

Situation du **Développement** de la **Petite Enfance** en Afrique de l'Ouest et Centrale en 2010-11



Analyse à partir des enquêtes MICS4

Situation du **Développement** de la **Petite Enfance** en Afrique de l'Ouest et Centrale en 2010-11

Analyse à partir des enquêtes MICS4

Diane **Coury**
Claude **Ndabananiye**
Bienvenu **Tossou**
Document de travail
UNESCO-IIEP Pôle de Dakar
Novembre 2014

L'Institut international de planification de l'éducation (IPE)

L'Institut international de planification de l'éducation a été créé en 1963. Il soutient les États membres dans la planification et la gestion de leurs systèmes éducatifs afin qu'ils puissent atteindre leurs objectifs nationaux ainsi que les objectifs de développement convenus au niveau international. L'IPE développe des capacités durables d'éducation par la formation, la recherche, l'assistance technique, les réseaux et le partage d'informations.

Le Pôle de Dakar

Le Pôle de Dakar pour l'analyse sectorielle en éducation est une plateforme d'expertise rattachée à l'Institut international de planification de l'éducation de l'UNESCO. Le Pôle de Dakar œuvre depuis 2001 à l'appui aux pays comme aux partenaires techniques et financiers dans les domaines de l'analyse des systèmes éducatifs, de l'élaboration des stratégies, et du suivi des politiques sectorielles en éducation.

Ce rapport a bénéficié d'un financement de l'UNICEF et de l'Agence française de développement.

Publié en 2014 par :

UNESCO - IPE Pôle de Dakar
Route de Ngor
Enceinte Hôtel Ngor Diarama
BP 3311 Dakar - Sénégal

Tél : (+221) 33 859 77 30

Web : www.iipe-poledakar.org

Attribution :

Situation du Développement de la Petite Enfance en Afrique de l'Ouest et Centrale en 2010-11, Analyse à partir des enquêtes MICS4, UNESCO - IPE Pôle de Dakar, 2014.

ISBN : 978-92-803-2381-8

Conception graphique : Imprimerie Graphi Plus

Crédits photo : Mario Bels

Impression : Imprimerie Graphi Plus - Tél.: +221 33 869 10 16 - www.graphiplus-sn.com



Vous êtes libre de partager, reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre.

Selon les conditions suivantes :

- **Attribution** - Vous devez attribuer l'œuvre de la manière indiquée par l'auteur de l'œuvre ou le titulaire des droits (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'ils vous approuvent, vous ou votre utilisation de l'œuvre).
- **Pas d'utilisation commerciale** - Vous n'avez pas le droit d'utiliser cette œuvre à des fins commerciales.
- **Pas d'œuvres dérivées** - Vous n'avez pas le droit de modifier, de transformer ou d'adapter cette œuvre.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'UNESCO ou de l'IPE, aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les idées et les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ; elles ne reflètent pas nécessairement les points de vue de l'UNESCO ou de l'IPE.

Table des matières

Liste des tableaux.....	4
Liste des graphiques	5
Liste des figures, des cartes et des encadrés	6
Avant-propos	7
Remerciements	8
Acronymes.....	9
Résumé exécutif	10
Introduction.....	13
Contexte et problématique	13
Objectifs de l'étude	15
Sources d'information.....	16
Cadre conceptuel d'analyse	16
Plan de l'étude.....	20
Section I : Contexte général dans lequel les enfants grandissent	21
I.1 Aspects économiques et démographiques.....	21
I.2 Aspects sanitaires.....	23
I.3 Aspects sociaux.....	25
Section II : Qualité de l'environnement familial des enfants de 0-8 ans	27
II.1. Les caractéristiques des ménages	27
II.2. Les pratiques parentales	31
II.3. Quelques éléments d'analyse de la qualité	36
Section III : L'accès aux activités d'éveil/précolaires	40
III.1 Le profil des enfants bénéficiaires	40
III.2 Les facteurs déterminants de l'accès	43
Section IV : Le développement du jeune enfant.....	47
Section V: La préparation pour l'école	60
Conclusion et de pistes d'orientations stratégiques	65
Annexes	63
Bibliographie.....	92

Liste des tableaux

Tableau 1 : Indicateurs macro-économique et démographiques, 2011	22
Tableau 2 : Éléments du contexte sanitaire, 2011 ou APP	24
Tableau 3 : Éléments du contexte social, 2011 ou APP	26
Tableau 4 : Caractéristiques socio-économiques, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11	28
Tableau 5 : Caractéristiques de l'habitat, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11	30
Tableau 6 : Prévalence de bonnes pratiques dans la santé et l'hygiène, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11 ..	32
Tableau 7 : Prévalence de bonnes pratiques dans la nutrition, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11	34
Tableau 8 : Prévalence de bonnes pratiques dans le domaine de l'éveil, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11 ..	35
Tableau 9 : Indicateurs des indices synthétiques, par domaine de pratique parentale	36
Tableau 10 : Effets des variables socio-économiques sur la probabilité d'avoir de bonnes pratiques parentales, par domaine de pratique et pays, 2010-11	39
Tableau 11 : Taux d'accès à une activité d'éveil/préscolaire des enfants âgés de 3-5 ans, selon certaines caractéristiques socio-économiques de l'enfant et du ménage, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11	41
Tableau 12 : Modélisation des facteurs déterminant de l'accès à une activité d'éveil/préscolaire, Enfants de 3-5 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11	44
Tableau 13 : Domaines de développement de l'enfant (3-4 ans) mesurés par l'enquête MICS4, et constituant l'Indice de développement du jeune enfant	47
Tableau 14 : Proportion d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement, par dimension, 8 pays comparateurs, 2010-2011	48
Tableau 15 : Proportion d'enfants (3-4 ans) en bonne voie de développement, selon les caractéristiques de l'enfant et du ménage, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-2011	49
Tableau 16 : Disparités dans les facteurs affectant le score global de développement du jeune enfant, enfants de 3-4 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11	52
Tableau 17 : Âge moyen des primo-entrants au primaire, selon la préscolarisation, 8 pays comparateurs, 2010-11	58
Tableau A1 : Degré d'inertie relatif au premier axe, analyse factorielle par domaine de pratiques parentales	70
Tableau A2 : Matrices de corrélation des indices synthétiques entre eux	71
Tableau A3 : Âge d'entrée légale et durée de l'éducation préscolaire effective dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne	72
Tableau A4 : Facteurs affectant l'accès aux activités d'éveil/préscolarisation, 8 pays comparateurs, 2010-11	73
Tableau A5 : Facteurs affectant le score global de développement de l'enfant de 3-4 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11	74
Tableau A6 : Modélisation de la probabilité d'entrer à l'école primaire à l'âge requis	75

Liste des graphiques

Graphique 1 : Interaction entre le milieu de résidence, le niveau de richesse du ménage et l'instruction de la mère, 2010-11.....	29
Graphique 2 : Accès aux infrastructures de base et possession d'appareils audio-visuels, selon le milieu de résidence et le niveau de richesse, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11.....	30
Graphique 3 : Participation du père dans au moins une activité d'apprentissage des enfants de 3-4 ans, 2010-11....	35
Graphique 4 : Disparités dans l'effet de certaines caractéristiques socio-économiques des ménages sur la prévalence de bonnes pratiques parentales, par domaine de pratique, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11.....	37
Graphique 5 : Pourcentage d'enfants de 3-5 ans ayant accès à une activité d'éveil/précolaire, 8 pays comparateurs, 2010-11	40
Graphique 6 : Disparités dans le taux d'accès aux activités d'éveil/précolaire des enfants de 3-5 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11.....	42
Graphique 7 : Simulation numérique de la probabilité d'accès à une activité d'éveil/précolaire, selon certaines caractéristiques de l'enfant et de sa famille, Togo 2010.....	46
Graphique 8 : Disparités dans le pourcentage d'enfants (3-4 ans) en bonne voie de développement, selon certaines caractéristiques du ménage, 8 pays comparateurs, 2010-2011	50
Graphique 9 : Facteurs affectant le score global de DPE, enfants de 3-4 ans, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11.....	51
Graphique 10 : Simulation numérique du score global de développement du jeune enfant selon des caractéristiques des enfants et facteurs de protection/risque, Sierra Leone, 2010.....	54
Graphique 11 : Profils de scolarisation probabilistes, 8 pays comparateurs, 2010-11.....	55
Graphique 12 : Pourcentage des primo-entrants au primaire ayant dépassé l'âge officiel d'entrée et Écart moyen entre l'âge effectif et l'âge officiel, 8 pays comparateurs, 2010-11	57
Graphique 13 : Rapport de chances modélisé d'accéder au première à l'âge requis, Primo-entrants, 6 pays comparateurs, 2010-11.....	59
Graphique A1 : Distribution par âge des primo-entrants en première année du primaire, 8 pays comparateurs, 2010-11.....	70
Graphique A2 : Situation scolaire des enfants âgés de 6-8 ans, 2010-2011	76

Liste des figures

Figure 1 : Facteurs micro, méso et macro affectant le DPE.....	17
Figure 2 : Liens présumés entre les différents facteurs affectant le développement de l'enfant et son niveau de préparation à l'école primaire	19
Figure A1 : Disparités dans la proportion des ménages adoptant un bon niveau de pratiques dans le domaine de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil, 8 pays comparateurs, 2010-2011.....	69

Liste des cartes

Carte 1 : Couverture géographique de l'analyse	21
Carte 2 : Pourcentage d'enfants de 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil/préscolaire en RDC, par province, 2010	43

Liste des encadrés

Encadré 1 : La petite enfance et le développement du cerveau	13
Encadré 2 : La pauvreté et le niveau d'instruction de la mère.....	18
Encadré 3 : Les facteurs d'offre et de demande affectant l'accès scolaire et l'accès tardif	56

Avant-propos

Les années de la petite enfance, notamment la période allant de la naissance à l'âge de 8 ans, sont aujourd'hui reconnues comme une période cruciale pour le développement du jeune enfant, tant sur le plan de sa santé physique que sur son développement moteur, socio-émotionnel, cognitif et langagier.

Si des progrès dans le domaine de développement de la petite enfance (DPE) ont pu être observés au cours de la décennie, suite notamment à l'instauration des objectifs de l'Éducation Pour Tous en 2000, les pays du continent africain affichent cependant un certain retard ; peu d'entre eux ont à ce jour un programme de DPE cohérent, financièrement soutenable et en lien avec les programmes sectoriels de la santé et de l'éducation qui sont censés les porter.

Bien que de nombreuses explications concourent pour expliquer cette situation, l'une d'elle tient au fait que le bien-fondé des interventions en faveur du DPE, que ce soit de l'utilité de l'enseignement préscolaire ou encore les effets positifs de pratiques parentales saines, n'est pas encore bien connu de tous. Ceci est d'autant plus regrettable que la situation des enfants africains est particulièrement alarmante : beaucoup vivent dans des environnements marqués par de fortes privations, qui entravent leur développement optimal avec des répercussions néfastes notamment sur leur parcours scolaire.

Cette étude vise à mieux comprendre le contexte familial et environnemental dans lequel grandissent les jeunes enfants d'Afrique de l'Ouest et Centrale et la manière dont celui-ci affecte leur développement et leur entrée à l'école primaire. Sur la base des résultats obtenus, l'étude souhaite offrir une base de réflexion aux acteurs du domaine que cela soit dans les pays étudiés ou au niveau de la sous-région, pour l'identification de pistes de développement ou de réorientation des programmes de DPE (éducation parentale et préscolaire).

Un objectif également assigné à cette étude porte sur l'aptitude des enquêtes MICS à appréhender la question du DPE dans sa globalité, et sur la base des limites observées, de proposer des pistes de réorientation pour mieux adresser la question à l'avenir (en annexe de la présente étude).

Remerciements

Cette étude a été rédigée par Diane Coury, Jean Claude Ndabananiye et Bienvenu Tossou. Les auteurs remercient Beifith Kouak Tiyab et Jean Luc Yameogo pour leur appui technique substantiel et les nombreux échanges de réflexion prodigués tout au long de ce travail. Les auteurs souhaiteraient également remercier, pour leur relecture critique, Guillaume Husson, Patrick NKengne Nkengne, Koffi Segniagbeto, et Beifith Kouak Tiyab du Pôle de Dakar, ainsi que Mariavittoria Ballotta et Mathieu Brossard, respectivement du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (WCARO) et du Bureau UNICEF de New York. Un merci spécial va à l'endroit de Barnaby Rooke, pour son travail d'édition toujours aussi pertinent. Ces différentes contributions ont permis l'aboutissement de la présente étude.

Cette étude a été financée par UNICEF New York (Siège), WCARO et l'Agence française de développement (AFD).

Acronymes

ASS	Afrique Subsaharienne
APP	Année la Plus Proche
DPE	Développement de la Petite Enfance
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EGRA	Early Grade Reading Assessment
EGMA	Early Grade Mathematics Assessment
FMI	Fond Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
IP	Indice de Parité
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
IS	Indice Synthétique
ISU	Institut de Statistique de l'UNESCO
MICS	Enquête à Indicateurs Multiples
OEV	Orphelin et Enfant Vulnérable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASEC	Programme d'Analyse des Systèmes Éducatifs
PIB	Produit Intérieur Brut
PP	Pratique Parentale
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RDC	République Démocratique du Congo
RESEN	Rapport d'État du Système Éducatif National
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TMIJ	Taux de Mortalité Infanto-Juvenile
TMM	Taux de Mortalité Maternelle
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNPD	United Nation Population Division
VIH&SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'Immunodéficience Acquise

Résumé exécutif

Les années de la petite enfance, notamment la période allant de la naissance à l'âge de 8 ans, sont aujourd'hui reconnues comme une période cruciale pour le développement du jeune enfant, tant sur le plan de sa santé physique que sur son développement moteur, socio-émotionnel, cognitif et langagier.

Si des progrès dans le domaine de développement de la petite enfance (DPE) ont pu être observés au cours de la dernière décennie, suite notamment à l'instauration des objectifs de l'Éducation Pour Tous en 2000, les pays du continent africain affichent cependant un certain retard ; peu d'entre eux ont à ce jour un programme de DPE cohérent, financièrement soutenable et en lien avec les programmes sectoriels de la santé et de l'éducation qui sont censés les porter.

Bien que de nombreuses explications concourent pour expliquer cette situation, l'une d'elles tient au fait que le bien-fondé des interventions en faveur du DPE, que ce soit de l'utilité de l'enseignement préscolaire ou encore les effets positifs de pratiques parentales saines, n'est pas encore bien connu de tous.

Cette étude vise à apporter des éléments factuels sur ces aspects, en apportant un éclairage sur le contexte familial et environnemental dans lequel grandissent les enfants d'Afrique de l'Ouest et Centrale en offrant une description détaillée des caractéristiques socio-économiques des ménages ayant des jeunes enfants, de leurs pratiques parentales dans des domaines aussi variés que la santé, la nutrition, l'hygiène, ou encore l'éveil, et des conditions d'accès de leurs enfants aux services d'éveil/préscolaire. L'étude cherchera, en outre, à identifier les domaines où des avancées sont observées et de déterminer le cas échéant la nature des facteurs en jeu (sociaux, économiques, familiaux, environnementaux). Ainsi, elle analysera l'effet de ces variables sur le niveau de développement de l'enfant et sur son niveau de préparation à l'école primaire. L'hypothèse sous-jacente, que les enfants grandissant dans un environnement prônant de bonnes pratiques familiales et/ou participant à des activités d'éveil/préscolaire ont un niveau de développement plus élevé et sont mieux préparés pour l'école primaire, sera confrontée aux données.

Les résultats des analyses serviront également de base de réflexion pour l'identification de pistes de développement ou de réorientation des programmes de DPE (éducation parentale et préscolaire), que cela soit dans les pays étudiés ou plus globalement dans les pays présentant des caractéristiques socio-économiques similaires. Un dernier objectif assigné à cette étude porte sur l'identification des lacunes des enquêtes MICS pour appréhender la question du DPE dans sa globalité et de proposer le cas échéant des pistes de réorientation pour mieux adresser la question à l'avenir.

Cette étude porte sur 8 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale pour lesquels une MICS4 était disponible au moment de la conduite de l'analyse. Il s'agit de la Gambie, du Ghana, de la Mauritanie, du Nigéria, de la République Démocratique du Congo (RDC), de la Sierra Léone, du Tchad et du Togo. Ils offrent une couverture intéressante de la région Afrique de l'Ouest et Centrale pour 2010-2011 : en effet, 82,3 millions d'enfants de 0-8 ans vivent dans l'échantillon de pays de l'étude. Ils représentent 29 % de la population de ces pays et 67 % des enfants de 0-8 ans d'Afrique de l'Ouest et Centrale.

Les principaux résultats de l'analyse sont décrits ci-dessous. Ils montrent que :

- Les pays de l'étude connaissent des contextes globaux particulièrement difficiles, marqués par des niveaux de pauvreté parfois alarmants et des environnements sanitaires et sociaux des plus précaires. Ceci affecte directement les familles et leurs capacités à pourvoir aux besoins fondamentaux de leurs enfants.
- La qualité de l'environnement familial orienté vers les jeunes enfants est dans l'ensemble pauvre : à la précarité économique et de l'habitat qui touche un grand nombre, s'ajoutent des niveaux de pratiques en santé, hygiène, nutrition et éveil qui ne sont pas toujours optimaux. Les ménages de la région n'ayant pas encore la pleine connaissance et maîtrise des gestes sanitaires, d'hygiène et de nutrition de base devant assurer un développement optimal et harmonieux de leurs enfants sont encore très nombreux. Le contexte d'éveil reste également marqué par une certaine pauvreté en matière de dotation en livres et jouets, accentuée parfois par une implication faible des adultes dans l'apprentissage de leurs enfants, privant ainsi ces derniers d'un environnement stimulant efficace.
- L'accès aux activités d'éveil/préscolaire est globalement faible, ne concernant qu'un tiers des enfants âgés de 3 à 5 ans en 2010-2011. Si l'offre de service semble jouer un rôle de premier plan dans la possibilité d'accéder à des services d'éveil/préscolaire comme pourraient l'illustrer les fortes variations régionales, la capacité financière des familles constituerait également un facteur bloquant/favorisant important dans cet accès. Le rôle positif joué par l'éducation de la mère est également intéressant à noter, comme levier potentiel d'action, tout comme les pratiques parentales, notamment dans les domaines de l'éveil et de la nutrition.
- 60 % des enfants de 3-4 ans des 8 pays de la sous-région sont en bonne voie de développement. Ce pourcentage augmente avec l'âge de l'enfant suggérant la nature cumulative des apprentissages avec l'âge. Le genre de l'enfant influe de manière modérée, étant globalement non significatif dans 6 des 8 pays. Enfin, le milieu de résidence n'est pas toujours discriminant, mais quand il est, il favorise les enfants urbains.
- La fréquentation d'un programme d'éveil/préscolaire a l'effet le plus marquant sur le développement de l'enfant, suivi des bonnes pratiques parentales en matière d'éveil et du niveau de richesse du ménage.
- Les facteurs de protection comme les facteurs de risque ont des effets cumulatifs mais également compensatoires sur le développement de l'enfant. Cependant, les retards en matière de développement sont difficilement rattrapables.
- L'accès à l'école primaire est encore loin d'être universel et est marqué par des entrées tardives (*proxy* d'être prêt à l'école); La préscolarisation a un effet modeste sur l'âge d'entrée au primaire, tout comme les pratiques parentales.

Au regard de ces résultats, il est possible d'offrir quelques pistes d'orientations stratégiques, qui se résument comme suit :

- Il y a un fort besoin de mieux comprendre les déterminants des pratiques familiales pour favoriser l'adoption des pratiques favorables au développement de l'enfant.
- Il est important d'agir tôt pour un effet optimal sur le développement de l'enfant, du fait notamment que les retards de développement accumulés sont difficilement rattrapables par la suite. Favoriser l'adoption de bonnes pratiques parentales (via la mise en place de programmes d'éducation adaptés

aux réalités locales), dans les domaines de l'éveil, de la nutrition et de l'hygiène, constitue un levier d'action particulièrement coût-efficace.

- L'accès au préscolaire doit être favorisé par la mise en place d'interventions agissant sur l'offre et la demande de services préscolaires ; elles devront également chercher à prioriser les actions visant à alléger les contraintes financières des populations les plus démunies.
- Les interventions doivent être localisées compte tenu des fortes disparités observées entre pays mais également au sein d'un même pays.
- Il sera important que les pays se dotent d'outils d'analyse adaptés pour une meilleure compréhension des enjeux en vue d'une meilleure planification et suivi des interventions en faveur du DPE.

Introduction

Contexte et problématique

Les années de la petite enfance, notamment la période allant de la naissance à 8 ans, sont aujourd'hui reconnues comme une période cruciale pour le développement du jeune enfant, tant sur le plan de sa santé physique, que sur son développement moteur, socio-émotionnel, cognitif et langagier. C'est notamment une période critique pour le développement du cerveau (voir l'Encadré 1). Il est même aujourd'hui admis que certains problèmes de santé mentale et physique des adultes seraient liés à une prise en charge inappropriée au cours de la petite enfance (CCCH, 2006).

Encadré 1 : La petite enfance et le développement du cerveau

Si la période de la petite enfance est jugée particulièrement critique pour l'individu, c'est qu'elle correspond au moment où le cerveau se développe. A la naissance, le cerveau de l'enfant est composé de milliards de neurones, qui pour près de la moitié ne sont pas encore connectés les uns aux autres. C'est sous l'influence de la génétique, mais aussi des expériences vécues que s'établit le réseautage des neurones entre-eux, qui formera ultérieurement l'architecture et les fonctions de base du cerveau. En effet, si les gènes fournissent la matrice générale du développement du cerveau, ce sont les expériences physiques et sociales (y inclus l'apprentissage) du bébé et du jeune enfant ainsi que son environnement qui sculptent le cerveau. A cet égard, la qualité et la quantité des expériences reçues au cours de la prime enfance jouent un rôle de premier plan (Shonkoff, 2010).

Si la maturation du cerveau se poursuit jusqu'à l'adolescence, la majeure partie du développement de l'enfant (i.e., les fonctions motrices, socio-émotionnelles, cognitives et langagières) advient avant l'âge d'entrée au primaire (Shonkoff, 2010).

Assurer que le cerveau se forme de manière adéquate dès le plus jeune âge permet aux enfants de construire des aptitudes et des capacités sur des fondations solides. Les connections neurologiques qui se forment à la prime enfance sont les fondations qui soutiennent les suivantes. Par ailleurs, des retards pris dans le développement de certaines aptitudes entraînent un retard dans le développement d'autres aptitudes. Attendre l'entrée au primaire, voire la maternelle pour commencer les apprentissages est déjà tard (Knudsen et al, 2006).

Un encadrement approprié pendant la petite enfance est également associé à des externalités positives tant pour l'individu (préparation à l'école améliorée, meilleure rétention scolaire, niveau d'acquisitions renforcé¹, meilleure santé, revenus du travail plus élevés une fois adulte, etc.) que pour la société (productivité accrue des travailleurs,

¹ Voir les travaux de Mingat.

réduction des comportements à risques et délinquants, réduction de la morbidité, etc.)². Les interventions précoces sont à cet égard considérées comme un des investissements les plus rentables et judicieux, notamment pour les enfants issus de milieux défavorisés (Heckman, 2006).

Conscient des multiples enjeux et bénéfiques que revêt le développement de la petite enfance (DPE), de nombreux pays se sont engagés à développer des programmes nationaux de développement de la petite enfance devant favoriser la mise en place d'un « environnement favorable » susceptible de contribuer au développement optimal de l'enfant, dans l'ensemble de ses dimensions (i.e., physique, cognitive, langagière et socio-émotionnelle). Cela implique le développement d'activités dans plusieurs secteurs liés à l'éducation, la santé et l'hygiène, la nutrition, la législation/protection, ou encore les affaires sociales³. Dans le domaine de l'éducation, deux axes sont généralement privilégiés : l'éducation parentale et le préscolaire⁴.

Si des progrès ont pu être observés au cours de la décennie, suite notamment à l'instauration des objectifs de l'Education Pour Tous en 2000, les pays du continent africain affichent cependant un certain retard ; peu d'entre eux ayant à ce jour un programme de DPE cohérent et financièrement soutenable, et en lien avec les programmes sectoriels de la santé et de l'éducation qui sont censés les porter. Les financements publics sont souvent dérisoires (moins de 2 % du budget de l'éducation est alloué au préscolaire en Afrique Subsaharienne (ASS), en moyenne)⁵ affectant la couverture de ces services. Les taux de couverture du préscolaire du continent sont parmi les plus faibles du monde, à 14,5 % en 2010 (ISU)⁶.

Un certain nombre d'activités d'éducation parentale visant l'amélioration des pratiques familiales essentielles en terme de prise en charge du jeune enfant sont mises en œuvre. Elles sont pour l'essentiel organisées par les services de santé et de nutrition. Des interventions sont également proposées dans le domaine de la protection, et de manière plus limitée dans le domaine de l'éveil. Relevant souvent de services ministériels et d'acteurs différents (en lien avec le caractère multi-dimensionnel du DPE), ces interventions ne s'inscrivent en général pas dans un programme structurant et structuré autour du DPE ; cette approche est rendue d'autant plus difficile que la coordination entre les acteurs et les actions doit encore être renforcées dans de nombreux pays.

Le bien-fondé des interventions en faveur du DPE, que ce soit de l'utilité de l'enseignement préscolaire ou encore des effets positifs de pratiques parentales saines, est encore mal connu de tous. Elles sont également souvent perçues comme coûteuses (l'offre préscolaire étant aujourd'hui dans de nombreux cas de type privé, s'adressant à la classe aisée urbaine). Le préscolaire se voit aussi rarement octroyer des budgets conséquents dans un contexte de ressources publiques limitées, de forte concurrence entre les sous-secteurs éducatifs, et de la priorité accordée au primaire⁷. Les pratiques parentales, relevant de leur côté essentiellement de la sphère privée/familiale, présentent une dimension opaque⁸, voire inaccessibles (on n'interfère pas dans la sphère privé !).

² Voir les différents travaux du Prix Nobel James Heckman. Également, la publication The Lancet a consacré deux séries spéciales (Janvier 2007 et Septembre 2011) sur la question du DPE dont des études novatrices sur les externalités positives de la petite enfance (<http://www.thelancet.com/series/child-development-in-developing-countries>).

³ A l'image du caractère multidimensionnel du développement de l'enfant, les services de DPE sont *de facto* de nature multisectorielle.

⁴ Les premières années du primaire sont également une période charnière, devant assurer une transition souple entre le préscolaire et l'école primaire (via notamment la continuité dans les curricula). Voir annexe 1 sur les services adaptés selon l'âge de l'enfant.

⁵ Jaramillo et Mingat, 2011.

⁶ Le Taux Brut de Scolarisation (TBS) est de 22,5% dans les États arabes, 30% en Asie centrale, et 57% en Asie de l'est et du pacifique. L'Amérique latine (70%) se situe juste derrière l'Amérique du nord et l'Europe centrale (85%) (ISU).

⁷ Bien que le premier objectif de Dakar de 2000 porte sur le développement de la petite enfance, celui-ci a été largement occulté au profit de l'objectif de scolarisation primaire universelle.

⁸ On notera que le développement d'enquêtes spécialisées auprès des ménages, comme les EDS et les MICS, ont permis d'apporter des éclairages importants sur différentes pratiques familiales.

Ceci est d'autant plus regrettable que la situation des enfants africains est particulièrement alarmante : beaucoup vivent dans des environnements marqués par de fortes privations, qui entravent leur développement optimal (UNICEF, 2014)⁹. L'ASS serait même la région avec les plus fortes privations de l'enfant, selon l'Indice de Développement de Save the Children (2008)¹⁰ Un article publié dans le *Lancet* (Grantham-Mc Gregor *et al*, 2007) estimait que sur 117 millions d'enfants de moins de 5 ans vivant en Afrique, 61 % souffraient d'un retard de croissance ou vivaient dans la pauvreté, deux corolaires d'un développement futur altéré. La pauvreté, la malnutrition, les conflits sociaux et les déplacements forcés, le manque d'accès à des services de santé et de scolarité de qualité sont parmi les principaux facteurs concourants.

Les interventions en faveur du DPE, en raison du caractère multidimensionnel de ce dernier, offrent de nombreux attraits, en permettant d'adresser de manière complémentaire divers besoins des enfants :

- Elles peuvent jouer un rôle central dans la réduction des inégalités socio-économiques, en permettant aux enfants de milieux pauvres d'entrer au primaire avec le niveau minimal nécessaire pour faire une bonne scolarité. En effet, de nombreuses études montrent que les enfants des milieux défavorisés abordent souvent l'école primaire peu/mal préparés, fragilisant de *facto* leur scolarité (Abadzi, 2006 ; Fernald et al., 2009).
- Dans le domaine de la santé et de la nutrition, l'éducation parentale peut jouer un rôle central pour favoriser l'adoption, par les parents, des bons gestes sanitaires, nutritifs et d'éveil, contribuant au développement harmonieux de leurs enfants.

Par ailleurs, les interventions en faveur du DPE peuvent aujourd'hui apporter une réponse crédible aux grands défis auxquels fait face le secteur de l'enseignement primaire dans les domaines de la rétention, du redoublement ou encore du niveau d'acquisition des élèves. Si elles ne peuvent régler l'ensemble des problèmes de l'enseignement primaire, elles peuvent fortement contribuer à les alléger, en assurant que les enfants soient prêts pour l'école et l'enseignement, ce qui améliore l'efficacité interne de l'éducation tout autant que le niveau d'apprentissage des élèves (Jaramillo et Mingat, 2011 ; Garcia et al., 2011)¹¹.

Objectifs de l'étude

Cette étude vise à mieux comprendre le contexte familial et environnemental dans lequel grandissent les enfants d'Afrique de l'Ouest et Centrale en offrant une description détaillée des caractéristiques socio-économiques des ménages ayant des jeunes enfants, de leurs pratiques parentales dans des domaines aussi variés que la santé, la nutrition, l'hygiène, ou encore l'éveil, et des conditions d'accès de leurs enfants aux services d'éveil/préscolaire.

L'étude cherchera, en outre, à identifier les domaines où les avancées sont observées et de déterminer, le cas échéant, la nature des facteurs en jeu (sociaux, économiques, familiaux, environnementaux – voir travaux de Mingat). Ainsi, elle analysera l'effet de ces variables sur le niveau de développement de l'enfant et sur son niveau de préparation à l'école primaire. L'hypothèse sous-jacente, que les enfants grandissant dans un environnement prônant de bonnes pratiques familiales et/ou participant à des activités d'éveil/préscolaire ont

⁹ Pour les détails des chiffres, nous référons le lecteur aux tableaux statistiques du rapport.

¹⁰ Cet indice est basé sur i) le taux de mortalité infanto-juvénile ; ii) le taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans et iii) le pourcentage d'enfants d'âge primaire non scolarisés (Save the Children, 2008).

¹¹ Un point de pourcentage de plus au TBS préscolaire se traduit par une réduction de 0,12 point de pourcentage du taux de redoublement dans le primaire. L'impact sur la rétention est de 0,317 point de pourcentage, dont 0,209 point est directement attribuable au préscolaire, le reste étant lié à l'impact indirect de la baisse du redoublement (Jaramillo et Mingat, 2011).

un niveau de développement plus élevé et sont mieux préparés pour l'école primaire, sera confrontée aux données.

