



CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00548

Expanded Number **CF-RAI-USAA-DPP-LIB-2007-00548**

External ID **UNICEF-DRC-1992-KIT-02**

Title

**Congo Country Kit. (appears to cover 1992 to 1996) Scanned in color to capture better quality black and white photosheets. Part 2 of 2 contains Information sheets.**

Date Created / From Date

Date Registered

Date Closed / To Date

10/27/2006 at 11:48 AM

10/27/2006 at 11:48 AM

Primary Contact **Thomas Milsom**

Owner Location **Information Management Unit DPP/SI**

Home Location **CF-RAF-USAA-DB01-2006-05218 (In Container)**

Current Location/Assignee **Information Management Unit DPP/SI since 1/23/2007 at 4:16 PM**

F12: Status Certain? **No**

Itm Nu01: Number of Pages **0**

F13: Record Copy? **No**

Itm Fd01: In, Out, Internal Rec or Rec Copy

Contained Records

Container **CF-RA-BX-USAA-DB01-2006-0559: UNICEF Publications received in the Information Management Unit, Category Z "Country R**

Date Published

Fd3: Doc Type - Format

Priority

Record Type **A01 DPP-LIB ITEM**

Document Details Record has no document attached.

Print Name of Person Submit Image

Signature of Person Submit

Number of images without cover

A. KOFFE

28

# CONGO



# CONGO

Dossier d'Information

Texte : Jean-Michel Delmotte  
Photo & Design : UNICEF/Giacomo Pirozzi

## Sommaire

- Le pays et les hommes
- La situation des enfants et des femmes au Congo
- 1992-1996, le Programme de Coopération entre le Congo et l'Unicef
- Fiche d'Information n° 1 :  
Le renforcement des districts sanitaires
  - Article de Presse  
Soins de santé primaires : visite d'un centre de santé intégré
- Fiche d'Information n° 2 :  
Le programme élargi de vaccination
  - Article de Presse  
PEV, la dernière ligne droite?
- Fiche d'Information n° 3 :  
Amélioration de l'éducation de base
  - Article de Presse  
Kinsoundi, scène de la vie scolaire
- Fiche d'Information n° 4 :  
Le plaidoyer
  - Article de Presse  
Les femmes et les enfants d'abord
- Fiche d'Information n° 5 :  
Le suivi de la situation des enfants et des femmes
  - Article de Presse  
Le suivi? de la recherche appliquée.



## Le pays et les hommes

**A**u coeur de l'Afrique centrale, la République du Congo s'étend sur 342.000 km<sup>2</sup> (soit une superficie supérieure à l'Italie). Située de part et d'autre de l'Equateur, elle est composée d'un ensemble de plateaux (Mayombe et massif du Chaillu) et de plaines (la Cuvette Congolaise et la Vallée du Niari) aux formes douces et aux lignes calmes jouissant d'un climat chaud et humide.

A l'instar de ses pays voisins - le Gabon, le Cameroun, la République Centrafricaine et le Zaïre - le Congo peut s'enorgueillir de posséder une grande et dense forêt : quelques 20 millions d'hectares, soit les 3/5 du territoire. Le reste du pays est occupé par des savanes parsemées d'arbustes.

Ce pays est le plus urbanisé du continent, 60% de sa population, le reste se concentrant essentiellement le long de l'axe qui va de Pointe-Noire à Brazzaville. Mais, avec 2,2 millions d'habitants, le Congo est largement sous-peuplé (la densité est d'environ 6 hab./km<sup>2</sup>).

Au rythme d'accroissement actuel 3,5% l'an - le pays comptera 3,2 millions d'habitants en l'an 2.000, essentiellement des jeunes. Aujourd'hui

d'hui déjà, les moins de 20 ans constituent 60% de la population totale. Selon l'ORSTOM *"l'âge moyen de la population varie de 23 à 26 ans selon le milieu, urbain ou rural... mais, la proportion de personnes âgées est plus importante en zone rurale"*. Conséquence : un vieillissement des campagnes qui fait perdre des actifs à l'agriculture. Avec 52% de la population, les femmes constituent également un groupe majoritaire et, parmi elles, celles en âge de procréer - de 15 ans à 44 ans représentent 20,2% de la population.

La République du Congo dispose d'un réseau hydrographique important, constitué par de nombreuses rivières qui s'organisent essentiellement autour des fleuves Congo et Kouilou. Avec 40.000 m<sup>3</sup>/seconde, le Congo est le fleuve le plus puissant du monde après l'Amazone.

Les différents groupes ethniques jouent un rôle important dans la vie rurale traditionnelle ainsi que dans les relations de solidarité familiale en ville. En dehors des Pygmées, d'origine plus ancienne et que l'on trouve surtout en forêt, la population congolaise fait partie de l'ensemble Bantou. La langue officielle, pour l'administration et l'enseignement, est le français.

Après plus de 150 ans de colonisation française, le Congo devient indépendant en 1960. Trois ans plus tard, il opte pour un régime marxiste léniniste à parti unique... jusqu'en 1990 où il s'engage dans un processus de démocratisation fondé sur le multipartisme. 1991 et 1992 sont marqués par la tenue d'une importante Conférence Nationale Souveraine, suivie d'un lent processus de mise en place des nouvelles institutions et de différents rendez-vous électoraux.

## LE PAYS ET LES HOMMES / 2

### QUELQUES INDICATEURS SOCIAUX

Principales Villes	Brazzaville :	760 000 habitants
	Pointe Noire :	387 000 habitants
	Loubomo :	62 000 habitants
	N'Kayi :	40 000 habitants
Taux de natalité /000	42,2 (43,7 en ville, 40,1 à la campagne)	
Taux de mortalité /000	14,63 (10,9 en ville, 18,79 à la campagne)	
Taux de mortalité infantile /000	124 (104,3 en ville, 145 à la campagne)	
Espérance de vie	49 ans (52,4 en ville, 46 à la campagne)	
Population par médecin	5 510 habitants	
% des terres cultivées	2%	

Références : Banque Mondiale, FMI, PNUD, UNICEF

CONGO



# La situation des enfants et des femmes au Congo

**D**ès 1989, le Bureau de l'Unicef au Congo entamait une démarche d'analyse et de compréhension des phénomènes qui forgent le vécu des enfants et des femmes. Menée par des experts d'horizons et de formations très divers, elle aboutissait à la publication, début 1992, de L'ANALYSE DE LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES AU CONGO. Véritable ouvrage de référence et de stratégie, l'Analyse a fondé la programmation de la coopération entre le gouvernement du Congo et l'Unicef pour les années 1992 à 1996. Un rappel succinct des principales conclusions de l'Analyse permettra au lecteur de comprendre les choix et les objectifs qui présideront à l'adoption de ce programme de coopération.

## L'environnement socio-économique

Ses forêts, les richesses de son sous-sol (surtout le pétrole) assurent au Congo, des années durant, un statut fort enviable parmi les pays en développement. Mais, cette manne, fort mal utilisée, profita assez peu à l'ensemble de la population. Depuis quelques années, tous les indicateurs sociaux indiquent une paupérisation

de larges couches de la population. La charge financière qui pèse sur le pays - le plus endetté du monde par habitant - et les choix gestionnaires peu rationnels ont considérablement réduit l'accès du plus grand nombre à la santé, à l'éducation, à l'eau pure et même à un travail rémunéré.

Le gouvernement congolais, issu d'un processus démocratique dont tout le monde se félicite, n'a pas la tâche facile. Il lui faut assainir les finances, relancer l'économie et tenter de préserver la paix sociale. Une augmentation du chômage et des risques de pauvreté semblent pourtant inéluctable.

## La situation sanitaire des enfants et des femmes

Le Congo fait état de taux de mortalité maternelle et infantile élevés. La prévalence de certaines maladies d'enfants (rougeole, poliomyélite) régresse fortement grâce au Programme Elargi de Vaccination mais d'autres, comme le paludisme ou les maladies diarrhéiques, perdurent. Quelques-unes, comme le Sida, gagnent du terrain. Les femmes meurent d'avortements provoqués, de complications d'accouchements et de césariennes difficiles ou de quanti-

tés d'autres infections liées à leur maternité ou à leur sexualité. Si le Sida constitue un très grave problème sanitaire (on estime que 20 nouveaux-nés sur 1000 en meurent et que 10% des citadines enceintes sont séropositives) il hypothèque également la cohésion sociale de la société congolaise en produisant des familles d'orphelins et en faisant porter sur la famille élargie la responsabilité des soins aux malades.

Du point de vue strictement opérationnel, le système de santé congolais dispose d'une couverture géographique étendue... mais théorique. Les centres de santé ne disposent ni du matériel ni des médicaments indispensables à l'art de guérir. Les investissements consentis pour la santé ont été prioritairement affectés à des dépenses de prestige... encourageant des frais de fonctionnement importants. Résultats : la médecine de base, celle des Soins de Santé Primaire, dispose de 10% du budget alors qu'elle est censée offrir 90% des services. Pays de forêts et de rivières, le Congo n'a pas pu offrir à ses citoyens l'accès à une eau de qualité. Il est le pays d'Afrique sub-saharienne qui possède la moins bonne couverture en eau potable : à peine 7% des ruraux et 21% des urbains.

## LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES AU CONGO / 2

### L'alimentation des enfants et des mères

La malnutrition existe au Congo : 12% des nouveaux-nés ont un poids trop faible à la naissance et 20% des enfants en âge préscolaire présentent un retard de croissance. Ce retard est un indicateur du mal développement d'un pays : il augmente les risques futurs de maladies et d'infections, diminue la capacité de l'enfant à se développer et à parfaire son apprentissage. A plus long terme, il compromet sa productivité.

