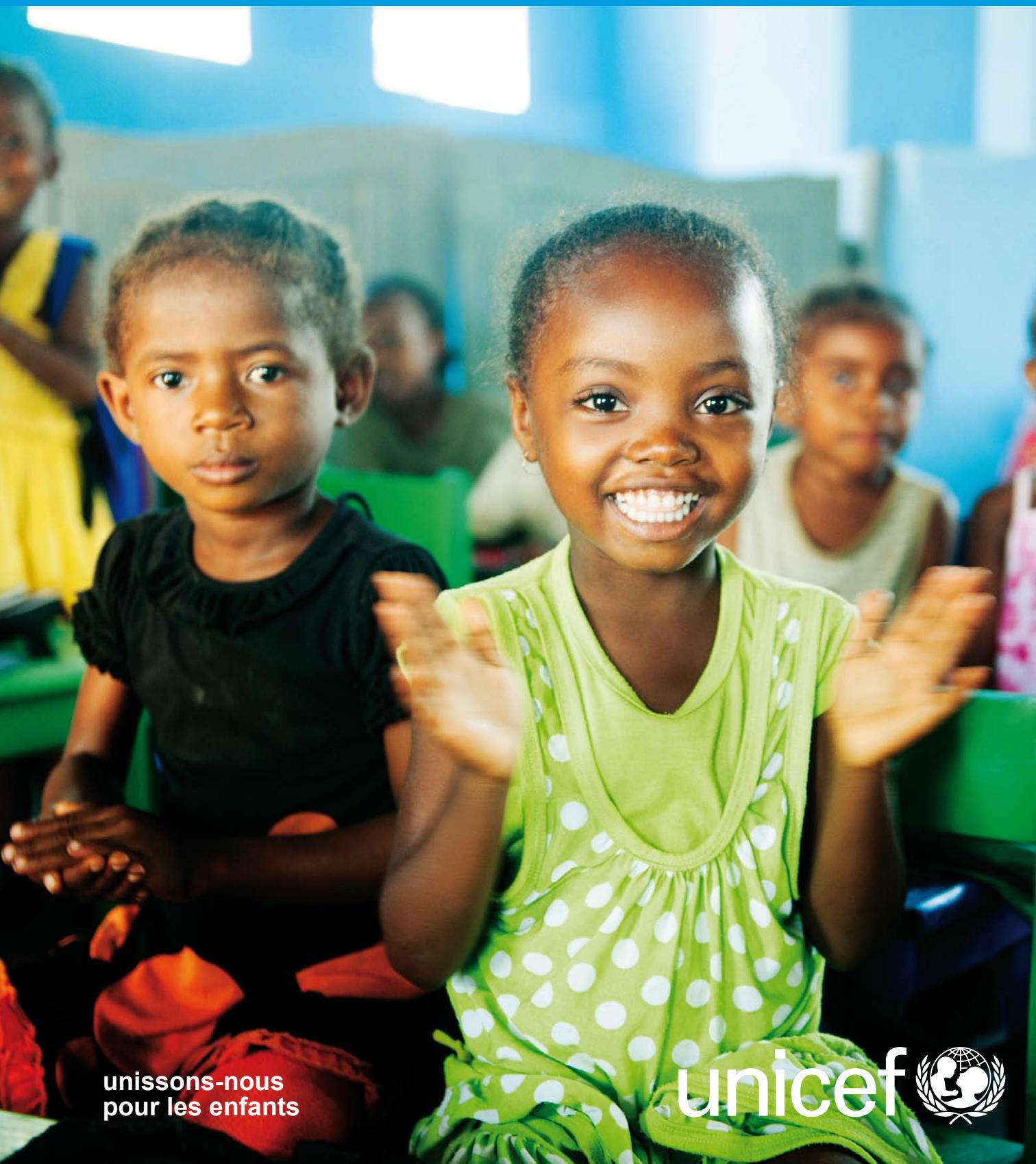


L'enfance à Madagascar : **UNE PROMESSE D'AVENIR**

Analyse de la situation de la mère et de l'enfant



unissons-nous
pour les enfants

unicef 



UNICEF Madagascar

Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Maison Commune des Nations Unies,

Zone Galaxy Andraharo

B.P. 732 Antananarivo

Tel: (261-20) 23 300 92

Email: antananarivo@unicef.org

Web: www.unicef.org/madagascar

Facebook: www.facebook.com/UNICEF.Madagascar

Youtube: UNICEF Madagascar

Twitter: www.twitter.com/unicefmada



Agir pour les enfants de Madagascar. Leur réinventer un avenir. Voilà tout l'objet de ce document. Cette analyse de la situation s'emploie à dresser un bilan des réalisations des quatre dernières années dans le domaine des droits de l'enfant. Avec en perspective, l'action, le développement d'interventions à haut impact basés sur des données probantes, afin de tenir notre « promesse renouvelée » en faveur de la survie des enfants et des femmes et, au-delà, d'assurer leur développement et leur protection

Elle tente de cerner les principaux manquements aux droits de l'enfant, d'en analyser les causes immédiates et plus profondes, dans le but de définir des stratégies d'interventions adaptées. Elaborée de façon inclusive et participative, elle fournit une vue d'ensemble de la situation des droits de l'enfant à la survie, à l'éducation et à un environnement protecteur.

Par nature, l'enfance est une période unique dans la vie, où chaque individu a la chance de grandir, d'apprendre et de découvrir le monde. Il a le droit de le faire en étant en bonne santé et protégé par les siens et par tous ceux qui ont l'obligation d'assurer sa sécurité et son bien-être, à commencer par l'Etat. Pourtant, à Madagascar, de très nombreux enfants n'ont pas la chance de vivre cette enfance-là.

Aujourd'hui, après les élections de fin 2013, le pays entrevoit une sortie de crise après la période troublée et éprouvante qui s'est ouverte en 2009. Le moment est venu d'intensifier nos efforts, en appui au gouvernement et aux populations, pour sauver des vies, améliorer le quotidien des enfants et leur donner les moyens de réaliser leur formidable potentiel.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'S. Lauwerier'.

*Steven Lauwerier,
Représentant de l'UNICEF Madagascar*

**UNICEF Madagascar
Août 2014**

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS.....	i
SOMMAIRE.....	ii
GRAPHIQUES, TABLEAUX ET CARTES.....	iv
ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	v
MÉTHODOLOGIE.....	vi

I. CONTEXTE NATIONAL 1

1.1. Le milieu naturel et la population	3
1.2. Situations d'urgence et gestion des crises	5
1.3. Cadre législatif et institutionnel relatif aux droits de l'enfant.....	8
1.4. Gouvernance, situation macroéconomique et investissements publics en faveur des enfants.....	10

2. DROIT À LA SURVIE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT 17

2.1. Principaux engagements de Madagascar	18
2.2. Cadre stratégique et institutionnel	19
2.2.1. Principales politiques et stratégies.....	19
2.2.2. Organisation du système de santé.....	22
2.3. Droit à la nutrition de la mère et de l'enfant.....	25
2.3.1. Etat des lieux et analyse des disparités	26
2.3.1.1. <i>Le retard de croissance ou malnutrition chronique, un problème prioritaire</i>	27
2.3.1.2. <i>Malnutrition aiguë</i>	29
2.3.1.3. <i>Insuffisance pondérale</i>	30
2.3.1.4. <i>Alimentation du nourrisson et du jeune enfant</i>	31
2.3.1.5. <i>Carences en micronutriments</i>	32
2.3.2. Principal défi : réduire la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans.....	33
2.3.2.1. <i>Analyse causale</i>	33
2.3.2.2. <i>Analyse des rôles</i>	37
2.3.2.3. <i>Analyse des capacités</i>	39
2.3.2.4. <i>Recommandations</i>	40
2.4. Droit à la santé de la mère et de l'enfant	41
2.4.1. Etat des lieux et analyse des disparités	42
2.4.1.1. <i>Droit à la santé de la mère</i>	42
2.4.1.2. <i>Droit à la vie et à la santé du jeune enfant</i>	47
2.4.1.3. <i>Droit à la vie et à la santé des adolescents</i>	53
2.4.2. Principal défi : réduire la mortalité maternelle et néonatale, en particulier dans les familles les plus vulnérables	56
2.4.2.1. <i>Analyse causale</i>	56
2.4.2.2. <i>Analyse des rôles</i>	65
2.4.2.3. <i>Analyse des capacités</i>	67
2.4.2.4. <i>Recommandations</i>	70
2.5. Droit à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène.....	71
2.5.1. Etat des lieux et analyse des disparités	72
2.5.1.1. <i>Droit à l'eau potable</i>	72
2.5.1.2. <i>Droit à l'assainissement</i>	76
2.5.1.3. <i>Droit à l'hygiène</i>	79
2.5.2. Principal défi : accélérer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux bonnes pratiques d'hygiène	79
2.5.2.1. <i>Analyse des causes</i>	79
2.5.2.2. <i>Analyse des rôles</i>	82
2.5.2.3. <i>Analyse des capacités</i>	83
2.5.2.4. <i>Recommandations</i>	84

3. DROIT À L'ÉDUCATION DE L'ENFANT

85

3.1. Principaux engagements de l'Etat	86
3.2. Politiques et stratégies.....	86
3.3. Le système éducatif malgache.....	87
3.3.1. Organisation administrative.....	87
3.3.2. Système de recrutement des enseignants.....	88
3.3.3. Cycles d'enseignement.....	88
3.4. Etat des lieux et analyse des disparités	90
3.4.1. Un accès de plus en plus restreint à la scolarisation	90
3.4.2. La baisse de qualité de l'éducation.....	92
3.5. Principal défi : assurer une éducation primaire universelle, inclusive et de qualité	94
3.5.1. Analyse causale	94
3.5.2. Analyse des rôles	98
3.5.3. Analyse des capacités	100
3.5.4. Recommandations	102

4. DROIT À LA PROTECTION DE L'ENFANT

103

4.1. Principaux engagements de Madagascar	104
4.2. Cadre stratégique et institutionnel de la protection de l'enfance.....	104
4.3. Etat des lieux et analyse des disparités	106
4.3.1. Enregistrement des naissances : 1 enfant sur 6 non déclaré à l'état civil	106
4.3.2. Enfants privés d'environnement familial : de plus en plus d'enfants placés dans des institutions .	108
4.3.3. Violences et châtements corporels : une réalité mal connue	110
4.3.4. Traite, exploitation et travail des enfants : les responsables impunis.....	111
4.3.5. Violences sexospécifiques : un phénomène banalisé.....	114
4.3.6. Enfants handicapés : entre brimades et marginalisation.....	116
4.3.7. Enfants en conflit avec la loi : des conditions de détention non conformes	116
4.3.8. Enfants en situation d'urgence : des progrès à poursuivre.....	118
4.4. Principal défi : jeter les bases d'un système intégré de protection de l'enfance pour réduire l'exploitation, la violence et la séparation non nécessaire des enfants vulnérables d'avec leur famille	119
4.4.1. Analyse causale.....	119
4.4.2. Analyse des rôles	122
4.4.3. Analyse des capacités	124
4.4.4. Recommandations	128

REMERCIEMENTS

GRAPHIQUES

Graphique 1 : Pyramide des âges en 2012

Graphique 2 : Evolution du PIB par tête et de la croissance du PIB depuis l'indépendance

Graphique 3 : Evolution des allocations hors solde au Ministère de la Santé publique

Graphique 4 : Evolution de la pauvreté selon les trois seuils (national, 1,25\$PPA, 2\$PPA)

Graphique 5 : Enfants souffrant de privations sévères (en noir) et moins sévères (en bleu) (%)

Graphique 6 : Prévalence de la malnutrition chronique chez les moins de cinq ans selon les standards OMS de 2006

Graphique 7 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans selon les standards OMS de 2006

Graphique 8 : Evolution de la mortalité maternelle à Madagascar (1992-2012)

Graphique 9 : Fécondité des femmes en âge de procréer selon l'âge et le milieu de résidence en 2012 (‰)

Graphique 10 : Evolution de l'ISF selon le milieu de résidence entre 1997 et 2012

Graphique 11 : Tendances des quotients de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile entre 1992 et 2012 (‰)

Graphique 12 : Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en 2003, 2008 et 2012

Graphique 13 : Evolution des cas d'IRA, diarrhées et paludisme chez les enfants de 0 à 11 mois entre 2000 et 2011

Graphique 14 : Principales causes des décès maternels

Graphique 15 : Taux d'accès à l'eau potable, national et par milieu de résidence (1990-2011)

Graphique 16 et 17 : Evolution de la population (en millions) ayant ou n'ayant pas accès à l'eau potable en milieu urbain (à g.) et rural (à dr.) entre 1991 et 2011

Graphique 18 : Evolution des modes d'approvisionnement en eau potable (1990-2011)

Graphique 19 : Evolution entre 1990 et 2011 de la population ayant accès à une installation sanitaire améliorée (%)

Graphique 20 et 21 : Evolution de la population (en millions) ayant et n'ayant pas accès à l'assainissement en milieu urbain (à g.) et rural (à dr.) entre 1991 et 2011

Graphique 22 : Evolution des modes d'évacuation des excréments (1990-2011)

Graphique 23 : Nombre d'écoles publiques par niveau d'enseignement (2011-2012)

Graphique 24 et 25 : Effectifs des enseignants du secteur public, par statut d'emploi en 2011-2012, au primaire (à g.) et au collège (à dr.)

Graphiques 26 et 27 : Répartition des effectifs des écoles publiques et privées en 2011-2012

(à g.) et Nombre d'écoles primaires fonctionnelles publiques et privées en 2011-2012 (à dr.)

TABLEAUX

Tableau 1 : Principales urgences connues (1999-2013)

Tableau 2 : Evolution du PIB et de la croissance du PIB entre 2002 et 2012

Tableau 3 : Evolution des dépenses totales d'éducation (au prix de 2011)

Tableau 4 : APD dans les secteurs de la santé et de l'éducation 2008-2012 (millions de dollars)

Tableau 5 : Evolution des indicateurs sur les ressources humaines dans le domaine de la santé (2005-2011)

Tableau 6 : Evolution des résultats aux tests (scores sur 100)

CARTES

Carte 1 : Régions et principales villes du pays

Carte 2 : Répartition de la population nationale par région en 2012 (%)

Carte 3 : Taux de pauvreté des enfants de moins de cinq ans par région en 2010

Carte 4 : Cartographie régionale de la malnutrition chronique des moins de cinq ans en 2012

Carte 5 : Cartographie régionale de la malnutrition aiguë des enfants de moins de cinq ans en 2012

Carte 6 : Cartographie régionale de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans en 2012

Carte 7 : Jeunes filles de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie féconde selon la région en 2012

Carte 8 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région de naissance en 2012

Carte 9 : Couverture vaccinale par région des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (2012)

Carte 10 : Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre par région en 2012

Carte 11 : Taux net de scolarisation selon la région en 2012

Carte 12 : Taux d'achèvement au primaire par région en 2012

Carte 13 : Tendances des taux d'abandon dans le primaire 2006-2008 et 2011-2012 (augmentation en points de pourcentage)

Carte 14 : Enfants de moins de cinq ans non déclarés à l'état civil par région en 2012

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

- ANJE** : Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
- Ar** : Ariary
- ARV** : Antirétroviral
- BCG** : Bacille de Calmette et de Guérin
- BEPC** : Brevet d'Etudes du Premier Cycle
- BIT/IPEC** : Bureau International du Travail/ International Program on the Elimination of Child Labour
- BNGRC** : Bureau national de gestion des risques et catastrophes
- CDE** : Convention relative aux droits de l'enfant
- CEG** : Collège d'enseignement général
- CEPE** : Certificat d'études primaires élémentaire
- CISCO** : Circonscription scolaire
- CNGRC** : Conseil national de Gestion des risques et des catastrophes
- CNLS** : Comité national de lutte contre le sida
- CRDE** : Commission de réforme des droits des enfants
- CSB I et II** : Centre de Santé de Base Niveau I et Niveau II
- DPMPM** : Division de la police des mœurs et de la protection des mineurs
- DSRP** : Document stratégique pour la réduction de la pauvreté
- DTC** : Vaccin contre la diphtérie, le tétanos et le coqueluche
- EDS** : Enquête démographique et de santé
- EKA** : Ezaka Kopia ho an'ny Ankizy (Opération de délivrance de jugements supplétifs de naissance pour les enfants)
- ENSOMD** : Enquête nationale sur le suivi des OMD
- ENTE** : Enquête nationale sur le travail des enfants
- EPM** : Enquête permanente auprès des ménages
- EPP** : Ecole primaire publique
- EPT** : Education pour tous
- FNUAP** : Fonds des Nations Unies pour la population
- FOKONTANY** : Quartier (la plus petite subdivision administrative à Madagascar)
- GRC** : Gestion des risques et catastrophes
- IDH** : Indicateur de développement humain
- IEC** : Information Education Communication
- INSTAT** : Institut national de la statistique
- IRD** : Institut de recherche pour le développement
- MAP** : Madagascar Action Plan
- MINSANP** : Ministère de la Santé publique
- MMR** : Maternité à moindre risque
- OIT** : Organisation Internationale du Travail
- OMD** : Objectifs du Millénaire pour le développement
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- ONG** : Organisation non gouvernementale
- ONN** : Office national de nutrition
- PASEC** : Programme d'Analyse des systèmes éducatifs de la Confemen
- PCIME** : Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
- PNAN** : Plan national d'action pour la nutrition
- PIB** : Produit intérieur brut
- PNLS** : Programme national de lutte contre le sida
- PNNC** : Programme National de nutrition communautaire
- PNUD** : Programme des Nations Unies pour le développement
- PSN** : Plan stratégique national
- PTME** : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
- PVVIH** : Personne Vivant avec le VIH
- RGPH** : Recensement général de la population et de l'habitat
- SSD** : Service de santé de district
- SSME** : Semaine de la santé de la mère et de l'enfant
- UNDAF** : Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
- UNICEF** : Fonds des Nations Unies pour l'enfance
- VAR** : Vaccin anti-rougeole
- VAT** : Vaccin antitétanique
- VIH-SIDA** : Virus de l'immunodéficience humaine- Syndrome de l'immunodéficience acquis

Objectifs de l'analyse de la situation

La présente analyse de la situation (SITAN) a pour principal objectif de présenter une analyse approfondie de la situation des droits de l'enfant à Madagascar en vue d'orienter la vision et les actions à mener dans le cadre de la nouvelle programmation 2014-2017 de l'UNICEF. Elle vise à mettre en évidence les progrès réalisés depuis 2009, date de la précédente étude¹, mais surtout les problèmes majeurs qui continuent à entraver la réalisation de certains droits fondamentaux. Cette analyse ambitionne plus largement de fournir un cadre de référence sur les droits de l'enfant malgache, le plus exhaustif possible, afin de nourrir le plaidoyer et de guider l'élaboration des nouveaux programmes de développement et des politiques publiques.

Les objectifs spécifiques de l'étude sont : (i) analyser le contexte national et présenter un bilan détaillé de la réalisation des droits de la mère et de l'enfant, (ii) identifier les problèmes majeurs et principaux défis à relever pour assurer la réalisation des droits de la mère et de l'enfant, (iii) identifier les populations les plus vulnérables et les mécanismes mis en place pour les protéger, (iv) analyser les causes immédiates, sous-jacentes et structurelles des problèmes majeurs, (v) analyser les rôles des parties prenantes – en particulier des détenteurs d'obligations vis-à-vis de la mère et de l'enfant, (vi) analyser les capacités de ces mêmes parties prenantes et (vii) identifier des pistes d'amélioration pour l'avenir en recommandant des stratégies ou interventions prioritaires à mettre en œuvre dans le cadre du prochain programme.



¹ Analyse de la situation de la femme et de l'enfant Madagascar 2009 (SITAN), UNICEF, 2009.

Après avoir rappelé le contexte de l'étude (chapitre 1), la présente SITAN est structurée en trois grandes parties concernant le droit à la Survie de la mère et de l'enfant (chapitre 2, divisé entre trois sections : Nutrition, Santé, Eau-Assainissement-Hygiène), le droit à l'Education de l'enfant (chapitre 3) et le droit à la Protection de l'enfant (chapitre 4).

Pour chacune des sections, l'analyse présente un état des lieux soulignant les tendances globales des indicateurs nationaux au cours des dernières années et analysant les disparités et inégalités d'accès aux droits et services.

Sur la base de cet état des lieux et d'une analyse des causes des problèmes constatés, l'étude présente les cinq défis majeurs à relever en priorité dans les années à venir, en vue d'accroître de façon significative la réalisation équitable des droits de la mère et de l'enfant à Madagascar.

Approches méthodologiques

Cette étude a été réalisée selon une approche basée sur les « droits humains » et « l'équité ». Elle s'adosse ainsi aux principes selon lesquels les droits humains sont universels, indivisibles, inaliénables et indépendants tandis que tous les enfants ont les mêmes droits, quel que soit leur sexe, origine ethnique, appartenance religieuse ou régionale, niveau de richesse ou d'éducation.

L'approche fondée sur les droits humains crée un cadre pour un développement mené de façon inclusive et participative, en cherchant à sensibiliser les décideurs et les parties prenantes à leurs obligations en matière d'application, de respect et de protection desdits droits. Elle est solidement ancrée dans le travail des Nations Unies qui ont adopté en 2003 un protocole d'accord sur ce que constitue l'approche de la coopération pour le développement fondée sur le respect des droits humains². Cette position commune offre un cadre conceptuel, analytique et méthodologique pour l'identification, la planification, la conception et le suivi des activités de développement sur la base des normes internationales des droits humains. Partant de ce principe, cette approche intègre donc les normes, standards et principes des droits internationaux dans l'ensemble du processus d'élaboration des plans, stratégies et politiques.

² [http://www.undg.org/content/programming_reference_guide_\(undaf\)/un_country_programming_principles/human_rights-based_approach_to_development_programming_\(hrba\)](http://www.undg.org/content/programming_reference_guide_(undaf)/un_country_programming_principles/human_rights-based_approach_to_development_programming_(hrba))

L'approche des droits humains est fondée sur plusieurs principes³, à savoir :

- **L'universalité** : les groupes les plus marginalisés ou qui souffrent traditionnellement de la discrimination dans leur pays et au sein de leur société doivent faire l'objet d'une attention particulière afin que leurs droits soient respectés,
- **La responsabilité** : les enfants et les femmes sont reconnus en tant qu'acteur et détenteurs de droits et non en tant que simples récipiendaires, l'action consiste avant tout à aider le gouvernement et la société à assumer ses obligations à tous les niveaux envers les droits de l'enfant et de la femme,
- **L'indivisibilité et l'interdépendance des droits humains** : aucun d'entre eux ne doit se voir accorder une priorité par rapport à un autre. En ce qui concerne les enfants, cela implique que leurs droits soient pris en compte dans tous les domaines par la satisfaction de leurs besoins physiques, psychologiques, spirituels et de développement,
- **La participation** : l'implication et la participation des bénéficiaires dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de développement constituent une façon de responsabiliser les individus et de mieux prendre en compte le contexte local.
- **La lutte contre les disparités** : analyser les disparités existantes est une étape essentielle pour mieux cibler les interventions et faciliter l'accès des populations marginalisées et exclues aux services essentiels. Par exemple, les disparités dans l'accès aux services essentiels dues à la situation géographique peuvent être réduites en offrant des services intégrés ou mobiles.

Alors que la plupart des donateurs et des gouvernements récipiendaires voient leurs budgets restreints, et conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, il semble encore plus important d'allouer l'aide au développement et l'assistance technique à ceux qui sont les plus exclus et marginalisés. C'est pourquoi l'approche basée sur l'équité constitue également un point d'ancrage fort de cette analyse de situation.

Adopter une approche basée sur l'équité consiste aussi à prendre en compte les facteurs systémiques liés à l'environnement social spécifique à Madagascar qui sont à l'origine de certaines inégalités en matière de survie, de développement et de protection de l'enfant. Ainsi, il apparaît primordial de remettre en question

certaines normes et pratiques sociales discriminatoires, de renforcer les systèmes de responsabilisation en fournissant aux communautés les moyens de s'informer ou encore de favoriser l'implication des organisations de la société civile pour promouvoir et faire connaître les droits fondamentaux.

Généralement, l'iniquité augmente lorsque certains groupes sont injustement privés de biens essentiels qui restent disponibles pour d'autres catégories de la population. Les disparités sont souvent liées à des facteurs comportementaux et sociaux qui peuvent être évités. La discrimination entre les sexes, ou d'autres facteurs sociaux, culturels, économiques ou politiques empêchent systématiquement les droits de groupes spécifiques – notamment les filles, les enfants des minorités, les enfants avec un handicap physique ou mental.

L'équité au contraire exige que chacun ait les mêmes chances d'accéder aux moyens de réaliser ses droits. Le but de cette approche n'est pas d'éliminer toute forme de différence pour créer un monde « uniforme » mais plutôt d'éliminer toutes les formes d'injustices évitables qui privent les enfants de leurs droits.

Ainsi, le but recherché par la présente étude est de comprendre et d'analyser les causes de l'iniquité afin de définir des politiques et des interventions permettant à chaque enfant - et en particulier à ceux qui souffrent des plus grandes privations – d'avoir accès à la nutrition, aux soins médicaux, aux structures sanitaires, à l'eau potable et à l'hygiène, à l'éducation, à la protection et à tout autre service nécessaire à sa survie et à son développement.



³ <http://www.unicef.org/french/rightsite/sowc/pdfs/panels/APPR-1.PDF>

Démarche et outils méthodologiques

La présente étude s'appuie sur l'analyse et le recoupement des données nationales et désagrégées collectées au cours des dernières années pour présenter un état des lieux actualisé de la réalisation de chaque catégorie de droits de l'enfant, mesurer les principales disparités et inégalités entre les différents groupes de population et identifier les problèmes majeurs à traiter au cours des prochaines années. L'analyse des causes des principaux problèmes constatés, y compris les déficits en termes de capacités, constitue la clé qui permet de définir les axes d'intervention prioritaires du futur programme de coopération UNICEF-Madagascar.

Les principaux outils de collecte des données utilisés dans le cadre de la SITAN sont la revue documentaire et la conduite d'ateliers participatifs.

La revue documentaire a consisté en deux volets : (i) l'analyse de la littérature : de nombreuses études, articles et publications de multiples sources différentes ont été revues et analysées et (ii) le recueil et l'analyse de données statistiques : ce travail a essentiellement consisté dans la revue des grandes enquêtes nationales, en particulier les Enquêtes démographiques et de santé et l'Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, dont la livraison tardive a quelque peu ralenti le travail de finalisation de l'étude.

Par ailleurs, la SITAN s'est inscrite dans un processus participatif qui a associé à la réflexion toutes les parties prenantes de façon pleine et entière. Ainsi, de nombreux partenaires (représentants des ministères, personnel de l'administration décentralisée, responsables d'ONG, bénéficiaires des interventions...), ayants droits et obligataires, ont pu participer aux ateliers de réflexion qui se sont tenus pour mener à bien cette analyse.

Au cours de ces échanges, l'analyse des causes des problèmes jugés prioritaires a permis d'identifier les principaux obstacles à la réalisation des droits de la mère et de l'enfant à Madagascar. Elle a été complétée par des discussions concernant les rôles et les capacités des différents acteurs et obligataires concernés. Un effort particulier a été réalisé pour faire apparaître les lacunes dans leurs capacités et déterminer quels appuis spécifiques pouvaient leur être fournis. Pour ce faire, plusieurs outils tels que les arbres à problèmes ou les grilles de rôles et de capacités ont été utilisés. Enfin, des recommandations ont été formulées sur les stratégies d'intervention à adopter dans le cadre de la future programmation du Bureau de l'UNICEF, en vue de favoriser l'atteinte des OMD et l'accomplissement des normes minimales des droits humains à Madagascar.





I. CONTEXTE NATIONAL

Selon le découpage administratif, Madagascar est aujourd'hui divisé en 22 régions.

Carte 1 : Régions et principales villes du pays



1.1. Le milieu naturel et la population

Situé au sud-ouest de l'océan Indien, Madagascar est une île s'étirant sur près de 1 500 km du nord au sud entre l'archipel des Mascareignes à l'est et le canal du Mozambique avec la côte africaine à l'ouest. L'île est traversée par une chaîne de montagne du nord au sud, de nombreux sommets dépassant 2 000 mètres. Le relief consiste en une succession de hauts plateaux sur la partie centrale de l'île.

Dans la zone de basses pressions équatoriales au nord et sous l'influence de l'anticyclone de l'océan Indien au sud-est, le pays est balayé par un vent de mousson du Nord-Ouest pendant l'été austral et subit des cyclones irréguliers mais parfois violents entre janvier et mars.

Une saison chaude et pluvieuse dure de novembre à avril et une saison plus fraîche de mai à octobre. La côte orientale de l'île est exposée à un climat humide avec une courte saison sèche alors que la côte occidentale présente une saison sèche plus marquée. Le Sud fait face à un climat très sec et les hauts plateaux bénéficient d'un climat tropical de montagne avec une saison sèche fraîche bien marquée. Les températures moyennes annuelles sont de 27°C sur la côte nord et de 24°C sur la côte sud tandis qu'elles sont de 16°-17°C sur les hautes terres.