L'étude analysera plus en détail l'effet de l'interaction entre la qualité des pratiques familiales et l'accès aux services d'éveil/préscolaire sur le développement de l'enfant. Bonnes pratiques parentales et activités d'éveil/préscolaire sont-elles substituables (le manque de l'une est compensée par la présence de l'autre) ou complémentaires (les effets de la présence/absence se renforcent mutuellement) ? Cette question est cruciale dans la cadre africain, marqué par une offre de services d'éveil très réduite.

Enfin, s'appuyant sur les analyses réalisées, l'étude offre une base de réflexion pour l'identification de pistes de développement ou de réorientation des programmes de DPE (éducation parentale et préscolaire), que cela soit dans les pays étudiés ou plus globalement dans les pays présentant des caractéristiques socio-économiques similaires.

Un dernier objectif assignée à cette étude porte sur l'identification des lacunes des enquêtes MICS pour appréhender la question du DPE dans sa globalité et de proposer le cas échéant des pistes de réorientation pour mieux adresser la question à l'avenir (annexée à l'étude).

Sources d'information

L'étude est basée sur les enquêtes MICS4 (Multi Indicator Cluster Survey)¹² qui disposent d'instruments novateurs de mesure du développement physique, langagier, cognitif et socio-émotionnel des enfants âgés de 3-4 ans, ainsi qu'un indicateur composite récapitulatif, *l'indice de développement du jeune enfant*. Elles renseignent également sur un certain nombre de paramètres liés à l'enfant, sa famille et son environnement et offrent des informations détaillées sur la santé, l'hygiène et la nutrition des enfants.

Cette étude porte sur 8 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale pour lesquels une MICS4 était disponible au moment de la conduite de l'analyse. Il s'agit de la Gambie, du Ghana, de la Mauritanie, du Nigéria, de la République Démocratique du Congo (RDC), de la Sierra Léone, du Tchad et du Togo¹³. Ils offrent une couverture intéressante de la région Afrique de l'Ouest et Centrale pour 2010-2011, période où la plupart de ces enquêtes ont été conduites. En outre, il sera possible de comparer ces pays entre eux et d'en dégager d'éventuelles tendances sous régionales.

Cadre conceptuel d'analyse

L'analyse des pratiques parentales et de l'utilisation des services d'éveil et préscolaire s'articule autour du constat que le développement de l'enfant est influencé par un grand nombre de facteurs qui relèvent de différentes dimensions : *micro*, *méso* et *macro* (voir la Figure 1 ci-dessous).

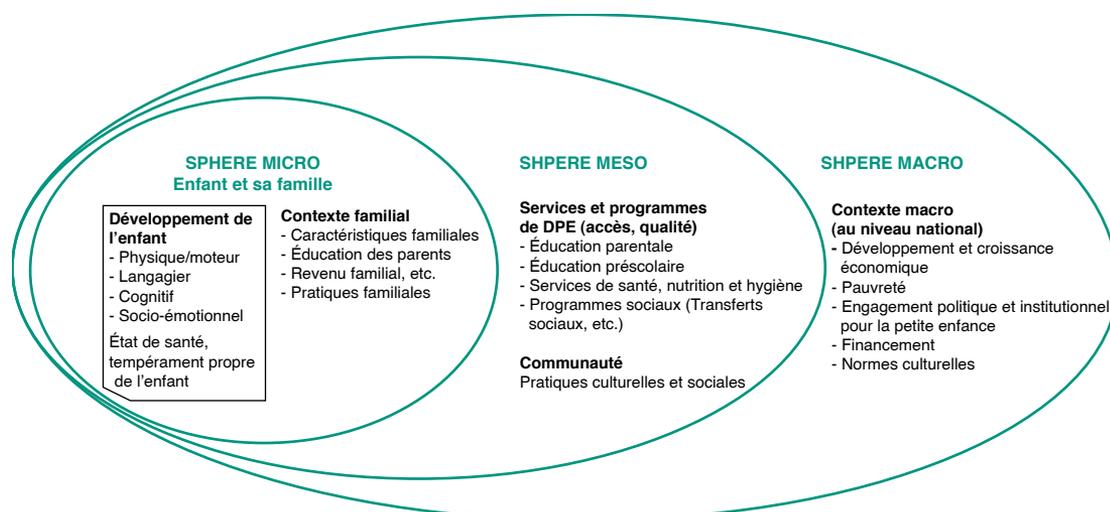
- Sur le plan *macro*, le contexte macroéconomique, social, démographique, sanitaire et politique détermine largement l'engagement politique et financier en faveur des activités de DPE. De celui-ci découle aussi la provision et l'efficacité des politiques sociales et familiales.

¹² Les sources d'informations pour caractériser la qualité de l'environnement familial des enfants (notamment la quantité et la qualité des interactions avec les parents/tuteurs et pairs, les activités d'éveil et d'éducation pratiquées à la maison, le type de stimulations, etc.), leur niveau de développement physique/moteur, langagier, cognitif et socio-émotionnel, ou leur parcours scolaire, sont très peu nombreuses. Un nombre réduit d'études spécifiques ont été développées (voir notamment les travaux de Mingat et al.).

¹³ Les bases de données et questionnaires sont disponibles en ligne : http://www.childinfo.org/mics4_questionnaire.html.

- Simultanément, le contexte *micro* (caractéristiques familiales, pratiques parentales, croyances et culture, etc.) affecte le développement de l'enfant en agissant directement sur l'environnement dans lequel celui-ci grandit. La qualité de cet environnement familial et social est d'autant plus critique que les jeunes enfants se développent via les relations/interactions qu'ils entretiennent avec les autres, qui à la petite enfance se résument essentiellement aux parents et particulièrement à la mère/tutrice.
- Ces deux grands groupes de facteurs interagissent sur la quantité et la qualité des services de DPE disponibles dans un pays et au niveau local, dont l'utilisation sera également conditionnée par les pratiques et attitudes culturelles et sociales propres à la communauté dans laquelle l'enfant et sa famille évoluent, le niveau *méso*.

Figure 1 : Facteurs micro, méso et macro affectant le DPE



Source : Adapté de Vegas et Santibáñez, 2010 dans Banque Mondiale, 2011

Par ailleurs, à chacun de ces niveaux sont associés des facteurs/expériences qui peuvent promouvoir le bon développement de l'enfant (*facteurs de protection*), ou le compromettre (*facteurs de risque*). Bien que les facteurs de risque et de protection soient d'un point de vue conceptuel distincts, ils sont souvent les deux faces d'une même réalité, le facteur de protection étant en quelque sorte l'inverse du facteur de risque (Walker et al, 2011). Ainsi, si un manque de stimulation cognitive durant la prime enfance peut être assimilé à un facteur de risque, une stimulation adéquate sera considérée *a contrario* comme un facteur de protection.

Les facteurs de protection incluent les relations parents-enfants chaleureuses et aimantes, l'allaitement maternel, la lecture, la discipline appropriée, la fréquentation d'un centre d'éveil de qualité, un logement décent, un revenu familial adéquat. L'éducation maternelle est un facteur de protection majeur (voir l'Encadré 2). La pauvreté, le manque d'accès à des services de santé, la discordance familiale, la dépression nerveuse maternelle, le manque de stimulation cognitive, la malnutrition, la maladie, et la déficience en iode et en fer sont des facteurs de risque (Walker et al, 2007 et 2011, CCCH¹⁴).

¹⁴ www.rch.org.au/ccch.

Encadré 2 : La pauvreté et le niveau d'instruction de la mère

La pauvreté et le niveau d'instruction de la mère entretiennent des liens complexes avec les autres facteurs.

La pauvreté, comme l'indiquent les travaux d'Armatya Sen (1999), va bien au-delà de la simple pauvreté monétaire ou matérielle, même si, pour des raisons pratiques, elle continue d'être appréhendée de la sorte. Elle est aussi associée à une nutrition, une hygiène et une santé inadéquates, favorisant les infections et le retard de croissance.

La pauvreté est également associée à de plus faibles niveaux d'instruction de la mère et à moins de stimulations et d'opportunités d'apprentissage à la maison, en quantité et en qualité. Le cas du langage est particulièrement illustratif : le retard pris dans l'acquisition du langage, et plus particulièrement du vocabulaire, est en grande partie lié à la quantité et la qualité des conversations directes d'avec les parents/tuteurs ; celles-ci s'avèrent moins riches en vocabulaire et en phrases complexes dans les ménages défavorisés (Abadzi, 2006).

Par ailleurs, une éducation maternelle élevée est associée à : i) une meilleure prise en charge de la santé et de la nutrition de l'enfant, ii) une meilleure compréhension et utilisation des services, iii) une meilleure qualité de l'environnement de vie, iv) de meilleures connaissances sur le développement de l'enfant, v) l'adoption de stratégies d'éducation plus variées et plus adéquates, vi) la fourniture d'un environnement familial stimulant et vii) des aspirations éducatives pour ses enfants plus élevées. Elle est également associée à une occurrence moindre de la dépression maternelle favorisant un environnement familial plus serein et sain (Walker et al, 2011, rapports RESEN – voir www.poledakar.org).

Ces facteurs jouent fortement sur le développement de l'enfant et expliquent que les enfants issus de milieux défavorisés arrivent au primaire avec de nombreux handicaps qui se traduisent par de faibles résultats scolaires et une propension à redoubler et à abandonner de manière précoce plus élevée (Walker et al, 2007, Filmer et Pritchett, 1998). Toutefois, des interventions appropriées peuvent protéger les enfants des conséquences négatives liées au fait de vivre dans la pauvreté.

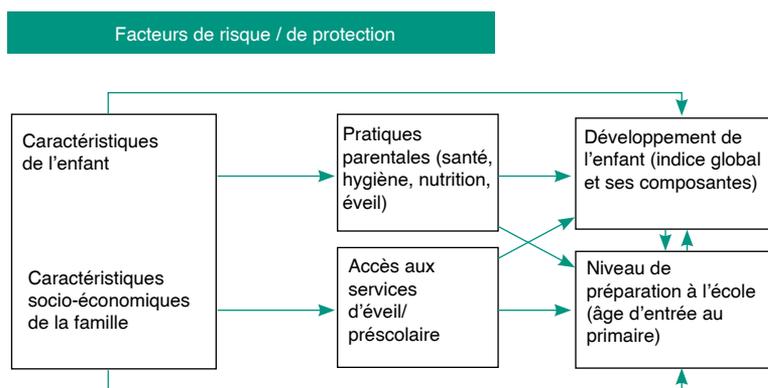
Cette étude traite quatre domaines de facteurs de protection/risque¹⁵ :

- Le niveau de richesse du ménage
- Le niveau d'instruction de la mère/tutrice
- La qualité des pratiques parentales (santé, hygiène, nutrition et éveil)
- L'accès aux services d'éveil/préscolaire

¹⁵ Si des liens étroits existent ou sont anticipés entre ces différentes variables, il sera intéressant de voir dans quelle mesure les effets nets de chacune de ces variables persistent ou pas lorsque analysées ensemble.

Des variables de contrôle sont mobilisées : i) l'âge et le sexe de l'enfant, ii) le statut d'orphelin, iii) le milieu et région de résidence et iv) le sexe du chef de ménage. Le milieu et la région de résidence sont employés ici comme des *proxy* de l'environnement culturel dans lequel grandit l'enfant. Ils saisissent également, dans une certaine mesure, des caractéristiques non observées de l'offre de service. La manière dont ces variables interagissent pour influencer le niveau de développement de l'enfant et son niveau de préparation à l'école primaire est illustrée par la Figure 2.

Figure 2 : Liens présumés entre les différents facteurs affectant le développement de l'enfant et son niveau de préparation à l'école primaire



Source : Auteurs.

La mesure du niveau de développement du jeune enfant utilisée dans cette étude est celle des enquêtes MICS4. L'*indice de développement du jeune enfant (IDJE)* est basé sur les scores obtenus dans quatre domaines : i) la capacité en calcul et lecture, ii) le développement physique, iii) le développement socio-affectif, et iv) le niveau d'apprentissage au sens large. Sur la base d'une série de questions (voir section IV pour une description détaillée), des indicateurs de progression de l'enfant sont établis pour chacune des 4 dimensions. L'indice est représentatif au niveau national.

Des limites sont toutefois à relever : i) les questionnaires sont de type dépistage (*screening*) où l'enfant n'est pas directement évalué par les enquêteurs mais où les questions sont administrées aux parents/tuteurs (souvent la mère) ; ii) les mêmes questions sont posées pour tous les enfants de 3-4 ans ; or les scores tendent à augmenter avec l'âge. Cette dimension est contrôlée lors des calculs pour éviter d'introduire des biais liés à l'âge ; iii) ils ne portent que sur les 3-4 ans.

Les *pratiques parentales* ont été définies à partir de questions issues de divers modules de l'enquête MICS4, qui renseignent sur des aspects propres aux ménages, aux enfants de moins de 5 ans ou encore sur la tutrice dans le domaine de la santé, l'hygiène, la nutrition, les pratiques d'éveil ou encore de la protection. Peu d'informations sont disponibles sur les enfants de 5 ans et plus, et sur les pratiques qui leurs sont destinées, ne permettant pas de saisir de manière directe la dimension des pratiques parentales sur la préparation de l'enfant à l'école et plus globalement d'appréhender l'évolution des pratiques des parents dans ces différents domaines au cours de la période cible du DPE, à savoir 0-8 ans¹⁶.

¹⁶ Pour contourner ce problème l'échantillon d'enfants a été restreint à ceux qui avaient des frères et sœurs plus jeunes dont les informations sur les pratiques parentales sont renseignées.

Le *niveau de préparation de l'enfant pour l'école* est appréhendé dans l'étude par l'âge d'entrée au primaire. À défaut de disposer d'informations sur les carrières scolaires par individu (fréquentation du préscolaire et nombre de redoublements au primaire) cette mesure reflète au moins le fait que la préparation pour l'école peut se traduire par une transition vers le primaire facilitée, caractérisée par une entrée au primaire à l'âge requis¹⁷.

Bien que la population d'intérêt pour l'étude soit la population des enfants de 0-8 ans, les analyses ne pourront pas toujours être conduites sur ce groupe d'âge, s'adaptant aux données mobilisables.

Plan de l'étude

L'étude s'articule autour de 5 sections :

- *Section 1* : analyse du contexte socio-économique des pays couverts par l'étude pour apprécier les niveaux de développement économique, démographique et social qui affectent l'environnement dans lequel les jeunes enfants de la sous-région grandissent;
- *Section 2* : analyse de l'environnement familial dans lequel grandissent et évoluent les jeunes enfants ;
- *Section 3* : analyse de l'accès aux activités d'éveil/préscolarisation, aussi bien pour en apprécier la couverture que le profil des enfants bénéficiaires ;
- *Section 4* : étudie le développement de l'enfant à travers la relation entre les pratiques parentales et l'indice de développement de la petite enfance ; et
- *Section 5* : étudie la question de la préparation pour l'école à travers le lien entre la fréquentation du préscolaire et l'âge d'accès au primaire.

L'analyse s'achève par une synthèse des principaux résultats en vue de dégager des pistes d'orientation globales pour l'amélioration des services et programmes de DPE, dans les deux dimensions d'éducation parentale et des activités d'éveil/préscolaire.

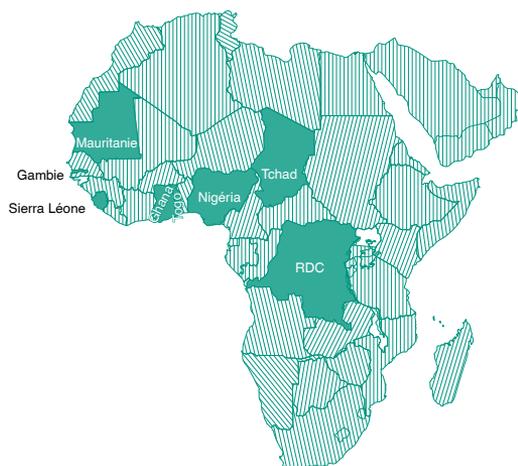
17 L'enquête MICS4 ne permet pas d'appréhender correctement la question d'être « prêt à l'école » (*school readiness*), pourtant au cœur de la problématique du DPE. En effet, elle ne renseigne pas sur i) la fréquentation du préscolaire de l'ensemble de la population, qui permettrait d'apprécier le poids de la fréquentation préscolaire sur les trajectoires scolaires et socio-économiques des individus ; ni sur ii) le niveau de développement des enfants actuellement en première année de primaire (ces informations ne sont collectées que pour les enfants de 3-4 ans). Des initiatives comme celles prônées par le Bureau régional de l'UNICEF de l'Afrique de l'Ouest et du Centre tendent à combler ces lacunes. Les enquêtes d'évaluation des acquis des élèves au primaire, de type EGRA, PASEC ou SACMEQ, permettent également d'analyser les liens existant entre le préscolaire et les carrières scolaires et le niveau des acquis des élèves. Voir l'annexe 1 note 2 pour plus de détails.

Section I

Contexte général dans lequel les enfants grandissent

82,3 millions d'enfants de 0-8 ans vivent dans l'échantillon de pays de l'étude. Ils représentent 29 % de la population de ces pays et 67 % des enfants de moins de 9 ans d'Afrique de l'Ouest et Centrale. C'est un échantillon significatif.

Carte 1 : Couverture géographique de l'analyse



Source : Auteurs.

Analyser le contexte global dans lequel évoluent l'enfant et sa famille permet de mieux comprendre les conditions et contraintes auxquels ils sont confrontés. Pour ce faire, une série d'indicateurs a été mobilisée, empruntés aux domaines macroéconomique, démographique, sanitaire et scolaire. Ils sont regroupés dans les Tableaux 1 à 3 ci-dessous.

I.1 Aspects économiques et démographiques

Nombre d'enfants de la sous-région vivent dans des conditions précaires, voire d'extrême précarité, d'après la grande fragilité économique des ménages et des individus, illustrée par des niveaux de revenus par habitant parmi les plus faibles au monde. En 2011, le niveau moyen de revenu par habitant s'établissait à 2 015 US\$ en Parité de Pouvoir d'Achat (PPA). De fortes disparités entre pays pouvaient toutefois s'observer : le Ghana et le Nigéria affichaient des niveaux de PIB par habitant supérieurs à 2 500 US\$ PPA¹⁸ ; la RDC ne dépassait pas 350 US\$ PPA.

¹⁸ Ces deux pays appartiennent au cercle très fermé des pays africains classés parmi les pays à revenu intermédiaire. Les autres appartiennent au pays à revenu faible.

Par ailleurs, plusieurs pays de la région (Tchad, RDC, Sierra Leone et Togo) sont classés parmi les pays fragiles par la Banque Mondiale¹⁹.

Cette situation se traduit par une majorité d'individus vivant sous le seuil de pauvreté²⁰ (59 %). Si la proportion de personnes vivant avec moins d'1,25 US\$ PPA reste relativement faible en Mauritanie, (21 %), au Ghana (30 %) et en Gambie (34 %), elle est en revanche des plus alarmantes en RDC, Tchad, et Nigéria, où les taux avoisinent les 60 %. Le cas du Nigéria est symptomatique d'une redistribution des richesses particulièrement inéquitable : malgré sa position relativement avantageuse en termes de niveau de vie par habitant, il présente la proportion de pauvres la plus élevée des pays de l'échantillon.

Un certain dynamisme économique caractérise toutefois les 8 pays, avec un taux de croissance économique annuel moyen de plus de 7 % sur 2002-2011. Toutefois, cette croissance est tirée par quelques pays seulement, le Nigeria (7,4 %), le Tchad, le Ghana (7,1 %), et dans une moindre mesure la RDC (6,1 %) et la Sierra Léone (5,8 %). La Gambie et le Togo, avec des taux de croissance économique annuels moyens au cours des 10 dernières années de 3,5 % et des taux de croissances démographiques à peine inférieurs, ont offert peu de perspective d'amélioration des conditions de vie de leur population au cours de cette période.

Tableau 1 : Indicateurs macro-économique et démographiques, 2011

	Population 0-8 ans (milliers) (1)		Population Totale (milliers) (1)	Taux moyen annuel de croissance démographique 2002-11, %	PIB par habitant (PPA US\$) (2)	Taux de pauvreté (<1,25 US\$ PPA/Jour), % (3)	Taux moyen annuel de croissance du PIB constant 2002-11, %	Taux d'urbanisation, % (3)
	Nb	%						
Gambie	531	31,4	1 689	2,7	1 811	34,3	3,5	58,9
Ghana	6 174	24,9	24 821	2,6	3 113	30,0	7,1	52,2
Mauritanie	966	28,1	3 432	2,9	2 007	21,2	4,4	41,7
Nigéria	48 255	29,4	164 193	2,7	2 582	64,4	7,5	50,5
RDC	19 165	30,0	63 932	2,9	349	59,2	6,1	35,9
Sierra Léone	1 590	27,1	5 865	3,0	1 131	53,4	5,8	38,8
Tchad	3 925	32,5	12 080	3,4	1 844	61,9	7,4	28,2
Togo	1 773	27,9	6 362	2,6	1 048	38,7	3,3	44,1
Moyenne/TOTAL	82 379	29,2	282 374	2,8	2 015	58,6	7,2	45,9

Source : (1), UNPD, (2) FMI, (3) PNUD, 2013. Calculs des auteurs.

Note : Les moyennes sont pondérées.

La variable démographique est un enjeu de taille pour la plupart des pays: sur la période 2002-2011, le taux d'accroissement annuel moyen de la population avoisinait 2,8 %, avec des taux franchissant la barre des 3 % en Sierra Léone et au Tchad (3,4 %). L'augmentation rapide de la population constitue un défi additionnel au développement de ces pays, de par les besoins supplémentaires importants qu'elle induit en ressources naturelles, alimentaires, et en services sociaux notamment.

L'urbanisation rapide qui lui est souvent associée est elle aussi source de nombreux défis. En 2011, 46 % des habitants des pays de l'étude résidaient en ville, avec toutefois un fort gradient entre pays : ainsi, les taux

¹⁹ Est considéré comme fragile un État qui a soit un CPIA (Évaluation Pays des Politiques et des Institutions) harmonisé inférieur à 3,2 ou qui dispose d'une mission des Nations Unies ou régionale de maintien ou de construction de la paix depuis les 3 dernières années. Le CPIA évalue la qualité du cadre institutionnel et politique d'un pays. Il consiste en 16 critères couvrant 4 domaines : gestion économique, politiques structurelles, politiques pour l'inclusion sociale et l'équité, institutions et gestion du secteur public. Un score compris entre 1 (bas) et 6 (élevé) est ensuite établi.

²⁰ Moins de 1,25 US\$ PPA par jour par individu.

d'urbanisation restaient encore faibles au Tchad, RDC et Sierra Léone (moins de 30 %). A contrario, la population urbaine était majoritaire en Gambie (59 %), au Ghana (52 %) et au Nigéria (50 %)²¹.

Si les villes peuvent être extrêmement efficaces, en facilitant l'offre des différents services (eau et assainissement, sociaux, transport, culture, etc.) à des coûts moindres de par la concentration des populations dans un espace délimité, elles peuvent également être source de fortes pressions, notamment sur l'espace, les ressources naturelles et environnementales, et au final peuvent nuire au bien-être de ses habitants, lorsque marquées par une trop forte concentration de population²². Croissance de bidonvilles, surpopulation, promiscuité, chômage élevé des jeunes, problème d'assainissement, infrastructures sanitaires et scolaires bondées, sont une réalité dans bon nombre de grandes villes africaines²³.

I.2 Aspects sanitaires

L'environnement sanitaire est ici appréhendé par une série d'indicateurs relatif à la prévalence du paludisme et du VIH&SIDA - deux maladies qui peuvent constituer, selon leur ampleur, un lourd tribut aux sociétés - et à des indicateurs de mortalité et de morbidité, qui offrent des informations sur la qualité des systèmes de santé.

Le *paludisme* constitue un enjeu de santé publique majeur dans les pays de l'échantillon, où il est considéré comme endémique. En 2011, le nombre moyen de cas de paludisme s'élevait à 300 pour 1 000 individus, avec des taux d'incidence particulièrement marqués au Tchad (357 cas pour 1 000), Nigéria (317 cas pour 1 000) et Sierra Léone (307 cas pour 1 000).

Par les décès qu'il cause et la détérioration sévère et récurrente de l'état de santé de la population, le paludisme représente un puissant facteur de déstabilisation sociale individuelle et collective. Le fort absentéisme et la diminution des capacités de travail qu'il induit pèsent lourdement sur les revenus des ménages, la productivité et le fonctionnement des entreprises et des services sociaux. Les coûts financiers peuvent également être conséquents : les dépenses directes imputables au paludisme peuvent représenter jusqu'à 40 % des dépenses de santé publique, 30-50 % des admissions hospitalières et jusqu'à 50 % des consultations externes. Chez les enfants, le paludisme peut provoquer des atteintes neurologiques permanentes et contribuer à l'absentéisme scolaire conduisant à une scolarité plus lente et difficile²⁴.

Les conséquences socio-économiques du *VIH&SIDA* sont assez similaires. Les pays de la sous-région présentent cependant des taux de prévalence relativement faibles : si l'ensemble des pays a des taux de prévalence supérieurs à 1 % (seuil à partir duquel l'épidémie s'implante et commence à gagner toute la population), aucun ne dépasse le seuil de 4 %, considéré comme le seuil à partir duquel l'épidémie échappe à tout contrôle (PNUD, 2002).

La précarité des structures sanitaires et des soins s'observe également par les niveaux records de *mortalité maternelle* (TMM) et *infanto-juvénile* (TMIJ). Tous les pays de la région présentent un TMM supérieur ou égal

²¹ Deux villes africaines se démarquent de par leur grande taille. Il s'agit de Lagos (12,5 millions d'habitants) et Kinshasa (10 millions d'habitants) ; elles figurent toutes deux parmi les 50 villes les plus peuplées au monde en 2012.

²² Les coûts associés à une concentration excessive d'individus (trafic, accidents routiers, coûts sanitaires liés à l'exposition à des hauts niveaux de pollution de l'air et de l'eau, temps perdu dans le transport) sont visibles dans les très grandes villes et celles marquées par une planification et gestion de l'urbanisme défaillantes. Des investissements importants sont nécessaires pour désengorger les villes (Henderson, 2002) et implique des stratégies globales variées (gestion du foncier, de l'accès aux services sociaux, expansion des infrastructures d'eau et d'assainissement, de transport et de télécommunication, protection de l'environnement) pour favoriser un développement plus harmonieux et soutenable des villes (FNUAP, 2007).

²³ Boongaarts. <http://www.worldwewant2015.org/node/298720>.

²⁴ http://www.coalitionpaludisme.org/pages/impact_economique_et_social_du_paludisme.html.

à 300, considéré comme la valeur seuil d'un TMM élevé²⁵. La moyenne de l'échantillon s'élève à 649 décès pour 100 000 naissances vivantes; la situation est toutefois loin d'être homogène entre pays : une femme au Tchad a 3,6 fois plus de risques de décéder suite à une grossesse ou un accouchement (TMM à 1 100), qu'une femme togolaise (TMM à 300).

Les risques de *mortalité des enfants* sont également forts : en moyenne, un enfant sur huit (TMIJ de 12 pour 1 000 naissances vivantes) n'atteignait pas sa 5^{ème} année en 2011 ; en Sierra Léone, ils étaient 1 sur 5 dans ce cas. La pneumonie, la diarrhée, le paludisme comptent pour près de la moitié des causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces trois maladies pourraient pourtant être facilement évitées ou traitées au moyen d'interventions simples et peu coûteuses. Selon l'OMS, la malnutrition serait un facteur sous-jacent dans plus d'un tiers des décès, en rendant les enfants plus vulnérables aux maladies graves.

Les taux élevés de *malnutrition* dans les pays de l'étude sont à cet égard inquiétants. Près de 35 % des enfants de moins de 5 ans souffre d'un retard de croissance. Cette proportion est particulièrement alarmante en Sierra Léone où elle dépasse les 40 %. Le retard de croissance, qui correspond à une taille trop petite par rapport à l'âge, est la résultante d'un apport insuffisant de nutriments sur une longue période et d'infections à répétition. Le retard de croissance intervient généralement avant l'âge de deux ans et ses effets seraient, selon l'OMS, largement irréversibles. Le fort lien entre la malnutrition et la déficience en certains micronutriments, et le développement des fonctions cognitives de l'enfant, il est aujourd'hui su, se traduit plus tard par de mauvais résultats scolaires (Walker *et al.*, 2011).

Tableau 2 : Éléments du contexte sanitaire, 2011 ou APP

	Taux de prévalence VIH&SIDA (15-49 ans) % (1)	Incidence du paludisme Nb de cas (2)	TMM (pour 100 000 naissances vivantes) (3)	TMIJ (pour 1 000 naissances vivantes) (4)	Causes de mortalité des enfants de moins de 5 ans % (2)			Retard de croissance (moins de 5 ans) % (4)
					Diarrhée	Paludisme	IRA	
Gambie	1,5	300	360	76	9	20	15	23,4
Ghana	1,5	269	350	74	7	18	13	22,7
Mauritanie	1,1	184	510	87	11	6	17	29,7
Nigéria	3,7	317	630	128	11	20	17	35,8
RDC	1,1	290	540	150	13	18	19	38,1
Sierra Léone	1,6	307	890	187	12	23	17	44,4
Tchad	3,1	357	1 100	154	14	20	19	38,7
Togo	3,4	231	300	98	10	18	16	29,7
Moyenne	2,8	304	585*	119*	12	19	18	35,4

Source: (1) ONUSIDA 2012, (2) OMS (web), (3) WHO et al, 2012, (4) UNICEF (childinfo.org).

Note : Les moyennes sont pondérées sauf où indiquées par *.

²⁵ En 2010, 40 pays dans le monde présentent un taux supérieur ou égal à 300. Parmi ces 40 pays 36 sont en Afrique Sub-Saharienne (WHO et al. 2012).

I.3 Aspects sociaux

Un autre aspect important de contexte global est relatif à l'environnement *socio-éducatif* et de *protection* dans lequel évolue l'enfant. Il est appréhendé ici par une série d'indicateurs portant sur la non alphabétisation des adultes et des mères en particulier et sur la scolarisation primaire des enfants. Pour ce qui est de la protection, deux aspects sont retenus ici : i) la non possession d'un acte de naissance, et ii) la participation des enfants à une activité productive ou domestique intense. Les deux sont associés à une vulnérabilité accrue de l'enfant.

Près d'un adulte sur deux (un peu plus chez les femmes) est analphabète. Si de fortes disparités sont observées entre pays, le problème est prévalant dans la plupart d'entre eux. Plus de deux-tiers des femmes sont analphabètes en Sierra Léone et près de trois-quarts le sont au Tchad. Seul le Ghana se démarque avec un taux d'analphabétisme des adultes inférieur à un tiers (légèrement supérieur chez les femmes). Vu l'importance de la lecture et de l'écriture dans l'acquisition de compétences de base nécessaires dans la vie courante et pour assurer une prise en charge optimale des enfants, ces taux sont inquiétants.

Le lien entre l'alphabétisation des mères, et plus généralement leur niveau d'instruction, et le développement de l'enfant est largement documenté et reconnu (cf. *supra*). Malheureusement, les programmes en faveur de l'alphabétisation des adultes, quand ils existent, restent souvent d'ampleur limitée ; une raison essentielle tenant à la part congrue des budgets de l'éducation nationale qui leur est allouée (moins de 1 %)²⁶.