La pratique du sevrage des bébés est mal comprise, mal gérée aussi. Conséquence : un mauvais équilibre nutritionnel quantitatif et qualitatif. Dans les campagnes, 20% des femmes - essentiellement des agricultrices - souffrent de malnutrition.

### L'éducation

Le Congo s'enorgueillit d'un taux de scolarisation au primaire de 100%... mais fait état d'un taux élevé d'analphabétisme. Tout le paradoxe du système éducatif congolais tient dans ces chiffres. Pendant plus de deux décennies, l'objectif affiché était de scolariser tous les enfants... mais sans s'en donner les moyens. Il n'y a pas assez de maîtres, pas assez de salles de classes, peu ou pas du tout de matériel pédagogique. L'essentiel du budget de l'Éducation sert à payer des salaires (dans l'enseignement universitaire) et à offrir des bourses d'étude à l'étranger. Les performances scolaires sont médiocres : bon an mal an (!), à peine 40% à 65% des élèves obtiennent leur Certificat d'Enseignement Primaire. Pour les petites filles, ce score est plus défavorable encore.

Quant à l'éducation préscolaire, elle est l'exception plus que la règle puisque moins de 3% des enfants en bénéficient : non obligatoire, trop chère et aux structures d'accueil

insuffisantes.

### La femme congolaise

Dans les textes légaux, elle jouit d'un statut égal à celui de l'homme. Dans la réalité, la multiplicité de ses tâches et de ses responsabilités pèse lourdement sur sa santé, son équilibre et son épanouissement. L'agriculture du pays? C'est la femme. Le commerce de détail? C'est la femme. Les nombreux petits métiers du secteur informel? C'est encore la femme. Devenue productrice, la femme congolaise a-t-elle encore suffisamment de temps à consacrer à ses rôles de mères et d'éducatrices. Heureusement, dans le processus démocratique en cours au Congo, la femme joue un rôle actif : un mouvement associatif, basé sur l'entraide et la solidarité, a vu le jour, animé par et pour les femmes. Certaines occupent des postes clés de l'État et de son administration. Les choses bougent.

### Les enfants de la rue

Comme dans nombre de pays en développement, le phénomène des enfants de la rue s'étend au Congo. Orphelins, en rupture scolaire ou exclus de l'appareil de production, ils vivent souvent d'expédients. Leur existence n'est pas suffisamment documentée pour permettre des actions concrètes et ciblées.

Le Congo a ratifié la Convention sur les Droits de l'enfant, il adhère donc à ses grands principes. Pourtant, certaines dispositions légales et réglementaires sont loin de mettre en œuvre cet engagement solennel.

### L'information et la mobilisation sociale

Le Congo dispose d'un vaste réseau de communications sociales traditionnelles basé sur la famille, le village, le clan et des associations de solidarité comme les "Mbongui", ces

lieux de rencontre de détente et de palabres fréquentés par les hommes. Par ailleurs, l'évolution politique récente a ouvert le champ de la communication moderne : journaux, radio et publicité naissent. Bref, le Congo de 1992 dispose de nombreux atouts pour communiquer, mobiliser, informer ses populations. C'est une chance supplémentaire pour la santé, l'éducation et l'autonomie des enfants et des femmes.

### Les leçons de l'Analyse

Bien que classé par les Nations-Unies parmi les pays à revenu intermédiaire, le Congo présente un développement humain bien inférieur. Nombre de ses indicateurs sociaux le classent parmi les pays les moins avancés : espérance de vie, alphabétisation, couverture sanitaire.

Son économie est bloquée, tiraillée entre un passé bureaucratique et peu productif, un présent rendu difficile par l'ajustement structurel et un futur compromis par des assainissements tant indispensables que cruels pour les couches les moins favorisées.

Les politiques de la santé et de l'éducation ont, dans le passé, privilégié les infrastructures de prestige au détriment des unités de base : l'université plutôt que l'enseignement primaire, les hôpitaux universitaires plutôt que les Centres de Santé Intégrés.

La qualité des services offerts au plus grand nombre s'en est ressentie et la population a retiré sa confiance aux systèmes mis en place par l'État.

Le manque d'outils statistiques et d'indicateurs viables nuit à la compréhension du vécu des populations ainsi qu'à l'évaluation des projets qui leur sont destinés.

1. Cette monographie est disponible auprès du Bureau de l'Unicef pour le Congo et le Gabon. B.P. 2110 Brazzaville - Congo

CONGO



# 1992-1996, le Programme de Coopération entre le Congo et l'UNICEF

**L'**Analyse de la situation des enfants et des femmes" est un état des lieux destiné à fonder l'action et les interventions de l'Unicef dans le pays. Il n'est pas le seul élément qui ait permis de lancer le Programme de coopération Congo-Unicef. En effet, d'autres éléments d'appréciation ont été nécessaires comme le bilan des cinq années de coopération précédente (le Programme 1988-1992) ou les capacités nationales financières, administratives ou opérationnelles - à mettre en oeuvre un tel Programme. Enfin, il semble indispensable que les actions et les projets appuyés par l'Unicef au

Congo soient conformes aux engagements pris par le Sommet mondial pour les enfants (Siège des Nations Unies, New-York, Septembre 1990).

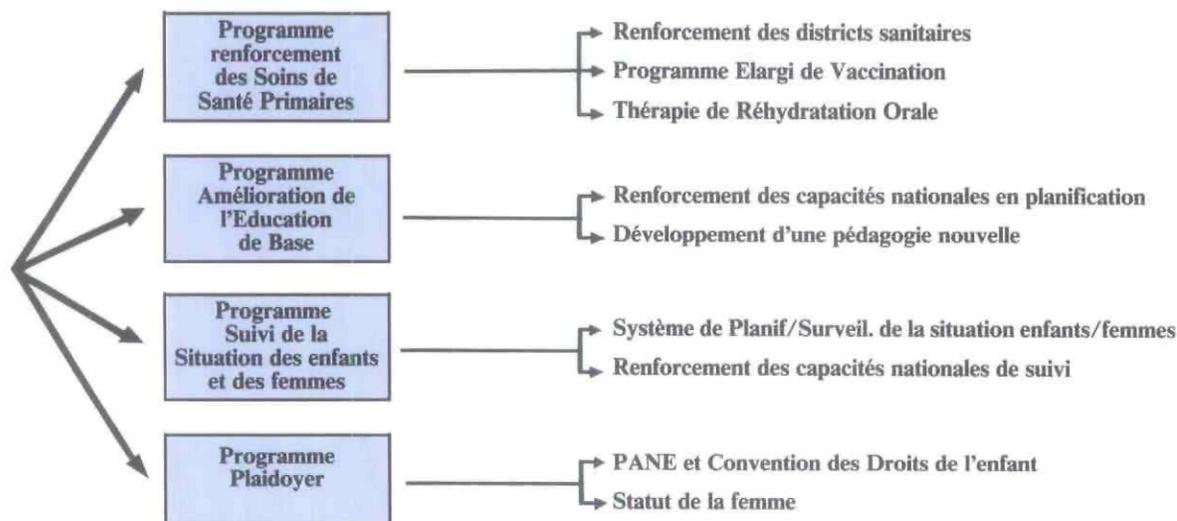
## Les principes qui fondent ce programme

La principale priorité ayant guidé les choix d'intervention de l'Unicef est qu'un effort de rationalisation soit entrepris, tant sur le plan des politiques que sur celui de la gestion des ressources disponibles. Madame Philomène Fouty-Soungou, Ministre de la Santé, reconnaît "qu'avec la modicité des moyens disponibles, il faut

*faire des choix mais que grâce à la planification et à une gestion rigoureuse, on obtient des résultats".* Selon les caractéristiques propres à chacun des secteurs, l'Unicef a privilégié ces efforts de rationalisation.

Autre principe : la complémentarité. Pour optimiser les effets de chacun des projets, il est porté attention aux synergies possibles existantes entre eux. Lutter contre les maladies diarrhéiques implique non seulement des thérapies adéquates mais aussi une politique d'assainissement du milieu et d'approvisionnement en eau.

LE PROGRAMME PAYS CONGO UNICEF 1992-1996



(Page 2)

CONGO



# 1992-1996, le Programme de Coopération entre le Congo et l'UNICEF

L'Analyse de la situation des enfants et des femmes" est un état des lieux destiné à fonder l'action et les interventions de l'Unicef dans le pays. Il n'est pas le seul élément qui ait permis de lancer le Programme de coopération Congo-Unicef. En effet, d'autres éléments d'appréciation ont été nécessaires comme le bilan des cinq années de coopération précédente (le Programme 1988-1992) ou les capacités nationales financières, administratives ou opérationnelles - à mettre en oeuvre un tel Programme. Enfin, il semble indispensable que les actions et les projets appuyés par l'Unicef au

Congo soient conformes aux engagements pris par le Sommet mondial pour les enfants (Siège des Nations Unies, New-York, Septembre 1990).

