d'experts) basé sur les données présentées dans ce chapitre.

**Note :** ↑ Amélioration, → peu ou pas de changement, ↓ détérioration, X résultats mixtes, — pas de données, s.o. sans objet.

ESAR = Région d'Afrique orientale et australe (UNICEF). \* Arrondi au pourcentage ou au millier le plus proche.

plus timides, dans les immunisations par exemple' qui doivent recevoir l'appui du système de santé pour satisfaire à la demande croissante des services communautaires.

## Conclusion

Les données rassemblées ici démontrent que le volet foyer et communauté de la stratégie de PIME améliore les connaissances, les attitudes et les pratiques familiales et communautaires qui se répercutent sur la survie d'enfants, leur santé et leur développement.

La revue constate que 18 pays d'Afrique orientale et australe mettent en place cette la composante. Ces pays emploient diverses méthodes pour améliorer les pratiques familiales de soins et renforcer la capacité des communautés à améliorer les conditions qui affectent la santé de leurs enfants.

Même en l'absence d'évaluations d'impact, des recherches substantielles montrent que des améliorations importantes de ces comportements particuliers peuvent réduire la mortalité infantile et améliorer la croissance et le développement de nombreux enfants dans les sites étudiés. L'évidence suggère également qu'en intégrant plusieurs interventions dans chaque communauté, on peut améliorer plusieurs pratiques, chacune ajoutant un peu plus de protection aux enfants.

Il reste à porter à la puissance supérieure des interventions connues. Suivant le modèle Lancet pour l'estimation des décès évitables, étendre la réalisation d'un enveloppe d'interventions disponibles pour renforcer les pratiques familiales de soins pourrait prévenir plus de 7 millions de décès d'enfants de moins de 5 ans d'ici 2015 dans la région de l'Afrique orientale et australe. Ceci permettrait d'atteindre l'objectif du Millénum pour le développement qui est de réduire de deux tiers le taux de mortalité d'enfants de moins de 5 ans dans la région. Il est inutile d'attendre de nouvelles preuves ou de nouvelles technologies pour accélérer les efforts en ce sens.

## Notes

1. Ce chapitre rapporte certains résultats de la revue des interventions dans les ménages et les communautés faite par l'UNICEF (Lucas et al. 2005). Voir le rapport original de l'UNICEF pour une description plus détaillée des activités du programme, une revue de la littérature sur les pratiques familiales, un modèle pour estimer les décès évitables, les résultats de l'enquête et les recommandations pour maintenant aller de l'avant. Le Département pour le

Développement International (DFID) du Royaume-Uni a soutenu cette revue dans le projet intitulé *Renforcer les programmes fondés sur les droits de l'homme de l'UNICEF (Projet secondaire 5)*

2. Les lettres de référence sur les figures 22.1-22.6 et les tableaux 22.2–22.5 se reportent aux sources suivantes de l'enquête. Les sources sont citées entièrement dans Lucas et al. (2005).

a) Sites au Malawi

Ligne de référence : L'enquête de référence des ménages portant sur les pratiques clés de soins dans les districts sélectionnés au Malawi, décembre 2000, complétée par l'Enquête démographique et de santé (EDS), 2000 ; enquête de référence sur le DPE, 2003.

Suivi : Balyeku, Matinga, et Bello (2004).

b) Afrique du Sud : Projet de la survie d'enfants du district d'Uthukela.

Ligne de référence et suivi: World Vision South Africa, rapport final d'évaluation, mai 2004

c) Tanzanie : Projet de la survie d'enfants du district de Mkuranga.

Ligne de référence: Enquête AMREF, janvier 2003.

Suivi : Journée de santé du village et les données mensuelles des ménages provenant des personnes ressource des de la communauté (CORP), 2004.

d) Ouganda : Projet de la nutrition et de DPE (NDPE)

Ligne de référence : État d'enfants du monde de l'UNICEF (1998) ; NDPE du ministère de la Santé, ligne de référence, novembre 2003.

Suivi : Ré-enquête pour le rapport final du projet NDPE, août 2003 ; Alderman et al. version préliminaire de rapport, novembre 2003.

e) Ouganda : District de Kasese

Ligne de référence : Étude de la ligne de référence de la zone de Kasese, 2001.

Suivi : Pratiques familiales de soins en Ouganda, 2003.

f) Ouganda : District de Ntungamo

Ligne de référence : rapport du service de santé du district de Ntungamo, 1999 ; rapport de la ligne de référence de l'enquête, février 2000 ; enquête EDS, mai 2000 ; Africare/UNICEF/Gouvernement de l'Ouganda, rapport d'enquête de la ligne de référence, 2001.

Suivi : Étude à mi-parcours de l'évaluation du KPC, ministère de la Santé, pratiques familiales de soins en Ouganda, 2003.

## Références

Alderman, H., P. Britto, P. Engle, and A. Siddiqi. 2003. "Evaluation of Uganda Nutrition and Early Child Development Project." Draft report. World Bank, Washington, DC.

- Anderson, J. W., B. M. Johnstone, and D. T. Remley. 1999. "Breastfeeding and Cognitive Development: A Meta-Analysis." *American Journal of Clinical Nutrition* 70: 525–35.
- Armstrong Schellenberg, J. R., T. Adam, H. Mshinda, H. Masanja, G. Kabadi, O. Mukasa., T. John, S. Charles, R. Nathan, and K. Wilczynska. 2004. "Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania." *The Lancet* 364: 1583–94
- Balyeku, A., P. Matinga, and G. Bello. 2004. "Follow-Up Survey Report: Family Care Practices that Promote Child Health, Nutrition, and Development." Malawi Country Report. Government of Malawi and UNICEF, Lilongwe.
- Caulfield, L. E., M. de Onis, M. Blössner, and R. E. Black. 2004. "Under nutrition as an Underlying Cause of Child Deaths Associated with Diarrhea, Pneumonia, Malaria, and Measles." *American Journal of Clinical Nutrition* 80: 193–98.
- Coutsoudis, A., K. Pillay, E. Spooner, L. Kuhn, and H. M. Coovadia. 1999. "Influence of Infant-Feeding Patterns on Early Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A Prospective Cohort Study. South African Vitamin A Study Group." *The Lancet* 354: 288–93.
- el Arifeen, S. E., L. S. Blum, D. M. E. Hoque, E. K. Chowdhury, R. Khan, R. E. Black, C. Victoria, and J. Bryce. 2004. "Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: Early Findings from a Cluster-Randomized Study." *The Lancet* 364: 1595–602.
- Esrey, S. A., J. B. Potash, L. Roberts, and C. Shiff. 1991. "Effects of Improved Water Supply and Sanitation on Ascariasis, Diarrhea, Dracunculiasis, Hookworm Infection, Schistosomiasis, and Trachoma." *Bulletin of the World Health Organization* 69: 609–21.
- Hill, Z., B. Kirkwood, and K. Edmond. 2004. *Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth, and Development: A Review of the Evidence*. Geneva: World Health Organization.
- Huffman, S. L., and C. Combest. 1990. "Role of Breastfeeding in the Prevention and Treatment of Diarrhea." *Journal of Diarrheal Disease Research* 8: 68–81.
- Jones, G., R.W. Steketee, R. E. Black, Z. A. Bhutta, S. S. Morris, and the Bellagio Child Study Group. 2003. "How Many Deaths Can We Prevent This Year?" *The Lancet* 362: 65–71.
- Lengler, C. 2001. *Insecticide-Treated Bed nets and Curtains for Preventing Malaria*. Oxford: The Cochrane Library.
- Lucas, J. E., J. Jitta, G. Jones, and K. Wilczynska-Ketende. 2005. *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR)*. New York and Nairobi: UNICEF.
- Martorell, R. 1997. "Under nutrition during Pregnancy and Early Childhood: Consequences for Cognitive and Behavioral Development." In *Early Child*

- Development: Investing in Our Children's Future*, ed. M. E. Young, 39–83. Amsterdam: Elsevier.
- Malawi. Ministry of Health. 2004. "Follow-up Report on Family Care Practices that Promote Child Health, Nutrition, and Development." Novembre.
- Schellenberg, J. R., S. Abdulla, R. Nathan, O. Mukasa, T. J. Marchant, N. Kikumbih, A. Mushi, H. Mponda, H. Minja, and H. Mshinda. 2001. "Effect of Large-Scale Social Marketing of Insecticide-Treated Nets on Child Survival in Rural Tanzania." *The Lancet* 357: 1241–47.
- Tanzania and USAID (U.S. Agency for International Development). 2006. *Tanzania FY06 Country Action Plan*. Dar es Salaam: Government of the Republic of Tanzania and USAID.
- Uauy, R., and I. De Andraca. 1995. "Human Milk and Breastfeeding for Optimal Mental Development." *Journal of Nutrition* 125 (Supplement 8): S1178–280.
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2004. *The State of the World's Children 2005*. New York: UNICEF.
- Victoria, C. G., K. Hanson, J. Bryce, and J. P. Vaughan. 2004. "Achieving Universal Coverage with Health Interventions." *The Lancet* 364: 1541–48.
- WHO (World Health Organization). 1997. *Health and Environment in Sustainable Development: Five Years after the Earth Summit*. Geneva: WHO.
- . 2001. *The WHO Global Data Bank on Breastfeeding and Complementary Feeding*. Accès en ligne 28 Août, 2006, [http://www.who.int/nutrition/databases/infant\\_feeding/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/databases/infant_feeding/en/index.html).
- . Collaborative Study Team. 2000. "Effect of Breastfeeding on Infant and Child Mortality Due to Infectious Diseases in Less Developed Countries: A Pooled Analysis." *The Lancet* 355: 1104.
- WHO and UNICEF. 1990. *The Innocenti Declaration on the Protection, Promotion, and Support of Breastfeeding*. Florence: Innocenti Center.
- World Bank. 2001. *Immunization at a Glance*. Washington, DC: World Bank

**SECTION 6**

**Les défis et comment les faire face**





## CHAPITRE 23

# Les programmes de la petite enfance sont-ils financièrement viables en Afrique ?

**Adriana Jaramillo et Alain Mingat**

La recherche en Afrique et ailleurs suggère que l'éducation préscolaire a des impacts positifs sur les résultats scolaires au niveau primaire (voir le chapitre 3). En soi, ceci ne suffit pas pour justifier le financement par l'État des activités préscolaires. Dans un monde qui manque de ressources, les gouvernements doivent considérer la viabilité financière—l'importance des coûts et des ressources du DPE pour décider la politique pour leur réalisation. Dans ce chapitre<sup>1</sup> nous examinerons la viabilité financière des programmes préscolaires en comparant les coûts d'un centre préscolaire à ceux de l'école primaire et les coûts des établissements préscolaires formels à ceux des programmes de DPE communautaires, et nous discuterons des moyens dont disposent les gouvernements pour allouer des ressources aux activités préscolaires.

### **Considération des coûts**

Pour la viabilité financière, il faut considérer trois aspects complémentaires : (1) les priorités et la concurrence d'autres demandes qui se disputent les budgets du gouvernement et les contributions des donateurs, (2) la rentabilité et le rapport entre la dépense et les profits attendus et (3) les

différences de coûts entre divers modes de prestation. Sous l'étiquette commune d'éducation préscolaire, par exemple, on peut trouver des activités dont le but, la réalisation et le contenu seraient différents par le but, le mode de mise en œuvre et le contenu. Ajoutons encore que le coût des éléments de programmes similaires peut varier d'un pays à l'autre.

### ***Priorités et la concurrence entre les diverses demandes***

Le cadre indicatif de l'initiative de mise en route accélérée de *l'Éducation pour tous* (FTI) <sup>2</sup> suggère que 50% des dépenses gouvernementales récurrentes pour l'éducation soient assignées au cycle primaire. Si on accepte ce postulat, la proportion est acceptée comme repère, il reste donc 50% du budget pour financer tous les autres niveaux (le préscolaire, le secondaire inférieur et supérieur de l'enseignement général, l'enseignement technique, et l'enseignement supérieur). Alors que des arguments convaincants peuvent être avancés pour justifier l'allocation de ressources plus importantes à l'éducation préscolaire, les autres ne manquent pas d'arguments tout aussi irréfutables. On pourrait suggérer de trouver un financement externe pour compléter les allocations publiques nationales pour l'éducation préscolaire, mais le même argument se tient pour les besoins d'autres secteurs. En outre, les financements extérieurs sont rares et la communauté des donateurs ayant accordé la priorité à l'éducation primaire universelle, il est fort probable que c'est l'éducation primaire qui se taillera la part du lion dans le financement des bailleurs de fonds. Comment, alors, trouver un financement adéquat durable pour l'éducation préscolaire ?

Concernant la pérennité financière, la question essentielle est la suivante: les avantages de l'éducation préscolaire sont-ils supérieurs à son coût ? Pour répondre, il faut une évaluation des coûts et des bénéfices, donc il faut entreprendre des études approfondies pour recueillir les données nécessaires et procéder à l'analyse. Jaramillo et Tietjen (2001) ont réalisé une telle étude au Cap Vert et en Guinée. Alors qu'une analyse coûts-bénéfices détaillée des programmes préscolaires en Afrique va bien au-delà de la portée de ce chapitre, il est possible par contre de comparer les programmes préscolaires formels et les programmes communautaires de DPE. Toutefois, il est utile de comparer d'abord les coûts des établissements préscolaires et des écoles primaires.

### ***La rentabilité préscolaire en relation avec l'école primaire***

Le tableau 23.1 présente des données sur les coûts unitaires des établissements préscolaires et des écoles primaires publiques dans quatre pays (Bénin, Cameroun, Côte d'Ivoire et Niger).

