

Perspectives de l'éducation de l'Union Africaine 2014 : Développement de la Petite Enfance: Vue Continentale



Le développement de la petite enfance est défini comme la période allant de la conception à l'âge de 8 ans. Cette période est considérée comme la phase du développement la plus importante de l'existence. Le développement sain de la petite enfance comprend les domaines du développement cognitif – physique, socio-affectif, du langage – qui ont chacun une importance égale. Il influence fortement le bien-être tout au long de la vie.

On peut définir l'Éducation et la Protection de la Petite Enfance (EPPE) comme le soutien à la survie, la croissance, le développement et l'apprentissage de l'enfant de sa conception jusqu'à son entrée à l'école primaire. Ce soutien est offert par une palette de prestataires de services, notamment les personnels du cycle primaire, et il est accessible dans une variété de cadres : formel, informel et non formel.

I. Introduction

Notre population d'enfants de moins de six ans, qui représente environ 13 millions d'enfants en Afrique subsaharienne (20 pour cent de sa population totale), est confrontée à des défis importants de privation, notamment la pauvreté, l'insécurité alimentaire, le retard de croissance, la malnutrition, les risques sanitaires, la violence, les conflits y compris la guerre, et elle est donc souvent exposée aux risques et mal préparée physiquement et mentalement pour l'école.

Malgré tous les éléments d'information qui démontrent que les premières années de la vie de ces enfants sont une période porteuse de grandes opportunités, qu'elle sera déterminante dans le déroulement de leur vie, qu'elle est décisive pour le développement humain et que l'incapacité à investir est coûteuse et sera difficile à compenser plus tard dans la vie, les progrès accomplis vers la réalisation de l'Éducation et de la protection de la petite enfance (EPPE) en Afrique ont été trop lents.

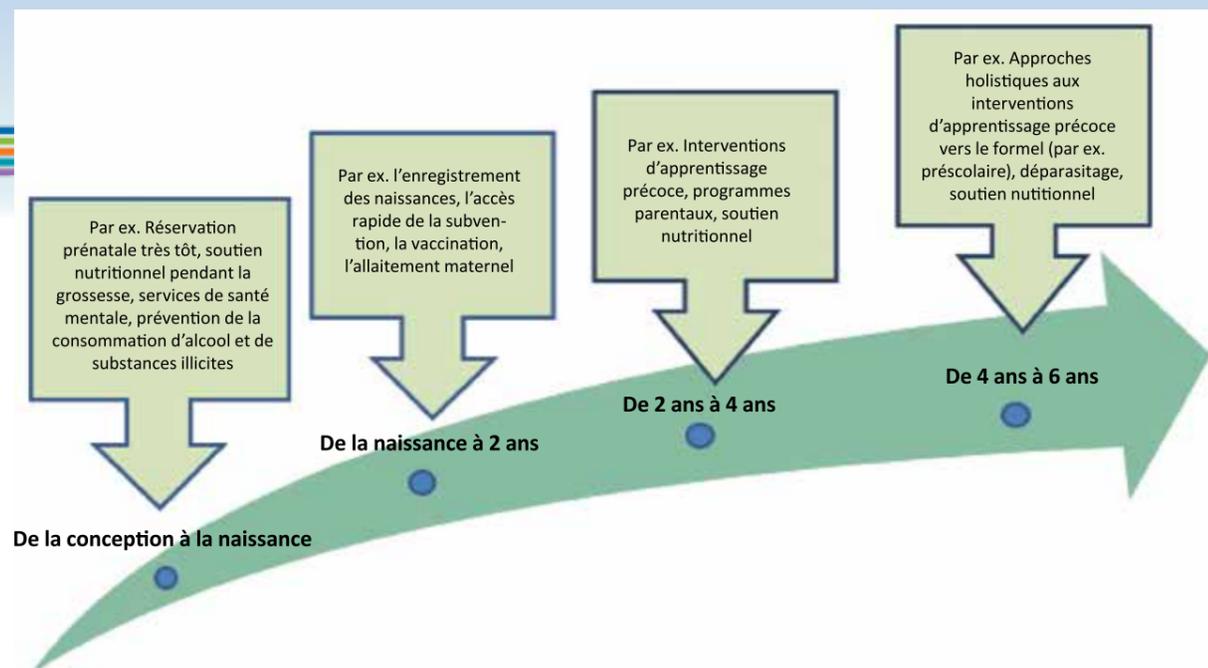
À long terme, c'est le degré auquel nous serons capables d'assurer l'accès aux services adaptés et de qualité d'Éducation et de protection de la petite enfance nécessaires pour garantir une couverture universelle qui décidera du futur du continent. Si nous faisons les choses correctement maintenant, nos perspectives futures seront bonnes. Cependant, notre incapacité actuelle à faire maintenant les investissements nécessaires au bien-être de nos enfants nous coûtera cher à long terme et sera difficile à compenser plus tard ; nous devons nous intéresser à l'EPPE, afin de créer un avenir meilleur pour les Africains du continent, en particulier ceux qui souffrent de la pauvreté et les difficultés.

