

Examen Périodique Universel

Contribution UNICEF

République du Congo

Mars 2013

I. INTRODUCTION

1. Le présent rapport de suivi constitue la contribution spécifique de l'UNICEF dans le cadre des sessions du second cycle de l'Examen Périodique Universel. Le Congo s'est déjà prêté à l'Examen Périodique Universel (mai 2009) et a été admis comme membre de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies (20 mai 2011).
2. Le rapport s'articule autour des principaux centres d'intérêt du programme de coopération entre le Congo et l'UNICEF 2009-2013, dont le but est d' « *aider le Gouvernement congolais à réaliser les objectifs du Millénaire et ceux du DSRP pour le développement et les droits des enfants à la survie, au développement, à la protection et à la participation en promouvant l'accès universel à un paquet essentiel de services sociaux de base, aux informations et à des commodités essentielles de qualité* ». Il s'inspire des points forts du récent rapport d'analyse de situation de l'enfant et de la femme qui a servi de base pour l'élaboration du prochain cycle de programme 2014-2018. Il s'agit donc d'une appréciation globale du niveau de réalisation des droits de l'homme, en particulier des femmes et des enfants, au regard de certains progrès accomplis, des principaux défis et obstacles à surmonter et des orientations futures dans les domaines clés de la santé de l'enfant et de la mère, de l'éducation et la protection des enfants et des femmes.

II. INFORMATION SUR LE CONTEXTE

3. La République du Congo, classée pays à revenu intermédiaire, compte environ 4,1 millions d'habitants. Une grande proportion de la population est jeune (en moyenne, 44% ont moins de 15 ans) et fortement urbanisée (67%). Le taux de féminité avoisine 52%.
4. Le pays fournit d'intenses efforts pour son développement. Mais ses progrès sont menacés en permanence par des situations d'urgence récurrentes (l'explosion du dépôt de munitions de MPila à Brazzaville, le 4 mars 2012, a détruit le quartier et occasionné la mort de plusieurs centaines de personnes, ainsi que des milliers de sans-abris), des faiblesses dans la gouvernance et la décentralisation et un capital humain encore en construction.
5. Les perspectives économiques semblent plutôt favorables. Avec une croissance économique moyenne annuelle de 6% entre 2005 et 2011, le Congo a atteint en 2010 le point d'achèvement de l'initiative PPTTE (Pays Pauvres Très Endettés). L'économie repose essentiellement sur le pétrole ; mais tend à se diversifier notamment vers le secteur minier très prometteur.
6. Sur le front social, malgré un solde global des finances publiques excédentaire et un espace fiscal important, la pauvreté affecte 46% de la population et 48% d'enfants. On observe surtout un creusement des disparités. Et les enfants sont les premières victimes des multiples privations. La pauvreté monétaire est plus importante en milieu rural (75% en 2011). L'ampleur de la pauvreté est liée aux taux élevés de chômage et de sous-emploi (16 % en 2010 en milieu urbain et 31 % de jeunes de 18 à 29 ans).
7. Le Congo a ratifié les principales conventions en matière de droits humains, dont la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) en 1993 et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) en 1982, tout récemment la Convention contre la criminalité transnationale organisée et

son protocole additionnel visant à prévenir, punir et réprimer la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2012).

8. Néanmoins, les populations restent soumises à deux régimes juridiques distincts et souvent contradictoires, l'un écrit et moderne, l'autre oral ou coutumier, plus familier et facile d'accès.