**Tableau 23.1 Données sélectionnées sur le coût de l'éducation préscolaire et de l'éducation primaire publique dans quatre pays**

	PIB par habitant (CFAF 000)	Coût unitaire					Rapport élève-enseignant			
		CFAF		PIB par habitant		Préscolaire/ Primaire (a)	Préscolaire/ Primaire (b)			Proportion a/b
		Préscolaire	Primaire	Préscolaire	Primaire		Préscolaire	Primaire	Primaire (b)	
Bénin, 1998	227	33,200	27,600	0.146	0.121	1.20	28	53	1.89	0.635
Cameroun, 1998	363	50,000	26,000	0.138	0.072	1.92	23	56	2.43	0.790
Côte d'Ivoire, 2000	464	107,300	49,055	0.217	0.106	2.05	23	43	1.87	1.098
Niger, 1998	105	63,779	36,972	0.608	0.352	1.73	20	39	1.95	0.885
<b>Moyenne des 4 pays</b>	—	—	—	<b>0.236</b>	<b>0.139</b>	<b>1.70</b>	<b>23.5</b>	<b>47.8</b>	<b>2.03</b>	<b>0.838</b>
Afrique subsaharienne	—	—	—	0.170	0.129	1.37	27.2	44.6	1.64	0.838

Source: Bruns, Mingat, et Rakotomalala (2003).

Note: — = pas disponible

De ce petit échantillon, il ressort que les dépenses publiques pour l'éducation préscolaire peuvent être relativement élevées. Il y a des différences entre ces pays, mais dans chacun d'eux, l'éducation préscolaire est généralement plus coûteuse par élève que l'éducation primaire. En moyenne, le prix de revient unitaire de l'éducation préscolaire est de 0,236 fois le produit intérieur brut (PIB) par habitant. Ce coût excède le coût de l'éducation primaire qui, dans cet échantillon, est de 0,139 fois le PIB par habitant donc 70% plus coûteuse. Les auteurs sont peu enclins à utiliser ces chiffres comme estimation pour l'Afrique subsaharienne parce que ces pays ne sont probablement pas représentatifs de la région tout entière. D'autres sources (Bruns, Mingat, and Rakotomalala 2003), établissent le coût unitaire moyen de l'éducation primaire dans les pays Sub-sahariens à faibles revenus à 12,9 pourcent du PIB par habitant alors qu'il est estimé à 13,9 pour cent dans l'exemple des quatre pays.

Le tableau 23.1 montre aussi le rapport élève-enseignant (REE) dans l'éducation primaire et préscolaire dans notre échantillon et dans la région entière (Bruns, Mingat, and Rakotomalala 2003). Dans l'échantillon, le REE est de 23,5% dans l'éducation préscolaire et 47,8% dans l'éducation primaire, tandis que les chiffres correspondants pour la région sont de 27,2% et 44,6%. Ceci signifie que même si notre échantillon s'écarte des chiffres moyens de la région, le schéma est relativement similaire. Dans l'échantillon de quatre pays, le rapport des prix unitaires de l'enseignement primaire et préscolaire (1,7) est inférieur à celui du REE (2,0), ce qui implique que le corps enseignant est en moyenne moins payé dans l'éducation préscolaire que dans l'enseignement primaire (ou que les entrées non salariales sont moins importantes dans l'éducation préscolaire que dans le primaire). Si on donne plus d'importance à l'argument salarial, les données indiquent que, en moyenne, les salaires des enseignants de l'éducation préscolaire représentent environ 81% de ceux de l'enseignement primaire.

Pour évaluer le rapport du coût unitaire de l'enseignement primaire et préscolaire en Afrique subsaharienne, nous avons utilisé ce dernier chiffre (0,81) et calibré à nouveau le rapport trouvé dans notre échantillon. On a suivi le rapport du REE dans l'enseignement primaire et préscolaire dans l'échantillon et dans la région. Ce calcul a abouti à un rapport de 1,37 entre le coût unitaire dans l'enseignement primaire et préscolaire, ce qui signifie que le coût unitaire moyen dans l'enseignement préscolaire pourrait représenter environ 0,17 de l'unité du PIB par habitant. Ce chiffre est obtenu en

pondérant le pourcentage des enseignants du préscolaire avec les chiffres connus pour les enseignants du primaire. Il est possible que, comme dans l'échantillon, il existe des variations substantielles d'un pays à l'autre, dépendant du niveau de rémunération du personnel et de la façon dont les services sont organisés (par exemple, le REE varie entre 15 et 47).

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'enseignement préscolaire, il est possible de distinguer entre les bénéficiaires qui surviennent durant l'enseignement préscolaire même et ceux qui apparaissent plus tard. Nous avons vu que lorsque les enfants vont dans un établissement préscolaire les femmes ont plus de liberté et peuvent entreprendre des activités productives et il est fort probable que les filles dont les petits frères et sœurs ont accès à l'éducation préscolaire soient inscrites à l'école primaire. À titre d'exemple, des bénéficiaires associés au gain de temps pour les femmes et les filles que l'on peut associer à l'enseignement préscolaire, Lokshin, Glinskaya et Garcia (2000) ont montré qu'au Kenya les programmes de développement de la petite enfance (DPE) qui ciblent les familles pauvres ont permis d'augmenter les inscriptions des filles plus âgées à l'école primaire ainsi que le nombre de mères qui travaillent, en augmentent ainsi le revenu de la famille.

En ce qui concerne les bénéficiaires à long terme, on peut espérer que les enfants qui sont passés par l'éducation préscolaire sont mieux préparés à l'école primaire (voir chapitre 3). Par conséquent, ils sont moins susceptibles de redoubler et d'abandonner l'école avant la fin du cycle. En ce qui concerne l'impact de l'éducation préscolaire sur l'amélioration du flux des élèves dans l'éducation primaire, l'analyse doit tenir compte plusieurs éléments. À partir des estimations présentées dans le tableau 23.2, nous avons le sentiment qu'une couverture préscolaire de 50% (qui représente environ le coût de deux ans d'étude pour la moitié de la population écolière, soit l'équivalent de un an au niveau préscolaire) pourrait entraîner une diminution de 6,2 points de pourcentage du taux de redoublement (de 20,4 à 14,2%) dans l'éducation primaire et un gain de 15,9 points de pourcentage dans le taux de rétention (de 65,3 à 81,2%). Ces améliorations du flux d'élèves peuvent être renforcées par un gain de 20% dans l'efficacité des ressources utilisées pour l'éducation primaire (le nombre d'années d'études efficacement utilisées par rapport au nombre d'années d'études nécessaires pour produire le même résultat sans redoublement ni abandon). Partant du principe que 20% d'un cycle de six ans équivaut à un gain de 1,2 ans et étant donné qu'on estime le coût unitaire de

**Tableau 23.2 Simulation du taux de survie jusqu'en CM1 et le taux de redoublement suivant une couverture de l'éducation préscolaire dans 24 pays subsahariens**

<i>TBS préscolaire (%)</i>	0	10	20	30	40	50	60
<b>Taux de redoublement (%)</b>							
Tous les pays d'Afrique	20,4	19,2	17,9	16,7	15,5	14,2	13,0
Pays francophones	22,7	21,5	20,3	19,0	17,8	16,6	15,3
Pays anglophones	15,3	14,0	12,8	11,6	10,4	9,1	7,9
<b>Taux de survie jusqu'en CM1 (%)</b>							
Effet total	65,3	68,5	71,6	74,8	78,0	81,2	84,3
Effet indirect	65,3	67,4	69,5	71,6	73,7	75,8	77,8
Effet direct	65,3	66,4	67,5	68,5	69,6	70,7	71,8

*Source:* Calculs des auteurs.

*Note:* TBS= Taux brut de scolarisation.

l'éducation préscolaire en moyenne à 1,37 fois celui de l'enseignement primaire, on peut conclure que le coût de l'éducation préscolaire peut être compensé à hauteur de 87% par les bénéfices auxquels on peut s'attendre à réaliser dans l'enseignement primaire.

Si nous voulons être optimistes, sans même considérer l'aspect sur les bénéfices de l'équation, on peut conclure que la plupart des dépenses publiques dans l'éducation préscolaire peuvent être récupérées par des gains d'efficacité dans l'enseignement primaire. D'autres bénéfices (en particulier au cours de l'éducation préscolaire) ne doivent pas être trop importants pour que les dépenses en faveur de l'éducation préscolaire atteignent un équilibre acceptable entre les coûts et les bénéfices.

Parce que nous sommes pragmatiques et concrets, nous voulons souligner que ces calculs sont basés à la fois sur des chiffres moyens et sur un mode de prestation de services préscolaires qui n'est probablement pas le plus efficace. Clairement, il existe beaucoup de manières différentes de mettre en place les activités préscolaires—que ce soit au niveau des objectifs, du contenu ou de l'ampleur des contributions par enfant. Par conséquent, il n'est pas entièrement convaincant de baser l'évaluation sur un mélange de modes de prestation, dont certains sont inefficaces.

Si nous pouvions identifier les moyens les plus efficaces de mettre en place un système préscolaire, nous pourrions supposer que ce sont eux qui donneraient le meilleur rapport possible entre coûts et bénéfices. Les résultats obtenus militent en faveur de la poursuite de la recherche de l'efficacité dans l'éducation *préscolaire*. Une analyse minutieuse mérite

d'être poursuivie car la justification d'un investissement public dans l'éducation préscolaire repose probablement sur la capacité d'un gouvernement de trouver un système plus efficace que celui qui existe actuellement.

### ***Les coûts respectifs de l'éducation préscolaire formelle et des programmes communautaires de DPE<sup>3</sup>***

Les arguments cités plus tôt ici même et dans d'autres chapitres de ce livre soutiennent le développement d'activités de DPE dans les pays africains, à condition qu'elles soient organisées efficacement. Nous l'avons déjà dit, il existe plusieurs façons de mettre en place les activités de DPE. La gamme d'options est relativement large et varie sur différents aspects: le contenu, le statut et le financement institutionnels, le coût unitaire et l'ensemble des contributions. Même dans un seul modèle, les établissements préscolaires publics, on peut organiser la prestation différemment, entraînant ainsi des coûts unitaires tout à fait différents. En Afrique subsaharienne, par exemple, le rapport élève-enseignant varie entre 1 à 15 et 1 à 47. (Toutes choses étant égales, le coût par élève est trois fois plus élevé dans le premier cas que dans le second). Dans l'échantillon des quatre pays analysés dans le tableau 23.1, le coût unitaire préscolaire (exprimé comme une proportion du PIB par habitant) est quatre fois plus grand au Niger (0,608) qu'au Bénin ou au Cameroun (0,146 et 0,138, respectivement).

Évidemment, l'ampleur de la variation est beaucoup plus grande si on compare les coûts des établissements préscolaires formels (caractérisés par des bâtiments construits à cet effet, des employés fonctionnaires préalablement formés, des équipements et fournitures adéquats) aux coûts des établissements préscolaires véritablement communautaires (caractérisés par des bâtiments de fortune, des enseignants ou pourvoyeurs de soins locaux formés sur le tas, bien moins d'équipements et de fournitures). Le coût par élève dans un système communautaire est évidemment moins élevé que dans un milieu formel. Le niveau des dépenses publiques par élève est généralement moins élevé dans les programmes communautaires de DPE que dans les établissements préscolaires publics. Dans le contexte de l'Afrique subsaharienne, nous avons des données sur les programmes formels et communautaires au Cap Vert, en Guinée, en Guinée-Bissau, et au Sénégal (voir le tableau 23.3).

Même si ces estimations de coûts ne peuvent être considérées que comme des ordres de grandeur plausibles, les données présentées dans le tableau 23.3 montrent clairement que les programmes communautaires

**Tableau 23.3 Dépenses publiques par enfant dans les programmes préscolaires publics et communautaires dans quatre pays (par unités du PIB par habitant)**

	<i>programme préscolaire public (a)</i>	<i>programme préscolaire communautaire (b)</i>	<i>Rapport a/b</i>
Cap Vert	0.066	0.037	1.78
Guinée	0.073	0.037	1.97
Guinée-Bissau	0.117	0.035	3.34
Sénégal	0.306	0.057	5.37
Moyenne	0.141	0.042	3.39

*Source:* Prépare par les auteurs avec les données recueillies des projets financés par la Banque mondiale. Les données du Cap Vert viennent de Jaramillo et Tietjen (2001).

sont moins coûteux pour le trésor public que les programmes préscolaires publics formels (ici entre 1,78 et 5,37 fois moins onéreux), qui se situent en moyenne autour de 4,2% du PIB.

Les données suggèrent aussi que s'il existe des larges variations de dépenses par élève dans le système préscolaire public, comme il a été signalé plus tôt dans l'échantillon du Bénin, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire et du Niger—tableau 23.1. Ce n'est pas vraiment le cas dans les programmes communautaires. Dans les quatre pays—Cap Vert, Guinée, Guinée-Bissau et Sénégal—les coûts sont concentrés entre 3,5% et 5,7% du PIB du pays. C'est évidemment une bonne nouvelle pour la pérennité financière potentielle des investissements de DPE dans le contexte où les pays doivent faire face à des contraintes sévères pour tenter d'atteindre les différents objectifs du projet de l'Éducation pour tous (EPT) adopté à Dakar.

Néanmoins, il ne suffit pas que les programmes communautaires soient moins chers pour justifier leur expansion, il faut aussi considérer les bénéfices. Les données sur les bénéfices des programmes communautaires de DPE sont encore plus rares que les études sur ceux des établissements préscolaires financés par des fonds publics. Si nous nous concentrons sur l'impact des programmes communautaires sur la fréquence de redoublement et d'abandon au cours de l'éducation primaire, la seule étude que nous connaissons est celle de Jaramillo et Tietjen (2001) sur le Cap Vert et la Guinée. Dans cette étude, les résultats étaient mesurés en termes de développement cognitif (langage, concepts élémentaires et préparation à la lecture) et du développement physique au début de l'éducation préscolaire, en comparant les programmes publics et les programmes communautaires.