D'autres éléments fragiliseraient le développement de l'enfant comme la non possession d'un acte de naissance²⁷ ou encore sa participation à des activités économiques rémunérées ou domestiques intenses (au moins 28 heures par semaine). Ces dernières quand elles sont associées aux pires formes de travail peuvent être particulièrement nuisibles à la santé et au développement de l'enfant. Le travail des enfants est une réalité dans de nombreux cas, avec près de 45 % d'enfants engagés dans des activités productives ou domestiques. Le problème de non possession d'un acte de naissance est également prégnant, frappant plus de 50 % des enfants. La situation est particulièrement alarmante au Tchad et en RDC où respectivement 84 % et 72 % des enfants n'ont pas d'acte de naissance ; au Nigéria, cela touche 58,5 % des enfants. C'est en Sierra Leone et au Togo que la situation est la moins critique, avec 22 % des enfants sans acte de naissance.

²⁶ <http://www.unesco.org/new/fr/dakar/education/literacy>.

²⁷ Outre le fait de permettre une pleine jouissance de son droit à la citoyenneté, l'acte de naissance est souvent nécessaire pour s'inscrire à l'école et aux examens nationaux sanctionnant la fin d'un cycle d'étude.

Tableau 3 : Éléments du contexte social, 2011 ou APP

Pourcentage

	% des adultes (15 ans et +) non alphabétisés (1)	% des femmes (15 ans et +) non alphabétisées (1)	% d'enfants non dotés d'un acte de 0 (Moins de 5 ans) (2)	% d'enfants au travail * (inclus travail domestique) (5-14 ans) (2)
Gambie	48,9	58,1	47,5	Nd
Ghana	28,5	34,7	37,2	Nd
Mauritanie	41,4	48,0	41,2	21,5
Nigéria	48,9	58,6	58,5	47,1
RDC	38,8	53,9	72,2	42,4
Sierra Léone	56,7	67,4	22,0	49,8
Tchad	64,6	74,6	84,3	48,0
Togo	39,6	52,0	22,1	46,6
Moyenne	45,2	57,7	59,4	45,7

Source : (1) ISU, (2) Rapport MICS4. * Au moins 28 heures de travail domestique ou au moins une heure de travail économique rémunéré chez les 5-11 ans, et au moins 28 heures de travail domestique ou 14 heures de travail économique rémunéré chez les 12-14 ans.

Note : Les moyennes sont pondérées. Nd non disponible.

Les pays de l'étude connaissent des contextes globaux particulièrement difficiles, marqués par des niveaux de pauvreté parfois alarmants et des environnements sanitaires et sociaux des plus précaires. Ceci affecte directement les familles et leurs capacités à pourvoir aux besoins fondamentaux de leurs enfants. La section qui suit se penche sur la cellule familiale pour en dresser un premier profil en vue de juger de la qualité de l'environnement qu'elle offre et de son niveau potentiel de protection ou de risque sur le développement de l'enfant.

Section II

Qualité de l'environnement familial des enfants de 0-8 ans

La cellule familiale représente le premier lieu, parfois unique, d'exposition de l'enfant aux premières expériences de la vie. De la naissance à l'âge d'entrée au préscolaire ou au primaire, l'enfant est en interaction quasi-exclusivement avec les membres de sa famille, notamment sa mère, durant sa prime enfance. C'est pourquoi la relation parent-enfant et plus particulièrement la relation mère-enfant est un ingrédient central dans le développement des jeunes enfants, et mérite étude.

Plus globalement, la manière dont la famille accomplit sa fonction de première cellule de vie façonne le développement de l'enfant dans ses différentes dimensions. Si aujourd'hui, les recherches établissent un lien direct entre la satisfaction des besoins de base comme l'attachement, la nourriture, le logement, la protection, l'éducation (entendue au sens large) et un meilleur développement de l'enfant, il est également montré que les contextes où ces besoins de base trouvent leur réponse influent fortement sur ces niveaux.

Au regard de ce constat, deux niveaux d'analyse sont proposés pour appréhender l'univers familial dans lequel grandissent les enfants de 0-8 ans dans les 8 pays. Ils portent sur :

- *Le contexte de vie des ménages*, appréhendé par des caractéristiques qui sont susceptibles d'influer de manière significative sur le développement de l'enfant (le milieu de résidence, le niveau de richesse du ménage, le sexe du chef de ménage, le niveau d'instruction de la mère/tutrice²⁸, et les caractéristiques de l'habitat).
- *Les pratiques parentales* dans un certain nombre de domaines essentiels du développement de l'enfant, à savoir la santé, l'hygiène, la nutrition, et l'éveil. La qualité de ces pratiques sera appréciée à la lumière des attentes principales, et selon les caractéristiques socio-économiques et contextuelles des ménages.

II.1. Les caractéristiques des ménages

Les caractéristiques socio-économiques

Du tableau 4 ci-dessous, il ressort les caractéristiques suivantes :

- 69 % des ménages des pays couverts ont au moins un enfant âgé entre 0 et 8 ans. Cette proportion varie de 62 % au Togo à 77 % en Gambie.
- 64 % des ménages vivent en milieu rural.
- 18 % sont gérés par une femme, en moyenne : en Sierra Leone, en Mauritanie et au Ghana, plus de 20 % des ménages sont dirigés par une femme, contre moins de 10 % au Nigéria. Ces ménages ont

²⁸ Par la suite, pour simplifier, nous emploierons le mot « mère » pour désigner les mères et tutrices.

une propension légèrement plus forte d'appartenir au quintile le plus pauvre (21 %) qu'au plus aisé (18 %).

- Dans 50 % des ménages, la mère n'est pas éduquée ; cette situation prévaut particulièrement au Tchad, en Gambie et en Sierra Léone (plus de 70 %). A contrario, au Ghana et au Nigéria, plus de 33 % des mères ont suivi le secondaire ou un niveau d'études supérieures ; les mères sont également relativement éduquées en RDC et en Mauritanie (31 % ont au moins le secondaire).

Tableau 4 : Caractéristiques socio-économiques, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11

Pourcentage de ménages

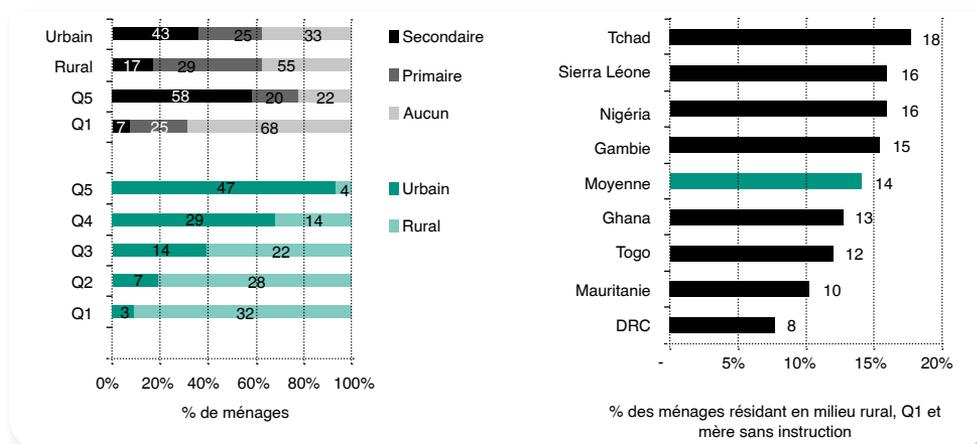
	Milieu rural	Chef de ménage est une femme	Taille moyenne du ménage	Quintile de richesse					Niveau d'instruction de la mère		
				Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Sans	Primaire	Sec. et +
Gambie	47,7	14,0	9,8	19,4	19,9	19,8	20,1	20,7	63,2	11,0	25,8
Ghana	52,6	26,8	5,9	19,5	20,1	21,0	20,7	18,7	36,7	20,6	42,6
Mauritanie	60,1	23,8	6,7	22,1	21,6	19,7	18,9	17,6	26,8	56,7	16,5
Nigéria	65,9	9,30	6,2	20,9	19,8	19,0	19,9	20,3	38,6	21,2	40,2
RDC	72,6	15,1	6,2	22,3	20,8	20,2	19,8	16,9	24,2	42,1	33,6
Sierra Léone	71,4	21,9	6,6	22,4	21,4	20,4	19,2	16,6	70,2	12,5	17,3
Tchad	78,7	13,6	6,3	21,3	21,0	20,5	20,1	17,1	74,7	17,8	7,50
Togo	63,6	19,1	6,3	21,0	21,1	19,5	19,9	18,5	43,2	35,7	21,1
Moyenne	64,1	17,9	6,7	21,1	20,7	20,0	19,8	18,3	47,2	27,2	25,6

Source : MICS4, calculs des auteurs.

Des liens étroits existent entre ces différentes variables (voir le Graphique 1 ci-dessous). Les ménages les plus pauvres résident davantage en milieu rural. À noter également que les mères sans instruction vivent majoritairement en zone rurale et appartiennent le plus souvent aux ménages les plus démunis (les 20 % les plus pauvres – Q1). 14 % des ménages cumulent ainsi ces caractéristiques – résidence rurale, quintile de richesse le plus bas, mère sans instruction. Pour ces enfants, le contexte de vie serait particulièrement défavorable.

Graphique 1 : Interaction entre le milieu de résidence, le niveau de richesse du ménage et l'instruction de la mère, 2010-11

Pourcentage des ménages



Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : Q1 correspond au 20 % des ménages les plus pauvres ; Q5 aux 20 % les plus riches.

Les conditions d'habitat des ménages

Les conditions d'habitat sont dans l'ensemble précaires, marquées par une certaine promiscuité, un accès aux infrastructures de base limité et une dotation en équipement de communication audio-visuels faibles :

- 17 % des ménages en moyenne vivent dans la promiscuité²⁹ ; de 5 % en Gambie à 38 % en Mauritanie.
- L'accès à de l'eau protégée est assuré pour 64 % des ménages en moyenne. La situation est particulièrement critique en RDC et au Tchad où respectivement 44 % et 52 % des ménages ont accès à une eau protégée, contre 82,5 % des ménages ghanéens et 87 % des ménages gambiens.
- À peine 41 % des ménages bénéficient d'un accès adéquat à l'assainissement. En RDC et au Tchad, ils sont moins de 15 %. La situation est plus favorable au Ghana et en Gambie où l'accès touche 60 % et 78 % des ménages.
- L'accès à l'électricité est très variable selon les pays, avec des niveaux d'accès inférieurs à 15 % en RDC (12 %), en Sierra Léone (9 %) et au Tchad (5 %) et dépassant les 50 % au Nigéria (58 %) et au Ghana (61 %).
- 61 % des ménages ont une radio et 29 % un téléviseur, des équipements clés d'ouverture sur l'extérieur et des mediums potentiels de sensibilisation des ménages aux messages de l'éducation parentale. La radio, d'un coût plus abordable et moins dépendante de l'électricité, est largement répandue en Gambie, au Nigéria, au Ghana et au Togo – plus de 70 % des ménages en possèdent ; elle reste d'usage plus réduit en RDC, au Tchad et en Mauritanie ; dans ce dernier pays, l'usage du téléviseur semble quelque peu compenser.

²⁹ La définition retenue est de plus de 4 personnes par pièce.

Tableau 5 : Caractéristiques de l'habitat, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11

Pourcentage des ménages ayant

	Densité du logement élevée *	Accès à l'eau potable	Accès à un assainissement adéquat	Accès à l'électricité	Une radio	Un téléviseur
Gambie	5,3	86,7	78,1	29,9	82,1	40,1
Ghana	20,1	82,5	60,5	61,1	72,5	49,9
Mauritanie	37,6	61,7	41,4	35,8	47,7	33,6
Nigéria	16,9	65,3	50,4	58,0	75,8	50,3
RDC	13,1	44,1	11,6	12,1	41,8	14,3
Sierra Léone	10,8	56,0	39,0	8,8	54,8	7,9
Tchad	20,9	51,7	13,2	4,9	47,6	6,0
Togo	14,7	61,9	33,0	31,4	68,3	27,7
Moyenne	17,4	63,7	40,9	30,2	61,3	28,7

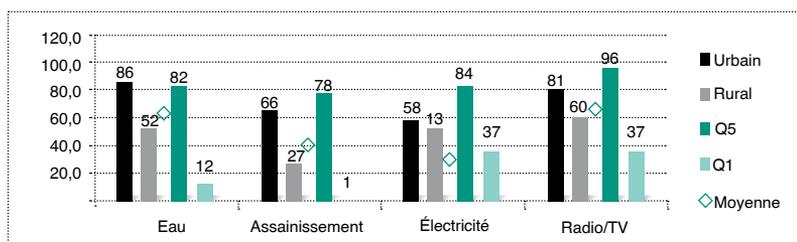
Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : * Plus de 4 individus par pièce.

De nouveau, le milieu de résidence et le niveau de richesse semblent particulièrement influencer sur l'accès aux infrastructures de base et sur la possession d'appareils audio-visuels courants. Le niveau de richesse du ménage semble particulièrement discriminant, comme l'atteste les écarts importants observés entre les deux groupes de quintiles extrêmes (les 20 % les plus pauvres - Q1 et les 20 % les plus riches - Q5). Les plus pauvres ont ainsi un accès à l'eau, à l'assainissement et à l'électricité de 3, 7 et 60 fois inférieurs à leurs pairs appartenant au quintile de richesse le plus élevé ; ils sont un tiers à posséder une radio contre près de 80 % des ménages les plus aisés³⁰. Les disparités entre urbains et ruraux sont comparativement moins marquées, avec des scores variant de 1 à 4.

Graphique 2 : Accès aux infrastructures de base et possession d'appareils audio-visuels, selon le milieu de résidence et le niveau de richesse, Ménages des enfants de 0-8 ans, moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage des ménages



Source : MICS4, calculs des auteurs.

³⁰ Seuls 40 % des ménages appartenant au quintile le plus pauvre ont une radio ou téléviseur chez eux ; cette contrainte doit être prise en compte dans toute campagne médiatique basée sur ces médiums.

II.2. Les pratiques parentales

Cette section passe en revue les différentes pratiques parentales dans des domaines reconnus comme étant essentiels pour le développement de l'enfant : *la santé, l'hygiène, la nutrition, et l'éveil*. L'idée étant d'évaluer la qualité de l'environnement dans lequel grandit le jeune enfant, au regard de ce qui est préconisé dans le domaine³¹. Dans un deuxième temps, elle cherchera à identifier les facteurs socio-économiques et contextuels du ménage qui pourraient expliquer la variabilité observée dans le niveau des pratiques. Plus spécifiquement, il s'agit de déterminer dans quelle mesure certaines pratiques s'alignent avec la contrainte économique (approximée par le niveau de richesse du ménage) ou des contraintes socioculturelles ou d'offre (approximées par le milieu de résidence et le niveau d'éducation de la mère)³².

Pratiques parentales en santé et hygiène

Les domaines appréhendés portent sur : i) la prise en charge adéquate des maladies infantiles les plus courantes, mais aussi les plus meurtrières (diarrhée, IRA, et fièvre); ii) la reconnaissance par la mère des signes d'alerte d'une pneumonie chez le jeune enfant; iii) la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois; iv) le fait pour les enfants de moins de 5 ans de dormir sous une moustiquaire ; et v) la possession de savon par le ménage pour le lavage des mains.

La prise en charge adéquate des maladies infantiles passe par une reconnaissance préalable de leurs signes. La vaccination adéquate et dormir sous une moustiquaire sont des pratiques sanitaires saines, qui permettent de prévenir ou réduire les risques de morbidité et de mortalité du jeune enfant, et le cas échéant de prévenir des effets potentiellement néfastes sur son développement. Dans quelles mesures les ménages adoptent-ils des pratiques adéquates dans ces différents domaines ?

Prévention et traitement du paludisme. La fièvre, ou le paludisme qui lui est associé par extension, représente la première cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans des pays couverts (voir le Tableau 2). Les pratiques des ménages sont loin d'être optimales : pour seulement 31 % d'entre eux, tous les enfants de moins de 5 ans du ménage ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête³³. Cette prévalence est particulièrement faible au Tchad (11 %) et au Nigéria (17 %). Au Togo, la bonne pratique est toutefois adoptée par 54 % des ménages. La prise en charge adéquate de la fièvre/paludisme, par l'administration d'un antipaludéen, n'est assurée que par 23 % des ménages en moyenne (de 41 % au Sierra Leone à 8 % en Mauritanie).

Reconnaître les symptômes de la pneumonie est *a priori* le premier pas vers la recherche de soins. Dans l'ensemble, cette connaissance est très faible, avec seulement 5,4 % des ménages où les mères reconnaissent les deux signes d'alerte de la pneumonie, à savoir « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ». Ce taux reste extrêmement faible dans l'ensemble des pays couverts ; il incite à un renforcement des messages à l'intention des mères pour assurer une meilleure reconnaissance des signes précurseurs de

³¹ Pour une description détaillée des différentes pratiques parentales voir les différents rapports pays MICS. Nous référons également le lecteur au guide « savoir pour sauver » de l'UNICEF qui offre une série de recommandations sur la prise en charge adéquate des enfants à différents âges dans différents domaines du développement de l'enfant (UNICEF et al., 2010).

³² Cette approche est empruntée à Mingat et Seurat (2011a et 2011b). La section IV de l'étude met ces pratiques en relation avec les évolutions du développement de l'enfant pour identifier celles qui sont potentiellement protectrices ou facteurs de risque.

³³ L'utilisation de moustiquaires imprégnées représente la mesure de prévention la plus efficace pour lutter contre le paludisme. Dans les régions où le paludisme est endémique – qui est le cas dans l'ensemble des pays de l'échantillon – il est également recommandé de traiter toute fièvre de l'enfant comme s'il s'agissait de paludisme, et de le traiter avec des antipaludéens recommandés, et ce de préférence dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes. Les antipaludéens appropriés sont : la chloroquine, le SP/Fansidar, l'association de médicaments à base d'artémisinine (Rapport MICS).

la pneumonie. Néanmoins, dans 46 % des cas de pneumonie présumée les ménages ont adopté la bonne pratique en la matière (administration d'antibiotiques). Cette prévalence est toutefois loin d'être homogène entre pays, variant de 32 % en Mauritanie et au Tchad à 67 % en Gambie.

La *diarrhée* est la troisième cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans dans les 8 pays³⁴. Peu de ménages appliquent correctement les soins appropriés (38 %), qui consistent en l'augmentation de fluides et une alimentation continue; au Nigéria et au Togo moins d'un ménage sur 4 traite de manière adéquate leurs enfants souffrant de diarrhée, contre 52 % au Sierra Leone.

La *couverture vaccinale* joue un rôle essentiel dans l'objectif de réduction de la mortalité et la prévention de maladies invalidantes comme la poliomyélite. Dans à peine 26 % des ménages, tous les enfants ont reçu les vaccins recommandés³⁵. La situation est toutefois très hétérogène entre pays, avec à peine 3 % des ménages tchadiens appliquant le protocole dans sa globalité contre 53 % de ménages ghanéens. La situation au Nigéria est également critique avec seulement 17 % des ménages assurant une couverture vaccinale globale à leurs enfants.

Le *lavage des mains* à l'eau représente, dans le domaine de la santé, l'intervention la plus efficace et économique pour réduire l'incidence des maladies infantiles, dont la diarrhée et la pneumonie³⁶. Le suivi des comportements étant difficile à saisir dans une enquête de type MICS, il est retenu d'observer si les ménages ont du savon : seuls 55 % des ménages en possèdent. Cette proportion est particulièrement basse en Sierra Leone (40 %), en Gambie ou encore en RDC (environ 50 %). Au Togo et en Mauritanie, environ 65 % des ménages ont du savon chez eux.

Tableau 6 : Prévalence de bonnes pratiques dans la santé et l'hygiène, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11

Pourcentage des ménages

	Tous les enfants de moins de 5 ans sont pris en charge de manière adéquate lorsqu'ils souffrent de			Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie *	Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu ses vaccins **	Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	Disposent de savon pour le lavage des mains
	Diarrhée	IRA	Fièvre				
Gambie	42,6	67,5	24,4	1,9	48,8	38,1	50,8
Ghana	43,6	56,7	30,6	0,8	53,1	39,1	54,6
Mauritanie	38,5	31,6	7,8	8,4	7,4	24,8	65,5
Nigéria	25,8	44,8	24,6	9,4	16,8	16,9	60,7
RDC	38,2	42,1	17,9	6,8	23,2	34,7	49,9
Sierra Léone	52,3	55,7	41,3	7,7	25,7	29,5	40,3
Tchad	40,0	32,1	19,2	3,8	2,9	11,3	55,0
Togo	21,9	40,6	19,2	4,7	26,9	53,9	65,1
Moyenne	37,9	46,4	23,1	5,4	25,6	31,0	55,2

Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : * « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement » ; ** BCG, rougeole, fièvre jaune, et 3 doses de DTCoq et Polio, en plus de polio à la naissance.

³⁴ La plupart des décès liés à la diarrhée sont dus à la déshydratation, du fait de la perte de grandes quantités d'eau et d'électrolytes du corps, principalement sous forme de selles liquides. La prise en charge de la diarrhée, soit par les sels de réhydratation orale (SRO), soit par des liquides-maison recommandés permet d'éviter nombre de décès. Elle doit également être associée à une poursuite de l'alimentation pour être totalement efficace.

³⁵ Si les vaccins recommandés tendent à varier d'un pays à l'autre, nous avons retenu ici, les vaccins suivants : le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

³⁶ Le lavage des mains est particulièrement important avant de manger/donner à manger ou de manipuler de la nourriture, après être allé aux toilettes ou avoir nettoyé un enfant, ou après avoir joué dehors.

Pratiques parentales en nutrition

Le statut nutritionnel des enfants est un reflet de leur santé générale. Lorsque les enfants ne sont pas exposés à des maladies de manière répétée, ont un accès à une alimentation adéquate en quantité et en qualité (i.e., riche en micronutriments, comme la Vitamine A), ils présentent de plus grandes chances de se développer correctement. Rappelons aussi que la malnutrition est associée à près d'un tiers des décès des enfants de moins de 5 ans (OMS).

Cette section se penche sur un certain nombre d'indicateurs illustratifs de pratiques parentales clés dans le domaine de la nutrition de l'enfant : i) l'utilisation de sel iodé par les ménages ; ii) les pratiques d'allaitement des enfants de 0-23 mois ; iii) la prise de Vitamine A par les enfants ; et iv) les niveaux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans (prévalence d'enfants souffrant de retard de croissance modéré ou sévère).

La carence en iode est la principale cause d'arriération mentale, et du retard du développement psychomoteur³⁷. Le pourcentage de ménages utilisant du sel iodé de manière adéquate (> 15 parts par million), parmi ceux disposant de sel au moment de l'enquête, n'est que de 47 %. Les écarts vont de 1 à 10 avec la Mauritanie en bas de l'échelle (8 %) et le Nigéria (82 %) en haut.

L'allaitement maternel pendant les premières années de vie protège les enfants contre les infections³⁸. Seulement 42 % des ménages ayant des enfants de 0-23 mois les nourrissent de manière adéquate. Cette bonne pratique est particulièrement bien implantée au Togo (63 % des ménages), mais l'est moins bien au Ghana et au Nigéria où elle est pratiquée par environ 30 % des ménages.

La prise de Vitamine A est mesurée par le pourcentage des ménages où tous les enfants de moins de 5 ans³⁹ en ont reçu au moins une dose pendant les 6 mois précédant l'enquête⁴⁰. En moyenne, 63 % de l'échantillon avait un comportement adéquat, atteignant 85 % en Sierra Leone, mais à peine 34 % au Tchad. Ce cas mis à part, la conduite de campagnes nationales de distribution régulières semble dans l'ensemble assurer un bon taux de couverture.

*Le retard de croissance*⁴¹ suggère de forts problèmes de nutrition dans l'échantillon : dans seulement 57 % des ménages aucun enfant ne souffre d'un retard de croissance. Avec un taux d'à peine 37 %, le Tchad affiche une situation particulièrement critique. Elle l'est également en Sierra Leone et en RDC où moins de 50 % des ménages n'a pas de problème de nutrition chronique. Au Ghana, en Gambie et au Togo, la situation semble meilleure avec plus de 65 % des ménages où aucun enfant ne souffre d'un retard de croissance.

³⁷ Sous la forme la plus extrême, elle est responsable du crétinisme. Elle augmente également le risque de mortalité à la naissance et de fausses couches chez les femmes enceintes.

³⁸ L'OMS et l'UNICEF recommandent : allaitement exclusif pendant les premiers 6 mois ; poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans et plus ; apport d'une alimentation complémentaire appropriée dès le 6^{ème} mois. L'allaitement assure notamment un apport idéal en nutriments et en éliminant le recours à l'eau, qui dans certains cas peut être de qualité douteuse, et présente l'avantage supplémentaire d'être gratuit, et donc particulièrement avantageux pour les ménages les plus démunis.

³⁹ Le calcul a été effectué sur les 0-59 mois pour des raisons pratiques liés aux besoins de couverture d'âge plus large des calculs des indices synthétiques. Ce faisant, cela réduit quelque peu les niveaux de couverture en Vitamine A.

⁴⁰ La vitamine A est essentielle pour la santé des yeux et le bon fonctionnement du système immunitaire. Parce que la consommation quotidienne ne permet pas en général de couvrir ces besoins, qui sont accrus durant la période de croissance de l'enfant et lors des épisodes de maladies infantiles, l'on recommande, dans les pays marqués par de fortes carences en vitamine A, d'administrer une dose élevée de Vitamine A tous les 4 à 6 mois, à tous les enfants âgés entre 6 et 59 mois.

⁴¹ Le retard de croissance (taille-pour âge) reflète une malnutrition chronique consécutive à une nutrition inadéquate sur une longue période et aux maladies chroniques ou récurrentes. Un enfant dont la taille-pour-âge est plus de deux écart-types en dessous de la médiane de la population de référence est considéré comme court pour son âge et classé comme souffrant d'un retard de croissance modéré ou sévère. Le retard de croissance est dit sévère, quand la taille-pour-âge est plus de trois écart-types en dessous de la médiane de la population de référence (MICS).

Tableau 7 : Prévalence de bonnes pratiques dans la nutrition, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11

Pourcentage des ménages

	Utilisant du sel correctement iodé	Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vitamine A	Aucun enfant de moins de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance
Gambie	24,3	43,0	53,9	68,4
Ghana	32,7	28,1	62,1	75,8
Mauritanie	7,9	43,6	67,2	56,8
Nigéria	82,4	32,7	60,4	57,3
RDC	72,5	49,0	67,0	47,7
Sierra Léone	66,2	38,6	84,8	46,5
Tchad	58,6	38,3	33,6	37,3
Togo	31,0	63,0	77,1	67,7
Moyenne	46,9	42,0	63,3	57,2

Source : MICS4, calculs des auteurs.

Pratiques parentales en éveil

Les pratiques d'éveil et de stimulation précoce sont des déterminants essentiels du développement de l'enfant durant la prime enfance. La possession de jouets et de livres à la maison, le nombre d'activités menées avec les enfants sont les indicateurs retenus pour appréhender les pratiques d'éveil dans le foyer et leur qualité. Le questionnaire MICS4 possède aussi une question sur l'implication des pères dans l'apprentissage des enfants ; cet aspect sera également abordé ici.

Les livres et les jouets sont des matériaux d'apprentissage fondamentaux⁴². Le jeu est indispensable à la construction de l'enfant et à son intégration dans la société⁴³. Le jouet est loin d'être généralisé : près de 20 % de ménages n'en ont pas. Cette absence est particulièrement marquée en Sierra Léone et au Tchad (25 % des ménages n'ont pas de jouets). La possession de livres pour enfants est encore plus réduite (91 % des ménages n'en ont pas). Seulement 5 % de ménages a au moins un livre par enfant (11 % au Ghana et au Nigéria, des pays avec des traditions livresques plus fortes). L'accès au livre reste un enjeu majeur pour la plupart des ménages de la sous-région.

L'implication des adultes dans l'apprentissage des enfants est appréhendée à travers 6 dimensions : i) lire des livres ou regarder les images des livres ; ii) raconter des histoires ; iii) chanter ; iv) emmener des enfants dehors (de la maison, concession ou cour) ; v) jouer avec l'enfant ; et vi) passer du temps à nommer, compter ou dessiner des choses. Dans presque la moitié des ménages, les adultes s'impliquent, de manière variée (au moins 4 activités), dans l'apprentissage de tous les enfants (près de deux tiers des ménages en RDC et au

⁴² La recherche montre l'importance de l'exposition précoce à des environnements riches en langage – appréhendés par la lecture de livres aux enfants ou encore le nombre de livres possédés par le ménage - sur le développement du langage, les performances en lecture et la réussite scolaire. Ainsi, selon une étude menée au Royaume Uni, le facteur le plus important de réussite des enfants en matière d'apprentissage de la lecture à l'école primaire était l'exposition des enfants à des matériaux écrits durant les années précédant la rentrée scolaire (UNESCO, 2007).

⁴³ En effet, le jeu est un prétexte pour l'acquisition des 4 apprentissages fondamentaux : i) le savoir : le jeu avec l'adulte est une occasion unique d'apport de connaissances dans tous les domaines ; ii) le savoir-faire : la pratique, la mise en œuvre et le geste ; iii) le savoir-être : apprentissage d'un comportement lui permettant de s'intégrer dans le monde ; iv) le vouloir-faire : sans envie, il ne peut y avoir d'apprentissage et d'évolution. <http://www.teteamodeler.com/scolarité/psychologie/jeu1.asp>.

Nigéria). Nombreux aussi sont les ménages où aucune activité avec les enfants n'a lieu (un tiers) ; en Gambie et en Sierra Léone, dans presque la moitié des ménages, les adultes n'ont pas d'activité avec les enfants.

Tableau 8 : Prévalence de bonnes pratiques dans le domaine de l'éveil, Ménages des enfants de 0-8 ans, 2010-11

Pourcentage des ménages

	Jouet *		Livre *		Aide à l'apprentissage des 3-4 ans	
	Aucun enfant n'en possède	Chaque enfant en possède au moins un	Aucun enfant n'en possède	Chaque enfant en possède au moins un	Aucun enfant n'est aidé	Tous les enfants sont aidés
Gambie	10,3	67,1	95,0	2,1	48,7	46,1
Ghana	13,5	74,7	83,0	11,0	30,4	20,7
Mauritanie	23,3	57,9	91,8	4,1	25,8	30,7
Nigéria	17,5	67,9	79,3	11,1	32,6	65,5
RDC	22,6	59,9	96,9	1,7	38,0	61,0
Sierra Léone	25,2	64,8	92,2	5,6	45,1	53,2
Tchad	25,5	55,2	97,6	0,9	18,1	41,7
Togo	18,9	67,0	92,8	4,3	19,5	31,9
Moyenne	19,6	64,3	91,1	5,1	32,3	43,8

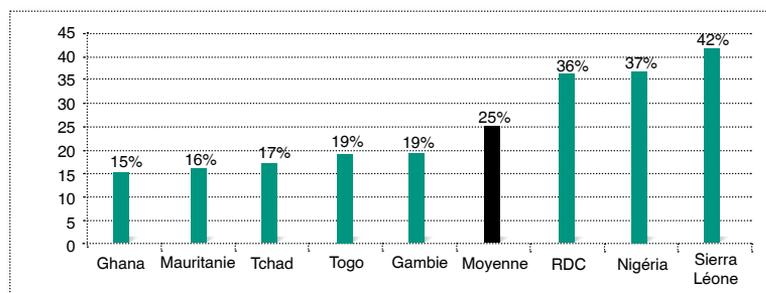
Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : * Enfants de moins de 5 ans.