2. Quels sont les progrès accomplis vers l'Éducation et la protection de la petite enfance en Afrique?

2.1 Vue d'ensemble des progrès et des défis

L'EPPE offre un mécanisme permettant de garantir les droits des enfants. Il ouvre la voie à tous les objectifs de l'EPT, à la réalisation des objectifs de la Deuxième décennie de l'éducation de l'UA et il contribue puissamment à réduire la pauvreté et édifier des sociétés saines, contribuant ainsi également à atteindre les objectifs globaux des Objectifs du Millénaire pour le développement. Inscrire l'EPPE comme l'objectif n° 1 de l'agenda international semble être la reconnaissance que c'est le fondement de beaucoup de ce qui va suivre dans le parcours d'apprentissage des enfants, de l'éducation de base à l'enseignement supérieur. Cependant, cela ne se reflète pas dans la façon dont l'EPPE est abordée à plusieurs niveaux. Les autres objectifs de l'EPT reçoivent la priorité sur les plans politiques – orientation et action – et budgétaires, passant avant et par-dessus l'EPPE, en particulier l'enseignement primaire universel.





Cet état de fait est corroboré par le rapport de l'UNICEF, Le monde que nous voulons qui affirme que « l'approche mondiale actuelle de l'éducation qui n'aborde pas l'éducation dans une perspective holistique et intégrée, privilégiant les objectifs les plus réalisables, reléguant au second plan les autres objectifs comme l'alphabétisation des adultes, ou ciblant les « presque pauvres », et sous-desservant ainsi ceux qui sont difficiles à atteindre ... Alors que les objectifs de l'EPT identifient les différentes étapes du cycle de l'éducation, l'agenda est en grande partie confiné à l'enseignement primaireet donc sans surprise, les progrès accomplis dans la réalisation des autres objectifs de l'EPT, en dehors de l'enseignement primaire, restent inégaux et sans commune mesure avec ceux de l'enseignement primaire : »

En 2012, l'ANCEFA a noté une certaine réussite vers l'inscription de l'EPPE comme priorité. Il a déclaré que 26 pays avaient inclus l'EPPE dans leurs plans de développement sectoriels ou nationaux, qu'au moins 76 pour cent des pays africains étaient engagés dans la planification ou la mise en œuvre des politiques d'EPPE (19 pays avaient élaboré des politiques d'EPPE et 20 étaient engagés dans le processus de planification). À ce stade, aucun pays d'Afrique subsaharienne n'a adopté de politique d'enseignement préprimaire obligatoire. Bien que certaines indications montrent que l'EPPE reçoit une plus grande attention, la même année, l'UNESCO a rapporté que moins de 12 pour cent des enfants africains avaient eu accès à des services d'Éducation et de protection de la petite enfance (EPPE).

L'EPPE est une problématique intersectorielle qui concerne la santé, la nutrition, le développement social et l'éducation. S'il est important de faire de l'EPPE une priorité de l'agenda, la confiner uniquement au domaine de l'éducation pourrait encore aggraver le manque de dynamisme nécessaire à sa réalisation, car on n'en parlerait que dans le contexte de l'apprentissage formel de l'inscription dans l'enseignement préscolaire et son développement plus large, et de ses composantes liées à la santé rapportées de manière fragmentée en relation avec d'autres agendas internationaux. Qui est donc responsable du développement précoce des jeunes enfants sur ce continent ? De plus, si l'apprentissage commence à la naissance, il faut prendre en compte la stimulation précoce du jeune enfant pendant la phase de développement jusqu'au moment approprié de son entrée dans les cadres de l'apprentissage formel. Cela impliquera de mesurer et de suivre l'accès des enfants depuis la naissance aux programmes de stimulation précoce qui peuvent être dispensés par une prestation informelle ou non formelle (par exemple, les visites à domicile ou les groupes de jeu d'apprentissage précoce). Par conséquent, pour rendre compte de l'apprentissage précoce au regard des agendas de l'EPT et de l'UA, il convient de dépasser cette perception étroite et d'inclure le suivi des possibilités d'apprentissage des enfants de la naissance à six ans.