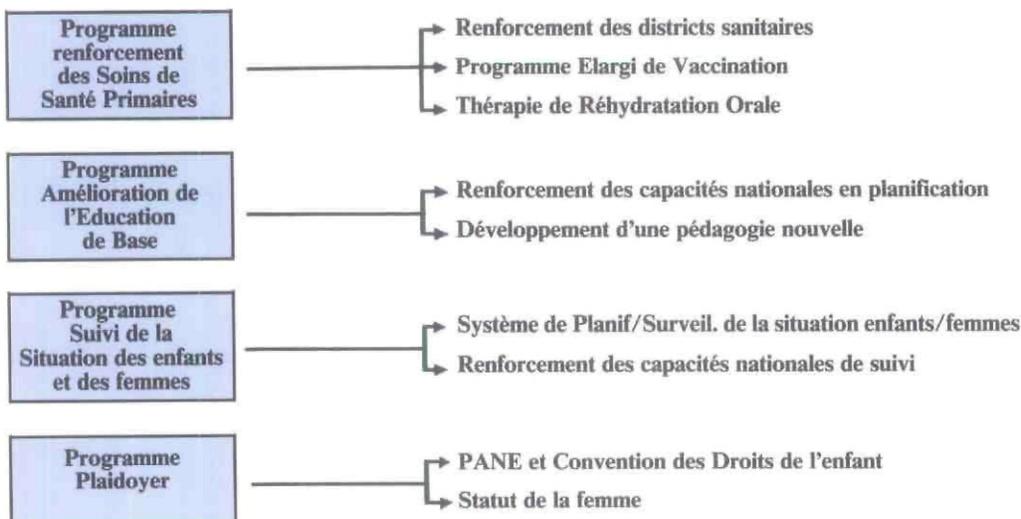
### Les principes qui fondent ce programme

La principale priorité ayant guidé les choix d'intervention de l'Unicef est qu'un effort de rationalisation soit entrepris, tant sur le plan des politiques que sur celui de la gestion des ressources disponibles. Madame Philomène Fouty-Soungou, Ministre de la Santé, reconnaît "qu'avec la modicité des moyens disponibles, il faut

*faire des choix mais que grâce à la planification et à une gestion rigoureuse, on obtient des résultats".* Selon les caractéristiques propres à chacun des secteurs, l'Unicef a privilégié ces efforts de rationalisation.

Autre principe : la complémentarité. Pour optimiser les effets de chacun des projets, il est porté attention aux synergies possibles existantes entre eux. Lutter contre les maladies diarrhéiques implique non seulement des thérapies adéquates mais aussi une politique d'assainissement du milieu et d'approvisionnement en eau.

LE PROGRAMME PAYS CONGO UNICEF 1992-1996



bébés et offriront des services de réhydratation orale aux enfants souffrant de diarrhée. La complémentarité entre ces trois projets s'exprime à la fois dans le temps et dans l'espace. Ce vaste programme nécessitera un financement de près de 5 millions de dollars. D'ores et déjà, plus de 3 millions de dollars sont acquis mais il reste près de 2 millions supplémentaires à trouver auprès de donateurs extérieurs.

Ensemble, ces trois projets se sont fixés comme objectifs :

- de contribuer à réduire la mortalité infantile de 35% ;
- de contribuer à réduire la mortalité maternelle de 30% ;
- de contribuer à la réduction de 25% de la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale (le manque de poids) de 25% ;
- de contribuer à la réduction de 20% de la proportion de nouveaux nés ayant un poids insuffisant à la naissance ;
- de contribuer à réduire de 80% l'incidence de la rougeole ;
- de contribuer à éradiquer la poliomyélite et le tétanos prénatal ;
- de contribuer à réduire de 30% la mortalité infantile liée aux maladies diarrhéiques ;
- d'assurer à 40% de la population de quatre Régions du pays des soins de santé primaires de qualité.

Deux de ces trois projets - le renforcement des Districts Sanitaires et la poursuite du Programme Elargi de Vaccination - font l'objet d'une présentation spécifique par projet. Nous suggérons au lecteur de s'y reporter. Les maladies diarrhéiques tuent (une consultation sur trois des enfants de moins de cinq ans concerne les maladies diarrhéiques). Pourtant quelques mesures de prévention et un

traitement aisé suffiraient à réduire cette cause de morbidité. C'est ce à quoi s'attache le projet de Thérapie par Réhydratation Orale. Concrètement, il renforce l'utilisation des sels de réhydratation orale - une thérapie adaptée et peu coûteuse - au sein des Centres de santé et popularise l'utilisation de solution sucrée-salée à domicile. Au Centre de santé de Ngangoueni, Madame NGiéma est chargée d'administrer aux enfants diarrhéiques les sels de réhydratation et d'expliquer aux mamans comment préparer la solution à la maison : *" c'est très facile. Il suffit de mettre six morceaux de sucre dans un litre d'eau et d'ajouter en sel le contenu d'une capsule de Primus (la bière locale la plus populaire) "*. Au cours du temps et à mesure que l'Initiative de Bamako se mettra en place dans toutes les régions du pays, l'intervention de l'Unicef pour ce projet diminuera.

## 2. L'amélioration de l'éducation de base

L'Unicef croit à une approche multi-sectorielle. Seule une prise en compte de toutes les dimensions du développement (économique, sanitaire, nutritionnel, etc) permettront un mieux-être des populations. L'éducation est un élément essentiel du développement de la personne, de son aptitude à l'autonomie et de sa contribution à l'équilibre socio économique. C'est ainsi qu'il faut comprendre le programme "Amélioration de l'Éducation de base" de la coopération Unicef-Congo.

L'ensemble du système d'éducation congolais est bloqué. Pour en sortir, un travail d'analyse, suivi d'un plan de réformes a été mené sous les auspices de la Banque Mondiale. Un Plan d'Ajustement du Secteur de l'Éducation sert de référence pour tous les intervenants. Monsieur

Antoine Makonda, Chef des Programmes de l'Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique précise : *" tous les indicateurs du système scolaire congolais sont dans le rouge. Toute réforme doit d'abord s'attacher à l'éducation de base, le niveau premier du système. Au Congo, cela concerne 25% de la population. "* L'Unicef s'est donc engagé en faveur de cette réforme de l'éducation de base.

Il s'agit d'abord de mener une réflexion de fond sur les moyens de planification et de gestion de l'éducation. Ils'agit ensuite, après avoir précisément identifié les contraintes, de proposer une utilisation rationnelle (on retrouve là un principe cher au Programme de coopération de l'Unicef) des ressources nationales disponibles. Il s'agit enfin de mettre en place une nouvelle politique de l'éducation de base : décentralisation, renforcement des moyens de gestion, extension de l'éducation préscolaire, amélioration qualitative de l'éducation primaire.

Pour opérationnaliser ces objectifs, deux projets spécifiques ont été lancés : l'un vise "le renforcement des capacités nationales en planification de l'éducation", l'autre "le développement d'une pédagogie nouvelle". Ensemble, ils doivent aboutir à proposer un modèle d'éducation de base et à le tester auprès d'une population cible. Une fiche de présentation synthétique est proposée au lecteur.

## 3. Le plaidoyer

Plaidoyer, c'est plaider. Plaider pour le changement, pour le respect des engagements ou pour la prise en compte des intérêts des plus faibles. En ce sens, l'Unicef a le devoir de parler. Certes, elle est une agence technique de coopération et d'appui, certes elle participe au montage de

## 1992-1996, LE PROGRAMME DE COOPERATION ENTRE LE CONGO ET L'UNICEF / 4

projets de coopération mais son rôle ne s'arrête pas là. Elle est aussi l'agence de "lobbying" des enfants et de leurs mères. Le programme Plaidoyer contribuera à favoriser les changements institutionnels et opérationnels nécessaires à l'amélioration des conditions de vie des enfants et des femmes.

Au Congo, L'Unicef s'est fixé trois priorités : l'amélioration du statut des femmes dans la société et la mise en oeuvre de deux Textes référents : le Plan d'Action National en faveur des Enfants (PANE) et la Convention relative aux Droits de l'enfant. En cinq ans, l'Unicef compte plaider efficacement pour un mise en oeuvre effective de la Convention relative aux Droits de l'enfant et du PANE. En effet, il ne suffit pas de ratifier une Convention internationale et d'adopter un plan national pour que tout aille bien. Il faut les concrétiser. En cinq ans, l'Unicef entend bien également contribuer à briser quelques

tabous sociaux complaisamment entretenues et qui freinent les femmes vers leur marche pour plus de reconnaissance et d'autonomie sociale et économique. Nous proposons au lecteur une fiche signalétique de ce programme dont la totalité du financement n'est pas encore garantie.

#### 4. Le suivi de la situation des enfants et des femmes.

Nous avons vu que la cohérence et la crédibilité de ce Programme de coopération devait beaucoup au travail de compréhension concrétisé par "l'Analyse de la situation des enfants et des femmes". Le mener à bien fut un travail de longue haleine, fait d'investigations, d'enquêtes et de recherches minutieuses. Preuve en est qu'il est largement utilisé comme monographie de référence par de nombreux collaborateurs de l'Unicef, gouvernementaux ou non.

Le processus qui aboutit à la

rédaction de l'Analyse et surtout l'utilisation qui en est faite prouve à suffisance la nécessité d'un système fiable de collecte, d'analyse et de publication d'informations pour l'action. Il s'agit en effet de disposer d'indicateurs statistiques et sociaux propres à évaluer les projets pour les adapter, les compléter, bref, coller au plus près aux besoins toujours évolutifs des groupes vulnérables.

Dans le cadre de ce programme, deux projets sont mis en place. L'un concerne le "Développement d'un système de planification et de surveillance de la Situation des enfants et des femmes", l'autre, concerne "l'appui concret que l'Unicef apportera au gouvernement dans le cadre de ce suivi" : collecte et traitement des données, mise en place d'unités d'analyse informatisées. Une fiche signalétique décrit ce programme pour lequel des financements complémentaires sont nécessaires.