III- PROMOTION ET PROTECTION DES DROITS DE L'HOMME

III.1. Egalité et Non Discrimination

9. Selon l'article 8 de la Constitution de 2002, « *tous les citoyens sont égaux devant la loi. Est interdite toute discrimination fondée sur l'origine, la situation sociale ou matérielle, l'appartenance raciale, ethnique ou départementale, le sexe, l'instruction, la langue, la religion, la philosophie ou le lieu de résidence* ». Est garantie également l'égalité de genre: « *La femme a les mêmes droits que l'homme. La loi garantit et assure sa promotion et sa représentativité à toutes les fonctions politiques, électives et administratives* ». La Constitution garantit par ailleurs « les droits de la mère et de l'enfant », le droit des handicapés. L'article 33 affirme que « *tout enfant, sans discrimination de quelque forme que ce soit, a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'Etat, aux mesures de protection qu'exige sa condition* ». L'article 34 ajoute : « *Le travail des enfants de moins de seize ans est interdit* ». Ces dispositions fondamentales sont complétées par d'autres, plus détaillées (Code de la famille, Code pénal et Code du travail). Le Congo dispose même de lois plus récentes qui protègent les droits de certaines catégories vulnérables (loi n°4-2010 du 14 juin 2010 portant protection de l'enfant, loi n°009/92 du 22 avril 1992 portant statut, promotion et protection de la personne handicapée, loi n°5-2011 portant promotion et protection des populations autochtones).
10. Cependant, et de fait, pour ne citer que ces catégories visées, ni les populations autochtones, ni les personnes handicapées, ni les femmes particulièrement vulnérables ne jouissent véritablement de leur citoyenneté.
11. Concernant les populations autochtones (1,2 % de la population totale), c'est, à l'évidence, la couche la plus marginalisée et la plus vulnérable. Par exemple, la possession d'actes de naissance (32 %) parmi les autochtones est 3 fois inférieure à celle de l'ensemble de la population (86 %). De même, le taux net de scolarisation primaire des enfants autochtones de 6 à 11 ans est de 44%, soit deux fois moins élevé que celui de l'ensemble des enfants de cette classe d'âge (89% en 2011). Ce qui traduit l'ampleur des efforts à fournir pour corriger ces fortes disparités.
12. Les personnes vivant avec handicap (1,4 % soit 52.935 personnes) constituent l'autre roue de la charrette. Perçues comme des personnes de rang inférieur, les personnes handicapées n'ont qu'une faible autonomie sociale, avec un accès limité aux emplois et ayant parfois recours à la pratique humiliante de mendicité. Le taux net de scolarisation en 2011 dans le primaire est plus bas chez les enfants handicapés (52%) que dans le reste de la population (89%). La capacité d'accueil des établissements d'éducation spéciale, concentrés à Brazzaville, est très limitée. La loi n° 009/92 du 22 avril 1992 portant statut, promotion et protection de la personne handicapée est demeurée lettre morte, sans aucun texte d'application à ce jour. Le Plan d'Action National pour les Personnes Handicapées élaboré en 2009 peine à l'application.
13. Malgré leur importance numérique dans la population congolaise (51,7%), les femmes sont victimes de grandes inégalités de genre. Une frange importante de cette population se trouve dans des situations de vulnérabilités liées à leur statut socio-économique très faible, leur faible représentativité à tous les niveaux, toute chose qui

engendre leur faible accès aux services sociaux et leur faible participation à la prise de décision.

14. Par ailleurs, elles sont affectées par un fort taux de mortalité maternelle. Les femmes veuves subissent des violences inconsidérées. Elles sont également victimes de mariages précoces. Et du fait des ruptures familiales, elles deviennent de surcroît chefs de ménages. En outre, le VIH/Sida touche davantage les femmes. Les femmes ont des risques plus élevés d'abandon scolaire (à partir de l'enseignement secondaire) et des désavantages dans l'accès à l'emploi. Les violences sexuelles persistent. 60% des victimes sont des mineurs dont une sur trois a moins de treize ans. Les agresseurs sont souvent connus. Les victimes portent rarement plainte à la police et recourent peu à un service d'assistance sanitaire ou de conseil psychosocial. De puissantes normes sociales et culturelles freinent la promotion de la femme. L'inégalité de genre mine la jouissance des droits des femmes au sens le plus large.
15. Autant il est important que les Etats parties prennent la mesure et reconnaissent avec courage les disparités réelles, autant il est capital de matérialiser la volonté de les corriger progressivement.

III.2. Droit à la vie, à la survie et à l'alimentation

16. Le droit à la survie de l'enfant et de la mère est reconnu par un ensemble de conventions internationales ratifiées par le Congo. De plus, le Congo, signataire, s'est engagé à réaliser les Objectifs du Millénaire pour le Développement (notamment les OMD : 4 ; 5 ; 6 ; 7). En outre, l'article 30 de la Constitution dispose: « *L'Etat est le garant de la santé publique. Les personnes âgées et les personnes handicapées ont droit à des mesures de protection en rapport avec leurs besoins physiques, moraux ou autres, en vue de leur plein épanouissement. Le droit de créer des établissements socio-sanitaires privés régis par la loi, est garanti* ».
17. D'une manière générale, la précocité des grossesses, les normes socio-culturelles et le faible statut des femmes/filles limitent la réalisation de leurs droits, accentuent leurs vulnérabilités, favorisent les décès maternels et infanto-juvénile et l'infection au VIH. Les progrès sont entravés par un système national de santé peu performant, l'absence d'une centrale de médicaments fonctionnelle, les barrières financières, une demande de services insuffisamment stimulée et la faible couverture dans l'application systématique et holistique des pratiques familiales essentielles.
18. L'analyse de situation sur la santé maternelle prélude à l'élaboration en 2009 de la Feuille de Route pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle Néonatale et Infantile a permis d'épingler les défis majeurs : la faible qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'insuffisance, la faible qualification et l'inégale répartition des ressources humaines engagées dans la mise en œuvre des projets et programmes de santé, le faible niveau d'équipement de maternités, ainsi que l'importance des barrières financières à l'accès aux césariennes et autres interventions chirurgicales majeures.
19. Selon les données préliminaires de l'EDSC 2011, les différents taux de mortalité ont sensiblement baissé en comparaison avec les données de 2005. Elles sont passées respectivement de: 35 à 22 pour 1000 pour la mortalité néonatale, 75 à 39 décès pour mille concernant la mortalité infantile, 117 à 68 pour mille pour la mortalité infanto-juvénile et 781 à 426 décès pour 100.000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle.
20. En ce qui concerne les enfants et les femmes, ces niveaux de mortalité comparés aux cibles des OMD restent très élevés. Ces décès sont dus essentiellement aux causes