En dépit de la différence relativement importante de dépenses publiques par élève, en moyenne, les résultats ne sont pas très différents. En fait, les programmes communautaires tendent à être plus performants que les programmes préscolaires financés par les fonds publics. Néanmoins, l'écart de qualité entre les programmes formels et les programmes communautaires est substantiel.

Une analyse des coûts du secteur de la santé par Soucat et al. (2003) a des implications pour le calcul des coûts des programmes de DPE. Les auteurs ont analysé comment améliorer les résultats des programmes de santé et ils ont identifié ce qu'ils appellent les goulets d'étranglement de la prestation des services de santé et la nouvelle frontière de performance. Les auteurs admettent qu'un train de services de santé peut faire une différence dans les résultats et affirment qu'il faut établir le coût des goulets d'étranglement lors de la mise en place et non le coût du train de mesures lui-même. Selon eux, une nouvelle approche de budgétisation devrait porter sur les stratégies qui permettraient d'éliminer les goulets d'étranglement de la couverture par les enveloppes de services dont l'impact est connu et prévisible. Pour le DPE les enveloppes de prestations de services aux familles et à la communauté sont essentielles.

Les pays comme la Guinée, le Mali et la Tanzanie ont défini les projets de soins minimums ou essentiels qu'ils désirent assurer. Comme au Burkina Faso et en Zambie, des tentatives ont été faites pour évaluer les coûts et trouver le financement pour les projets. Néanmoins, cette approche a souvent omis de prendre en considération la politique et les contraintes opérationnelles sur son exécution. La couverture des enveloppes de base, surtout chez les pauvres, est souvent en dessous de ce qui avait été espéré. Une explication très plausible serait que, dans la réalité, une enveloppe de base n'est pas dispensée comme un ensemble d'activités séparées propres à une maladie alors que c'est ainsi qu'on en calcule le coût. Au contraire, elle a fait partie d'un système dans lequel les modes de prestation de services déterminent les contributions et les stratégies opérationnelles bien plus que les maladies n'influencent pas les coûts. Pour améliorer la couverture des enveloppes de base, un pays doit éliminer une série de goulets d'étranglement répartis tout au long du système, particulièrement au niveau des ressources humaines, de l'accessibilité physique, des fournitures et de la logistique sans oublier la capacité technique et organisationnelle. En conséquence, les budgets ne sont pas, et ne doivent pas être organisés par maladies. En fait, bien que la nature des services soit importante, il faut identifier et évaluer le coût de l'élimination

des goulets d'étranglement dans la prestation des services plutôt que celui de l'enveloppe de base.

### **Les implications de cette politique**

Les implications de ces recherches sur la politique sont doubles et relativement claires. D'abord, les programmes communautaires de DPE et la prestation de services de santé aux communautés et aux familles étant nettement moins onéreux pour le trésor public que les approches formelles traditionnelles, tout en donnant des résultats au moins égaux voire même supérieurs (comme le cas des interventions communautaires et dans les ménages pour modifier les indicateurs de santé), le message est clair que, dans une situation de restrictions rigoureuses des ressources publiques, il faut préférer les programmes communautaires qui intègrent la santé, la nutrition et le DPE.

Deuxièmement, si les programmes communautaires ont un coût unitaire voisin de 5% du PIB par habitant, tout en produisant des résultats potentiels similaires pour les enfants, non seulement sont-ils meilleurs que les programmes traditionnels ou formels, ils sont aussi justifiés en termes d'allocation des ressources publiques car le rapport coûts-bénéfices des activités communautaire de DPE est à 3,1 (1,2-12,9/5), alors qu'il est de 0,9 (1,2/1,4) dans le cas de l'éducation préscolaire formelle. Même si ce chiffre n'est qu'un ordre de grandeur, il permet raisonnablement de penser que l'extension des activités de DPE dans un modèle communautaire bien structuré est une option sérieuse. Soucat et al. (2003) ont avancé que 15 ans d'expérience avec l'enveloppe minimum d'activités dans des pays tels que la Guinée ou le Mali ont démontré que les actions entreprises au niveau du ménage (tels que l'allaitement exclusif et les bonnes pratiques d'alimentation, les soins à domicile pour des maladies courantes dont la diarrhée et les infections respiratoires aiguës, le comportement sexuel sans risque, l'usage des moustiquaires, et ainsi de suite) ont un impact considérable sur la mortalité et le développement nutritionnel d'enfants de moins de 5 ans.

### **La création d'une politique de DPE**

Cette section du chapitre traite de trois facteurs qui contribuent au développement de la politique d'un gouvernement en termes de contribution à la programmation de DPE et inclut un modèle de simulation qui peut servir à calculer les ressources nécessaires. Ces facteurs déterminants sont

(1) le montant des ressources publiques qui pourraient être mobilisées pour fournir les services, (2) la couverture désirée pour la population de 0–3 ans et (3) la couverture désirée pour la population de 4–6 ans. Les implications de chacun de ces facteurs dans la formulation de la politique sont décrites ci-dessous.

### ***Disponibilité et allocation des ressources publiques aux programmes de DPE***

Un élément qui pourrait faciliter la définition d'une politique de DPE est le calcul de ce que pourrait être, dans l'année 2015, l'enveloppe budgétaire nécessaire au soutien des activités de DPE. En étant intégrée l'approche des activités de DPE, on peut faire émerger à la fois au budget de l'éducation et à celui de la santé, en assumant les deux secteurs ensemble pourront financer une politique de DPE.

**Éducation**—Dans la plupart des pays africains subsahariens, les ressources pour investir dans les activités de DPE sont limitées, elles représentent moins de 2% des ressources publiques mobilisées pour le secteur de l'éducation<sup>4</sup>. Du point de vue de l'éducation, le cadre indicatif de l'initiative de réalisation accélérée suggère que les six premières années de l'éducation de base (l'école primaire) doivent recevoir 50% des ressources publiques mobilisées pour le secteur (représentant 20% du total des revenus publics). Cette allocation laisse 50% pour tous les autres secteurs de l'éducation. Comme nous l'avons noté, la concurrence pour les ressources budgétaires est probablement très large, et toutes les demandes des différents segments du secteur sont justifiées.

Il est clair, étant donné la nature systémique des activités d'éducation, qu'il faut avoir une vue d'ensemble. Par exemple, il est évident que l'augmentation de la proportion de la population qui achève le cycle complet de l'école primaire va engendrer des pressions sur l'éducation secondaire et qu'il faudra répondre à cette demande et il a été démontré que le DPE et les activités préscolaires procurent une base favorable à l'investissement dans l'éducation primaire et la vie<sup>5</sup>.

Nous avons démontré que les bénéfices qu'on peut tirer du DPE surpassent leur coût. Par exemple, van der Gaag et Tan (1998) ont calculé qu'en Bolivie, le rapport coûts-bénéfices du programme Projet intégral du développement d'enfants (*Proyecto integral de desarrollo infantil*) se situait entre 2,38 et 3,06. Evans, Myers et Ilfeld (2000) ont signalé qu'au Brésil, le coût de « production » d'un élève qui complète la première année primaire était moins élevé pour les enfants du Programme d'appui aux

petites entreprises (*Programa de apoio a pequenos empreendimentos*) et que l'économie excédait le coût par enfant du programme. Meyers (2000) a montré que les centres de Shishu Kaksha du Népal ont permis au gouvernement d'économiser 4 millions de dollars étasuniens en réduisant le redoublement à école primaire. Cependant, nous ne disposons pas de mesure qui permettrait de suggérer une politique d'attribution d'un certain pourcentage aux activités du DPE. En outre, la solidité du secteur de l'éducation diffère d'un pays à l'autre. Par conséquent, les décisions doivent être prises pays par pays. Ceci dit, il semble que dans la plupart des pays africains subsahariens les activités de DPE ne vont probablement pas demander plus de 5% à 7% du budget de l'éducation. Ceci ne signifie pas que les pays doivent s'en tenir à ce faible pourcentage. Ils peuvent décider d'accorder une priorité plus ou moins grande à ces activités. On peut choisir entre plusieurs dimensions. Le tableau 23.4 montre le modèle de simulation que nous avons développé pour calculer les besoins de financement. La cellule indiquant les ressources publiques allouées aux activités de DPE est grisée, pour montrer que la valeur numérique de la proportion est une question de choix et peut être modifiée en fonction d'objectifs définis par les besoins et les ressources disponibles.

**Tableau 23.4 Tableau de la politique: Éléments qui contribuent à la définition de la politique de DPE**

<i>Éléments de la politique de DPE</i>	<i>Cible 2015</i>
<b>Ressources publiques récurrentes pour le DPE</b>	
Comme% de la dépense publique sur l'éducation	6
Venant de la santé comme% du PIB	0.1
<b>Age 0-3 ans</b>	
Couverture (%)	20
Couverture dans le système partiellement subventionné (%)	75
Couverture dans le système entièrement subventionné (%)	25
<b>Age 4-5 ans</b>	
Couverture (%)	30
Inscriptions dans le système communautaire (%)	70
Inscriptions dans le système formel préscolaire	30
Inscriptions dans le système formel préscolaire dans les écoles à financement privé (%)	35
Inscriptions dans le système préscolaire dans les écoles à financement public (%)	65

*Source:* Calculs des auteurs.

*Note:* Les cellules grisées indiquent les ressources publiques consacrées aux activités de DPE; la valeur numérique de la proportion dépend du choix et peut être changée selon les objectifs définis par les besoins et les ressources disponibles.

**Santé**—Nous savons qu'en moyenne les dépenses publiques pour la santé représentent environ la moitié des dépenses publiques pour l'éducation, mais les dépenses privées sont plus élevées pour la santé que pour l'éducation. Les dépenses publiques pour l'éducation dans les pays africains subsahariens à faible revenu se situent en moyenne entre 3% et 4% du PIB. Si le DPE devait recevoir entre 5 et 7% de cette enveloppe, les dépenses publiques pour le DPE seraient alors de l'ordre de 0,15–0,25% du PIB du pays. Si les dépenses publiques pour la santé représentent entre 1,5 et 2,0% du PIB, une proportion similaire consacrée au DPE donnerait environ 0,3% du PIB. Ce chiffre est tout au plus une première estimation, suggérant un ordre de grandeur des investissements pour les DPE. Dans tous les cas, c'est à chaque pays de décider du montant des ressources qu'il compte affecter au DPE en puisant dans le budget de la santé. Dans le modèle de simulation proposé, le choix est exprimé en pourcentage du PIB qui serait progressivement attribuée aux activités de DPE dans le budget national de la santé d'ici 2015. Le tableau 23.4 représente les chiffres ciblés (en pourcentage du PIB pour le DPE provenant du budget de la santé).

### ***Couverture pour la population d'enfants de 0–3 ans***

Le deuxième élément de la définition de la politique de DPE concerne la couverture envisagée de la population d'enfants de 0–3 ans. Au cours des premières années, le nombre de comportements de l'enfant est limité et donc facilement pris en charge à domicile; ce sera principalement l'éducation donnée par les parents pour la santé, la nutrition, le développement psychosocial et bien évidemment donner à manger et les soins de santé aux enfants. Les coûts unitaires présentés correspondent aux coûts proposés dans l'enveloppe des mesures pour le foyer et la communauté inclus dans la budgétisation marginale des prévisions budgétaires pour les goulets d'étranglement des résultats de santé. Les politiques sont exprimées en deux lignes complémentaires :

- Quelle proportion (de 0 à 100%) de la population d'enfants de 0–3 ans dans le pays va être progressivement bénéficiée des activités de DPE d'ici à 2015 ? Si cette couverture est partielle, quelles sont les cibles (par exemple les régions, les groupes de population) prioritaires ? Ce ciblage, quoi qu'important, ne concerne pas le coût de la politique.
- Quelle proportion des activités offertes sera-t-elle financée entièrement par l'Etat et que peut-on espérer obtenir des activités financées par la communauté avec une aide partielle de l'Etat ?

### ***Couverture pour la population d'enfants de 4–6 ans***

Les enfants entre de 4 et 6 ans sont physiquement plus mobiles, prêts à tisser des relations avec des adultes en dehors de la famille et ont un développement cognitif et langagier suffisant pour interagir activement en dehors de chez eux. Cette maturité donne la préférence aux centres ou aux programmes communautaires. La politique des prestations pour cette tranche d'âge s'exprime de la même manière que pour le groupe d'enfants de 0–3 ans, mais il faut en plus faire un choix sur le rôle et la portée du secteur public fournisseur des services préscolaires formels.

### **Les politiques du coût unitaire**

Pour déterminer la couverture des deux tranches d'âge et définir la stratégie générale du gouvernement, il faut tenir compte du coût des différentes options dans la politique du DPE. La section suivante décrit plus en détail comment les services seront dispensés et leur coût unitaire correspondant. Le tableau 23.5 donne les estimations du coût unitaire dans un système partiellement ou entièrement subventionné pour la population d'enfants de 0–3 ans.

Les systèmes de subvention totale ou partielle sont comparables car les activités considérées, en fin de compte, assistent les familles pour donner à l'enfant un environnement plus varié et une éducation parentale dans tout ce qui concerne la santé, la nutrition et le développement psychosocial. Ils assurent aussi des services de déparasitage, de nutrition complémentaire, de vaccination, de surveillance de la croissance et de prévention des maladies infantiles courantes.

Cette assistance est communément fournie par une personne, habituellement un leader communautaire, formé spécialement et vivant dans la même communauté ou dans une localité voisine afin de rester en contact régulier avec les familles. Sa rémunération est prise en charge partiellement ou entièrement par l'Etat. Dans un système partiellement subventionné, il pourrait être totalement financé par la communauté. Dans les cas de subvention partielle ou entière, le coût unitaire comprend la formation annuelle du leader communautaire et les frais de conseils et d'assistance tout au long de l'année par un conseiller qualifié ou un superviseur du niveau régional ou du district. De même, les coûts unitaires comprennent les coûts administratifs des superviseurs du niveau central.