De nombreux risques et aléas climatiques

Les cyclones et inondations sont des risques climatiques importants pour Madagascar, 3 à 4 cyclones frappent le pays chaque année et leur intensité peut être importante. La sécheresse est un aléa climatique qui touche le Sud de façon récurrente et pose des problèmes de sécurité alimentaire dans ces régions. Ces deux phénomènes devraient se renforcer dans les années futures en raison du changement climatique : les cyclones pourraient devenir plus intenses tandis que les températures dans le Sud se réchaufferaient tout en s'accompagnant de pluies diluviennes.

Madagascar dispose d'un patrimoine naturel important, tant au niveau de la faune, de la flore que des ressources géologiques. Le fort endémisme présent sur l'île a permis l'émergence d'une diversité végétale et animale unique. Le potentiel agricole, les ressources forestières et halieutiques représentent près de 50% de la richesse du pays⁴. Ces caractéristiques sont un potentiel économique important, notamment pour le tourisme, mais aussi pour l'industrie pharmaceutique, cosmétique et alimentaire, pour l'artisanat avec la présence importante de bois précieux dont le stock est aujourd'hui menacé. Les ressources minérales, bien qu'encore mal connues, constituent des réserves

⁴ Madagascar : pour un dialogue sur les enjeux du développement, Banque mondiale, juin 2013.

de richesses suscitant l'intérêt des investisseurs : des fonds importants ont été investis dans l'exploitation de minéraux, l'exploration et la prospection.

La présence de rivières et fleuves sur tout le territoire permet au pays de bénéficier de grandes quantités d'eau qui peuvent être exploitées pour l'énergie hydroélectrique, l'irrigation et la consommation.

Certaines ressources étant déjà menacées, leur gestion constituera un défi pour le pays dans les prochaines années. Si rien n'est fait, l'exploitation non contrôlée des forêts et des produits de la mer, le trafic d'espèces en danger, de pierres et de métaux précieux, pourraient amputer le pays de son capital naturel et peser sur son développement.

Une population jeune et inégalement répartie

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat (RGPH), qui constitue l'unique base de sondage pour les enquêtes, date de 1993.

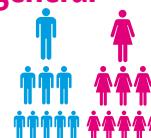
En 2012, selon les calculs de l'INSTAT, la population malgache était estimée entre 20 et 21 millions d'individus et continuait de croître de 2,8%⁵ par an depuis 2009, soit à un rythme annuel supérieur à la moyenne en Afrique subsaharienne (2,3%). Selon les projections, la Grande Ile sera peuplée de plus de 23,7 millions d'habitants en 2015.

La population malgache est encore en phase de transition démographique avec une fécondité très forte, à 161 pour mille en 2012⁶. L'espérance de vie moyenne était de 64 ans en 2011⁷.

La population malgache est jeune, avec plus de 20% des individus âgés de 5 ans ou moins et 47% de 15 ans ou moins. Au total, les enfants et les jeunes (moins de 25 ans) représentent 64% de la population du pays⁸.

Le dernier recensement général de la population date de

1993



20%

de la population malgache est âgée de < 5 ans



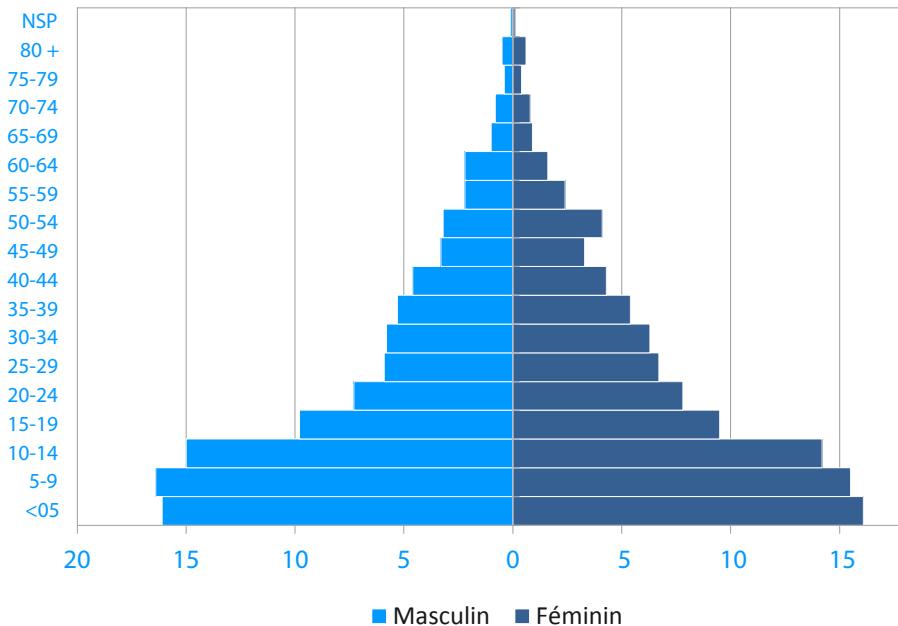
⁵ Les indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale.

⁶ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar 2013.

⁷ Les indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale.

⁸ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar 2013.

Graphique 1 : Pyramide des âges en 2012 (%)



Au total, les enfants de moins de 15 ans représentent **47%** de la population du pays.

Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

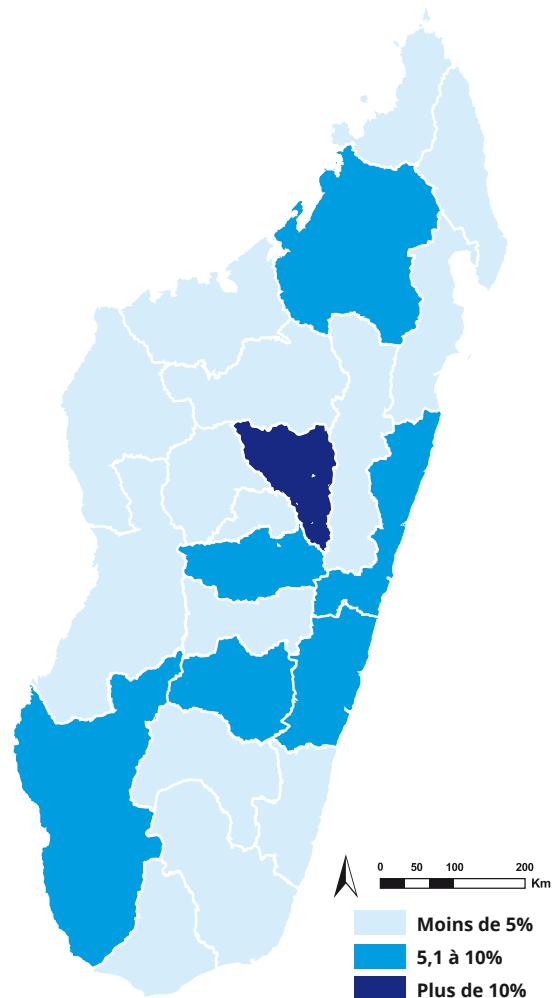
Par ailleurs, la population compte légèrement plus d'individus féminins que masculins, le rapport de masculinité s'établissant à 99%. Ce rapport varie d'une région à l'autre, passant d'un minimum de 93% dans la région de Diana à un maximum de 105% dans l'Itasy.

En moyenne, un ménage malagasy compte 4,5 individus et l'âge moyen des chefs de ménage est de 42 ans. Plus d'un cinquième des ménages (22%) sont dirigés par une femme, en raison du décès du conjoint, d'une séparation, d'un célibat volontaire ou d'autres raisons. Cette situation se rencontre davantage en milieu urbain (27% des ménages) que rural (21%). Au total, les ménages dirigés par des femmes représentent 15% de la population.

La population est faiblement urbanisée avec 17% des habitants résidant en milieu urbain, contre 83% en milieu rural⁹. La capitale concentre 6% de la population. Le milieu urbain compte plus de femmes que d'hommes (93 hommes pour 100 femmes) tandis qu'en milieu rural, les femmes sont sensiblement moins nombreuses que les hommes.

La population est très inégalement répartie suivant les régions. L'Analamanga, le Vankinaratra et le Vatovavy Fitovinany regroupent près du tiers (31%) de la population du pays. A l'inverse, les régions de Betsiboka, Melaky et Ihorombe sont les moins peuplées, avec chacune 1% de la population nationale.

Carte 2 : Répartition de la population nationale par région en 2012 (%)



⁹ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar 2013.

Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Une société fragmentée

Bien que la population ait été classifiée en 18 ethnies par l'administration coloniale française, le fait ethnique pèse peu à Madagascar. Comme le souligne une récente étude¹⁰, la Grande Ile est l'un des pays où la dimension ethnique dans la vie politique et économique est la moins marquée sur le continent africain. Les Malgaches sont de loin les moins nombreux à considérer que certains groupes ethniques sont discriminés et la grande majorité d'entre eux affirme que leur groupe ethnique n'exerce ni plus ni moins d'influence politique que les autres.

En revanche, la fragmentation sociale est très importante du fait du cloisonnement de la société en groupes statutaires fortement hiérarchisés, un héritage de la période précoloniale qui a continué d'opérer malgré l'abolition officielle des castes au début du XX^{ème} siècle.

Ainsi, de fortes inégalités persistent entre héritiers statutaires et couches populaires, parallèlement à celles entre les régions (particulièrement entre les hautes terres et les régions côtières) et celles entre les zones urbaines et rurales¹¹.

1.2. Situations d'urgence et gestion des crises

Cyclones, inondations, sécheresse, invasions d'acridiens... : les catastrophes naturelles sont récurrentes et créent chaque année de nouvelles urgences.

Un pays à très hauts risques de catastrophes naturelles

Selon l'Indice de vulnérabilité au changement climatique Maplecroft (Climate Change Vulnerability Index - CCVI), Madagascar est un pays extrêmement à risques de désastres naturels et figurait à la cinquième place des pays les plus menacés par les cyclones en 2012. Il est également à hauts risques de sécheresse¹². Les cyclones intenses sont ravageurs¹³ : entre 2003 et 2012, Madagascar a été touché par 22 cyclones ayant affecté 3 millions de personnes dont 540 000 enfants de moins de 5 ans¹⁴. Seules les régions côtières de l'Est et de l'Ouest ont été touchées. Mais en 2011, des

inondations importantes ont aussi frappé les trois régions du grand Sud, portant le nombre de régions à risque à 16¹⁵.

Les conséquences des épisodes climatiques extrêmes sont aggravées par la dégradation environnementale de l'île. Du fait de la déforestation et de la dégradation des sols dues aux pratiques culturales sur brûlis et à la confection de charbon de bois, de « simples » fortes pluies accélèrent l'érosion, provoquant éboulements et glissements de terrains.



La sécheresse est le deuxième facteur de risque de catastrophes naturelles à Madagascar. Il affecte surtout le Sud, qui est couvert par la bande sahéenne australe. Les habitants de la région du Sud souffrent tous les 4 à 5 ans d'une longue période de déficit pluviométrique, qui entraîne une dégradation de la situation nutritionnelle¹⁶.

La sécurité alimentaire est aussi régulièrement menacée par des invasions de criquets pèlerins. Les capacités du Centre national antiacridien (CNA) ayant été affaiblies par la crise sociopolitique, l'invasion acridienne est en nette recrudescence¹⁷. En 2013, toutes les cultures du Sud-Ouest du pays ont été ravagées et les Nations Unies ont estimé que plus de la moitié des habitants de l'île était menacée dans leur sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Forte récurrence des épidémies

Au cours des dernières années, du fait de la dégradation du contexte sociopolitique, la situation épidémiologique semble se détériorer.

Suite à une série d'efforts visant la prévention et la prise en charge communautaire du paludisme, les données des formations sanitaires montrent que la part de morbidité de la maladie est passée de 22% en 2003 à 5% en 2011 chez les enfants de moins de 5 ans et de 26% à 19% pour la mortalité. Toutefois, après cette période de recul, le paludisme a connu une forte résurgence à la fin de l'année 2011¹⁸. Ainsi, en mai 2012, le Ministère de la Santé publique a déclaré une épidémie de paludisme à type de « variation saisonnière exagérée de la transmission et de l'incidence » dans les régions du Sud-Est.

¹⁰ Institutions, gouvernance et croissance à long terme à Madagascar : l'énigme et le paradoxe malgache, IRD/Université Paris Dauphine, 2013.

¹¹ Ibid.

¹² Country risk briefing Q3 2012 - Maplecroft <http://maplecroft.com/portfolio/countries/MG/>

¹³ La saison cyclonique 2006-2007 et 2007-2008 ont été particulièrement sévères et en 2009, 5 systèmes dépressionnaires ont touché 7 régions. Le bilan a fait état de 121 819 sinistrés dont 29 morts, 43 blessés, 01 disparu, 8 102 sans-abris, et 17 426 cases d'habitations endommagées. Entre 2009 et 2012, les saisons cycloniques ont été relativement plus clémentes.

¹⁴ Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, "Summarized Table of Natural Disasters in Madagascar from 2003 to 2012", EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database, CRED, Brussels, available at <www.emdat.be/>, and UNICEF estimate of child population.

¹⁵ Plan de contingence 2011-2012.

¹⁶ Country risk briefing Q3 2012 - Maplecroft <http://maplecroft.com/portfolio/countries/MG/>

¹⁷ Selon EPM 2010, elle est passée de 1% de ménages affectés en 2005 à 6% en 2010. Depuis mai 2010, on observe une recrudescence de l'infestation avec contamination de l'Ouest par des essais.

¹⁸ Plan stratégique de lutte contre le paludisme Madagascar 2013-2017.

La peste est sous forme endémo-épidémique ou sporadique sur les Hautes Terres et la forme pulmonaire s'est développée depuis 2010. Au cours de l'année 2011, 29 districts sanitaires ont notifié 623 cas suspects de peste parmi lesquels 81 étaient de forme pulmonaire. Entre 2010 et 2011, une nette aggravation de la situation a été constatée avec une augmentation de 342% des décès suspects¹⁹.

D'autre part, le seuil des enfants susceptibles d'attraper la rougeole et le risque d'épidémie reste élevé en raison d'un nombre croissant d'enfants non vaccinés.

La prévalence de la tuberculose estimée par l'OMS est de 489 pour 100 000 et une incidence estimée à 266/100 000 toutes formes confondues²⁰.

Tableau 1 : Principales urgences connues (1999-2013)

Crise	Année	Décès	Blessés ou malades	Affectés	Observations
Cyclone et inondation	2012-2013	42	126	40 154	Cyclone Haruna
	2011-2012	112	133	492 869	Cyclone Giovanna, Irina et la ZCIT
	2010-2011	35	112	267 000	Cyclone Bingiza
	2009-2010	86	183	195 000	Essentiellement causé par la tempête HUBERT
	2008-2009	28	43	114 537	
	2007-2008	83 et 177 disparus	583	525 000	Dommmages et pertes économiques 333 millions de dollars des E.-U.
	2006-2007	180		2 000 000	Le Nord, le Nord-Ouest et l'ensemble de la côte Est
	2004	363	1 000	988 139	360 000 sans abris
	2002			526 200	
	2000			736 937	
	1997	140		600 000	80 000 sans abris
Sécheresse	2010	-	-	720 000	Limitée aux trois régions du Grand Sud
	2009	-	-	381 000	
	2006	-	-	232 690	
	2002	-	-	600 000	
Invasion acridienne	2011-2012	-	-	2 000 000	Risque d'extension vers une grande partie du pays
	2010-2011	-	-	500 000 ha (13 000 personnes)	Limitée dans le Grand Sud et Sud-Ouest du pays
Crise nutritionnelle	2005			14 000 enfants de moins de 5 ans	Région du Sud-Est (District de Vangaindrano et Commune de Manantenina)
Epidémie	2011	29			Peste (national)
	2009/2010	3	1028		Grippe AH1N1 (national)
	2008	20	514		Fièvre de la Vallée du Rift (national)
	1999	2 638	45 000		Choléra (national)

Source : Plan de contingence national 2011-2012 et BNGRC.

¹⁹ Point épidémiologique sur la situation de la peste à Madagascar en 2011. Dr Rakotonjanabelo Lamina Arthur, DPC, OMS, Madagascar, janvier 2011.

²⁰ Global Tuberculosis Control 2011.

Les ménages de moins en moins résilients face aux chocs

En 2012, près du tiers des ménages (31%) déclare avoir subi un choc au cours des 12 derniers mois. Plus d'un ménage sur cinq (21%) a subi un choc pour des causes environnementales. La plupart des victimes de ce type de choc vivent en zone rurale²¹, les urbains étant davantage touchés par les chocs économiques. C'est dans les régions d'Atsimo Andrefana et Androy que les problèmes climatiques et environnementaux sont les plus fréquents.

La faculté de récupération des ménages apparaît faible et semble s'amoinrir depuis 10 ans²² : en 2012, moins de 7% des personnes affectées étaient capables de revenir à leur niveau de vie d'avant la catastrophe au bout d'un mois, et plus des quatre cinquièmes (82%) mettaient plus d'un an à se relever d'une catastrophe ou pensaient ne jamais y arriver. Le premier « mécanisme amortisseur » utilisé par les ménages (48%) est l'augmentation du volume de travail. Ce type de recours peut avoir un impact déplorable sur les enfants en les contraignant à quitter l'école et à commencer précocement leur vie active. Des programmes d'appui aux communautés afin de les aider à se préparer aux catastrophes et de les impliquer dans la réduction des risques ont été lancés mais sont restés à l'état de projet pilote, sans grand impact.

Des capacités limitées en matière de prévention des risques et de réponse aux urgences

La résilience de plus en plus faible de la communauté face aux chocs fait écho aux capacités de moins en moins grandes de l'Etat et de ses partenaires en matière de prévention, de préparation et de réponse aux urgences. Un récent rapport des Nations Unies²³ met en lumière les nombreuses lacunes constatées dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de gestion des risques et des catastrophes (SNGRC) de 2003. Selon cette évaluation, la quasi-totalité de la stratégie est axée sur l'aspect opérationnel des secours en cas de crise ou de catastrophe et ignore les mesures à prendre pour la réduction des risques en tant qu'élément de la planification du développement à long terme. Elle est actuellement en cours de révision. Quant aux dispositifs institutionnels de pilotage et de gestion des catastrophes, ils sont nombreux, ont des rôles mal délimités et restent peu coordonnés.

Pour tenter de mieux harmoniser les interventions, le Comité restreint d'intervention en catastrophes

(CRIC) fait office de mécanisme national informel de coordination et sert de plateforme de réflexion et d'échanges d'information. Présidé par le Bureau national pour la gestion des risques et catastrophes (BNGRC), il réunit tous les intervenants clés : secteur étatique, Nations Unies, agences de coopération bilatérale et multilatérale (USAID, Banque mondiale et Union européenne), secteur privé et ONG internationales et locales. Cependant, le CRIC est focalisé sur la préparation et la réponse aux urgences au détriment des aspects de prévention, atténuation et réduction des risques de catastrophes. Sur le plan du financement, l'Etat ne dispose pas d'un budget spécifiquement alloué à la gestion des risques de catastrophes et reste fortement dépendant des appuis extérieurs.

Compte tenu des faibles capacités organisationnelles et financières de l'Etat, l'Equipe humanitaire de pays joue un rôle clé. Elle se compose des agences des Nations Unies et de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), d'ONG internationales, du mouvement de la Croix Rouge et du Croissant Rouge. Présidée par le Coordinateur Résident du Système des Nations Unies à Madagascar appuyé par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et activée en permanence, l'Equipe humanitaire de pays constitue l'organe de coordination des interventions le plus puissant dans le domaine de la réduction, préparation et réponse aux urgences.

L'équipe est organisée en huit clusters humanitaires, présidés par les agences onusiennes et la Fédération internationale de la Croix Rouge, et dispose d'une structure technique inter-clusters de coordination et de conseil/suivi. Les clusters humanitaires sont plus ou moins opérationnels selon le niveau d'engagement de leurs membres et chef de file et la présence ou non d'ONG spécialisées à Madagascar.

Au total, l'UNICEF joue un rôle important au sein de l'Equipe humanitaire de pays. Elle est officiellement chef de file de trois clusters - Nutrition, Eau/ Assainissement/Hygiène, Education - et assure le lead informel du sous-cluster Protection de l'enfant²⁴.

Toutefois, les capacités disponibles dans le pays (acteurs, ressources humaines, infrastructures, stock pré-positionné) restent largement insuffisantes en cas de crise majeure. De plus, les acteurs sont inégalement répartis sur l'ensemble du territoire et ne couvrent pas toutes les régions à risques. Seulement une soixantaine d'ONG humanitaires travaillent à Madagascar dont une vingtaine d'ONG internationales, et la plupart interviennent à la fois dans le domaine du développement et des urgences.

²¹ Enquête nationale pour le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²² Si l'on se réfère aux enquêtes nationales réalisées en 2003-2004, 2008-2009 et 2010.

²³ Rapport sur l'évaluation des capacités en matière de réduction des risques de catastrophes à Madagascar, UNDP, OCHA, UNISDR, juin 2012.

²⁴ Les quatre autres clusters sont : Habitat (Lead : Croix-Rouge malagasy), Logistique (Lead : PAM), Santé (Lead : OMS), Sécurité alimentaire et moyens de subsistance (Lead : PAM/FAO).

1.3. Cadre législatif et institutionnel relatif aux droits de l'enfant

Madagascar a ratifié la plupart des conventions, chartes et traités sur les droits humains. L'Etat a ratifié la Convention internationale relative aux droits de l'enfant en 1991, ainsi que le Protocole facultatif à la CDE concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés (en 2004) et le Protocole facultatif à la CDE concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants (en 2004). En 2012, il a signé le troisième Protocole facultatif à la CDE, établissant une procédure de plainte pour des violations de droits de l'enfant.

Des engagements internationaux à renforcer

De plus, Madagascar a adhéré à un large éventail d'autres textes intéressant directement ou indirectement les droits de l'enfant :

- La Charte africaine des droits et du bien-être des enfants (ratifiée en 2005),
- Les Conventions n°138 et 182 de l'OIT relatives à l'âge minimum et aux pires formes de travail des enfants (ratifiées respectivement en 2000 et 2001),
- La Convention de la Haye sur la protection des enfants pour la coopération internationale en matière d'adoption (ratifiée en 2004),
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ratifié en 1971),
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (ratifié en 1971),
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, ratifiée en 1989),
- La Convention sur l'abolition du travail forcé (ratifiée en 2007),
- La Déclaration sur les Objectifs du Millénaire pour le développement (ratifiée en 2000).

Toutefois, certaines conventions internationales ont été signées mais non ratifiées et d'autres attendent toujours d'être signées. Ainsi, suite à l'examen des troisième et quatrième rapports périodiques de Madagascar sur la mise en œuvre de la CDE, lors de la 59ème session du comité des droits de l'enfant des Nations Unies, le comité a encouragé l'Etat malgache à accéder à tous les instruments primordiaux en matière de droits de l'homme, y compris le Protocole facultatif à la Convention internationale sur les droits économiques, sociaux et culturels, le Deuxième

Protocole facultatif à la Convention internationale sur les droits civils et politiques visant l'abolition de la condamnation à mort, le Protocole facultatif à la CEDAW, le Protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la Convention internationale sur la Protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, la Convention relative aux droits des personnes handicapées, le Protocole optionnel à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et la Convention pour la protection de toutes les personnes contre les disparitions forcées²⁵.

Une réforme incomplète du cadre législatif national

Selon l'article 21 de la Constitution, L'Etat assure la protection de la famille pour son libre épanouissement ainsi que celle de la mère et de l'enfant.



Pour accélérer l'alignement de la législation interne sur les engagements internationaux de l'Etat, une avancée remarquable a été réalisée en 2005 avec la création²⁶ d'une commission de réforme des droits des enfants (CRDE), coordonnée par le Ministère de la Justice. Au cours des dernières années, Madagascar a ainsi connu des changements législatifs : certains textes ont été réformés dans un sens favorable aux droits de l'enfant tandis que de nouveaux textes ont été adoptés. On notera notamment :

- L'adoption de la loi n° 2005-014 du 7 septembre 2005 relative à l'adoption et de la loi n°2007-23 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants qui aborde la protection de remplacement : avec ces deux lois, l'Etat malgache s'est doté d'une législation en matière d'adoption. Cependant des imprécisions, complexités et lacunes dans la rédaction de ces textes rendent le système complexe. Par exemple, la législation actuelle prévoit une série de délais qui entraîne une institutionnalisation prolongée des enfants, contraire aux principes généraux édictés par ladite législation. Une autre lacune consiste dans

²⁵ Comité des droits de l'enfant, 59ème session, Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention, Observations finales: Madagascar, Nations Unies, mars 2012.

²⁶ Décret n°2005-025.



l'absence de critères sur la base desquels l'autorité centrale doit s'appuyer pour opérer l'apparementement le plus adéquat entre une enfant adoptable et des candidats adoptant.

- L'adoption de la loi n°2007-022 du 20 août 2007 relative au mariage et aux régimes matrimoniaux, instituant l'âge minimum légal du mariage à 18 ans : cette loi constitue un instrument pour limiter les mariages précoces et forcés mais son efficacité est limitée par des dispositions permettant au juge de prononcer, sur demande de la famille, un jugement en vue d'accorder une exception.
- L'adoption de la loi n°2008-008 du 25 mai 2008 contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants : cette loi mentionne les garanties légales pour toute personne privée de liberté et dispose dans son article 7 : « Toutes les personnes appartenant à un groupe vulnérable, notamment les mineurs et les femmes, doivent être détenues séparément et dans des locaux appropriés ». Par ailleurs, la loi définit les peines encourues si un acte de torture a été commis « sur un mineur de moins de 18 ans ou sur une femme enceinte, en état de grossesse apparente ou connue de l'auteur ».
- L'adoption de la loi n° 2007-040 du 14 Janvier 2008, qui autorise les chefs de districts à délivrer des jugements supplétifs d'acte de naissance pour l'enregistrement rétroactif des enfants de moins de 18 ans par la tenue d'audiences foraines. La durée de mise en vigueur de cette loi a été prolongée jusqu'en 2015, par la loi n° 2012-009 du 02 Mai 2012²⁷.
- La loi n° 2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du Code pénal relatives à la lutte contre la traite des personnes et le tourisme sexuel : cette loi instaure un devoir de signalement et définit comme complice quiconque ne dénonce pas les cas de proxénétisme, d'exploitation sexuelle ou de tourisme sexuel portés à sa connaissance. De plus, la traite des personnes, y compris des enfants, le tourisme sexuel, et l'inceste constituent désormais des infractions autonomes prévues et punies par le Code pénal.

Depuis 2009, la dynamique de réformes a été ralentie par la crise sociopolitique et l'instabilité institutionnelle. Ainsi, plusieurs projets de loi initiés par le CRDE sont en attente d'adoption, dont :

- Le Projet de loi sur la protection des enfants en conflit avec la loi et la justice pour mineurs ;
- Le Projet de circulaire sur les familles d'accueil pour la prise en charge des enfants séparés de leur famille

du fait d'un abandon ou à la suite de violences commises à leur rencontre dans le cadre familial. Les dispositions de ce projet de circulaire sont en cours d'expérimentation, avec l'appui de l'UNICEF.

De plus, selon les observations du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies en 2012, le cadre légal malgache en matière de protection de l'enfant comporte encore des lacunes importantes. Ainsi, le Comité recommande²⁸ à l'Etat de finaliser la réforme des lois sur la nationalité des enfants afin d'assurer qu'aucune discrimination n'existe contre les enfants nés de mère malagasy et de père de nationalité étrangère et contre les enfants nés hors-mariage. Il conseille aussi à l'Etat d'assurer que les enfants nés à Madagascar ne risquent pas d'être apatrides.

Le cadre légal malgache ne contient pas de loi fixant l'âge du consentement aux relations sexuelles. A cet égard, le comité observe que l'existence d'une telle loi ou disposition insérée dans le Code pénal représenterait un frein à l'impunité des auteurs d'infractions sexuelles à l'égard des enfants et au mariage précoce forcé. Une telle disposition permettrait d'incriminer toute personne s'engageant dans des activités sexuelles avec des personnes en dessous de l'âge légal et renforcerait la réponse des autorités à l'abus sexuel dont sont victimes les enfants à Madagascar.

Manque de coordination des politiques et des programmes concernant les enfants

Bien que disposant de nombreux plans d'action sectoriels, notamment dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la nutrition, du VIH/sida et de l'eau et assainissement, Madagascar n'a pas adopté de politique ou de plan national d'action en vue d'appliquer la CDE. Un tel plan-cadre permettrait pourtant de coordonner l'ensemble des programmes et interventions sectorielles en faveur des enfants et de les aligner sur les stratégies nationales de développement et de réduction de la pauvreté.