néonatales, aux maladies évitables par la vaccination, à la malnutrition, au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, aux maladies diarrhéiques, au VIH/SIDA et à la mauvaise qualité des services de santé.

21. Les efforts menés dans le cadre de la Communication pour le Développement (C4D) ont montré la nécessité d'intensifier le renforcement des capacités des partenaires au niveau décentralisé et par la suite multiplier les actions et la participation communautaire.
22. Malgré les risques plus élevés de morbidité et de mortalité, le phénomène des grossesses précoces est en expansion au Congo : selon l'EDSC 2011-2012, 13% des adolescentes de 15 ans ont commencé leur vie féconde, soit une nette progression par rapport à 2005 (7%).
23. Chez les enfants de moins de 5 ans, le paludisme reste la première cause de la morbidité, il constitue 51,5% des causes d'hospitalisation. Les infections respiratoires aiguës constituent le second motif de consultation avec 11,95% des causes de consultation en 2005. Les maladies diarrhéiques justifient 70,7% des consultations de cette tranche d'âge et viennent de ce fait au troisième rang de la morbidité de l'enfant. La malnutrition chronique, dont la prévalence est encore élevée au Congo constitue très souvent le lit sur lequel surviennent les principales maladies tueuses.
24. En ce qui concerne le VIH et le Sida, le Congo est marqué par une épidémie de type généralisé. La prévalence globale dans la population âgée de 15-49 ans est de 3,2%. Cette prévalence est plus élevée en milieu urbain (3,3%) que rural (2,8%). On note des disparités selon les départements allant de 4,8% dans la LEKOUMOU à 1,5% dans la Cuvette Ouest. Cette prévalence est plus élevée parmi les femmes (4,1%), que parmi les hommes (2,1%)¹. Selon le rapport 2010 de l'ONUSIDA, le nombre de personnes vivant avec le VIH était estimé à 77,000 en 2009, dont 40,000 femmes âgées de plus de 15 ans et 7,900 enfants. Selon le même rapport on estime à environ 16.300 le nombre des femmes enceintes séropositives. Parmi elles, plus de 70% ne reçoivent pas les ARV, ni pour leur santé, ni pour protéger leurs enfants. Chez les jeunes le taux d'utilisation des préservatifs au cours du dernier rapport sexuel occasionnel est faible : 39,9% chez les hommes et de 25,5% chez les femmes. Dans la tranche d'âge de 25-29 ans, ce taux est de 41,1 chez les femmes et de 26,2 parmi les hommes. Par ailleurs, plus de 40% d'enfants infectés par le VIH sont privés d'une prise charge adéquate sur le plan médical et psychologique.
25. La malnutrition chronique ou retard de croissance constitue une préoccupation majeure. En effet, plus de 24% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard de croissance, dont 8% sous une forme sévère et 16% sous forme modérée. La malnutrition aiguë globale ou émaciation touche 6% des enfants de moins de 5 ans, dont 1,5% sous la forme sévère et 4,5% sous la forme modérée. L'insuffisance pondérale est à 12% dont 2,4% sous la forme sévère et 9,2% sous forme modérée.
26. Au cours de ces dix dernières années, le Congo a été frappé par plusieurs épidémies majeures ayant causé des souffrances et des pertes en vies humaines. On peut citer : i) les épidémies de fièvre hémorragique à virus Ebola dont la dernière est apparue en 2005 dans le département de la Cuvette-Ouest, ii) les épidémies de choléra dont la dernière en date est celle qui sévit actuellement dans les départements de Pointe-Noire et du Kouilou, iii) les épidémies de poliomyélite qui dont la dernière date de 2010 et qui a provoqué près de 200 décès à Pointe-Noire et à Brazzaville, iv) les épidémies de rougeole qui dont la dernière en date est celle qui sévit actuellement dans le département de la Likouala, v) l'épidémie de fièvre jaune