Cette position est corroborée par le Rapport mondial de suivi 2008 qui a indiqué que les programmes d'EPPE à l'intention des enfants de moins de 3 ans étaient négligés. Le rapport a révélé que les programmes destinés aux enfants de cette cohorte d'âge ne se trouvent que dans 53 pour cent du monde, principalement en Amérique du Nord et en Europe de l'Ouest, en Asie centrale, en Amérique latine et dans les Caraïbes. De plus, le rapport a indiqué que dans certains de ces pays, on considérait que l'offre d'activités d'EPPE relevait de la seule responsabilité de la famille et/ou de prestataires privés, compliquant ainsi la notion de couverture universelle et freinant la capacité d'égalité que possède l'EPPE quand elle est offerte à des communautés affectées par la pauvreté et marginalisées.

Il est important de noter qu'il existe une forte corrélation entre la pauvreté, la santé et le bien-être. Alors que nous tentons de soutenir et de rendre compte des acquis de l'apprentissage des jeunes enfants, il convient de le faire en tenant compte de toute la gamme des besoins de l'enfant qui favorisent les acquis de l'apprentissage, en se concentrant sur la pauvreté,

la nutrition et la santé (un ensemble des services essentiels ou complets). Cela permettra également des interventions plus intégrées et ciblées pour créer des perspectives meilleures et holistiques pour les jeunes enfants. Le schéma ci-dessous met en évidence toutes les phases du développement de l'offre et il montre clairement que la mise en œuvre efficace d'une offre d'EPPE est une entreprise intersectorielle qui nécessite un degré élevé de collaboration entre ceux qui sont chargés de la santé, de la nutrition, de la protection sociale et de la stimulation précoce.

Le tableau ci-après met en évidence certaines réalisations clés vers la réalisation de l'EPPE sur le continent en relation avec la discussion précédente, avec certaines données mondiales et comparatives.

Notes sur les progrès 1 : Étendre et améliorer l'offre globale d'Éducation et de protection de la petite enfance, en particulier pour les enfants les plus vulnérables et défavorisés

1. Le bien-être de la petite enfance s'améliore et les taux de mortalité infantile et de malnutrition ont baissé dans de nombreux pays dans toutes les régions du monde. Cependant, l'objectif des OMD concernant la mortalité infantile ne sera probablement pas atteint. La mortalité des moins de cinq ans demeure élevée, 123 pour 1 000, en Afrique subsaharienne.
2. L'inscription dans les programmes préscolaires s'est développée au cours de la décennie écoulée. De nombreux pays d'Afrique subsaharienne ont élaboré des politiques d'EPPE, et ils sont de plus en plus à comprendre que ces politiques doivent être multisectorielles et globales. Les progrès relatifs aux taux bruts de scolarisation dans l'enseignement préprimaire ont été plus lents dans les pays à revenu faible, avec des taux faibles et peu d'amélioration constatée en Afrique subsaharienne (de 12 à 17 pour cent).
3. L'indice de l'EPPE mesure les progrès généraux en établissant la moyenne des enfants qui survivent au-delà de leur cinquième anniversaire, le pourcentage de ceux qui ne souffrent pas de retard de croissance modéré ou sévère, et le pourcentage des enfants de 3 à 7 ans inscrits à l'école. Sur les 68 pays pour lesquels on dispose de données pour 2010, seule la Biélorussie a obtenu un score de plus 0,95. Les 25 pays ayant un indice d'EPPE situé entre 0,80 et 0,95, considéré comme ayant obtenu un classement intermédiaire, sont principalement des pays à revenu intermédiaire d'Asie centrale et d'Europe de l'Est, et d'Amérique latine et des Caraïbes. Les 42 pays restants qui ont un indice inférieur à 0,80 sont principalement des pays à revenu intermédiaire inférieur, et la majorité est située en Afrique subsaharienne.2

2.2 Les taux de mortalité infantile

Étant donné que nous avons abordé jusqu'ici l'EPPE comme une problématique intersectorielle, ce rapport reviendra sur certains facteurs clés qui ont un impact sur le bien-être du jeune enfant et ses capacités à tirer le meilleur parti des opportunités offertes par l'éducation formelle. En plus de la santé qui est un droit de chaque enfant, l'intervention précoce réduit le risque de morbidité et de mortalité pendant l'enfance et aboutit à la réduction de la charge de morbidité plus tard dans la vie. Il est crucial que les risques élémentaires ou évitables pour la santé de l'enfant soient éliminés.