Le tableau 23.5 fournit une méthode pour commencer l'estimation des coûts basés sur les paramètres qu'on peut modifier selon la situation. Cette méthode est cohérente avec les estimations développées par

**Tableau 23.5 Tableau du coût unitaire pour les systèmes à subvention totale et partielle pour la population des 0–3 ans**

			Eléments de coûts (\$ US)	
			Selon le PIB pc (\$ US)	
			150	600
<b>Entièrement subventionnés</b>				
<b>Eléments des coûts récurrents</b>				
<i>Niveau communautaire</i>				
1 chef de la communauté pour	80	Enfants		
Rémunération du chef de la communauté	2,5	la communauté	375	1,500
Formation du chef de la communauté	0,35	PIB pc	53	210
Consommables	6	\$ US par enfants		
<i>Niveau administrateur</i>				
1 conseiller pour	40	Chefs de la Communauté		
Rémunération	3,5	PIB pc	525	2,100
Consommables	2	PIB pc	300	1,200
Formation des conseillers	0,3	PIB pc	45	180
<i>Services généraux</i>				
Administrateurs (de base)	5	Administrateurs		
1 superviseur par	20	Conseillers		
Rémunération (admin/superviseur)	5	PIB pc	750	3,000
Consommables	300	PIB pc	45,000	180,000
<b>Dépenses récurrentes par enfant</b>	<b>0,0531</b>	PIB pc	<b>12,1</b>	<b>30,3</b>
	<b>6</b>	PIB pc		
		Coût unitaire primaire EPT	19,7	78,8
<b>Coûts d'investissement</b>				
Construction de centre communautaire	8,000	\$ US		

(suite page suivante)

**Tableau 23.5** (suite)

		Eléments de coûts (\$ US)	
		Selon le PIB pc (\$ US)	
		150	600
Partiellement subventionné			
Eléments des coûts récurrents			
<i>Niveau communautaire</i>			
1 Chef de la communauté pour	80	Enfants	
Subvention publique par chef de communauté	0.5	PIB pc	75 300
Recharge par chef de communauté		Communauté	
Formation du Chef de communauté	0,35	PIB pc	53 210
Consommables	6	\$ US	
<i>Niveau de conseiller</i>			
1 conseiller pour	40	Chefs de communauté	
Rémunération	3,5	PIB pc	45 180
Consommables	2	PIB pc	75 300
Formation des conseillers	0.3	PIB pc	45 180
<i>Services généraux</i>			
Administrateurs (de base)	5	Administrateurs	
1 Superviseur pour	20	Conseillers	
Rémunération (admin/superviseur)	5	PIB pc	750 3,000
Consumables	300	PIB pc	45,000 180,000
<b>Dépenses récurrentes par enfant</b>	<b>0,0218</b>	PIB pc	<b>9,3</b> 19,1
	<b>6</b>	<b>\$ US</b>	
		Education pour Tous-par coût unitaire	19.7 78.8
<b>Coûts d'investissement</b>			
Construction d'un centre communautaire	2,000	\$ US	

*Source:* Calculs des auteurs.

*Note:* Les cellules grisées représentent le montant de la subvention (aussi exprimé en termes de PIB par habitant) fourni par l'état pour aider les communautés à recruter et maintenir un individu aux niveaux des connaissances et des talents adéquats pour accomplir la tâche.

EPT: Initiative de mise en œuvre accélérée de l'Education pour tous ; PIB pc : Produit intérieur brut par habitant.



Soucat et al. [2003]. Par exemple, en commençant au niveau communautaire, il est possible d'évaluer le coût unitaire en identifiant d'abord le nombre moyen d'enfants qui seront pris en charge par le leader communautaire. Disons qu'il va prendre en charge 80 enfants âgés de 0 à 3 ans. Cette assomption repose sur le postulat qu'un leader communautaire peut servir régulièrement jusqu'à 20 familles. Une fois le nombre d'enfants déterminé, il faudra décider la rémunération qu'il recevra. Dans l'option de subvention totale, la rémunération du leader communautaire est payée par l'État; le salaire annuel fixé est exprimé en unités du PIB par habitant. Dans le système à subvention partielle, les cellules grisées représentent le montant de la subvention (aussi exprimée en termes de PIB par habitant) fournie par l'État pour aider la communauté à recruter le leader et à maintenir un niveau d'aptitudes et de connaissances compatibles avec la tâche à accomplir. Le chiffre est 0 si aucune subvention n'est fournie pour aider la communauté à financer le leader communautaire.

Au niveau communautaire, il faut alors considérer deux postes de coûts annuels: la formation et les consommables. Dans ce cas, les consommables comprendront la nourriture, les suppléments nutritionnels, le matériel de formation, le matériel de classe, etc. Le coût de la formation est exprimé en unité du PIB par habitant et représente le coût par leader communautaire. Le coût des consommables est exprimé en dollars étasunien car plusieurs marchandises sont achetées sur le marché international et le chiffre correspond au prix annuel par enfant.

L'évaluation du coût du conseiller et du superviseur se fait sur le même modèle pour (1) déterminer le nombre de leaders communautaires ; (2) le niveau de leur rémunération (payée par l'État) ; (3) le coût des consommables qui lui permettront d'assister et de conseiller régulièrement les leaders communautaire; et (4) la provision pour sa formation annuelle. Finalement, le coût unitaire récurrent dépend aussi des frais généraux de fonctionnement du programme, c'est-à-dire le coût des administrateurs et des superviseurs (selon leur nombre et leur mode de paiement) et le montant des marchandises et des services nécessaires à leur travail.

En fonction de ces éléments, le coût unitaire récurrent de ces deux systèmes est calculé de manière hybride avec un compte en PIB par habitant et un autre en dollars étasunien. Pour compléter l'étude de coûts, une cellule indique le coût de la construction d'un centre communautaire. On suppose en effet que en dehors des visites à domicile, le leader communautaire doit organiser des sessions d'éducation pour les parents, conduire des campagnes de vaccination et distribuer régulièrement les médicaments

et les suppléments nutritionnels. La construction de ce centre peut être subventionnée entièrement ou partiellement par la communauté. Ces coûts sont exprimés en dollars étasunien et peuvent être utilisés pour calculer les besoins en capitaux pour le groupe d'enfants âgés de 0 à 3 ans. L'exemple du tableau 23.6 utilise le coût unitaire de la construction d'une salle de classe du tableau 23.5. Finalement, pour fournir un exemple du coût unitaire dans un pays, les montants en dollars étasunien sont proposés pour deux scénarios différents, l'un pour un pays avec un PIB de 150 dollars étasunien et l'autre pour un pays avec un PIB de 600 dollars.

Le tableau 23.6 est similaire au tableau 23.5, mais pour une population d'enfants de 4 à 6 ans. Comme nous l'avons dit auparavant, ces enfants sont prêts pour davantage d'interaction et de stimulation et de rapports sociaux, ce qui incline à favoriser un centre ou un programme communautaire qui accueille les enfants cinq ou six heures par jour. Ceci est possible dans un cadre de type formel qui ressemble aux systèmes préscolaires existants, mais il peut aussi être moins formel, sous la houlette de la communauté mais avec une aide adéquate (financière et technique) de l'État.

Le calcul du coût unitaire présenté dans le tableau 23.6 suit celui qui a été utilisés pour les salaires des enseignants, le coût de leur formation et la fourniture des matériels d'enseignement et d'apprentissage estimés dans le coût de l'*Éducation pour tous*.

Pour le système préscolaire entièrement subventionné, le premier paramètre est le rapport moyen élève-enseignant (fixé à 30 pour 1 dans l'exemple), mais pour importante que soit la valeur numérique de ce paramètre, c'est clairement une question de choix. Le deuxième paramètre à fixer est le montant de la rémunération des enseignants (exprimé en unité du PIB par habitant). Le troisième paramètre est le montant des ressources nécessaires pour couvrir les coûts autres que la rémunération des enseignants (par exemple les consommables, la formation et la supervision des enseignants) ; ces autres coûts sont exprimés comme une proportion du coût du salaire des enseignants (fixé à 40% dans l'exemple donné). À partir de cet élément, on va calculer la valeur du coût unitaire, exprimé encore en unité du PIB par habitant (0,163 par unité du PIB par habitant dans l'hypothèse de notre exemple). Le coût de la construction d'une salle de classe est aussi inclus (8 000 dollars étasunien) pour évaluer les coûts d'investissement.

Dans le système partiellement subventionné (communautaire), la structure de l'estimation du coût unitaire est similaire à celle décrite pour

**Table 23.6 Tableau de la politique du coût unitaire pour les systèmes entièrement et partiellement subventionnés pour la population des 4–5 ans**

		<i>Éléments de coûts (\$ US) Selon le PIB pc (\$ US)</i>		
<b>Entièrement subventionné (Formel)</b>				
<b>Élément récurrent des coûts</b>				
1 enseignant par	30	Enfants		
Rémunération de l'enseignant	2,5	PIB pc	375	1,500
Matériels et Aide	40	% de la facture de salaire	210	840
<b>Dépenses récurrentes par enfant inscrit</b>	<b>0,163</b>	<b>PIB pc</b>	<b>18</b>	<b>70</b>
		EPT Primaire		
		Coût unitaire	19,7	78,8
<b>Coûts d'investissement</b>				
Construction de salle de classe	8,000	US\$	300	1,200
<b>Partiellement subventionné (communautaire)</b>				
<b>Élément des coûts récurrents</b>				
<i>Niveau communautaire</i>				
1 Enseignant communautaire pour	25	Enfants		
Subvention publique par enseignant	0,5	PIB pc	75	300
Recharge par enseignant communautaire		Communauté		
Formation d'un enseignant communautaire	0,5	PIB pc	75	300
Consommables	0,6	PIB pc	90	360
Enveloppe Pédagogique	<b>0,1</b>	PIB pc	<b>15</b>	<b>60</b>

*(suite page suivante)*

**Table 23.6** (suite)

		<i>Éléments de coûts (\$ US) Selon le PIB pc (\$ US)</i>		
<i>Niveau de conseiller</i>				
1 Conseiller pour	40	Enseignants communautaires		
Rémunération	3,5	PIB pc	525	2,100
Consommables	2	PIB pc	300	1,200
Formations des conseillers	0,3	PIB pc	45	180
<i>Services généraux</i>				
Administrateurs (Basique)	5	Administrateurs		
1 Superviseur pour	20	Conseillers		
Rémunération (Admin/Superviseur)	5	PIB pc	750	3,000
Consommables	300	PIB pc	45,000	180,000
<b>Dépenses récurrentes par enfant inscrit</b>	<b>0,077</b>	<b>PIB pc</b>	<b>12</b>	<b>46</b>
		EPT primaire		
		Coût unitaire	19,7	78,8
<b>Coûts d'investissement</b>				
Construction d'une salle de classe	<b>2,000</b>	US\$		

*Source:* Calculs des auteurs

EPT: Initiative de réalisation accélérée de l'Éducation pour tous ; PIB pc : Produit intérieur brut par habitant.

la population d'enfants de 0 à 3 ans. Les coûts unitaires utilisés dans l'exemple pour la formation des enseignants communautaires, les consommables, et les matériels d'enseignement et d'apprentissage sont équivalents à ce qui a été calculé dans le cas de la subvention totale.

### **Le modèle de simulation : remettre tout ensemble**

Pour déterminer ce que le gouvernement peut et ne peut pas financer, il faut réunir les données des tableaux 23.4, 23.5 et 23.6. Les données du tableau 23.4 (la part des ressources publiques pour l'éducation destinée aux activités de DPE, la couverture cible des deux groupes d'âge et la stratégie de mise en œuvre de cette politique) et des tableaux 23.5 et 23.6 (les coûts unitaires publics récurrents et les coûts publics pour la construction soit du centre communautaire, soit d'une salle de classe) sont les principaux ingrédients qui vont nous permettre d'évaluer les aspects financiers de la politique au niveau du pays. Le modèle d'évaluation est présenté dans le tableau 23.7.

La partie supérieure du tableau détermine le montant des ressources publiques qui pourraient être affectées aux activités de DPE. Deux sources de financement sont considérées : (1) le budget de l'éducation et (2) le budget de la santé.

En ce qui concerne l'éducation, le modèle suit la même structure que celle utilisée pour la mise en œuvre accélérée de l'EPT. On commence par projeter le PIB du pays et la population. De là, on calcule l'évolution du PIB par habitant durant une certaine période et on calcule le montant des recettes publiques sur la base d'une projection de la pression fiscale (la cible 2015 dépend du PIB par habitant du pays). Ensuite, les ressources publiques pour l'éducation sont projetées comme une proportion des revenus domestiques publics dont on assume qu'ils suivront une courbe de croissance progressive en partant des chiffres de 2000 pour arriver une valeur cible de 20% en 2015. Finalement, le montant des ressources publiques dédié au DPE dans le budget de l'éducation est dérivé en projetant la proportion des ressources publiques pour le secteur entier depuis son niveau de l'année de référence (2000) jusqu'à la valeur cible identifiée dans le tableau 23.4 (tableau de la politique), 6% dans l'hypothèse de notre exemple.

Pour les ressources venant du budget de la santé, la valeur cible est exprimée comme une proportion du PIB en 2015. Cette proportion est supposée augmenter progressivement depuis sa valeur initiale en 2000 jusqu'à celle qui a été ciblée pour 2015 (0,1 l'hypothèse de notre exemple).