De même, il n'existe aucun organe gouvernemental chargé de coordonner l'ensemble des politiques, lois et programmes relatifs aux droits de l'enfant et doté d'un ancrage institutionnel suffisamment fort pour s'imposer aux différentes administrations et secteurs concernés. Jusqu'ici, le Ministère de la Population et des Affaires sociales a joué un certain rôle de coordination des activités relatives aux droits de l'enfant et au suivi de la mise en œuvre de ces droits, en coopération avec l'UNICEF et les réseaux de protection de l'enfance. De même, des instances de coordination par secteur ont été créées. Toutefois, ces mécanismes ne suffisent pas à coordonner de manière efficace et globale la mise en œuvre des

²⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la Statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁸ Comité des droits de l'enfant, 59ème session, Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention, Observations finales: Madagascar, Nations Unies, mars 2012.

droits de l'enfant dans l'ensemble des secteurs et entre les niveaux national et régional, selon le Comité des droits de l'enfant.

Persistance de freins à la réalisation des droits de l'enfant

Enfin, même si des efforts ont été consentis pour mettre en œuvre les droits de l'enfant selon une approche basée sur les droits, leur concrétisation se heurte à de nombreux obstacles, notamment le manque d'investissements financiers de l'Etat dans les secteurs sociaux (voir plus loin). Des plans d'action sectoriels pertinents ont été élaborés, notamment le Plan national d'action pour la lutte contre la violence à l'égard des enfants (2008-2012) et la Stratégie nationale pour la prévention des abandons, la réduction du nombre de placements en institution et la prise en charge des enfants au sein de la communauté (2011-2015), mais ces plans ne se sont pas vu allouer de budget et n'ont pas été mis en œuvre.

L'autre frein majeur à la réalisation des droits de l'enfant tels que définis par la CDE réside dans les pesanteurs socioculturelles, du fait du manque de connaissances des familles et de la persistance d'un droit coutumier puissant, notamment en milieu rural, parfois contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, en particulier des filles, des jumeaux et des handicapés²⁹.

1.4. Gouvernance, situation macroéconomique et investissements publics en faveur des enfants

Après les événements de 2009, Madagascar était en proie à une crise politique. Le gouvernement – la Haute Autorité de la Transition – n'était pas reconnu par la plus grande partie de la communauté internationale et une large part de l'aide extérieure avait été suspendue. Alors que le pays est fortement dépendant du soutien international, cette situation avait exacerbé les tensions et accéléré le déclin économique et social de l'île. Les élections présidentielles de fin 2013, ainsi que la nomination d'un gouvernement durant le premier semestre 2014, laissent entrevoir une période de stabilisation politique.

Avec la signature de la Feuille de route visant à résoudre la crise, fin 2011, une relance des relations avec la communauté internationale avait été amorcée. Certains financements avaient été rétablis mais l'aide internationale était restée deux fois moins importante qu'avant la crise. Les élections et la nomination du nouveau gouvernement impliquent

une reconnaissance progressive de la communauté internationale et un possible retour à la normale durant l'année 2014.

En matière de gouvernance, d'application de la loi et d'état de droit, des reculs ont été constatés durant les années de crise. La criminalité et l'insécurité ont augmenté et les ressources naturelles ont continué d'être exploitées sans contrôle adéquat.

Un contexte économique marqué par la crise politique

Après 2009, d'importantes réductions budgétaires sur les dépenses d'investissement et de maintenance ont été effectuées, entraînant la dégradation des infrastructures routières, d'énergie et d'eau, et compromettant le développement de l'économie à moyen et long terme. De plus, les ressources disponibles de l'Etat ont été allouées aux priorités du gouvernement de transition, davantage centrées sur la stabilité macroéconomique que sur l'investissement dans les secteurs sociaux. Ces arbitrages ont eu un impact négatif sur l'offre de services sociaux de base, alors que les conditions de vie de la population, déjà précaires, se dégradaient. Par exemple, le budget de la santé a été fortement réduit entre 2011 et 2012, provoquant la fermeture de formations sanitaires publiques dans l'ensemble du pays.

Par ailleurs, la crise a rendu encore plus difficiles les avancées en matière de gouvernance et d'application de la loi. La criminalité et l'insécurité sont en hausse et les ressources naturelles continuent d'être exploitées sans contrôle adéquat. Quant à la question qui se pose depuis longtemps du manque de transparence dans la gestion des ressources publiques, elle est devenue plus problématique encore.



²⁹ Rapport alternatif sur l'application de la Conventions relative aux droits de l'enfant à Madagascar, Confédération nationale des plateformes en droits humains, 2011.

Fort recul de l'aide publique au développement et du PIB par habitant

Selon la Banque mondiale, le PIB s'élevait à 20 657 milliards d'Ariary ou 9,975 milliards de dollars en 2012. Du fait de la quasi-stagnation du revenu national depuis 2009, conjuguée à une forte croissance démographique, le revenu par habitant en 2012 est retombé à son niveau de 2001. La croissance en 2012 est restée faible mais positive, à 3,1%³⁰.

Suite à la crise politique de mars 2009, les aides budgétaires extérieures ont été suspendues. L'aide publique au développement nette reçue a alors chuté de près de moitié : elle est passée de 843 millions de dollars des E.-U. en 2008 à 444 millions en 2009 puis à 419 millions en 2012³³.

La contraction de l'économie et les coupes dans les financements extérieurs ont fortement impacté le

Tableau 2 : Evolution du PIB et de la croissance du PIB entre 2002 et 2012

Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PIB en milliards de dollars courants	4,397	5,474	5,364	5,039	5,515	7,343	9,394	8,590	8,837	9,912	9,975
Taux de croissance du PIB en Ar (%)	-12,7	9,8	5,3	4,6	5,0	6,2	7,1	-4,1	0,5	1,9	3,1

Source : Indicateurs internationaux du développement, Banque mondiale.

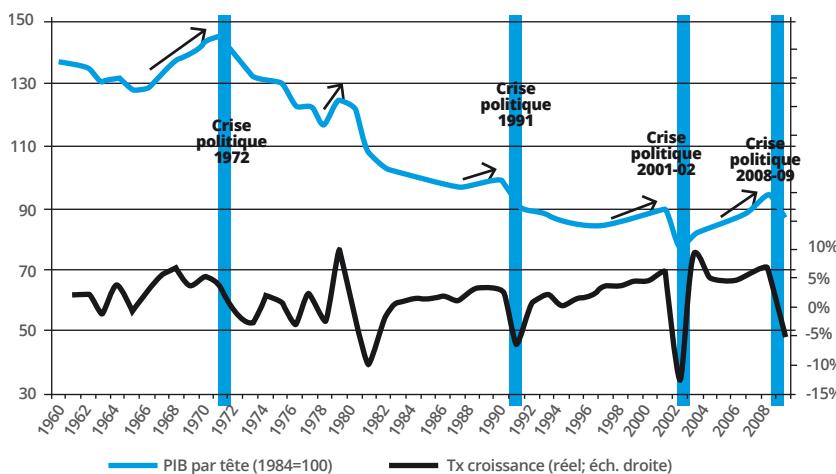
Depuis l'indépendance du pays, la croissance du PIB est caractérisée par son irrégularité et n'a jamais été assez soutenue pour permettre une augmentation, voire ne serait-ce qu'une stabilisation, du PIB par tête sur le long terme.

Durant de courtes périodes, comme entre 2003 et 2008, le PIB par tête a augmenté régulièrement pour replonger ensuite du fait d'une crise politique, comme en 2009. Ainsi que le note une récente étude : « chaque fois que le pays s'est engagé sur un sentier de croissance, celle-ci a été brutalement interrompue par une crise de nature sociopolitique, venant mettre à bas les espoirs qu'elle avait suscités »³¹.

pays, causant la dégradation des conditions de vie de la population (effet à court terme) et le recul de la croissance et du développement économique faute de financement des projets d'investissements (effet à long terme).

Durant la crise, le gouvernement a adopté une politique de rigueur budgétaire afin de contenir le déficit public à un niveau soutenable. Il a ainsi réduit le déficit budgétaire de l'ordre de 58% en 2010 par rapport en 2009 (soit 1,1% du PIB)³⁴. Ainsi en 2012, le déficit a été contenu à 1,6% du PIB, le budget de l'Etat étant toujours aussi serré et les investissements publics quasi inexistant³⁵.

Graphique 2 : Evolution du PIB par tête et de la croissance du PIB depuis l'indépendance



Source : Université Paris Dauphine/IRD³².

³⁰ Madagascar Economic Update, Banque mondiale, octobre 2012.

³¹ Institutions, gouvernance et croissance de long terme à Madagascar : l'énigme et le paradoxe malgache, Université Paris Dauphine/IRD, 2013.

³² Institutions, gouvernance et croissance de long terme à Madagascar : l'énigme et le paradoxe, Université Paris Dauphine/IRD, 2013.

³³ Secrétariat technique et permanent à la coordination de l'aide (les chiffres antérieurs à 2012 sont réajustés suite aux informations reçues a posteriori par le secrétariat).

³⁴ Rapport économique et financier 2010-2011, Ministère de l'Économie et du Budget.

³⁵ Madagascar Economic Update, Banque mondiale, octobre 2012.



Par ailleurs, les interventions de l'Etat pour le maintien des prix des carburants à la pompe et la stabilisation du prix des denrées alimentaires, dont le riz, ont permis de maîtriser l'inflation : le taux d'inflation 2012 en glissement annuel s'est limité à 7,6%³⁶.

Ainsi, en 2012, les fondamentaux macroéconomiques ont pu être maîtrisés, avec un taux de croissance économique de 3,1% tiré par l'investissement minier et par de bonnes campagnes agricoles, une inflation contrôlée, un solde du compte courant extérieur amélioré et une valeur de l'Ariary stable³⁷.

Coupes sombres dans les budgets d'investissement des secteurs sociaux

L'Etat malgache dispose de faibles ressources. Le taux de pression fiscale, avoisinant les 11%³⁸, est très faible, laissant peu de marge de manœuvre pour la mise en place de politiques d'investissement. Or depuis 2009, les recettes publiques se sont encore contractées, d'environ 20% en termes réels³⁹.

Le gouvernement ayant privilégié les dépenses de fonctionnement, notamment en vue de payer les fonctionnaires, et les bailleurs de fonds ayant fortement réduit leur apport, les dépenses d'investissement dans les secteurs sociaux ont connu une réduction sévère. La Banque mondiale note qu'en

2013, « le budget d'investissement de l'Etat malgache est l'un des plus faibles au monde, environ 20 dollars pour 1000 habitant et par an, ou moins de 5% du PIB. De plus, ce budget a chuté de plus de la moitié en termes réels entre 2008 et 2010 »⁴⁰.

■ Education

Selon le Plan intérimaire de l'Education 2013-2015, le budget de l'éducation a diminué de 25% entre 2008 et 2011 et la part du budget de l'éducation dans le budget national est passée de 26% à 20%. Les dépenses d'éducation représentaient 3,6% du PIB en 2008 mais seulement 2,8% en 2011. Ce niveau est inférieur au niveau moyen des pays d'Afrique subsaharienne, qui s'établit à 5%.

Les dépenses courantes étant relativement incompressibles du fait du poids de la masse salariale, les coupes budgétaires ont fortement amputé les dépenses d'investissement, passées de 211 milliards d'Ar en 2008 à 49 milliards d'Ar en 2011.

Les dépenses d'éducation
représentaient
3,6% du PIB en 2008
mais seulement **2,8%** en
2011

³⁶ Loi de Finances 2013.

³⁷ Tableau de bord de l'Economie de Madagascar N°09, INSTAT, octobre 2012.

³⁸ Evaluation de l'appui budgétaire et revue de la gestion des finances publiques et des secteurs santé et éducation-Madagascar, Union européenne, 2012.

³⁹ Madagascar, pour un dialogue sur les enjeux du développement, Banque mondiale, 2013.

⁴⁰ Madagascar, pour un dialogue sur les enjeux du développement, Banque mondiale, 2013.

Tableau 3 : Evolution des dépenses totales d'éducation⁴¹ (aux prix de 2011)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Dépenses totales (milliards d'Ar)	437	663	594	649	745	585	516	562
Dont courantes	311	453	426	476	535	514	485	513
Dont investissements	126	211	167	173	211	70	31	49
internes			52	65	72	51	14	34
externes			115	109	139	20	17	15
Dépenses totales (en % du PIB)	2,8%	3,8%	3,3%	3,4%	3,6%	2,9%	2,6%	2,8%
Dépenses totales (en % des dépenses de l'Etat)	17,5%	18,1%	15,4%	18,1%	19,4%	19,7%	18,3%	16,0%
Dépenses courantes (en % des recettes fiscales)	18,3%	26,0%	22,1%	21,7%	20,0%	24,5%	22,4%	22,2%
Dépenses d'investissement internes (en % des recettes fiscales)			2,7%	2,9%	2,7%	2,4%	0,6%	1,5%

Source : Rapports économiques et financiers du Ministère de l'Economie.

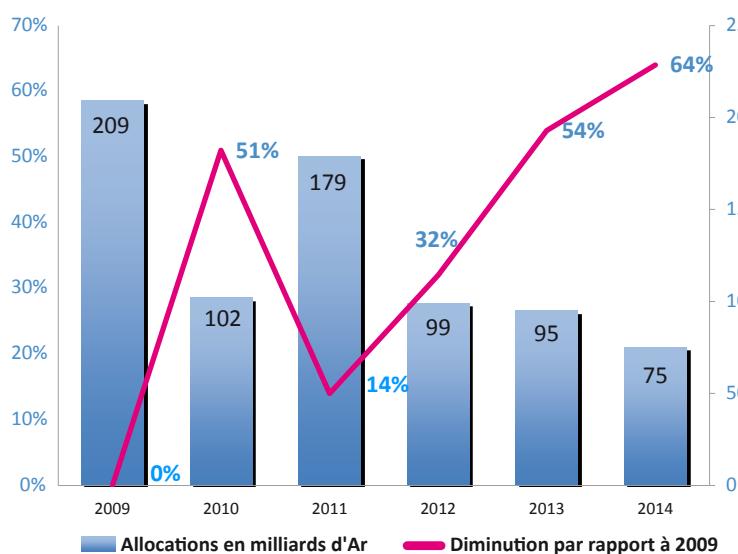
⁴¹ Dépenses de l'ensemble des ministères concernés par l'éducation : Ministère de l'Education nationale (MEN), Ministère de la Formation technique et professionnelle (MFTP), Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique (MESUPRS).

■ Santé

Au cours des dix dernières années, les allocations au Ministère de la Santé publique n'ont jamais dépassé la barre des 10%⁴² du budget de l'Etat, bien en deçà des 15% recommandés par la Déclaration d'Abuja.

Sur la période 2009-2013, les allocations hors solde affectées à la Santé ont été réduites par rapport à leur niveau de 2009 et sont très irrégulières d'une année à l'autre.

Graphique 3 : Evolution des allocations hors solde au Ministère de la Santé publique



Source : Ministère de la Santé publique.

En outre, sur la période 2001-2010, le taux d'exécution moyen des dépenses de santé s'est limité à 62% selon le Plan intérimaire de la santé, qui attribuait ce problème à une absence d'orientation claire des allocations selon les priorités.

Les autres secteurs sociaux sont également touchés par les restrictions. La part du budget de l'Etat attribuée au secteur de l'eau et de l'assainissement est passée de 21 milliards d'Ar en 2010 à 52 milliards en 2011 pour descendre à 8 milliards en 2012⁴³, soit une diminution de 85% en un an.

En ce qui concerne les dépenses liées aux politiques sociales⁴⁴, elles ont connu une baisse de 53% entre 2008 et 2010, passant de 247 milliards d'Ar en 2008 à 116 milliards en 2010. En 2010, elles représentaient moins de 1% du PIB et 3% du budget national. Cependant, 86% de la dépense totale en protection sociale concerne la sécurité sociale des fonctionnaires (contre 44% en 2008). La part affectée aux groupes

vulnérables ne représentait que 2% en 2008, 4% en 2009 et 0,3% en 2010.

La moitié de l'APD affectée aux secteurs sociaux

Selon les rapports des bailleurs de fonds, la moitié de l'aide publique au développement décaissée dans le pays est affectée aux secteurs sociaux, notamment la santé, l'éducation et la solidarité nationale. L'aide extérieure est répartie de façon à privilégier les projets au niveau des régions. Elle est plus directement orientée vers les populations et en grande partie gérée en dehors du système de l'Etat⁴⁵.

Sur la période 2001-2010, le taux d'exécution moyen des dépenses de santé s'est limité à **62%** selon le Plan intérimaire de la santé

L'APD dans le domaine de la santé s'est maintenue et a même augmenté depuis la crise. Le secteur a reçu 143 millions de dollars en 2012, soit près du triple de l'affectation hors solde allouée au Ministère de la Santé (45 millions de dollars).



⁴² Plan intérimaire de la Santé, Ministère de la Santé publique, 2012.

⁴³ Evolution des ressources allouées au secteur eau et assainissement à Madagascar de 2000 à 2012, Loi de finance du Ministère des Finances et du Budget et Ministère de l'Eau.

⁴⁴ Après Trois Ans de Crise : Evaluation de la Vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d'Avenir, Madagascar, Banque Mondiale, 2012.

⁴⁵ Rapport de la coopération au développement, Secrétariat technique et permanent à la Coordination de l'aide, 2012.

Contexte national

Dans le domaine de l'éducation, l'apport représenté par l'aide au développement est beaucoup moins important relativement au budget total affecté aux ministères concernés, et a connu des variations importantes au cours des cinq dernières années.

Dans le secteur de l'eau, l'APD reçue en 2012 s'élevait à 19 millions de dollars, soit plus de cinq fois le budget national alloué au Ministère de l'Eau (3,53 millions de dollars).

Tableau 4 : APD dans les secteurs de la santé et de l'éducation 2008-2012 (millions de dollars)

Secteur	2008	2009	2010	2011	2012
Santé	100	100	174	130	143
Education	54	34	58	54	34
Total de l'aide	699	372	470	410	388

Source : Rapports de la coopération au développement. Secrétariat technique et permanent à la Coordination de l'aide.



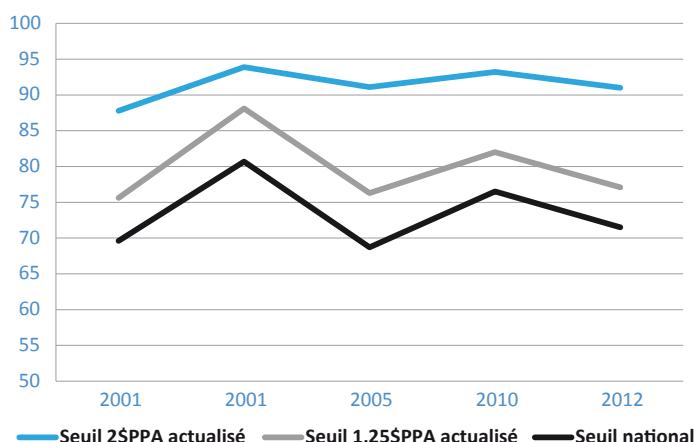
1.5. Pauvreté de l'enfant

Un des pays les plus pauvres du monde

Quelle que soit la définition de la pauvreté adoptée, Madagascar fait partie des pays les plus pauvres du monde, comme le montre à nouveau la dernière grande enquête nationale⁴⁶. L'utilisation du seuil de deux dollars des E.-U. PPA (Parité de Pouvoir d'Achat) de 2005 associé aux taux d'inflation 2005 et 2012 aboutit à un taux de pauvreté de 91%. Quant à l'extrême pauvreté à 1,25 dollars PPA, elle touche 77% de la population du pays. Ces résultats montrent l'étendue de la pauvreté à Madagascar, qui sévit de façon endémique puisque ces niveaux structurellement élevés existent depuis les années 1990.

Selon le seuil de pauvreté national⁴⁷, 72% des Malagasy sont pauvres et selon le seuil d'extrême pauvreté, 53% n'ont pas suffisamment de ressources pour satisfaire leurs besoins alimentaires.

Graphique 4 : Evolution de la pauvreté selon les trois seuils (national, 1,25\$PPA, 2\$PPA) (%)



Source : EPM 2001, 2002, 2005, 2010, ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Quel que soit le seuil de pauvreté considéré, l'évolution de la pauvreté suit la même tendance : une forte hausse entre 2001 et 2002, puis une baisse importante entre 2002 et 2005, une nouvelle forte hausse entre 2005 et 2010, et, finalement, une légère baisse entre 2010 et 2012⁴⁸. Ces résultats sont en grande partie corrélés avec les évolutions des agrégats macroéconomiques et mettent en lumière les effets néfastes des crises politiques répétées sur les conditions de vie des ménages. Les variations sont moins accentuées avec le seuil de deux dollars

⁴⁶ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la Statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

⁴⁷ 535 603 Ar par personne et par an, évalué en fonction des prix pratiqués dans la capitale.

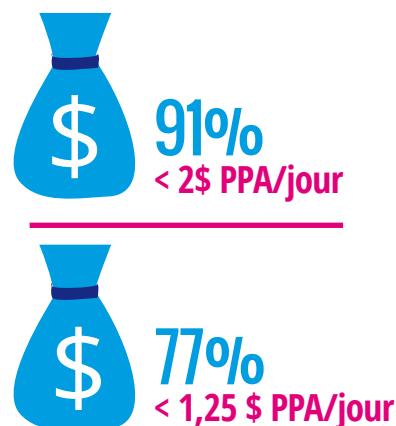
⁴⁸ Cette légère baisse est à interpréter à la lumière des conditions de l'enquête, menée pendant la période des fêtes de fin d'année où la consommation augmente.

PPA du fait que la distribution de la consommation par tête est très étalée vers les niveaux faibles ou les quintiles les plus pauvres, ce qui indique la disparition progressive de la classe moyenne.

L'analyse des disparités en matière de pauvreté est réalisée sur la base du seuil national. Selon le milieu de résidence, la pauvreté est quasi généralisée en milieu rural, avec 77% des individus concernées. Dans les villes secondaires, elle touche 56% des habitants et tombe à 31% dans la capitale. La profondeur de la pauvreté rurale estimée à 36% est très forte, comparée à celle de la capitale (9%).

Sur les vingt-deux régions, neuf présentent un taux de pauvreté supérieur à 80%, la plus touchée étant Androy (97%). Les seules régions affichant des taux inférieurs à 50% sont Diana et Analamanga.

L'incidence de la pauvreté est fortement corrélée avec le niveau d'instruction du chef de ménage, passant de plus de 80% quand il n'a pas fait d'études à environ 10% s'il a fait des études supérieures.



Les mesures des inégalités montrent une très forte concentration de la consommation : ainsi, les 10% d'habitants les plus aisés (en termes de consommation par tête) ont un niveau de vie 6,1 fois supérieur à celui des plus pauvres. Les inégalités semblent s'être creusées, puisque ce rapport était de 5,4 en 2010. De même, le coefficient de Gini se situe à un niveau très élevé (0,413 en 2012).

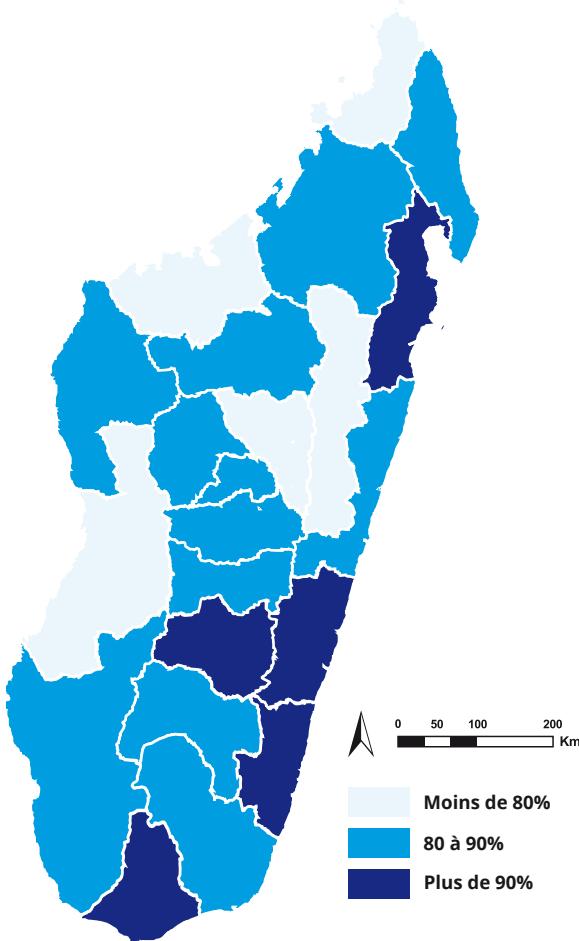
Les enfants encore plus frappés par la pauvreté

On ne dispose pas de données actualisées sur la pauvreté des enfants mais une étude de l'UNICEF⁴⁹ réalisée sur la base de l'EPM 2010 fournit des indications relativement récentes. Selon cette étude, 82% des enfants vivaient en dessous du seuil national de pauvreté monétaire en 2010, contre une moyenne de 72%. Ce taux était plus élevé chez les enfants de

⁴⁹ Analyse de la pauvreté des enfants à Madagascar, UNICEF 2011.

moins de 10 ans (84%) que chez les 11-14 ans (79%) et les 15-17 ans (75%). Toutes tranches d'âge confondues, la pauvreté touchait davantage les enfants du milieu rural (87%) que ceux du milieu urbain (62%).

Carte 3 : Taux de pauvreté des enfants de moins de cinq ans par région en 2010



Source : EPM 2010-INSTAT. Analyse de la pauvreté des enfants en 2011-UNICEF.

L'analyse de la pauvreté des enfants en 2010 a par ailleurs mis en lumière que dans certaines régions, la proportion d'enfant de moins de cinq ans vivant sous le seuil de pauvreté dépasse 90%, comme en Antsimo Atsinanana (96%), Androy (96%) et Vatovavy Fitovany (94%).

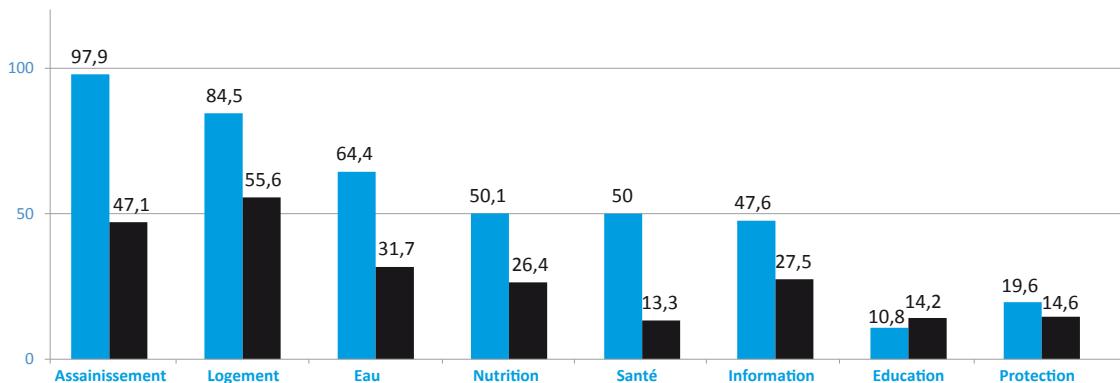
La probabilité d'être pauvre ou extrêmement pauvre est associée à des facteurs individuels ou communautaires en particulier le niveau d'instruction du chef de ménage et la composition du ménage : plus de 94% des enfants vivant dans une famille de plus de 11 personnes vivent en dessous du seuil de pauvreté, contre 67% dans celles qui comptent une à quatre personnes.

En dehors de la pauvreté monétaire, l'approche basée sur les droits de l'enfant conduit à analyser la pauvreté des enfants en termes de privations : taux de malnutrition élevé, faible accès à une éducation de qualité, absence de soins de santé, manque d'eau et de sanitaires, faible accès à l'information et à la participation, manque de protection contre la violence ou l'exploitation.

L'étude de l'UNICEF déjà citée montre que les enfants malgaches souffrent de privations multiples, qu'ils soient pauvres monétairement ou pas : la quasi-totalité des enfants pauvres monétairement présentent au moins une forme de privation et les trois quarts des enfants non pauvres monétairement sont touchés par deux formes de privations sévères⁵⁰. Selon le milieu de résidence, les privations des enfants en milieu rural, qu'elles soient sévères ou moins sévères, sont généralement supérieures à la moyenne nationale pour chaque privation.

⁵⁰ Selon la définition des privations par Gordon et Al dans l'étude Analyse de la pauvreté des enfants, UNICEF 2011.

Graphique 5 : Enfants souffrant de privations sévères (en noir) et moins sévères (en bleu) (%)



Source : Analyse de la pauvreté des enfants à Madagascar, UNICEF 2011.



2. DROIT À LA SURVIE DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT



2.1. Principaux engagements de Madagascar

Le droit à la survie de la mère et de l'enfant constitue un principe fondamental, à l'origine de tous les autres droits. Il offre la possibilité à chaque enfant de grandir dans un cadre favorable, de se développer convenablement et de devenir adulte. La fourniture de soins de santé appropriés, d'une bonne alimentation et de service d'eau potable et d'assainissement est primordiale pour permettre à toute femme et à tout enfant d'évoluer et de vivre dans un environnement sain. Au-delà de la responsabilité des parents, l'Etat se doit de prendre des mesures appropriées, de nature à « protéger la vie, y compris par l'allongement de l'espérance de vie, la diminution de la mortalité infanto-juvénile, la lutte contre la maladie, le rétablissement de la santé, la fourniture d'eau potable et d'aliments sains et nutritifs »⁵¹.