**TABLEAU 1**  
**BUDGET DU PROGRAMME DE COOPERATION**  
**UNICEF-CONGO (1992-1996)**  
(en milliers de dollars des Etats-Unis)

PROGRAMME	MASSE COMMUNE DES RESSOURCES DE L'UNICEF	FONDS SUPPLEMENTAIRES A RECHERCHER	TOTAL
SANTE	3129	1803	4942
EDUCATION DE BASE	482	600	1082
PLAIDOYER	64	186	250
SUIVI DE LA SITUATION DES E/F	125	638	763
APPUI AU PROGRAMME	1200	—	1200
<b>TOTAL</b>	<b>5000</b>	<b>3227</b>	<b>8227</b>



## Fiche d'information n°1 :

# Le renforcement des districts sanitaires

### OBJECTIFS

Assurer à 40% de la population totale des quatre Régions cibles du projet un accès à des soins maternels et infantiles, préventifs, curatifs et promotionnels essentiels.

Assurer la disponibilité, l'utilisation et la gestion rationnelle des médicaments et fournitures essentiels dans 85% au moins des centres de santé intégrés (CSI) dans les circonscriptions socio-sanitaires (CSS) concernées.

Assurer la viabilité de 80% des CSI dans les CSS concernées, par la mise en place d'un financement communautaire des coûts récurrents locaux (hors salaires) et par la promotion de l'autogestion et de la solidarité communautaire.

\* : La "circonscription socio-sanitaire" est l'équivalent du district sanitaire congolais.

### JUSTIFICATION

Malgré un choix déclaré en faveur des Soins de Santé Primaires, le Congo n'a pas encore réussi à mettre en place un système de santé efficace et accessible au plus grand nombre. Un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) qui rencontre à la fois les besoins réels de la population, les observations unanimes des bailleurs de fonds et la volonté politique des autorités sanitaires sert dorénavant de référence pour la politique congolaise de santé. Il préconise le renforcement des districts sanitaires, sur la base des principes de "l'Initiative de Bamako". Les principes du projet sont ceux du PNDS, à savoir : décen-

tralisation (autonomie de gestion et d'intervention), intégration de toutes les activités et donc polyvalence du personnel, disponibilité et utilisation rationnelle des médicaments essentiels sous forme générique, large participation communautaire à la fois pour la gestion des centres de santé et leur co-financement dans le cadre d'un partenariat Etat/communautés et prévention.

### STRATEGIE

1. Mise en place de Centres de Santé intégrés proches des populations, soit par réhabilitation de centres de santé existants soit par création de nouveaux centres de santé.
2. Le développement des ressources humaines : formation des cadres nationaux (dans le cadre du PNDS) pour la gestion des CSS, formation/recyclage du personnel de santé de base et formation des Comités de santé des communautés bénéficiaires.
3. Intégration des besoins essentiels au sein des Centres de Santé : consultations prénatales, consultations préscolaires, consultations curatives et chroniques et activités promotionnelles ;
4. Approvisionnement et réapprovisionnement régulier en médicaments essentiels, vaccins et petit matériel médical et promotionnel et utilisation rigoureuse de cette "trousse médicale" ;
5. Gestion transparente et rigoureuse de ces ressources sous la responsabilité d'un Comité de santé ;
7. Asseoir la pérennité de toutes ces étapes grâce à la participation communautaire : co-financement, co-gestion.

## LE RENFORCEMENT DES DISTRICTS SANITAIRES / 2

### PARTENAIRES

Le Ministère de la Santé et des Affaires sociales (par le biais du Comité technique de suivi du PNDS), organe central rendant compte à un Comité de Pilotage, regroupant le Gouvernement, les agences de développement et les représentants des associations d'usagers). Tous les bailleurs de fonds impliqués dans la mise en oeuvre du PNDS (les coopérations française, belge, allemande, l'OMS, le FNUAP, le FED, l'AFVP). Certains appliquent déjà ces principes dans d'autres Régions du pays, certains débutent des projets similaires. D'ici, les années 1995, TOUTES les Régions du Congo appliqueront ces principes et les coordonneront dans le cadre du PNDS.

### LOCALISATION

Les régions du Kouilou, de la Lékoumou, des Plateaux et la Région de Brazzaville.

### BUDGET

PROJET	FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Renforcement des districts sanitaires.	Acquis	272	293	295	336	437	1633
	A trouver	268	274	328	417	342	1628

CONGO



# Soins de santé primaires : visite d'un centre de santé intégré

**M**onsieur Jean-Louis Malonga est un peu l'âme du Centre de Santé Intégré (CSI) de Nganga Lingolo (Région du Pool). Il en est le directeur, l'assistant sanitaire, la sage-femme et le laborantin. Mais il n'est pas seul : il est secondé par deux infirmières et une assistante sociale. Et puis, il a derrière lui le Comité de Santé, le Conseil de santé et toute la population. En effet, le CSI de Nganga Lingolo est une expérience de Soins de Santé Primaires (SSP) prise en charge par la population. Il préfigure ce que sera le paysage sanitaire du Congo quand le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) aura développé les SSP dans tout le pays, appliquant ainsi les principes de l'Initiative de Bamako.

*"Jusqu'en 1990, nous expliquions Monsieur Malonga, il y avait bien un dispensaire mais son activité se réduisait à la présence, quelques heures par jour, d'un assistant sanitaire, sans matériel et sans aucun médicament. Il posait son diagnostic et signait une vague ordonnance. A charge du patient de se rendre dans une pharmacie (chère) pour trouver des médicaments ou dans les hôpitaux de la ville pour se faire soigner. Même une suture n'était pas possible".* Puis, en 1991, par un familier

qui travaille au Ministère de la Santé, il entend parler du projet des SSP mené par la coopération allemande dans le Niari. On y parle de santé villageoise, de décision communautaire, de soins permanents et d'approvisionnement en médicaments. Sans perdre une minute, il demande à rencontrer les notables du village. *"Le Docteur Meloni de la coopération allemande est venu avec moi et nous leur avons expliqué les principes des Soins de Santé Primaires et les bienfaits qu'ils pourraient avoir sur la population. Les anciens m'ont envoyé, avec un collègue agent de santé, quatre jours dans le Niari pour comprendre le système et surtout nous assurer de son fonctionnement. Au retour, nous avons fait rapport devant l'Assemblée de la population (NDR. Les responsables de quartiers et les chefs de villages)".* La palabre a abouti à la création d'un Conseil de Santé, sorte de parlement responsable, et d'un Comité de santé, chargé de la mise en oeuvre d'une politique de Soins de Santé Primaires à Nganga Lingolo. Le village est volontaire et l'a prouvé : la population avait déjà bâti l'ancien dispensaire et l'école primaire. *"Nous avons retapé le dispensaire, devenu le Centre de Santé Intégré, raconte Georges Léo, secrétaire général du Comité et dressé la liste des besoins urgents. Nous avons*

*surtout pensé à ouvrir rapidement pour accueillir les premiers malades".*

Les choses n'ont pas traîné puisqu'en quelques mois, il a fait le plein de patients, soignés et servis selon les règles de l'art. *"Ma première mission, se souvient Jean-Louis Malonga, a consisté à recenser les 2.000 familles du village éclaté en 7 quartiers et bourgs) pour leur proposer de devenir membre du CSI. Le Comité avait fixé la cotisation à 1.000 frs (moins de 4 dollars) par famille".* D'emblée, quelques centaines de famille adhèrent à l'idée. Il est vrai que depuis plusieurs années, elles souffraient de l'absence de structures sanitaires de base et de la cherté des médicaments. Et puis, l'Assemblée de la population et le témoignage des deux "envoyés spéciaux" ont levé les craintes et les doutes. Georges Léo : *"les gens savent compter. Le Comité a fixé à 1000 frs. par famille la cotisation d'accès au Centre et à 500 frs. la prise en charge thérapeutique d'un épisode de maladie. Non pas la simple visite mais TOUTES les visites que nécessite une guérison. Or précédemment, pour soigner un "palu" (paludisme, la maladie la plus répandue dans le village) le patient dépensait 3.000 frs. Avec le nouveau système la maladie est vaincue pour 500".* Au

## SOINS DE SANTE PRIMAIRES: VISITE D'UN CENTRE DE SANTE INTEGRE / 2

début, c'est vrai, le projet fait beaucoup de sceptiques qui ne comprennent pas comment l'approvisionnement en médicaments est assuré à si bon compte. "C'est un système coopératif, explique le responsable du centre, les achats de médicaments sont groupés pour l'ensemble des Centres de Santé Intégrés. Le conditionnement est adapté, les prix moins chers". Et puis, actuellement, le projet est soutenu par la GTZ et l'Unicef, le temps du rodage. A terme, il devra être autonome, les recettes et les dépenses s'équilibrant grâce à la participation communautaire. Le forfait de 500 frs. est donc provisoire. Il pourrait être ajusté - à la hausse ou à la baisse - selon les besoins de viabilité de la caisse du Comité de santé. Il en est de même dans le cadre du projet de l'Unicef "Renforcement des districts sanitaires": pas moins de 74 Centres de Santé Intégrés seront créés et équipés, la plupart à partir de structures existantes mais dégradées. Comme dans le cas du CSI de Nganga Lingolo, la population sera mise à contribution, non seulement pour couvrir les frais mais aussi pour la gestion, le contrôle et certaines politiques spécifiques. "Ici, il nous reste

*beaucoup à faire, constate Jean-Louis Malonga, chaque jour de nouvelles familles s'inscrivent mais le Centre est petit, il faudra l'agrandir. Il faut aussi envisager la construction à proximité du logement de l'assistant sanitaire: c'est plus pratique pour les urgences. Enfin, nous devons aller chercher l'eau à un kilomètre, un puits serait utile".*