¹Enquête de séroprévalence et sur les indicateurs du SIDA du Congo ESISC-1 2009

en 2012 dans le département de la Likouala. Pour prévenir ces épidémies, le Congo a mis en place un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de la communication de masse et le C4D, l'appui à l'élevage domestique pour changer les habitudes alimentaires, la vaccination de masse, la promotion et la construction des latrines et de dispositifs de lavage de mains, la création des points de chloration d'eau, la promotion de la participation active des communautés à la riposte dans les zones touchées. Il sied de noter que depuis 2005 le Congo n'a plus connu des épidémies d'Ebola. Le Congo a été également affecté par les conflits dans les pays voisins (134000 réfugiés de la RDC dans la Likouala depuis 2009 dont 40000 retour), des épidémies Polio en 2010 (occasionnant 206 morts surtout 15-25 ans), rougeole et cholera (2011 et 2012) et des accidents (train, crash d'avion, explosion à Brazzaville (2012) dont 200 morts et 17000 sans abri).

III.3. Droit à la santé et à un environnement sain

27. Du fait de la faible disponibilité des ouvrages d'eau, hygiène et assainissement, les maladies liées à la pollution de l'environnement et à la mauvaise qualité de l'eau de boissons continuent de représenter l'une des principales causes de morbidité et de mortalité de l'enfant.
28. La population congolaise accède encore trop difficilement à l'eau potable, malgré l'abondance des ressources en eau dont le pays dispose². Seuls 71% des ménages (surtout urbains) utilisent une source d'eau potable et 18% un système approprié d'évacuation des excréta. On note de fortes disparités en matière d'accès à l'eau provenant de sources améliorées. L'assainissement en milieu rural et péri-urbain est très largement insuffisant.
29. L'EDSC II montre que seulement 15% des ménages urbains et moins de 5% des ménages ruraux disposent de l'un des systèmes d'évacuation des excréta répondant aux définitions des OMD (toilettes améliorées, non partagées). La forte prévalence des diarrhées et la récurrence des épidémies, notamment de choléra, depuis 2008 témoignent des problèmes pressants de salubrité et de santé publique et appellent une réhabilitation et un redéploiement urgents des services de voirie et d'hygiène publique. L'absence d'une politique nationale de l'assainissement et des cadres institutionnels adéquats limite les progrès.

III.4. Droit à l'éducation

30. Globalement, le système éducatif est confronté à des défis majeurs. Le déficit d'enseignants qualifiés et les dysfonctionnements dans la gouvernance du système n'assurent pas la réalisation des droits des filles et des garçons à une éducation de qualité inclusive et universelle. En dépit d'une politique volontariste en faveur de l'éducation marquée par l'adoption de la mesure de gratuité scolaire, d'importants efforts restent à faire pour construire un système équitable et performant.
31. Des disparités significatives persistent en termes d'accès et d'utilisation (rural/urbain, pauvres/non-pauvres). Les enfants autochtones demeurent largement exclus du système éducatif (taux nets de scolarisation: 44% contre 89% pour la population générale) en 2011.
32. Par ailleurs, l'ECOM 2011 fait état de faibles niveaux de satisfaction des élèves ; ce qui rapporte que la qualité de l'enseignement et les résultats scolaires restent faibles en termes de performances des apprenants (taux élevés d'abandon et de redoublement autour de 20% au primaire).

² Plan national de développement 2012-2016, République du Congo.