En outre, le VIH et les attaques graves ou répétées de paludisme affectent le développement cognitif de millions de jeunes enfants à l'échelle mondiale. Protéger les enfants de ces maladies et d'autres maladies infectieuses et garantir un traitement précoce sont des stratégies efficaces pour éviter ou amoindrir les effets négatifs des maladies infectieuses. Le soutien aux familles affectées par le VIH peut réduire l'impact des risques associés comme l'arrêt des soins et les problèmes de santé mentale

Taux de mortalité au-dessous de cinq ans (pour 1 000 naissances d'enfants vivants)

Régions	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2012
Afrique subsaharienne	242	216	199	185	177	170	155	130	106	98
Afrique orientale et australe	209	190	186	172	163	155	139	85	85	77
Afrique occidentale et centrale	274	245	217	203	195	189	174	127	127	118
Moyen-Orient et Afrique du Nord	202	165	126	90	71	61	50	32	32	30

NOTE : La cause des décès des moins de cinq ans : conditions néonatales 26 pour cent, ARI 21 pour cent, paludisme 18 pour cent, diarrhées 16 pour cent, VIH/Sida 6 pour cent, rougeole 5 pour cent, blessures 2 pour cent et autres 5 pour cent. Les causes néonatales (représentant 26 pour cent des décès des moins de cinq ans en Afrique) comprennent : septicémie/pneumonie 27 pour cent, asphyxie 24 pour cent, naissance prématurée 23 pour cent, tétanos 9 pour cent, anomalies congénitales 6 pour cent, diarrhée 3 pour cent, autres causes 7 pour cent 2. Ces conditions sont évitables.

Malgré les progrès résolus qui ont été accomplis à l'échelle mondiale pour réduire les décès des enfants, une proportion accrue de décès d'enfants a lieu en Afrique subsaharienne où un enfant sur dix meurt avant l'âge de cinq ans. D'après la fiche de renseignement 2012 de l'UNESCO, environ 12 000 enfants africains meurent chaque jour dans des conditions qui auraient pu être évitées – l'équivalent d'un Boeing 747 qui s'écrase toutes les heures. Si nous voyons surtout la tendance à la baisse de la mortalité infantile des moins de cinq ans sur le continent, avec toujours plus de 100 décès pour 1 000 naissances vivantes en Afrique occidentale et centrale, il est peu probable que nous atteindrons la cible des OMD de 29 pour 1 000 d'ici à 2015.

Par ailleurs, les chiffres de la mortalité infantile publiés par l'UNICEF en 2012 ont montré que quelque 2 000 enfants de moins de cinq ans meurent chaque jour de maladies diarrhéiques, parmi lesquels une majorité, environ 1 800 enfants par jour, meurent de maladies liées au manque d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène élémentaire.

2.3 Retard de croissance, émaciation et malnutrition

Les causes fondamentales du retard de croissance, de l'émaciation et de la malnutrition des enfants sont l'insécurité alimentaire dans la famille liée à la pauvreté. Une mauvaise nutrition cause de graves dommages pendant la grossesse et les deux premières années de la vie. Ces dommages sont souvent irréversibles et conduisent à un risque accru de maladies dégénératives plus tard dans l'existence, mais ils ont aussi des répercussions négatives sur les capacités d'apprentissage et le développement physique de l'enfant avec des conséquences plus tard sur la productivité de l'adulte et le développement économique.