C'est vrai qu'il tourne, le CSI. La salle d'attente est pleine. "C'est comme ça tous les jours, explique la secrétaire, 60 malades nouveaux plus une vingtaine de personnes en traitement, sans compter les consultations de nourrissons et la vaccination, sur rendez-vous". La mission du CSI de Nganga Lingolo ne s'arrête pas au curatif, il anime un volet préventif. Deux soirs par semaine, Madame Françoise Diba, l'assistante sociale, propose des séances d'information sanitaire, nutritionnelle ou d'éducation ménagère: "je choisis les thèmes selon l'actualité. Ces jours-ci, il y a beaucoup de diarrhées alors je donne des conseils pour préparer la solution de réhydratation. Même le matin à 7 heures, en atten-

*dant le début des consultations, je peux donner des conseils car il y a plus de monde que pour les séances du soir. Pour ces séances, j'utilise les supports pédagogiques de l'Unicef ou de l'OMS."*

Le Centre de Santé Intégré (CSI) est le premier échelon de recours thérapeutique offert à la population. Celui où il est accueilli, écouté et soigné pour les maladies les plus courantes. Monsieur Malonga n'est pas médecin. Pour poser son diagnostic il utilise un guide de stratégies curatives basé sur l'identification des symptômes. Une fois ce diagnostic posé, il propose soins, médications ou renvoie vers un hôpital de référence où le malade sera pris en charge dans une structure plus sophistiquée. Le suivi thérapeutique pouvant ensuite être assuré par le CSI. Celui-ci joue un rôle essentiel dans la prise en charge du malade: non seulement il couvre 80% à 90% des besoins sanitaires du village mais prodigue conseils, suivi à domicile (une responsabilité de l'Assistante sociale) et parfaite visibilité des comptes et de l'utilisation des ressources.



## Fiche d'information n°2 :

# Le programme élargi de vaccination

### OBJECTIFS

Augmenter et maintenir à un niveau de 85% d'ici 1997 la couverture vaccinale chez les enfants d'un an, pour chaque antigène du PEV, selon le calendrier en vigueur, soit une augmentation de 10% par rapport à 1990.

Augmenter et maintenir à un niveau de 90% d'ici 1997 la couverture vaccinale antitétanique chez les femmes en âge de procréer, soit une augmentation de 50% par rapport à 1990.

Assurer une efficacité vaccinale d'au moins 85% pour tous les antigènes du PEV.

### JUSTIFICATION

Depuis 1990 le Congo a atteint une couverture vaccinale de 75% (il est le premier pays d'Afrique centrale à atteindre ainsi l'objectif de la Vaccination Universelle des Enfants fixé par l'OMS et l'Unicef). De plus ce résultat a été atteint à un coût modéré (il en coûte 1,6 \$ par dose administrée et 22 \$ par enfant complètement protégé). Néanmoins ce résultat encourageant est soumis à quelques contraintes sévères qu'il importe de lever :

- excepté pour les salaires, cet acquis dépend toujours de l'aide extérieure ;
- une réduction majeure et stable de la rougeole nécessite une couverture vaccinale d'au moins 90% ;
- vaincre le tétanos et la poliomyélite exige un système de surveillance encore très insuffisant.

### STRATEGIE

La mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako contri-

buera à l'augmentation de la couverture vaccinale par l'intégration de la vaccination dans des centres de santé existants ou à créer. La recherche de viabilité de ces centres de santé intégrés, par le renforcement de l'organisation et de la participation communautaire, permettra de pérenniser progressivement le PEV.

Le maintien et le renforcement à court terme des acquis du PEV nécessite de maintenir l'appui direct actuel, sous forme de vaccins, d'équipement de chaîne de froid et de vaccination, d'aides à la formation, la supervision, la mobilisation sociale, l'évaluation et la recherche opérationnelle. Cet appui sera progressivement réduit au fur et à mesure de l'intégration du PEV par l'application de l'Initiative de Bamako, conformément à la programmation sanitaire nationale.

### PARTENAIRES

Au premier chef, la population car le PEV est un projet populaire, jouissant d'une excellente notoriété.

La Direction de la Médecine Préventive du Ministère de la Santé Publique est responsable du projet pour les choix stratégiques et l'appui aux dix Régions du pays.

Les Directions Régionales de la Santé du même Ministère fournit l'appui opérationnel : gestion des formations et de l'approvisionnement.

Le personnel des Centres de santé vaccine les bébés, tant dans les Centres de Santé Intégrés que lors des actions de vaccination avancée en brousse.

## LE PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION / 2

### LOCALISATION ET GROUPES CIBLES

Chaque année, tous les nouveaux-nés du pays soit

quelques 90.000 bébés... et leurs mamans pour les protéger contre le tétanos à la naissance.

### BUDGET

PROJET	FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Programme Elargi de Vaccination	Acquis	200	200	200	181	119	900
	A trouver	98	55	22	0	0	175

CONGO



## PEV, la dernière ligne droite?

**L**es premières sont arrivées à 7 heures. A pied, avec leur bébé sur le dos. Elles habitent le quartier. Sagement, elles se sont assises pour attendre que débute la consultation des nourrissons. Pour Philippe, le bébé d'Ernestine, c'est la troisième visite au Centre de Santé de Ngangoueni. Déjà la routine post-natale : après être passé à la pesée et à la visite médicale il subira sa troisième vaccination, une dose orale contre la polio et une injection contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche.

Cécile Batola est l'agent de vaccination de ce Centre, "Madame piquère, la reine de l'injection" comme l'appelle amicalement ses collègues, infirmières ou sages-femmes. Cécile en effet ne chôme pas : entre 50 et 60 vaccinations chaque jour, 6 jours par semaine. Il est vrai que la couverture vaccinale d'un nouveau-né nécessite cinq étapes. La première à la naissance, la dernière quelques 11 mois plus tard. Tous les enfants doivent "s'y coller". C'est du moins le vœu secret des autorités car en matière de vaccination, la victoire n'est jamais acquise : il ne suffit pas d'atteindre une année une couverture vaccinale élevée. Il faut la répéter chaque année pour chaque nouveau né. Ici, dans ce quartier périphérique de

la capitale, il est facile d'appliquer le PEV à la lettre : le dispensaire est proche, l'information a très bien circulé et, surtout, il est compris et accepté par les mamans. Ernestine : *"c'est mon troisième bébé, les deux autres ont suivi aussi le programme élargi de vaccination. Cela protège bien contre les maladies des bébés"*. *"C'est vrai, confirme Cécile Batola, lorsque j'ai suivi ma formation d'agent de vaccination dans une région éloignée du Pool, on nous avait dit qu'il faudrait dire, redire et répéter aux mères l'importance de suivre à la lettre le PEV mais ici, elles sont bien informées, il me suffit de contrôler les délais prescrits entre chaque vaccination et de veiller à ce que le carnet soit correctement complété"*.

*"Effectivement, explique le Docteur Loueko, chef du P.E.V., depuis la grosse campagne d'information et de mobilisation de l'Unicef (en 1986 et 1987), la couverture vaccinale atteint 90% en zone urbaine. La population a parfaitement assimilé cette démarche de médecine préventive. Mais plus au nord, dans les forêts, subsistent des poches où la couverture est moins bonne"*. C'est que le Congo est un vaste, très vaste pays, couvert de forêts. Des villages éloignés sont difficilement accessibles, les pistes défoncées. Chaque Région

dispose donc d'un charroi adapté aux opérations de vaccination en forêts : véhicules tout-terrains et mobylettes enfourchées par les agents vaccinateurs.

*"Les six maladies visées par le PEV sont contagieuses et mortelles ou handicapantes. Il suffit, dans un village, d'un enfant malade pour que ceux qui n'ont pas été correctement vaccinés soient menacés explique le Dr. Loueko. Nous devons donc, non seulement vacciner les enfants qui se présentent dans les Centres de Santé, mais aussi ceux qui ne s'y présentent pas. C'est pourquoi nous allons privilégier les stratégies de vaccination fixes, intégrées dans les centres de Santé, mais complétées par des stratégies de rattrapages (les brigades mobiles de vaccination, opérant à partir des centres fixes de vaccination) pour les coins éloignés"*.

Philippe a parfaitement assimilé le vaccin oral, la piquère par contre, l'a fait pleurer... quoi de plus normal. Mais ses larmes ont vite séché quand Ernestine lui a tendu son sein (un autre bon réflexe de nutrition et de santé). Nous lui avons demandé combien lui coûtait le PEV du petit Philippe. Elle a ri puis a lancé : *"c'est gratuit, il faut juste payer le carnet de vaccination 250 francs (moins d'un*

## PEV, LA DERNIERE LIGNE DROITE? / 2

dollar US)". "Actuellement, calcule le Dr. Loueko, une couverture vaccinale complète revient à 6.500 francs (22 dollars US), sans compter les salaires du personnel. C'est beaucoup d'argent pour une famille moyenne. Jusqu'à ce jour, la vaccination a toujours été gratuite, majoritairement pris en charge par l'Unicef, aidé de bailleurs tels que l'Association Canadienne de Santé publique et le Programme Polio Plus du Rotary International. Si on ramène ce chiffre au coût actuel de la médecine congolaise, le programme vaccinal du bébé n'apparaît plus aussi cher. Un accouchement coûte plus de

40.000 frs CFA (130 dollars US) à la famille et une rougeole tout autant. Le PEV vaut donc bien son coût.