[0–3] Provision dans le système partiellement subventionné (en milliers)		0	68	141	221	303	383
[4–5] Enrôlement total (en milliers)		0	23	47	74	101	129
[4–5] Enrôlement dans le système formel préscolaire (en milliers)	30,0	5,7	10,6	15,4	20,3	25,1	30,0
[4–5] Enrôlements dans le système formel préscolaire privé (en milliers)		57,0	111,2	170,4	233,3	300,0	370,5
[4–5] Enrôlements dans le système formel préscolaire privé (préscolaire) (en milliers)	30,0%	57,0	67,8	78,7	89,5	100,3	111,2
[4–5] Enrôlements dans le système communautaire (en milliers)	35,0%	26,0	28,6	31,2	33,7	36,3	38,9
[0–3] Unité de subventions pour les centres communautaires partiellement subventionnés (unités de PIB)		31,0	39,2	47,5	55,7	64,0	72,2
[0–3] Cout unitaire pour les centres communautaires subventionnés (en unités de PIB)	70,0%	0,0	43,3	91,7	143,8	199,7	259,4
[4–5] Unité de subventions pour les centres communautaires (en unités de PIB)	0,051	0,040	0,049	0,047	0,045	0,044	0,042
[4–5] Cout unitaire pour les écoles préscolaires publiques formelles (en unités de PIB)	0,082	0,060	0,080	0,078	0,076	0,075	0,073
Dépenses récurrentes publiques pour							
[0–3] Enfants (millions UDL)	0,077	0,060	0,063	0,067	0,070	0,074	00,077
[0–3] Centres communautaires (millions UDL)	0,163	0,220	0,209	0,197	0,186	0,175	0,163
[0–3] Centres formels (millions UDL)		0	7,706	16,610	26,983	28,572	51,457
[4–5] Dépenses récurrentes publiques pour les enfants (millions UDL)		0	4,982	10,680	17,254	24,529	32,545

(suite page suivante)

**Tableau 23.7** (suite)

<i>Année de projection</i>	<i>2015</i>	<i>2000</i>	<i>2003</i>	<i>2006</i>	<i>2009</i>	<i>2012</i>	<i>2015</i>
[4–5] Système préscolaire formel (millions UDL)		0	2,724	5,930	9,729	14,043	18,912
[4–5] Système communautaire (millions UDL)		9,508	16,397	24,990	35,489	48,255	63,735
Dépenses totales récurrentes publiques DPE		9,508	12,274	15,100	17,957	20,810	23,615
Dépenses Capitales pour DPE [0–3] Système partiellement subventionné]: nombres de groupe		0	4,123	9,889	17,531	27,445	40,120
[0–3] Système entièrement subventionné: nombre de groupes		9,508	24,103	41,600	62,472	86,827	115,192
[4–5] Système communautaire: nombre de groupes		0	851	1,766	2,756	3,782	4,836
Dépense Publique Capital pour enfant [0–3] (millions \$ US)		0	284	589	919	1,261	1,612
Dépenses totales sur les [4–5] centres communautaires (millions \$ US)		1,033	1,308	1,583	1,858	2,133	2,408
<b>Dépenses publiques sur les [4 –5] écoles publiques formelles (millions \$ US)</b>		0	1,734	3,669	5,753	7,986	10,374
<b>Dépenses totales des capitaux publics pour DPE (millions \$US)</b>		1,3	1,4	1,5	1,6	1,6	0,0
Trou financier récurrent (millions UDL)		0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	
Taux d'échange (UDL par \$ US)		0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	



<b>Ecart de financement récurrent (millions \$ US de l'année 2000)</b>		1,8	2,0	2,1	2,2	2,3	0,0
Ecart de financement total (de l'année millions \$ US 2000)		1,1	1,3	1,3	1,5	1,6	
% des dépenses récurrentes financées sur le plan national		0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	
<b>% dépenses totales financées sur le plan intérieur</b>		3,1	3,4	3,4	3,8	3,9	0,0
<b>Ecart de financement récurrent (millions ULD)</b>		-44,7	3,232,1	5,109,9	4,800,0	818,9	-8,302,3
Taux de change (ULD par \$ US)	6,745						
<b>Ecart de financement récurrent (millions \$ US de l'année 2000)</b>		0,0	0,5	0,8	0,7	0,1	-1,2
<b>Ecart de financement total (millions \$ US de l'année 2000)</b>		3,1	3,9	4,3	4,5	4,0	-1,2
% dépenses récurrentes financées sur le plan intérieur		100,5	86,6	87,7	92,3	99,1	107,2
% des dépenses totales financées sur le plan intérieur		31,2	44,5	55,5	65,3	76,0	107,2

*Source:* Calculs des auteurs

*Note:* UDL = (Unités des devises locales) ; = PIB par habitant.

Le montant des ressources disponibles dérive directement de ce chiffre (et du PIB) pour déterminer l'évolution supposée des ressources publiques de la santé pour le DPE. La dernière ligne du premier bloc est la consolidation des ressources publiques disponibles pour le DPE dans les budgets de la santé et de l'éducation.

Le deuxième bloc estime le coût récurrent des activités de DPE dans le pays, en fonction des objectifs mentionnés dans le tableau de la politique (la couverture et la prestation de service) ainsi que dans le tableau du coût à l'unité. L'estimation commence par la projection de la population dans les deux tranches d'âges. Les données proviennent de la base de données des Nations Unies-Banque mondiale. Cette base de population, suivant les objectifs de couverture mentionnés pour 2015 dans les deux tranches d'âge dans les systèmes entièrement et partiellement subventionnés, va nous permettre de calculer les projections (2000–2015) du nombre d'enfants dans les deux tranches d'âges et dans les deux systèmes. Pour le système préscolaire formel (enfants âgés de 4 à 6 ans), il faudra faire une distinction supplémentaire pour décrire les rôles respectifs des secteurs à financement privé ou public dans la prestation des services.

Le modèle considère 4 étapes: (1) définir un objectif de couverture pour l'année 2005 en termes du pourcentage d'enfants qui seront inscrits dans des programmes privés, (2) déterminer la progression entre la couverture existant en 2000 et celle estimée en 2015, (3) soustraire l'estimation du nombre d'enfants inscrits dans les programmes privés à la même période et (4) calculer la progression d'enfants inscrits dans les programmes du système public en estimant la différence entre le nombre total enrôlé dans le système public et le nombre total enrôlé dans le système privé. Ensuite, le modèle considère les coûts unitaires récurrents dans les tableaux 23.5 et 23.6, pour estimer le montant des dépenses récurrentes dans les deux tranches d'âge séparément pour les systèmes partiellement et entièrement subventionnés. La dernière partie de ce bloc montre l'évolution du total des dépenses publiques récurrentes pour le DPE dans le pays de 2000 à 2015, suivant les éléments de politique décrits dans les tableaux 23.4, 23.5 et 23.6.

Le bloc suivant s'intéresse aux dépenses d'investissement. Seuls les coûts d'investissement au niveau local sont considérés ici. On commence par l'identification du nombre de « groupes », c'est-à-dire le ratio entre le nombre d'enfants couverts dans les deux tranches d'âge et les deux systèmes et le nombre d'enfants par leader communautaire ou par enseignant. Ce ratio donne l'évolution du nombre de bureaux pour les leaders communautaires de salles de classe requis. À partir de là, l'évaluation des

coûts d'investissement est simplement le produit du coût unitaire public ou de la subvention d'un centre communautaire ou d'une salle de classe (donnés dans les tableaux 23.5 et 23.6) et de l'augmentation progressive du nombre de ces centres et salles de classe qui doivent être construits pendant l'année ( $y$ ) pour recevoir l'augmentation progressive du nombre de groupes entre ( $y$ ) et ( $y + 1$ ). Parce que les coûts unitaires de construction sont représentés en dollars étasunien, le total des *coûts* d'investissement est aussi libellé en dollars.

Finalement, le dernier bloc donne l'évaluation des écarts financiers. Parce qu'on s'attend à ce que les ressources publiques nationales soient d'abord utilisées pour couvrir les dépenses récurrentes, l'écart financier récurrent pour chaque année entre 2001 et 2015 est calculé comme la différence entre les dépenses récurrentes pour atteindre les objectifs désignés et le montant des ressources publiques nationales qui pourraient être allouées aux activités de DPE. Cet écart financier récurrent est exprimé en monnaie locale et calculé en dollars US en utilisant le taux de change de 2000. L'écart financier total est calculé en additionnant l'écart financier récurrent et le total des coûts d'investissement. Le bloc se termine par une estimation de la proportion des dépenses récurrentes et du total des dépenses couverte par les ressources budgétaires nationales.

## Résumé et conclusion

De toute évidence, il reste encore beaucoup de travail à faire du point de vue de la mise en œuvre pour identifier concrètement l'agencement de programmes communautaires de DPE de la qualité souhaitée. Quelles est la description pratique des activités à exécuter ? Comment peut-on les organiser correctement ? Comment peut-on structurer le système ? Comment justifier en termes de personnel et de soutien pour permettre au système de donner les résultats attendus ? Comment organiser la formation du personnel, particulièrement des leaders communautaires ? Comment faire parvenir les ressources (consommables, ressources financières, formation et soutien) au niveau local, particulièrement dans les régions éloignées ? Quels mécanismes de suivi et d'encouragement faut-il mettre en place pour obtenir les meilleurs résultats ? Ces questions doivent être examinées lors de la conception de ces programmes et en tenant compte de l'environnement particulier et de la culture de chaque pays.

En résumé, il est difficile de suggérer un chiffre particulier pour le pourcentage des budgets de l'éducation et de la santé qu'il serait raisonnable d'allouer aux programmes de DPE. Les allocations dépendront en

partie de l'opinion des décisionnaires sur l'importance des premières années et de leur certitude que l'école maternelle est un bon investissement pour le pays. Évidemment, la sensibilisation jouera un rôle important. Pourtant, l'école maternelle étant un objectif de l'EPT du forum de Dakar, il semble qu'un engagement financier de 5% du total du budget d'éducation récurrent en 2015 puisse être considéré comme un objectif réalisable; moins de 5% ne serait pas cohérent avec les buts de l'EPT du forum de Dakar et aller au-delà de 7% ou 8% est peu probable, étant donné la compétition pour les ressources entre les différents niveaux de l'éducation et la limitation des ressources disponibles (nationales et externes).

Tout programme de DPE doit d'être holistique afin que les programmes de DPE aient une mission en allant bien au-delà de l'école maternelle. C'est pour ces raisons qu'on cherche le financement au-delà du secteur de l'éducation. Parce qu'il n'est pas facile d'identifier un budget particulier à attacher aux activités et que les activités pourraient être mises en place en utilisant des mécanismes différents, il est préférable d'identifier tout simplement une enveloppe pour le financement du programme de DPE (pour la partie qui n'est pas incluse dans le budget de l'éducation) et de l'attribuer au budget du ministère des Affaires sociales ou du ministère de la Jeunesse et de la Famille, ou un ministère analogue, suivant les dispositions nationales au sein du gouvernement. Quant au montant raisonnable, ici non plus, il n'existe pas de normes. On peut suggérer comme repère un dixième de 1% du PIB du pays, ce qui représenterait environ 5% du budget de la santé dans un pays typique en Afrique subsaharienne.

Comme les deux chiffres prudemment suggérés ici (un objectif de 5% du budget de l'éducation en 2015 et 0,1% du PIB à la même date) sont sujets à variation de pays en pays, on peut donc probablement sans danger analyser la pérennité financière des programmes du DPE pour des différents niveaux de ressources. Il est utile d'insister sur la sensibilité du montant des ressources pour le DPE à une variation même minime des paramètres suggérés. Par exemple, dans un pays africain subsaharien typique, si le DPE reçoit 4% du budget de l'éducation et 0,07% du PIB, alors les ressources publiques du programme de DPE s'élèveront alors à 0,21% du PIB, mais ce pourcentage peut encore augmenter d'un peu plus de 50% pour atteindre 0,33 du PIB si 6% du budget de l'éducation étaient consacrés au système préscolaire et 0,12% du PIB était assigné au ministère des Affaires sociales pour les activités de DPE.

Pour analyser le niveau d'engagement financier requis pour les programmes de DPE, une extension du modèle de coûts vers la mobilisation des ressources pourrait probablement aider au niveau national. Avec cet outil, les équipes nationales sont capables de calibrer les programmes de DPE sujets à des variations du niveau des ressources. Si l'équipe a déterminé le meilleur arrangement opérationnel pour la prestation des services de DPE, des ajustements peuvent se faire en fonction des différents niveaux de mobilisation de ressources suivant la couverture à atteindre d'ici à 2015. Si les ressources ne sont pas adéquates, l'équipe nationale peut revisiter les choix initiaux et ajuster certaines caractéristiques ou paramètres de la prestation des services, sans en diminuer la qualité, pour maintenir un niveau minimum de couverture. Il est crucial de documenter ces choix pour pouvoir expliquer aux décideurs les options de la politique, pour les aider à comprendre l'avantage d'une augmentation marginale des ressources ou la perte en termes de couverture et de qualité des services si le montant des ressources publiques mobilisées pour le DPE était trop faible.

En résumé, on a présenté l'argument selon lequel l'investissement dans les premières années a des résultats à court et long terme qui représentent une épargne pour la société—en termes de l'efficacité du système d'éducation, aussi bien que des bénéfices sociaux et économiques pour la société entière. Néanmoins, des choix doivent être faits, mais ils doivent être des choix éclairés, avec une compréhension claire des profits à réaliser grâce à un investissement plus important dans les programmes de DPE et des dangers pour le développement général d'enfants si le gouvernement choisissait de ne pas investir dans la petite enfance.

## Notes

1. Extrait de la publication *Early Childhood Care and Education in Sub-Saharan Africa: What Would It Take to Meet the Millennium Development Goals?* Adriana Jaramillo et Alain Mingat, Banque Mondiale, Région Afrique, Octobre 2003.
2. L'Initiative de la réalisation accélérée de *l'Éducation pour tous* (FTI) est un partenariat mondial entre les donateurs et les pays développés pour assurer un progrès accéléré vers un des objectifs du Millénaire pour le développement, qui est d'atteindre l'éducation primaire universelle d'ici 2015. Tous les pays à faible revenu qui ont démontré un engagement sérieux pour atteindre la scolarisation primaire complète universelle peuvent recevoir de l'assistance du FTI.