Incidence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique		
Nbre de Pays	Pays	% Amplitude
5	Tchad, Soudan, Somalie, Érythrée, Niger	30-36
11	Burundi, Éthiopie, Sud-Soudan, Burkina Faso, République centrafricaine, RDC, Nigéria, Djibouti, Sierra Leone, Bénin, Mauritanie	20-29
10	Mali, Guinée Bissau, Sénégal, Gambie, Namibie, Togo, Angola, Guinée, Kenya, Tanzanie	16-19
17	Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Libéria, Mozambique, Zambie, Ouganda, Ghana, Lesotho, Malawi, Sao Tomé et Príncipe, Botswana, Congo, Guinée équatoriale, Rwanda, Zimbabwe, Afrique du Sud	9 - 15
7	Égypte, Gabon, Swaziland, Libye, Algérie, Maroc, Tunisie	2 - 6

Source : OMS (2012)

Quelque 16 pays africains comptent au moins 20 pour cent de leurs enfants de moins de cinq ans qui souffrent de la malnutrition. Dans cinq de ces pays, la prévalence se situe entre 30 et 36 pour cent. L'émaciation est la malnutrition sévère et ici sept pays sont confrontés à un défi avec 15 pour cent ou plus de leurs enfants de moins de cinq ans qui montrent des signes de grave sous-alimentation.

Incidence de l'émaciation chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique		
Nbre de Pays	Pays	% Amplitude
1	Sud-Soudan	23
6	Niger, Bénin, Tchad, Soudan, Madagascar, Érythrée	15-18
5	Somalie, Mauritanie, Burkina Faso, Comores, Sao Tomé et Príncipe,	11-13
11	Éthiopie, Nigéria, Djibouti, Sénégal, Gambie, RDC, Mali, Congo, Côte d'Ivoire, Angola, Namibie	8 - 10
19	République centrafricaine, Kenya, Botswana, Égypte, Burundi, Mozambique, Cameroun, Afrique du Sud, Guinée Bissau, Ghana, Zambie, Tanzanie, Guinée, Ouganda, Togo, Malawi, Libye, Lesotho, Algérie	4-6
8	Rwanda, Liberia, Equatorial Guinea, Zimbabwe, Gabon, Tunisie, Morocco, Swaziland	1-3

Source : OMS (2012)

NOTE : contrairement à l'insuffisance pondérale et à l'émaciation, le retard de croissance est en grande partie irréversible. Une mauvaise nutrition pendant les 1 000 premiers jours de la vie d'un enfant peut avoir des conséquences irréversibles. Pour des millions d'enfants, cela signifie qu'ils souffriront toujours de retard de croissance. Plus petits que leurs pairs qui ne souffrent pas de retard de croissance, les enfants souffrant de retard de croissance sont plus exposés au risque de la maladie. À l'école, ils sont souvent en retard en classe. Ils entrent dans l'âge adulte avec plus de risque de surcharge pondérale et sont sujets aux maladies non transmissibles. Et quand ils commencent à travailler, ils gagnent souvent moins que leurs collègues qui ne souffrent pas de retard de croissance. C'est une violation de leurs droits. C'est aussi un fardeau énorme pour les nations dont les futurs citoyens ne seront jamais en aussi bonne santé ou aussi productifs qu'ils auraient pu l'être.

L'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud abritent trois quarts des enfants souffrant de retard de croissance dans le monde. En Afrique subsaharienne, 40 pour cent des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance et en Asie du Sud 39 pour cent. Sur les quatorze pays dans le monde qui abritent 80 pour cent des enfants souffrant de retard de croissance, huit sont situés en Afrique.

Le tableau ci-dessous présente une vue d'ensemble du pourcentage des enfants de moins de cinq ans qui souffrent de retard de croissance modéré ou sévère. Il existe 16 pays africains où la prévalence du retard de croissance dans cette tranche d'âge est de 40 pour cent ou plus. Jusqu'à 58 pour cent des moins de cinq ans au Burundi montrent des signes de retard de croissance.

Incidence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique		
Nbre de Pays	Pays	% Amplitude
1	Burundi	58
15	Madagascar, Malawi, Bénin, Zambie, Érythrée, Éthiopie, Niger, Rwanda, Sierra Leone, RDC, Mozambique, Libéria, Somalie, Tanzanie, République centrafricaine	40-50
20	Tchad, Lesotho, Nigéria, Guinée équatoriale, Kenya, Soudan, Burkina Faso, Cameroun, Afrique du Sud, Ouganda, Guinée Bissau, Zimbabwe, Botswana, Djibouti, Sud-Soudan, Swaziland, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Togo	30-39
10	Angola, Égypte, Namibie, Sao Tomé et Príncipe, Mali, Sénégal, Gambie, Ghana, Mauritanie, Libye	20-29
4	Gabon, Algérie, Maroc, Tunisie	10-17

Source: OMS (2012)

Les données suggèrent que réduire la prévalence de la malnutrition et l'amélioration des taux de croissance du retard de croissance qui en découle amélioreraient la qualité de la scolarité en diminuant les fardeaux évitables sur le système éducatif et en mettant l'accent sur la qualité de l'éducation.