Le droit à la survie de la mère et de l'enfant est reconnu par plusieurs textes internationaux ratifiés par Madagascar, notamment :

- Articles 6 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE),

- Articles 10 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,
- Articles 11 (paragraphe 1, f), 12 et 14 (paragraphe 2, b) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW),
- Articles 10 et 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPH).

En tant que signataire de la Déclaration du Millénaire, Madagascar s'est engagé à atteindre les Objectifs de Millénaire pour le développement (OMD) suivants :

- **OMD 1 (cible 1.C) :** Réduire de moitié entre 1990 et 2015 la proportion de la population qui souffre de la faim ;
- **OMD 4 :** Réduire des deux tiers la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1990 et 2015 ;
- **OMD 5 :** Réduire des trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015 ;
- **OMD 6 :** Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ;
- **OMD 7 :** Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre.

⁵¹ Manuel d'application de la Convention relative aux droits de l'enfant, UNICEF, 1999.



2.2. Cadre stratégique et institutionnel

Les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) constituent le cadre de référence des politiques de développement à Madagascar. Plusieurs de ces documents ont été élaborés au cours de la dernière décennie : le DSRP 2003-2007, puis le Madagascar Action Plan (MAP) 2007-2012.

Durant la transition de 2009 à 2014 le gouvernement n'avait pas de mandat pour élaborer un nouveau plan quinquennal de développement et de réduction de la pauvreté. Aussi, jusqu'à la nomination du nouveau gouvernement qui s'attelle à la préparation d'un nouveau DSRP, les grandes orientations du MAP restaient le cadre de référence de la politique nationale.

2.2.1. Principales politiques et stratégies

Dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant

La loi constitutionnelle n°2007-001 du 27 avril 2007, portant révision de la Constitution, entérine la protection par la loi du droit à la vie pour toute personne. De même, dans la nouvelle Constitution de 2010 (art. 22) L'Etat reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de la santé dès sa conception par l'organisation des soins publics gratuits, dont la gratuité résulte de la capacité de la solidarité nationale. La Constitution stipule aussi que L'Etat assure la protection de la famille pour son libre épanouissement ainsi que celle de la mère et de l'enfant. En revanche, les problématiques de santé des adolescents et des jeunes ne sont pas abordées par la Constitution.

La Politique nationale de la santé (PNS) élaborée en 2005 a défini les grandes lignes d'une politique englobant la Santé, le Planning familial et la Lutte contre le VIH/sida. Elle a été fortement marquée par les grandes orientations stratégiques nationales définies par le Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP 2003-2007) et par les normes internationales.

La PNS s'articule en huit volets : (i) assurer la fourniture de services de santé de qualité à tous ; (ii) éliminer les principales maladies transmissibles ; (iii) gagner la lutte contre le VIH/sida ; (iv) mettre en œuvre une stratégie efficace de planning familial ; (v) réduire la mortalité infanto-juvénile ; (vi) réduire la mortalité maternelle et néonatale ; (vii) améliorer la nutrition et la sécurité alimentaire ; (viii) approvisionner la population en eau potable et généraliser les pratiques hygiéniques et sanitaires.

Elaborés sur la base de la PNS, les Plans de développement du secteur santé (PDSS) fournissent le cadre de référence de mise en œuvre des stratégies en matière de santé, en particulier visant la santé de la mère et de l'enfant. Toutefois, les problématiques de santé des adolescents et des jeunes restent marginales dans les stratégies et programmes de santé.

Cinq objectifs intermédiaires ont été définis par le PDSS 2007-2011 : (i) Renforcer le système national de santé ; (ii) Améliorer la survie de la mère et de l'enfant ; (iii) Renforcer la lutte contre les maladies liées à l'environnement ; (iv) Accroître la protection de la santé ainsi que la promotion des comportements sains ; (v) Sécuriser les conditions de vie de la famille, de la population vulnérable et promouvoir le genre.

Du fait de la situation transitoire des autorités politiques entre 2009-2014, un nouveau PDSS n'a pas pu être formellement adopté après 2011. Aussi, un plan intérimaire pour la période 2012-2013 a-t-il été élaboré par le ministère de la Santé publique (MINSAP). Il consiste essentiellement en une compilation des différents plans de travail annuels (PTA) élaborés par les partenaires techniques et financiers et le gouvernement de transition. Ce plan intérimaire a été étendu à 2014 en attendant l'adoption par le gouvernement du PDSS 2015-2019.



Le PDSS intérimaire comporte trois grands axes d'intervention : (i) la mise à disposition d'un paquet minimal d'activités pour toute la population à chaque niveau, (ii) l'amélioration de la disponibilité régulière, gestion et utilisation rationnelle des intrants de santé de qualité à tous les niveaux, (iii) l'optimisation du système de santé.

■ Un plan opérationnel pour la santé mère-enfant

Plus spécifiquement, un plan opérationnel pour la mise en œuvre de la santé mère-enfant 2012-2015⁵² a été élaboré pour honorer l'engagement pris par Madagascar en mars 2011 de mettre en œuvre la Stratégie globale du SG des Nations Unies sur la santé de la femme et de l'enfant.

Ce plan opérationnel pluriannuel comporte quatre axes stratégiques : (i) l'augmentation de la demande, (ii) l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de qualité, (iii) la mise à échelle des interventions à hauts impacts et l'instauration d'approches novatrices, (iv) l'appui institutionnel.

CENTRE DE SANTE DE BASE NIVEAU 2 BRICKAVILLE



Le plan définit les principaux domaines sur lesquels il faut agir d'urgence pour accroître les financements, renforcer les politiques générales et améliorer la fourniture des services. Il contient notamment des stratégies innovatrices comme l'incitation des agents de santé à accepter des affectations dans des zones reculées, et des mesures incitatives pour favoriser la collaboration entre prestataires des services de santé et accoucheuses traditionnelles/agents de santé communautaires, en vue d'accompagner les femmes sur le point d'accoucher et les enfants malades dans les formations sanitaires. Le plan constitue aussi un document de plaidoyer et de mobilisation de ressources, alors que les besoins sont évalués entre

⁵² Plan opérationnel pour la mise en œuvre de la Santé mère-enfant 2012-2015, Ministère de la Santé publique, 2011.

205 et 700 millions de dollars selon les différents scénarii envisagés pour accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5.

■ Mise en place d'une politique de santé communautaire

Une Politique nationale de santé communautaire (PNSC)⁵³ a également été élaborée en 2009 afin d'harmoniser les efforts des différentes organisations travaillant avec des agents communautaires (AC). Grâce à cette stratégie, les capacités du personnel soignant des CSB pour la prise en charge des cas ont pu être renforcées. Cette politique vise à faire jouer à la communauté un rôle de partenaire responsable de l'amélioration de la situation sanitaire locale et nationale. Elle concerne plus spécifiquement (i) la sensibilisation de la communauté à son rôle dans les actions socio-sanitaires visant le développement, (ii) la communication sociale impliquant le partage d'informations, d'expériences et de vécu entre les professionnels de santé et la population, (iii) l'éducation pour la santé, (iv) la mise en place d'un système d'organisation de la communauté.

Ce dernier axe s'est traduit par la création de trois structures au niveau communal :

- une structure communale de concertation et de décision : la Commission communale de développement de la santé ou « CCDS » dont les décisions doivent tenir compte de la PNS et des priorités/potentialités locales en matière de santé ;
- deux structures communautaires opérationnelles :
 - le Comité de santé ou « CoSan » dans tous les fokontany⁵⁴ et toutes les communes⁵⁵ pour guider la mise en œuvre des actions de santé jusque dans chaque village, selon les directives techniques des agents de santé et décisions de la CCDS.
 - Le Comité de gestion ou « CoGe », organe exécutif du CoSan commune en charge de la gestion de la Pharmacie à gestion communautaire (PhaGeCom), c'est-à-dire de la gestion des médicaments ainsi que des ressources générées par le FANOME⁵⁶ et le Fonds d'équité.

⁵³ Guide de Mise en Œuvre de la Politique nationale de Santé communautaire, Ministère de la Santé publique, 2009.

⁵⁴ Le CoSan Fokontany est composé de l'ensemble des AC élus au niveau des villages du Fokontany. Chaque village ou structure assimilée constitue le niveau de base pour ce vote et organise l'élection d'un AC pour être membre du CoSan Fokontany. Par conséquent, le nombre de membres doit être au moins égal au nombre de villages composant le Fokontany.

⁵⁵ Le CoSan Commune est constitué par l'ensemble des Chefs CoSan Fokontany et d'un Conseiller Municipal ou Communal, membre de la Commission Sociale de la Commune.

⁵⁶ Fonds d'approvisionnement non stop en médicaments essentiels.



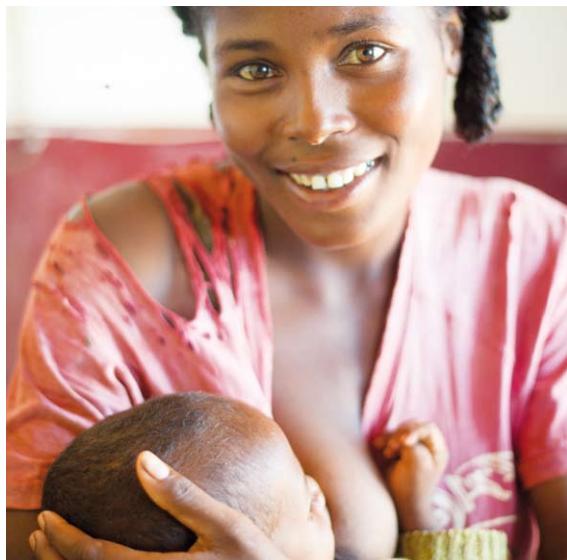
Dans le domaine de la riposte au VIH/sida

Le pays dispose d'un Plan stratégique national pour une réponse efficace face aux IST, au VIH et au sida à Madagascar (2013-2017)⁵⁷. Ce plan priorise la promotion de la communication pour le changement des comportements et du dépistage du VIH, notamment dans les populations les plus exposées à l'infection au VIH et chez les jeunes, l'amélioration de l'accès aux traitements des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), le soutien et l'accompagnement des PVVIH à travers une prise en charge psychosociale.

Le Plan est mis en œuvre sous l'égide du Secrétariat exécutif du Comité national de lutte contre le sida (CNLS), avec l'appui des partenaires techniques et financiers. Cependant, le contexte sociopolitique qui a prévalu dans le pays entre 2009-2014 et les restrictions financières des bailleurs de fonds n'ont pas permis de l'opérationnaliser comme prévu. Ainsi, étant donné le type concentré de l'épidémie et les ressources limitées, les interventions de prévention ont principalement ciblé les populations clés les plus exposées aux risques d'infection au VIH.

Dans le domaine de la nutrition de la mère et de l'enfant

Au début des années 2000, le DSRP a intégré la lutte contre la malnutrition dans les stratégies globales de lutte contre la pauvreté, en mettant davantage l'accent sur le volet curatif que préventif. Puis, suite à la prise de conscience par le gouvernement que les taux alarmants de malnutrition pouvaient remettre en cause l'atteinte de la plupart des OMD relatifs à la santé, à l'éducation et à la croissance économique du pays, la nutrition est devenue un axe à part entière du MAP 2007-2012. Ce document retient l'amélioration de la nutrition comme défi numéro 7 avec pour objectif de « réduire le taux de malnutrition des enfants de 42% à 28% » d'ici 2012.



En 2004, le gouvernement a adopté une Politique nationale de nutrition (PNN) 2005-2015 par le décret N°2004-496. En 2005, il a mis en place l'Office national de nutrition (ONN), chargé de la coordination multisectorielle, puis, en 2007, le Conseil national de nutrition (CNN), placé sous l'égide de la Primature et chargé des orientations stratégiques.

La traduction des orientations stratégiques de la PNN en actions concrètes a dans un premier temps été réalisée à travers le Plan national d'action pour la nutrition I (2005-2010). Ce PNAN I devait initialement couvrir la période 2005-2009 mais a été prolongé jusqu'en 2011. Ensuite, le PNAN II (2012-2015) a été élaboré par une équipe multidisciplinaire – gouvernement, ONG et partenaires multilatéraux et bilatéraux – et été validé en mars 2012. Le PNAN sert de cadre pour l'élaboration des plans d'action sectoriels durant la période de référence.

Un Cadre stratégique de communication pour la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) et nutrition de la femme (NdF) (2012-2015) existe également. Ce document vise à assurer la cohérence et la convergence des actions de communication en nutrition à Madagascar pour en maximiser l'impact au niveau communautaire. Il a pour objectif de doubler le nombre de parents qui pratiquent l'ANJE/NdF optimale entre 2011 et 2015 dans les zones d'intervention des partenaires de sa mise en œuvre.

Enfin, le 12 septembre 2012, Madagascar a adhéré au mouvement SUN (Scaling Up Nutrition) qui vise à mettre en œuvre une approche coordonnée impliquant tous les acteurs du secteur de la nutrition. Le CNN en constitue la plateforme multi-acteurs et opérationnalise la politique nationale de nutrition (PNAN II). Le point focal du mouvement SUN à Madagascar est l'ONN.

Dans le domaine de l'eau, assainissement et hygiène

La réforme du secteur de l'eau et de l'assainissement à Madagascar a véritablement commencé en 1999 avec l'adoption du Code de l'Eau, même si les réflexions et actions menées en vue de cette réforme ont été engagées dès 1991. Les idées maîtresses qui ont animé l'esprit de la réforme portaient essentiellement sur : (i) le désengagement de l'Etat, (ii) la décentralisation et la déconcentration, (iii) la gestion de la maîtrise d'ouvrage, (iv) la délégation de gestion des infrastructures, (v) la régulation du secteur, et (vi) la police générale des réseaux.

Le secteur de l'eau et de l'assainissement dispose de certains atouts pour assurer son développement dont des politiques et stratégies sectorielles, un programme national (PNAEPA), un Plan d'urbanisme directeur

⁵⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

(PUD) dans une vingtaine de centres urbains, des outils stratégiques de planification et de programmation (BPOR). En 2013, le document de stratégie nationale ainsi que le document de planification sont mis en place pour la période 2013-2018 (Stratégie nationale de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène 2013-2018 – SNEHA et document de planification eau, assainissement et hygiène 2013-2018).

Par ailleurs, un Programme national de décentralisation et de déconcentration est engagé à Madagascar. L'un de ses quatre objectifs est de tendre vers l'ajustement des budgets programmes des ministères. A terme, il vise à permettre aux Collectivités territoriales décentralisées (CTD) et aux Services territoriaux décentralisés (STD) de planifier et piloter le développement local.

2.2.2. Organisation du système de santé

Organisation administrative

Le système de santé est structuré en quatre niveaux sur le plan administratif⁵⁸ :

- le niveau central, qui définit la politique nationale de santé, les politiques sous-sectorielles et les grandes orientations stratégiques ;
- le niveau régional, qui coordonne la mise en œuvre et l'exécution des décisions nationales au niveau de la région et des districts qui en dépendent ;
- le niveau du district, qui est l'échelle assurant les activités de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile des centres de santé de base (CSB) et des centres hospitaliers. Ces structures sont chargées des pratiques curatives, préventives et promotionnelles ;
- le niveau communautaire, qui est constitué d'agents communautaires qui se chargent de la santé de base et sont constitués de petits comités formés de membres de la communauté. On dénombre 35 400 agents de santé communautaires dans le pays, dont la plupart (35 000) sont formés.

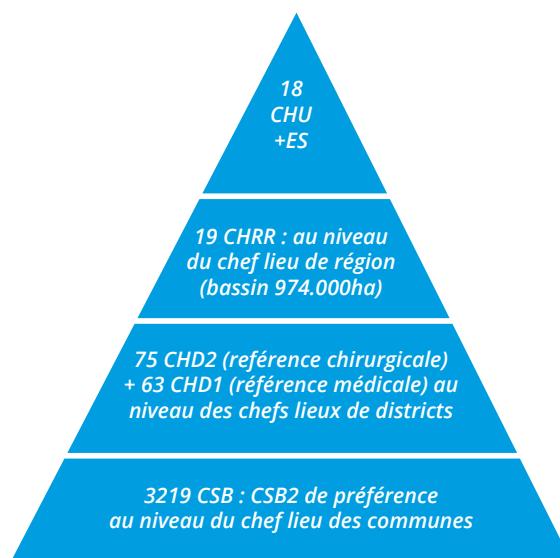
S'agissant des infrastructures, sur 111 districts, les CSB sont destinés à la prise en charge des cas simples et des activités de prévention : ils sont tenus par des paramédicaux (CSB1) ou par des médecins (CSB2). Les CSB2 sont implantés en priorité au niveau des chefs-lieux de commune.

Les services de référence de premier recours sont apportés par les centres hospitaliers de district

(CHD1 : référence médicale, CHD2 : référence avec plateau technique chirurgical).

Les centres de référence de deuxième recours sont représentés par les centres hospitaliers de référence régionale (CHRR), les centres hospitaliers universitaires (CHU) et établissements spécialisés (ES)

PYRAMIDE SANITAIRE EN 2010⁵⁹



Pour assurer le suivi de la situation sanitaire du pays, un système d'information et de gestion des données (SIG) a été mis en place et intégré jusqu'au niveau des districts sanitaires. En principe, la collecte des données se fait manuellement sur des rapports mensuels d'activités (RMA) au niveau des CSB, les données sont saisies sur ordinateur au niveau des districts sanitaires puis les directions régionales (DRSP) les compilent et les transmettent au service des statistiques sanitaires du niveau central. Les CSB et les deux types d'hôpitaux (CHD, CHRR) ont respectivement un modèle de RMA. Pour les transmissions, le ministère est doté d'un réseau d'interconnexion (intranet).

Cependant, la chaîne de collecte et de transmission comporte plusieurs points de rupture – notamment au niveau des CSB et des districts, tandis que le retour sur information n'est souvent pas assuré.

Médicaments et intrants essentiels : plusieurs filières d'approvisionnement parallèles

L'approvisionnement en médicament s'effectue en principe par la Centrale d'achats Salama (l'agence des médicaments essentiels génériques de Madagascar) mise en place en 1996. Elle a pour mission d'assurer à des prix abordables la disponibilité permanente de médicaments essentiels génériques, de matériel

⁵⁸ Analyse de la situation de l'équité en santé et les déterminants sociaux et économiques de la santé à Madagascar, Ministère de la Santé publique, OMS, 2013.

⁵⁹ Evaluation de l'appui budgétaire et revue de la gestion des finances publiques et des secteurs santé et éducation, Union Européenne, 2012.



médical et de consommables médicaux de qualité aux formations sanitaires publiques et organismes privés à but non lucratif. La Salama fournit les intrants aux pharmacies des hôpitaux et aux pharmacies à gestion communautaire (PhaGeCom) par l'intermédiaire des pharmacies de gros de district (PhaGDis). Le système est censé s'autofinancer, par le cycle de prise de commande et de vente aux destinataires précités et alimenter un Fonds d'équité pour les populations les plus pauvres.

En réalité, d'autres filières assurent parallèlement la fourniture d'intrants essentiels. Il s'agit d'une part de programmes verticaux développés par le MINSANP et les bailleurs de fonds comme le Fonds mondial, qui approvisionnent gratuitement les PhaGDis en tests et antipaludéens, entre autres. Par ailleurs, des ONG appuyées par l'USAID approvisionnent les « cases sanitaires » en médicaments contre les maladies tueuses de l'enfant : gratuits, les médicaments sont remis aux agents communautaires, qui les revendent ensuite aux usagers.



Des soins de santé en grande partie payants

D'après une étude sur le financement de la santé, le secteur à Madagascar était financé en 2010 selon la répartition suivante : 54% par des financements extérieurs, 28% par les paiements directs des ménages et 18% par l'Etat⁶⁰.

En 1998, le gouvernement avait supprimé la gratuité des soins de santé de base et introduit un système de recouvrement des coûts sur les médicaments⁶¹. Puis, en

2002, le gouvernement a suspendu les frais afférents aux soins de santé primaires. En conséquence, l'utilisation des services de santé a explosé et a rapidement dépassé l'approvisionnement en médicaments et autres intrants essentiels. Aussi, le système de recouvrement des coûts a-t-il été réintroduit en 2003 dans le cadre d'un nouveau système de gestion des médicaments, le Fonds d'approvisionnement non-stop en médicaments essentiels (FANOME), avec une considération particulière pour les démunis à travers le Fond d'équité (FE).

Ainsi, bien que la Constitution de 2010 institue la gratuité des soins pour tous, dans les faits, les soins ne sont censés être gratuits que dans les formations sanitaires de 1er niveau.

En effet, la quasi-totalité des utilisateurs payent eux-mêmes les services de santé, dont les consultations médicales (au-delà du niveau de base), les médicaments, les tests de laboratoire et autres services. Les principales exceptions sont les consultations médicales dans les centres de santé de base et certains services de prévention (notamment la vaccination des enfants), le traitement thérapeutique de la malnutrition aiguë sévère chez les jeunes enfants, certains services de planning familial et le traitement de certaines maladies chroniques (comme la tuberculose, le VIH/SIDA, la lèpre et la bilharziose) qui sont dispensés gratuitement. C'est aussi le cas des moustiquaires traitées à l'insecticide qui sont distribuées gratuitement dans les centres de santé aux femmes enceintes et aux ménages ayant à charge des enfants de moins de 5 ans, alors qu'elles sont en général vendues à un prix subventionné. Ceci dit, la plupart de ces programmes sont fortement dépendants des financements versés par les bailleurs de fonds et leur couverture reste limitée⁶².

Pour alléger les charges pesant sur les plus vulnérables, des fonds d'équité ont été créés en 2004 dans les CSB pour fournir des médicaments gratuits aux individus pauvres enregistrés dans ces centres. Ces fonds sont financés principalement par une déduction de 3% sur la vente de médicaments par les pharmacies des CSB, ce qui limite déjà leur couverture⁶³. De fait, le système ne fonctionne pas et les fonds restent sous-utilisés pour différentes raisons : (i) des difficultés à identifier les démunis en raison de la crainte de ces derniers d'être stigmatisés en tant que porteurs de la carte de solidarité et l'identification de bénéficiaires par copinage, (ii) le manque de

communautaire, dans le but de faire face aux pénuries de médicaments dans les centres de santé publics.

⁶² Par exemple, si le traitement thérapeutique des enfants affectés de malnutrition aiguë sévère, dans les Centres de récupération nutritionnelle ambulatoire (CRENA) et les Centres de Récupération Nutritionnelle Intensive (CRENI) du Ministère de la Santé, est théoriquement gratuit, les services sont souvent effectivement disponibles seulement dans les quartiers bénéficiant de l'appui d'organismes extérieurs, comme l'UNICEF ou la Banque mondiale.

⁶³ Madagascar-Après trois ans de crise : évaluation de la vulnérabilité et des politiques sociales et perspectives d'avenir, BM, 2012.

⁶⁰ Analyse du financement de la santé, Ministère de la Fonction publique, OMS, UNICEF, 2013.

⁶¹ Depuis les années 1970, l'UNICEF et plusieurs bailleurs de fonds bilatéraux ont soutenu des expériences réalisées dans les pharmacies gérées au niveau

collaboration et de communication entre les différents acteurs (CoSan, chefs fokontany, maires), (iii) la faiblesse de la coordination et du suivi par le ministère (absence de supervision et d'analyse de l'utilisation), et (iv) l'absence de stratégie d'amélioration⁶⁴.

Par ailleurs, des réflexions sont en cours dans le cadre du programme Providing for Health (P4H)⁶⁵ récemment initié par le MINSANP. Le programme P4H a été lancé en 2007 lors du Sommet du G8 à Heiligendamm pour améliorer l'accès des populations pauvres vivant dans les pays à faible revenu à des services de santé de qualité. Il comprend un soutien coordonné à une politique de protection sociale en santé et l'élaboration de stratégies, ainsi que la collaboration internationale harmonisée au niveau national, régional et mondial pour l'établissement équitable et efficace de systèmes de financement de la santé basés sur le prépaiement et la protection des risques financiers.

Le MINSANP a initié en 2012 la mise en place d'un réseau local P4H, intégrant les acteurs du secteur de la santé, mais aussi des ministères chargés de la population et des finances, les différents partenaires bi et multilatéraux, le secteur privé, les ONG et les associations, telles que les mutuelles de santé, impliquées dans le développement d'un financement durable de la santé pour l'amélioration

de la protection sociale. Un Comité technique a été érigé, mais la faiblesse de la coordination a beaucoup retardé l'avancement de l'initiative.

Expansion du secteur privé de la santé

En ce qui concerne le secteur privé de la santé, il est relativement développé à Madagascar, avec 610 centres de santé privés ou affiliés aux organisations confessionnelles, un réseau de 22 grossistes pharmaceutiques, 200 officines et plus de 1 000 dépôts de médicaments.

Entre 2001 et 2010, le nombre de CSB-2 relevant du secteur privé a doublé alors que le nombre de centres hospitaliers privés de district niveau 2 (CHD-2), qui représentent les premiers centres de référence chirurgicaux, a pratiquement triplé⁶⁶. Le secteur privé gagne du terrain – surtout en milieu urbain – avec un taux de consultation chez les médecins privés qui est passé de 16% en 2005 à 19% en 2010.

TAUX DE CONSULTATION CHEZ LES MÉDECINS PRIVÉS EN MILIEU URBAIN



⁶⁴ Xavier Poncin, Rozenn Le Mentec, Politiques d'exemption pour les soins de santé à Madagascar : le cas des Fonds d'équité AEDES, janvier 2009.

⁶⁵ <http://www.who.int/providingforhealth/fr/>

⁶⁶ Annuaire statistique de la Santé, Ministère de la Santé publique, de 2001 à 2010.





23. DROIT À LA NUTRITION DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT

Le droit à l'alimentation protège le droit de chaque être humain à se nourrir dans la dignité, en produisant lui-même son alimentation ou en l'achetant. Il est réalisé lorsque chaque homme, femme ou enfant a accès, à tout moment, physiquement et économiquement, à une alimentation adéquate et aux moyens de se la procurer.

En ratifiant les principaux textes internationaux relatifs à ce droit⁶⁷, Madagascar s'est engagé à créer un cadre habitant les individus à utiliser leur plein potentiel en vue de produire ou de se procurer une alimentation adéquate pour eux-mêmes et leurs familles.

La Déclaration du Millénaire accorde une attention particulière au droit à la nutrition. L'OMD 1 (cible 1.C) prévoit de réduire de moitié la proportion de la population qui souffre de la faim entre 1990 et 2015. Pour y parvenir, Madagascar doit donc passer d'un taux de sous-nutrition des enfants de moins de 5 ans (insuffisance pondérale) de 35% en 1992 à 18% d'ici 2 ans.

Selon la littérature, les enfants présentant un retard de croissance sont davantage exposés aux risques de maladies et de décès. La malnutrition est responsable, directement ou indirectement, de 45% des décès annuels d'enfants de moins de cinq ans dans le monde⁶⁸ et contribue donc à l'OMD 4. Ces enfants souffrent souvent d'une réduction irréversible du développement cognitif⁶⁹ qui handicape leurs performances scolaires⁷⁰, ce qui contribue à l'OMD 2. De plus, la malnutrition contribue à l'OMD 5, l'anémie maternelle étant responsable de 23% des décès maternels et le manque de calcium augmentant le risque de pré-éclampsie qui contribue à 19% des décès maternels. Enfin, devenus adultes, les enfants qui ont souffert de la malnutrition subissent une diminution

de près de 22% de leur potentiel économique⁷¹, ce qui contribue⁷² à l'OMD 1.

2.3.1. Etat des lieux et analyse des disparités

Principales sources des données

Les analyses présentées dans cette section de la SITAN reposent essentiellement sur les résultats de l'Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013* (ENSOMD) et des enquêtes démographiques et de santé (EDS). Dans ces enquêtes, on notera un déficit d'informations concernant certaines thématiques, notamment les carences en micronutriments.

Les enquêtes SMART (de 2005 à 2011) et d'autres documents, comme l'Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar (2010) ou des études qualitatives sur les pratiques alimentaires, ont également été exploitées.

* Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

La nutrition est intrinsèquement liée au droit à la survie de la femme et de l'enfant, notamment à l'accès à une alimentation saine et équilibrée, en quantité suffisante pour permettre le plein développement physique et cognitif. La malnutrition est reconnue comme une cause directe et indirecte de près de la moitié des décès dans le monde. Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes ou allaitantes constituent les couches les plus vulnérables de la population.

À Madagascar, en dépit de l'adoption par l'Etat de la Politique nationale de nutrition en 2004 et de sa mise en œuvre à travers les Plans nationaux d'action nutritionnelle, les progrès enregistrés sont insuffisants pour espérer honorer le rendez-vous de 2015⁷³ avec les OMD.

L'ampleur des défis reste importante, notamment en ce qui concerne l'éradication de la faim. En effet, on constate des prévalences très élevées en termes de retard de croissance chez les enfants de tous âges, la persistance de la malnutrition aiguë, de l'insuffisance pondérale et des carences fortes en micronutriments.