L'implication des pères dans l'éducation et la construction identitaire des enfants est indispensable, en tant que pôle masculin central de la famille. Pour être bénéfique, le père doit être présent et actif auprès de ses enfants. Dans 25 % des ménages, le père a pris part à au moins une activité d'apprentissage avec ses enfants. Les écarts vont du simple au triple, du Ghana où moins de 15 % de pères s'impliquent dans l'éducation de leurs enfants, en Sierra Léone, où ils sont 42 % dans ce cas. L'absence de données historiques empêche de déterminer si cette pratique est en hausse ou pas, ce qui marquerait une évolution du rôle du père au sein du ménage.

Graphique 3 : Participation du père dans au moins une activité d'apprentissage des enfants de 3-4 ans, 2010-11

Pourcentage de pères actifs dans l'apprentissage des enfants



Source : MICS4, calculs des auteurs.

La qualité de l'environnement familial orienté vers les jeunes enfants est dans l'ensemble pauvre : à la précarité économique et de l'habitat qui touche un grand nombre, s'ajoutent des niveaux de pratiques de santé, hygiène, nutrition et éveil qui ne sont pas toujours optimales. Les ménages de la région n'ayant pas encore la pleine maîtrise des gestes sanitaires, d'hygiène et de nutrition de base devant assurer un développement optimal et harmonieux de leurs enfants sont trop nombreux. Le contexte d'éveil reste également marqué par une certaine pauvreté en matière de dotation en livres et jouets, accentuée parfois par une implication faible des adultes dans l'apprentissage de leurs enfants, privant ainsi ces derniers d'un environnement stimulant efficace.

II.3. Quelques éléments d'analyse de la qualité des pratiques parentales

Pour cerner plus en avant les facteurs pouvant influencer de manière positive ou négative sur le niveau de bonnes pratiques des ménages dans les domaines retenus, les indicateurs de pratiques parentales sont désagrégées selon certaines dimensions socio-économiques et contextuelles des ménages, qui sont facilement mobilisables dans les enquêtes MICS4 : le niveau de richesse du ménage, le milieu et lieu de résidence et le niveau d'éducation de la mère.

Afin de faciliter les analyses, des *indices synthétiques* sont utilisés. Ils présentent l'avantage de regrouper dans un même et seul indicateur l'information contenue dans plusieurs indicateurs de prise en charge de l'enfant. Leur construction est basée sur une analyse factorielle, conduite pour chacun des 4 domaines retenues (santé, hygiène, nutrition et éveil) sur une série d'indicateurs représentatifs (voir le détail dans le Tableau 9)⁴⁴.

Tableau 9 : Indicateurs des indices synthétiques, par domaine de pratique parentale

Domaine	Indicateurs (les réponses sont binaires)	Indice Synthétique
Santé	Ménage ayant des enfants de 0-8 ans où <ul style="list-style-type: none"> • Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie • Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires • Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire 	Score factoriel obtenu au niveau du ménage
Hygiène	Ménage ayant des enfants de 0-8 ans ayant <ul style="list-style-type: none"> • Accès à l'eau potable • Accès à un assainissement adéquat • Du savon pour le lavage des mains 	Score factoriel obtenu au niveau du ménage
Nutrition	Ménage ayant des enfants de 0-8 ans où <ul style="list-style-type: none"> • Le sel est correctement iodé • Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vitamine A • Aucun enfant de moins de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance 	Score factoriel obtenu au niveau du ménage
Éveil	Ménage ayant des enfants de 0-8 ans où <ul style="list-style-type: none"> • Chaque enfant de moins de 5 ans possède au moins un livre • Chaque enfant de moins de 5 ans possède au moins un jouet • Tous les enfants de 3-4 ans bénéficient d'aide à l'apprentissage • Le père est actif dans l'apprentissage des enfants de 3-4 ans 	Score factoriel obtenu au niveau du ménage

Source : Auteurs.

⁴⁴ Pour chaque domaine et les 8 pays, le premier axe factoriel a été retenu ; ce dernier montrant un degré d'inertie élevé, généralement supérieur à 70 % (voir tableau A1 en annexe pour le détail des niveaux d'inertie). Ce résultat conforte le recours aux indices synthétiques, ces derniers captant correctement l'information contenue dans les différents indicateurs considérés dans leur calcul respectif.

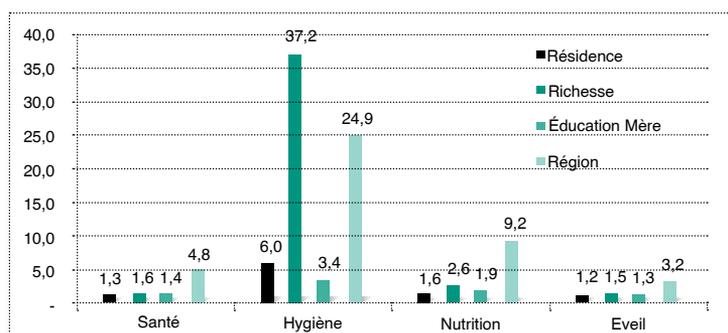
Les quatre indicateurs synthétiques construits sont utiles pour apprécier les variations au niveau des bonnes pratiques des ménages selon leurs caractéristiques socio-économiques et contextuelles, mais ne permettent cependant pas de comparer les niveaux de pratique des pays dans les différents domaines⁴⁵. Dans la suite de l'analyse, les ménages appartenant au premier tiers de pratiquants de bonne pratique sont considérés comme ayant de bonne pratique dans un domaine donné⁴⁶.

Le Graphique 4 ci-après récapitule le niveau des disparités pour les 8 pays étudiés de l'effet du lieu de résidence (urbain/rural), du niveau de richesse du ménage, du niveau d'instruction de la mère et de la région sur la propension d'un ménage d'avoir de bonnes pratiques dans les domaines de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil. L'indicateur de disparité utilisé est l'indice de parité (IP) qui met en rapport le niveau de bonne pratique d'un groupe donné (par exemple, les urbains, les femmes les plus éduquées, les ménages les plus aisés) à celui d'un autre groupe (les ruraux, les femmes sans instruction, les ménages les plus démunis).

Graphique 4: Disparités dans l'effet de certaines caractéristiques socio-économiques des ménages sur la prévalence de

bonnes pratiques parentales, par domaine de pratique, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11

Indice de parité en valeur absolue



Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : Indice de parité (IP) : Résidence : urbain-rural ; Richesse : Q1-Q5 ; Éducation mère : Sans-Secondaire et plus ; Région : maximum-minimum.

Le lieu de résidence urbain/rural semble peu discriminant dans les niveaux de pratique en santé et éveil au niveau des 8 pays : les IP sont 1,3 et 1,2 respectivement. Pour les pratiques nutritionnelles, l'IP de 1,6 est plus conséquent, indiquant que les ménages urbains adoptent de bonnes pratiques nutritionnelles 1,6 fois plus souvent que leurs homologues ruraux. Au niveau des pratiques d'hygiène les disparités entre urbains et ruraux se creusent : les ménages urbains ont 6 fois plus de chances que les ménages ruraux d'adopter de bonnes pratiques.

Le niveau de richesse est également le plus discriminant au niveau de l'hygiène. Les ménages les plus riches (les 20 % les plus riches - Q5) ont 37 fois plus de chances en moyenne d'avoir de bonnes pratiques en la matière que les ménages les plus pauvres (Q1). La richesse du ménage influe également sur le niveau des pratiques nutritionnelles (IP de 2,6 en faveur des ménages riches). Dans le domaine de l'éveil et de la santé,

⁴⁵ Étant issus d'une analyse factorielle, ils présentent des échelles de valeurs très disparates d'un indice à l'autre et d'un pays à l'autre.

⁴⁶ Les ménages sont classés selon leur niveau de pratique de manière croissante, du moins bon niveau de pratique au meilleur.

les ménages Q5 sont également avantagés vis-à-vis des Q1, quoique dans des proportions moindres, de 1,6 et 1,5 respectivement.

L'éducation de la mère, même si peu discriminante dans l'ensemble, influe positivement sur certaines pratiques, notamment d'hygiène et, dans une moindre mesure, de nutrition. Les ménages dont la mère/tutrice a un niveau d'instruction au moins égal au secondaire ont une propension 3,4 fois plus élevée d'adopter de bonnes pratiques d'hygiène que les ménages où la mère/tutrice est sans instruction. L'IP est de 1.9 pour la nutrition et avoisine 1,3 pour l'éveil et la santé.

La région de résidence semble particulièrement discriminante, avec des IP variant de 3,2 (Éveil) à 24,9 (Hygiène), en passant par 9,2 (Nutrition) et 4,8 (Santé).

Ces résultats soulignent l'existence d'importantes *variations dans le niveau de pratiques des ménages selon leurs caractéristiques socio-économiques et contextuelles*. Loin d'être homogène, le niveau de pratique est globalement d'autant meilleur que le ménage est riche, situé en milieu urbain, et que la mère est éduquée.

Les résultats montrent également que si la région de résidence semble être un des facteurs de disparité les plus puissants (indiquant l'existence de facteurs d'offre et culturels), *le niveau de richesse reste particulièrement discriminant*, suivi de loin par le niveau d'instruction de la mère et le milieu de résidence (urbain/rural).

Ainsi, en considérant le niveau de richesse du ménage comme illustratif de la contrainte économique pesant sur les ménages, il est apparent que, dans de nombreux cas, la non-adoption de bonnes pratiques par le ménage serait liée à des problèmes économiques. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de l'hygiène, car l'accès à l'eau potable, un assainissement adéquat et aux produits d'hygiène reste fortement conditionné par le niveau de richesse du ménage.

Si ces tendances s'appliquent pour la plupart des 8 pays pris individuellement, des spécificités nationales sont néanmoins apparentes, dont certaines sont surprenantes (voir la Figure A.1 en annexe). Ainsi, au Ghana et en Sierra Leone, l'IP urbain/rural est négatif en santé, indiquant un meilleur niveau de pratique parmi les ménages ruraux. Les pratiques sanitaires sont également meilleures parmi les ménages ayant une mère non instruite en Gambie et parmi les ménages pauvres au Ghana.

Il faut noter que les modèles logistiques utilisés pour mesurer les facteurs influant sur les bonnes pratiques des ménages (voir le Tableau 10 ci-dessous) ont, à l'exception de l'hygiène, un pouvoir explicatif (R^2) extrêmement faible, de moins de 10 % pour la santé, la nutrition et d'éveil. Ceci indique que les variables considérées plus haut expliquent moins de 10 % de la variabilité observée dans le niveau de pratique. Un nombre important de facteurs non observés sont à l'œuvre. L'analyse mérite d'être creusée pour mieux cerner les déterminants des bonnes pratiques parentales⁴⁷.

⁴⁷ Une analyse des corrélations des indices synthétiques entre eux montrent également de faibles liens entre les indices, avec des niveaux de corrélation ne dépassant pas les 25 % (voir le tableau A2 en annexe). Ce résultat indique que, globalement, le fait d'avoir un bon niveau de pratique dans un domaine n'implique pas nécessairement le fait d'avoir un bon niveau de pratique dans un autre. Si l'on retient comme seuil le niveau de 20 %, des liens s'observent entre les pratiques de nutrition et d'hygiène dans 5 pays sur 8. Au Ghana, un lien s'observe entre les pratiques de nutrition et d'éveil et entre les pratiques d'hygiène et d'éveil. En RDC, ce sont les pratiques de santé qui sont corrélées aux pratiques nutritionnelles.

Tableau 10 : Effets des variables socio-économiques sur la probabilité d'avoir de bonnes pratiques parentales, par domaine de pratique et pays, 2010-11*Signe et significativité des rapports de chances (odds ratios)*

	Santé	Hygiène	Nutrition	Éveil
Résidence : Urbain (réf : rural)				
Signe +	Gambie (+)	Gambie (++) Ghana (++) Nigéria (+++) RDC (+++) Tchad (+++) Togo (++)	Gambie (+) Ghana (+) RDC (+)	RDC (+)
Signe -	Ghana (-) Sierra Léone (-)			
Education Mère : Secondaire et plus (réf : sans instruction)				
Signe +	Ghana (+) Nigéria (++) Tchad (+) Togo (++)	Gambie (+) Ghana (+) Mauritanie (+) Sierra Léone (+) Tchad (+)	Ghana (+) Nigéria (+++)	Ghana (+) Nigéria (+)
Signe -	Gambie (-)			
Richesse : Les plus riches (Q5) (réf : les plus pauvres, Q1)				
Signe +	Nigéria (+) RDC (+) Tchad (+++) Togo (+++)	Gambie (++++) Ghana (++++) Nigéria (++++) RDC (++++) Sierra Léone (++++) Togo (++++)	Gambie (++) Ghana (++++) Mauritanie (+++) Nigéria (+++) RDC (++) Sierra Léone (++) Tchad (+) Togo (++)	Gambie (++) Ghana (++) Mauritanie (++) Nigéria (++) Sierra Léone (+) Tchad (+) Togo (++)
Signe -	Ghana (-)			
R ²	1,4 % à 8,6 %	26,3 % à 44,7 %	2,1 % à 16,4 %	1 % à 7,1 %

Source : Régression logistique de la probabilité pour un ménage d'avoir un bon niveau de pratique parentale dans le domaine retenu. Seuls les coefficients significatifs à hauteur de 5 % ont été retenus.

Note : Un signe + (-) signifie un effet positif (négatif). + : odds ratio compris entre 1 et 1,5 ; ++ odds ratio compris entre 1,5 et 2 ; +++ odds ratio compris entre 2 et 10 ; ++++ odds ratio supérieur à 10.

Note de lecture : les ménages urbains en Gambie ont près de 2 fois plus de chance d'avoir de bonnes pratiques dans le domaine de l'hygiène que les ménages ruraux.

Section III

L'accès aux activités d'éveil/précolaires

Cette section analyse l'accès aux activités d'éveil et d'éducation préscolaire en explorant, de manière successive, deux aspects complémentaires : i) l'accès aux activités d'éveil/précolaire, en regardant le profil des enfants bénéficiaires et d'éventuelles disparités pouvant apparaître selon les caractéristiques des enfants et/ou de leurs familles ; ii) l'identification des principaux facteurs qui caractérisent l'accès aux activités d'éveil/précolaire, pour informer des stratégies de réduction des disparités constatées.

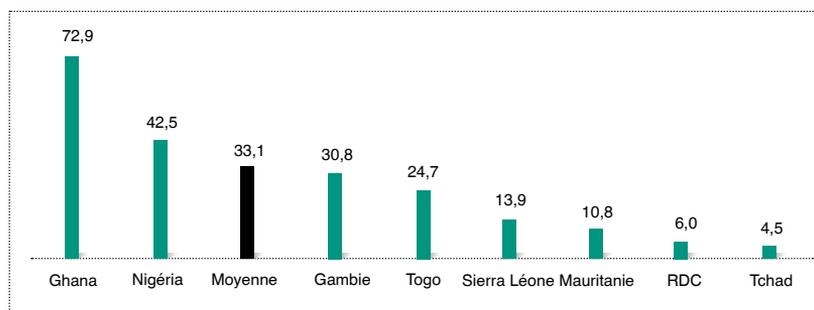
III.1 Le profil des enfants bénéficiaires

La participation à une activité d'éveil/précolaire est ici comprise au sens large. Elle tient compte de toutes les formes d'activités d'éveil et de préscolarisation auxquelles peuvent avoir accès les enfants de 3 à 5 ans, qu'elles soient organisées de manière formelle ou non, quotidienne ou pas⁴⁸.

Un tiers des enfants de 3 à 5 ans⁴⁹ ont eu accès à une activité d'éveil/précolaire en 2010-2011 (voir le Graphique 5). Ce taux est faible à en juger par les nombreux bénéfices que ces activités ont sur le développement global de l'enfant et sur sa préparation à l'école primaire⁵⁰.

Graphique 5 : Pourcentage d'enfants de 3-5 ans* ayant accès à une activité d'éveil/précolaire, 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage



Source : MICS4 et calculs des auteurs

Note : La moyenne est pondérée. * Pour la Gambie, l'accès porte sur les 3-6 ans.

⁴⁸ L'information à disposition ne permet cependant pas de distinguer selon le type de structure fréquentée (public, privé, communautaire, etc.), ni de connaître l'année de scolarisation dans le cas d'une préscolarisation de plusieurs années. Notons que pour la plupart des pays, des activités préscolaires sont organisées pour les 3-5 ans ; au Ghana toutefois, elles concernent les 4-5 ans et en Gambie, les 3-6 ans (voir Tableau A3 en annexe).

⁴⁹ 3 à 6 ans pour la Gambie.

⁵⁰ Voir les sections IV et V suivantes sur le développement de l'enfant et à la préparation pour l'école.

L'accès aux activités d'éveil/préscolaire est loin d'être homogène entre les huit pays de l'échantillon. En effet, 73 % des enfants Ghanéens avaient accès à une activité d'éveil/préscolaire en 2010-2011, contre moins de 5 % au Tchad. Ces forts écarts illustrent l'existence de niveaux très inégaux de développement de ce type d'activités entre les pays, avec d'un côté des pays comme le Ghana, le Nigeria ou la Gambie qui ont une offre relativement développée de services, et de l'autre, la Sierra Léone, la Mauritanie, la RDC et le Tchad, où les services d'éveil et préscolaires restent lacunaires.

Les moyennes nationales dissimulent d'importantes variations intra-pays. Les résultats du Tableau 11 ci-après l'illustrent, renseignant sur le taux d'accès à une activité d'éveil/préscolaire des enfants de 3-5 ans, selon certaines caractéristiques socio-économiques de l'enfant et du ménage, au niveau de l'ensemble des pays.

Tableau 11 : Taux d'accès à une activité d'éveil/préscolaire des enfants âgés de 3-5 ans*, selon certaines caractéristiques socio-économiques de l'enfant et du ménage, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage et indices de parité

Genre	Filles	33,0	Moyenne générale	24,6	Rural	Lieu d'habitation
	Garçons	33,2		53,2	Urbain	
	I.P	1,0		2,2	I.P	
Statut OEV	Oui	31,6	33,1%	12,5	Régions min	Régions
	Non	33,0		64,1	Régions max	
	I.P	1,0		5,1	I.P	
Education de la mère/tutrice	Sans	14,8	33,1%	10,1	20% les plus pauvres	Quintiles de richesse
	Secondaire et +	58,5		64,5	20% les plus riches	
	I.P	4,0		6,4	I.P	

Source : MICS4 et calculs des auteurs. Porte sur les 3-6 ans en Gambie.

Note : I.P (Indice de parité) = groupe favorisé / groupe défavorisé.

Revenus du ménage : c'est surtout par rapport aux niveaux de revenus que les disparités d'accès sont les plus importantes, étant 6,4 fois plus élevé chez les enfants des ménages du quintile le plus riche (64,5 %) que chez ceux du plus pauvre (10,1 %).

Selon les régions : Au niveau des régions, les disparités sont également importantes, l'indice de parité se situe à 5, indiquant un ratio de 1 à 5 entre les régions à faible accès et les régions à fort accès.

Éducation de la mère : Le taux d'accès est 4 fois supérieurs pour les enfants dont la mère possède au moins un niveau d'éducation secondaire (58,5 %), comparé aux enfants dont la mère est sans instruction (14,8 %).

Milieu de résidence : l'accès est plus de deux fois supérieurs en milieu urbain (53,2 %) qu'en milieu rural (24,6 %), avec un indice de parité de 2,2.

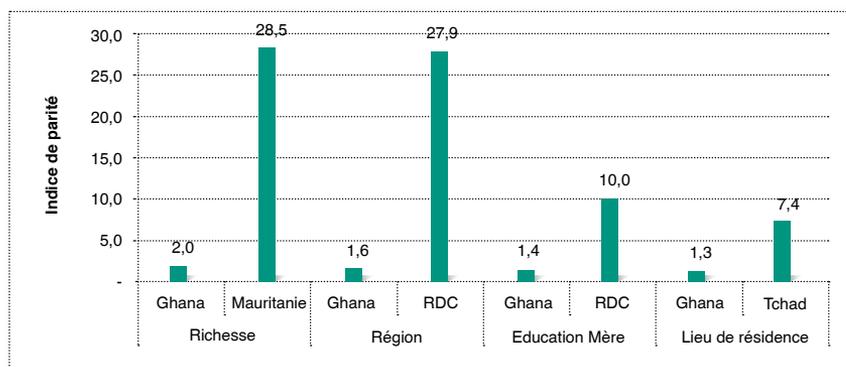
Caractéristiques des enfants : Les différences sont minimes et peu significatives entre les garçons (33,2 %) et les filles (33,0 %) et selon le statut d'orphelin (33,0 %) ou non (31,6 %) de l'enfant.

Si dans l'ensemble, ces observations tiennent pour la plupart des pays, les disparités sont observées dans des proportions très variables. Un pays comme la Ghana, dont l'accès concerne près des trois-quarts du groupe cible, montre peu de disparités. A contrario, elles sont particulièrement marquées dans les pays où

la couverture des services est faible, comme au Tchad, en RDC et en Mauritanie (voir le Graphique 6). Ceci s'expliquerait en partie par le fait que les systèmes éducatifs à couverture étroite renforcent les disparités : ils sont souvent appropriés par une petite frange de la population. Aussi, lorsqu'ils se développent, ils intègrent une population plus large, réduisant ainsi *de facto* les disparités (Mingat, 2006).

Graphique 6: Disparités dans le taux d'accès aux activités d'éveil/précolaire des enfants de 3-5 ans*, 8 pays comparateurs, 2010-11

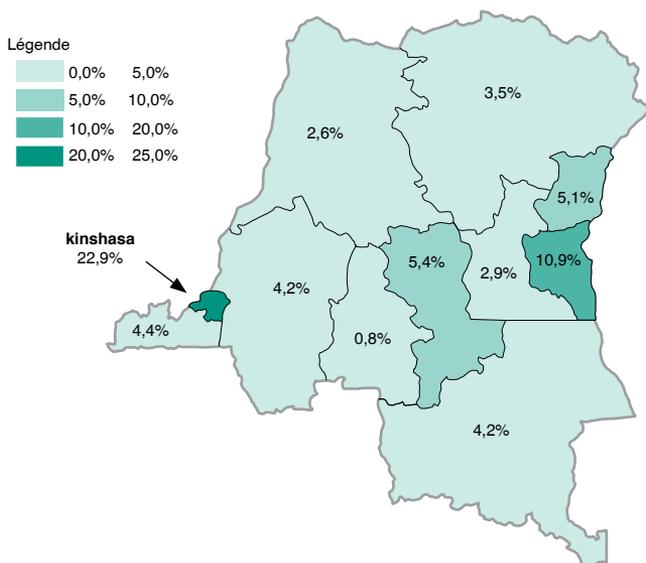
Indice de parité, points



Source : MICS4. Calculs des auteurs.* Porte sur les 3-6 ans en Gambie.

Note : Indice de parité (IP) : Résidence : urbain-rural ; Richesse : Q5-Q1 ; Éducation mère : Sup-Secondaire et inf. ; Région : maximum-minimum.

Les disparités régionales en RDC sont présentées à titre illustratif ci-dessous, où elles sont les plus fortes de l'échantillon de pays. La représentation visuelle offerte par le Carte 2 est sans équivoque : d'un côté, la province de Kinshasa, accueillant la capitale, où près d'un quart des enfants ont accès à des activités d'éveil/précolaire ; de l'autre, une majorité de provinces où moins de 5 % des enfants ont accès à de tels services.

Carte 2 : Pourcentage d'enfants de 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil/préscolaire en RDC, par province, 2010

Source : MICS4 RDC, et calculs des auteurs.

Si l'offre de service semble jouer un rôle de premier plan dans la possibilité d'accéder à des services d'éveil/préscolaire comme pourraient l'illustrer les fortes variations régionales, la capacité financière des familles constituerait également un facteur bloquant/favorisant important dans cet accès. Le rôle positif joué par l'éducation de la mère est également intéressant à noter, comme levier potentiel.

L'analyse qui suivra permettra de mieux distinguer, parmi ces différentes caractéristiques, celles qui ont un effet significatif sur l'accès des jeunes enfants aux activités d'éveil/préscolaire.

III.2 Les facteurs déterminants de l'accès

L'analyse descriptive précédente a permis d'identifier les principaux facteurs discriminants dans l'accès aux activités d'éveil/préscolaires. Pour déterminer maintenant les effets nets (toutes choses étant égales par ailleurs) et significatifs des facteurs sur la probabilité d'accès à une activité d'éveil/préscolaire, la modélisation statistique est utilisée⁵¹. Elle permet de mieux comprendre et quantifier les différents facteurs en vue d'identifier les mesures qui favorisent l'accès des enfants à ces services.

Les *variables explicatives* analysées dans le modèle portent sur : i) les caractéristiques de l'enfant - âge, sexe et statut d'orphelin ; ii) de sa famille - sexe du chef du ménage, milieu de résidence, région d'habitation, niveau de richesse, niveau d'instruction de la mère ; et iii) les pratiques parentales dans les domaines de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil (sur la base des terciles précédemment construits).

⁵¹ Un modèle logistique est utilisé dans la mesure où la variable dépendante est une variable muette égale à 1 si l'enfant fréquente un programme d'éveil/préscolaire et 0 dans le cas contraire.

Les résultats pour chaque pays sont consignés dans le Tableau 12, qui présente les rapports de chances (ou *odds ratios*) pour un groupe donné d'avoir accès à des activités d'éveil/précolaire par rapport à un autre groupe (pris comme référence). Seules les dimensions d'intérêt, les facteurs de risque et de protection, ont été reproduites ici (voir le Tableau A4 en annexe pour les modèles complets). Le tableau présente aussi la moyenne pondérée des coefficients de l'échantillon complet, pour mieux identifier les facteurs influençant fortement le niveau d'accès des enfants à des activités d'éveil/précolaire.

Tableau 12 : Modélisation des facteurs déterminant de l'accès à une activité d'éveil/précolaire, Enfants de 3-5 ans*, 8 pays comparateurs, 2010-11

Rapports de chances (Odds Ratio)

	Richesse (Q5/Q1)	Éducation de la mère (Sec.et +/- aucun niveau)	Pratiques parentales (1) (Bonne/mauvaise)			
			Santé	Hygiène	Nutrition	Éveil
Gambie*	2,27	1,80	1,87	1,31	0,79	1,44
Ghana	11,72	1,91	1,38	1,49	1,59	1,58
Mauritanie	10,68	2,28	-	1,43	-	1,78
Nigéria	6,06	2,64	1,14	1,46	2,11	2,13
RDC	3,24	3,16	-	1,89	-	1,62
Sierra Léone	6,66	2,42	1,33	1,33	1,01	1,87
Tchad	2,38	3,58	-	2,46	1,96	1,95
Togo	9,26	2,90	-	-	1,49	2,20
Moyenne pondérée	5,76	2,74	1,17	1,60	2,01	1,95

R² : 13,7 % - 39,9 %

Source : MICS4 et calculs des auteurs.

Note : Seuls les coefficients statistiquement significatifs à hauteur de 5 % sont présentés dans le tableau. La moyenne est calculée sur les seuls coefficients significatifs - non significatif. * Porte sur les 3-6 ans en Gambie. (1) Les ménages présentant de bonnes pratiques sont ceux appartenant au premier tercile. Voir le tableau A4 en annexe pour le modèle complet.

Note de lecture : Au Nigéria, les enfants issus des ménages aisés ont 6 fois plus de chance d'avoir accès à une activité d'éveil/précolaire que ceux issus des milieux les plus pauvres.

Les *effets nets moyens* semblent moindres que les effets bruts initialement observés, mais restent marqués et significatifs. Ainsi, un enfant issu d'un ménage aisé (Q5) a 5,8 fois plus de chances de bénéficier d'activités d'éveil qu'un enfant issu d'un ménage démuné (Q1). Le rapport de chances est de 2,7 pour un enfant ayant une mère de niveau d'instruction secondaire ou plus, par rapport à un enfant dont la mère est sans instruction.

Les *pratiques parentales* influencent également de manière positive sur la probabilité d'accès aux services d'éveil/précolaire : les bonnes pratiques en nutrition et en éveil améliorent par 2,0 les chances d'accès, alors que les bonnes pratiques d'hygiène sont associées à un moindre rapport de chance se chiffrant à 1,6. Les bonnes pratiques de santé ont dans l'ensemble moins d'effet, étant seulement significatives dans la moitié des pays, avec un rapport moyen de 1,2. Outre le fait de permettre aux enfants d'être en bonne santé et alertes, leur permettant de suivre des activités extra-domestiques plus aisément, les ménages présentant de bonnes pratiques parentales pourraient également être les plus sensibilisés aux bienfaits de ces services et en favoriser l'accès à leurs enfants.

Ces tendances sont globalement observées dans chaque pays. Les variables les plus discriminantes sur la probabilité d'accès aux activités d'éveil/précolaires sont le niveau de richesse du ménage et le niveau

d'éducation des mères. Mais des variations notables sont observées entre pays, les rapports de chances variant entre 2,3 (Gambie) et 11,7 (Ghana) selon la richesse du ménage et entre 1,8 (Gambie) et 3,6 (Tchad) selon l'éducation de la mère⁵².

Genre : Certaines variables de contrôle montrent un effet mineur du sexe de l'enfant sur la probabilité d'accès à des activités d'éveil, n'étant significatif que dans deux pays de l'échantillon : en faveur des garçons au Tchad (avantage de 32 %) et en faveur des filles au Ghana (avantage de 17 %)⁵³. Ce résultat est encourageant, indiquant que les parents ne sont pas influencés par le sexe de leur enfant dans leurs choix d'accès aux activités d'éveil/préscolaire.

Localisation : Un autre résultat intéressant est l'effet non systématique du milieu de résidence urbain/rural sur la probabilité d'accès aux activités d'éveil/préscolaires. Il serait significatif seulement en RDC (2,6), en Mauritanie, au Togo et au Tchad (1,3). Par ailleurs, l'analyse économétrique révèle que les avantages spécifiques aux régions décrits précédemment disparaissent ou s'amenuisent lorsque les variables comme les revenus du ménage, l'éducation de la mère ou le milieu de résidence sont contrôlées.

L'effet cumulé : loin de jouer individuellement, ces effets tendent à se cumuler pour créer des situations très contrastées. Une illustration est proposée sur les données du Togo, où une simulation numérique de la probabilité d'accès à des activités d'éveil/préscolaire selon la région, le niveau d'éducation de la mère et le niveau de richesse du ménage a été menée. Les écarts dans les effets sont substantiels, d'un taux d'accès de 3 % pour les enfants de Lomé issus des ménages les plus pauvres avec des mères sans instruction (cumulant les facteurs de risque) à 81 % pour les enfants issus des milieux les plus aisés de la région Savanes et dont les mères ont un niveau d'éducation secondaire et plus (cumulant les facteurs de protection).

L'analyse de l'accès a permis de mettre en évidence les principaux facteurs influençant le niveau d'accès des enfants de 3-5 ans aux activités d'éveil/préscolaire. Le niveau de richesse du ménage est le déterminant le plus discriminant, suivi du niveau d'instruction de la mère et des pratiques parentales, notamment dans les domaines de l'éveil et de la nutrition. Le lieu de résidence joue également un rôle important dans l'accès des enfants aux services, illustrant le rôle central joué par l'offre.