A terme, dans le cadre du Plan National de Développement Sanitaire, les familles participeront financièrement à leur propre santé. Non pas en payant les coûts réels, mais en versant une cotisation dans un pot commun, une sorte de mutuelle (ou de "tontine santé" comme des Congolais aiment déjà la qualifier) de partage solidaire des coûts de la santé. L'application des principes de l'Initiative de Bamako permettra cette participation communautaire. Dans

le Niari (ouest du pays), un projet de la coopération allemande obtient des résultats encourageants avec un forfait de 1 000 CFA pour le suivi de l'enfant après la naissance, incluant l'ensemble des vaccins du PEV. A l'horizon de 1996, quand l'Initiative de Bamako produira ses résultats, les Centres de Santé Intégrés pourront être financièrement autonomes et la vaccination prise en charge au niveau local. En attendant, il faut préparer la population, expliquer les mécanismes de solidarité, la mise en place des Comités de santé, les économies possibles avec une prévention judicieuse... dont les vaccinations.



## Fiche d'information n°3 :

# Amélioration de l'éducation de base

### OBJECTIFS

Aider le gouvernement à améliorer l'éducation de base, c'est à dire :

Renforcer les capacités nationales en planification de l'éducation afin de fournir les informations nécessaires à la définition, au suivi et à l'évaluation de politiques éducatives efficaces et efficientes ;

Développer un modèle de gestion rationnelle et décentralisée, favorisant l'acquisition de connaissances fonctionnelles par les enfants tout en diminuant les déperditions scolaires.

### JUSTIFICATION

Deux chiffres résument à eux seuls la situation de l'éducation de base au Congo : un taux de scolarisation au primaire de 100% et un taux d'analphabétisme de 47%. Deux autres chiffres résument l'ambiguïté de la planification scolaire : pas moins de 26% du budget national est consacré à l'éducation... dont près de la moitié pour les seules bourses de l'enseignement supérieur et le reste pour les salaires. Ces paradoxes s'expliquent par le désir, légitime et honorable, de tout proposer (filière, accès, réussite au grand nombre) sans définir de priorités et sans tenir compte des ressources, forcément limitées.

### STRATEGIE

Analyser les contraintes qui pèsent sur l'éducation de base :

Développer des scénarios de réforme de l'éducation de base incluant à la fois une réforme des programmes (pour les rendre plus conformes à une éducation pour la Vie) et une réforme des processus gestionnaires (pour rendre efficaces et viables les structures scolaires).

Sélectionner et expérimenter un de ces scénarios dans trois inspections (2 urbaines, 1 rurale) ;  
Recycler et équiper les cadres de l'Etat chargés de la planification scolaire ;  
Evaluer cette expérience en terme d'acquisition du savoir, de réussite aux examens et de réduction des disparités.

### PARTENAIRES

Le programme d'amélioration de base de l'Unicef s'inscrit dans le cadre du programme d'ajustement du secteur de l'éducation. De nombreux partenaires extérieurs (Organisations Non-Gouvernementales, Banque Mondiale, bailleurs de fonds bilatéraux) participent de façon complémentaire à la préparation de ce programme. Au niveau national, les partenaires de l'Unicef sont l'Institut National de Recherche et d'Action Pédagogique (INRAP), la Direction des Etudes et de la Planification Scolaire et Universitaire (DEPSU) et la Direction Générale de l'Education de Base (DGEB).

### LOCALISATION ET GROUPES CIBLES

A terme, la couverture du programme est nationale, dans la mesure où celui-ci, par un renforcement institutionnel et stratégique, vise l'amélioration de l'éducation de base sur l'ensemble du territoire. Le modèle de réforme de l'éducation de base sera testé dans deux inspections urbaines à Brazzaville et une inspection rurale. Le nombre d'enfants, de monitrices, de maîtres et de personnes d'encadrement dépendra du choix des zones cibles, identifiées lors de la sélection du modèle. En dehors des zones d'expérimentation, le programme assurera la formation/-recyclage des fonctionnaires du Ministère de l'éducation chargés, au niveau central et régional, de la planification du système scolaire.

## AMELIORATION DE L'EDUCATION DE BASE / 2

### BUDGET

PROJET	FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Education de base	Acquis	101	93	97	95	96	482
	A trouver	350	63	63	63	63	600

CONGO



## Kinsoundi, scène de la vie scolaire

**D**evant les portes de l'école, les Mama Micate s'agitent. Dans quelques instants, les élèves sortiront des classes et elles réaliseront alors l'essentiel de la recette de la journée. Vendeuses de beignets, de bananes frites ou de galettes, elles proposent en effet le repas du midi aux élèves "sortants". Dans une demi-heure, arriveront alors les "entrants", les élèves de l'après-midi. Car, comme dans de nombreuses autres écoles du pays, les classes servent deux fois. "C'est obligé, explique Madame Marie-Thérèse Tshinkela, la directrice de cette école de Kinsoundi, nous avons trop d'élèves et pas assez de classes alors nous sommes obligés d'organiser une tournante: la moitié des élèves suivent les cours le matin de 7 heures 30 à 11 heures 30 et l'autre moitié de 12 heures à 16 heures. Ce sont les classes volantes". Certes, cette solution fait montre d'un réel esprit d'économie et prêterait davantage à l'admiration si elle n'était une des manifestations de l'insuffisance des moyens accordés à l'éducation des plus petits.

Nous laissons derrière nous les élèves occupés à leur déjeuner pour traverser la cour de récréation vers le bureau des maîtres: une toute petite pièce occupée d'une table et de deux

chaises bancales. Au mur, quelques affiches vieillies couvertes de maximes bien senties "L'école pour tous", "point n'est besoin d'avoir pour savoir"... Souvenirs d'une époque où les dirigeants rêvaient d'une éducation efficiente et gratuite pour tous. Il est loin ce temps. Aujourd'hui, Madame Tshinkela tient la comptabilité négative des lacunes de son établissement comme le manque de locaux qui force la solution des classes volantes. Même ainsi, ce n'est pas suffisant. "Venez, me dit-elle en m'entraînant, vous allez comprendre". Nous entrons dans la première salle où les "entrants" viennent de pénétrer et chahutent joyeusement. "Ils sont 150, constate-t-elle découragée (la pièce fait 6 mètres sur 10), obligés de s'asseoir à trois ou quatre sur des tables-bancs prévus, en Europe, pour deux élèves." Certains sont assis par terre. "Heureusement, lâche-t-elle dans un demi-sourire, ils ne risquent pas de se gêner mutuellement, ils n'ont rien à mettre sur le banc, ni cahiers, ni livres." C'est étonnant en effet: sur 150 élèves je ne vois qu'une dizaine de feuilles de papier, certaines de réemploi, et autant de livres en piteux état à force d'avoir été tirés à hue et à dia par des milliers de petites mains. Monsieur Antoine Makonda, directeur de la section des Programmes de l'INRAP

(l'Institut National de Recherche et d'Action Pédagogiques) nous dira: "savez-vous qu'à Brazzaville, le rapport moyen élève-livre est de 123:1 et que le ratio élève-maître est de 200:1".

"Je vais être franche, poursuit Madame Tshinkela, à part les salaires du personnel, rien n'est plus assuré: ni l'entretien des locaux, ni leur équipement, ni le matériel pédagogique, ni le matériel didactique". Le maître présente son bout de craie: "ramené de chez moi. Il va durer trois jours, ensuite...". Bien entendu, ces failles dans les infrastructures se répercutent sur les résultats. Médiocres. "Nous sommes dans la bonne moyenne nationale, plaisante la Directrice qui manie la dérision avec philosophie, l'année dernière nous avons eu un taux de réussite au CEPE (fin de l'enseignement primaire) de 42%. Au bout du compte, je pense que ce qui manque, à tous les niveaux, c'est de l'argent, pour relancer la mécanique, donner aux jeunes le goût de venir à l'école et à nous, corps enseignant de transmettre un savoir". Madame Tshinkela a sans doute raison. A quelques kilomètres de son établissement, un autre tout pareil, l'Ecole de La Fraternité. A l'intérieur, la situation et le discours sont un peu différents. Les classes ne

## KINSOUNDI, SCENE DE LA VIE SCOLAIRE / 2

comptent qu'une cinquantaine d'élèves et la craie, qui ne manque guère, coure sur les tableaux. Les élèves sans cahiers, sans crayons et sans manuels sont l'exception plus que la règle. Je m'en étonne. Madame Angèle Bouilama, la directrice : *"cette école a bénéficié durant 5 ans d'une expérience "pilote", elle recevait des livres, du matériel et le Ministère nous obligeait à n'avoir que 50 élèves par classe"*. Ce que semble avoir oublié Madame la Directrice c'est que son label "pilote" n'est en fait rien d'autre que la normalité pédagogique inscrit dans les textes qui régissent l'organisation de l'enseignement au Congo. Mais, le projet "pilote" (normal) est terminé et l'école sombre dans la normalité (anormale). Il lui reste une chance :

l'Association des Bureaux d'Elèves et des Parents Congolais (ABEPC).

Comme dans d'autres secteurs, le processus de démocratisation de la vie publique a induit la naissance d'un mouvement associatif spécifique. L'ABEPC existe au niveau national mais est représentée à l'échelon régional et dans de nombreuses écoles. C'est le cas à "La Fraternité". Très volontaire, l'Association a décidé d'instaurer, démocratiquement, une cotisation de solidarité pour faire face aux besoins les plus criants. Les familles paient donc 2.350 frs (9 dollars) par enfant inscrit dans l'école. L'ABEPC gère et organise... avec les conseils techniques du corps professoral. Ensemble, ils se sont subs-

titués au vide officiel.