III.5. Droit à la protection

33. Malgré la validation de la loi de protection de l'enfant, et d'une loi nationale de protection des populations autochtones (en tous cas, la première du genre en Afrique), la réalisation des droits et la protection des enfants demeure une préoccupation. Des études récentes indiquent une relative baisse du nombre d'enfants vivant dans la rue (1900 en 2003 et 910 en 2009) ; mais l'ampleur de la traite des enfants est peu connue et estimée à 1800 enfants victimes du trafic interne et transfrontalier à Brazzaville et Pointe Noire. Le taux d'enregistrement des enfants de moins de 5 ans à l'état civil est élevé (81%) ; mais 14% d'entre eux (rural 22% / urbain 9%) n'ont pas d'acte de naissance. D'autres vulnérabilités de l'enfant sont bien perceptibles: un millier d'enfants en situation de rue exposés à toutes sortes de risques (violences et abus, non scolarisation) ; de nombreux enfants sans cadre familial protecteur (13 % des enfants ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques, 0,6 % enfants chefs de ménage) ; les enfants en conflit avec la loi détenus en toute promiscuité avec les adultes, et parfois victimes de violences ; les enfants particulièrement vulnérables installés dans des camps d'urgence abritant les réfugiés ou les sites de déplacés etc...
34. Il n'existe pas de train de mesures efficaces pour améliorer la protection de l'enfant contre les abus sociaux en cause, ni de lutte contre le travail des enfants, ni de réglementation des orphelinats laissés à l'abandon.
35. Il n'existe pas non plus un plan de communication national validé pour la vulgarisation de la loi de protection de l'enfant et la loi de protection des populations autochtones.
36. Les droits des enfants victimes de violence et de maltraitance demeurent peu connus et ne sont pas toujours perçus comme une priorité. De plus, alors que la création d'une brigade des mineurs est prévue par la loi, sa mise en place effective n'a toujours pas été assurée. Par exemple, au niveau de la justice, s'il existe des juges des enfants, les victimes de violence et leur famille ont souvent un accès très limité à la réparation du fait du coût des procédures et du manque de services d'aide judiciaire et d'avocats. Au niveau de la santé, il n'existe pas de cellules spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des enfants et des femmes victimes de violences. Toutefois, dans certaines villes, les victimes de violences sexuelles peuvent en principe se référer à des services adaptés (comme le CHU de Brazzaville ou les cellules de prise en charge des hôpitaux de base de Talangai et Makélékélé). Toutefois, dans les faits, ces services sont souvent peu opérationnels.
37. Comme dans de nombreux pays, ce sont les associations et les ONG qui, dans la mesure de leurs moyens limités, assurent l'écoute, l'orientation, l'accompagnement et le suivi des enfants et des femmes victimes de violences.
38. De grandes faiblesses en capacités existent sur le plan de la qualification du personnel, des ressources financières, des équipements, des outils, de la gestion de l'information et du suivi-évaluation. L'un des principaux goulots d'étranglement réside dans le fait que la plupart des nouvelles recrues n'ont pas été formées au travail social. Au bout du compte, l'impact des Circonscriptions d'action sociale sur les personnes vulnérables demeure faible tant leurs moyens d'action et de recours sont limités. De plus, les structures adaptées (aux personnes handicapées ou aux enfants en situation difficile par exemple) sont concentrées dans les grands centres urbains, laissant le reste du territoire presque entièrement dépourvu de ressources du même type.
39. Le système actuel d'assurance sociale se limite essentiellement aux deux régimes de sécurité sociale pour les employés de la fonction publique et du secteur privé formel, qui sont régis par le code de sécurité sociale (loi 004/86). Il s'agit de la Caisse de

Retraite des Fonctionnaires (CRF) et, pour le secteur privé, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS). Ces deux caisses sont responsables d'une gamme de prestations; mais dans la pratique, elles se limitent aux pensions de retraite, aux allocations familiales et aux risques professionnelles, excluant l'assurance maladie. Ils se trouvent confrontés à de grands défis de viabilité financière et des processus d'assainissement sont actuellement à l'étude.

40. Une autre grande faiblesse des deux caisses est le fait qu'elles couvrent à peine 15% de la population. La grande majorité des congolais qui gagnent leur vie dans les petites exploitations agricoles et d'autres branches du secteur informel en sont exclus.

IV- PROGRES, BONNES PRATIQUES, DIFFICULTES ET CONTRAINTES

41. Une dynamique de réforme du cadre législatif national est en cours. Des progrès importants ont été réalisés en vue d'harmoniser la législation nationale avec les engagements internationaux. Mais le chantier est encore inachevé, en particulier en ce qui concerne les droits des femmes. Le projet de loi sur l'égal accès des femmes aux fonctions politiques, électives et administratives est en instance d'adoption au Parlement depuis des années.
42. Justement le défi majeur est l'application effective de la loi pour apporter de réels changements au vécu difficile des catégories vulnérables. Non seulement la loi n'est pas connue, ni diffusée auprès des ayants droit comme auprès des acteurs obligataires ; mais encore les textes d'application ne sont toujours pas signés et publiés régulièrement.
43. Au Congo, la réponse nationale à la vulnérabilité des enfants et des femmes/filles n'a pas encore émergé en tant que systèmes institutionnels cohérents et efficaces. La stratégie de protection de l'enfant adoptée par l'UNICEF en 2008 appelle les Etats parties à la mise en place d'un environnement protecteur où les filles et les garçons seraient libérés de la violence, de l'exploitation et de la séparation non nécessaire d'avec leur famille et où les lois, les services, les comportements et les pratiques contribueraient à réduire la vulnérabilité des enfants, à combattre les facteurs de risque connus et à renforcer les capacités des enfants à la résilience³.
44. Depuis 2010, l'UNICEF et les autres partenaires au développement ont appuyé le gouvernement congolais pour l'élaboration d'une Politique Nationale d'Action Sociale, la branche non contributive de la protection sociale, y compris un projet pilote sur les transferts sociaux (co-financement Banque Mondiale-gouvernement, appui technique UNICEF).
45. En ce qui concerne la législation et les politiques en faveur des populations autochtones, une loi a été prise et promulguée. C'est une bonne pratique en la matière. De même, un plan national d'amélioration de la qualité de vie des populations autochtones 2009-2013 est actuellement mise en œuvre. En dépit de quelques progrès réalisés, la mise en œuvre du plan d'action reste timide. Il est prévu dans les toutes prochaines échéances l'organisation d'un atelier de consensus national qui vise la révision dudit plan.
46. En outre, les agences des Nations Unies, en collaboration avec le Haut-Commissariat aux droits de l'homme de Genève, ont appuyé l'organisation, par le Ministère de la Justice et des Droits Humains, d'un atelier national de renforcement des capacités pour le suivi d'application de la loi de protection des populations autochtones. La validation participative des textes d'application a été au cœur de cette mobilisation.