3. Le terme *communautaire* est utilisé dans ce chapitre pour se référer à toutes formes de structures communautaires—ressources physiques ou humaines—pour fournir les services de DPE. Le financement de ces programmes peut provenir de la communauté, des organisations non gouvernementales (ONG) nationales ou internationales, de l'industrie privée et des particuliers, aussi bien que des ressources publiques ; cela comprend d'habitude une combinaison de ces sources.
4. Bien que le DPE comprenne l'éducation, la santé, la nutrition et la protection sociale, la référence ici a trait au secteur de l'éducation car la portion des dépenses pour couvrir ces services est plus élevée que celle de la santé.
5. Pour une revue des coûts et des bénéfices des investissements de DPE, voir Haveman et Wolfe (1995), Myers (1995, 2000), Young (1996), Van der Gaag et Tan (1998), et Evans, Myers et Ilfeld (2000).

## Références

- Bruns, B., A. Mingat, and R. Rakotomalala. 2003. *A Chance for Every Child: Achieving Universal Primary Education by 2015*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- Evans, J. L., with R. G. Myers, and E. M. Ilfeld. 2000. *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*. Washington, DC: Banque Mondiale.
- Haveman, R., and B. Wolfe. 1995. "The Determinants of Children's Attainments: A Review of Methods and Findings." *Journal of Economic Literature* 33 (4): 1829–78.
- Jaramillo, A., and K. Tietjen. 2001. "Early Childhood Development in Africa: Can We Do More for Less? A Look at the Impact and Implications of Preschool in Cape Verde and Guinea." Documents de Travail sur le Développement Humain. Banque Mondiale, Région Afrique, Washington, DC.
- Lokshin, M., M. Glinskaya, and M. Garcia. 2000. "The Effect of Early Childhood Development Programs on Women's Labor Force Participation and Older Children's Schooling in Kenya." Policy Research Working Paper 2376. Banque Mondiale, Washington, DC.
- Meyers, C. 2000. « The Case of Pre-primary Education: The Cost Effectiveness of Shishu Kaksha Centers, Nepal. » In *Early Childhood Counts: A Programming Guide on Early Childhood Care for Development*, ed. J. L. Evans, R. G. Myers, and E. Ilfeld. Washington, DC : World Bank.
- Myers, R. 1995. *The Twelve Who Survive: Strengthening Programs of Early Childhood Development in the Third World*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.

- . 2000. *Summary: The EFA Global Thematic Review of Early Childhood Care and Development*. Mexico: Consultative Group on ECCD.
- Soucat, A., W. Van Lerberghe, F. Diop, S. N. Nguyen, and R. Khippenberg. 2003. *Marginal Budgeting for Bottlenecks: A New Costing and Resource Allocation Practice to Buy Health Results*. Washington, DC: World Bank.
- Van der Gaag, J., and J. P. Tan. 1998. *The Benefits of Early Childhood Development Programs: An Economic Analysis*. Washington, DC: World Bank.
- Young, M. E. 1996. *Early Child Development: Investing in the Future*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank.





## CHAPITRE 24

# Approche tripartite visant le renforcement des capacités de DPE en Afrique : séminaires de DPE, conférences internationales et i'UVDPE

**Alan Pence avec Abeba Habtom et Francis R. W. Chalamada**

L'université virtuelle pour le développement de la petite enfance (UVDPE) représente une approche unique pour promouvoir le leadership et renforcer les capacités dans la prise en charge du DPE sur le plan international. Conçue pour réaliser un effet de « traction » dans l'avancement de programmes propres à chaque pays pour le bien-être de l'enfant et de la famille, l'UVDPE rassemble la théorie et la pratique avec les connaissances occidentales et locales dans une approche d'apprentissage communautaire pour le développement. L'UVDPE est pleinement accréditée à travers l'École des soins de l'enfant et des jeunes de l'Université de Victoria au Canada. Elle dispense des programmes d'un an couronné par un certificat ou un diplôme et un programme de maîtrise de trois ans. Les cours pilotes du programme de maîtrise ont eu lieu entre août 2001 et septembre 2004. Une évaluation d'impact externe, financée par la Banque mondiale, a

conclu : « Selon tous les critères, l'UVDPE a vraiment réussi à atteindre et même à dépasser tous ses objectifs » (Vargas-Baron 2005, 12).

Ce chapitre situe l'UVDPE dans un contexte plus large de renforcement des capacités par une approche multidirectionnelle. Nous allons brièvement parler du développement de l'UVDPE comme troisième composante d'un programme tripartite d'initiatives pour le renforcement des capacités, pour ensuite examiner de plus près chacune des trois initiatives. Ensemble, ces initiatives interdépendantes sont un moyen efficace d'aborder non seulement les questions de DPE mais aussi les actions de renforcement des capacités techniques dans les domaines de la santé, du social et de l'éducation dans le monde dit « majoritaire ».

### **Un Programme Tripartite d'initiatives : Séminaires, Conférences et l'UVDPE**

En 1994, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) a demandé à l'Université de Victoria d'établir une série de séminaires de formation pour des professionnels à mi-carrière; ceux-ci étaient de l'UNICEF, des gouvernements et des organisations partenaires au niveau des pays (C. Dalais, communication personnelle avec A. Pence 1994). L'objectif des séminaires était d'aider le personnel formé dans d'autres disciplines à mieux comprendre les intentions et les possibilités du DPE et de promouvoir une meilleure coopération intersectorielle en abordant ces objectifs. Les séminaires de DPE (initialement appelés instituts d'été) avaient lieu dans les régions, duraient généralement de 2 à 3 semaines et rassemblaient des professionnels de chaque pays et des spécialistes régionaux et internationaux des questions de DPE. Après un moment, les séminaires se sont concentrés sur l'Afrique. Ils constituent la première composante de ce qui allait devenir un programme tripartite d'activités de renforcement des capacités pour le DPE.

Au cours du séminaire de DPE tenu en Gambie en 1998, la Banque mondiale a demandé une conférence internationale sur le DPE en Afrique. La Conférence internationale africaine sur le DPE a eu lieu en septembre 1999 à Kampala, en Ouganda (M. Garcia, communication personnelle avec A. Pence, décembre 1998). La conférence, tirant parti des jeunes réseaux du DPE et des séminaires, fut un succès. Une seconde conférence a suivi à Asmara en Érythrée en 2002 et une troisième s'est tenue à Accra, au Ghana, en mai 2005. Cette série de conférences internationales africaines sur le DPE représente le deuxième volet des initiatives de renforcement des capacités. L'UVDPE en est le troisième.

Les participants aux séminaires de DPE avaient identifié le besoin d'un programme éducatif appliqué de DPE de troisième cycle, qui pourrait tirer parti du succès des séminaires et qui mettrait les participants en Afrique subsaharienne (ASS) en contact électronique permanent pour finaliser les synergies intra et inter états en cours. Un projet de programme, l'UVDPE, fut soumis à la Banque mondiale avant la conférence de Kampala en 1999 (Pence 1999). Au cours de cette conférence, la Banque mondiale s'est engagée à utiliser les fonds provenant du Fond Norvégien d'Éducation (Norwegian Educational Trust Fund - NTEF) pour soutenir le développement des programmes de l'UVDPE, en soulignant que leur réalisation nécessiterait des apports d'autres partenaires internationaux. Le but de l'UVDPE serait de promouvoir des objectifs de DPE propres à chaque pays et de permettre aux participants d'étudier à temps partiel tout en continuant de travailler à plein temps dans leurs pays. Ainsi, en six ans (1994-2000), trois activités interdépendantes ont vu le jour pour soutenir le leadership et le renforcement des capacités de DPE en Afrique.

Les préparations pour lancer l'UVDPE ont commencé en 2000. En avril de la même année, un groupe consultatif international se réunissait à Washington DC <sup>1</sup>.

Le groupe consultatif aborda la question du faible rôle généralement joué par les universités par rapport au DPE et plus particulièrement le renforcement des capacités de DPE (ceci était valable non seulement pour l'Afrique, mais aussi pour le reste du monde), les obstacles rencontrés par le Réseau africain du développement de la petite enfance (RADPE) dans ses tentatives pour se développer de façon durable (ceci avait fait l'objet d'une discussion dans une session spéciale au cours de la conférence de Kampala) et plusieurs initiatives de DPE spécifiques à l'Afrique, dont le programme « Plus et mieux » développé par la Fondation Bernard van Leer. Une discussion des problèmes rencontrés dans cette initiative et dans d'autres a permis au groupe d'identifier les différentes leçons apprises :

- Le manque de communications dans l'organisation au sein d'un pays limite l'efficacité des programmes.
- Il est nécessaire qu'il y ait une « masse critique » de participants (3 ou +) dans le pays.
- L'apprentissage doit être lié aux objectifs de travail et les faciliter.
- Les employeurs doivent encourager les activités des participants.
- Les connaissances et compétences locales doivent être reconnues.
- Les programmes doivent être flexibles pour les élèves (Zuckernick 2000).

On parvint à un consensus fut atteint sur un certain nombre de notions pour appliquer ces leçons dans l'organisation de l'UVDPE :

- Au lieu d'utiliser un modèle de 15 pays avec deux participants chacun, prendre plutôt moins de pays (9-10) et plus de participants (3-4) et promouvoir une approche de « groupe d'apprentissage » (équipe) au sein des pays.
- Fournir aux participants un très haut niveau de support technique, personnel et professionnel tout au long de la formation.
- Relier le travail et les attentes aux objectifs propres à chaque pays.
- Assurer un haut niveau de contenu et de modèles de leadership africains.
- Utiliser le modèle génératif de programme d'études (Pence and McCallum 1994), une approche d'apprentissage générative et transformationnelle (Zucenick 2000).

### ***Le modèle génératif de programme d'étude***

Le modèle génératif de programme d'études (MGPE) auquel on faisait référence durant les réunions était connu par plusieurs membres du groupe consultatif. Le MGPE avait été développé par le Programme de partenariat avec les premières nations (PPPN) à l'Université de Victoria, en réponse à la requête des communautés aborigènes (premières nations) qui souhaitaient une formation universitaire en DPE accréditée et respectueuse de leur culture pour les membres de leurs tribus (Pence et al. 1993 ; Pence and Mac Callum 1994). Le PPPN, une approche au DPE multiculturelle, co-construite et qui ne privilégiait pas les connaissances occidentales, s'est révélé extrêmement efficace et a entraîné une augmentation des taux d'éducation en milieux aborigènes (76% de réussite pour un programme de diplôme du PPPN sur deux ans contre moins de 40% sur le plan national; Statistics Canada 2001). Il a permis de réduire la « fuite des cerveaux » (95% des diplômés sont restés dans leurs communautés) et de promouvoir un ensemble de services pour l'enfance, la jeunesse et la famille. Le programme est l'un des 20 programmes à travers le monde cités par l'Organisation des Nations-Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture (UNESCO) dans ses publications de connaissances indigènes (Ball and Pence 2002).

Le MGPE est conçu dans une approche culturelle sensible et constructiviste pour une meilleure compréhension de l'enfance et des programmes de soins de l'enfance. Le programme d'études inclut des perspectives culturelles et communautaires pour s'assurer que les voix

locales, tout comme les sources occidentales, sont considérées et représentées<sup>2</sup>. L'impact de cette approche éducative sur les communautés des premières nations qui y participaient au Canada a été spectaculaire, non seulement en termes de taux très élevés de réussite mais aussi en termes des impacts sur le développement des communautés (Ball and Pence 2000; 2006). En effet, la réussite du MGPE est l'un des facteurs qui avaient influencé la requête que l'UNICEF de s'adresser à l'Université de Victoria pour la création de séminaires de DPE visant le monde dit « majoritaire ».

Le GPPE est perçu comme une manifestation de la préoccupation grandissante concernant les approches de forme descendante, à tendance occidentale, appliquées à des thèmes allant des pratiques agricoles au développement économique et au développement de l'enfant (voir chapitre 7). Alors que le MGPE a vu le jour à la suite de partenariats avec les communautés autochtones au Canada, le monde entier devenait de plus en plus conscient des effets potentiellement destructeurs ou du manque de durabilité des « bonnes pratiques » d'origine occidentale. Le spécialiste en développement international Robert Chambers (1994, ix) a remarqué : « . . . ' nous' nous appelons des professionnels et 'nous' faisons partie du problème; pour faire mieux, il nous faut réaliser un revirement de ce que nous considérons normal ».

De plus en plus, on considérait la nécessité de faire participer les voix locales et régionales comme essentielle pour atteindre un développement durable dans le monde majoritaire. L'UVDPE, en raison de par ses origines philosophiques mettant l'accent sur la collaboration avec les communautés indigènes, se trouvait en bonne position pour satisfaire ce besoin.

## **Renforcer les capacités à travers des approches multiples**

Nous allons maintenant examiner de plus près le programme tripartite d'initiatives de renforcement des capacités que nous venons d'introduire.

### ***La série de séminaires***

Ainsi que nous l'avons déjà dit, l'UVDPE représente un des trois éléments du programme de renforcement des capacités pour le DPE. La première action, la série de séminaires, s'est révélée très efficace en identifiant des leaders de DPE au niveau national, en mettant en valeur des initiatives de DPE en ASS louables mais peu connues et en créant des bases personnelles et professionnelles solides pour la mise en réseau et le partage d'informations en ASS.

Les données provenant de ces séminaires indiquent que précédemment, les opportunités de partage d'idées et de programmes en ASS étaient très limitées; encore plus limitées étaient les opportunités de participer à des « ateliers d'idées » qui permettent de promouvoir de nouveaux programmes dans les pays participants. Il était difficile de communiquer régulièrement et d'avoir accès aux spécialistes en développement international de DPE. Les participants ont donc salué l'utilité des séminaires pour l'identification des problèmes et des solutions potentielles pour permettre d'avancer.