Il existe de nombreuses questions transversales qui ont un impact sur la sécurité alimentaire, notamment, les conflits, la guerre et la maladie. Dans de mauvaises conditions, les très jeunes enfants (1 à 5 ans) sont de plus en plus privés de soins et d'attention appropriés, reçoivent très peu de stimulation et doivent même se débrouiller seuls quand ils sont malades. Sur les 76 pour cent des enfants de notre continent qui entrent chaque année à l'école primaire, 38 pour cent ont connu une malnutrition modérée ou sévère impactant leur développement psychomoteur ou cognitif.

Une étude récente d'évaluation de l'impact d'un programme de nutrition communautaire à Madagascar montre que l'on peut améliorer la malnutrition sur le court et le long terme quand les mères participent aux programmes de santé communautaires qui encouragent le changement de comportement en matière de nutrition, d'alimentation et de pratiques d'hygiène. L'étude met en évidence les complémentarités importantes entre l'instruction des mères, les connaissances et les infrastructures communautaires pour améliorer la situation nutritionnelle des enfants¹.

2.4 Opportunités de stimulation précoce

À l'échelon régional, il y a eu plusieurs initiatives pour encourager l'inscription des jeunes enfants dans les classes préprimaires. Dans la région de la SADC, le développement de la petite enfance s'élève à 45 pour cent en moyenne et progresse clairement. Les niveaux dans la CAE sont particulièrement élevés au Kenya et en Tanzanie où ils sont supérieurs à 30 pour cent et ils augmentent régulièrement dans d'autres pays. Des progrès considérables ont été accomplis dans huit états membres de la CEEAC où les inscriptions dans l'enseignement préscolaire ont plus que doublé. Dans la CEDEAO (à l'exception du Cap-Vert et du Ghana) et à l'IGAD, les progrès ont été plus timides et les taux (19 pour cent en moyenne) sont très inférieurs à la moyenne continentale (28 pour cent) en 2012.

¹ <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/0,,contentMDK:21986729~pagePK:64165401~piPK:64165026~theSitePK:469382~isCURL:Y,00.html>





Les statistiques montrent que les taux bruts de scolarisation préprimaire (TBS) ont augmenté de 5 pour cent en neuf ans^{2 3}. Bien qu'il soit difficile de rendre compte de l'accès au DPE à cause de la tranche d'âge des enfants impliqués et de la diversité des approches utilisées, le tableau ci-après suggère néanmoins une participation au DPE très faible à travers les régions orientale et australe de l'Afrique⁴.

Pays	Tranche d'âge	Pourcentage de ceux qui ont accès aux services de DPE	Année
Angola	5	104	2010
Botswana	3-5	19	2010
Burundi	4-6	9	2010
Comores	3-5	22	2010
Érythrée	5-6	14	2010
Éthiopie	4-6	5	2010
Kenya	3-5	52	2010
Lesotho	3-5	33	2010
Madagascar	3-5	9	2010
Namibie	5-6	33	1999
Rwanda	4-6	11	2010
Afrique du Sud	6	65	2010
Swaziland	3-5	23	2010
Ouganda	3-5	14	2010
Tanzanie	5-6	33	2010

Source : Base de données Perspectives de l'UA (2014) ... Aucune donnée disponible

Dans un certain nombre de pays, notamment le Kenya, l'Ouganda, le Malawi et le Zimbabwe, les gouvernements, en collaboration avec l'UNICEF, ont promu l'accès aux services de DPE en mettant en place des services innovants. Citons notamment, les Programmes communautaires de soins et d'appui aux enfants (CBCC) au Malawi, une initiative de préparation rapide à l'école au Kenya, une approche de mentorat d'enfant à enfant en Éthiopie, et l'extension des programmes de DPE aux écoles primaires au Lesotho et au Zimbabwe. Ce rapport a déjà traité les questions liées au fait de ne rendre compte que de l'accès aux écoles préscolaires pour aborder l'ensemble des progrès accomplis en matière d'EPPE. Il faut leur accorder l'attention qu'elles méritent.