³ Child Protection Strategy, UNICEF, 2008.

Les projets de textes d'application ont porté notamment sur l'accès à l'éducation, les procédures de consultation et de participation autochtones dans la mise en œuvre des programmes de développement socio-économique, les modalités d'accès au partage des bénéfices résultant de l'utilisation et de l'exploitation des savoirs traditionnels etc... Parmi les stratégies développées, on peut noter la construction des partenariats stratégiques plus larges dans ce domaine, l'organisation du Forum International des Peuples Autochtones des forêts d'Afrique Centrale, ainsi que la célébration tournante dans tous les Départements de la journée internationale de solidarité avec les peuples autochtones (9 août).

47. Dans la perspective de réduire les inégalités et d'améliorer le statut juridique, social et économique des femmes, le Gouvernement du Congo a pris une série de mesures. Une politique nationale « genre » a été adoptée (2008) et son plan d'action 2009-2013. Le protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme a été ratifié. La loi n°08-207 du 15 juin 2007 portant adhésion au protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard de la femme a été adoptée en 2008. Le projet de loi sur l'égal accès des femmes aux fonctions politiques, électives et administratives se trouve toujours en instance d'adoption au Parlement. Dans le cadre de la lutte contre les violences sexuelles, une stratégie de mobilisation sociale a été élaborée, y compris la réalisation de supports (études, DVD Indélébile); mais des difficultés techniques récurrentes freinent sa mise en œuvre et son développement. Depuis août 2009, ont été mises en place des commissions de révision des codes juridiques (Code de la famille et Code pénal), en vue de combler certains vides juridiques et de réformer certaines dispositions discriminatoires.
48. Depuis 2005 le gouvernement développe des efforts énormes pour protéger les enfants et les femmes contre les maladies évitables par la vaccination. Cette volonté se manifeste par l'achat des vaccins, l'intégration des nouveaux vaccins, et l'organisation périodique des campagnes de vaccination. On constate aujourd'hui une nette évolution de la couverture vaccinale. Globalement, il y a moins d'enfants qui n'ont reçu aucun vaccin en 2012 (3,6%) qu'en 2005 (4,3%). Entre 2005 et 2011 la proportion d'enfants complètement vaccinés aux antigènes du PEV est passée de 25.5% à 45.5%, puis à 52% en 2012. Les couvertures administratives pour les principaux antigènes ont au cours de la même période augmenté respectivement de : 73,4% à 88% pour le BCG, 65,46% à 88% pour le DTC3, 65,46% à 88% pour la Polio3, 55,62% à 88% pour le VAR.
Il sied de noter qu'en 2012, il y a encore près de 3,65% d'enfants de cette tranche d'âge qui n'ont reçu aucun vaccin.
49. De même, au cours de ces dernières années, le gouvernement a consenti beaucoup d'efforts dans : i) la réhabilitation des formations sanitaires ; ii) le recrutement du personnel pour palier à l'épineuse question de l'insuffisance des ressources humaines ; iii) l'amélioration de l'indice salariale du personnel de santé pour accroître leur motivation ; iv) la formation du personnel à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et v) l'élaboration des documents des stratégies et des normes.
50. Ainsi, pour améliorer la qualité de la prise en charge dans les formations sanitaires, le Congo a fait de la stratégie de prise en charge des maladies de l'enfance (PCIME), la stratégie officielle pour l'instauration d'une démarche cohérente de diagnostic et de traitement des maladies de l'enfant ainsi qu'une utilisation rationnelle des ressources. L'évaluation récente de la stratégie a cependant relevé son impact limité sur la santé des enfants du fait de sa faible couverture géographique, de l'insuffisance de supervisions formatives, de fréquentes ruptures de stocks en médicaments et autres commodités essentielles. Cette situation est entretenue par le faible nombre de circonscriptions socio-sanitaires fonctionnelles et de centres de santé intégrés (CSI)

au fonctionnement rationalisé, et aggravée par la trop faible implication des populations aux actions de santé.