Les séries de séminaires de DPE se sont montrées efficace en elles mêmes comme activités de renforcement des capacités et aussi comme tremplin pour la création d'autres moyens de renforcement des capacités. Lorsque la Banque mondiale a manifesté un intérêt à lancer une « première » conférence internationale africaine sur le DPE, un réseau rudimentaire était déjà en place à la suite des activités de réseautage du RADPE et de son co-parrainage de la série de séminaires. Par conséquent un noyau d'environ 40 personnes venant de 20-25 pays était facilement accessible ; ses membres se connaissaient un peu, étaient au courant de l'approche générative du renforcement des capacités et pouvaient développer le réseau dans leur pays. Le thème de la première conférence fut le suivant : « Pleins feux sur le DPE: innovations et applications en Afrique ». Il fallut neuf mois (de janvier à septembre 2000) à la conférence pour voir le jour, période extraordinairement courte pour un événement inaugural qui a attiré plus de 200 participants venant d'environ 20 pays. Un développement aussi rapide, avec cette liste de pays et de communications, n'aurait pu être possible sans le travail de base effectué par les séminaires du DPE.

Dans l'idéal, la série des séminaires aurait dû continuer sur une base annuelle, peut-être avec un intérêt croissant sur l'Afrique francophone et lusophone, pendant que l'équipe de l'UVDPE développait des programmes réguliers plus intensifs et que d'autres s'attelaient à la tâche de planifier une conférence de suivi à la conférence de Kampala. Le fait que la série de séminaires n'ait pas eu de suite depuis 1999 ne reflète aucun discrédit ni un manque d'impact, mais indique plutôt les difficultés d'entreprendre deux nouvelles initiatives (l'UVDPE et la série de conférences) tout en maintenant le programme précédent d'activités. Les commentaires récents parmi les communautés africaines et internationales suggèrent qu'il est temps d'utiliser les capacités et le leadership nouvellement créés pour rétablir le premier des trois volets du programme de renforcement des capacités de DPE.

### **La série de conférences**

Les conférences du DPE ont un agenda différent de celui des séminaires. Rassemblant un nombre plus important de participants (généralement 200-300 participants contre 30) et durant moins longtemps (3-5 jours contre 15-30), les conférences sont l'occasion de brosser le portrait de tout le DPE en Afrique, de présenter certaines personnes et programmes en Afrique, de partager ses idées et ses projets avec des collègues en provenance de nombreux autres pays africains (39 des 48 pays d'ASS ont pris part à la conférence d'Accra en mai 2005) et d'entamer une mobilisation significative de l'Afrique subsaharienne. Par exemple, la Déclaration d'Asmara (2002) a été proposée par les participants à la conférence de 2002. Le Communiqué d'Accra (2005) a été endossé par plus de 25 ministres ou leurs représentants qui assistaient à la conférence d'Accra et ont ensuite pris part à la réunion biennale de l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) en mars 2006.

La série de conférences sur le DPE a aidé à inscrire les soins et le bien-être d'enfants à l'ordre du jour des programmes politiques et professionnels en ASS. Les conférences ont également mis en relation les gouvernements et les professionnels de toute l'Afrique et les principaux organismes internationaux. La conférence d'Accra, par exemple, fut co-sponsorisée par la Banque mondiale, l'UNICEF, l'UNESCO, l'ADEA, l'OMS, le groupe consultatif du DPE et l'UVDPE.

Le tableau 24.1 donne une vue d'ensemble de la croissance en taille et en complexité de la série de conférences internationales africaines sur le DPE. Cependant, avant de s'intéresser à ces indicateurs de croissance, il convient de noter un point capital:

depuis le début de la planification du programme de la première conférence internationale africaine sur le DPE, l'accent a été mis sur

**Tableau 24.1 Première, deuxième et troisième conférences internationales africaines sur le DPE comparées par taille et portée**

<i>Lieu de conférence</i>	<i>Date</i>	<i>Présents</i>	<i>Présentateurs</i>	<i>Base africaine</i>	<i>Composition en termes des ministres</i>
Kampala, Ouganda	1999	200	35	75%	3 ministres nationaux
Asmara, Érythrée	2002	200	60	80%	6 ministres nationaux et 1 ministre international
Accra, Ghana	2005	300	80	85%	6 ministres nationaux et 27 ministres internationaux africains ou représentants

Source: Auteurs.

l'Afrique et les participants africains. Des nombreuses conférences internationales donnent une place de choix aux intervenants occidentaux (prononcer l'allocution d'ouverture, par exemple, comme intervenants d'honneur) les plaçant au-dessus des intervenants régionaux et locaux, faisant ainsi passer sans aucune subtilité l'idée que « le bien et le meilleur » viennent d'Occident. Pour renforcer ses capacités, il est essentiel que l'Afrique prenne conscience de sa propre ingéniosité, de sa capacité de leadership et de sa compétence. Plus de 80 intervenants se sont exprimés à la conférence d'Accra et, à dessein, plus de 85% d'entre eux venaient d'Afrique, y compris les trois intervenants principaux. La conférence d'Accra témoignait de la rapidité de la croissance du DPE en Afrique.

### **L'UVDPE**

Un autre témoignage de cette croissance sont les 27 participants (90% des 30 inscrits dans 10 pays) qui ont suivi et terminé en septembre 2004 le programme en trois ans de l'UVDPE. Cette première promotion de l'UVDPE était un groupe remarquable de leaders africains anglophones qui sont maintenant en position de définir des politiques, des programmes, des publications, des opportunités de formation et des avancées pour le bien-être de l'enfant et de la famille, toutes choses inexistantes dans leurs pays au moment où ils ont commencé le programme. Vingt-sept diplômés cela peut paraître une goutte d'eau dans l'océan des besoins de DPE en Afrique mais la vraie mesure des 27 réside dans les ondes qu'ils peuvent créer—les dizaines, les centaines et les milliers de personnes qui profitent de leur travail.

Alors qu'une bonne partie de la philosophie postcoloniale d'éducation de l'UVDPE était dérivée d'expériences précédentes avec des communautés indigènes et qu'une partie importante de sa structure provenait des séminaires du DPE, un nouveau défi était la création de la « famille virtuelle » de tous ces étudiants et acteurs engagés vivant à l'autre bout de la planète, loin du siège institutionnel de l'Université de Victoria. Le seul moyen de relever le défi semblait être le Web. La proposition paraissait fascinante, mais sa réalisation incertaine.

La première tâche de l'UVDPE fut d'entreprendre une étude de faisabilité sur la technologie nécessaire. Cette étude fut prudente dans ses conclusions, du style « Oui, cela devrait être faisable . . . la plupart du temps ». Elle mettait en garde: pour la qualité des connexion, les participants devraient résider dans ou avoir accès aux grands centres urbains; le programme devrait être intentionnellement redondant, reproduisant sur CD les matériels disponibles sur la toile ou en les imprimant ; et il faudrait



créer une position peu courante de support éducatif, une sorte de « gestionnaire de groupe », chargé de fournir un support permanent pour maintenir les connexions entre étudiants, instructeurs et siège de l'institution.

On fit aussi d'autres études sur la plate-forme web à utiliser, les critères de sélection d'un serveur et sur les questions techniques et administratives. En même temps que ces recherches, on a élaboré un programme d'études basé sur le respect du principe des sources multiples de connaissances et de l'importance du contexte local. Ce programme devait fonctionner correctement et sans accrocs sur la web pendant six mois de cours entrecoupés par deux semaines d'enseignement face-à-face à mi-parcours. De toutes les manières possibles, le curriculum devait faire avancer les trois objectifs principaux du programme : la promotion de leadership, le renforcement des capacités et l'amélioration des réseaux. Tous les aspects du programme étaient conçus en vue d'atteindre ces objectifs principaux, y compris l'attribution des cours et entre cours, les sessions de discussions, l'emploi d'équipes locales, les messages individuels de soutien et l'intégration des leaders locaux lors des deux semaines de séminaire. L'UVDPE a eu la chance de découvrir une équipe expérimentée dans le développement de programmes de cours en ligne et en face-à-face de niveau universitaire, qui était désireuse de se lancer dans la conception d'un programme international (Schater et al 2005).

Tandis que se poursuivait le développement du programme d'étude, il a aussi fallu aussi créer un système de sélection des participants au nouveau programme. Lorsque la Banque mondiale annonça à la conférence de Kampala en 1999 qu'elle allait soutenir le programme, une foule d'étudiants ont demandé le dossier de candidature au directeur de l'UVDPE. Il était clair qu'il fallait trouver un système pour la sélection des étudiants dans les pays participants. Le groupe consultatif international a aidé à identifier les pays prioritaires et a également contribué à l'établissement des critères de sélection des participants dans chaque pays. L'approche en évoluant en vint à se rapprocher de la série de séminaires en faisant appel à des participants à ces séminaires et leur demandant de se joindre au personnel de l'UNICEF et de la Banque mondiale, pour créer un comité national de DPE dans chaque pays. Le travail du comité national était triple. Premièrement le groupe devait élaborer une déclaration des buts et objectifs de DPE sur une période de 5 à 7 ans. Ensuite il était chargé de la publicité du programme de l'UVDPE, d'établir les critères pour la sélection des étudiants à l'échelle nationale et de faire appel aux candidatures. Enfin il devait nommer jusqu'à 4 personnes venant d'organisations et des secteurs différents, pour prendre part au

programme. Les candidats étaient invités à exprimer leur intérêt et à demander à leurs employeurs un support financier pour participer aux séminaires—généralement pour les voyages ou le logement, ou les deux. Pour éviter que la situation financière des gens constitue un obstacle à leur candidature, les cours étaient gratuits. Toutes les dépenses du programme étaient couvertes par les donateurs principaux, l'UNICEF et la Banque mondiale aux niveaux nationaux, l'UNESCO, la Fondation Bernard van Leer et l'Agence Canadienne Internationale de Développement (ACID). En outre, près de 60% des employeurs ont pu contribuer au soutien financier de leurs employés.

Les cours ont commencé fin août 2001. Une grande quantité de données a été rassemblée à mesure que le programme avançait: les rapports nationaux sur la situation d'enfants et les femmes devaient être établis pendant le premier trimestre ; d'autres exercices devaient soutenir ou initier d'autres activités dans les pays ; les évaluations des cours, des instructeurs, des services de soutien et des séminaires étaient permanentes ; tous les six mois, l'efficacité de l'ensemble du programme était contrôlée de façon plus générale et le renforcement des capacités documenté. Tous les six mois, les séminaires se tenaient dans un endroit différent en Afrique (Afrique du Sud, Tanzanie, Ghana) et dans chaque région, des spécialistes de DPE se joignaient au personnel enseignant (sélectionné dans le monde entier et dans la région intéressée) pour des présentations et discussion. Lors de chaque séminaire, on effectuait des visites de site dans les programmes clés et toute une série de cours et d'activités de réseautage étaient organisés. Cette alternance de cours, séminaires et travaux pratiques sur 6 mois s'est poursuivie pendant les deux premières années du programme. La troisième et dernière années étaient consacrées à la réalisation d'un projet majeur ou à la rédaction d'une thèse, en collaboration avec un comité individuel. Le comité de chaque étudiant était composé d'un universitaire de son pays, d'un président local également, d'un représentant du corps professoral de l'Université de Victoria et d'un directeur de thèse (cette tâche était partagée entre le personnel de l'UVDPE et le directeur). La défense de thèse était enregistrée, distribuée et signée par les membres du comité avant que l'administration soumette tous les documents nécessaires à l'obtention du diplôme.

Un pourcentage remarquable de 90% des participants (27 sur 30) a terminé le programme pendant la période de cours pilote de 39 mois. Les contrôleurs de la Banque mondiale ont remarqué que ces résultats avaient été obtenus à un coût considérablement moindre que celui d'autres

programmes de maîtrise au Canada et aux États-Unis (Vargas Baron 2005, 43).

Depuis le début, l'UVDPE était considérée comme une ressource de création et de partage d'informations. Un moyen d'atteindre cet objectif est de télécharger sur la web les projets et les travaux des participants. Ainsi, les thèses et projets majeurs, les rapports des pays et les recherches clés des participants de 10 pays sont publiés sur le site web de l'UVDPE avec les photos des participants, leurs biographies et leurs coordonnées. Parmi les publications consacrées aux travaux de l'UVDPE nous citerons un numéro spécial de la revue *International Journal of Educational Policy, Research, and Practice* (Pence and Marfo 2004) qui présente une vue d'ensemble des projets majeurs et des thèses de tous les participants, des rapports sur les différents aspects de l'UVDPE dans le *Coordinator's Notebook* (Evans and Pence 2004), le *Journal of Education for International Development* (Schachter and Pence 2006), et *E-Learning* (Pence 2007), un chapitre du livre, *Perspectives on the Future of Higher Education in the Digital Age* (Schachter et al. 2005) ; une monographie de l'UNESCO, *ECD Policy Development and Implementation in Africa* (Pence 2004) ; des publications locales comme les bulletins d'information produits au Ghana et en Ouganda et ce premier volume important sur le DPE en Afrique qui contient les contributions de nombreux participants de l'UVDPE, enseignants, conseillers et membres de comité en Afrique et dans le monde.

Comme l'a fait remarquer l'évaluation d'impact, l'UVDPE a atteint tous ses objectifs. Au cœur de ceux-ci se trouvait le renforcement des capacités de DPE qui devait permettre d'atteindre des centaines et des milliers d'individus dans les pays participant au projet. En Afrique, le Malawi et l'Erythrée sont deux exemples de renforcement des capacités à grande échelle soutenu par l'UVDPE.

**Malawi**—La formation de quatre participants à l'UVDPE a apporté des succès au Malawi, dont la formation de 245 assistants sociaux pour le DPE et environ 1 800 pourvoyeurs de soins, ainsi qu'une augmentation du nombre des centres de DPE de 1 155 en 2000 à 5 899 en 2005. Les diplômés de l'UVDPE sont à la tête du réseau national de DPE, bien soutenus par le gouvernement et les partenaires au développement.