3. Petite enfance et conflits

La recherche de la biologie aux sciences sociales continue de fournir des preuves solides démontrant que les conditions dans lesquelles les jeunes enfants vivent et grandissent déterminent l'évolution de leur santé et de leur développement. Bien trop souvent, les enfants sont exposés à des conditions qui ne répondent pas aux besoins les plus élémentaires de leur santé et de leur développement.

La guerre et le déplacement créent des situations de risque élevé ou de vulnérabilité pour le développement et le bien-être des enfants par l'exposition accrue à des situations de débâcle économique, de destruction des infrastructures de base (à savoir la santé, l'éducation, la protection juridique), de diminution de l'hygiène et de l'assainissement et de l'augmentation de la propagation des maladies qui en résulte, et d'effondrement des structures sociales d'appui qui sont empêchées de soutenir et de protéger les enfants.

Aucun pays fragile à faible revenu ou en situation de conflit n'a réalisé un seul Objectif du Millénaire pour le développement. Les personnes vivant dans les états fragiles ou en situation de conflit sont deux fois plus susceptibles d'être sous-alimentées que dans les autres pays en développement, plus de trois fois plus susceptibles de ne pas pouvoir envoyer leurs enfants à l'école, deux fois plus susceptibles de voir leurs enfants mourir avant l'âge de cinq ans et plus de deux fois plus susceptibles de ne pas avoir accès à l'eau potable⁵.

² http://www.un.org/en/ecosoc/newfunc/pdf/11_cli_africa_concept_note_april_2011.pdf

³ Taux brut de scolarisation. Le total correspond au nombre total des inscriptions dans l'enseignement préprimaire, indépendamment de l'âge, exprimé en pourcentage de la population totale ayant l'âge officiel de fréquenter l'enseignement préprimaire. Le TBS peut dépasser 100% en raison de l'inclusion d'élèves plus âgés ou moins âgés à cause de leur entrée très tôt ou tardive à l'école ou des redoublements.

⁴ Rapport mondial de suivi sur l'Éducation pour tous 2012 : Jeunes et compétences : l'éducation au travail, http://www.unicef.org/esaro/5481_early_childhood_development.html

⁵ Banque mondiale, Rapport sur le développement dans le monde 2011, Conflit, sécurité et développement, page 5.

En moyenne, un pays qui a connu une violence grave pendant la période de 1981 à 2005 a un taux de pauvreté de 21 points plus élevé qu'un pays qui n'a connu aucune violence. La santé, la paix et le développement ne peuvent exister sans une population humaine dynamique et une population humaine dynamique ne peut pas exister sans des enfants en bonne santé, en paix et dynamiques.⁶

4. Petite enfance et handicap

La situation des enfants dans le monde 2013 de l'UNICEF, publiée le 30 mai, s'ouvre sur un défi : les estimations mondiales du nombre d'enfants handicapés sont périmées. Elles s'appuient souvent sur l'estimation de 2004 de 93 millions d'enfants. Dans ce cas, comment, pouvons-nous répondre aux besoins de ces enfants sans connaître l'ampleur des besoins ?

Pour tous les enfants, la petite enfance offre un large éventail d'opportunités pour asseoir les bases de l'apprentissage tout au long de la vie et la participation à la société, tout en empêchant les retards potentiels de développement et les handicaps. De nombreux facteurs qui contribuent aux niveaux élevés de déficience affectant les jeunes enfants peuvent être évités. Citons les déficiences congénitales, la malnutrition, les maladies infantiles, le manque d'assainissement et d'eau potable et les accidents évitables. Dans le même temps, pour les enfants handicapés, la petite enfance est une période vitale pour assurer l'accès aux interventions qui peuvent les aider à développer tout leur potentiel.

Malgré cette reconnaissance, les enfants handicapés qui sont plus vulnérables face aux risques liés au développement sont souvent négligés dans les programmes et les services généraux conçus pour assurer le développement de l'enfant. Ils sont parmi les enfants les moins bien pourvus et les plus marginalisés et vulnérables du monde. Ils sont les moins susceptibles d'aller dans les programmes ou les centres formels, ils luttent souvent pour accéder aux services de santé dont ils ont besoin et sont particulièrement vulnérables à la violence, aux mauvais traitements et à l'exploitation.