Toute action visant à accroître l'accès des enfants à des programmes d'éveil/ préscolaire devra s'attacher, de manière concomitante, à : i) adresser les différents facteurs bloquants, en priorisant les interventions allégeant la charge des ménages les plus démunis⁵⁴ ; ii) favoriser l'adoption de bonnes pratiques parentales, notamment dans le domaine de l'éveil et de la nutrition, par des programmes d'éducation parentale appropriés ; iii) réaliser des campagnes d'alphabétisation des mères mais également favoriser l'instruction des filles, en tant que futures mères ; et iv) éliminer les disparités dans l'implantation géographique des services d'éveil/préscolaires, en veillant à prioriser les zones qui en sont les moins bien pourvues.

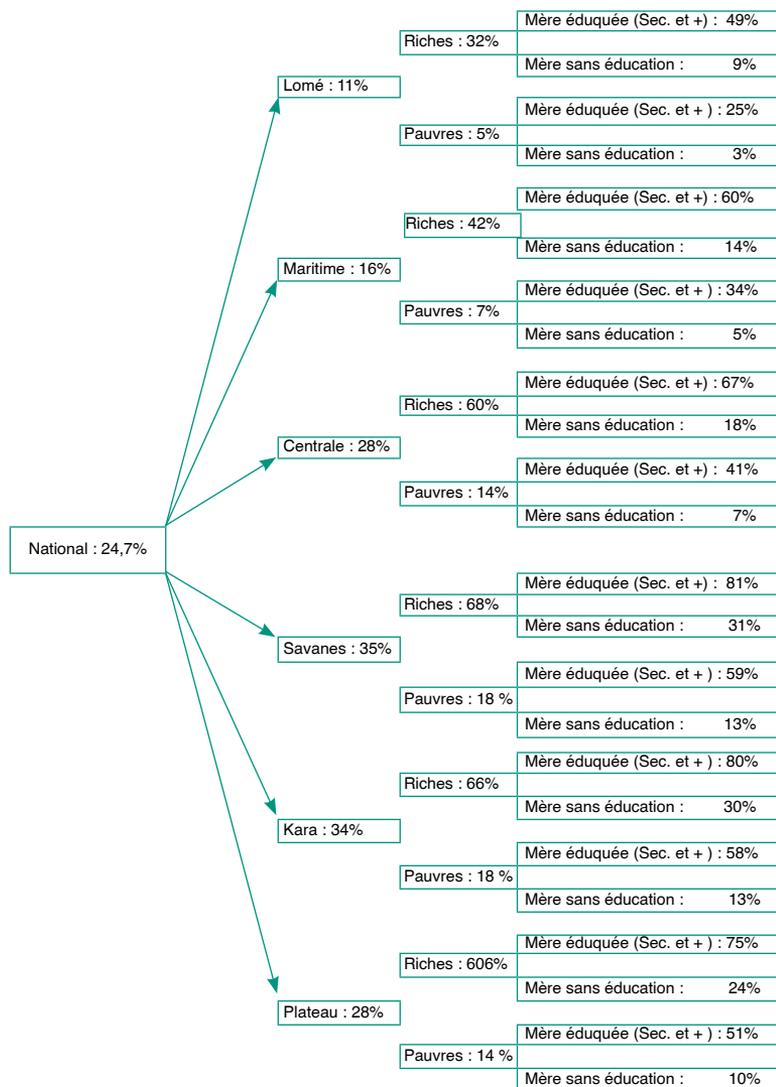
⁵² *Les effets bruts et nets peuvent fortement différer.* L'effet du niveau de richesse sur la probabilité d'accès aux services d'éveil/préscolaires au Ghana par exemple, apparaît bien plus fortement discriminant en net (odds ratio de 12 – Tableau 12) qu'en brut (IP de 2 – Graphique 6). Ce résultat montre l'intérêt de recourir aux analyses multi-variées, qui permettent d'extraire l'effet propre d'une variable.

⁵³ Voir le tableau A3 en annexe.

⁵⁴ Par ailleurs, ces enfants issus des milieux les plus défavorisés sont ceux qui bien souvent ont le plus besoin de ces services.

Graphique 7: Simulation numérique de la probabilité d'accès à une activité d'éveil/préscolaire, selon certaines caractéristiques de l'enfant et de sa famille, Togo 2010

Pourcentage



Source : Enquêtes MICS4 Togo et calculs des auteurs.

Section IV

Le développement du jeune enfant

Les enquêtes MICS4 offrent un module sur le « développement de l'enfant âgé de 36 à 59 mois » qui propose de mesurer le niveau de développement de l'enfant dans quatre domaines : i) les capacités en pré-calcul et pré-lecture, ii) l'état de développement physique/moteur, iii) l'état de développement socio-affectif, et iv) les capacités d'apprentissage. Tous les 4 sont utiles pour une bonne préparation à l'école⁵⁵.

L'évaluation du niveau de développement de l'enfant se fait à travers une série de dix questions (voir le Tableau 13) administrées à la mère ou à la tutrice de l'enfant. Les réponses permettent ensuite d'établir des indicateurs (binaires) de progression de l'enfant dans les quatre dimensions de développement retenues. Ces indicateurs sont enfin agrégés pour établir *l'indice global de développement du jeune enfant*. Cet indice permet d'apprécier dans quelle mesure le développement des enfants du pays considéré est en bonne voie⁵⁶.

Tableau 13: Domaines de développement de l'enfant (3-4 ans) mesurés par l'enquête MICS4, et constituant l'Indice de développement du jeune enfant

Domaine	Indicateurs (les réponses sont binaires)	Développement jugé favorable
Pré-alphabétisme et pré-calcul	L'enfant peut-il : 1. Identifier ou nommer au moins dix lettres de l'alphabet ? 2. Lire au moins quatre mots simples, courants ? 3. Connaître le nom et reconnaître les symboles de tous les chiffres de 0 à 9 ?	Si au moins deux de ces tests sont positifs
Développement physique	4. L'enfant peut-il attraper avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou, qui se trouve par terre ? 5. Est-il parfois trop malade pour jouer ?	Si au moins une des réponses est positive
Développement socio-affectif	6. L'enfant s'entend-t-il bien avec les autres enfants ? 7. Donne-t-il des coups de pied, mord-t-il, ou frappe-t-il d'autres enfants ? 8. Est-il facilement distrait ?	Si deux de ces tests sont positifs
Capacités d'apprentissage	9. L'enfant est-il capable de suivre des instructions simples pour faire quelque chose correctement ? 10. Est-il capable de faire quelque chose de manière indépendante lorsqu'on le lui demande ?	Si l'une des réponses est positive

Source : Questionnaire MICS 4 (www.childinfo.org)

⁵⁵ Il est connu que les pratiques parentales et les idées sur le développement des enfants (quand et comment se développent les aptitudes et compétences de l'enfant) sont dans une très large mesure déterminées par les idéaux culturels. Toutefois, à côté des compétences et aptitudes spécifiques à une culture donnée, certaines compétences se retrouvent d'une culture à l'autre, d'un contexte à l'autre. Dans quelle mesure est-ce également le cas des aptitudes pertinentes dans le cadre scolaire ? Avec l'universalisation de l'école, les aptitudes requises deviennent plus homogènes entre cultures. Il s'agit par exemple du langage ou de la reconnaissance et du traitement de symboles, mais également des aptitudes sociales, comme savoir comment fonctionner en groupe, attendre son tour, ou contrôler une réponse initiale. Ce sont des aptitudes qui sont utiles pour l'école, mais aussi pour l'adaptabilité dans la vie (Fernald et al., 2009).

⁵⁶ Un enfant est en bonne voie de développement s'il l'est dans au moins 3 des 4 domaines retenus.

60 % des enfants de 3-4 ans des 8 pays de la sous-région sont en bonne voie de développement. Cette moyenne cache toutefois de fortes variations selon la dimension considérée. La quasi-totalité des enfants ont un niveau adéquat de développement moteur (92 %), 77 % ont des capacités d'apprentissage suffisantes et 67 % ont un niveau socio-affectif approprié pour leur âge. Par contre, le développement des enfants en matière de pré-alphabétisation et de pré-calcul n'est jugé adéquat que dans 25 % des cas. Ces disparités sont le reflet du mode général d'acquisition : cumulatif, séquentiel et progressif. Ainsi, les compétences plus complexes, comme celles relatives à la pré-alphabétisation et au pré-calcul s'acquièrent en général plus tard, lorsque l'enfant a déjà atteint un certain niveau de développement dans les autres domaines. Aussi, il n'est pas attendu des enfants de 3-4 ans de les maîtriser.

Des disparités entre pays sont également présentes. Sans oublier certaines limitations inhérentes aux données,⁵⁷ les indicateurs définis permettent d'observer un retard systématique des enfants tchadiens dans les 4 dimensions retenues, suivis de leurs pairs Sierra léonais et Congolais. En écartant la première dimension – la pré-alphabétisation et le pré-calcul – dans laquelle excellent les enfants Nigériens et Ghanéens, le développement des enfants Gambiens, Mauritaniens, et Togolais semble adéquat.

Tableau 14 : Proportion d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement, par dimension, 8 pays comparateurs, 2010-2011

Pourcentage

	Pré-alpha. et pré-calcul	Moteur	Socio-affectif	Apprentissage	Global	Global (Score sur 10)
Gambie	11,9	99,0	71,4	95,1	71,8	5,72
Ghana	28,0	94,9	64,7	89,5	65,5	5,38
Mauritanie	19,4	97,5	75,3	91,1	73,7	6,15
Nigéria	32,9	93,2	68,3	79,4	64,5	5,67
RDC	10,9	89,8	66,0	72,2	49,4	4,85
Sierra Léone	9,4	85,8	65,3	77,8	53,4	4,82
Tchad	5,9	86,8	57,1	48,6	33,0	3,90
Togo	10,7	98,6	76,0	80,9	66,6	5,51
Moyenne pondérée	24,9	92,3	67,2	77,3	59,6	5,36

Source : MICS4, calculs des auteurs.

Un certain nombre de facteurs sont associés avec la proportion d'enfants pour qui le développement est en *bonne voie*, dont l'âge, certains facteurs socio-économiques et contextuels, et le contexte général de DPE (voir le Tableau 15 ci-dessous) :

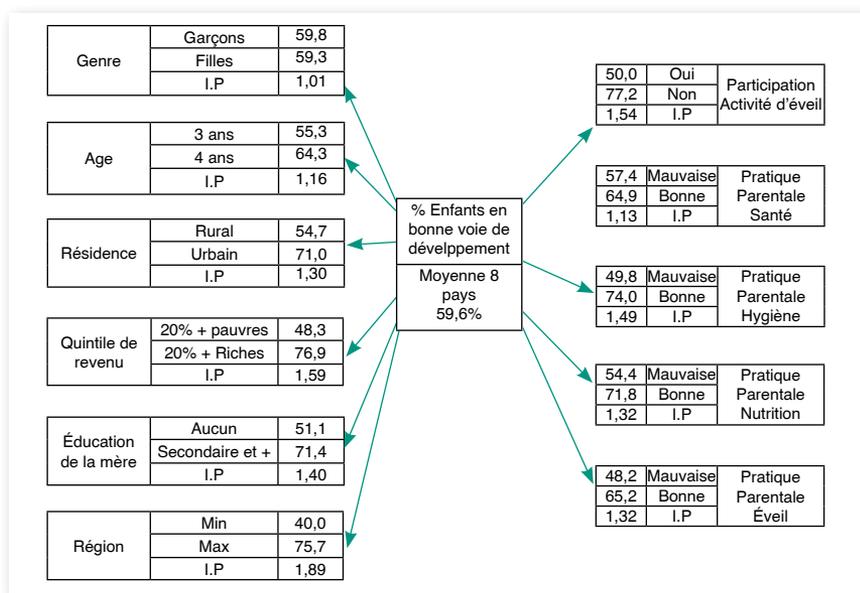
- Le taux augmente avec l'âge, soulignant la nature progressive de l'acquisition des compétences.
- La région de résidence montre les disparités plus marquées, avec des écarts de 45 points de pourcentage entre les régions moyennes les moins et plus avancées, équivalant à un indice de parité de 1,9.

⁵⁷ Ces disparités ne sont pas toujours directement comparables. Outre l'impact de la culture (voir note de bas de page 56), la nature progressive et par paliers de l'apprentissage implique d'importantes variations entre les moments de son acquisition. Voir également les limites discutées dans la section portant sur le Cadre conceptuel.

- *Le niveau de richesse du ménage* est aussi particulièrement discriminant: 29 points séparent les enfants des ménages Q5 de ceux des ménages Q1 (avec des niveaux de développement global en bonne voie de 77 % et 48 %, respectivement).
- Les enfants vivant en *milieu urbain*, et ceux ayant une *mère instruite* (de niveau secondaire et au-delà) ont une probabilité 1,3 et 1,4 fois plus élevée respectivement d'avoir un développement en bonne voie que leurs pairs ruraux et de mère non instruite.
- *Genre* : en moyenne sur les 8 pays, aucune différence n'est observée entre les garçons et les filles.

Tableau 15: Proportion d'enfants (3-4 ans) en bonne voie de développement, selon les caractéristiques de l'enfant et du ménage, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-2011

Pourcentage et Indice de Parité



Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : La moyenne des 8 pays est pondérée. I.P (groupe favorisé / groupe défavorisé)

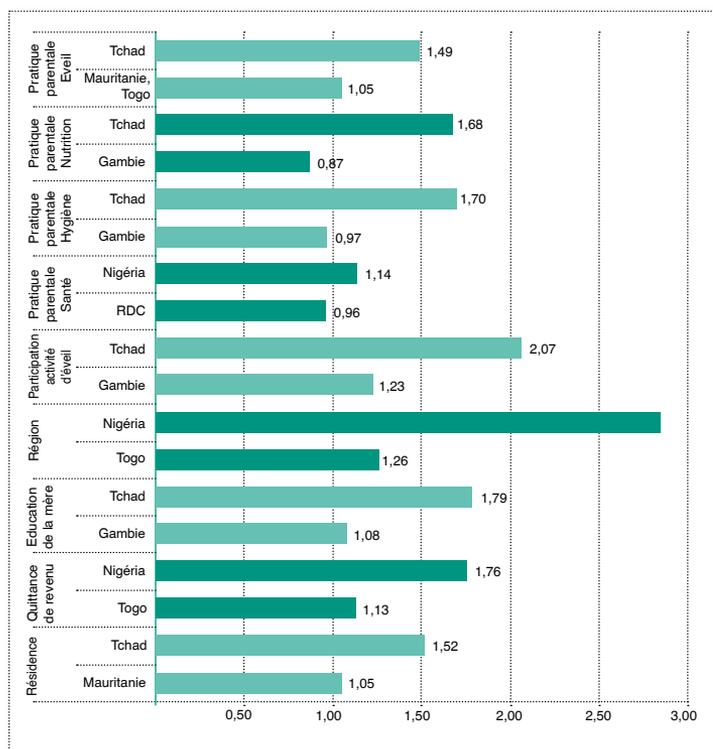
Concernant les pratiques de DPE, on peut noter :

- La *participation à une activité d'éveil* est le facteur le plus discriminant : 77 % des bénéficiaires sont en bonne voie de développement, contre à peine 50 % des enfants ne participant pas (IP de 1,54).
- Les pratiques parentales relatives à *l'hygiène* semblent être les plus discriminantes (indice de parité de 1,5) : les enfants des ménages où ces pratiques sont satisfaisantes ont donc 50 % de plus de chances d'avoir un développement favorable.
- Les pratiques parentales en matière *d'éveil* (IP de 1,35) et de *nutrition* (IP de 1,3) ont également un impact significatif, mais les pratiques de *santé* semblent avoir peu d'effet sur le développement favorable de l'enfant (IP de 1,1).

Si les caractéristiques socio-économiques et contextuelles jouent de manière différenciée entre pays, comme le suggèrent les écarts dans les indices de parité (Graphique 8), elles agissent globalement dans le sens prévu. Le graphique suggère aussi un effet particulièrement discriminant de la participation à une activité d'éveil, illustré par le fort niveau des indices de parité observé dans les pays.

Graphique 8 : Disparités dans le pourcentage d'enfants (3-4 ans) en bonne voie de développement, selon certaines caractéristiques du ménage, 8 pays comparateurs, 2010-2011

Indice de Parité



Source : MICS4, calculs des auteurs.

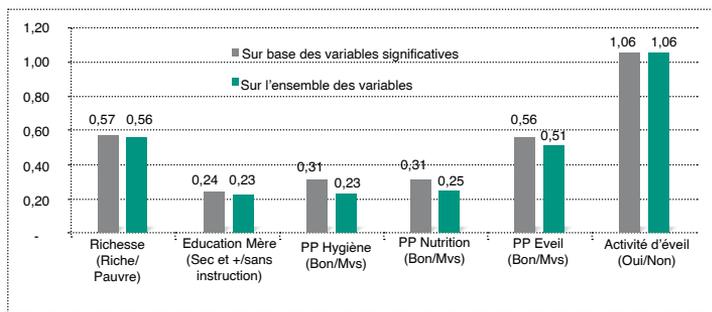
Les effets nets des variables sur la probabilité d'être « en bonne voie de développement »

Pour identifier de manière rigoureuse les facteurs qui ont un effet significatif sur le développement des enfants, une modélisation économétrique est de nouveau utilisée, pour les 8 pays. Un modèle *linéaire* a été retenu, la variable expliquée étant le score global atteint par l'enfant⁵⁸. Le modèle proposé retient les mêmes facteurs utilisés jusqu'à présent : des caractéristiques de l'enfant (âge, sexe, statut d'orphelin), de sa famille (éducation de la mère, niveau de revenu du ménage, sexe du chef de ménage), géographiques (régions, milieu rural ou urbain) et propres aux activités de DPE (fréquentation d'une activité d'éveil/présoolaire, pratiques parentales en matière de santé, d'hygiène, de nutrition et d'éveil).

La moyenne pondérée des valeurs des coefficients pour l'ensemble des 8 pays est présentée dans le Graphique 9 ci-après, calculée sur la seule base des variables significatives à hauteur de 5 %, mais également sur l'ensemble des variables, significatives ou pas. Seules les variables d'intérêt ont été reproduites.

Graphique 9 : Facteurs affectant le score global de DPE*, enfants de 3-4 ans, Moyenne des 8 pays comparateurs, 2010-11

Points



Source : MICS4, calculs des auteurs.

Note : Moyennes pondérées des coefficients des 8 régressions pays. Le score global est sur 10. PP : pratique parentale. Coefficients issus des régressions linéaires de l'indice global de DPE de sur l'âge, le sexe et le statut d'orphelin de l'enfant ; la richesse du ménage (quintile), le niveau d'instruction de la mère/tutrice (sans, primaire, secondaire et plus), le sexe du chef de ménage ; le niveau des pratiques parentales (bon, moyen, mauvais) en santé, hygiène, nutrition et éveil ; et la participation à une activité d'éveil. Le seuil maximal de significativité retenu se situe à 5 %. * DPE fait référence aux activités d'éveil et d'éducation préscolaire.

Du Graphique 9 il ressort que :

- La *fréquentation d'un programme d'éveil/présoolaire* a l'effet le plus marquant sur le développement de l'enfant. L'indice de développement des enfants participant à ces programmes est 1,06 points plus élevé.
- Les bonnes *pratiques parentales en matière d'éveil* affectent également l'indice, en l'augmentant de 0,56 points (la moitié de l'effet d'une activité d'éveil/présoolaire).

⁵⁸ Le choix de cette spécification est liée au fait qu'elle conduisait à des niveaux de part de la variance expliquée (R^2) plus élevés, que lorsqu'était retenu la spécification en propension d'être en bonne voie de développement. Toutefois, cela ne modifie pas les conclusions des analyses.

- Les bonnes pratiques dans le domaine de la *nutrition* et de l'*hygiène* apportent chacune un surplus de 0,31 points à l'indice, mais les pratiques en *santé* sont globalement non significatives.
- *L'éducation de la mère* a un impact net favorable sur l'indice de développement de l'enfant, toutes choses étant égales par ailleurs ; son effet est relativement plus modeste cependant, apportant un gain de 0,24 points à l'indice ;
- Enfin, *le niveau de richesse* continue d'être un facteur particulièrement discriminant : les enfants des ménages les plus riches ont un indice de 0,57 points supérieur en moyenne à leurs pairs issus des milieux les plus défavorisés.

Il est intéressant de noter que le gain moyen de l'indice de développement apporté par le niveau de richesse est similaire à celui apporté par les bonnes pratiques parentales en éveil, préfigurant de la possibilité de compenser un environnement économique précaire par une amélioration des pratiques d'éveil au sein des familles.

L'analyse par pays fait état de variations notables quant aux effets nets des différentes variables sur l'indice de développement global de l'enfant (voir le Tableau 16).

Tableau 16: Disparités dans les facteurs affectant le score global de développement du jeune enfant, enfants de 3-4 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11

Points

	Min	Max	Écart
Richesse (Riche/Pauvre)	0,287 (Gambie)	0,677 (Nigéria)	0,390
Éducation de la mère (Sec et +/Sans instruction)	0,217 (Gambie)	0,363 (Tchad)	0,146
PP Hygiène (Bonne/Mauvaise)	-1,190 (Gambie)	0,351 (Tchad)	0,541
PP Nutrition (Bonne/Mauvaise)	0,271 (Ghana)	0,314 (Nigéria)	0,043
PP Éveil (Bonne/Mauvaise)	0,236 (Togo)	0,651 (Sierra Leone)	0,416
Activité d'éveil/préscolaire (Oui/Non)	0,527 (Ghana)	1,400 (Tchad)	0,873

Source : MICS4 et calculs des auteurs. Voir le Tableau A5 en annexe pour les détails.

Note : Le score global est sur 10. PP : pratique parentale. Coefficients issus des régressions linaires de l'indice global de développement de l'enfant sur l'âge, le sexe et le statut d'orphelin de l'enfant ; la richesse du ménage (quintile), le niveau d'instruction de la mère/tutrice (sans, primaire, secondaire et plus), le sexe du chef de ménage ; le niveau des pratiques parentales (bon, moyen, mauvais) en santé, hygiène, nutrition et éveil ; et la participation à une activité d'éveil. Le seuil maximal de significativité retenu se situe à 5 %.

Les effets les plus différenciés sont observés au niveau de la *fréquentation d'une activité d'éveil/préscolaire*, qui a un impact sur l'indice global de développement de l'enfant allant de 0,53 points au Ghana à 1,40 points au Tchad. Il est intéressant de remarquer que ces pays sont ceux où la couverture en activités d'éveil/préscolaire est respectivement la plus forte et la plus faible de l'échantillon (voir Section III). Ceci pourrait s'expliquer par la qualité des services d'éveil/préscolaire, ou être en lien avec la qualité de l'environnement familial. En effet, les résultats de la Section II sur la qualité des pratiques parentales a indiqué que celles-ci étaient globalement assez pauvres au Tchad. Le cas du Tchad pourrait ainsi illustrer l'effet potentiellement compensatoire des activités d'éveil/préscolaire sur le développement de l'enfant, dans un contexte marqué par une qualité de l'environnement familial globalement faible.

Les variabilités observées dans les *pratiques parentales*, notamment d'hygiène et d'éveil, suggèrent également l'existence de marges de manœuvres réelles dans le domaine de l'éducation parentale.

Les autres variables introduites dans le modèle montrent : i) une relation positive entre l'âge de l'enfant et son niveau de développement, ce qui ne surprend guère. ii) le genre de l'enfant influe de manière modérée, étant globalement non significatif, sauf au Togo ou en Sierra Léone, où l'indice de développement global des filles est plus faible d'environ 0,15 points. iii) le milieu de résidence n'est pas toujours discriminant, mais quand il est, il favorise les enfants urbains. C'est le cas notamment en Gambie, au Ghana et en Mauritanie.

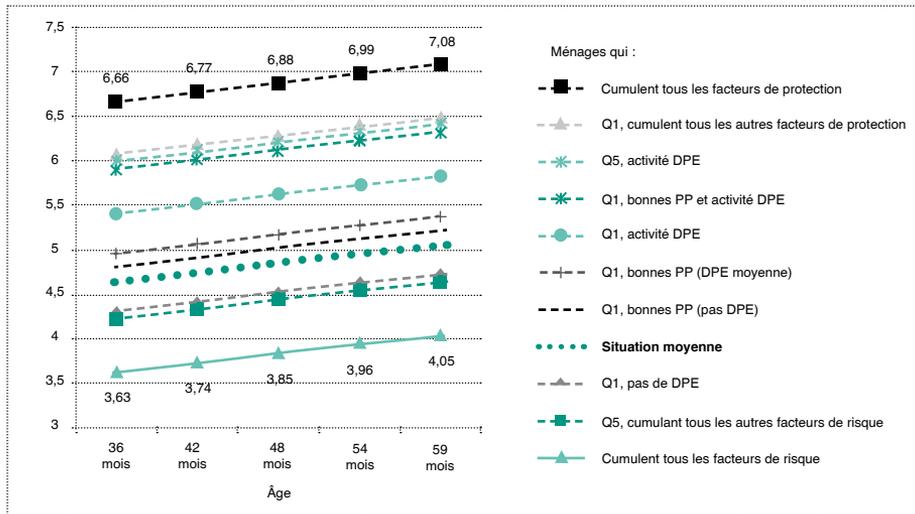
Pour apprécier les effets potentiellement cumulatifs ou compensatoires des différents facteurs de risques/protection⁵⁹ sur le développement des enfants, une simulation numérique de l'Indice global du développement de l'enfant est réalisé, pour divers âges, et selon le niveau de richesse du ménage, le niveau d'instruction de la mère, la participation de l'enfant à une activité d'éveil/préscolaire et le niveau de bonnes pratiques parentales dans les domaines de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil. L'illustration ci-dessous (voir le Graphique 10) porte sur les données de la Sierra Léone. Elles montrent :

- *L'effet positif de l'âge sur le niveau de l'indice* : de 4,63 pour les enfants de 36 mois, le score atteint 5,05 pour les enfants de 59 mois.
- *L'effet cumulatif des facteurs de protection comme des facteurs de risque* : un écart de 3,03 points existe entre les enfants qui bénéficient de l'ensemble des facteurs de protection et ceux qui sont exposés à tous les facteurs de risque.
- *Les retards sont difficilement rattrapables* : les enfants de 59 mois cumulant tous les facteurs de risque ont un indice inférieur à l'indice moyen des enfants 36 mois.
- *Des effets compensatoires existent* : les enfants de ménages pauvres (Q1) mais bénéficiant d'un environnement familial protecteur et participant à des activités d'éveil ont un indice de 6,07 à 36 mois, 1,85 points supérieurs à celui des enfants de même âge de ménages riches (Q5) mais cumulant les facteurs de risque.

⁵⁹ Les facteurs de protection sont : appartenance aux ménages les plus riches (Q5), mère ayant une éducation secondaire et plus ; enfant participant à une activité d'éveil/préscolaire, bonne pratiques parentales dans les 4 domaines. Les facteurs de risque sont : appartenance aux ménages les plus pauvres (Q1), mère sans instruction, enfant ne participant pas à une activité d'éveil/préscolaire, mauvaise pratiques parentales dans les 4 domaines.

Graphique 10: Simulation numérique du score global de développement du jeune enfant selon des caractéristiques des enfants et facteurs de protection/risque, Sierra Leone, 2010

Points



Source : MICS4 et calculs des auteurs.

Note : Le score global est sur 10. PP : pratique parentale. Simulation effectuée sur la régression linéaire de l'Indice de DPE sur l'âge, le sexe et le statut d'OEV de l'enfant ; la richesse du ménage (quintile), le niveau d'instruction de la mère/trice (sans, primaire, secondaire et plus) et le sexe du chef de ménage ; le niveau des pratiques parentales (bon, moyen, mauvais) en santé, hygiène, nutrition et éveil ; et la participation à un programme d'éveil/précolaire. Quand non spécifiées, les valeurs sont maintenues à leur niveau moyen de l'échantillon.

Ces observations suggèrent qu'il existe de réelles marges de manœuvre pour influencer de manière positive sur le développement de la petite enfance : en favorisant l'adoption de bonnes pratiques parentales, notamment d'éveil, et la participation des enfants à des activités d'éveil/précolaire, il est possible de favoriser le développement de l'enfant (traduit ici par un indice de développement plus élevé) et de réduire les effets potentiellement négatifs d'un environnement socio-économique précaire (pauvreté du ménage et mère faiblement instruite). Agir tôt est également critique, les retards accumulés étant difficilement rattrapables.

Section V

La préparation pour l'école

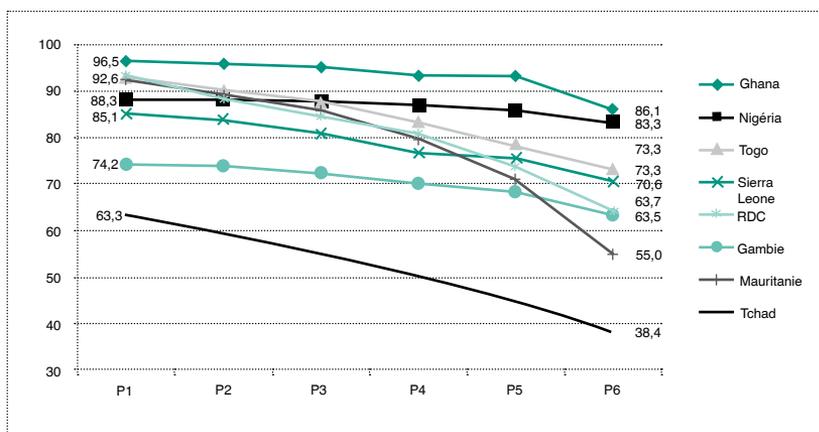
L'analyse précédente a mis en exergue l'effet des bonnes pratiques parentales et de la participation aux activités d'éveil/préscolaire sur le développement global du jeune enfant. Ici, le rôle que ces variables peuvent avoir sur le niveau de préparation d'un enfant pour l'école primaire est examiné. Il est supposé qu'un enfant grandissant dans un environnement familial marqué par de bonnes pratiques parentales et ayant été au préscolaire sera mieux préparé pour l'école primaire.

L'analyse porte sur l'âge d'entrée au primaire pour l'ensemble des nouveaux entrants en première année au moment de l'enquête, la seule dimension que l'enquête MICS4 permet de traiter⁶⁰. Pour ces enfants, il est possible de déterminer : i) la fréquentation éventuelle d'un programme préscolaire au cours de l'année passée, et ii) les pratiques parentales courantes, pour les enfants de 6-8 ans ayant des frères et sœurs de moins de 5 ans⁶¹.

Le niveau de scolarisation primaire dans les 8 pays est établi sur la base de profils probabilistes qui illustrent les probabilités pour une génération d'enfants donnée d'accéder aux différents niveaux d'éducation, ici le cycle primaire. Ces profils renseignent en outre sur les niveaux d'accès et d'achèvement, représentés par les premiers et derniers points de chaque courbe du Graphique 11.

Graphique 11 : Profils de scolarisation probabilistes au primaire, 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage



Source : MICS4 et calculs des auteurs.

⁶⁰ Voir la note en bas de page 17 sur les limites des enquêtes MICS pour traiter la question d'être « prêt à l'école ».

⁶¹ Les indices de pratiques parentales sont basés sur des indicateurs portant principalement sur les enfants de moins de 5 ans.

Les courbes illustrent des scolarisations primaires contrastées entre les pays, avec un *accès au primaire qui reste un défi pour bon nombre de pays*. Au Ghana l'accès au primaire est quasi-universel avec un taux d'accès de 96,5 % ; au Tchad seulement 63 % des enfants avaient accès au primaire en 2010-11. La Gambie montre également des difficultés à faire rentrer l'ensemble de ses enfants à l'école, 36 % des enfants n'ayant pas accès à l'école.