Pour l'encadrement et le recyclage, l'école recourt aussi au système D. *"Les nouveaux maîtres ne sont pas bien formés mais dès leur arrivée nous les aidons : les aînés assistent à leurs leçons, de même que des conseillers pédagogiques puis, ils discutent ensemble et ainsi, peu à peu, ils connaissent leur métier"*. Mais ces solutions ne sont que des pis-aller, des emplâtres sur la jambe de bois du système. Le Congo a besoin d'une vraie réforme. *"Nous avons tous fait trop de politique, l'Administration en a été bloquée et toute l'efficacité de l'école, constate Madame Bouilama. Il est temps de remettre le train de l'éducation des enfants sur le rail"*.



## Fiche d'information n°4 : Le plaidoyer

### OBJECTIFS

Le Programme Plaidoyer vise à mobiliser les ressources humaines et financières indispensables à :

- l'application effective des activités contenues dans le Plan d'Action National en faveur des Enfants ;
- l'application effective de la Convention relative aux Droits de l'Enfant ;
- l'amélioration du statut des femmes dans la société congolaise.

### JUSTIFICATION

Les thèmes chers à l'Unicef, la promotion de la survie, du développement et de la protection de l'enfant et la réduction des disparités entre hommes et femmes, figurent rarement parmi les priorités opérationnelles des gouvernants. Pour vaincre cette indifférence, cette insensibilité et couler en actions concrètes les déclarations d'intention, un travail d'information et de sensibilisation est indispensable.

### STRATEGIE

Il s'agit de mettre en place un ensemble de stratégies de communication (information, communication, éducation, publicité, groupes de pression) susceptibles de favoriser les changements souhaités.

Ce programme se déroulera selon une stratégie en cinq étapes :

- Identifier les problèmes (blocages administratifs, culturels, législatifs) qui font obstacle à l'application du Plan d'Action National pour les Enfants et de la Convention relative aux Droits de l'Enfant et qui retardent l'émancipation de la femme ;
- Identifier les cibles stratégiques (décideurs, partis politiques, syndicats, associations, églises, ONG, etc) ;
- Identifier les alliés stratégiques : les relais qui assureront la mobilisation et l'information sur ces deux thèmes (les journalistes ou les artistes par exemple).
- Exécuter des opérations spécifiques liées aux buts recherchés ;
- Evaluer l'effet de ces activités sur une sélection d'indicateurs identifiés au préalable.

### PARTENAIRES

La mise en place de stratégies d'information, de mobilisation sociale et de communication exige de nombreux partenaires qui assistent, relaient ou renforcent les efforts de communication de l'Unicef. Dans le cas du plaidoyer, il s'agit des groupes, personnes, institutions qui agissent dans le même sens ou qui, convaincus du bien fondé de l'action de l'Unicef, s'y associent dans un cadre bénévole ou professionnel :

- Bénévole : ONGs ou Associations telle que "l'Alliance des artistes, intellectuels et communicateurs congolais pour la survie et le développement de l'enfant".
- Professionnel : certains cadres ou fonctionnaires de haut rang, des journalistes, des missions de coopération, etc.

## LE PLAIDOYER / 2

### LOCALISATION ET GROUPES CIBLES

Il s'agit d'un programme d'envergure nationale. Les groupes cibles correspondent aux cibles stratégiques : les décideurs politiques, les membres du gouvernement, les députés, les responsables locaux, les partis politiques, les mouvements associatifs, les médias, les communautés

religieuses sont visés par le programme Plaidoyer. Les uns parce qu'ils jouent un rôle prépondérant dans l'élaboration des lois et des règlements en faveur des enfants et des femmes et dans l'allocation des ressources. Les autres journalistes ou leaders d'opinion - parce qu'ils pourront aider au changement des mentalités.

### BUDGET

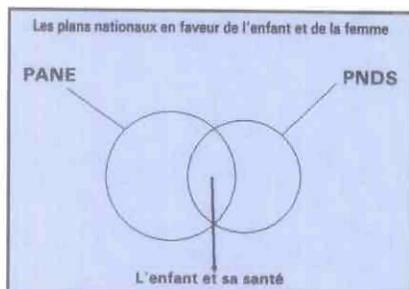
PROJET	FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Sous-Programme Plaidoyer	Acquis	15	20	13	11	5	64
	A trouver	51	33	37	35	31	186

CONGO



## Les femmes et les enfants d'abord

**E**n Europe, un texte signé et adopté par le Parlement peut être considéré à 90% comme un acquis définitif. Dans les pays en développement par contre, une fois la signature acquise, il reste 90% du chemin à parcourir". Cette constatation du Docteur Mohamed-Mahmoud Hacén, Représentant de l'OMS au Congo, indique bien la distance qui reste à parcourir pour que les deux Plans nationaux (voir Figure 1) qui concernent l'enfant et la mère produisent pleinement leurs effets. Heureusement, le Congo de 1992 ne manque pas d'atouts pour les voir aboutir.



Le PNDS (Plan National de Développement sanitaire) et le PANE (Plan d'Action National pour les Enfants) sont complémentaires. Le premier réforme la santé et intéresse l'ensemble de la population... constituée en majorité d'enfants et de

femmes. Le second concerne les enfants, entre autres, dans leur dimension santé. Il y a donc un ensemble commun aux deux Plans Nationaux. L'Unicef a joué un rôle important dans l'instruction et l'adoption de l'un et de l'autre.

Parmi ces atouts, il en est un qui paraît essentiel : le processus de démocratisation en cours. Un autre atout est l'existence même de ces plans, aboutissement d'un dialogue constructif entre les autorités et les agences de coopération. Enfin, les mécanismes mis en place pour les piloter garantissent un suivi scrupuleux. A propos du PNDS, le Docteur Hacén dit : "c'est une mécanique qui ressemble à la démocratie". Mais il ajoute aussitôt : "il faudra beaucoup de patience, d'attention et de mobilisation pour faire passer les idées nouvelles du PNDS" : la décentralisation de la santé, l'intégration des activités au sein des structures de base (le centre de santé intégré), la participation communautaire, une politique du médicament qui tienne compte des besoins et des capacités financières des malades et non plus des bénéfices possibles du lobby pharmaceutique. Mais du moins, la volonté politique de l'appliquer existe et l'appui de nombreux partenaires extérieurs est acquis. Pour le

PANE, les choses seront moins aisées. Il s'agit, pour le pays, de vivre concrètement les principes ratifiés par la "Convention relative aux droits des enfants" et la "Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant". Des moyens seront nécessaires. Du temps aussi car il implique des changements profonds de mentalités et de comportements.

"La santé et l'éducation sont partout, dans la rue et à la maison, pas seulement dans les dispensaires et à l'école, constate le Docteur Hacén. "Ces domaines prioritaires pour tous les enfants résultent à la fois de choix collectifs impliquant des politiques nouvelles, et de choix individuels impliquant des convictions personnelles". Pour l'un (le collectif) comme pour l'autre (l'individuel), le levier principal, c'est la communication. L'Unicef parle de plaider en direction des décideurs et de mobilisation sociale en direction du public. Elle le vit au jour le jour dans des projets et tente d'y associer des partenaires nationaux. Le Docteur Pierre M'Pele, directeur du Programme National de Lutte contre le SIDA y croit dur comme fer : "depuis 1987, nous avons, avec l'aide de l'Unicef, favorisé une large diffusion des informations sur le Sida mais

## LES FEMMES ET LES ENFANTS D'ABORD / 2

*nous avons privilégié la communication traditionnelle plutôt que les médias modernes". Ce fut donc l'arbre à palabres, qui permet un véritable dialogue, plutôt que la radio, univoque. " Cela a donné d'excellents résultats puisque quasi toutes les couches de la population connaissent la maladie, ses symptômes, ses modes de transmission. Mais cette connaissance théorique n'est pas encore suffisamment assise pour induire des changements de comportement. Pour y remédier, nous démarrons dès maintenant une nouvelle campagne de communication plus ciblée que nous souhaitons inductrice de nouveaux comportements". Les femmes par le biais des consultations maternelles et infantiles et les jeunes, par l'intermédiaire de l'école sont ces cibles.*

Le SIDA et les enfants, Philippe Sita les connaît bien. Acteur et musicien de renom, il a mis ses dons au service de la cause. Depuis 1989 il est membre de "l'Alliance des Artistes, Intellectuels et Communicateurs Congolais pour la survie, le développement et la protection de l'enfant". Un titre kilométrique pour une idée sim-

ple : défendre les enfants. ONG de plaidoyer, chère à l'Unicef. Philippe n'avait pas attendu la création de l'Alliance pour enregistrer des chansons et jouer des comédies " utiles". Entendez par là "à thèmes". " La variété est sans doute un des arts les plus populaires en Afrique centrale ; elle accompagne la fête, permet la danse. L'Unicef m'a donc demandé de participer, en chantant, à des campagnes sur l'éducation nutritionnelle ou sur le SIDA." Il a également enregistré un disque de contines ayant pour thèmes des jeux traditionnels censés favoriser le développement psycho-moteur de l'enfant. Elles se chantent en s'accompagnant de gestes et de mouvements d'exploration de l'environnement par l'enfant. Philippe et les autres membres de l'Alliance préparent la Journée de l'enfant africain dont le thème cet année concerne la préparation du Sommet de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA) consacré à l'enfant. Chacun y participe selon son art : Philippe prépare un disque, d'autres membres de l'Alliance montent un spectacle avec les enfants, d'autres encore organisent débats et émissions dans les médias. Le statut

de la femme est un autre thème de mobilisation cher à l'Unicef : " *du berceau à la mort la Congolaise n'est pas l'égal de l'homme*, explique Paulette Yambo, femme de média, aujourd'hui Secrétaire du Conseil Supérieur de la Révolution (le Parlement de la période de transition). *Nous avons du pain sur la planche pour que la petite fille bénéficie d'un enseignement égal à celui du garçon, pour qu'elle ne soit plus, dès son plus jeune âge, exploitée tantôt comme productrice, tantôt sexuellement*".