⁶⁷ En mentionnant, dans son article 24, l'obligation qu'a l'Etat de lutter contre la malnutrition grâce à « l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable » ou encore à la transmission de « l'information sur la santé et la nutrition de l'enfant », la CDE consacre, à la fois, le droit de survie et le droit de développement de l'enfant.

La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, quant à elle, considère que le droit à la vie de chaque enfant est imprescriptible et précise également que l'Etat se devra d'assurer « la fourniture d'une alimentation adéquate... de lutter contre la malnutrition... et de veiller à ce que tous les secteurs de la société... soient informés et encouragés à utiliser les connaissances alimentaires en matière de santé et de nutrition de l'enfant... » (Chapitre 1, Articles 5 et 14).

Du côté des femmes, et plus particulièrement des femmes enceintes, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes affirme dans son article 12, c) que l'Etat a le devoir de fournir « aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement ».

⁶⁸ www.thelancet.com Vol 382 August 3, 2013.

⁶⁹ Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Consequences, Black RE, Allen LH, Bhutta ZA, Caulfield LE, de Onis M, Ezzati M, Mathers C, Rivera J, Maternal and Child Undernutrition Study Group, Lancet 2008.

⁷⁰ Developmental Potential in the First 5 years for Child in Developing Countries, Grantham-McGregor S, et al., Lancet 2007.

⁷¹ Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital - Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell M, Richter L, Sachdev HS, Study Group, Lancet 2008.

⁷² Au total selon The Lancet, la malnutrition réduirait d'au moins 8% le potentiel de croissance économique d'une nation, alors qu'un investissement d'un dollar des E-U. dans la réduction de la malnutrition chronique peut produire un retour sur investissement de 30 dollars.

⁷³ Rapport national de suivi des OMD 2010, PNUD Madagascar.



2.3.1.1. Le retard de croissance ou malnutrition chronique, un problème prioritaire

De par son ampleur, la malnutrition chronique ou retard de croissance constitue la plus importante manifestation de la sous-nutrition des enfants à Madagascar. Forme la plus répandue de malnutrition, elle n'est pas visible à l'œil nu et résulte d'une alimentation inadéquate sur des périodes longues et répétées et/ou apparaît suite à des maladies infectieuses fréquentes. Contrairement à certaines idées reçues, le retard de croissance est lié à l'environnement socioéconomique. En effet, il est prouvé que le potentiel de croissance des enfants est le même dans le monde entier et est indépendant des caractéristiques ethniques et génétiques⁷⁴.

Le retard de croissance est « transmis » à travers les générations par le biais de la mère. Les filles nées avec un faible poids ou une petite taille sont plus susceptibles de devenir des femmes adultes de petite taille, qui présenteront un risque de mettre au monde des bébés ayant un petit poids à la naissance. La croissance de ces enfants sera retardée, générant des adultes de petite taille, de sorte que le cycle intergénérationnel se poursuivra. Ce cycle est accentué par la survenue d'une grossesse précoce chez les adolescentes, de petite taille et donc susceptibles d'avoir un bébé de faible poids à la naissance. A Madagascar, 7% des femmes en âge de procréer présentent une taille inférieure à 145 cm⁷⁵ (13% chez les jeunes filles de 15 à 19 ans) et sont considérées comme exposées à un accouchement à risques. De plus, 30% des femmes mesurent moins de 150 cm et ont un risque accru de donner naissance à un enfant présentant un retard de croissance. C'est dans les zones de la côte orientale et des hautes terres que l'on retrouve les taux de femmes de petite taille les plus élevés⁷⁶.

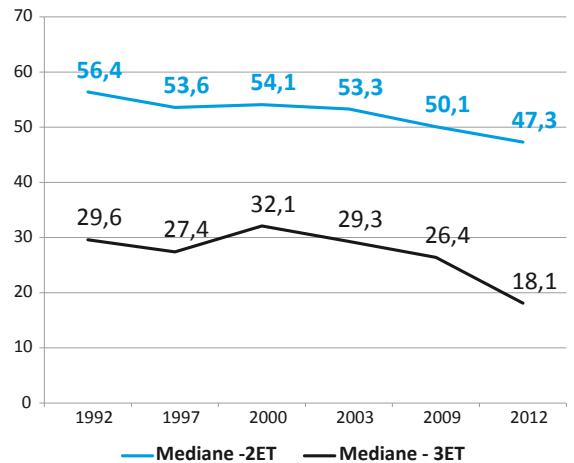
Le retard de croissance ou malnutrition chronique se mesure à travers le ratio taille pour âge. Il est défini comme une taille-pour-âge inférieure de -2 écarts-types de la médiane des standard OMS. Le retard de croissance traduit un état de malnutrition à long terme et n'est pas influencé par la saison de la collecte des données.

A Madagascar, le retard de croissance a légèrement reculé depuis 1992 (voir le graphique ci-après). Cependant, la situation reste préoccupante car près

de la moitié des enfants de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance⁷⁷.

En 2012, Madagascar était classé au 4^{ème} rang mondial pour le retard de croissance des enfants de moins de cinq ans⁷⁸.

Graphique 6 : Prévalence de la malnutrition chronique chez les moins de cinq ans selon les standards OMS de 2006 (%)

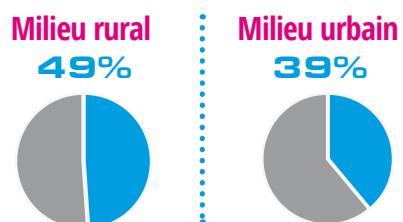


Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

A Madagascar, le retard de croissance s'installe rapidement durant les deux premières années de vie. Près du quart des enfants de 0 à 6 mois étaient déjà touchés et 58% des enfants de 18 à 23 mois. Au-delà de 24 mois, la proportion d'enfants touchés est un peu plus faible. Toutes tranches d'âge confondues, les garçons (50%) sont plus touchés par le retard de croissance que les filles (45%).

La prévalence du retard de croissance est plus élevée en milieu rural (49%) qu'en milieu urbain (39%). Toutefois, la capitale du pays se rapproche du niveau enregistré en milieu rural avec 46%. Le décrochage du milieu rural par rapport à l'urbain s'est légèrement accentué depuis 2008, où les taux étaient de 51% et 43% respectivement.

PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE



⁷⁴ WHO Multicenter Growth Reference Study Group. Assessment of differences in linear growth among populations in the WHO Multicentre Growth Reference Study. Acta Paediatr Suppl;450:56-65 (2006).

⁷⁵ Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

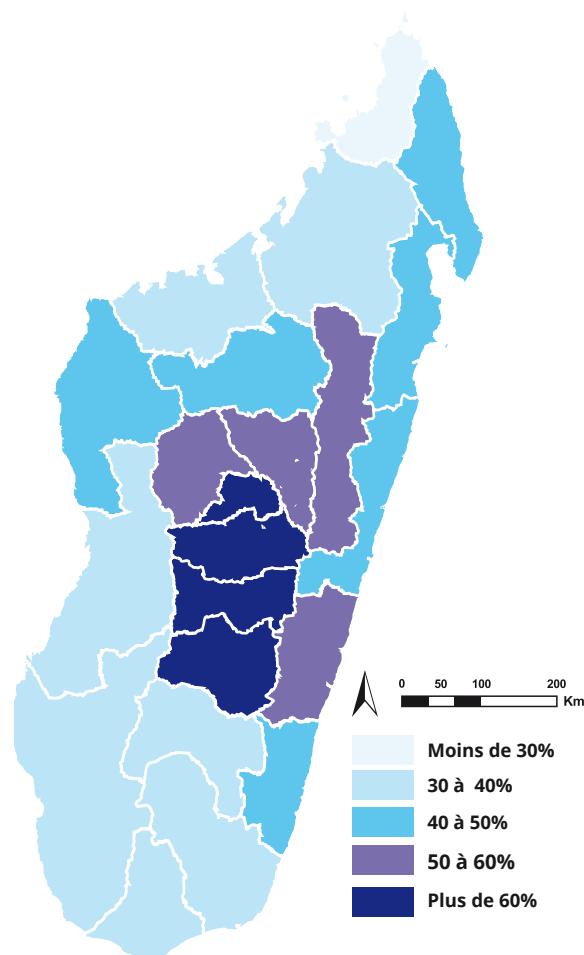
⁷⁶ Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar 2010, UNICEF, PAM, ONN, MSP, novembre 2011.

⁷⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

⁷⁸ Améliorer la nutrition de l'enfant, UNICEF, Avril 2013.



Carte 4 : Cartographie régionale de la malnutrition chronique des moins de cinq ans en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT

Les disparités régionales sont très fortes. Les hautes terres centrales enregistrent les taux les plus élevés, les régions les plus affectées étant Haute Matsiatra (65%), Vakinankaratra (65%), Amoron'i Mania (64%). En valeur absolue, le plus grand nombre d'enfants souffrant de retard de croissance vivent sur les plateaux du centre et la côte orientale.

La proportion d'enfants souffrant de retard de croissance varie fortement selon le niveau d'instruction de la mère. Elle est plus élevée chez les enfants dont la mère à un niveau d'éducation primaire (52%) que chez ceux dont la mère a atteint le niveau secondaire (40%).

Le retard de croissance est également influencé par le niveau de bien-être économique du ménage⁷⁹, passant de 47% dans les ménages les plus pauvres à 38% chez les plus riches, avec des valeurs maximales (50%) dans les quintiles 2 et 3. Le fait que les plus pauvres paraissent moins affectés par le retard de

⁷⁹ Physical Status-The use and interpretation of anthropometry, Technical Report, Series No 854, WHO, 1995.

croissance que les plus riches est paradoxal et peut résulter d'une des deux hypothèses suivantes ;

- Dans des pays comme Madagascar où près de 80% de la population est pauvre, diviser la population en quintile de pauvreté peut ne pas être la meilleure approche car il n'y a pas vraiment de différence entre le troisième, quatrième et dernier quintiles. Une alternative dans ce type de contexte serait plutôt d'utiliser des terciles.
- Les ménages les plus pauvres, justement à cause du fait qu'ils ont des ressources limitées, font des choix (en termes de pratiques alimentaires et de dépenses) qui sont plus favorables à la nutrition.

Dans tous les cas, cette situation mérite d'être investiguée de manière approfondie.

Retard de croissance chez les adolescentes de 15 à 19 ans

L'adolescente connaît une poussée de croissance pendant les 12 à 18 mois précédant ses premières règles et elle continue de grandir d'en moyenne un centimètre par an pendant les 5 ans suivant le début de la menstruation. Dans une population avec de forts taux de malnutrition comme à Madagascar, l'âge des premières règles se situe autour de 16 ans ; les filles n'atteignent donc leur taille définitive qu'après 20 ans⁸⁰.

Le développement du canal pubien est achevé deux à trois années après que l'adolescente a atteint sa taille définitive. L'immaturité des os du bassin accroît le risque d'accouchement difficile (dystocique), pré-éclampsie (hypertension lors de la grossesse), disproportion céphalo-pelvienne.

Les adolescentes ont trois fois plus de risques de mourir en accouchant, comparées aux femmes qui ont entre 20 et 29 ans⁸¹.

Or à Madagascar, non seulement la plus grande proportion de femmes mesurant moins de 145 cm sont les jeunes filles de 15 à 19 ans mais, de plus, les grossesses adolescentes sont très fréquentes.

Malnutrition des femmes et des adolescentes

Chez les adultes, on utilise l'indice de masse corporelle (IMC) pour évaluer l'état nutritionnel de l'individu. Cet indice permet de savoir si la femme aura suffisamment de réserves graisseuses durant la grossesse et l'allaitement. Une femme avec un IMC inférieur à 18 kg/m² est considérée comme présentant de la sous-nutrition.

⁸⁰ Demerath EW, Li J, Sun SS, Chumlea WC, Remsburg KE, Czerwinski SA, Towne B, Siervogel RM. 2004 Fifty-year trends in serial body mass index during adolescence in girls: the Fels Longitudinal Study. *Am J Clin Nutr.* 80:441-6.

⁸¹ Moerman ML. Growth of the birth canal in adolescent girls. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1982; 143:528-32.



A Madagascar, plus du quart des femmes (27%) présentent une sous-nutrition avec des variations régionales considérables. Les plus forts taux se retrouvent sur la côte orientale, les hautes terres centrales et dans le Sud alors que les régions de Bongolava et Melaky ont les plus faibles taux (inférieurs à 20%⁸²).

Faible poids à la naissance

Le poids de l'enfant à la naissance est un déterminant important de l'état de santé du nouveau-né et de l'enfant ainsi que du niveau de mortalité infantile. Il est fortement lié à la malnutrition de la mère durant la grossesse. Une récente enquête a montré que le retard de croissance fœtale, et donc le petit poids à la naissance, contribuait fortement à la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans⁸³.

Selon l'ENSOMD 2012-2013, le poids à la naissance des enfants n'est connu que dans 15% des cas⁸⁴, contre 40% selon l'EDS 2008-2009. Parmi les naissances dont le poids est connu, 11% avaient un faible poids à la naissance. Cette proportion est légèrement inférieure à la valeur trouvée par l'EDS 2008-2009 (13%).

2.3.1.2. Malnutrition aiguë

La malnutrition aiguë (globale et sévère) inclut l'émaciation et l'œdème nutritionnel. Cette forme de malnutrition est la conséquence d'un déficit alimentaire et/ou de maladies récentes ayant entraîné une perte de poids rapide, reflétant l'état nutritionnel dont les causes sont récentes.

La malnutrition aiguë est définie comme un poids-pour-taille inférieur de -2 écarts-types par rapport à la médiane des standards OMS et/ou avec la présence d'œdème nutritionnel. Les valeurs inférieures de -3 écarts-types dénotent une situation sévère et sont liées à un risque plus élevé de mortalité.

La malnutrition aiguë est influencée par la saison de collecte des données. Elle est fortement influencée par des facteurs aléatoires ou saisonniers, en particulier dans un pays comme Madagascar où les quatre cinquièmes de la population vivent en milieu rural et sont tributaires de la qualité des récoltes. Ainsi, les moments durant lesquels se déroulent les enquêtes sont cruciaux et l'analyse et l'interprétation de la malnutrition aiguë à l'échelle de la population doit se faire en tenant compte de la saison et des chocs.

Selon l'ENSOMD 2012-2013, la malnutrition aiguë touche 8% des enfants de moins de 5 ans dont près de 1% sous forme sévère. Il convient de noter que

la collecte des données s'est effectuée pendant la période de soudure de décembre 2012 à janvier 2013. La prévalence de la malnutrition aiguë est similaire à celle observée en 2003, où selon l'enquête EDS (conduite de novembre 2003 à mars 2004), elle se situait à moins de 9%⁸⁵.

Au-delà de ces valeurs moyennes, le pays souffre de pics de malnutrition aiguë en raison des catastrophes naturelles récurrentes (sécheresse, inondations et cyclones⁸⁶) et des épidémies (paludisme, choléra, IRA). Une compilation d'enquêtes localisées conduites entre 2005 et 2011 a révélé des taux de malnutrition aiguë globale chez les enfants de 6-59 mois qui variaient de 10% à 20% dans les zones les plus vulnérables⁸⁷.



⁸⁵ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

⁸⁶ Le passage d'un cyclone peut entraîner la perte des récoltes, la destruction de stocks alimentaires et une augmentation de la vulnérabilité face aux maladies. En résulte alors une restriction alimentaire involontaire qui peut conduire certains enfants à la malnutrition aiguë ainsi qu'à une hausse des besoins en soins.

⁸⁷ Récapitulatif des enquêtes SMART à Madagascar de 2005 à 2011, UNICEF, ONN, MSP, décembre 2011.

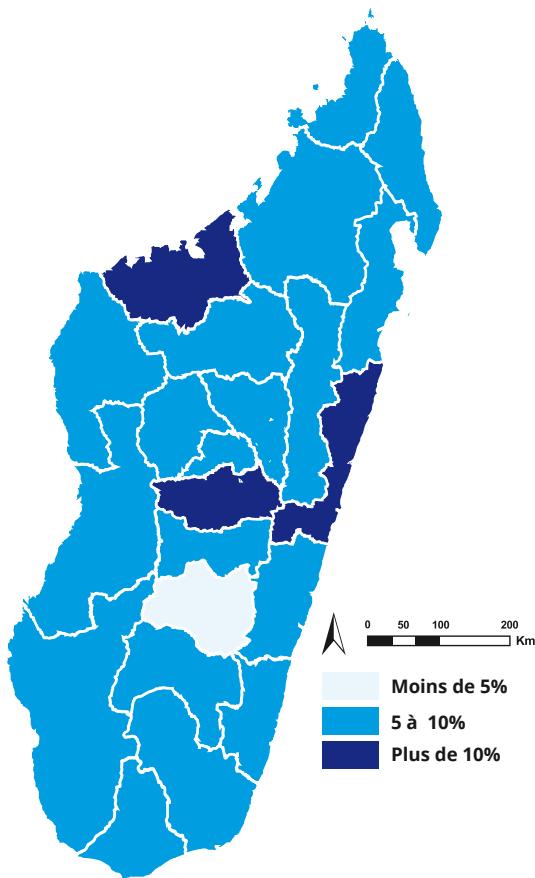
⁸² Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

⁸³ Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar 2010, UNICEF, PAM, ONN, MSP, novembre 2011.

⁸⁴ D'après les carnets de santé ou les déclarations de la mère.

En 2012, selon l'ENSOMD, les régions les plus affectées sont celles de Boeny (13%), Atsinanana (12%) et Vakinankaratra (12%). La malnutrition aiguë semble s'étendre au-delà des régions du Sud traditionnellement touchées pour gagner les hautes terres, l'Est et le Nord-Ouest. Les différences régionales doivent néanmoins être interprétées avec précaution car les conditions saisonnières varient beaucoup d'une région à une autre.

Carte 5 : Cartographie régionale de la malnutrition aiguë des enfants de moins de cinq ans en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Durant les deux premières années de l'enfant, la prévalence de la malnutrition aiguë augmente avec l'âge, avec un pic à 14% chez les enfants de 12-17 mois, qui sont particulièrement exposés aux microbes pathogènes. En moyenne, toutes tranches d'âge confondues, les garçons (10%) sont plus touchés que les filles (7%).

La prévalence de la malnutrition aiguë est surtout influencée par le niveau de richesse du ménage, passant de 10% chez les plus pauvres à 5% chez les plus riches. Elle varie aussi avec le niveau de diversification alimentaire et la consommation alimentaire du ménage, les ménages avec une plus grande diversité alimentaire étant les moins affectés.

La proportion d'enfants souffrant de malnutrition aiguë diminue légèrement avec le niveau d'instruction de la mère, de 9% si la mère est sans instruction à 7% si elle a atteint le niveau secondaire ou plus.

Les informations sur la malnutrition aiguë des enfants de 6 à 12 ans sont rares et parcellaires. En 2009, une étude de la Banque mondiale réalisée dans deux districts montrait que 25% des enfants d'âge scolaire souffraient de malnutrition aiguë, dont 7% de malnutrition aiguë sévère. Cette affection touchait 28% des garçons contre 22% des filles.

2.3.1.3. Insuffisance pondérale

L'insuffisance pondérale est évaluée en observant le ratio poids pour âge. Cet indice combine le retard de croissance et la malnutrition aiguë mais sa valeur en tant qu'indice est limitée sur le plan programmatique car il ne permet pas de différencier les deux formes de malnutrition. Néanmoins, il figure parmi les indicateurs de suivi de l'OMD 1.

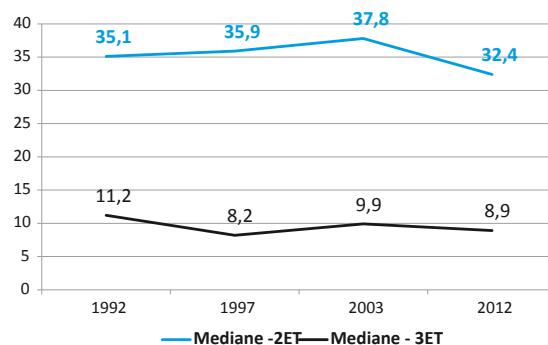
L'insuffisance pondérale est définie comme un poids pour âge à -2 écarts-types de la médiane des standards OMS (-3 écarts-types correspondant à une forme sévère).

En 2012, l'insuffisance pondérale affectait moins du tiers des enfants de moins de 5 ans dont 9% sous forme sévère. Après être restée quasiment stable pendant deux décennies, elle a légèrement reculé depuis 2003, passant de 38% à 32% en 2012.

En 2012, l'insuffisance pondérale affectait le tiers des enfants de < 5 ans dont 9% sous forme sévère

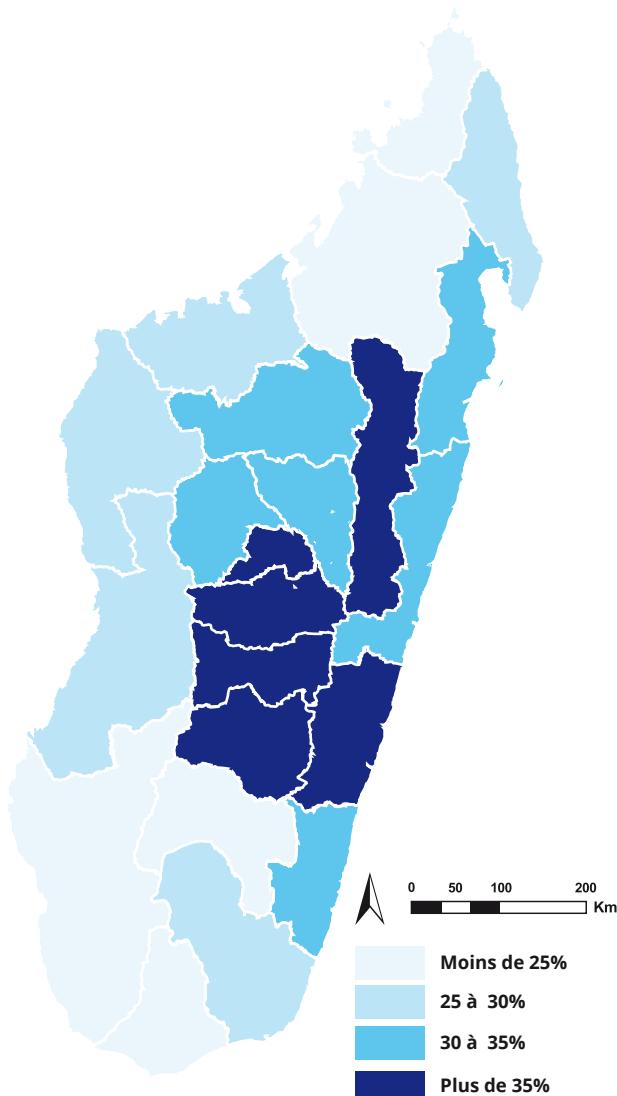
Selon l'ENSOMD, les régions les plus touchées sont Vakinankaratra (47%), Amoron'i Mania (44%) et Itasy (43%).

Graphique 7 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans selon les standards OMS de 2006



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Carte 6 : Cartographie régionale de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de cinq ans en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT

2.3.1.4. Alimentation du nourrisson et du jeune enfant

L'OMS et l'UNICEF ont formulé une stratégie mondiale pour l'ANJE en 2003, stipulant que « pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être allaité exclusivement aux seins pendant les six premiers mois de la vie. Par la suite, pour répondre à l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments de complément sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus ». Ainsi les principales recommandations internationales sont : (i) Mettre l'enfant au sein dans l'heure qui suit la naissance ; (ii) Allaiter l'enfant exclusivement au sein jusqu'à ce qu'il ait l'âge de six mois, (iii) Introduire des aliments de complément adéquats à partir de six mois tout en poursuivant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Allaitement maternel

Sain et contenant des anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux bébés, le lait maternel permet d'éviter les carences nutritionnelles et de limiter la prévalence de la diarrhée ou d'autres maladies. Par ailleurs, par son intensité et sa fréquence, l'allaitement maternel prolonge l'infécondité post-partum. En prolongeant la période de non fécondité après l'accouchement, il influe sur l'intervalle inter-génésique, et donc sur la mortalité et l'état de santé des enfants et des femmes.



■ Allaitement initial

Selon l'ENSOMD 2012-2013, seulement les deux tiers des enfants sont mis au sein dans l'heure suivant la naissance (66%), comparé à 72% en 2008 selon l'EDS. Cet indicateur est relativement peu influencé par les caractéristiques sociodémographiques mais varie considérablement selon les régions. Il s'élève à 86% dans la Haute Matsiatra et à seulement 26% à Melaky et 41% à Menabe. Les enfants nés dans des structures sanitaires ont plus de chances d'être allaités dans l'heure qui suit leur naissance (71%) que ceux qui naissent à domicile (63%).

■ Allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois

En 2012 selon l'ENSOMD, seulement 42% des enfants de moins de six mois étaient allaités exclusivement au sein. Le pourcentage varie très légèrement selon le sexe en faveur des filles (43% contre 41% chez les garçons).

Selon le milieu de résidence, la proportion d'enfants de moins de six mois exclusivement allaités au sein est plus élevée en milieu urbain (48%) que rural (41%), même si elle est très faible dans la capitale (32%). Dans certaines régions comme Androy (14%), Melaky (20%), Diana (21%) et Menabe (23%), l'allaitement maternel exclusif concerne moins du quart des enfants de moins de six mois.

Le prolongement de l'allaitement jusqu'à deux ans concerne 83% des enfants en moyenne en 2012, selon l'ENSOMD. Il apparaît plus faible dans certaines régions, notamment Sava (69%) et Diana (74%).

Aliments de complément

Selon l'ENSOMD, la grande majorité des enfants malgaches de six à huit mois (90%) bénéficie de l'introduction d'aliments de complément mais des insuffisances majeures sont observées sur la période d'introduction des aliments de complément et sur leur qualité.

Selon l'EDS 2008-09, 23% des enfants de moins de six mois reçoivent des aliments de complément, ce qui dénote d'une introduction précoce par rapport à la recommandation et 5% des enfants de neuf à onze mois sont toujours exclusivement allaités, ce qui témoigne d'une introduction tardive.

En 2012, le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois recevant une alimentation diversifiée minimale se limitait à

31%

Par ailleurs, les aliments de complément ne sont pas toujours adéquats sur le plan nutritionnel. On considère qu'un enfant reçoit une alimentation de complément diversifiée minimale quand il a reçu au moins quatre groupes alimentaires distincts la veille de l'enquête. En 2012, le pourcentage des enfants de 6 à 23 mois recevant une alimentation diversifiée minimale se limitait à 31% et apparaissait plus bas chez les enfants allaités (29%) que chez les non allaités (41%).

Les enfants résidant dans la capitale ont deux fois plus de chances de recevoir une alimentation diversifiée minimale (49%) que ceux du milieu rural (25%) ou des autres zones urbaines (38%). En outre, le niveau d'instruction de la mère influence considérablement les pourcentages d'enfants recevant une alimentation diversifiée minimale (16% chez les sans instruction contre 45% chez les plus instruites), de même que le quintile de bien-être économique du ménage (16% chez les plus pauvres contre 46% chez les plus riches).

2.3.1.5. Carences en micronutriments

Les micronutriments jouent un rôle essentiel dans la production d'enzymes, d'hormones et d'autres substances aidant à réguler la croissance, l'activité, le développement et le fonctionnement des systèmes reproducteur et immunitaire. Un apport adéquat est crucial durant les périodes de la petite enfance, de la croissance, de la grossesse ou encore de l'allaitement.

Trois carences ont retenu plus particulièrement notre attention en raison de leur fréquence et de l'importance qu'elles jouent dans le développement

des enfants à Madagascar, à savoir la carence en fer, en vitamine A et en iode.

Il existe très peu d'études sur les carences en micronutriments chez les enfants et les femmes à Madagascar. Il est donc difficile de juger de l'évolution des prévalences et d'identifier les populations les plus vulnérables vis-à-vis de ces carences. Par ailleurs, compte tenu des forts taux de malnutrition chronique, il conviendrait également de faire des études sur la carence en zinc (qui favorise une croissance et un développement normaux).

Persistance d'une forte prévalence de l'anémie ferriprive

L'anémie se définit par une baisse du volume des globules rouges et de la quantité d'hémoglobine qui circule dans le sang. Bien que l'anémie puisse être provoquée par des hémorragies, des infections, des problèmes génétiques ou des maladies chroniques, il est estimé qu'environ 50% des cas dans le monde sont dus à la carence en fer⁸⁸. L'anémie peut favoriser le décès maternel et le faible poids à la naissance ainsi que la baisse de la performance cognitive chez l'enfant ou de la productivité au travail chez l'adulte.

Les données les plus récentes datent de l'EDS 2008-2009 et indiquent que l'anémie constitue un problème de santé publique à Madagascar, touchant plus particulièrement les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les enfants d'âge scolaire. Selon l'EDS, le niveau d'anémie a diminué pour les femmes et les enfants entre 2003 et 2008 suite à l'introduction en 2006 de Semaines de santé de la mère et de l'enfant (SSME) bisannuelles, incluant le déparasitage des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, et grâce aux efforts réalisés pour la prévention et le traitement du paludisme (campagnes de distribution de moustiquaires à l'échelle nationale, introduction des tests diagnostiques rapides et des thérapies combinées à base d'artémisinine). Chez les enfants, il est passé de 69% en 2003 à 50% en 2008 et de 46% à 35% chez les femmes. Toutefois, malgré ce recul, les niveaux restaient élevés.