L'achèvement du primaire est problématique dans la plupart des pays, en dessous de 75 % dans 6 des 8 pays. Seuls le Ghana et le Nigéria, avec des taux avoisinant 85 %, ont de bons résultats en la matière. La plupart des pays font face à des problèmes de rétention⁶². La situation est particulièrement critique au Tchad, où à peine 38 % des enfants d'une génération espèrent atteindre la dernière année du primaire. Des 8 pays étudiés, seul le Ghana est sur le chemin de la scolarisation primaire universelle.

Encadré 3 : Les facteurs d'offre et de demande affectant l'accès scolaire et l'accès tardif

Plusieurs facteurs d'offre et de demande expliquent les faibles taux d'accès et de rétention à l'école primaire. Du côté de l'offre, la distance de l'école, la qualité des infrastructures et des enseignements, ou le fait que l'école soit complète (offrant les 6 années d'études) sont les explications souvent avancées. Du côté de la demande, on trouve notamment les coûts directs associés à la scolarisation, les perceptions des ménages quant au bien-fondé des études et les capacités de l'enfant.

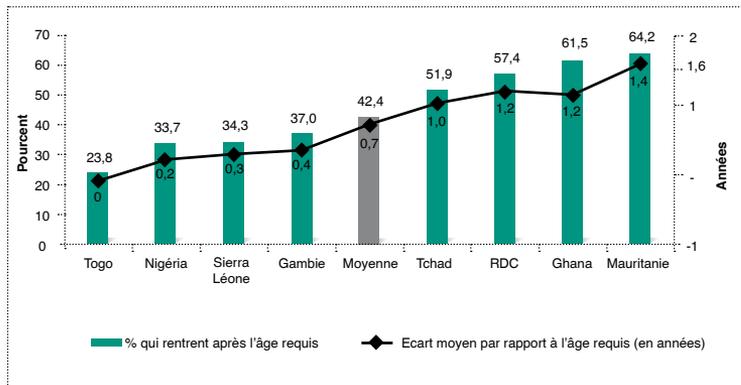
L'inscription tardive d'un enfant au primaire peut être due à des contraintes financières, à l'indisponibilité d'une école proche, ou encore au manque d'intérêt apparent pour l'école de la part des parents. Le jeune âge des enfants est un facteur également souvent mentionné par les parents pour expliquer l'entrée tardive à l'école. Ceci est particulièrement prononcé dans les contextes marqués par une forte malnutrition (World Bank, 2003). Mais les enfants qui commencent tard le primaire y seront encore à l'adolescence, augmentant leurs risques d'abandon précoce. Plus les enfants sont âgés, plus le coût d'opportunité de rester à l'école tend à s'accroître, notamment si la famille est pauvre et a besoin de main d'œuvre, ou du fait des risques de grossesses et de mariages précoces pour les filles d'âge pubère.

42 % des enfants des pays de l'étude entrent au primaire après l'âge officiel (de 6 ans ; 7 ans pour la Gambie - voir le Graphique 12 ci-après). L'ampleur de l'entrée tardive varie de 24 % au Togo à 64 % en Mauritanie. Les écarts entre l'âge moyen d'entrée et l'âge officiel sont de plus d'un an au Tchad (1 an), en RDC (1,2 ans) et au Ghana (1,2 ans), le retard maximum étant observé en Mauritanie (1,4 ans de retard). Il n'est pas rare que certains enfants entrent au primaire à l'âge de 11, 12 ou 13 ans dans la plupart des pays de la région (voir le Graphique A1 en annexe).

⁶²La rétention est également illustrée par la pente de la courbe : plus elle est pentue, plus les abandons sont importants.

Graphique 12 : Pourcentage des primo-entrants au primaire ayant dépassé l'âge officiel d'entrée et Écart moyen entre l'âge effectif et l'âge officiel, 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage et années



Source : MICS4 et calculs des auteurs.

Note : La moyenne est pondérée. Les élèves ayant 7 ans et plus sont considérés comme dépassant l'âge officiel (8 ans et plus pour la Gambie).

Outre les facteurs courants énumérés dans l'Encadré 3 qui favorisent la scolarisation tardive des enfants, celle-ci peut également être due à l'absence de prise en charge adéquate pendant leurs années préprimaires, notamment en matière de préscolarisation, qui leur permet d'être mieux préparés à l'entrée au primaire. Le Tableau 17 ci-après explore le lien entre la préscolarisation et l'âge d'entrée au primaire pour les pays de l'échantillon :

- De 2 % (Mauritanie) à 98 % (Ghana) des nouveaux entrants au primaire ont fréquenté le préscolaire
- Les enfants ayant fréquenté le préscolaire sont plus jeunes lors de leur entrée au primaire que ceux ne l'ayant pas fréquenté (de 0,3 an au Nigéria à 1,8 ans en Mauritanie), sauf en Gambie et en Sierra Léone.

Deux faits majeurs tendent néanmoins à brouiller le lien attendu : i) un effet très variable de la fréquentation préscolaire sur l'âge d'entrée, parfois négligeable ; et ii) des écarts d'âge similaires pour des niveaux de couverture préscolaire très disparates⁶³. Les cas du Ghana et de la Mauritanie l'illustrent parfaitement. Les différences dans les taux de préscolarisation y sont les plus exacerbées, mais les écarts d'âges à l'entrée au primaire entre ceux ayant fréquenté le préscolaire et ceux ne l'ayant pas sont similaires. Inversement, des taux de préscolarisation très faibles (inférieurs à 10 %) sont associés à des variations d'âges d'entrée très fortes (de 0,6 an à 1,8 an).

Le cas du Ghana est particulièrement intéressant. Les entrées tardives (+1,4 ans) sont associées à une préscolarisation universelle des primo-entrants au primaire (98,3 %). Ce cas illustre aussi que si la plupart des enfants entrent à un âge avancé, avoir fréquenté le préscolaire réduit quelque peu cet âge. Sans préscolarisation les entrées seraient toutefois encore plus tardives (+3,1 ans).

⁶³ La préscolarisation pourrait également favoriser une entrée tardive au primaire, notamment si le préscolaire est obligatoire, et si l'entrée au préscolaire s'est fait elle-même de manière tardive

Tableau 17: Age moyen des primo-entrants au primaire, selon la préscolarisation, 8 pays comparateurs, 2010-11

Années

	Avec préscolarisation	Sans préscolarisation	Moyenne	Différence (Sans-Avec)	% qui ont été préscolarisés
Gambie *	7,3	7,2	7,2	- 0,1	40,8
Ghana	7,4	9,1	7,5	1,7	98,3
Mauritanie	5,7	7,5	7,5	1,8	2,2
Nigéria	6,4	6,7	6,5	0,3	72,1
RDC	6,2	7,3	7,2	1,1	9,5
Sierra Léone *	6,5	6,6	6,6	0,1	12,0
Tchad	6,6	7,2	7,2	0,6	5,6
Togo	5,6	6,1	6,0	0,6	20,6

Source : MICS4 et calculs des auteurs.

Note : En Gambie, l'âge d'entrée au primaire est fixé à 7 ans contre 6 ans pour les autres pays. * Les différences sont toutes significatives à hauteur de 10 % sauf pour la Gambie et la Sierra Léone, où elles ne le sont pas.

Les effets nets de la préscolarisation sur l'âge d'entrée au primaire

L'effet net de la préscolarisation sur l'âge d'entrée au primaire est étudié grâce à la *modélisation économétrique*. Un modèle logistique met en relation le fait d'être scolarisé au primaire à l'âge requis avec le fait d'avoir été préscolarisé⁶⁴. Les résultats portant sur les 3 variables d'intérêt sont représentés dans la Graphique 13 ci-dessous, par des rapports de chances (*odds ratio*), qui comparent la probabilité pour un enfant préscolarisé d'entrer au primaire à l'âge requis à celle d'un enfant n'ayant pas été au préscolaire.

Les résultats ne sont pas concluants pour tous les pays. Le préscolaire agit de manière positive sur l'âge d'entrée au primaire dans seulement 2 pays⁶⁵, le Togo et la RDC. Les rapports de chances y sont de 1,6 (Togo) et 2,5 (RDC).

Dans ces deux pays, *l'éducation de la mère* a également un impact positif sur l'entrée à l'âge requis au primaire, avec un effet qui est d'autant plus fort, que celui de la préscolarisation est faible. Une compensation semble s'opérer entre les deux variables.

Un effet fort et significatif de la richesse sur l'âge d'entrée est noté dans 3 pays sur 6 ; les enfants des ménages les plus aisés ayant entre 2,0 (Tchad) et 4,1 (Togo) fois plus de chances d'entrer au primaire à l'âge requis que leurs pairs des ménages les plus démunis. Ces résultats de nouveau confirment l'existence de fortes barrières financières à l'entrée au primaire dans ces pays⁶⁶.

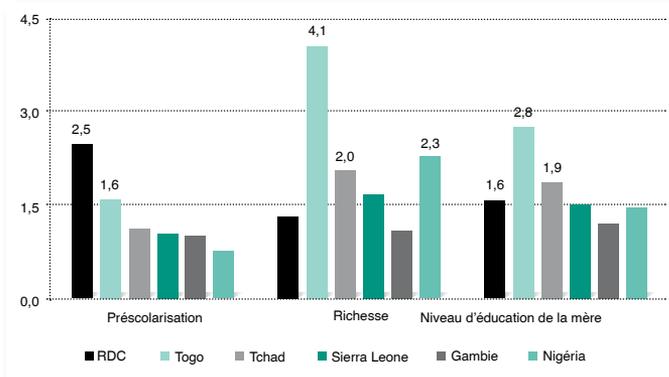
⁶⁴ La variable dépendante est d'être scolarisé à l'âge requis (égale à 1 si l'enfant scolarisé en première année du primaire à l'âge requis et 0 sinon), et la variable de préscolarisation est une muette (égale à 1 si l'enfant a été préscolarisé et 0 sinon). Le modèle inclut également une série de variables de contrôle : les caractéristiques de l'enfant (sexe, statut d'orphelin) et de sa famille (richesse, éducation de la mère, sexe du chef de ménage milieu et région d'habitation).

⁶⁵ Sur les 6 pays où l'analyse a été conduite, le modèle n'a pas pu être testé sur la Mauritanie étant donné qu'il y a trop peu d'observations, ainsi que pour le Ghana où le préscolaire est universel. Le tableau A6 en annexe présente les résultats complets des analyses.

⁶⁶ Les résultats n'ont pu montrer d'effets significatifs dans la probabilité d'entrer à l'école primaire à l'âge requis selon le sexe; un résultat très positif en soi, soulignant un traitement égal des parents des garçons et des filles.

Graphique 13 : Rapport de chances modélisé d'accéder au primaire à l'âge requis, Primo-entrants, 6 pays comparateurs, 2010-11

Rapport des chances (Odds Ratio)



Source : MICS4 et calculs des auteurs. Voir tableau A6 en annexe pour le modèle complet.

Note : Les coefficients sont significatifs à hauteur de 5 %, sauf si la valeur n'est pas indiquée, dans quel cas ils sont non significatifs. Les analyses n'ont pu être conduites sur la Mauritanie en raison d'une taille d'échantillon trop petite ni pour le Ghana du fait de la préscolarisation universelle.

Une régression similaire a été réalisée sur les 6-8 ans, en y incluant les pratiques familiales⁶⁷, non reproduite ici. Les résultats indiquent que *les liens entre le niveau de pratiques parentales et la probabilité de rentrer au primaire à l'âge requis sont non significatifs dans l'ensemble*. Par ailleurs, les quelques effets positifs notés ne permettent pas de dégager de tendance cohérente : Les bonnes pratiques d'hygiène semblent avoir un impact positif en RDC et au Nigéria, mais pas les pratiques sanitaires et nutritionnelles, pour lesquelles l'effet est négatif. Au Togo, la situation serait inverse : les enfants de ménages ayant de bonnes pratiques en nutrition ont des chances d'entrer à l'école à l'âge requis plus fortes.

Le pouvoir explicatif des régressions est très faible, entre 3 % et 10 %. Ceci indique que les variables retenues dans les modèles expliquent relativement peu la variance de la probabilité d'entrer au primaire à l'âge requis et que de nombreux autres facteurs sont à l'œuvre. Les résultats n'ont pas identifié le rôle éventuel des pratiques parentales dans la transition vers l'école primaire. Leur rôle prépondérant dans le développement global de l'enfant n'est pas mis en doute pour autant, et devrait plaider pour des interventions en faveur des bonnes pratiques familiales, notamment dans le domaine de l'éveil, dès le plus jeune âge de l'enfant.

⁶⁷ Les analyses ont pu être menées sur 5 des 8 pays. La Mauritanie et la Sierra Leone ont été exclues des analyses du fait des faibles tailles d'échantillon, et le Ghana du fait que l'ensemble des enfants ait été préscolarisé, enlevant toute variabilité à la variable préscolaire.

Conclusion et pistes d'orientations stratégiques

Cette section propose de retracer les quelques points saillants de l'analyse menée ici sur le DPE dans 8 pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale. Les résultats, notamment ceux portant sur la préparation de l'enfant à l'école primaire, montrent l'existence de limites dans les enquêtes MICS4 pour correctement appréhender cette dimension du DPE, pourtant centrale à toute analyse sur la question.

Les enfants grandissent dans des environnements socio-économiques et sanitaires particulièrement précaires, et caractérisés par des pratiques parentales pas toujours favorables à leur bon développement.

Dans l'ensemble, les pays de l'étude connaissent des contextes globaux particulièrement difficiles, marqués par des niveaux de pauvreté parfois alarmants et des environnements sanitaires et sociaux des plus précaires. Ceci affecte directement les familles et leurs capacités à pourvoir aux besoins fondamentaux de leurs enfants. Ainsi, les conditions d'habitat sont globalement précaires, marquées par une certaine promiscuité, un accès aux infrastructures de base limité et une dotation en équipements de communication audio-visuels faible. A cela s'ajoutent des niveaux de pratiques dans les domaines de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil pas toujours optimaux. Trop nombreux sont les ménages de la région qui n'ont pas encore la pleine maîtrise des gestes sanitaires, d'hygiène et de nutrition de base devant assurer un développement optimal et harmonieux de leurs enfants. Le contexte d'éveil dans lequel grandissent les enfants reste également marqué par une certaine rareté en termes de possession de livres et de jouets, accentuée parfois par une implication faible des adultes dans l'apprentissage de leurs enfants, privant ainsi les jeunes enfants d'un environnement stimulant efficace.

Le niveau de pratique parentale est d'autant meilleur que le ménage est riche, situé en milieu urbain et que la mère est éduquée, mais le poids de ces facteurs dans l'explication des niveaux de pratique parentale est faible. On observe d'importantes variabilités d'un pays à l'autre, dans le niveau de pratiques des ménages selon leurs caractéristiques socio-économiques et contextuelles, mais une tendance globale se profile. Les résultats montrent ainsi que si la région de résidence semble être l'un des facteurs de disparité les plus puissants (indiquant l'existence de facteurs d'offre et culturel en jeu), le niveau de richesse reste particulièrement discriminant, suivi loin derrière du niveau d'instruction de la mère et du milieu de résidence (urbain/rural). Ainsi, considérer le niveau de richesse du ménage comme illustratif de la contrainte économique qui pèse sur les ménages permet de déduire que dans de nombreux cas, la non-adoption de bonnes pratiques par le ménage serait fortement liée à des problèmes économiques. Ceci est particulièrement vrai dans le domaine de l'hygiène, qui implique que l'accès à de l'eau potable, à un assainissement adéquat et aux produits d'hygiène reste fortement conditionné par le niveau de richesse du ménage. Cependant, les facteurs mobilisés pour apprécier le niveau de bonnes pratiques parentales expliquent peu le niveau de variabilité observé dans ces pratiques, indiquant qu'un nombre important de facteurs non observés sont ici à l'œuvre.

L'accès aux activités d'éveil/préscolaire est globalement faible, ne concernant qu'un tiers des enfants âgés de 3 à 5 ans en 2010-2011. Toutefois, de fortes variations sont observées entre pays, avec d'un côté le Ghana affichant un niveau d'accès de 73 % contre à peine 5 % au Tchad.

Au-delà des aspects d'offre, l'accès aux activités d'éveil/préscolaire reste fortement conditionné par le niveau de richesse du ménage, mais les pratiques parentales dans les domaines de la nutrition et de l'éveil jouent également un rôle non négligeable. L'analyse des principaux facteurs influant le niveau d'accès des enfants de 3-5 ans aux activités d'éveil/préscolaire a montré le rôle particulièrement important joué par le niveau de richesse du ménage, suivi du niveau d'instruction de la mère et des pratiques parentales, notamment celles portant sur l'éveil et la nutrition. Le lieu de résidence influe également de manière significative sur l'accès des enfants à ces services, illustrant l'existence potentiel d'un effet lié à l'offre de tels services. Le rôle positif joué par l'éducation de la mère est également intéressant à noter, comme levier potentiel d'action. Ceci étant, loin de jouer individuellement, ces différents effets tendent à se cumuler pour créer parfois des situations très contrastées.

60 % des enfants de 3-4 ans des 8 pays de la sous-région sont en bonne voie de développement. Ce pourcentage augmente avec l'âge de l'enfant suggérant la nature cumulative des apprentissages avec l'âge. Le genre de l'enfant influe de manière modérée, étant globalement non significatif dans 6 des 8 pays. Enfin, le milieu de résidence n'est pas toujours discriminant, mais quand il est, il favorise les enfants urbains.

La fréquentation d'un programme d'éveil/préscolaire a l'effet le plus marquant sur le développement de l'enfant, suivi des bonnes pratiques parentales en matière d'éveil et du niveau de richesse du ménage. Les analyses portant sur le développement de l'enfant ont mis en exergue le rôle central joué par la fréquentation à un programme d'éveil/préscolaire. Les bonnes pratiques parentales en matière d'éveil jouent également un rôle important (un effet équivalant à la moitié de l'effet de la préscolarisation) suivies des bonnes pratiques dans le domaine de la nutrition et de l'hygiène. L'éducation de la mère continue de jouer favorablement sur le score de l'enfant, mais son effet est relativement plus modéré.

Les facteurs de protection comme les facteurs de risque ont des effets cumulatifs mais également compensatoires. Un écart de 3 points (sur 10) existe entre les enfants qui bénéficient de l'ensemble des facteurs de protection et ceux qui sont exposés à tous les facteurs de risque. Mais les facteurs en se conjuguant, se compensent. Ainsi, un faible niveau de richesse peut-il être compensé par de bonnes pratiques d'éveil à la maison.

Cependant, les retards en matière de développement sont difficilement rattrapables : les enfants de 59 mois cumulant tous les facteurs de risque ont un score inférieur au score moyen des enfants de 36 mois.

L'accès à l'école primaire est encore loin d'être universel et est marqué par des entrées tardives : 42 % des primo-entrants en première année du primaire en 2010-11 avaient dépassé l'âge requis. L'ampleur des entrées tardives est variable, allant de 24 % au Togo à 64 % en Mauritanie. Aussi, n'est-il pas rare de voir des enfants entrer au primaire à 11, 12 voire 13 ans dans la plupart des pays de la région.

La préscolarisation a un effet modeste sur l'âge d'entrée au primaire, tout comme les pratiques parentales. La préscolarisation agit de manière positive et significative sur l'âge d'entrée au primaire dans seulement 2 pays (Togo et RDC) sur les 6 où a pu être conduite l'analyse. Dans ces deux pays, l'éducation de la mère joue également de manière positive en favorisant l'entrée à l'âge requis de leurs enfants au primaire, avec un effet qui est d'autant plus fort, que celui de la préscolarisation est faible. Une sorte de compensation semblerait se profiler entre les deux variables. Notons enfin un effet fort et significatif de la richesse du ménage sur l'âge d'entrée dans 3 pays sur 7. Ces résultats viennent suggérer l'existence de fortes barrières financières à l'entrée au primaire dans ces pays.

Au regard des résultats précédents, il est possible d'offrir quelques pistes d'orientations stratégiques, qui se résument comme suit :

Besoin de mieux comprendre les déterminants des pratiques familiales pour favoriser l'adoption des pratiques favorables au développement de l'enfant

Le rôle prépondérant de bonnes pratiques familiales sur le développement global de l'enfant et dans l'accès aux activités d'éveil des jeunes enfants plaide pour leur développement et leur adoption par les familles. Toutefois, les facteurs mobilisés dans le cadre de cette étude pour apprécier leurs niveaux ont un pouvoir explicatif globalement très faible, indiquant qu'un nombre important de facteurs non observés sont en fait à l'œuvre. Des analyses spécifiques mériteraient d'être menées pour mieux cerner les déterminants affectant le niveau de bonnes pratiques parentales afin de mieux cerner les actions nécessaires en vue de leur adoption.

Agir tôt

Agir tôt est critique, les retards de développement accumulés sont difficilement rattrapables par la suite. Les activités d'éveil et de stimulation à la maison dès le plus jeune âge devraient notamment être promues au regard des effets positifs forts (*et des coûts modestes*) qu'elles procurent sur le développement du jeune enfant. Favoriser l'adoption de bonnes pratiques parentales, dans les domaines de la nutrition et de l'hygiène, constitue également un levier d'action intéressant.

Le rôle positif joué par l'éducation de la mère plaide également pour des campagnes d'alphabétisation à l'attention des mères mais aussi pour l'instruction des filles en général, en tant que futures mères.

Accroître l'accès au préscolaire

L'expansion du préscolaire doit être favorisée, par la mise en place d'interventions agissant tant sur l'offre de services préscolaires que sur leur demande. Du côté de la demande cela passera, entre autres, par un allègement de la charge des ménages les plus démunis (par des mesures de gratuité ou encore des approches communautaires moins onéreuses); la contrainte financière étant apparue comme un des facteurs bloquant le plus fort. Du côté de l'offre, il sera important que les disparités dans l'implantation géographique des services préscolaires soient éliminées, en veillant à prioriser les zones qui en sont les moins bien pourvues ; la carte scolaire peut s'avérer un outil fort utile dans cet exercice.

Pour une action localisée

Si dans l'ensemble ces orientations s'appliquent pour les 8 pays de notre étude, des spécificités propres s'observent pour chacun d'entre eux, et en leur sein, ce qui laisse entrevoir l'existence de variables contextuelles fortes qui indique le besoin d'interventions appropriées au niveau national et sub-national.

Se doter d'outil d'analyse adaptés pour une meilleure compréhension des enjeux en vue d'une meilleure planification et suivi des interventions

L'enquête MICS4, si elle apporte un certain nombre d'éclairages sur la question du DPE, ne permet pas de les appréhender toutes de manière approfondie ; ceci est particulièrement le cas des aspects relatifs à la préparation des enfants à l'école primaire mais aussi pour certaines pratiques parentales. Aussi, elles ne permettent pas d'analyser le détail des interventions, les informations directes sur l'offre de services de santé, d'hygiène, de nutrition et d'éveil n'étant pas renseignées. Si des pistes d'amélioration des MICS sont possibles, elles ne pourront répondre de manière globale à l'ensemble des problématiques du DPE, notamment dans le court terme. Aussi, des instruments additionnels sont nécessaires. Des initiatives comme celles prônées par le Bureau régional de l'UNICEF de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (cadrage du sous-secteur, bilan de compétences de l'enfant à son entrée au primaire et enquête dédiées sur les pratiques parentales) comblent une partie de ces lacunes. Les enquêtes d'évaluation des acquis des élèves au primaire, de type EGRA/EGMA, PASEC ou SACMEQ, permettent également d'analyser les liens existant entre le préscolaire et les carrières scolaires et le niveau des acquis des élèves. La carte scolaire est également un outil pouvant appréhender la question de l'offre quantitative des services préscolaires.

Annexes

Annexe 1 : Notes

Note 1 : La question de l'âge : Quelle population cible pour quels services de DPE ? (Source Guide Méthodologie pour l'Analyse Sectorielle de l'Education, UNICEF et al 2014)

Le DPE couvre la période de la vie de l'enfant qui va de sa conception à l'âge de huit ans. Le choix de cette tranche d'âge n'est pas anodin : il correspond à la période de la vie où se fait l'essentiel du développement de l'enfant. Il est d'usage de diviser cette période en 3 phases correspondant à des étapes de développement spécifique de l'enfant autour desquelles des services spécifiques s'organisent. Chacune de ces 3 phases (ou 3 sous-groupes d'âge) est d'importance capitale pour le développement du jeune enfant ; et loin d'être exclusive/ autonome l'une de l'autre, elle se consolide avec la suivante (Naudeau et al, 2011).

Tranche des 0-2 ans : Cette période est considérée comme la plus critique pour la survie et le développement de l'enfant, et également celle où l'enfant est le plus vulnérable à un manque de soin approprié. L'absence ou l'insuffisance d'interventions et soins appropriés durant cette période exposent l'enfant à des dommages parfois irrémédiables, notamment en termes de développement physique et cognitif. En effet, la période allant de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans correspond à la période où se conçoit majorité du développement du cerveau, et d'aptitudes corollaires que sont la vision, l'audition, le contrôle émotionnel. Une alimentation adéquate via une alimentation prénatale conforme, l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, et l'apport d'une alimentation complémentaire dès 6 mois sont nécessaires pour assurer un développement optimal de ces fonctions. De même, la fourniture d'un environnement stimulant, sécurisant, protecteur et chaleureux, en permettant à l'enfant de développer des liens forts avec ses parents/tuteurs, favorise l'établissement des prérequis nécessaires aux développements des autres aptitudes.

Tranche des 3-5 ans : à ce stade les progrès portent davantage sur le développement cognitif, l'acquisition du langage, le développement socio-émotionnel, et les interactions avec les pairs. Dans ce contexte, des formes plus complexes de stimulations linguistiques et cognitives par les parents et éducateurs deviennent importantes, en parallèle d'investissements continus dans l'alimentation, la santé et la protection. Les activités d'éducation préscolaire offrent ainsi un cadre adapté et approprié au besoin de développement des enfants de cette tranche d'âge.

Tranche des 6-8 ans : celle-ci correspond à la période de consolidation de l'ensemble des acquis et de la transition de l'enfant à l'école primaire. Notons que dans la pratique, la tranche de 6 à 8 ans est généralement ignorée par les praticiens pour des contraintes essentiellement programmatiques, qui en laissent la responsabilité au système éducatif formel, notamment à l'enseignement primaire. Mais elle est d'importance fondamentale, notamment dans les pays où les services préscolaires sont de couverture limitée. Pour les enfants de cette tranche d'âge, s'assurer que «l'école est prête» à les accueillir de manière optimale est crucial (cf. Britto, 2012).

Note 2 : Pistes pour une révision des MICS pour mieux appréhender les questions relatives au DPE

L'enquête MICS4 (Multi Indicator Cluster Survey), si elle apporte un certain nombre d'éclairages sur les questions du DPE, ne permet pas de les appréhender toutes de manière approfondie ; ceci est particulièrement le cas des aspects relatifs à la préparation des enfants à l'école primaire mais aussi pour certaines pratiques

parentales. Nous présentons ici un rapide aperçu des limites observées et des pistes d'orientations possibles en vue de son amélioration.

La mesure du développement de l'enfant

Les enquêtes MICS4 disposent d'un instrument novateur de mesure du développement physique, langagier, cognitif et socio-émotionnel des enfants âgés de 3-4 ans et d'un indicateur composite récapitulatif, *l'indice de développement du jeune enfant*, qui permet d'apprécier le développement global des jeunes enfants.

Les limites observées :

- i. les questionnaires utilisés sont de type dépistage (*screening*) : l'enfant n'est pas directement évalué par les enquêteurs mais les questions sont administrées aux parents/tuteurs (souvent la mère) ;
- ii. les mêmes questions sont posées pour tous les enfants de 3-4 ans ; or certains domaines, comme celui de la pré-alphabétisation et du pré-calcul ne sont pas pertinents pour les 3-4 ans : en effet, il n'est en général pas attendu des enfants de 3-4 ans de maîtriser ces concepts ;
- iii. ils ne portent que sur les 3-4 ans. Les informations sur le développement de l'enfant ne sont ainsi pas disponibles pour les primo-entrants au primaire ; il n'est donc pas possible d'analyser le lien entre les pratiques de DPE et le niveau de développement de l'enfant à son entrée au primaire.

Les pratiques parentales

Les *pratiques parentales* ont été définies à partir de questions issues de divers modules de l'enquête MICS4, qui renseignent sur des aspects propres aux ménages, aux enfants de moins de 5 ans ou encore sur la tutrice dans le domaine de la santé, l'hygiène, la nutrition, les pratiques d'éveil ou encore de la protection.

Les limites observées :

- i. Les informations pour caractériser la qualité de l'environnement familial des enfants (notamment la quantité et la qualité des interactions avec les parents/tuteurs et pairs, les pratiques langagières, celles liées au sommeil, etc.) ne sont pas renseignées ;
- ii. Peu d'informations est disponible sur les enfants de 5 ans et plus, et sur les pratiques qui leurs sont destinées, ne permettant pas de saisir de manière directe la dimension des pratiques parentales sur la préparation de l'enfant à l'école et plus globalement d'appréhender l'évolution des pratiques des parents dans ces différents domaines au cours de la période cible du DPE, à savoir 0-8 ans.

L'offre de service de DPE

Les informations directes sur l'offre de services (tant en quantité qu'en qualité) de santé, d'hygiène, de nutrition et d'éveil/préscolaire sont globalement non-renseignées.

La préparation de l'enfant à l'école (*school readiness*)

L'enquête MICS4 ne permet pas d'appréhender correctement la question d'être « prêt à l'école » (*school readiness*), pourtant au cœur de la problématique du DPE. Celle-ci a été ainsi abordée par défaut, par l'âge d'entrée au primaire des nouveaux entrants en première année du primaire au moment de l'enquête, la seule dimension que l'enquête MICS4 permet de traiter.

Les limites observées:

- i. les informations sur la préscolarisation et la scolarisation primaire ne permettent pas de caractériser la préparation à l'école de manière adéquate : la préscolarisation n'est renseignée que pour les primo-entrants, et ne peut être mis en lien avec les redoublements et la rétention au primaire ;
- ii. un certain nombre d'informations clés ne sont pas renseignées : comme l'historique des redoublements ; la durée et le type (public, privé et communautaire) de préscolaire fréquenté ; l'âge d'entrée au primaire.

Ceci empêche en outre toute analyse du rendement privé et social de l'éducation préscolaire ; analyse importante pour appuyer un plaidoyer en la matière. Le durée du préscolaire est également clé pour mieux connaître le nombre d'années optimales du préscolaire – notamment en lien avec les acquis en début d'année scolaire, les redoublements ou abandons précoces mais aussi les autres dimensions sociales et sanitaires (efficacité externe).

Limite globale

Un problème majeur rencontré lorsque l'on souhaite analyser la question de la petite enfance à partir des MICS4 est lié au fait que **les questions sont adressées à des enfants d'âges variables qui souvent ne se superposent pas**. Alors que les questions touchant aux pratiques parentales concernent en général les enfants de moins de 5 ans, voire de 3 et 4 ans pour l'indice de développement de l'enfant et certaines questions corollaires de ce module (Module EC), celles relatives à la scolarisation sont en général posées aux enfants de 5 ans et plus. Dès lors il devient plus difficile de faire le lien entre les pratiques familiales et le développement de l'enfant d'une part et leurs effets sur le fait d'être « prêt à l'école ».