Il faut que les femmes s'unissent en association, que les Dibundu (NDR, association d'entraide dans le travail) et les tontines (NDR, mutuelle d'épargne) de femmes dépassent le cadre étroit de leur fonction pour s'intéresser à la défense des droits de la femme. " *Je crois en effet, explique Madame Paulette Yambo, que l'économique est un secteur privilégié pour mobiliser les femmes. Si on leur propose des créneaux d'activités susceptibles de favoriser leur autonomie matérielle, ce serait un pas vers l'autonomie culturelle et sociale*".



## Fiche d'information n°5 :

# Le suivi de la situation des enfants et des femmes

### OBJECTIFS

Disposer chaque année d'une mise à jour de l'Analyse de la situation des femmes, ainsi que d'un état d'avancement du Programme d'Action National pour les Enfants et de la Convention relative aux Droits de l'Enfant.

Il s'agira concrètement de :

- Concevoir et mettre en place un système de surveillance et d'analyse de la situation des enfants et des femmes, basé sur des indicateurs statistiques et sociaux appropriés.
- Renforcer les capacités nationales, régionales et locales de collecte de ces indicateurs.

### JUSTIFICATION

Les indicateurs économiques classiques comme le PNB sont insuffisants pour décrire le niveau de développement et de bien-être des populations. Il faut donc mettre en place des outils d'analyse et de suivi du développement humain de l'ensemble de la population d'un pays (niveau nutritionnel, couverture sanitaire, qualité d'enseignement, respect des droits fondamentaux, etc) et en particulier des enfants, qui constituent l'indicateur le plus sensible de développement humain. D'autre part, il devient nécessaire de suivre la mise en oeuvre des objectifs du Sommet mondial des enfants. Enfin, le présent Programme de l'Unicef exige un suivi constant pour garantir l'efficacité et l'adéquation des moyens aux besoins. Tout cela justifie pleinement le suivi d'indicateurs sociaux et économiques liés à la situation de l'enfant.

### STRATEGIE

Ce programme fait partie intégrante du Plan d'Action National pour les Enfants (PANE) dont il constitue le volet de suivi des objectifs ;

Il repose sur une large décentralisation, pour la collecte et l'analyse des informations ;

Une rétro-information est assurée en direction des communautés impliquées dans la collecte des données (le Comité de santé d'une communauté villageoise par exemple) ;

La collaboration intersectorielle est une priorité à tous les niveaux de mise en place de ce système.

Un transfert de moyens techniques et humains renforce les capacités nationales de collecte, de traitement et d'analyse des données recueillies.

### PARTENAIRES

Au niveau central, le projet est géré par la Direction de la Planification sociale du Ministère des Finances, du Plan et de l'Economie. Au niveau régional, les activités sont décentralisées vers les Directions régionales du même Ministère, dans la personne du responsable régional de la planification et des statistiques sociales.

La mise en oeuvre du système de surveillance et d'analyse de la situation des enfants et des femmes est coordonné par le Comité Interministériel, au niveau central, et par les Comités Intersectoriels, au niveau régional.

## LE SUIVI DE LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES / 2

### LOCALISATION ET GROUPES CIBLES

La couverture géographique du programme ainsi que des deux projets qui le composent est nationale. Toutes les

administrations régionales des Ministères concernés seront touchées par le Programme. L'action de centralisation et d'amélioration des données existantes concernera pour chaque Région l'ensemble de la population.

### BUDGET

PROJET	FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995	1996	Total
Sous-Programme suivi de la situation	Acquis	25	25	25	25	25	125
	A trouver	178	162	111	103	85	638

CONGO



## Le suivi? de la recherche appliquée

**N**ous voilà confrontés à une perspective passionnante: réussir à mettre en place un système de connaissance et d'intervention tout à fait fiable", s'enthousiasme Jean-Pierre Poaty, directeur du cabinet du Ministre de la Santé et des Affaires sociales. C'est lui qui, avec le Bureau de l'Unicef au Congo, a imaginé le mécanisme subtil de Suivi de la situation de la mère et de l'enfant et l'utilisation qui pourrait en être faite. De quoi s'agit-il? Écoutons-le.

*"L'Analyse de la situation a été menée de façon scrupuleuse, soignée de dresser un portrait fidèle de l'enfant et de la femme au Congo qui puisse être utilisé pour des interventions et des projets réellement utiles. Mais les données de base qui ont servi à l'Analyse n'étaient pas toutes, ni absolument précises, ni forcément représentatives de l'ensemble de la population, ni toujours très récentes. A titre d'exemple, les seules informations disponibles sur la mortalité maternelle remontaient à 1983. Par ailleurs certaines observations, provenant des administrations congolaises, étaient relevées de façon souvent empiriques, sans standardisation. Il y a donc pu y avoir des erreurs. Une fièvre constatée ne signifie pas automatiquement le paludisme ou une*

*diarrhée n'est pas toujours liée à la rougeole."* Une des erreurs les plus fréquentes dans la compilation des données sanitaires au niveau d'un centre de santé consiste à confondre le symptôme avec la maladie.

Ce que souhaite mettre en place le Congo, c'est un système nouveau de collecte et de traitement des données socio-économiques sur la situation des enfants et des femmes. Un système qui puisse être utilisé pour proposer des solutions adaptées aux vrais problèmes.

*"A la base, il y a le personnel de santé en contact avec la population. Nous souhaitons les former à la collecte des informations: établir un diagnostic juste (voir à ce propos le reportage de la Fiche N° 1), le consigner sur la fiche individuelle du malade, compiler, pour chaque unité de soins, l'ensemble de ces fiches afin de dresser la carte sanitaire de la communauté: prévalence des maladies, morbidité, mortalité... Nous saurions ainsi très précisément quelles sont les maladies les plus fréquentes, les plus graves, pour quel groupe de population, à quelle saison, dans quel biotope,..."* Ne serait-il pas utile de corriger ces maladies, qui ne sont que l'expression d'un problème sanitaire, avec d'autres facteurs qui pourraient

en être les causes? *"Exactement, et c'est en cela que notre système est intéressant: nous allons, parallèlement à la collecte des données intéressant les services de base (santé, éducation, accès à l'eau potable et assainissement, nutrition), recueillir des informations plus sociales, économiques et ethnologiques afin de dresser une carte de l'environnement de la communauté"*. Et ces données démographiques, écologiques, nutritionnelles, sociales, culturelles et sanitaires seront mises en relation entre elles afin d'identifier des relations de cause à effet et d'identifier des groupes à risque. Cela permettra, par exemple, non seulement de montrer que le retard de croissance constitue un problème de santé publique dans une région donnée mais également d'indiquer que ce retard de croissance est plus fréquent chez telle ou telle catégorie de population. *"Toutes les données seront effectivement comparées et analysées mais le plus intéressant, croyons-nous, sera de suivre leur évolution respective et parallèle au cours du temps, sur des périodes de 5 ans par exemple. Cela nous permettra de déterminer l'impact qu'une intervention donnée ou qu'une politique spécifique a eu sur la mortalité, la morbidité, l'état nutritionnel ou la scolarisation des enfants. Imaginons que la première*

## LE SUIVI? DE LA RECHERCHE APPLIQUEE / 2

*année de notre observation une adduction d'eau potable remplace, dans un village, un ancien puits accessible aux hommes et aux animaux. Nous pourrions constater les années suivantes une diminution des maladies diarrhéiques de 30% chez l'enfant, une amélioration de l'état nutritionnel chez 40% des enfants en phase de sevrage ou une diminution importante de la charge de travail des mères". Ce système permettra également de déterminer les urgences et les priorités quand les ressources se font rares. Dans l'exemple ci-dessus, un franc dépensé pour l'eau pourrait avoir plus d'impact sur la baisse des taux de morbidité qu'un franc dépensé pour la construction d'un cen-*

*tre de santé flambant neuf. Ce système de suivi serait un formidable outil de programmation des politiques. Autant l'Analyse de la situation, initiée par l'Unicef, a contribué à jeter les bases du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), autant le suivi de l'Analyse permettra dans les années à venir d'ajuster les projets et les ressources aux besoins réels des populations. Mais la mise en place d'un tel "observatoire" exige beaucoup de moyens, humains et financiers. "Tout à fait, reconnaît Jean-Pierre Poaty, et c'est pour cela que nous n'allons pas l'installer sur l'ensemble du pays mais sur quelques districts représentatifs de l'ensemble du pays. Nous espérons ainsi que les*

*observations recueillies dans ce "laboratoire" pourront être applicables à l'ensemble du pays".*

Le projet est ambitieux et enthousiasmant. Original aussi parce qu'à notre connaissance, il s'agit d'une première. Un système de suivi et d'observation socio-sanitaire dynamique et souple serait à même de piloter des programmes de développement. Il correspond parfaitement aux impératifs adoptés par le PNDS congolais d'une santé décentralisée, cogérée par les communautés et prenant en compte des éléments propres au milieu social, à l'environnement et aux modes de vie.