51. La mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) a été réduite de près de moitié entre 2005 et 2011-2012, de 117‰ à 68‰. Plus de la moitié des décès d'enfants de moins d'un an (56%) interviennent durant la période néonatale (les 28 jours après la naissance). Les quotients de mortalités néonatale et post-néonatale s'établissent, respectivement, à 22 et 18 décès pour mille naissances vivantes.
52. La mortalité maternelle a fortement reculé entre 2005 et 2011-2012, passant de 781 à 426 décès pour 100 000 naissances vivantes (NV). Le rythme du recul de la mortalité maternelle dépasse les prévisions des organisations des Nations unies, qui escomptaient un taux de 560 pour 100 000 NV en 2010⁴. Pourtant, même s'il se maintenait au cours de prochaines années, ce rythme ne suffirait pas à atteindre la cible de 223 pour 100 000 NV en 2015 établie dans le cadre des OMD. Ainsi, de gros efforts seront nécessaires pour diminuer de moitié au cours des prochaines années le taux de mortalité rapporté en 2012.
53. Même si la malnutrition aigüe et chronique baisse légèrement (8 à 6%)/(24 à 20%) entre 2005 et 2011, l'anémie augmente chez les enfants mais surtout les femmes enceintes (60 à 69%), l'allaitement exclusif au sein a peu évolué (19% à 21%).
54. Des données qualitatives capables de contribuer efficacement à l'identification des principaux goulots d'étranglement ne sont pas encore disponibles.
55. Pour prévenir la malnutrition, des activités d'éducation parentale sont réalisées dans certaines structures d'éducation non formelle (notamment, des centres communautaires d'éveil de la petite enfance et centres de rescolarisation / alphabétisation), en partenariat avec le Ministère de l'Enseignement primaire, secondaire et de l'alphabétisation. Cependant l'action nécessite une redynamisation et une extension à l'échelle nationale.
56. Pour renforcer la lutte contre les carences en micronutriments, le Congo a entamé depuis 2008 un processus de fortification des aliments, qui a abouti à la fortification de la farine de blé en fer (2009). Cependant ce processus est en voie d'expansion. Une étude de faisabilité de la fortification de sucre en Vitamine A est en cours; une Commission Nationale de Fortification des Aliments a été mise en place, dont le plan d'action élaboré attend d'être mis en œuvre.
57. Le Congo a mis en place un cadre institutionnel qui prend en compte la multisectorialité de la lutte contre le VIH et le sida. Un cadre stratégique a été élaboré et sert de base d'orientation de la lutte contre le VIH et le sida au Congo. Par ailleurs, un plan d'élimination de la transmission VIH de la mère à l'enfant vient d'être validé ; ce plan vise l'élimination d'ici 2016 des nouvelles infections VIH chez les enfants tout en maintenant les mères en vie. Dans la perspective du passage à l'échelle du paquet de service VIH, le Congo s'est doté d'un certain nombre de documents normatifs notamment : i) document fixant les normes et procédures sur la PTME qui tire ses fondements des recommandations de l'OMS de 2010 ; ii) guide thérapeutique de prise en charge du VIH ; iii) manuel de prise en charge pédiatrique de l'infection à VIH et iv) manuel de procédure de prise en charge des OEV. Le gouvernement a également, par décret n° 2008- 128 du 23 juin 2008, institué un régime de gratuité pour la prise en charge du traitement antipaludique, antituberculeux et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Des lignes budgétaires en rapport avec ces gratuités sont inscrites dans le budget de l'état.

⁴ Countdown to 2015, Fiche Congo 2012.