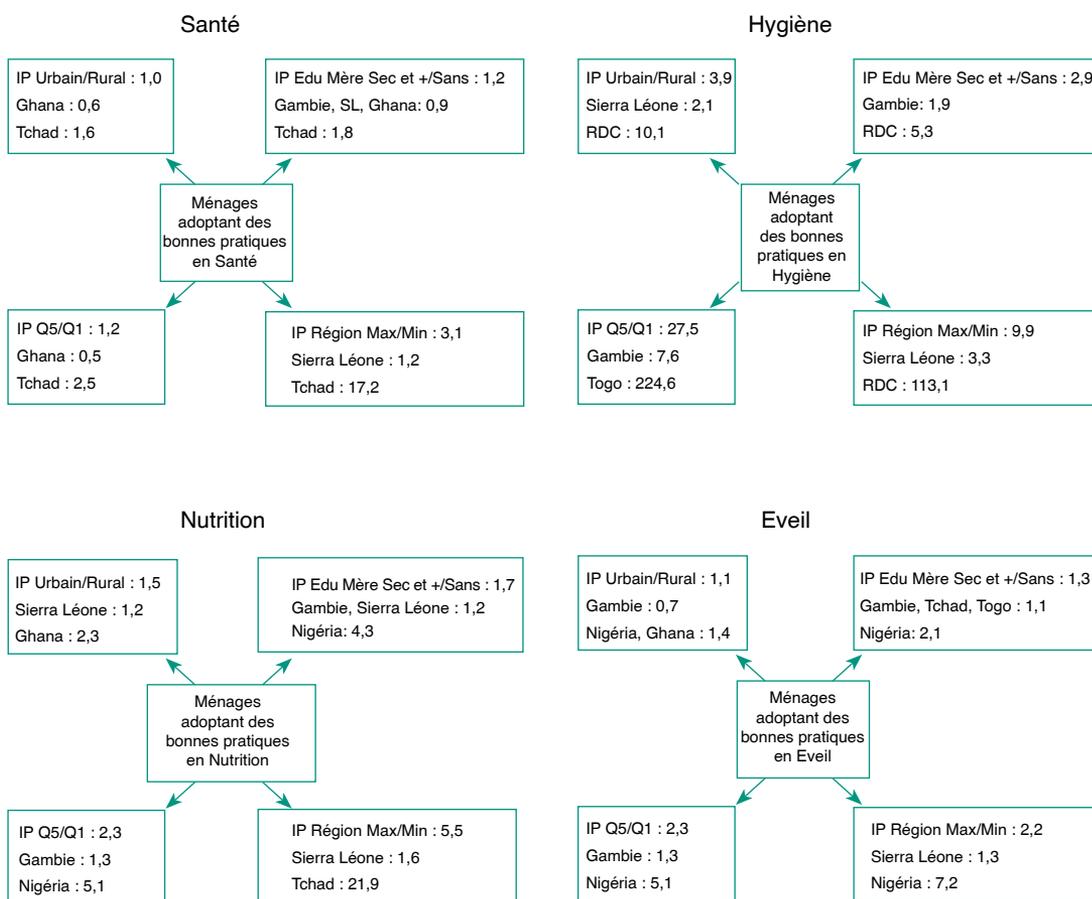
Pistes d'amélioration

- Etendre les questions du module sur le développement de l'enfant (EC) aux enfants de 0-8 ans, de même que certaines relatives aux pratiques parentales ;
- Affiner/introduire certaines questions relatives aux pratiques parentales, comme par exemple :
 - ◊ La question sur les jouets (EC2) pourrait être revue: au lieu du nombre de types de jouet, il serait plus intéressant d'avoir le nombre de jouets possédés à la maison ;
 - ◊ Introduire des questions sur la quantité et la qualité des interactions des enfants avec les parents/tuteurs et les pairs (inclues les pratiques affectives); les pratiques langagières à la maison ; les pratiques liées au sommeil/repos de l'enfant, les perceptions des tuteurs et parents sur le rôle de l'éducation parentale et le rôle des parents dans l'éducation des enfants, etc.
- Introduire des questions relatives à l'offre de services de DPE (type, disponibilité, distance, usage, coût, satisfaction) ;
- Compléter par des questions sur les dépenses d'éducation des ménages. Il serait important d'inclure de manière systématique cette dimension dans les questionnaires, et de veiller à ce que les dépenses soient adressées du préscolaire au supérieur ;
- S'assurer que la fréquentation du préscolaire constitue une question autonome (avec précision sur la durée et type de service fréquenté), et qu'elle est posée à tous les individus de 3 ans et plus ;
- Introduire une question sur l'âge d'entrée à l'école primaire.

Annexe 2 : Graphiques et tableaux additionnels

Figure A1 : Disparités dans la proportion des ménages adoptant un bon niveau de pratiques dans le domaine de la santé, de l'hygiène, de la nutrition et de l'éveil, 8 pays comparateurs, 2010-2011

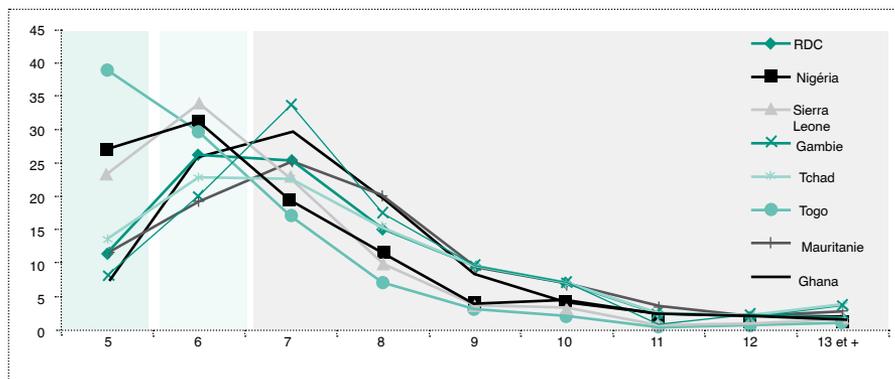
Indice de parité



Source : MICS4. Calcul des auteurs. Pour chaque dimension retenue, sont représentés: l'Indice de Parité moyen des 8 pays ; le pays affichant l'IP le plus bas et celui affichant l'IP le plus élevé.

Graphique A1: Distribution par âge des primo-entrants en première année du primaire, 8 pays comparateurs, 2010-11

Pourcentage



Source : MICS4 et calculs des auteurs.

Tableau A1 : Degré d'inertie relatif au premier axe, analyse factorielle par domaine de pratiques parentales.

	Gambie	Ghana	Mauritanie	Nigéria	RDC	Sierra Léone	Tchad	Togo
Santé	71,3	80,7	78,1	75,8	83,2	74,7	50,9	75,5
Hygiène	100,0	95,7	97,4	93,0	95,8	97,1	97,0	96,5
Nutrition	98,4	86,3	93,6	96,1	92,4	81,1	73,3	82,7
Eveil	64,6	79,0	72,0	79,0	71,7	75,2	72,7	70,9

Sources : MICS4, Calculs des auteurs.

Tableau A2 : Matrices de corrélation des indices synthétiques entre eux

Gambie	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,0705	1,0000		
Nutrition	0,1908	0,0783	1,0000	
Eveil	- 0,0237	- 0,0109	- 0,0157	1,0000

Mauritanie	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,0211	1,0000		
Nutrition	0,1117	0,2152	1,0000	
Eveil	0,0800	0,1249	0,1634	1,0000

RDC	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,1422	1,0000		
Nutrition	0,2461	0,1532	1,0000	
Eveil	0,0314	0,0353	0,0198	1,0000

Tchad	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,1525	1,0000		
Nutrition	0,056	0,1482	1,0000	
Eveil	0,0339	0,0630	0,1508	1,0000

Ghana	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,0524	1,0000		
Nutrition	0,1083	0,2302	1,0000	
Eveil	0,0462	0,2296	0,2458	1,0000

Nigéria	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,1470	1,0000		
Nutrition	0,2477	0,2535	1,0000	
Eveil	0,0380	0,907	0,1520	1,0000

Sierra Léone	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,0626	1,0000		
Nutrition	0,1406	0,2000	1,0000	
Eveil	- 0,0239	0,0965	0,0332	1,0000

Togo	Santé	Hygiène	Nutrition	Eveil
Santé	1,0000			
Hygiène	0,0828	1,0000		
Nutrition	0,1492	0,2294	1,0000	
Eveil	0,0372	0,1326	0,0501	1,0000

Sources : MICS4, Calculs des auteurs.

Tableau A3 : Âge d'entrée légale et durée de l'éducation préscolaire effective dans les pays d'Afrique Subsaharienne

Âge d'entrée au préscolaire (ans)	Durée du préscolaire (années)			
	1	2	3	4
3		Maurice	Botswana, Burkina Faso, Cap Vert, République Centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, République Démocratique du Congo, Gabon, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, Sao Tomé et Príncipe, Sierra Leone, Somalie, Swaziland, Togo, Tunisie, Ouganda, Zimbabwe	Guinée Equatoriale, Gambie, Mali, Zambie
4		Bénin, Cameroun, Djibouti, Egypte, Libye, Maroc, Seychelles, Ghana	Burundi, Ethiopie, Guinée, Guinée Bissau, Niger, Rwanda, Sénégal	
5	Angola, Algérie	Erythrée, Namibie, République Unie de Tanzanie		
6	Afrique du Sud			

Source : ISU. Auteurs.

Tableau A4 : Facteurs affectant l'accès aux activités d'éveil/préscolarisation, 8 pays comparateurs, 2010-11

	Gambie	Ghana	Mauritanie	Nigéria	RDC	Sierra Léone	Tchad	Togo
Sexe (Réf. = Fille)								
Garçon		0,85					1,32	
Age (Réf. = 3 ans)								
4 ans	3,20	3,04	2,76	2,29	2,02	2,54	2,76	5,02
5 ans	4,96	4,27	0,39	1,51	2,83	2,20	1,61	1,48
6 ans	6,04	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a	n.a
Statut OEV (Réf. = N'est pas un OEV)								
Est un OEV					0,53			
Milieu de résidence (Réf. = Rural)								
Urbain			1,64		2,66		1,33	1,48
Quintiles de richesse (Réf. = Q1)								
Q2		2,07	2,16	1,54				2,12
Q3		2,89	3,88	2,51		1,66	1,61	2,40
Q4	1,31	4,75	5,34	3,89		2,42	2,07	5,54
Q5	2,27	11,72	10,68	6,06	3,24	6,66	2,38	9,26
Niveau d'éducation de la mère (Réf. = Aucun niveau)								
Primaire	1,77	1,60	1,32	1,80	2,12		1,89	1,92
Sec. et +	1,80	1,91	2,28	2,64	3,18	2,42	3,58	2,90
Sexe du chef de ménage (Réf. = Ménage dirigé par un homme)								
Ménage dirigé par une femme	1,88		1,34	1,86				1,68
Bonnes pratiques parentales (Réf. = Mauvaises pratiques)								
Santé	1,87	1,38		1,14		1,33		
Hygiène	1,31	1,49	1,43	1,46	1,89	1,33	2,46	
Nutrition	0,79	1,59		2,11		1,01	1,96	1,49
Eveil	1,44	1,58	1,78	2,13	1,62	1,87	1,95	2,20
R ²	13,7%	19,5%	324,1%	39,9%	20,5%	19,2%	20,6%	23,3%

Source : MICS4 et calculs des auteurs.* Porte sur les 3-6 ans en Gambie. (1) Les ménages présentant de bonnes pratiques sont ceux appartenant au premier tercile. Voir le tableau A4 en annexe pour le modèle complet.

Note : Seuls les coefficients statistiquement significatifs à hauteur de 5 % sont présentés dans le tableau. La moyenne est calculée sur les seuls coefficients significatifs - non significatif, na = non applicable.

Note de lecture : Au Nigéria, les enfants issus des ménages aisés ont 6 fois plus de chance d'avoir accès à une activité d'éveil/préscolaire que ceux issus des milieux les plus pauvres.

Tableau A5 : Facteurs affectant le score global de développement de l'enfant de 3-4 ans, 8 pays comparateurs, 2010-11

Points

	Gambie	Ghana	Mauritanie	Nigéria	RDC	Sierra Léone	Tchad	Togo	Ecart (Max/Min)
Caractéristique de l'enfant									
Age de l'enfant	0,018	0,033	0,026	0,038	0,038	0,018	0,019	0,028	0,021
Est un garçon						0,152		0,141	0,010
Est un OEV							0,253		-
Caractéristiques du ménage									
Vit en milieu urbain	0,221	0,163							0,058
Le chef de ménage est une femme				0,178			0,148		0,029
Quintile de richesse (Q2/Q1)				0,114					-
Quintile de richesse (Q3/Q1)	0,183			0,367					0,187
Quintile de richesse (Q4/Q1)	0,162	0,420	0,294	0,547	0,244		0,250		0,385
Quintile de richesse (Q5/Q1)	0,287	0,654	0,366	0,677	0,334	0,591	0,371		0,390
Education de la mère (Primaire/Sans)	0,160		0,231		0,175		0,185	0,173	0,071
Education de la mère (Secondaire et +/Sans)	0,217		0,355	0,233	0,219	0,198	0,363	0,301	0,166
Pratiques de DPE									
Participe à un prog. de DPE	1,263	0,527	0,913	1,094	1,119	1,104	1,400	0,632	0,873
PP Santé (Bon/Mvs)	0,167					0,171			0,003
PP Hygiène (Bon/Mvs)	-0,190			0,307			0,351		0,541
PP Nutrition (Bon/Mvs)		0,271		0,314			0,312		0,043
PP Eveil (Bon/Mvs)	0,116		0,397	0,552	0,593	0,651	0,631	0,236	0,536
R ²	21,0%	20,3%	12,8%	29,9%	12,6%	16,1%	14,6%	13,4%	

Source : MICS4. Calculs des auteurs. Le score global est sur 10. PP : pratique parentale.

Note : Coefficients issus des régressions linéaires du score global de DPE de l'enfant de 3-4 ans sur l'âge de l'enfant, le sexe de l'enfant, le statut d'OEV de l'enfant, la richesse du ménage (quintile), le niveau d'instruction de la mère/tutrice (sans, primaire, secondaire et plus), le sexe du chef de ménage, le niveau de pratique (bon, moyen, mauvais) en santé, hygiène, nutrition et éveil et la participation à un programme de DPE. Le seuil maximal de significativité retenu se situe à 5%.

Tableau A6 : Modélisation de la probabilité d'entrer à l'école primaire à l'âge requis*Odds ratios*

	Gambie	Nigéria	RDC	Sierra Leone	Tchad	Togo
<i>Participation au préscolaire (Réf. = N'a pas été préscolarisé)</i>						
L'enfant a été préscolarisé	1,00 (n.s)	0,75 (n.s)	2,24	1,03 (n.s)	1,13 (n.s)	1,60
<i>Sexe (Réf. = Fille)</i>						
Garçon	1,04 (n.s)	0,80	0,96 (n.s)	1,05 (n.s)	1,04 (n.s)	1,17 (n.s)
<i>Statut OEV (Réf. = N'est pas un OEV)</i>						
Est un OEV	0,64 (n.s)	0,77 (n.s)	0,72	1,19 (n.s)	0,84 (n.s)	0,94 (n.s)
<i>Milieu de résidence (Réf. = Rural)</i>						
Urbain	0,85 (n.s)	1,05 (n.s)	1,91	1,54	1,16 (n.s)	1,24 (n.s)
<i>Quintiles de richesse (Réf. = Q1)</i>						
Q2	0,95 (n.s)	1,35	0,97 (n.s)	0,92 (n.s)	0,90 (n.s)	1,74 (n.s)
Q3	0,96 (n.s)	1,46	1,13 (n.s)	1,02 (n.s)	1,15 (n.s)	3,57
Q4	0,85 (n.s)	1,43	1,30 (n.s)	1,79	1,20 (n.s)	3,57 (n.s)
Q5	1,08 (n.s)	2,27		1,66 (n.s)	2,05	4,07
<i>Niveau d'éducation de la mère (Réf. = Aucun niveau)</i>						
Niveau primaire	1,37 (n.s)	0,97 (n.s)	0,99 (n.s)	0,98 (n.s)	1,44	1,54
Niveau secondaire et +	1,19 (n.s)	1,45	1,58	1,50	1,86	2,76
<i>Sexe du chef de ménage (Réf. = Ménage dirigé par un homme)</i>						
Ménage dirigé par une femme	1,84 (n.s)	1,04	0,95 (n.s)	1,07 (n.s)	1,16 (n.s)	1,21 (n.s)
R ²	2,31%	5,80%	9,95%	2,84%	5,21%	8,11%

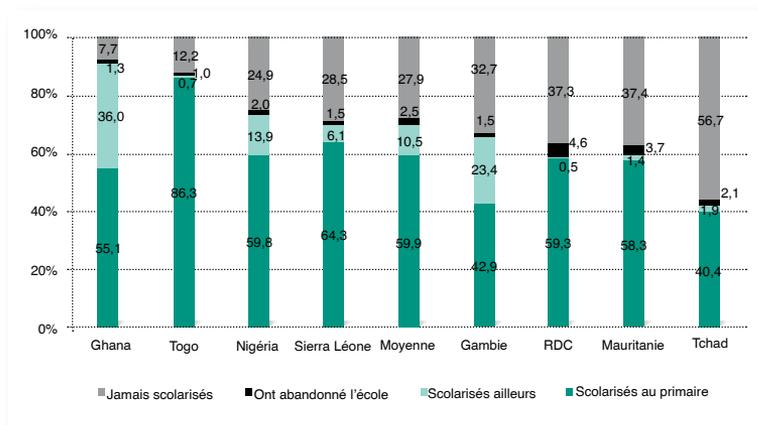
Source : MICS4 et calculs des auteurs. (n.s) = non significatif. Seuil de significativité 1%-5%

Annexe 3 : La situation scolaire des 6-8 ans

Une lecture globale du statut des 6-8 ans vis-à-vis de la scolarisation est offerte dans le graphique A2. Si en moyenne 70 % des enfants âgés de 6-8 ans sont actuellement scolarisés, ils sont près de 28 % à n'avoir jamais été à l'école. La situation est des plus critiques au Tchad où plus de la moitié des 6-8 ans n'a jamais été scolarisé. Au Ghana, la situation est moins alarmante avec 8 % des 6-8 ans n'ayant jamais été sur les bancs d'une école. Les abandons sont marginaux, touchant 2,5 % des enfants en moyenne, avec des variations allant de 1 % au Togo à 4,6 % en RDC. Il est toutefois remarquable d'observer que dans certains pays, comme le Ghana ou encore la Gambie et le Nigéria, un nombre non négligeable d'enfants est en fait scolarisé au préscolaire. Rappelons que ces trois pays sont ceux où les taux de préscolarisation sont les plus élevés. Pour ces enfants la scolarisation préscolaire pourrait se traduire par une entrée au primaire plus tardive qui pourrait faire suite à une entrée au préscolaire elle-même retardée. Dans le cas du Ghana, il est intéressant de constater que si une part importante d'enfants rentrent au primaire à un âge avancée (Graphique 12), le préscolaire agirait tout de même de manière positive sur l'âge d'entrée, comme l'illustre le tableau 17 dans le corps du texte.

Graphique A2 : Situation scolaire des enfants âgés de 6-8 ans*, 2010-2011

Pourcentage



Source : MICS4 et calculs des auteurs. La moyenne est pondérée. *Pour la Gambie, l'âge retenu porte sur les 7-9 ans, l'âge d'entrée au primaire étant fixé à 7 ans dans ce pays, contre 6 ans dans les autres.

Annexe 4 : Fiches pays

Gambie

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 4-6 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	30,8	29,5	32,1	38,9	25,1	13,8	50,0	24,8	44,6	20,5	47,8
% des 7-9 ans scolarisés	66,3	64,9	67,6	78,8	57,9	37,9	88,2	59,1	84,8	50,7	86,6
% des 7-9 ans rentrés au P1 à l'âge requis	56,1	52,2	59,9	53,2	58,2	43,3	65,7	55,2	58,1	58,8	55,8
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	48,1	47,7	48,4	57,4	41,0	15,8	67,1	41,7	60,8	48,1	62,5
Age moyen d'entrée au primaire	7,4	7,2	7,5	7,4	7,3	6,9	7,9	7,4	7,3	7,1	7,1
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	11,9	11,5	12,3	16,2	8,7	2,5	22,6	7,5	23,2	6,7	25,0
Moteur	99,0	99,0	99,1	98,6	99,3	97,8	99,4	98,9	99,0	99,1	98,1
Socio-affectif	71,4	72,2	70,6	71,6	71,3	63,5	84,0	71,4	70,7	71,9	75,8
Apprentissage	95,1	94,2	96,0	96,9	93,8	84,7	98,7	94,3	96,6	92,7	98,1
Global	71,8	71,8	71,8	74,1	70,1	62,9	86,5	69,8	75,7	69,3	80,7
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	42,6	n,a	n,a	44,4	41,1	22,9	62,2	40,4	45,3	39,7	42,5
IRA	67,5	n,a	n,a	72,6	62,5	55,6	80,2	66,4	66,1	57,7	80,8
Fièvre	24,4	n,a	n,a	23,3	25,5	15,4	49,2	22,9	23,4	28,7	23,1
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	1,9	n,a	n,a	2,0	1,8	0,0	3,7	1,8	2,4	0,6	1,5
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	48,8	n,a	n,a	50,6	47,0	41,1	55,3	49,9	48,2	50,8	54,2
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	38,1	n,a	n,a	40,2	36,0	27,1	60,6	39,9	33,5	37,1	37,4
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	18,5	n,a	n,a	19,0	17,9	13,2	27,0	19,2	16,4	18,8	19,0
Indice de parité de l'indice synthétique	n,a	n,a		1,1		2,1		0,9		1,0	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	50,8	n,a	n,a	65,9	34,3	9,7	72,3	43,0	67,6	26,3	79,3
Disposent d'une source d'eau améliorée	87,2	n,a	n,a	95,4	78,2	72,8	100,0	84,1	93,7	71,0	99,3

Disposent de latrine	78,3	n,a	n,a	91,7	63,7	39,4	99,8	75,3	86,4	54,2	97,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	39,4	n,a	n,a	58,7	18,3	7,4	70,1	31,2	58,0	10,1	77,0
Indice de parité de l'indice synthétique	n,a	n,a		3,2			9,5		1,9		7,6
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	24,3	n,a	n,a	26,7	21,6	6,3	41,8	23,1	27,6	24,1	29,0
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	43,0	n,a	n,a	41,4	44,6	35,7	52,1	36,5	46,3	45,6	33,5
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	53,9	n,a	n,a	52,5	55,3	37,4	85,4	50,8	55,7	58,6	58,1
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	68,4	n,a	n,a	77,9	58,6	51,9	81,7	65,5	75,5	57,3	83,5
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	16,2	n,a	n,a	18,0	14,2	5,7	30,0	15,6	18,1	16,4	21,0
Indice de parité de l'indice synthétique	n,a	n,a		1,3			5,2		1,2		1,3
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	10,3	n,a	n,a	7,9	12,7	5,9	16,8	11,7	6,9	12,2	5,7
chacun enfant en possède au moins un	67,1	n,a	n,a	75,2	58,7	49,3	79,0	65,3	73,4	61,0	76,8
Livre											
aucun des enfants n'en possède	95,0	n,a	n,a	92,7	97,5	86,5	99,3	97,7	87,7	99,6	84,5
chacun en possède au moins un	2,1	n,a	n,a	3,6	0,5	0,0	6,2	0,8	5,3	0,2	7,7
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	48,7	n,a	n,a	52,6	45,4	25,1	63,0	50,4	40,7	46,1	41,3
tous les enfants sont aidés	46,1	n,a	n,a	44,5	47,5	33,6	70,4	44,0	54,9	49,2	54,5
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	75,6	n,a	n,a	79,9	71,8	59,1	94,6	75,2	77,6	72,5	73,8
père actif auprès de tous ses enfants	19,2	n,a	n,a	17,7	20,6	4,4	35,4	19,6	18,8	20,8	23,2
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	15,9	n,a	n,a	12,8	19,3	6,5	25,3	15,4	16,7	19,3	17,5
Indice de parité de l'indice synthétique	n,a	n,a		0,7			3,9		1,1		0,9

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Ghana

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	72,9	70,3	75,5	84,6	64,1	55,5	87,7	60,5	86,2	47,9	96,5
% des 6-8 ans scolarisés	91,1	90,9	91,2	95,3	87,9	74,4	97,4	85,0	97,5	77,1	98,9
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	41,4	40,3	42,5	50,9	34,0	55,0	26,6	37,6	44,4	31,2	52,6
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	99,0	99,2	98,9	99,4	98,7	87,1	100,0	98,8	98,9	98,0	98,1
Age moyen d'entrée au primaire	7,2	7,1	7,0	6,7	7,3	6,5	7,5	7,3	6,7	7,5	6,4
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	28,0	25,5	31,7	40,9	19,0	13,7	46,8	18,6	41,3	7,6	58,0
Moteur	94,9	94,3	95,6	95,3	94,6	71,5	98,7	95,0	94,8	93,7	96,0
Socio-affectif	64,7	68,8	60,6	67,6	62,5	51,9	84,8	64,8	63,9	64,2	66,1
Apprentissage	89,5	90,3	88,7	90,8	88,5	64,8	96,4	88,2	90,5	87,9	92,3
Global	65,5	66,5	64,4	73,3	59,3	53,0	76,0	60,5	71,5	55,7	78,4
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	43,6	n.a	n.a	51,2	39,1	25,3	58,3	37,1	53,7	44,8	36,5
IRA	56,7	n.a	n.a	72,4	50,6	38,9	77,2	53,5	56,5	54,9	65,0
Fièvre	30,6	n.a	n.a	37,5	26,5	20,6	43,7	25,2	34,1	23,9	35,5
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	0,8	n.a	n.a	0,9	0,7	0,0	2,7	0,9	0,7	0,4	1,2
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	53,1	n.a	n.a	60,2	46,9	43,0	60,6	49,6	55,9	43,7	61,4
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	39,1	n.a	n.a	30,7	46,3	22,6	74,9	41,1	37,2	51,4	24,4
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	32,7	n.a	n.a	23,1	37,3	17,8	58,5	34,2	29,8	38,7	18,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		0,6		3,3		0,9		0,5	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	54,6	n.a	n.a	63,8	46,4	24,6	73,1	47,2	63,3	34,6	71,9
Disposent d'une source d'eau améliorée	82,5	n.a	n.a	95,0	71,3	65,4	97,1	75,3	90,1	55,8	99,7

Disposent de latrine	60,5	n.a	n.a	78,4	44,4	9,8	82,0	46,6	75,5	19,9	93,1
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	23,5	n.a	n.a	47,1	12,4	58,4	6,0	13,7	43,8	3,5	66,7
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		3,8		0,1		3,2		19,2	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	32,7	n.a	n.a	44,3	22,4	12,8	56,7	24,2	42,4	15,0	66,6
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	28,1	n.a	n.a	30,0	26,7	21,8	50,4	30,4	30,4	26,7	30,0
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	62,1	n.a	n.a	63,0	61,4	48,4	80,9	63,6	63,6	63,2	66,4
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	75,8	n.a	n.a	81,8	70,6	57,6	83,8	70,0	70,0	61,3	85,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	24,3	n.a	n.a	39,7	17,2	11,2	54,4	18,1	37,9	14,1	64,9
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		2,3		4,9		2,1		4,6	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	13,5	n.a	n.a	11,4	15,4	5,6	25,4	13,6	13,1	15,0	7,0
chacun enfant en possède au moins un	74,7	n.a	n.a	80,1	70,1	63,4	87,1	72,1	77,8	68,3	83,4
Livre											
aucun des enfants n'en possède	83,0	n.a	n.a	73,4	91,3	60,7	95,5	88,6	74,5	97,2	54,8
chacun en possède au moins un	11,0	n.a	n.a	17,9	5,1	3,1	25,9	7,2	16,4	1,7	29,8
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	30,4	n.a	n.a	22,8	37,0	16,9	47,3	38,9	22,6	45,2	10,3
tous les enfants sont aidés	20,7	n.a	n.a	25,7	16,3	12,1	31,3	18,6	24,2	13,4	36,5
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	35,8	n.a	n.a	32,8	38,4	32,0	41,9	41,7	31,4	43,8	25,1
père actif auprès de tous ses enfants	15,3	n.a	n.a	15,6	15,0	12,9	18,5	15,8	15,3	14,9	21,6
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	29,2	n.a	n.a	37,1	25,6	48,5	24,1	26,4	36,5	24,4	52,1
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,4		0,5		1,4		2,1	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Mauritanie

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	10,8	10,2	11,4	21,7	4,5	1,5	22,0	4,5	28,5	1,2	34,2
% des 6-8 ans scolarisés	59,8	59,4	60,1	69,9	53,4	44,3	88,1	43,8	79,8	38,9	84,2
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	37,5	39,0	37,5	41,3	35,1	58,4	16,8	37,9	51,0	31,9	53,7
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	2,3	1,8	2,7	4,9	0,7	0,0	12,8	1,2	4,7	0,0	7,4
Age moyen d'entrée au primaire	7,3	7,2	7,4	6,7	7,6	6,5	7,4	7,5	6,4	8,1	6,3
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	19,4	19,9	18,9	29,8	13,9	1,5	45,6	11,3	41,3	7,9	43,5
Moteur	97,5	97,0	98,1	97,4	97,6	92,4	100,0	97,7	96,8	97,6	96,4
Socio-affectif	75,3	75,0	75,7	75,5	75,3	62,6	91,6	71,8	76,4	78,4	76,2
Apprentissage	91,1	90,7	91,6	90,7	91,4	72,0	96,8	89,5	91,6	89,2	92,9
Global	73,7	74,6	72,8	76,0	72,5	62,8	86,2	66,4	80,4	69,9	81,2
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	38,5	n.a	n.a	43,0	35,5	14,2	44,7	37,9	44,4	31,2	43,4
IRA	31,6	n.a	n.a	41,5	26,7	0,0	53,5	22,7	29,9	17,7	42,8
Fièvre	7,8	n.a	n.a	11,9	5,1	2,0	11,3	5,9	5,2	5,1	11,1
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	8,4	n.a	n.a	13,5	5,0	0,2	48,7	7,1	14,4	2,4	16,8
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	7,4	n.a	n.a	9,6	6,0	4,2	15,5	5,4	11,2	4,3	11,4
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	24,8	n.a	n.a	22,7	26,1	0,0	34,8	27,1	22,5	27,5	25,1
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	24,6	n.a	n.a	24,2	24,8	13,2	34,4	25,0	26,2	25,8	24,2
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,0		2,6		1,1		0,9	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	65,5	n.a	n.a	78,4	57,0	20,9	90,8	55,3	86,5	38,4	87,1
Disposent d'une source d'eau améliorée	61,7	n.a	n.a	77,2	51,4	28,8	97,3	53,3	82,6	30,7	87,6