Chez les enfants de moins de cinq ans, la prévalence de l'anémie diminue avec l'âge, passant de 67% chez les enfants de 6-11 mois à 40% chez les 48-59 mois en 2008.

L'anémie chez les femmes recule significativement avec leur niveau d'instruction (42% chez les femmes non instruites, contre 29% chez celles ayant atteint le niveau secondaire ou plus)⁸⁹. De même, la capacité financière du ménage influe sur les carences en fer de la mère et de l'enfant.

⁸⁸ Déclaration conjointe de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance : Focaliser sur l'anémie - Vers une approche intégrée pour un contrôle efficace de l'anémie. Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2005.

⁸⁹ Ibid.



L'ENSOMD 2012 ne renseigne pas sur l'anémie mais indique que plus du tiers des enfants de 6-23 mois (36%) avait consommé des aliments riches en fer au cours des dernières 24 heures avant l'enquête. La proportion d'enfants nourris avec des aliments riches en fer augmente avec le niveau d'instruction de la mère et de consommation du ménage. Les pratiques d'alimentation riches en fer sont relativement répandues dans les régions d'Analamanga (45%), Melaky (44%) et Betsiboka (44%) et au contraire assez rares dans les régions d'Androy (16%) et d'Anosy (18%).



Manque de données sur la carence en vitamine A

L'avitaminose A est en grande partie due à une alimentation pauvre en protéines animales et en fruits. Selon le niveau de carence, l'avitaminose peut entraîner une baisse de l'immunité et augmenter les risques de contracter des maladies infectieuses. A un niveau sévère, elle peut être la cause de cécité nocturne.

A l'heure actuelle, en l'absence de données d'enquête sur la carence en vitamine A, il n'est pas possible d'estimer l'ampleur du problème.

La dernière EDS de 2008-2009 montre que moins de 1% des mères souffraient de cécité crépusculaire ajustée lors de leur dernière grossesse. Mais il faut noter que l'évaluation de la baisse de la vision crépusculaire par interrogatoire reste subjective et doit être interprétée avec précaution.

Pour lutter contre la carence en vitamine A chez les enfants, des campagnes nationales bisannuelles de supplémentation sont menées à travers le pays durant les SSME. Les résultats de l'ENSOMD montrent que parmi tous les enfants de 6-59 mois, seulement 43% avaient reçu des suppléments de vitamine A au cours des six mois ayant précédé l'enquête, soit une réduction importante par rapport à 2008 (72%) selon l'EDS. Les régions où la couverture est la plus élevée en 2012 sont la Haute Matsiatra (58%), Amoron'i Mania (57%) et de Vakinankaratra (54%). A l'opposé, la région de Melaky (24%) se caractérise par la couverture en vitamine A la plus faible.

La carence en iode en recul

La carence en iode peut entraîner un retard du développement mental chez l'enfant et une apparition du goitre chez l'adulte. Chez la femme enceinte, elle augmente considérablement le risque de fausse couche et de mortalité néonatale.

Avant la mise en oeuvre du Programme de lutte contre les troubles dus à la carence en iode (TDCI) en 1992, la carence en iode concernait 75% des Malgaches. Grâce à l'introduction de sel iodé dans l'alimentation des ménages, la prévalence du goitre enregistrée dans les sites sentinelles a accusé une spectaculaire régression, passant de 43% à 5% entre 1990 et 2001.

On ne dispose pas de données nationales récentes et représentatives sur le statut en iode de la population (iode urinaire) ni sur la prévalence du goitre. L'EDS 2008-2009 indique toutefois qu'environ 53% des ménages consomment du sel iodé adéquatement. Ce taux varie considérablement selon le milieu de résidence, de 49% dans le milieu rural à 72% dans les villes⁹⁰. Les disparités régionales sont très fortes, avec des régions du Sud - Anosy (1%) et Androy (4%) - où la consommation de sel iodé adéquatement demeure marginale.

L'utilisation de sel iodé est fortement corrélée au niveau de vie des ménages : 32% des ménages appartenant au quintile le plus pauvre utilisent du sel iodé adéquatement, contre 73% des ménages les plus riches.

Les contrôles du taux d'iodation du sel sont assurés par des laboratoires de référence, mais faute de financements depuis 2009, ils demeurent très insuffisants.

2.3.2. Principal défi : réduire la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans

Malgré les efforts fournis par le gouvernement avec la mise en place d'une Politique nationale de nutrition (PNN) en 2004 et de l'Office national de nutrition (ONN) en 2005, les campagnes de sensibilisation ou de supplémentation existantes ne parviennent pas à faire reculer la malnutrition chronique, qui concerne toujours presque la moitié des enfants malgaches de moins de cinq ans.

2.3.2.1. Analyse causale

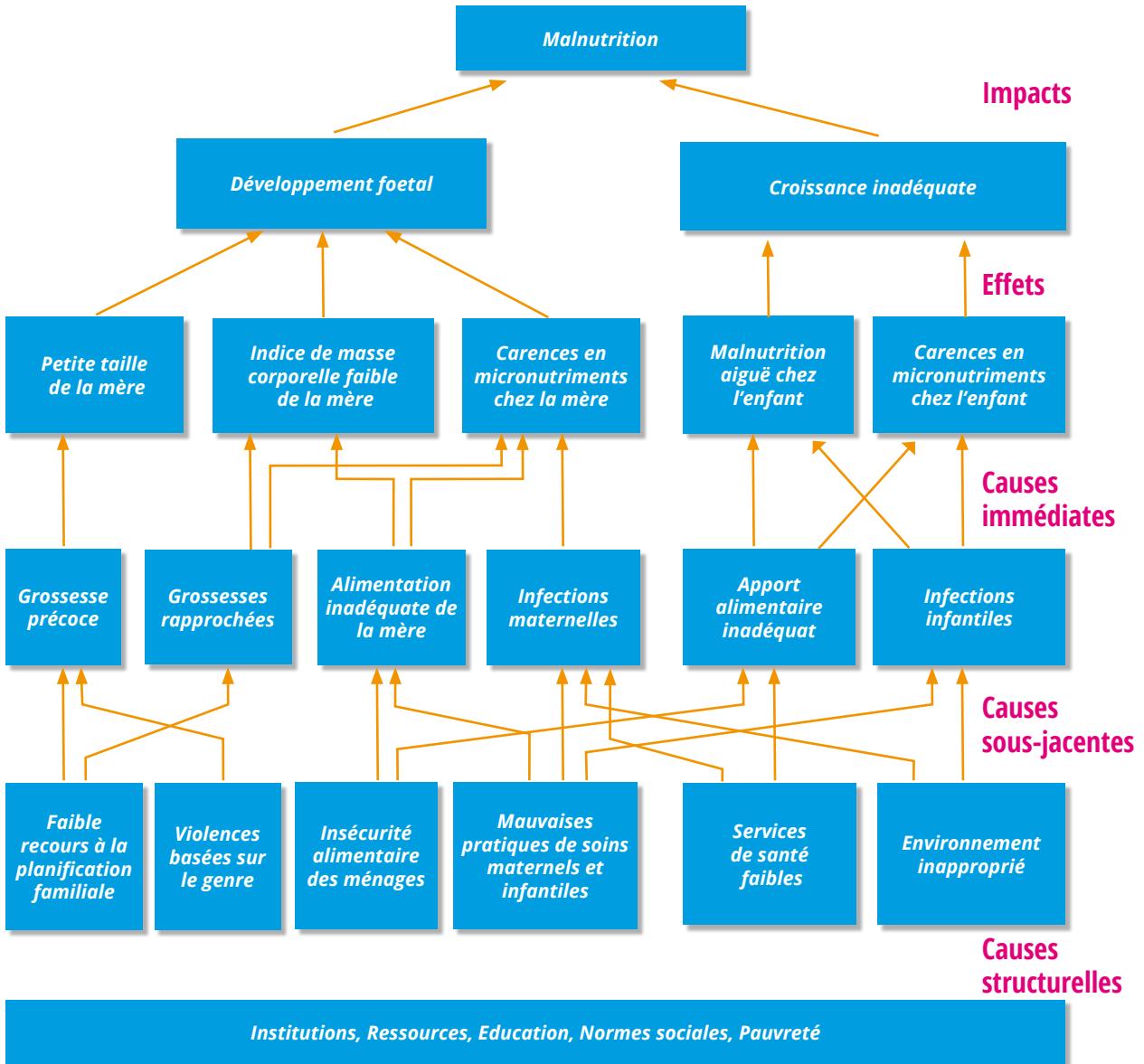
La malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans est liée au mauvais développement fœtal de l'enfant (petite taille, petit poids, carences en micronutriments) et/ou au retard de croissance après la naissance de l'enfant (malnutrition aiguë, carences en micronutriments).

⁹⁰ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

Selon les données quantitatives présentées ci-dessus, complétées par des données plus qualitatives issues de la revue de la documentation concernant le cadre institutionnel, le dispositif de prise en

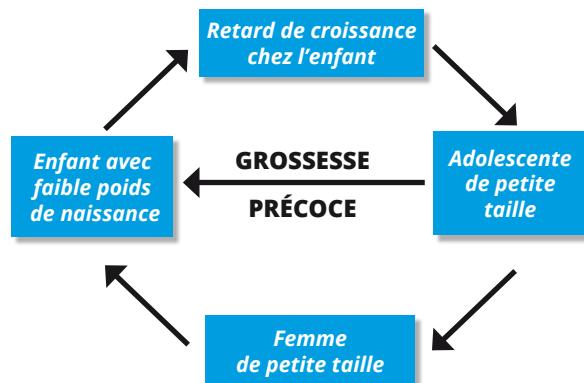
charge des enfants et des femmes malnutris ainsi que les pratiques sociales et tabous alimentaires à Madagascar, le cadre d'analyse de la malnutrition chronique peut être présenté comme suit :

Cadre d'analyse de la malnutrition chronique



CAUSES IMMÉDIATES

La petite taille des mères et les grossesses précoces sont parmi les principales causes immédiates de la petite taille de l'enfant à la naissance. Les grossesses précoces concernent en moyenne 37% des jeunes filles de 15 à 19 ans, et au moins 55% d'entre elles dans certaines régions comme Menabe (60%), Sofia (56%) et Melaky (55%). Le retard de croissance se transmet selon un cycle intergénérationnel. Les filles nées avec un faible poids à la naissance sont plus susceptibles de devenir des femmes adultes de petite taille et/ou de faible poids, donnant elles-mêmes naissance à des petits bébés.



Source : Adaptée de ACC/SCN (1992).

De même, les grossesses rapprochées peuvent entraîner des carences importantes en micronutriments chez le fœtus et la naissance d'enfants de petit poids. Elles sont plus fréquentes chez les adolescentes : selon l'ENSOMD 2012-2013, le nombre médian de mois écoulés entre deux naissances est estimé à 26 mois en moyenne mais 24 mois dans la tranche d'âge des 15 à 19 ans.

L'alimentation inadéquate de la femme enceinte est une autre cause immédiate du faible poids et des carences en micronutriment du fœtus. La consommation d'alcool et le tabagisme nuit également au développement du fœtus.

Les infections maternelles (parasites intestinaux, paludisme) peuvent également entraîner des carences en micronutriments chez le fœtus.

Les infections infantiles ont un impact certain sur son état nutritionnel. En effet, la prévalence de la malnutrition est toujours plus élevée chez les enfants malades ou qui ont été malades dans les deux dernières semaines précédant l'enquête. L'impact de la maladie sur l'état nutritionnel est plus fort si l'enfant a moins de six mois. Cette vulnérabilité peut être réduite grâce à l'allaitement maternel, les enfants allaités étant moins sujets aux maladies.

L'alimentation inadéquate du jeune enfant fait également partie des principales causes immédiates du retard de croissance des enfants de moins de cinq ans.

➔ CAUSES SOUS-JACENTES

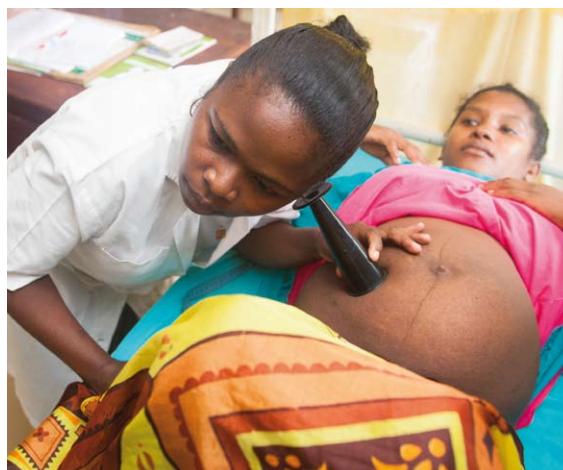
Les grossesses précoces et rapprochées sont dues au **faible recours des femmes à la planification familiale** : selon l'ENSOMD, seulement un tiers des femmes en âge de procréer recourt à une méthode moderne de contraception.

La banalisation des violences **basées sur le genre**⁹¹ favorise également les grossesses adolescentes : à Madagascar, le mariage précoce et forcé touche 14% des filles de moins de 15 ans. De plus, entre 15 et 19 ans, 20% des femmes sont mariées et 29% en union. Les violences sexuelles et l'exploitation sexuelle des enfants sont également à la base de nombreuses grossesses précoces.

Les mauvaises pratiques de soins maternels et infantiles : chez l'enfant, la prévalence élevée de la malnutrition chronique est fortement influencée par des facteurs comportementaux⁹². L'allaitement exclusif ne concerne que 42% des enfants de moins de six mois. D'après une étude CAP réalisée par

l'UNICEF en 2008⁹³, peu de femmes savent que les avantages de l'allaitement maternel ne sont effectifs que s'il est exclusif. La persistance de certaines croyances sur la faible valeur nutritionnelle du lait maternel facilite la diffusion de pratiques néfastes en matière d'alimentation du jeune enfant. Le recours au tambavy en fait partie (voir encadré ci-dessous). Chez les femmes, les mauvaises pratiques incluent la prise de tambavy durant la grossesse et les restrictions alimentaires délibérées. Selon les régions, des fady⁹⁴ interdisent à la femme enceinte ou à la mère de manger certaines viandes, protéines animales ou encore certains légumes. Selon la tradition, ces interdits ont été prescrits par les « vazimba » ou ancêtres de ceux qui vivent aujourd'hui. Leur transgression volontaire provoquerait la colère des esprits, déclenchant le malheur, la maladie, la mort ou la perte de richesse. Par ailleurs, les mauvaises pratiques alimentaires du nourrisson, du jeune enfant et des femmes enceintes peuvent également s'expliquer par la nature du régime alimentaire malgache traditionnel. Selon une enquête de 2010⁹⁵, ce régime est principalement basé sur le riz (6,2 fois par semaine), les légumes (4,4 fois par semaine) et les tubercules (manioc 3,9 fois par semaine). Les protéines végétales et animales sont rarement consommées (1 et 2,3 fois par semaine). Au total, seulement 22% de la population jouit d'un régime alimentaire acceptable.

Concernant les soins alimentaires de la mère, selon une étude CAP réalisée par l'UNICEF, plus de 80% des femmes savent qu'une femme enceinte doit manger plus que d'habitude. Ce manque de connaissance, combiné avec l'insécurité alimentaire des ménages fait que la quantité et la qualité nutritionnelle de l'alimentation de la femme enceinte n'est généralement pas suffisante pour un développement correct du fœtus.



⁹³ Recherche formative sur le parcours de soins - Santé maternelle et infantile, Madagascar, UNICEF, 2008.

⁹⁴ Voir la partie Contexte.

⁹⁵ Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar 2010, UNICEF, PAM, ONN, MSP, novembre 2011.

⁹¹ Pour plus de détails, voir le chapitre Protection.

⁹² Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar, 2010, UNICEF, PAM, ONN, MSP, novembre 2011.

Tambavy : un obstacle à l'allaitement exclusif

De nombreux parents pensent favoriser le développement physique de leur bébé en lui faisant consommer des tambavy* pendant ses six premiers mois de vie. Désignant à la fois les remèdes faits de décoctions et d'infusions et les plantes dont on les tire, le tambavy aurait, selon les croyances, des vertus pédiatriques ancestrales. Héritage paternel de l'identité lignagère, il sert de lien entre le développement physique et spirituel. Il est administré à la mère et à l'enfant, sous forme de boisson ou en application externe directement sur le corps.

* Information extraite de l'article de Sophie BLANCHY, « Le tambavy des bébés à Madagascar : du soin au rituel d'ancestralité », extrait du livre *Du rite au soin dans l'enfance*, Doris BONNET et Laurence POURCHEZ, 2007.

Considéré comme un être dont la création n'est pas terminée, le bébé devra prendre des tambavy dès trois mois afin de lui assurer un développement harmonieux en le protégeant des problèmes de santé et de croissance jusqu'à ce qu'il sache marcher. Grâce aux vertus de la plante et à l'action des ancêtres transmises par le tambavy, l'enfant pourra donc continuer son développement et devenir plus fort. De par le poids des déterminants socioculturels de l'identité sexuelle, la force est une caractéristique attribuée au garçon, qui du coup se voit administrer plus de tambavy que la fille et est donc plus touché par le retard de croissance. De plus, l'enfant peut avoir une alimentation de complément inadaptée ou recevoir des compléments en micronutriments non appropriés ou des aliments trop riches en facteurs antinutritionnels.

L'insécurité alimentaire, notamment dans le Sud ou suite aux aléas climatiques, affecte l'alimentation



des ménages qui se voient obligés de diminuer les rations journalières et la consommation de protéines au profit d'aliments à faible valeur nutritionnelle. Selon une étude de référence menée en 2010⁹⁶, plus du tiers (35%) des ménages est en situation d'insécurité alimentaire⁹⁷ et près de la moitié des ménages (48%) sont vulnérables à l'insécurité alimentaire. La pauvreté alimentaire est saisonnière et affecte 84% des ménages, qui subissent à un moment donné de l'année un manque d'argent ou de nourriture. Février et octobre sont les mois les plus difficiles, avec un quart des ménages confrontés à une pénurie d'argent ou de nourriture. Face à l'insécurité alimentaire, un peu plus de la moitié des ménages réduisent « toujours ou souvent » leur ration journalière. Les profils des familles les plus vulnérables sont variés, des familles monoparentales et/ou nombreuses aux familles de petits agriculteurs ou de travailleurs du secteur informel, en passant par les ménages ne pratiquant pas la diversification de la culture ou ayant une faible production.

Du fait de **la faiblesse des services de santé**, l'accessibilité et la qualité de la consultation prénatale et des soins du jeune enfant restent réduites. Comme exposé dans le chapitre sur la santé de la mère et de l'enfant (voir plus loin), la moitié seulement des femmes enceintes effectuent quatre consultations prénatales et le contenu de la CPN (consultation prénatale) n'est pas standardisé⁹⁸. De même, l'utilisation des services de soins de santé de base pour les enfants dans le volet curatif et de prise en charge de la malnutrition reste limitée. De plus, les services de santé, formels et communautaires, transmettent peu d'informations nutritionnelles utiles aux familles. Pour tenter de combler ces lacunes, des outils d'information, d'éducation et de communication destinés à promouvoir les bonnes pratiques de nutrition des jeunes enfants et des femmes enceintes ont été développés. Toutefois, l'impact de cette initiative mise en place en mai 2010 n'a pas encore été évalué.

L'insalubrité de l'environnement et les épidémies sont d'autres causes sous-jacentes de la malnutrition chronique⁹⁹.

⁹⁶ Analyse globale de la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de la vulnérabilité en milieu rural à Madagascar 2010, UNICEF, PAM, ONN, MSP, novembre 2011.

⁹⁷ Calculée sur la base de l'approvisionnement alimentaire général du ménage et de sa capacité à acquérir les aliments.

⁹⁸ Selon une enquête CAP Recherche formative sur le parcours de soins-Santé maternelle et infantile menée par l'UNICEF en 2008, bien que 62% des femmes affirment prendre une supplémentation en fer et en acide folique (FAF) pendant leur grossesse, seulement 7% ont pu compléter les 90 jours de prise recommandés par l'OMS. En 2012, selon l'ENSOMD, 57% des femmes enceintes ont pris des médicaments contre les parasites intestinaux et seulement 32% des femmes ont déclaré avoir obtenu un traitement préventif intermittent pour éviter le paludisme avec un nombre moyen de prise voisin de 2.

⁹⁹ Pour plus d'informations, voir la partie de l'étude sur l'accès à l'eau et à l'assainissement.



➔ CAUSES STRUCTURELLES

Les causes profondes de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans sont multiples et reposent en grande partie sur des conditions structurelles.

Le manque de capacités institutionnelles au niveau national explique les taux élevés de malnutrition à travers le pays. En effet, la baisse progressive de l'efficacité des interventions constatée au niveau de certains districts et régions et la tendance à la baisse des couvertures en général sont probablement en rapport avec la forte charge de travail des prestataires due au nombre élevé d'activités proposées aux CSB. De plus, alors que l'on estime le coût de la mise en œuvre du PNAN 2 (2012-2015) à 138 millions de dollars, le budget réservé à la nutrition n'a pas cessé de reculer depuis plus d'une décennie. Sa part au sein des dépenses sociales est passée de 21% à 11% entre 2001 et 2006¹⁰⁰. En 2009, l'allocation budgétaire au secteur de la nutrition se limitait à 1,28 million de dollars - auxquels s'étaient ajoutées de fortes contributions des bailleurs de fonds, à hauteur de 38,5 millions de dollars¹⁰¹. On ne dispose pas de données sur le budget alloué à la nutrition depuis 2009 mais l'on constate une forte contraction du budget de la Santé suite à la crise de 2009, en particulier pour l'année 2012¹⁰². Ce manque de fonds alloués à la nutrition s'est doublé d'une forte instabilité institutionnelle. Les multiples changements d'orientation stratégique dans le secteur n'ont pas facilité l'obtention de résultats probants sur le long terme.

Les normes sociales : à Madagascar, le rôle de la religion traditionnelle et du droit coutumier est prépondérant, surtout dans les zones rurales. Or, les normes sociales expliquent souvent les mauvaises pratiques alimentaires observées chez la mère et l'enfant et encadrent le statut des femmes.

Le statut de la femme dans la société malgache limite sa capacité à prendre des décisions au sein de la famille, notamment en ce qui concerne les soins procurés aux enfants. Selon l'étude CAP de 2008 déjà citée, la femme est traditionnellement responsable des enfants, alors que la prise de décision concernant les dépenses, et notamment les frais de santé, revient souvent à l'homme de la maison. Respectant les normes socioculturelles transmises par les autorités administratives et les leaders traditionnels, la femme doit se conformer aux instructions données par son mari en ce qui concerne sa propre santé et celle de ses enfants. Dans les régions du Sud-Est et du Sud-Ouest par exemple, la prise de décision est un droit qui revient à l'homme lorsque la femme est en union

¹⁰⁰ Placer la nutrition au cœur des politiques de développement : le cas de Madagascar (1960-2010), HNP/Banque Mondiale, mars 2010.

¹⁰¹ Voir le site web SUN Madagascar.

¹⁰² Voir les sections consacrées à la santé de la mère et de l'enfant et aux investissements publics dans les secteurs sociaux.

et à ses parents lorsqu'elle est hors union. Par ailleurs, selon l'enquête CAP de 2008, entre un quart et un tiers des femmes selon les régions déclaraient que le fait de devoir se rendre seule au centre de santé constituait un obstacle.

Le faible niveau éducatif des femmes : comme l'a montré l'état des lieux, les indicateurs concernant la nutrition sont fortement influencés par le niveau éducatif des femmes. A Madagascar, 25% des femmes sont analphabètes en 2012, selon l'ENSOMD ; par ailleurs, la plupart des femmes n'ont que le niveau primaire, alors que les indicateurs en matière de nutrition enregistrent de véritables progrès seulement lorsqu'elles atteignent le niveau secondaire ou supérieur.

La pauvreté : dans un pays présentant l'un des taux de pauvreté les plus élevés du monde, les barrières financières restreignent considérablement l'accessibilité et l'utilisation continue des services de santé. De plus, la pauvreté a un impact direct sur l'alimentation des femmes et des enfants, notamment sur la diversification du régime alimentaire et la consommation de protéines.



2.3.2. Analyse des rôles

Par son adhésion aux textes internationaux, l'Etat est le premier obligataire envers l'enfant et la femme pour réaliser le droit à une bonne nutrition. Cependant, d'autres acteurs sont aussi concernés, à savoir, la famille, la communauté ainsi que les autorités sanitaires et administratives au niveau déconcentré.

Dans cette partie, nous nous intéressons plus spécifiquement à l'analyse des rôles des obligataires dans le cadre du retard de croissance de l'enfant (entre 0 et 2 ans) et des mauvaises pratiques d'ANJE.

AU NIVEAU DE L'ETAT

Au niveau central

L'Etat, à travers son gouvernement, est chargé de mettre les moyens humains et financiers nécessaires à la disposition du Ministère de la Santé publique pour renforcer les capacités institutionnelles, répondre aux enjeux de la nutrition à Madagascar et respecter les engagements pris sur la scène internationale.

L'Office national de la nutrition (ONN) est directement responsable de la nutrition de la population malgache. En matière d'orientations, il doit assurer la diffusion des directives sur la prise en charge et la prévention de la malnutrition dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de communication pour la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des campagnes nationales d'IEC/CCC qu'il doit coordonner. L'ONN doit également assurer la bonne mise en œuvre et le suivi/évaluation de la Politique nationale de nutrition.

La traduction en actions concrètes des politiques passe par la mise en œuvre du Plan national d'action nutritionnelle (PNAN).

Enfin, le plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires extérieurs afin de garantir une allocation budgétaire suffisante pour permettre la mise en œuvre effective des politiques et stratégies, dépend également des prérogatives de l'ONN.

Au niveau déconcentré

Au niveau régional, les autorités administratives et sanitaires se concentrent davantage sur la coordination des activités. Tout en assurant la mise à disposition des moyens au niveau déconcentré, elles doivent assurer la liaison avec le niveau central en transmettant les informations du terrain et en effectuant le plaidoyer nécessaire pour garantir l'allocation de ressources pour la mise en œuvre d'actions sur le terrain. Ce sont elles qui sont responsables de la mise en œuvre du Plan de travail annuel (PTA) et de la revue périodique des informations.

Au niveau des districts, les autorités administratives et sanitaires sont obligatoires vis-à-vis des acteurs intervenant au niveau communautaire. Elles doivent former et assurer la supervision des techniques de communication des personnels de santé. Pour ce faire, elles doivent assurer la mise à disposition des moyens techniques et financiers suffisants pour leur permettre de remplir leurs fonctions. Ces autorités doivent également analyser les données émanant des CSB et les transmettre à l'autorité régionale.

Les personnels de santé (AS) doivent former et superviser les agents communautaires et assurer la coordination des activités sur le terrain, à travers

la mise en place du Comité de Santé (COSAN) accompagnant les actions de sensibilisation.

Au niveau décentralisé

La commune et ses représentants élus ont des obligations vis-à-vis des familles et doivent faciliter les interventions des agents de santé communautaires et sanitaires tout en participant à l'intégration des pratiques de l'ANJE au sein des normes sociales de la collectivité. Ils ont un rôle important à jouer en vue d'identifier les agents communautaires capables d'effectuer la sensibilisation sur les pratiques de l'ANJE mais également pour transmettre les informations nécessaires aux autorités qui assurent la coordination des actions au niveau local.

AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ

Les parents ont l'obligation d'appliquer correctement les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE). L'allaitement maternel exclusif, l'introduction d'aliments de complément adéquats, l'enrichissement des denrées alimentaires et la supplémentation en nutriments sont autant de pratiques essentielles à adopter pour garantir une alimentation optimale aux enfants.

Les agents communautaires (AC), quant à eux, sont obligatoires vis-à-vis de la commune et des familles pour remplir leur mission de dépistage des cas de malnutrition. Pour ce faire, ils pratiquent des séances de sensibilisation appelées IEC/CCC et en effectuant des visites à domicile. Les leaders traditionnels ainsi que les matrones devront également être impliqués dans les interventions des agents communautaires, afin de mieux adapter les actions au contexte local. Enfin, il rendra compte également à sa hiérarchie et devra effectuer des rapports réguliers pour informer les autorités administratives et sanitaires de la situation sur le terrain.



2.3.2.3. Analyse des capacités

L'analyse des capacités permet de comprendre pourquoi les résultats obtenus dans le secteur de la nutrition au cours des dernières années ne sont pas bons.

AU NIVEAU DE L'ETAT

Au niveau central

L'ONN souffre d'un manque de capacités afin de remplir son rôle de coordinateur des programmes d'interventions. Les mécanismes de coordination de la nutrition sont actuellement considérablement limités du fait du climat politique des dernières années et de la faible collaboration entre les donateurs et le gouvernement, si bien que de nombreux programmes de soutien financés par des partenaires extérieurs s'adressaient directement aux communautés, aux ONG ou aux agences des Nations Unies.