L'équipe de l'UVDPE a travaillé pour mettre le DPE au programme des plans de mise en œuvre, de développement et lancement des politiques nationales de DPE et de OEV (orphelins et enfants vulnérables);

le développement du Plan national d'action pour les OEV, le programme du DPE, le programme d'études du DPE, le document de programme du DPE, le guide des parents sur les soins aux enfants, le manuel de formation sur le DPE, les grandes lignes d'opérations du DPE, les plans annuels d'action et les rapports des recherches sur des aspects clés des pratiques de soins d'enfants dans les ménages et les communautés pour 2003 et 2004.

Il faut ajouter que la participation d'enfants n'est pas de pure forme, ils sont véritablement impliqués dans la résolution de problèmes. L'UVDPE a soutenu le Chancellor College pour inscrire le DPE comme sujet principal d'études et l'Université Mzuzu a commencé à donner des cours en DPE.

L'équipe de l'UVDPE a entrepris des formations et présenté des communications à l'échelle communautaire, nationale et internationale. Parmi les exemples internationaux, on peut citer les 2ème et 3ème conférences internationales africaines sur le DPE en 2002 et 2005, la Biennale mauricienne sur l'éducation et le DPE en 2004 et la Conférence sud-africaine sur le DPE en 2005 (Francis Chalamada, participant à l'UVDPE).

*Erythrée*—L'Erythrée est en train d'élaborer une stratégie de formation des formateurs (FDF) pour faciliter la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du programme de développement intégré de la petite enfance (DIPE) en développant les ressources humaines pour le DPE dont un élément important est la stratégie de l'enrichissement des parents. Le programme de l'UVDPE s'avéra essentiel pour avancer dans la réalisation de ces objectifs en introduisant une approche philosophique et en faisant des recommandations précises au moment opportun :

- L'identification des participants pour les cours sur le DPE. Les communautés locales identifient des participants potentiels et prennent des décisions basées sur la preuve de l'engagement des candidats pour la cause d'enfants et de leur communauté. Il faut aussi considérer la question de l'inégalité du développement de ces activités pour que les régions reculées soient également couvertes.
- L'identification des compétences actuelles de la FDF pour assurer les besoins de préparation professionnelle et, au fil du temps, renforcer les compétences nécessaires.
- La préparation des manuels, des ressources de formation et des techniques de développement pour organiser, mener et mettre en œuvre les programmes d'activités en utilisant une approche consultative apprise à l'UVDPE.

- La familiarisation avec les structures existantes et leur renforcement à l'échelle de Zoba (niveau régional), sous-Zoba, et Adi (village).
- L'introduction de la flexibilité à tous les niveaux d'activités du DPE dans le choix et l'utilisation d'un thème approprié au contexte (Abeba Habtom, participant à l'UVDPE).

### Étapes suivantes

Après avoir démontré l'efficacité générale et les bénéfices de l'approche de l'UVDPE pour la promotion de leadership, le renforcement des capacités et la mise en valeur du réseau, les étapes suivantes concernent la transition des programmes vers les institutions tertiaires d'Afrique anglophone. On prévoit qu'une institution sera basée en Afrique occidentale et une autre en Afrique de l'Est ou du Sud-est. En plus de ces deux institutions qui vont devenir les bases occidentales et orientales de l'UVDPE, il est prévu que chaque institution devienne avec le temps un centre régional de support aux recherches et développement du DPE. Les demandes de financement de cette étape de transition ont été soumises et la Banque mondiale a approuvé les fonds pour aborder certains aspects de ces étapes dans un programme de certificat d'un an de cours à l'UVDPE qui a commencé à la fin 2006.

La deuxième priorité en Afrique est de répondre à une demande de longue date en Afrique francophone pour le développement d'un programme similaire à celui de l'UVDPE et, en fin de compte, d'une base institutionnelle dans une institution francophone. Les discussions, coordonnées par le bureau ouest-africain de l'UNESCO et avec le soutien de l'ADEA et du bureau ouest-africain de l'UNICEF, se sont déroulées avec les pays intéressés au cours de la conférence d'Accra en mai 2005. Plusieurs participants anglophones venant des pays francophones ont été nommés pour prendre part au programme d'un an de l'UVDPE.

En Afrique francophone et anglophone, il est souhaitable que le volet manquant de l'approche à trois volets—les séminaires de 2 semaines sur le DPE tenus annuellement dans divers endroits en ASS—soit réinstauré. Les séminaires sont un outil de départ précieux pour les réseaux. Ils ont permis l'émergence de questions clés et le partage d'approches innovatrices de résolution de problèmes et d'initiatives. Les bailleurs de fonds, les agents de terrain, les fonctionnaires des gouvernements et les spécialistes internationaux se sont rassemblés dans un environnement de support et d'échanges qui a permis de préparer le terrain pour d'autres initiatives décrites dans ce chapitre. Par le biais de ces séminaires de DPE, on a pu

promouvoir les consultations entre les pays de l'ASS et présenter et considérer les idées qui ne venaient pas d'Afrique. Les séminaires satisfont un besoin auquel ne répondent pas la série de conférences ni le programme intensif de l'UVDPE. Les séminaires constituent un complément pratique, accessible et efficace aux deux autres activités, et ils devraient être proposés à tous les africains, anglophones, francophones et lusophones.

## Conclusion

Dans ce chapitre, l'histoire de l'UVDPE vise le DPE et l'Afrique—mais elle pourrait s'adresser à n'importe quelle région en développement dans le monde confrontée à des questions techniques qui nécessitent de promouvoir le leadership, le renforcement des capacités et d'amélioration du réseau. Certains aspects de l'éducation, de la santé, de la nutrition et de l'aide sociale, pour n'en citer que quelques uns, doivent être pris en charge dans certains créneaux. Des interactions bien déterminées et planifiées entre des leaders locaux respectés et engagés avec des leaders régionaux et internationaux dans un environnement qui respecte ce que *chacun* peut apporter à la discussion permettront de trouver le moyen d'aller de l'avant durablement et en harmonie avec le contexte local.

Les institutions de l'enseignement tertiaire devraient jouer un rôle clé dans la promotion d'approches coordonnées et réfléchies du renforcement de capacités, mais elles le font rarement. Comme l'a remarqué Clark Kerr (ancien président de l'Université de Californie à Berkeley) il y a des nombreuses années, les universités sont l'une des institutions sociales qui ont le moins changé au cours des siècles. Partout dans le monde, les bastions de briques et de mortier, dominés par des amphithéâtres et des présentations de cours magistraux, sont pareils aujourd'hui à ce qu'ils étaient pour les élites dans l'Europe au XVe siècle. Les universités ont un rôle à jouer dans le renforcement des capacités pour le développement, mais ce rôle ne ressemble pas à celui qu'elles ont joué jusqu'à présent. Pour que les universités puissent pleinement jouer le rôle capital qui devrait être le leur, il faut qu'elles descendent de leurs « tours d'ivoire » pour aller dans les rues et les communautés qui les entourent, il faut qu'elles acceptent le fait que les sources de savoir sont multiples et que toutes doivent être considérées, sans préjugés, pour identifier les solutions utiles aux problèmes d'une communauté, qu'il faut travailler avec des groupes intersectoriels et promouvoir le travail en équipe et les échanges entre groupes, s'efforcer d'entendre les voix qu'on entend rarement, les écouter, les démarginaliser et les placer dans d'autres discours, qu'il faut

introduire la technologie dans les pratiques d'éducation et l'utiliser pour développer et amplifier le travail des étudiants, et, peut-être plus important que tout il faut qu'elles cessent de craindre « ne pas savoir ». Si les universités y arrivent, alors elles joueront un rôle utile dans le renforcement des capacités dans le monde entier.

## Notes

1. Voir <http://www.ecdву.org> pour la liste des membres de ce groupe consultatif, les membres des comités pour les projets et thèses des étudiants, et d'autres individus, organismes et bailleurs de fonds clés associés au programme de l'UVDPE
2. Voir <http://www.fnpp.org> pour les références.

## Références

- Accra Communiqué*. 2005. Accès en ligne 16 Août 2006 : [http:// www.adeanet.Org/download center/Focus/COMMUNIQUE%20-%20final.doc](http://www.adeanet.Org/download_center/Focus/COMMUNIQUE%20-%20final.doc).
- Asmara Declaration on ECD*. 2002. Accès en ligne 10 Août 2006 ;, [http://www.ecdgroup.com/asmara\\_declaration\\_on\\_ECD.asp](http://www.ecdgroup.com/asmara_declaration_on_ECD.asp).
- Ball, J., and A. R. Pence. 2000. Program Evaluation Report: Strengthening *Community Capacity for Early Childhood Care and Development*. Programme de partenariats avec les nations premières, University of Victoria, Victoria, B.C.
- . 2002. "The Generative Curriculum Model." En *UNESCO-MOST Best Practices on Indigenous Knowledge (I.K.)*. Paris: UNESCO.
- . 2006. *Supporting Indigenous Children's Development: Community-University Partnerships*. Vancouver, B.C.: UBC Press.
- Chambers, R. 1994. *Challenging the Professions*. London: Intermediate Technology Publications.
- Evans, J., and A. R. Pence. 2004. "The Early Childhood Development Virtual University." *Coordinators' Notebook* 28: 46–47.
- Pence, A. R. 1999. Proposal to the World Bank for the Establishment of the Early Childhood Development Virtual University (ECDVU). Brouillon.
- . 2004. *ECD Policy Development and Implementation in Africa*. UNESCO Early Childhood and Family Policy Series 9. Paris: UNESCO.
- . 2007. "ECD and E-Learning in Africa: The Early Childhood Development Virtual University (ECDVU)." *E-Learning* 4 (1): 15–22.
- Pence, A. R., V. Kuehne, M. Greenwood, and M. R. Opekokew. 1993. "Generative Curriculum: A Model of University and First Nations Cooperative,

- Post-Secondary Education." *International Journal of Educational Development* 13 (4): 339–49.
- Pence, A. R., and K. Marfo, eds. 2004. "Capacity Building for Early Childhood Education in Africa" [Special issue]. *International Journal of Educational Policy, Research, and Practice* 5 (3).
- Pence, A. R., and M. McCallum. 1994. "Developing Cross-Cultural Partnerships: Implications for Child Care Quality Research and Practice." En *Valuing Quality*, ed. P. Moss and A. Pence, 108–22. London: Paul Chapman Publishing; New York: Teachers College Press.
- Schachter, L., A. R. Pence, A. Zuckernick, and J. Roberts. 2005. "Distance Learning in Africa: From Brain Drain to Brain Gain." En *Perspectives on the Future of Higher Education in the Digital Age*, ed. M. Beaudoin, 165–86. Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Schafer, J., and A. R. Pence. 2006. "Exploring and Promoting the Value of Indigenous Knowledge in Early Childhood Development in Africa." *Journal of Education for International Development* 2 (3).
- Statistics Canada. 2001. *Aboriginal Peoples Survey*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Vargas-Barón, E. 2005. *Impact Evaluation of the ECDVU*. Rapport d'évaluation pour la Banque Mondiale. Washington, DC: Banque Mondiale.
- Zuckernick, A. 2000. Minutes des réunions du group international de conseil de l'ECDVU, Washington, DC. April.





## ECO-CONTRÔLE

### *Déclaration d'avantages environnementaux*

La Banque mondiale a pris l'engagement de préserver les forêts et les ressources naturelles. La maison d'édition a décidé d'imprimer *L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique : Soins et développement de la petite enfance en Afrique subsaharienne* sur du papier recyclé comprenant 50 pourcent de papier déjà utilisé, selon les standards recommandés par Green Press Initiative, un programme à but non lucratif incitant les maisons d'édition à utiliser du bois qui ne provienne pas de forêts en danger. Pour plus d'informations, vous pouvez visiter [www.greenpressinitiative.org](http://www.greenpressinitiative.org).

Sauvés:

- 6 arbres
- 3,165 million kJ d'énergie totale
- 284 kg d'effet de serre net
- 10 761 litres d'eau usée
- 81 kg de déchets solides





La petite enfance, de la naissance jusqu'à l'entrée scolaire, est restée largement invisible dans le monde entier en tant que préoccupation politique majeure pour le gros du vingtième siècle. Les enfants, aux yeux de la plupart des pays, ont été des «appendices» de leurs parents ou tout simplement intégré dans la structure plus grande de la famille. L'enfant n'a pas émergé comme une entité sociale distincte jusqu'à l'atteinte de l'âge scolaire (généralement six ou sept ans). *L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique : Soins et développement de la petite enfance en Afrique subsaharienne* se concentre sur les 130 millions d'enfants au sud du Sahara dans ce groupe d'âge des 0 à 6 ans.

Ce livre, le premier de son genre, présente une collection équilibrée d'articles écrits par des auteurs africains et non-africains, dont des praticiens sur le terrain, des universitaires, et membres d'organisations gouvernementales, non gouvernementales et locales. *L'Avenir de l'Afrique, Le Défi de l'Afrique* compile des données et points de vue les plus récents sur l'état de l'enfance en Afrique sub-saharienne. Les sujets abordés comprennent les raisons pour investir dans les jeunes enfants, les tendances des politiques en matière de développement de la petite enfance (DPE), les perspectives historiques de la DPE en Afrique sub-saharienne, notamment les approches indigènes, les nouvelles menaces du VIH/SIDA, et l'importance des pères dans la vie des enfants. Le livre s'intéresse également à l'élaboration des politiques et aux problèmes de mises en œuvre du DPE ; présente l'expérience de programmation en matière de DPE dans plusieurs pays, soulignant les meilleures pratiques et les défis, et évalue l'impact des programmes de DPE dans un certain nombre de pays.



BANQUE MONDIALE

ISBN: 978-0-8213-8804-4



SKU: 18804