Disposent de latrine	41,4	n.a	n.a	72,2	21,0	7,0	85,7	26,6	75,6	0,1	91,9
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	27,7	n.a	n.a	53,0	12,6	4,1	74,8	14,9	61,6	0,0	74,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		4,2		18,4		4,1		n.a	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	7,9	n.a	n.a	10,8	6,1	1,0	16,7	7,9	11,7	4,4	12,9
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	43,6	n.a	n.a	38,3	47,0	35,6	62,0	43,2	43,2	52,0	36,7
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	67,2	n.a	n.a	70,7	64,9	38,9	85,3	58,8	58,8	59,5	71,2
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	56,8	n.a	n.a	63,6	52,4	39,5	72,1	52,1	52,1	46,2	70,9
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	9,3	n.a	n.a	12,7	7,2	1,6	17,3	8,0	13,4	5,0	15,0
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,8		10,5		1,7		3,0	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	23,3	n.a	n.a	21,8	24,3	7,7	46,5	27,4	17,9	22,7	16,9
chacun enfant en possède au moins un	57,9	n.a	n.a	62,5	55,0	34,8	70,6	53,4	64,7	54,8	67,0
Livre											
aucun des enfants n'en possède	91,8	n.a	n.a	84,5	96,4	80,7	99,0	97,4	78,4	97,8	76,8
chacun en possède au moins un	4,1	n.a	n.a	8,5	1,3	0,0	10,6	1,3	10,5	1,0	12,8
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	25,8	n.a	n.a	22,6	27,8	13,1	51,1	34,2	16,2	27,8	17,6
tous les enfants sont aidés	30,7	n.a	n.a	29,0	31,7	8,7	49,0	27,6	32,6	33,9	32,0
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	40,5	n.a	n.a	32,9	45,3	18,7	56,5	46,8	29,6	44,3	27,5
père actif auprès de tous ses enfants	15,9	n.a	n.a	18,4	14,3	3,8	39,2	14,8	18,5	17,1	21,9
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	30,2	n.a	n.a	33,2	28,4	7,5	51,8	26,7	34,2	29,9	37,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,2		6,9		1,3		1,2	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	42,5	42,7	42,3	65,4	32,7	5,8	92,9	14,1	73,8	9,2	82,0
% des 6-8 ans scolarisés	73,7	75,6	71,7	91,5	66,0	29,5	99,3	51,5	95,9	38,2	97,4
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	61,9	60,4	63,7	61,9	61,9	45,4	90,3	64,9	61,9	61,9	67,1
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	75,2	74,7	75,8	81,3	71,4	0,0	100,0	49,0	88,0	40,6	89,9
Age moyen d'entrée au primaire	6,2	6,3	6,1	6,1	6,3	5,0	7,2	6,3	6,0	6,4	6,1
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	32,9	32,4	33,4	56,5	23,1	4,3	78,2	10,5	60,8	5,3	74,2
Moteur	93,2	93,4	93,0	94,5	92,7	78,0	100,0	91,6	95,3	90,6	94,4
Socio-affectif	68,3	69,3	67,3	66,6	69,0	39,0	95,8	67,9	67,3	67,8	63,3
Apprentissage	79,4	78,5	80,3	86,0	76,7	57,7	96,8	75,4	83,8	72,1	89,0
Global	64,5	64,4	64,7	77,5	59,0	32,0	91,1	53,5	78,1	48,3	84,8
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	25,8	n.a	n.a	31,9	24,0	4,5	74,9	20,4	34,9	18,7	37,6
IRA	44,8	n.a	n.a	56,7	41,5	na	na	35,3	65,3	33,3	73,7
Fièvre	24,6	n.a	n.a	35,0	21,0	7,4	71,3	16,1	35,5	11,8	45,4
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	9,4	n.a	n.a	8,2	10,0	0,1	32,4	9,1	9,2	7,6	8,5
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	16,8	n.a	n.a	28,9	11,0	0,3	57,0	5,1	28,8	5,2	36,2
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	16,9	n.a	n.a	16,4	17,1	4,3	38,2	16,4	17,9	13,6	17,4
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	30,7	n.a	n.a	35,8	28,0	12,7	47,0	23,3	39,1	21,7	41,1
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,3		3,7		1,7		1,9	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	60,7	n.a	n.a	71,1	55,2	5,3	97,8	47,6	72,2	37,8	83,3
Disposent d'une source d'eau améliorée	66,2	n.a	n.a	89,5	54,2	20,2	95,5	48,9	83,6	30,3	95,1

Nigéria

Disposent de latrine	50,4	n.a	n.a	78,2	36,0	10,2	83,2	32,7	69,8	12,2	95,6
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	42,1	n.a	n.a	72,8	26,2	5,9	92,5	21,7	64,2	4,2	91,1
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		2,8		15,7		3,0		21,6	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	82,4	n.a	n.a	89,3	78,8	34,2	97,9	72,9	89,5	72,1	92,2
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	32,7	n.a	n.a	30,2	33,8	15,5	48,3	37,0	29,1	37,6	25,1
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	60,4	n.a	n.a	73,8	53,9	22,0	85,6	43,7	75,2	40,5	80,9
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	57,3	n.a	n.a	71,3	50,4	21,0	87,9	35,4	76,0	34,7	81,6
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	27,3	n.a	n.a	38,5	21,5	2,6	55,5	10,1	43,2	9,4	47,9
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,8		21,5		4,3		5,1	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	17,5	n.a	n.a	13,4	19,5	5,6	58,4	22,8	13,1	22,4	9,4
chacun enfant en possède au moins un	67,9	n.a	n.a	76,3	63,8	30,4	84,3	58,6	76,4	59,0	82,2
Livre											
aucun des enfants n'en possède	79,3	n.a	n.a	64,8	86,4	47,2	99,2	95,6	63,4	97,6	53,1
chacun en possède au moins un	11,1	n.a	n.a	20,3	6,6	0,1	25,4	2,0	20,0	1,3	27,4
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	32,6	n.a	n.a	19,5	38,3	5,5	68,8	47,4	16,1	50,2	10,0
tous les enfants sont aidés	65,5	n.a	n.a	79,9	59,2	30,1	94,2	50,0	82,8	47,3	89,5
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	61,5	n.a	n.a	59,8	62,3	39,7	89,6	66,7	54,6	69,2	56,8
père actif auprès de tous ses enfants	36,9	n.a	n.a	39,6	35,7	10,0	54,1	30,9	44,6	29,1	42,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	21,2	n.a	n.a	26,2	18,7	4,6	33,1	13,7	28,5	13,1	31,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,4		7,2		2,1		2,4	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	6,0	5,8	6,3	15,7	2,6	0,8	22,9	1,3	13,3	1,5	23,2
% des 6-8 ans scolarisés	59,8	61,9	57,7	78,4	52,1	47,0	84,9	44,8	77,9	48,4	86,3
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	46,9	44,8	49,4	63,2	39,5	33,9	68,2	41,6	55,6	38,0	69,6
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	9,9	9,3	10,7	26,0	2,3	2,5	34,0	2,4	18,9	2,0	33,9
Age moyen d'entrée au primaire	7,2	7,2	7,2	6,5	7,5	6,1	7,8	7,6	6,5	7,8	6,2
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	10,9	9,8	12,0	16,1	9,1	1,9	22,3	7,5	16,8	6,7	21,7
Moteur	89,8	90,1	89,5	93,3	88,6	84,2	96,9	89,0	90,4	89,8	94,7
Socio-affectif	66,0	66,2	65,8	65,1	66,3	60,2	72,2	67,4	63,8	68,0	64,6
Apprentissage	72,2	71,8	72,6	80,0	69,4	57,4	89,9	65,4	78,5	64,9	84,8
Global	49,4	49,3	49,5	56,6	46,8	39,9	69,5	44,0	55,2	46,0	62,7
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	38,2	n.a	n.a	35,6	39,0	24,5	57,6	33,6	41,1	38,4	41,9
IRA	42,1	n.a	n.a	51,0	39,4	16,0	64,5	31,1	46,5	22,7	51,6
Fièvre	17,9	n.a	n.a	24,2	16,0	10,3	31,1	13,3	22,4	14,2	27,8
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	6,8	n.a	n.a	5,1	7,3	1,5	18,5	8,9	5,6	5,9	4,8
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	23,2	n.a	n.a	27,3	21,8	5,6	43,7	19,5	29,3	20,1	32,2
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	34,7	n.a	n.a	40,7	32,5	12,4	52,3	27,2	41,4	30,5	45,4
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	18,8	n.a	n.a	21,3	17,8	5,4	36,6	15,3	24,1	16,5	25,5
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,2		6,7		1,6		1,5	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	49,9	n.a	n.a	66,7	43,5	13,0	74,8	38,1	63,7	27,7	79,3
Disposent d'une source d'eau améliorée	45,2	n.a	n.a	83,0	30,9	12,4	87,7	35,1	62,8	11,3	92,8

Disposent de latrine	11,6	n.a	n.a	32,7	3,6	0,5	54,5	6,1	24,3	0,1	53,2
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	10,6	n.a	n.a	32,2	2,4	0,5	54,3	4,5	23,8	0,0	52,8
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		13,2		113,1		5,3		na	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	72,5	n.a	n.a	70,1	73,4	38,0	92,1	71,1	73,8	74,4	74,7
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	49,0	n.a	n.a	44,9	50,4	34,0	64,0	46,6	48,7	52,7	39,1
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	67,0	n.a	n.a	70,8	65,7	51,6	83,2	63,6	71,4	62,8	72,1
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	47,7	n.a	n.a	58,7	43,9	28,1	71,5	41,0	56,2	42,9	67,1
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	30,6	n.a	n.a	37,8	27,9	13,3	54,5	27,2	37,3	26,8	45,7
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,4		4,1		1,4		1,7	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	22,6	n.a	n.a	17,6	24,3	10,1	39,4	28,3	18,4	26,9	14,0
chacun enfant en possède au moins un	59,9	n.a	n.a	66,9	57,4	47,5	73,0	56,4	63,7	57,8	70,5
Livre											
aucun des enfants n'en possède	96,9	n.a	n.a	93,8	98,0	93,8	98,4	98,9	94,2	98,1	91,6
chacun en possède au moins un	1,7	n.a	n.a	3,2	1,1	0,5	3,4	0,5	3,2	1,0	4,5
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	38,0	n.a	n.a	30,2	40,7	21,3	50,9	46,8	30,4	37,9	23,5
tous les enfants sont aidés	61,0	n.a	n.a	68,7	58,2	48,8	78,3	52,1	68,1	61,3	75,4
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	62,4	n.a	n.a	64,9	61,6	45,7	82,7	64,6	61,4	61,0	61,8
père actif auprès de tous ses enfants	36,3	n.a	n.a	33,5	37,3	17,0	54,1	34,0	36,8	37,7	36,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	26,1	n.a	n.a	27,4	25,6	21,4	33,3	23,5	28,2	26,9	27,7
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,1		1,6		1,2		1,0	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Sierra Leone

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	13,9	13,2	14,6	23,2	10,5	6,8	36,2	10,0	31,7	5,5	39,9
% des 6-8 ans scolarisés	70,5	68,6	72,4	77,9	67,7	64,8	87,5	66,0	86,3	55,3	89,7
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	63,3	63,9	62,8	71,7	60,7	58,3	70,5	59,0	81,3	57,4	75,2
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	10,3	9,4	11,2	16,3	8,5	4,4	32,0	8,4	18,8	7,8	28,8
Age moyen d'entrée au primaire	6,3	6,3	6,2	6,1	6,2	6,0	6,4	6,3	5,7	6,4	6,1
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	9,4	9,1	9,6	16,1	6,9	5,3	27,1	6,4	22,8	3,8	28,8
Moteur	85,8	87,4	84,3	87,7	85,2	80,8	93,6	85,4	87,3	83,3	92,3
Socio-affectif	65,3	66,7	63,9	66,5	64,8	60,7	75,1	65,0	65,4	59,9	67,3
Apprentissage	77,8	79,4	76,1	78,9	77,4	71,0	86,4	76,7	81,4	70,4	83,5
Global	53,4	55,4	51,3	55,8	52,5	44,7	67,2	51,2	59,1	45,1	63,6
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	52,3	n.a	n.a	53,2	52,1	49,2	54,2	52,0	53,2	52,5	51,8
IRA	55,7	n.a	n.a	59,4	54,5	44,4	80,0	56,3	51,6	58,4	65,5
Fièvre	41,3	n.a	n.a	38,1	42,3	39,9	42,7	42,6	37,5	38,6	35,0
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	7,7	n.a	n.a	7,3	7,9	2,0	12,7	8,0	8,2	9,6	7,8
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	25,7	n.a	n.a	23,4	26,6	21,3	32,3	25,7	23,3	28,5	24,4
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	29,5	n.a	n.a	26,7	30,6	21,2	34,6	29,4	29,8	27,2	29,9
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	19,3	n.a	n.a	17,0	20,3	16,3	19,9	19,3	16,6	20,7	16,8
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		0,8		1,2		0,9		0,8	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	40,3	n.a	n.a	55,4	34,2	30,9	73,6	35,0	60,3	24,5	69,4
Disposent d'une source d'eau améliorée	56,7	n.a	n.a	76,4	48,9	41,9	91,1	50,2	79,6	21,0	91,0

Disposent de latrine	39,2	n.a	n.a	55,7	32,6	31,5	76,5	32,4	63,8	7,4	80,5
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	33,4	n.a	n.a	52,9	25,6	22,3	74,1	26,4	59,1	3,2	78,2
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		2,1		3,3		2,2		24,5	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	66,2	n.a	n.a	67,4	65,8	54,7	83,0	63,9	73,3	59,5	71,4
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	38,6	n.a	n.a	33,2	40,7	29,0	45,8	33,2	40,4	37,5	29,0
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	84,8	n.a	n.a	85,9	84,4	83,0	88,3	83,0	86,9	81,7	88,1
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	46,5	n.a	n.a	50,6	45,0	42,0	53,7	44,2	53,6	43,0	57,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	17,2	n.a	n.a	19,0	16,5	12,9	20,9	16,9	20,2	14,9	22,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,2		1,6		1,2		1,5	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	25,2	n.a	n.a	20,8	26,9	12,6	30,1	27,7	16,3	30,9	12,1
chacun enfant en possède au moins un	64,8	n.a	n.a	70,0	62,8	57,0	82,8	62,9	73,7	59,1	81,0
Livre											
aucun des enfants n'en possède	92,2	n.a	n.a	85,7	94,7	75,7	96,1	95,2	80,4	98,0	75,1
chacun en possède au moins un	5,6	n.a	n.a	10,2	3,9	2,5	18,9	3,5	14,1	1,1	17,9
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	45,1	n.a	n.a	37,4	47,8	21,4	51,2	49,8	25,4	54,3	21,1
tous les enfants sont aidés	53,2	n.a	n.a	60,5	50,6	46,9	78,1	48,6	73,1	44,0	77,4
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	56,6	n.a	n.a	60,6	55,2	43,1	67,6	56,6	61,7	50,8	62,1
père actif auprès de tous ses enfants	41,9	n.a	n.a	37,6	43,4	30,7	55,1	42,0	36,0	47,2	35,6
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	23,8	n.a	n.a	25,0	23,3	22,0	28,9	22,6	26,9	23,0	28,4
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,1		1,3		1,2		1,2	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Tchad

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	4,5	5,1	3,9	14,7	2,0	1,1	22,8	2,4	22,6	1,1	5,6
% des 6-8 ans scolarisés	42,3	45,2	39,4	65,2	36,9	11,5	72,2	34,5	82,0	31,2	69,1
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	55,2	55,4	54,9	63,5	52,4	65,1	24,4	51,9	63,5	52,0	66,5
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	5,7	6,7	4,4	17,7	2,1	0,0	23,9	3,4	19,4	2,2	19,4
Age moyen d'entrée au primaire	6,9	6,9	6,9	6,4	7,1	6,2	8,0	7,1	6,2	7,3	6,2
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	5,9	5,9	5,9	12,6	4,2	1,8	17,0	4,6	17,6	2,0	13,5
Moteur	86,8	86,4	87,1	89,5	86,1	60,0	98,0	85,8	90,8	84,8	90,7
Socio-affectif	57,1	59,2	55,1	64,5	55,2	38,1	70,5	55,0	71,2	55,8	64,6
Apprentissage	48,6	48,7	48,6	60,1	45,8	35,1	67,4	45,8	65,0	42,5	61,2
Global	33,0	34,1	32,0	45,4	29,9	23,3	54,1	30,2	54,0	28,7	45,5
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	40,0	n.a	n.a	53,5	36,3	19,4	62,2	35,8	55,2	31,2	56,2
IRA	32,1	n.a	n.a	61,7	23,6	12,5	74,7	27,5	69,0	21,1	62,4
Fièvre	19,2	n.a	n.a	21,7	18,5	6,5	35,3	16,2	30,4	16,1	25,1
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	3,8	n.a	n.a	4,0	3,8	0,0	18,5	3,6	3,7	3,7	4,1
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	2,9	n.a	n.a	5,6	2,1	0,0	6,5	1,8	9,9	1,0	6,5
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	11,4	n.a	n.a	30,7	6,1	0,5	52,8	10,1	24,5	4,3	33,2
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	17,5	n.a	n.a	23,1	14,1	3,1	53,9	16,0	28,1	12,2	29,8
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,6		17,2		1,8		2,5	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	55,0	n.a	n.a	75,8	49,3	40,2	84,5	52,1	76,2	37,0	82,8
Disposent d'une source d'eau améliorée	51,7	n.a	n.a	84,1	42,9	18,0	97,2	49,7	75,6	22,5	90,7

Disposent de latrine	13,3	n.a	n.a	49,5	3,5	1,7	70,1	44,2	44,2	61,4	61,4
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	14,7	n.a	n.a	33,5	3,3	3,5	69,8	11,4	41,5	0,0	55,9
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		10,1		20,2		3,7		n.a	
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	58,6	n.a	n.a	64,9	56,9	1,5	87,8	54,8	68,4	46,6	69,4
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	38,3	n.a	n.a	34,8	39,3	22,2	69,7	37,8	37,8	41,7	33,5
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	33,6	n.a	n.a	44,3	30,7	14,2	77,9	28,8	28,8	27,6	48,0
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	37,3	n.a	n.a	49,8	33,9	15,5	56,2	32,4	32,4	35,7	50,9
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	30,0	n.a	n.a	34,8	27,1	2,5	53,7	26,7	42,0	23,3	38,4
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,3		21,9		1,6		1,6	
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	25,5	n.a	n.a	20,5	26,8	14,5	55,5	27,3	18,4	29,4	18,6
chacun enfant en possède au moins un	55,2	n.a	n.a	63,9	52,8	30,7	67,7	53,2	66,6	52,4	65,3
Livre											
aucun des enfants n'en possède	97,6	n.a	n.a	90,8	99,4	85,0	99,9	99,0	87,6	99,6	89,8
chacun en possède au moins un	0,9	n.a	n.a	3,8	0,2	0,0	6,1	0,3	4,6	0,0	4,1
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	18,2	n.a	n.a	17,8	18,2	5,0	31,1	20,6	9,6	22,2	16,2
tous les enfants sont aidés	41,7	n.a	n.a	37,3	42,9	31,9	50,7	41,7	34,4	38,8	40,2
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	42,7	n.a	n.a	38,4	43,9	23,8	58,7	46,5	27,0	48,3	37,4
père actif auprès de tous ses enfants	17,0	n.a	n.a	16,9	17,0	8,7	34,6	15,8	17,3	13,0	18,8
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	33,3	n.a	n.a	34,9	32,2	26,2	43,0	32,1	33,9	29,0	36,4
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,1		1,6		1,1		1,3	

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Indicateurs / Dimensions	Total	Genre		Lieu d'habitation		Région		Niveau d'éducation de la mère		Richesse	
		Garçon	File	Urbain	Rural	Min	Max	Aucun	Secondaire et plus	20% plus pauvres	20% plus riches
Accès aux services de DPE											
% des 3-5 ans ayant eu accès à une activité d'éveil	24,7	23,4	26,1	40,0	17,9	21,1	42,3	15,6	44,8	8,2	47,3
% des 6-8 ans scolarisés	87,0	88,2	85,6	94,6	83,9	80,6	95,2	80,3	96,5	75,6	96,9
% des 6-8 ans rentrés au P1 à l'âge requis	69,3	70,8	67,6	76,4	68,1	64,1	84,9	65,1	81,3	63,5	91,8
% d'enfants scolarisés P1 ayant été préscolarisé	14,4	14,3	14,5	33,5	11,6	6,2	39,5	12,1	25,1	7,3	38,9
Age moyen d'entrée au primaire	5,9	5,8	5,9	5,5	5,9	5,4	6,1	6,0	5,4	6,1	5,4
Developpement du jeune enfant (% d'enfants de 3-4 ans en bonne voie de développement dans les domaines :)											
Pré-alphabétisation et pré-calcul	10,7	10,8	10,6	19,0	6,8	4,5	25,4	6,7	18,4	3,0	24,2
Moteur	98,6	98,7	98,4	98,9	98,4	95,4	99,7	97,9	99,7	98,5	98,5
Socio-affectif	76,0	78,2	73,7	75,3	76,3	71,2	87,5	75,9	72,4	81,2	71,7
Apprentissage	80,9	80,8	81,0	87,2	77,9	71,7	86,7	77,0	85,3	78,1	87,1
Global	66,6	68,3	64,6	72,6	63,8	58,0	73,0	62,1	70,0	65,3	73,6
Les pratiques parentales dans le domaine de :											
Santé (% des ménages où :)											
Tous les enfants de moins de 5 ans reçoivent un soin adapté en cas de :											
Diarrhée	21,9	n.a	n.a	21,6	22,0	11,7	29,8	22,4	22,2	18,9	15,3
IRA	40,6	n.a	n.a	62,1	33,1	27,9	48,2	36,9	50,5	37,5	52,0
Fièvre	19,2	n.a	n.a	22,9	17,9	15,2	29,2	17,6	28,4	15,0	30,0
Toutes les mères/tutrices reconnaissent les signes d'alerte de la pneumonie (1)	4,7	n.a	n.a	6,1	3,9	1,0	8,2	3,6	7,1	3,6	6,4
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu les vaccins réglementaires (2)	26,9	n.a	n.a	30,4	25,0	22,1	40,2	22,5	32,5	20,2	30,6
Tous les enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire	53,9	n.a	n.a	49,4	56,5	43,6	71,2	53,7	54,9	51,2	52,2
Indice synthétique des pratiques parentales dans le domaine de la Santé	22,2	n.a	n.a	23,2	21,8	17,1	33,2	19,3	25,8	17,9	23,4
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,1		1,9		1,3		1,3	
Hygiène (% des ménages qui :)											
Disposent de savon pour le lavage des mains	65,1	n.a	n.a	80,7	56,1	52,5	86,2	56,1	79,8	42,1	86,6
Disposent d'une source d'eau améliorée	61,9	n.a	n.a	93,3	43,9	41,1	96,4	51,3	82,7	22,3	98,0

Disposent de latrine	33,0	n.a	n.a	70,7	11,3	12,1	85,6	19,2	59,9	0,8	92,1
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Hygiène</i>	26,6	n.a	n.a	71,1	8,3	9,1	86,1	14,6	55,4	0,4	92,9
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		8,6		9,5		3,8			224,6
Nutrition (% des ménages qui :)											
Utilisent du sel correctement iodé	31,0	n.a	n.a	36,1	28,2	12,7	41,3	25,4	34,8	26,6	39,3
Tous les enfants de 0-23 mois sont adéquatement alimentés	63,0	n.a	n.a	61,0	64,0	54,2	67,0	60,3	60,3	65,4	56,7
Tous les enfants de moins de 5 ans ont reçu de la Vit A	77,1	n.a	n.a	81,2	74,9	74,7	79,8	74,5	74,5	71,7	81,4
Aucun enfant de - de 5 ans ne souffre d'un retard de croissance	67,7	n.a	n.a	79,9	60,8	52,6	81,6	59,0	59,0	53,8	85,1
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de la Nutrition</i>	20,1	n.a	n.a	28,5	16,7	7,9	31,4	15,6	26,1	14,9	31,9
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,7		4,0		1,7			2,1
Éveil (% des ménages où :)											
Jouet											
aucun des enfants n'en possède	18,9	n.a	n.a	15,7	20,7	12,7	21,0	20,8	17,6	22,5	12,3
chacun enfant en possède au moins un	67,0	n.a	n.a	75,6	62,1	60,3	81,1	62,9	75,4	58,8	79,2
Livre											
aucun des enfants n'en possède	92,8	n.a	n.a	84,8	97,4	84,5	96,8	96,7	84,6	99,2	77,0
chacun en possède au moins un	4,3	n.a	n.a	9,4	1,4	2,0	11,3	1,8	10,0	0,0	14,7
Aide à l'apprentissage											
aucun enfant n'est aidé	19,5	n.a	n.a	18,0	20,4	9,8	23,2	22,9	11,6	25,9	14,6
tous les enfants sont aidés	31,9	n.a	n.a	28,5	33,9	25,9	43,6	33,4	30,9	30,7	32,2
Soutien paternel											
aucun enfant n'a le soutien du père	32,0	n.a	n.a	27,7	34,5	26,7	40,5	36,3	23,1	35,0	22,6
père actif auprès de tous ses enfants	19,1	n.a	n.a	18,9	19,3	16,1	21,3	19,4	19,2	20,6	23,7
<i>Indice synthétique des pratiques dans le domaine de l'Eveil</i>	32,4	n.a	n.a	33,7	31,9	26,1	36,3	31,7	35,5	31,8	41,3
Indice de parité de l'indice synthétique	n.a	n.a		1,1		1,4		1,1			1,3

Note (1) Les deux signes d'alerte de la pneumonie sont : « l'enfant à des difficultés à respirer » et « l'enfant respire rapidement ».; (2) Les vaccins suivants ont été retenus: le BCG, la rougeole, la fièvre jaune, et les trois doses de DTCoq et de Polio, ainsi que le vaccin de la polio administré à la naissance.

Bibliographie

- Abadzi H. 2006. "Efficient Learning for the Poor. Insights from the Frontier of Cognitive Neuroscience". World Bank, Washington, DC.
- Britto P. 2012. "School Readiness. A Conceptual Framework". UNICEF
- CCCH. 2006. Early Childhood and the Life Course. Policy Brief no 1. The Center for Community Child Health, Royal Children Hospital, Australia.
- Fernald L., P. Kariger, P. Engle et A. Raikes. 2009. "Examining Early Child Development in Low-Income Countries: A Toolkit for the Assessment of Children in the First Five Years of Life". World Bank, Washington, DC.
- Filmer D. et L. Pritchett. 1998. "The effect of Household Wealth on Educational Attainment. Demographic and Health Survey Evidence". Policy research Working Paper, The World Bank.
- FNUAP. 2007. "Unleash the Potential for Urban Growth" State of the World Population 2007.
- Garcia M., A. Pence et J.L. Evans (Eds.). 2008. "Africa's Future, Africa's Challenge: Early Childhood Care and Development in Sub-Saharan Africa". World Bank, Washington, DC.
- Grantham-McGregor S. *et al.* 2007. "Development Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries". Child Development in Developing Countries 1. Series The Lancet, Volume 369, pp: 60-70.
- Heckman J. 2006. "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children". Science, Vol 312, pp: 1900-02.
- Henderson V. 2002. "Urbanization in Developing Countries", World Bank Research Observer, 17 (1), pp: 89-112.
- Jaramillo A. et A. Mingat. 2011. "Les Programmes de la Petite Enfance sont-ils Financièrement Viables en Afrique ?" dans "L'Avenir de l'Afrique, le Défis de l'Afrique. Savoir et Développement de la Petite Enfance en Afrique Sub-Saharienne". World Bank. Washington, DC.
- Knudsen E., Heckman J., Cameron, J. et J. Shonkoff. 2006. "Economic Behavior, Neurobiological, and Behavioral Perspective on Building America's Future Workforce" PNAS, vol 103 (27), pp: 10155-10162.
- Mingat, A. 2006. "Disparités sociales en éducation en Afrique sub-saharienne. Genre, localisation géographique et revenu du ménage".
- Mingat A. et D. Coury. 2013. "Le Bilan de l'Enfant à l'Entrée au Primaire au Cap Vert". UNICEF, Pôle de Dakar, à paraître.
- Mingat A. et A. Seurat. 2011a. "Développement des enfants de 0 à 6 ans et pratiques parentales à Madagascar". UNICEF, New York. http://www.hayzara.org/index.php?option=com_content&view=article&id=440%3Adeveloppement-des-enfants-a-pratiques-parentales-a-madagascar-0-a-6-ans-unicef-2011&catid=16%3Areports&Itemid=47&lang=en.
- Mingat A. et A. Seurat. 2011b. "Pratiques parentales vis-à-vis des enfants de 0 à 6 ans en Mauritanie". UNICEF Mauritanie, Nouakchott.

- ONUSIDA, 2012. Rapport Mondial. Rapport ONUSIDA sur l'Epidémie Mondiale de Sida 2012.
- PNUD. 2002. Le VIH&SIDA et les stratégies de réduction de la pauvreté, Note d'orientation du PNUD, Août 2002.
- Save the Children. 2008. "The Child Development Index. Holding Governments to Account for Children's Wellbeing".
- Sen A. 1999. Development as Freedom.
- Shonkoff, J.P. 2010. Building a New Biodevelopmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy. *Child Development*, Volume 81, Issue 1, pp: 357-367, January/February 2010.
- Shonkoff J.P. et D.A. Phillips. 2000 (Eds). "From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development". Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, Washington, DC, USA : National Academies Press.
- UNESCO. 2007. "EFA Global Monitoring Report 2007. Strong foundations. Early childhood Care and Education." UNESCO, Paris.
- UNICEF. 2014. "Every Child Counts. Revealing Disparities, Advancing Children's rights". The State of the World Children 2014 in Numbers.
- UNICEF *et al.* 2014. "Développement de la Petite Enfance". Section 7 du Guide Méthodologique pour l'Analyse des Systèmes Éducatifs, Vol 2 Analyse Spécifiques des Sous-secteurs. UNICEF, Pôle de Dakar/ IIEP, UNESCO, World Bank et GPE.
- UNICEF *et al.*, 2010. "Savoir pour Sauver". 4ème édition. UNICEF, OMS, UNESCO, UNFPA, PNUD, ONUSIDA, PAM.
- Vegas E. et L. Santibáñez. 2010. "The Promise of Early Childhood Development in Latin America and the Caribbean". World Bank, Washington, DC.
- Walker S. *et al.*, 2011. "Inequality in Early Childhood: Risk and Protective Factors for Early Child Development". *Child Development* 1. Series, the Lancet Vol 378, pp : 1325-38.
- Walker S. *et al.* 2007, "Child Development Risk factors for Adverse Outcome in Developing Countries". *Child Development in Developing Countries* 2. Series The Lancet, Volume 369, pp: 145-157.
- WHO, 2006. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Multicentre Growth Reference Study Group, Geneva, World Health Organization, 2006 (312 pages).
- WHO, 2012, Trends in Maternal Mortality: 1990-2010. WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank estimates.
- World Bank, 2004, "Cost, Financing and School Effectiveness of Education in Malawi. A future of limited choices and endless opportunities". Africa Region Human Development.
- Working Paper Series
- World Bank. 2011. "SABER-ECD. Objectives, Conceptual Framework ad Methodological Approach." World Bank, Human development Network, Washington, DC

Les années de la petite enfance, notamment la période allant de la naissance à l'âge de 8 ans, sont aujourd'hui reconnues comme une période cruciale pour le développement du jeune enfant, tant sur le plan de sa santé physique que sur son développement moteur, socio-émotionnel, cognitif et langagier.

Cette étude vise à mieux comprendre le contexte familial et environnemental dans lequel grandissent les jeunes enfants d'Afrique de l'Ouest et Centrale et la manière dont celui-ci affecte leur développement et leur entrée à l'école primaire. Sur la base des résultats obtenus, l'étude souhaite offrir une base de réflexion aux acteurs du domaine que cela soit dans les pays étudiés ou au niveau de la sous-région, pour l'identification de pistes de développement ou de réorientation des programmes de DPE (éducation parentale et préscolaire).

Situation du **Développement** de la **Petite Enfance** en Afrique de l'Ouest et Centrale en 2010-11