Au niveau déconcentré

Les autorités administratives et sanitaires au niveau des districts et des régions (EMAD, DSRP) souffrent des mêmes types de problèmes. L'insuffisance d'échanges avec le niveau central empêche la remontée d'informations qui permettrait de bien planifier et mettre en œuvre les actions sur le terrain. Par ailleurs, le manque de capacités humaines et de gestion ne permet d'assurer un suivi de qualité de la mise en œuvre des plans d'actions. Cet aspect est d'ailleurs renforcé par l'insuffisance de supervision et de moyens financiers disponibles au sein de la structure hiérarchique. Par manque de formation, le personnel ne pratique pas l'analyse des données en vue de faciliter la prise de décision. Enfin, les supports techniques et de communication ne lui permettent pas de remplir la mission de sensibilisation et d'information auprès des agents communautaires et de santé.

Les personnels de santé, quant à eux, sont fréquemment surchargés de travail et méconnaissent parfois, eux-mêmes, le paquet minimum de soins préventifs et promotionnels en ANJE. L'impact de leur travail dépend aussi en grande partie de la volonté ou non des parents de se rendre au Centre de santé de base (CSB). De plus, les différentes mesures et prescriptions à effectuer dans le cadre de la CPN ne sont pas toujours réalisées en totalité.

De plus, les personnels de santé ont parfois des difficultés à collaborer avec les autorités locales et à entretenir des relations régulières avec les familles. Ils manquent de moyens IEC et de supports de communication pour remplir pleinement leur rôle de sensibilisation. Tout comme les agents communautaires, ils ne sont pas toujours en communication avec leur niveau hiérarchique, ce qui handicape fortement la remontée des informations au niveau déconcentré et provoque une insuffisance des moyens mis à disposition dans les CSB.

AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ

La famille joue un rôle primordial concernant l'état nutritionnel de l'enfant. Or, bien souvent, les parents ne connaissent pas les bonnes pratiques d'ANJE. Selon l'EDS 2008-2009, 42% des femmes et 38% des hommes ne sont exposés à aucun média au moins une fois par semaine. Dans les zones enclavées, l'action des agents de santé et des agents communautaires est donc primordiale.

Le facteur économique joue également un rôle important dans la prise de décision concernant l'alimentation et le recours aux services de santé.

Les normes sociales admises par la communauté sont un frein important à la mise en place d'un environnement favorable à l'application des pratiques d'ANJE. Dans les zones reculées en particulier, les communautés sont souvent dirigées par des leaders traditionnels perpétuant des coutumes ancestrales et parfois néfastes mais qui ont plus de crédit que les élus locaux représentant la commune et relevant du droit moderne. Par ailleurs, les représentants de la communauté, eux-mêmes, manquent d'information sur les bonnes pratiques d'ANJE.

Faiblement formés et encadrés par les agents de santé, les agents communautaires ont tendance à perpétuer les normes traditionnelles, même si elles sont contraires aux bonnes pratiques d'ANJE. Travaillant souvent dans des zones enclavées, ils disposent de peu d'informations et de directives. Ils manquent aussi de moyens matériels et financiers et donc de motivation.

2.3.2.4. Recommandations

Les recommandations d'activités concrètes suivantes pourraient être mises en œuvre dans le cadre du prochain programme de l'UNICEF afin de répondre au problème de la malnutrition chronique des enfants de moins de cinq ans :

En amont

- Renforcer le plaidoyer pour la nutrition, assurer la coordination des interventions en faveur de la nutrition et appuyer le gouvernement en vue d'assurer la coordination intersectorielle dans le cadre du mouvement SUN.
- Améliorer les systèmes d'information et de supervision existants au sein des institutions afin d'instaurer une culture collective de la responsabilité dans le domaine du droit à la nutrition. Cela permettra aussi d'identifier des opportunités d'interventions intégrées avec les programmes de protection sociale émergents.

En aval

- Dans la mesure où une lutte efficace contre la malnutrition chronique requiert la mise en œuvre coordonnée et intégrée d'actions spécifiques de nutrition et d'actions dans des secteurs sensibles à la nutrition, il faudra assurer une meilleure convergence et une intégration des programmes Nutrition avec les programmes Santé et Eau-Assainissement-Hygiène.

- Harmoniser les interventions des agents communautaires impliqués dans domaine de la nutrition avec ceux intervenant dans le domaine de la santé.
- Améliorer l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants et des femmes, en particulier des femmes enceintes, en mettant l'accent sur le changement des comportements pour la promotion et la protection des bonnes pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément. La diversification alimentaire et l'enrichissement des aliments de complément avec des suppléments nutritionnels seront l'objet d'une attention particulière.
- Poursuivre l'appui à la lutte contre les carences en micronutriments à travers la supplémentation et le déparasitage des femmes et des enfants et l'appui à la fortification des aliments, en particulier l'iodation du sel.
- Poursuivre le traitement de la malnutrition aiguë en veillant à l'amélioration des performances et à l'augmentation progressive de la couverture.
- Mieux préparer les zones vulnérables du littoral, sujettes aux cyclones et aux sécheresses, à la gestion de l'urgence, et encourager la coordination des différents acteurs dans le domaine.





24. DROIT À LA SANTÉ DE LA MÈRE
ET DE L'ENFANT

2.4.1. Etat des lieux et analyse des disparités

Principales sources des données

Les analyses présentées dans ce chapitre de la SITAN reposent essentiellement sur les résultats de l'Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013* (ENSOMD), les enquêtes démographiques et de santé (EDS) et les enquêtes périodiques auprès des ménages (EPM).

Les données du MINSANP ont aussi été exploitées, en particulier en ce qui concerne les structures de santé, les effectifs médicaux et paramédicaux et certains indicateurs quantitatifs non mesurés par les enquêtes nationales.

De plus, une série d'études d'évaluation s'est avérée très utile pour estimer la fonctionnalité des services de santé maternelle et infantile et la disponibilité des intrants essentiels.

Enfin, des études CAP et des sources plus qualitatives ont aussi été exploitées pour renseigner sur certaines attitudes et pratiques concernant notamment la tradition, la sexualité et le rapport des populations à la santé reproductive.

* Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

2.4.1.1. Droit à la santé de la mère

Une mortalité maternelle qui stagne depuis 15 ans

Dans 90% des cas, les décès maternels sont liés à une cause obstétricale directe. On parle de mortalité maternelle lorsque le décès de la femme survient durant sa grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement et que cette mort n'est pas liée à des causes accidentelles ni fortuites¹⁰³.

En signant la Déclaration du Millénaire, l'Etat malgache s'est engagé à réduire des trois quarts la mortalité maternelle entre 1990 et 2015, soit de 529 pour cent mille naissances vivantes (1992) à 127¹⁰⁴ pour cent mille naissances vivantes (NV).

Mais à deux ans de l'échéance, l'OMD 5 semble hors de portée puisque le taux de mortalité maternelle s'élève à 478 pour 100 000 NV en 2012¹⁰⁵.

¹⁰³ « Classification internationale des maladies », Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, 1977.

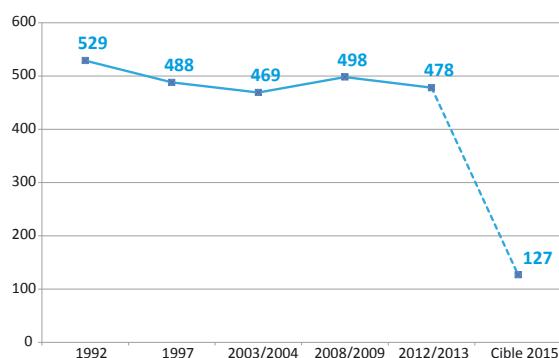
¹⁰⁴ L'objectif officiel du MINSANP est 132 pour 100 000 NV.

¹⁰⁵ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

En 2008, la mortalité maternelle à Madagascar se situait à 498 pour 100 000 NV¹⁰⁶. Elle a ainsi connu une quasi-stagnation au cours des deux dernières décennies et reste élevée. En 2008, on estimait que dix femmes¹⁰⁷ mouraient chaque jour de complications liées à la grossesse et à l'accouchement.

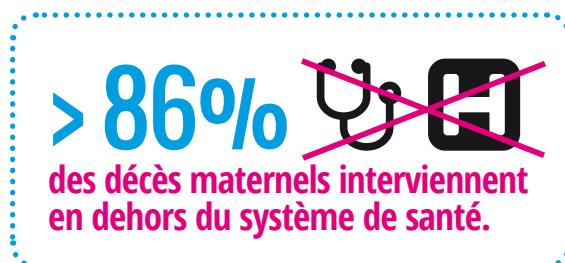
Alors que le risque de décès maternel sur la vie entière d'une femme est estimé à 1 sur 8 000 dans les pays industrialisés, à Madagascar, il est passé de 1 sur 38 en 2006¹⁰⁸ à 1 sur 43 en 2012, selon l'ENSOMD 2012-2013.

Graphique 8 : Evolution de la mortalité maternelle à Madagascar (1992-2012) pour 100000 NV



Sources : EDS 1992, EDS 1997, 2003-2004 et 2008-2009 - ENSOMD 12-13, INSTAT.

Parmi les 3 650 décès maternels dus à une complication liée à la grossesse estimés chaque année, seulement 491 ont lieu en milieu hospitalier¹⁰⁹. Ainsi, plus de 86% des décès maternels interviennent en dehors du système de santé.



¹⁰⁶ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹⁰⁷ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹⁰⁸ Rapport sur la situation des enfants dans le monde, UNICEF, 2009

¹⁰⁹ Annuaire statistiques de la santé, Ministère de la Santé, 2008.



Un faible accès aux services de santé maternelle

Des soins de qualité durant la grossesse de la mère, l'accouchement et la période post-natale permettent de prévenir d'éventuelles complications et de déceler la nécessité d'une potentielle prise en charge.

■ Accès au suivi prénatal

En 2012¹¹⁰, la consultation prénatale (CPN) par du personnel qualifié touchait 82% des mères de 15 et 49 ans ayant eu une naissance durant les cinq dernières années et 51% effectuaient au minimum quatre visites¹¹¹.

La couverture du suivi prénatal a légèrement diminué depuis quatre ans puisqu'en 2008-2009¹¹², 86% des mères avaient consulté au moins une fois du personnel qualifié durant la période prénatale. Pour le nombre de visites, on constate en revanche une légère amélioration puisqu'en 2008, elles étaient 49% à effectuer les 4 visites recommandées.

Les disparités d'accès à la CPN selon le milieu de résidence sont modérées : en effet, 80% des femmes rurales en ont bénéficié contre 92% en milieu urbain. La région la plus défavorisée est Melaky.

Le taux d'accès à la CPN est plus sensible à certaines variables sociodémographiques, en particulier concernant le niveau d'éducation de la femme : en 2012, 68% des femmes sans instruction ont bénéficié d'un suivi prénatal par du personnel qualifié, contre 93% des femmes ayant un niveau secondaire ou plus.

En ce qui concerne le niveau de richesse, les femmes du quintile le plus pauvre (72%) ont moins recours à la CPN que les femmes issues du quintile le plus riche (90%).

Les soins reçus dans le cadre de la CPN sont variables : 85% des femmes enceintes ont été pesées et 77% contrôlées pour la tension artérielle. Plus de la moitié ont pris des compléments de fer-acide folique et des médicaments contre les parasites. Les résultats sont moins bons concernant l'information sur les signes de complications (42%), l'accès à des traitements préventifs intermittents contre le paludisme deux fois durant la grossesse (32%), le prélèvement d'un échantillon d'urine (34%) ou de sang (46%).

La vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles, recommandées

par les programmes de santé maternelle et infantile, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Le tétanos néonatal survient généralement dans la première ou deuxième semaine après la naissance et il est fatal dans 70% à 90 % des cas.

Selon l'ENSOMD, 54% des femmes de 15 à 49 ans étaient protégées contre le tétanos en 2012, contre 70% en 2008¹¹³, par le biais des vaccinations reçues au cours de la dernière grossesse ou avant cette grossesse.

Environ 42% des femmes ont reçu les deux doses de VAT lors de leur dernière grossesse, ce qui constitue une baisse par rapport à 2008 (47%). Le pourcentage augmente en fonction du niveau d'instruction de la femme et du niveau de richesse du ménage. Il est plus élevé en milieu urbain (55%) qu'en milieu rural (39%). Les disparités régionales sont grandes avec 55% dans la Haute Matsiatra, contre seulement 20% dans la région de Melaky.

Selon le Ministère de la Santé publique, certains cas de tétanos néonatal ont été détectés au cours des dernières années mais l'incidence est restée inférieure à 1 pour 1000 NV (0,0076 cas pour 1000 NV en 2010 et 0,0098 cas pour 1000 NV en 2011). Entre mai 2011 et mai 2012, trois passages de campagne de vaccination pour l'élimination du tétanos maternel et néonatal (ETMN) ciblant 39 districts sanitaires à haut risque ont été réalisés. Les résultats montrent que 84% des femmes de 15 à 49 ans sur l'ensemble de ces districts ont reçu au moins 2 doses de VAT¹¹⁴.

■ Accès à l'accouchement assisté

Les complications peuvent être fatales si l'accouchement n'est pas assisté par un personnel qualifié et si les soins obstétricaux-néonataux d'urgence (SONU) ne sont pas administrés à temps. Une hémorragie sévère après la naissance de l'enfant peut, par exemple, tuer une femme en bonne santé en très peu de temps si elle ne bénéficie d'aucune assistance.

A Madagascar, la plupart des accouchements ont encore lieu au domicile familial : 57% en 2012¹¹⁵, contre 64% en 2008¹¹⁶, soit un léger recul depuis cinq ans.

La situation est plus préoccupante lorsque le ménage vit en zone rurale, où 61% des femmes accouchent

¹¹⁰ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹¹¹ Selon l'OMS, une femme enceinte doit effectuer au moins 4 consultations prénatales.

¹¹² Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹¹³ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹¹⁴ Résultats administratifs de l'ETMN, Ministère de la Santé publique, 2012

¹¹⁵ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹¹⁶ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

à domicile, qu'en milieu urbain (32%). Les disparités sont encore plus importantes suivant les régions avec 80% de femmes accouchant à domicile dans la région de Vatovavy Fitovinany, contre 31% en Analamanga.

Le lieu de l'accouchement dépend fortement du niveau de vie : dans le quintile le plus pauvre, 71% des accouchements ont lieu à domicile, contre 34% dans le quintile le plus riche. Cependant une amélioration est constatée pour les plus pauvres depuis 2008 (81%).

Quant à la proportion des accouchements assistés par une personne qualifiée, elle stagne à 44% depuis 2008. En 2012, elle est beaucoup plus importante en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (39%).

Les disparités entre les ménages les plus pauvres et les plus riches sont très fortes, au détriment des premiers. Toutefois, alors que l'accès à l'accouchement assisté s'est légèrement élargi pour les plus pauvres entre 2008 et 2012 (de 22% à 27%), il a au contraire diminué chez les plus riches (passant de 90% à 73%).

Là encore, c'est au niveau d'instruction de la mère que le taux d'accès à l'accouchement assisté est le plus sensible : seulement 24% des femmes sans instruction étaient assistées à l'accouchement en 2012, contre 73% des femmes ayant atteint le secondaire ou plus.

■ Soins postnatals

Certaines complications peuvent survenir après l'accouchement. Il est essentiel que la mère et l'enfant reçoivent des soins et un soutien au cours des semaines qui suivent la naissance du bébé. D'éventuels premiers signes d'infection peuvent, par exemple, être détectés et traités si la femme assure un suivi post-partum.

A Madagascar en 2012¹¹⁷, 37% des femmes ne font aucune visite postnatale au cours des 41 jours suivant la naissance, contre 35% en 2008¹¹⁸.

Ce taux tombe à 17% en milieu urbain, contre 40% en milieu rural.

Dans les régions d'Androy et Atsimo Antsinanana, plus de 60% des femmes n'effectuent aucun suivi postnatal, à la différence des femmes vivant en Alaotra Mangoro (15%) et Analamanga (18%).

Les disparités sont également importantes suivant le niveau de richesse et le niveau d'instruction de la mère : plus de la moitié des femmes du quintile le plus pauvre et sans instruction n'effectuent pas de soins postnatals contre 21% des femmes du quintile le plus riche et de niveau secondaire ou plus.

¹¹⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹¹⁸ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

Une femme sur 20 victime de la fistule obstétricale à Madagascar

La fistule obstétricale (FO) se caractérise par l'ouverture anormale de la vessie ou rarement du rectum dans le vagin. Elle résulte de la nécrose ischémique des tissus pelviens compressés au cours d'un travail anormalement prolongé causé par la disproportion entre la tête fœtale et le bassin maternel.

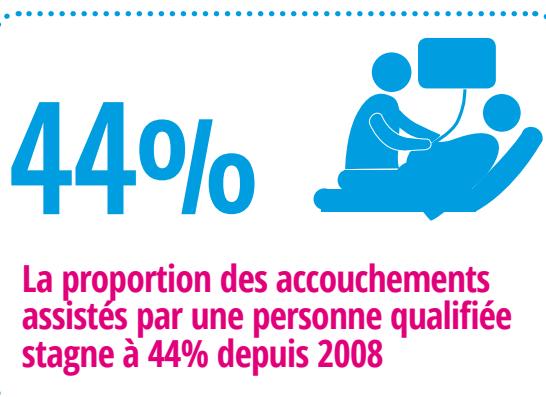
La fistule vésico-vaginale est la plus fréquente. Elle survient généralement chez les femmes les plus jeunes, de moins de 25 ans, et les plus pauvres, n'ayant aucun accès aux soins obstétricaux de base. Considérée comme une maladie cachée, honteuse, la fistule obstétricale peut engendrer des conséquences dévastatrices notamment le handicap fonctionnel et la marginalisation.

Il est possible de prévenir la FO à travers la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence essentiels qui incluent les opérations césariennes et en rendant les soins accessibles à toutes les femmes.

A Madagascar, cette pathologie invalidante affecte plus de 2 000 femmes par an, soit 2 à 3 nouveaux cas pour 1000 naissances*. La proportion de femmes présentant des symptômes de FO en 2012 est de 5% ; elle concerne surtout les moins de 20 ans (8%) et les femmes sans instruction (14%).

Cette pathologie est très mal connue : en 2012, seulement 13% des femmes et 12% des hommes ont entendu parler de la FO. Neuf femmes sur dix n'en connaissent pas les causes et seulement une sur dix (11%) sait que la FO peut se soigner. Peu de personnes connaissent les moyens de prévention (10% des hommes et des femmes).

* Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

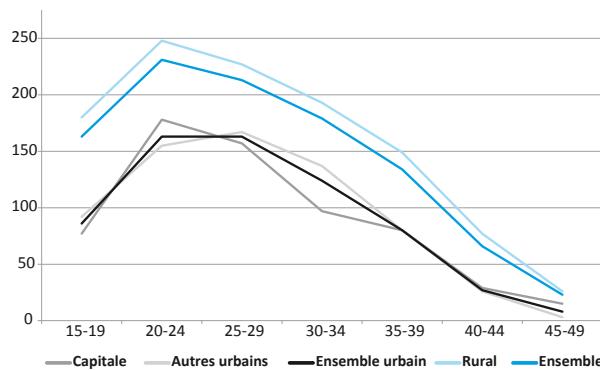


Stagnation de l'ISF et montée des grossesses précoces et de l'avortement à risque

Le taux national de fécondité est passé de 167 pour mille en 2008¹¹⁹ à 161 pour mille en 2012¹²⁰.

En 2012, les femmes ayant le plus fort taux de fécondité ont entre 15 et 34 ans, le pic se situant entre 20 et 24 ans (231 pour mille).

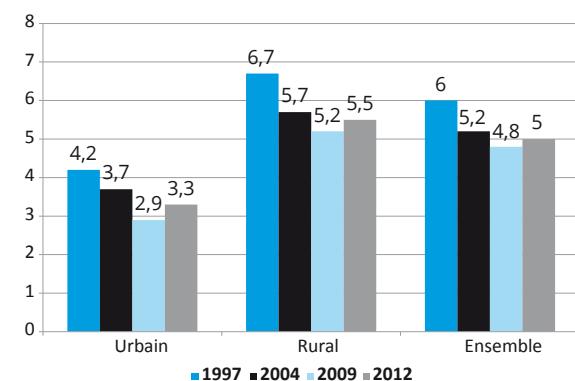
Graphique 9 : Fécondité des femmes en âge de procréer selon l'âge et le milieu de résidence en 2012 (%)



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Par ailleurs, les trois dernières Enquêtes démographiques et de santé (EDS) montrent une tendance à la baisse de l'indice synthétique de fécondité (ISF)¹²¹ jusqu'en 2008, de 6 en 1997 à 4,8 en 2008. Mais au cours des dernières années, selon les dernières données disponibles, l'ISF semble s'être stabilisé, se situant à 5 en 2012¹²².

Graphique 10 : Evolution de l'ISF selon le milieu de résidence entre 1997 et 2012



Source : EDS 1997, 2003-2004 et 2008-2009, ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

¹¹⁹ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹²⁰ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹²¹ L'indice synthétique de fécondité (ISF) est la somme des taux de fécondité par âge observés à une année donnée. C'est un indice conjoncturel de fécondité qui donne le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie reproductive si elle connaissait les taux de fécondité par âge observés dans cette année donnée.

¹²² Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

L'ISF est beaucoup plus élevé en milieu rural (5,5) qu'en milieu urbain (3,3)¹²³ et varie du simple au double selon les régions : 3,5 en Analamanga et 4,1 dans les régions de Diana et Antsinana mais 8,4 en Androy, 6,8 dans la région Atsimo Antsinana et 6,2 pour Amoron'i Mania et Anosy.

L'ISF est le plus fortement influencé par le niveau de richesse, passant de 2,8 dans le quintile le plus riche à 7,9 dans le plus pauvre. Selon les données des enquêtes, la stagnation actuelle après une longue période de baisse serait due à la relance de la fécondité chez les plus pauvres, avec un ISF passé de 6,8 en 2008 à 7,9 en 2012.

Le niveau d'éducation de la femme est également influent : l'ISF est de 6,6 chez les femmes sans instruction mais tombe à 3,6 chez les femmes ayant atteint le secondaire ou plus.

Contraception : un fort décalage entre la connaissance et les pratiques

En 2012¹²⁴, 89% des femmes et 88% des hommes connaissent au moins une méthode moderne de contraception¹²⁵, soit un peu moins qu'en 2008 (94% des femmes et des hommes)¹²⁶. Les groupes les moins informés sont les hommes sans instruction (74%) et les hommes de la région d'Androy (59%) et d'Anosy (73%)¹²⁷.

En milieu urbain, la connaissance de méthodes modernes de contraception est quasi généralisée (99% des femmes et 98% des hommes) et reste forte en milieu rural (88% des femmes et 86% des hommes). Elle a toutefois reculé en milieu rural depuis 2008 (95% des femmes et des hommes).

En 2012, la connaissance de méthodes modernes de contraception est élevée dans les ménages les plus riches : 97% des femmes et 95% des hommes, contre 79% des femmes et 78% des hommes chez les plus pauvres. Le même type d'écart est constaté entre les personnes sans éducation et celles ayant au moins un niveau secondaire.

La connaissance de la contraception moderne est très variable d'une région à l'autre, passant de 59% chez les hommes et 62% chez les femmes en Androy 98% chez les hommes et 99% chez les femmes en Analamanga.

¹²³ Ibid.

¹²⁴ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹²⁵ Injectables, pilule, dispositif intra utérin, condom, méthodes vaginales (spermicide, mousse, gelée, crème, diaphragme), stérilisation féminine (ligature), stérilisation masculine (vasectomie), implants, MAMA.

¹²⁶ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹²⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.



Le recours à la planification des naissances grâce aux contraceptifs modernes a joué un rôle important dans la baisse de l'ISF mais reste limité. En 2012, seulement un tiers des femmes en union la pratiquent¹²⁸, contre 10% en 1997¹²⁹, 29% en 2008¹³⁰. Les contraceptifs modernes les plus utilisés sont les injectables et la pilule.

En 2012, l'utilisation de méthodes modernes de contraception est la plus faible chez les adolescentes (14%), contre 29% chez les 20-24 ans et plus de 34% dans les autres tranches d'âge jusqu'à 40 ans.

Elle est un peu moins courante en milieu rural (32%) qu'en milieu urbain (39%)¹³¹. Le niveau d'éducation joue un rôle plus important : en 2012, l'utilisation d'une méthode moderne passe de 23% chez les femmes sans instruction à 39% chez les femmes de niveau secondaire ou plus. De même, selon le niveau de richesse, seulement 23% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode moderne dans les ménages les plus pauvres, pour 35% dans les ménages moyens et riches.

La demande de régulation des naissances reste faible. Seulement 18% des femmes en union déclarent avoir des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Reprise de la fécondité des adolescentes

Si le taux de fécondité a baissé au cours des dernières années au niveau national, les grossesses précoces ont, au contraire, eu tendance à augmenter.

Après avoir stagné entre 2003 (150 pour mille) et 2008 (148 pour mille)¹³², le taux de fécondité des jeunes filles de 15 à 19 ans s'est élevé à 163 pour mille en 2012¹³³, avec de fortes variations entre le milieu urbain (86 pour mille) et rural (180 pour mille).

TAUX DE FÉCONDITÉ DES JEUNES FILLES DE 15 À 19 ANS



¹²⁸ Ibid.

¹²⁹ Enquête démographique et de santé de Madagascar 1997, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 1997.

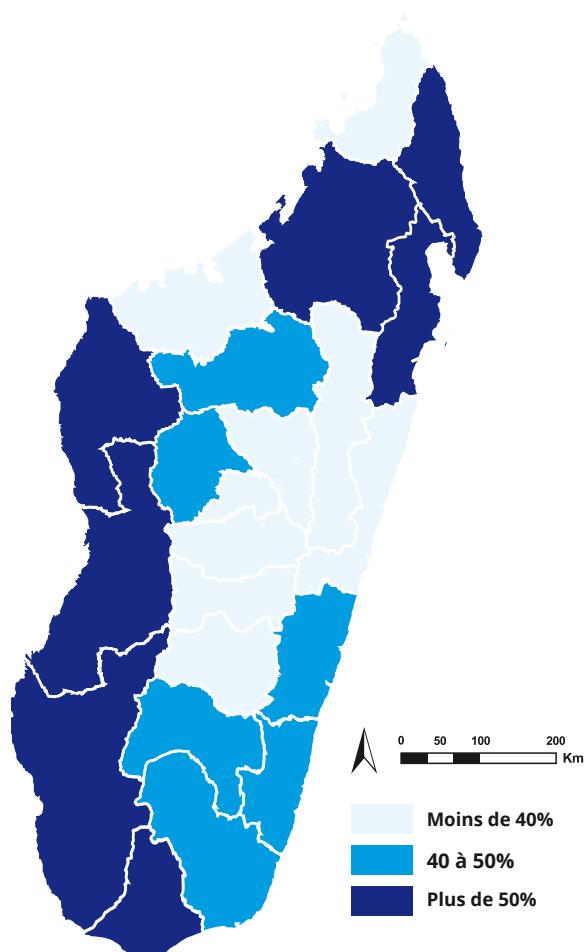
¹³⁰ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹³¹ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut National de la Statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹³² Selon les EDS 2003-2004 et 2008-2009.

¹³³ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut National de la Statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

Carte 7 : Jeunes filles de 15 à 19 ans ayant commencé leur vie féconde selon la région en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT

En 2012, 37% des jeunes filles de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde, contre 32% en 2008. La proportion de jeunes filles ayant commencé leur vie féconde est 2,5 fois plus élevée en milieu rural (42%) qu'urbain (17%).

Les disparités régionales sont très fortes : ces taux atteignent 60% dans le Menabe, 56% pour Sofia et 55% pour Melaky, contre 17% dans le Vankinakaratra, 18% en Analamanga et 23% dans l'Itasy.

De même, la fécondité des jeunes filles de 15 à 19 ans est fortement influencée par les variables sociodémographiques : 60% des jeunes filles sans instruction ont commencé leur vie féconde, contre 21% de celles ayant un niveau secondaire ou plus. Les écarts selon le niveau de richesse sont également significatifs, avec un taux de 45% chez les plus pauvres contre 23% chez les plus riches. Ils se sont toutefois resserrés depuis 2008.



La fécondité précoce fortement influencée par les déterminants culturels à Madagascar

Le facteur culturel, notamment le lien entre mariage et projet d'enfant, est très fort dans la société malgache. Même s'il peut être retardé dans certaines catégories de la population, le mariage coutumier ou civil constitue un « passage obligé » pour les jeunes qui souhaitent devenir autonomes et accéder au statut d'adulte.

Comme le démontre l'étude de Gastineau et Binet*, traditionnellement, le mariage et la descendance comportent des enjeux en termes de conservation et de transmission du patrimoine foncier ancestral. Ainsi, on comprend facilement que le choix du conjoint se fasse au sein même de la communauté afin d'éviter la dispersion du patrimoine hérité des parents. Cet aspect expliquerait également, en partie, la persistance de pratiques telles que le mariage forcé. Le rapport à la terre et le caractère vital de la culture dans un pays où plus des deux tiers de la population vivent de l'agriculture, constitue également un déterminant important de la fécondité. En effet, la collectivité a tout intérêt à faire des enfants afin d'être nombreuse et de pouvoir mieux exploiter les terres qu'elle possède.