La Convention sur les droits de l'enfant et la Convention relative aux droits des personnes handicapées ont souligné que les enfants handicapés ont les mêmes droits que les autres enfants. Les programmes d'EPPE peuvent conduire à l'amélioration des taux de survie, de croissance et de développement, et garantir l'efficacité des programmes d'enseignement ultérieurs. Les approches combinant les programmes dans des centres et les interventions parentales, notamment les programmes de visite à domicile, peuvent aider les parents et les professionnels à détecter très tôt les retards de développement, améliorer le développement des enfants, empêcher les mauvais traitements et la négligence et s'assurer de leur état de préparation pour l'apprentissage.

5. Fixer des priorités : que faut-il inscrire sur l'agenda pour la voie à suivre?

L'EPPE doit être restructurée comme une question intersectorielle avec des objectifs et des outils correspondant pour évaluer la réalisation vers ces objectifs. L'approche intégrée cherche fondamentalement à construire des systèmes de coordination intersectoriels, à promouvoir l'innovation des programmes, surmonter les déficits de connaissances, de services et de ressources, et à développer les programmes coûts-efficaces et culturellement pertinents. Les pays trouvent que l'approche intégrée à la planification des politiques de DPE aide tous les secteurs à contribuer à améliorer la survie de l'enfant, sa croissance, son développement et sa réussite à l'école.

Sur la base de cette restructuration de l'EPPE, l'objectif actuel de l'Union africaine doit être refondu dans le but d'accélérer les progrès. Les conditions essentielles pour faciliter des progrès accélérés, comme l'engagement politique renouvelé, un financement dédié et innovant, l'accent sur les subventions pour les pauvres et les défavorisés, et l'adoption plus large des normes de qualité et leur mise en œuvre et leur suivi doivent être abordés dans le cadre de ce processus.

Nous ne pouvons pas nous permettre de NE PAS investir. Ne pas investir signifie perdre des opportunités, mais contribue aussi à l'accumulation des inégalités et condamne des générations à la pauvreté et à la sous-performance. Bien que le secteur privé soit un partenaire précieux, la trop grande dépendance aux financements privés conduits créer des inégalités entre les enfants et à les perpétuer.

- Le gouvernement doit adopter une approche intersectorielle en matière d'EPPE ;
- Le gouvernement est la clé du financement d'une offre d'EPPE de qualité ; et,
- Le gouvernement a un rôle clé pour réglementer et soutenir la qualité de la mise en œuvre de l'EPPE, y compris la métrique pour la mesure et l'évaluation de l'impact ;
- Le gouvernement doit investir dans la recherche en DPE pour guider les interventions politiques et aboutir aussi à la professionnalisation du secteur.

⁶ International Journal of Paediatrics Volume 2012 (2012), Article ID 820290, Article de recherche de 16 pages Risks to Early Childhood Health and Development in the Postconflict Transition of Northern Uganda Theresa A. McElroy,1 Stella Atim,2 Charles P. Larson,3 et Robert W. Armstrong,4

Conclusion

En résumé, il est important de fixer des priorités et de donner la primauté aux indicateurs de l'Éducation et de la protection de la petite enfance du Plan d'action de l'UA. Ils doivent être incorporés dans le deuxième plan décennal et opérationnalisés dans le cadre d'un programme global d'Éducation et de protection de la petite enfance ; les jeunes enfants ont besoin d'un accès équitable à des soins de santé, une nutrition, une stimulation précoce et un enseignement préscolaire de grande qualité. Même dans les pays plus pauvres, l'engagement politique et un financement adéquat peuvent étendre l'accès à un grand nombre d'enfants. Pour réduire les inégalités, les gouvernements doivent accorder une attention particulière aux enfants des ménages pauvres qui sont déjà confrontés à des désavantages – et qui sont ceux qui en retireront les plus grands bénéfices.



Écrit par Sherri Le Mottee, chef du Programme d'Ilifa Labantwana, une initiative DPE Afrique du Sud commandée par l'Association pour le développement de l'éducation en Afrique (ADEA) et l'Inter Pays Pôle de qualité sur le DPE hébergé par le Ministère de l'éducation et des ressources humaines, l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, l'île Maurice.



RÉPUBLIQUE DE MAURICE