58. Pour prévenir les épidémies récurrentes, le Congo a mis en place un certain nombre de mesures qui s'articulent autour de la communication de masse et le C4D, l'appui à l'élevage domestique pour changer les habitudes alimentaires, la construction des latrines et de dispositifs de lavage de mains, la création des postes de chloration d'eau, la promotion de la participation des communautés dans les zones touchées. Il sied de noter que depuis 2005 le Congo n'a plus connu des épidémies d'Ebola.
59. Le système éducatif dans son ensemble a connu un développement quantitatif très important. Après le ralentissement de la scolarisation intervenu à la fin des années 90 marquée par des fortes tensions politiques, des progrès substantiels ont été enregistrés notamment après l'adoption des objectifs de l'éducation pour tous en 2000. C'est ainsi que le taux net de scolarisation dans le primaire est passé de 87% en 2005, à 89% en 2009 ; et 91,6% pour les garçons en 2011 contre 91,8% pour les filles la même année ; de même, le taux net de scolarisation dans le secondaire de 44% à 59%, avec une parité entre les sexes presque égale. Toutefois, la transition vers le secondaire et le taux d'achèvement à ce niveau (surtout pour les filles) constitue un goulot d'étranglement notamment à cause des grossesses précoces (50% à 15 ans).
60. Des études sur le coût de la gratuité scolaire, les écoles ORA (Observer, Réfléchir, Agir) pour les enfants autochtones et la scolarisation des filles, ont alimenté l'élaboration de la stratégie nationale de l'éducation, document de base pour la préparation du plan d'action du Partenariat Mondial pour l'Education. La finalisation du document de stratégie devrait structurer les partenariats nécessaires à l'expansion du système tout comme l'adoption de mesures opérationnelles de la gratuité au nombre desquelles une budgétisation conséquente du secteur de l'éducation.
61. Des efforts doivent se poursuivre dans les domaines suivants : i) la mise en place d'une véritable politique de ressources humaines pour résorber le déficit récurrent d'enseignants qui annihile dans certaines localités le sens de la gratuité scolaire car les communautés continuent de supporter les salaires des enseignants bénévoles/communautaires ; ii) l'élaboration d'un plan stratégique dûment budgétisé ; iii) la mise en place d'un mécanisme éprouvé d'approvisionnement des écoles en intrants essentiels, manuels notamment ; iv) renforcer l'éducation aux compétences de vie courantes ; v) renforcer l'efficacité interne du système d'éducation ; vi) renforcer l'équité par l'approche inclusive.

V- RECOMMANDATIONS

62. En dépit des richesses et des progrès, les indicateurs de développement du Congo restent similaires à ceux des pays à faibles revenus à cause des faiblesses systémiques dans les secteurs programmatiques et les politiques nationales, des taux d'allocation/d'exécution budgétaires insuffisants pour les secteurs sociaux, une gestion déficiente des systèmes et la distribution non équitable des richesses et des services. D'où la nécessité de mieux recentrer les programmes sur une approche plus équitable du développement, afin d'assurer que les plus vulnérables, les femmes et les filles/garçons bénéficient adéquatement des opportunités et réalisent leurs droits et leurs intérêts stratégiques.
63. Ce qui devrait se traduire concrètement par : i) l'augmentation des parts réservées aux secteurs sociaux dans les dépenses publiques et une meilleure qualité de la dépense pour accélérer l'atteinte des OMD; ii) le renforcement de la qualité des « Cadres de Dépenses à Moyen Terme »-CDMT- et leur rôle effectif dans le processus budgétaire; iii) le renforcement de la qualité de la planification des politiques de gratuité dans l'éducation et la santé; iv) l'appui à l'opérationnalisation de la politique nationale d'action sociale en faveur des couches vulnérables; v) un

approfondissement de la décentralisation ; vi) une plus grande attention consacrée à la communication pour le développement (C4D) et la mobilisation communautaire en tant qu'outils essentiels dans l'accélération de l'atteinte des OMD et leur pérennisation

64. Assurer la prise de textes réglementaires et l'application effective des lois de protection des populations autochtones et de l'enfant, ainsi que la révision de certains textes, comme le Code de la famille, le Code pénal et le Code de procédure pénal, pour renforcer la cohérence de la législation nationale et la rendre compatible avec les conventions internationales ratifiées par le Congo.
65. Améliorer la connaissance des vulnérabilités de l'enfant et de la femme et promouvoir les mécanismes et mesures efficaces de prévention et de gestion des risques en vue de la réduction de leurs impacts néfastes sur les ménages/individus.
66. Renforcer le mandat et les capacités des institutions chargées des droits de l'homme (Commission nationale des droits de l'homme, Commission anti-corruption etc.).
67. Renforcer le dialogue avec les organisations non gouvernementales qui militent dans le domaine des droits de l'homme que ce soit sur le volet promotion des droits humains, ou bien sur le volet protection de ces droits encore trop limité.
68. Promouvoir la participation communautaire dans l'identification des problèmes et des solutions au niveau décentralisé
69. Renforcer les capacités des institutions partenaires dans le cadre de la communication pour le développement; sensibiliser les médias sur la responsabilité à jouer dans le cadre de l'information et la sensibilisation sociale en matière de protection, développement et survie de l'enfant.

Brazzaville, 19 mars 2013