Comme l'affirment Gastineau et Binet, la procréation constitue le « but du mariage » et « le contrôle de la nuptialité et de la fécondité par la famille et la communauté avaient une utilité collective puisqu'il s'agissait de protéger un équilibre économique, social et démographique ». Avec l'arrivée des crises économiques, la saturation foncière et la monétarisation de l'agriculture, les liens communautaires et de parenté se sont relâchés, petit à petit, au profit de l'individu, réduisant la pression de la famille et de la collectivité sur le choix de nuptialité et de fécondité. Néanmoins, si un tel affranchissement est possible, notamment dans les zones urbaines et par le biais de la scolarisation, les pratiques anciennes persistent dans les zones rurales et enclavées du pays. Par ailleurs, même quand la famille intervient peu dans le choix du conjoint, son avis demeure primordial et une union se fait très rarement si elle n'est pas consentie par les parents. De la même façon, le mariage constitue une étape incontournable suivant très rapidement la rencontre entre deux individus et le premier enfant arrive généralement dans les deux premières années après l'union.

* Mariage, fécondité et autonomie conjugale à Madagascar, Clotilde Binet et Bénédicte Gastineau, Presses de Sciences Po, 2008.

Souvent non désirées, surtout lorsque les pères ne les assument pas, les grossesses précoces peuvent conduire les jeunes filles à la mort. Illégal à Madagascar, l'avortement pratiqué dans la clandestinité et des conditions souvent dangereuses représente en général le seul recours.

On dispose de peu de données désagrégées sur ce phénomène. Toutefois, une étude datée de 2007¹³⁴ montre que le recours à l'avortement clandestin concerne tous les milieux et tous les niveaux de la société. Il est cependant plus fréquent en milieu urbain que rural et concerne surtout les femmes sans emploi et les étudiantes. Il a également été observé que plus les femmes étaient instruites, plus elles avaient tendance à faire appel à des services sanitaires ou des agents de santé qualifiés. Si le Code pénal malgache interdit l'avortement et ne prévoit aucune exception, dans la pratique, la déontologie de la profession médicale (définie par décret) accepte la pratique de « l'avortement thérapeutique » dans des cas particuliers dont l'appréciation est exclusivement laissée au médecin.

Au total, il apparaît que pour faire diminuer le taux de mortalité maternelle, Madagascar devra accroître ses efforts en matière d'accès à la contraception et de prévention des avortements à risque, notamment chez les adolescentes.

2.4.1.2. Droit à la vie et à la santé du jeune enfant

Une baisse encourageante de la mortalité de l'enfant

La mortalité infanto-juvénile concerne les décès d'enfants de moins de 5 ans. Elle reflète les conditions de vie et la qualité de l'environnement de l'enfant en matière de santé, nutrition et hygiène, de niveau socioéconomique et d'accès aux services sociaux de base.

En signant la Déclaration du Millénaire, l'Etat malgache s'est engagé à réduire des deux tiers la mortalité infanto-juvénile (enfants de moins de cinq ans) entre 1990 et 2015 (OMD 4).

La probabilité pour un enfant de décéder avant son cinquième anniversaire, calculée à partir des deux premières Enquêtes démographiques et de santé, était de 166 décès pour 1 000 NV au début des années 1990. Elle devrait donc tomber à 54 pour mille en 2015.

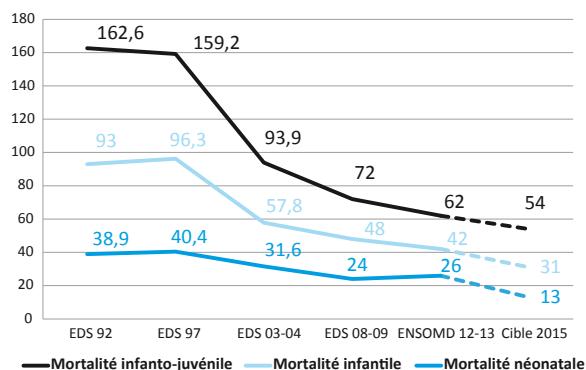
Des progrès importants vers l'atteinte de l'OMD 4 ont été réalisés puisque la mortalité des moins de 5 ans a été ramenée à 62 pour mille en 2012¹³⁵. Toutefois,

¹³⁴ Etude sur l'avortement clandestin à Madagascar, FISA, mai 2007.

¹³⁵ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

après une période de baisse soutenue entre 1992 et 2003, le quotient de mortalité infanto-juvénile n'a accusé qu'une baisse modérée au cours des dix dernières années.

Graphique 11 : Tendence des quotients de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile entre 1992 et 2012 (%)



Source : EDS 1997, 1992, 2003-2004, 2008-2009, ENSOMD 2012¹³⁶, INSTAT.

L'âge de la mère influe sur la mortalité des enfants de moins de cinq ans, avec des taux supérieurs à la moyenne nationale chez les femmes de 35 à 49 ans (97 pour mille NV).

Le rang de naissance est aussi un facteur important avec un taux qui croît fortement au-delà de la 7ème place pour atteindre 108 pour mille NV.

De même, les naissances rapprochées influencent la mortalité des enfants moins de cinq ans, le taux s'élevant à 96 pour mille NV lorsque l'intervalle inter-généésique est inférieur à 2 ans.

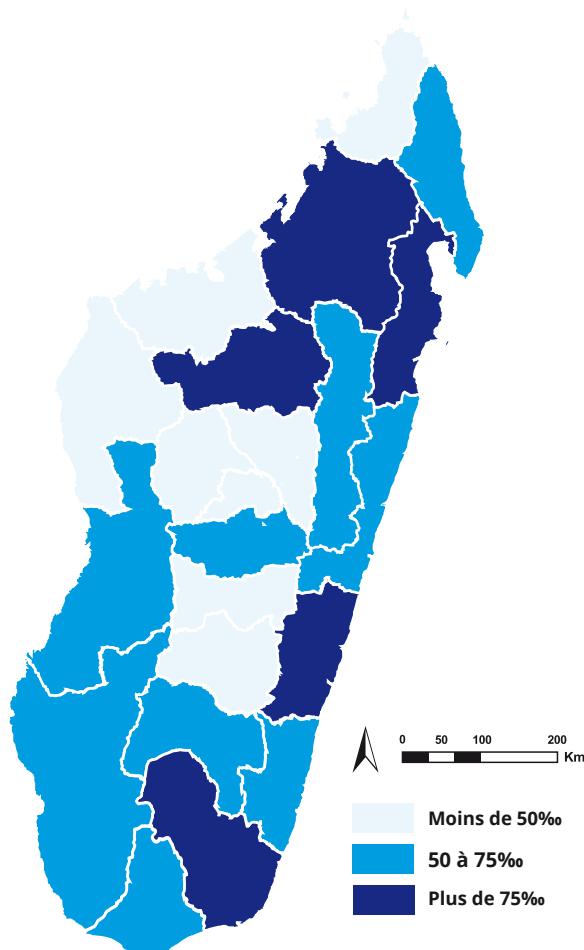
Au niveau des régions, le taux de mortalité infanto-juvénile atteint 97 pour mille NV en Betsiboka, 96 en Anosy et 86 en Sofia, contre 36 en Analamanga, 44 en Diana et 45 en Itasy. Le milieu de résidence est aussi influent : les enfants des zones rurales sont défavorisés (64 pour mille NV) par rapport à ceux du milieu urbain (39).

TAUX DE MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNIILE

Zones rurales	Milieu urbain
64	39
pour mille NV	pour mille NV

¹³⁶ Enquêtes démographiques et de santé de Madagascar, Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

Carte 8 : Quotient de mortalité infanto-juvénile selon la région de naissance en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Selon les variables sociodémographiques, les disparités restent importantes en 2012 mais ont tendance à se réduire.

La mortalité varie suivant le niveau d'éducation de la mère : le taux de mortalité infanto-juvénile s'élève à 74 pour mille NV si la mère est sans instruction et à 46 pour mille NV si la mère a un niveau secondaire ou plus. L'écart s'est cependant réduit de 15 points depuis 2008.

Les disparités restent fortes selon le niveau de richesse, avec un taux de 69 pour mille NV chez les plus pauvres et de 37 pour mille NV chez les plus riches, mais ont diminué de 26 points depuis 2008.

Le poids de la mortalité néonatale dans la mortalité de l'enfant de plus en plus lourd

Depuis 1992, le quotient de mortalité néonatale (enfants de moins de 28 jours) a connu une baisse légère, comparée à celle plus soutenue enregistrée par les mortalités infantile et infanto-juvénile (voir

graphique ci-dessus). De plus, la dernière enquête nationale indique qu'il stagne depuis plusieurs années, se situant 26 pour mille NV en 2012¹³⁷, contre 24 pour cent mille NV en 2008.

Ainsi, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité infantile a fortement augmenté depuis 1992, passant de 42% en 1992, à 50% en 2008 puis à 62% en 2012.

De même, la part de la mortalité néonatale dans la mortalité des enfants de moins de cinq ans a augmenté durant la période, de 24% en 1992 à 33% en 2008 puis à 42% en 2012.

En 2012, selon la dernière enquête nationale, le quotient de mortalité néonatale s'élève à 25 pour mille NV en milieu rural et à 18 pour mille NV en milieu urbain (14 pour mille NV dans la capitale). Il existe aussi des disparités selon le quintile de richesse, avec un quotient de 28 pour mille NV chez les plus pauvres, contre 20 pour mille NV chez les plus riches. Les écarts sont un peu plus faibles entre les enfants nés de mères sans instruction (26 pour mille NV) et ceux nés de mères ayant atteint le secondaire ou plus (20 pour mille NV).

Poursuite d'une légère tendance à la baisse de la mortalité infantile

Le quotient de mortalité infantile est estimé à 42 pour mille NV en 2012, contre 48 pour mille NV en 2008 et 93 pour mille NV en 1992. La mortalité des enfants de moins d'un an poursuit ainsi sa baisse tendancielle, même si le rythme s'est ralenti depuis dix ans.

Les disparités restent importantes en 2012. Le quotient de mortalité infantile est estimé à 30 pour mille NV en milieu urbain mais à 43 pour mille NV en zones rurales.

Les écarts sont plus grands selon le niveau de bien-être économique, avec un quotient de mortalité infantile de 48 pour mille NV pour le quintile le plus pauvre et de 29 pour le quintile le plus riche.

Les progrès enregistrés au cours de la dernière décennie à l'échelle nationale en ce qui concerne la mortalité de l'enfant résultent notamment des avancées de la lutte contre le paludisme et de la prise en charge communautaire des maladies de l'enfant.

Toutefois, ces acquis sont fragiles et pourraient être remis en question si la crise socioéconomique continuait à prévaloir. Aujourd'hui, la plupart des ménages malgaches sont affaiblis et très vulnérables aux chocs exogènes. Comme l'a rappelé un récent rapport sur l'atteinte des OMD réalisé par l'IRD, Madagascar a déjà connu par le passé de graves

renversements de tendance, notamment entre 1976 et 1986 où la reprise de la mortalité infantile s'était traduite par un recul de l'espérance de vie à la naissance de treize ans pour les hommes et de huit ans pour les femmes¹³⁸. Les enjeux actuels sont donc primordiaux pour l'avenir du pays.

Immunisation : la couverture vaccinale en recul

Environ 44 000 enfants meurent chaque année (120 enfants par jour) avant leur cinquième anniversaire (SOWC, 2012¹³⁹), en majorité à cause de maladies infectieuses qui peuvent être prévenues. Un grand nombre d'enfants meurent notamment de maladies évitables par la vaccination avec les nouveaux vaccins contre la pneumonie et les diarrhées (à rotavirus).

En 1976, le gouvernement de Madagascar, en collaboration avec ses partenaires, a instauré le Programme élargi de vaccination (PEV). En plus de la vaccination de routine des enfants de moins de 5 ans contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la tuberculose, les prestations ont été renforcées en 1982 par l'introduction du vaccin antipoliomyélitique chez les enfants et du vaccin antitétanique chez les femmes enceintes. En 1985, les activités de vaccination ont été complétées par la mise en route de la vaccination anti-rougeoleuse chez les enfants. Entre 1988 et 1990, le PEV a connu une phase d'accélération dans le sens structurel qui a permis d'intégrer les activités de vaccination dans les activités de routine de toute formation sanitaire du pays en tant que composante des soins de santé primaire. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit en 2002 et celui contre l'*haemophilus influenzae* B en 2008 sous forme de pentavalent (DTCHepBHib).



Entre 2008 et 2013, le PEV a connu l'introduction des nouveaux vaccins notamment le vaccin contre l'*Haemophilus influenzae* type b dans la combinaison pentavalente DTCHepBHib en 2008 et le vaccin conjugué contre le pneumocoque (PCV10) pour les enfants de moins d'un an en 2012. L'introduction du vaccin contre le rotavirus a été reporté à 2014 alors qu'en 2013-2014, le vaccin contre le virus du papillome humain (HPV), qui cible les filles de 9 à 10 ans, a été introduit de façon pilote pour 15 000 filles environ.

¹³⁸ Madagascar sur le chemin des Objectifs du Millénaire pour le Développement, Bénédicte Gastineau, Flore Gubert, Anne-Sophie Robilliard, François Roubaud, IRD, septembre 2009.

¹³⁹ The State of the World's Children 2012, UNICEF, 2012.

¹³⁷ Avec un intervalle de confiance [23 ; 29].



Dans le cadre des politiques mises en œuvre pour atteindre l'OMD 4, le secteur de la vaccination s'est donné pour objectif de porter la couverture des enfants de moins d'un an par la vaccination de routine à au moins 90% au niveau national et au moins 80% dans chaque district sanitaire.

La politique nationale du PEV à Madagascar définit trois catégories de cibles, notamment:

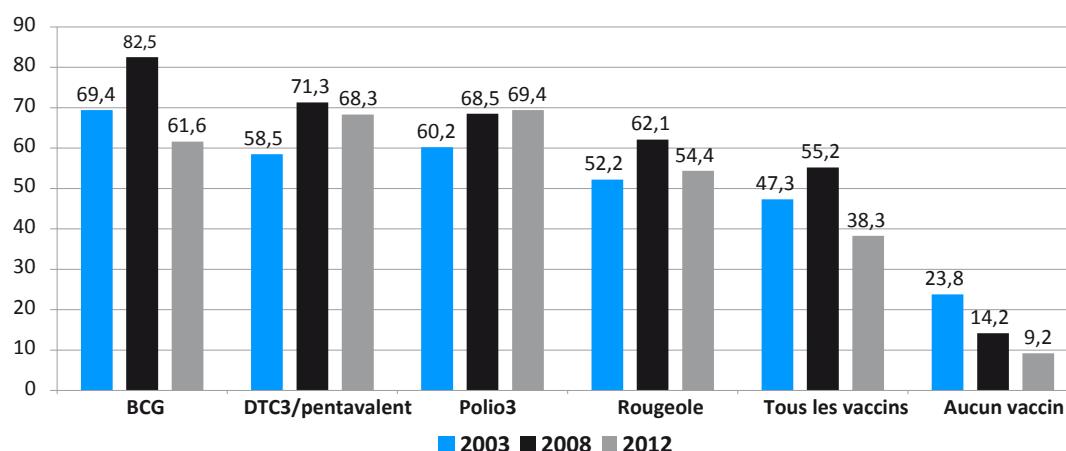
- les enfants de moins d'un an qui doivent recevoir le BCG, le vaccin orale contre la polio, le DTCHepBHib (pentavalent : diphtérie, tétanos, coqueluche, Hépatite virale B, Haemophilus influenzae type b), le PCV10 (vaccin antipneumocoque conjugué) et le vaccin antirougeoleux¹⁴⁰.
- les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer qui reçoivent le vaccin antitétanique (VAT)¹⁴¹ ;
- les filles de 9 à 10 ans, qui reçoivent le vaccin contre le HPV dans deux districts pilotes depuis novembre 2013.

Une couverture vaccinale en-deçà des objectifs nationaux

Les données administratives concernant le suivi du PEV étant relativement peu fiables, l'analyse se base plutôt sur les données des enquêtes de couverture vaccinale et les grandes enquêtes nationales.

Les données des enquêtes rapportent que la couverture vaccinale pour l'ensemble des antigènes se situe depuis 2008 en dessous de l'objectif de 90% fixé pour le pays¹⁴².

Graphique 12 : Taux de couverture vaccinale des enfants de moins d'un an en 2003, 2008 et 2012 (%)



Source : EDS 2003-2004, EDS 2008-2009, ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

¹⁴⁰ A partir de 2014, un vaccin contre le rotavirus sera également administré.

¹⁴¹ Pour la couverture concernant cette cible, voir le chapitre sur la santé de la mère.

¹⁴² Joint Reporting Form 2008-2011.

On observe une diminution du taux d'enfants de moins d'un an complètement vaccinés, passé de 47% en 2003 à 55% en 2008¹⁴³ mais retombé à 38% en 2012¹⁴⁴. Le BCG a enregistré la plus forte baisse ; la rougeole a également fortement régressé alors que le DTC3 n'a que faiblement reculé tandis que le Polio3 s'améliorait légèrement.

Suite aux progrès réalisés entre 2003 et 2008, la couverture vaccinale s'est ainsi dégradée entre 2008 et 2012. Les données administratives confirment la tendance à la baisse durant cette période.

Il faut noter que la couverture vaccinale des vaccins nécessitant l'injection de plusieurs doses, diminue au fur et à mesure du nombre de doses ; elle passe de 80% à 63% pour le DTC3 et la Polio.

En revanche, les enfants de moins d'un an sans aucun vaccin ne représentent plus que 9% en 2012 contre 24% en 2003 et 14% en 2008.

Le seuil des enfants susceptibles d'attraper la rougeole après la 2ème campagne de suivi contre la rougeole de 2010 et le risque d'épidémie restaient élevé au milieu de l'année 2013 en raison d'un nombre croissant d'enfants non vaccinés¹⁴⁵. Quant à la tuberculose, elle demeure une maladie chronique récurrente à Madagascar ; son taux d'incidence, toutes formes confondues, s'élevait à 123 cas pour 100 000 habitants en 2010.¹⁴⁶

En matière de vaccination, le grand défi reste la mobilisation de la demande et l'organisation de l'offre d'un service de qualité, combinant des systèmes de chaîne de froid et de surveillance performants afin de garder les indicateurs sur la vaccination dans les normes acceptables.

¹⁴³ Enquête de Couverture vaccinale, Service de vaccination, Ministère de la Santé publique 2008.

¹⁴⁴ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁴⁵ Plan d'action de la campagne de vaccination contre la rougeole Madagascar 2013, Ministère de la Santé publique, 2013.

¹⁴⁶ Ministère d'Etat chargé de l'Economie et de l'Industrie (MECEI), Rapport de mise en œuvre des programmes, Antananarivo, MECEI, 2010.

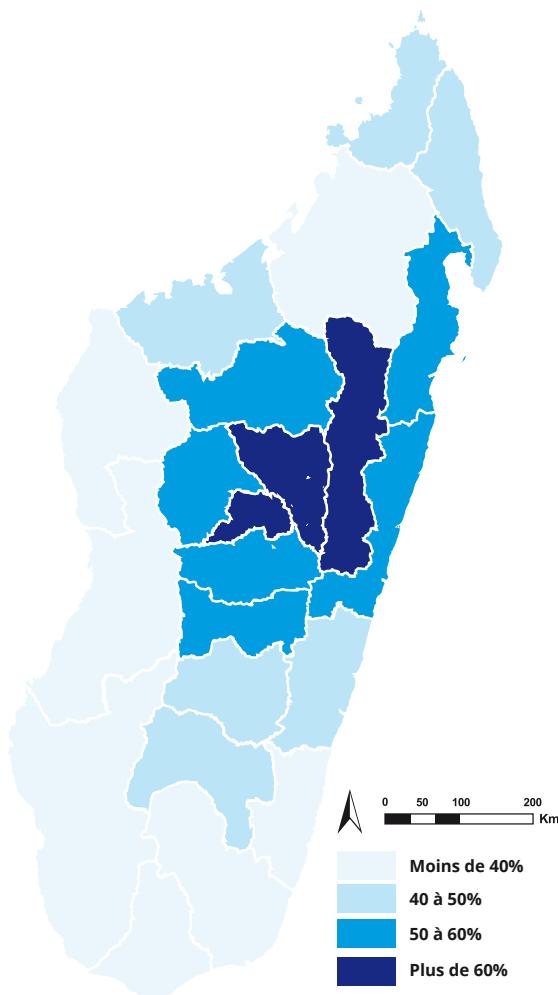
Fortes disparités en matière de vaccination

En l'absence de données désagrégées sur la couverture vaccinale des enfants de moins d'un an dans les enquêtes nationales, l'analyse des disparités est basée sur les taux de vaccination des enfants de 12 à 23 mois.

En 2012, les enfants complètement vaccinés représentent 78% des enfants de 12 à 23 mois dans le milieu urbain (85% dans la capitale) mais seulement 47% en milieu rural¹⁴⁷. La fracture entre les deux milieux s'est creusée depuis 2008, du fait d'un fort recul de la couverture en milieu rural (-12 points).

Les différences régionales sont importantes : le taux atteint 79% en Itasy mais se limite à 23% dans le Menabé. La situation s'est fortement dégradée dans cette région rurale, où le taux d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés atteignait 52% en 2008.

Carte 9 : Couverture vaccinale par région des enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés (2012)

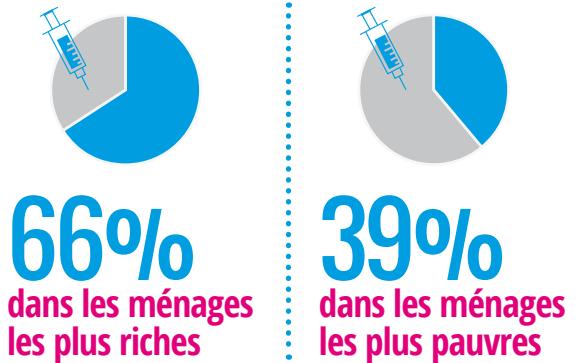


Source : ENSOMD 2012-2013. INSTAT

¹⁴⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

Alors que la couverture vaccinale des enfants de 12 à 23 mois pour tous les vaccins s'élève à 66% dans le quintile le plus riche, elle se limite à 39% dans les ménages les plus pauvres. Depuis 2008, la couverture des enfants les plus pauvres s'est pratiquement maintenue alors que celle des enfants des ménages les plus riches a reculé de 16 points.

COUVERTURE VACCINALE DES ENFANTS DE 12 À 23 MOIS POUR TOUTS LES VACCINS



L'instruction reste un facteur d'inégalité très important, avec un taux de couverture de 34% quand la mère est sans instruction et de 71% si elle a un niveau secondaire ou plus.

La privation sévère en matière d'immunisation, mesurée par le taux d'enfants de 12 à 23 mois sans aucun vaccin, a également progressé depuis quatre ans. Au niveau national, ce taux est passé 13% en 2008 à 18% en 2012. La privation sévère est quatre fois plus élevée en milieu rural qu'urbain et très forte dans certaines régions comme le Menabé (53%) et le Melaky (38%). Au contraire, les régions les plus favorisées affichent des taux bas, comme 2% en Analamanga et 5% en Itasy.

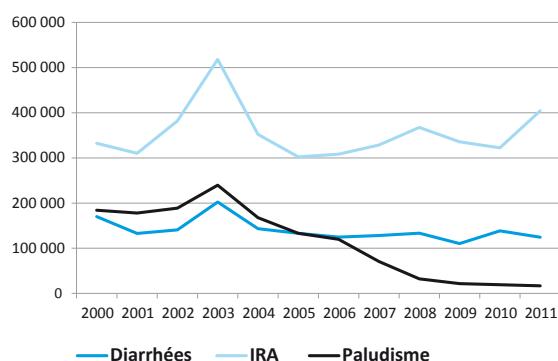
Morbidité de l'enfant : recul du paludisme mais maintien des IRA et des diarrhées

Selon l'enquête nationale de suivi des OMD 2012-2013, les principales maladies déclarées touchant les enfants de un à cinq ans sont les infections respiratoires aiguës (IRA : 7%), les diarrhées (18%) et le paludisme (53%). Ces maladies sont exacerbées par la malnutrition chronique, qui touche près de la moitié des enfants de moins de 5 ans à l'échelle nationale (voir la section consacrée au droit à la nutrition).



Le graphique suivant montre l'évolution de ces trois maladies entre 2000 et 2012. La tendance observée chez les enfants de 0 à 11 mois est la même que pour les enfants de moins de cinq ans. Toutefois, ce graphique est basé uniquement sur les données administratives des formations sanitaires du pays et n'intègrent pas les données des agents communautaires qui gèrent la grande majorité des cas.

Graphique 13 : Evolution des cas d'IRA, diarrhées et paludisme chez les enfants 0 à 11 mois entre 2000 et 2011



Source : Annuaire statistique sanitaire de 2011 du MINSANP

Au cours des cinq dernières années, la prévalence des trois maladies tueuses de l'enfant a augmenté : le taux de prévalence des IRA est passé de 3% en 2008¹⁴⁸ à 11% en 2012¹⁴⁹, celui des diarrhées de 8% à 11% et celui de la fièvre¹⁵⁰ de 9% à 14%.

En 2012, plus d'un enfant de moins de cinq ans sur dix a présenté des symptômes d'infections respiratoires aiguës, avec des écarts importants entre la capitale (7%) et le milieu rural (11%) et entre les régions : 22% en Vatovavy Fitovinany et près de 16% en Androy mais 6% pour Alaotra Mangoro et 7% pour Bongolava.

En moyenne, seulement 41% des enfants présentant des symptômes d'IRA ont été emmenés dans un centre de soins et un tiers (33%) ont reçu des antibiotiques.

L'accès au traitement par antibiotique reste faible et varie suivant le milieu de résidence (42% en milieu urbain mais 32% en milieu rural) et selon la région, avec un taux d'enfants présentant des symptômes d'IRA qui ont reçu des antibiotiques de 52% en Boeny mais seulement 14% en Itasy, 15% en Analanjirofo et 19% en Vakinankaratra. Il est aussi sensible aux variables sociodémographiques dont le niveau de

richesse (46% si l'enfant appartient au quintile le plus riche et seulement 22% s'il appartient au quintile le plus pauvre) et le niveau d'éducation de la mère (28% si la mère est sans instruction mais 43% si elle a atteint au moins le secondaire).

Les conséquences des **maladies diarrhéiques** constituent, directement ou indirectement, l'une des principales causes de décès des jeunes enfants dans les pays en développement. L'OMS recommande, pour lutter contre les effets de la déshydratation, la généralisation du traitement de réhydratation par voie orale (TRO), en conseillant l'utilisation soit d'une solution préparée à partir de sachets de sels de réhydratation par voie orale (SRO), soit d'une solution préparée à la maison avec de l'eau, du sucre et du sel.

L'ENSOMD montre qu'en 2012, plus de 11% des enfants de moins de cinq ans ont souffert de diarrhées au cours des deux semaines précédant l'enquête, avec un écart de moins d'un point entre les milieux urbain et rural (hors capitale où le taux est limité à 8%). Au niveau national, moins de 2% des enfants ont été atteints de diarrhées contenant du sang.

Les enfants de 6 à 11 mois (19%) et de 12 à 23 mois (18%) sont les plus touchés par les diarrhées. Les régions où la prévalence est la plus forte sont Vatovavy Fitovinany (22% dont 4% avec sang), Atsimo Andrefana (16% dont 3% avec sang) et Melaky (16% dont 2% avec sang). Au contraire, la Haute Matsiatra est la région où les enfants sont les moins touchés par les diarrhées avec un taux de 5%. Les variables sociodémographiques influencent peu la prévalence de la diarrhée.

Dans moins de la moitié des cas (45%), des soins sont recherchés et seulement un quart des enfants atteints de diarrhées reçoivent un traitement approprié¹⁵¹. Les autres sont mal soignés ou pas soignés du tout (28%).



¹⁵¹ SRO ou solution maison recommandée.

¹⁴⁸ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

¹⁴⁹ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁵⁰ La fièvre est un symptôme du paludisme mais peut aussi accompagner d'autres maladies, notamment les IRA.



L'accès à un traitement approprié varie considérablement d'une région à l'autre : en Itasy, Alaotra Mangoro, Melaky et Haute Matsiara, seulement 10% ou moins des enfants malades ont eu accès à un traitement approprié en 2012.

L'enquête montre aussi qu'une forte proportion de femmes ne connaît pas et/ou ne respecte pas les principes de base en matière de nutrition des enfants durant les épisodes diarrhéiques¹⁵², faisant ainsi courir de grands risques à leurs enfants.

Concernant **la fièvre** en 2012, près de 14% des enfants de moins de cinq ans en ont souffert au cours des deux semaines précédant l'enquête ENSOMD¹⁵³. La prévalence de la fièvre varie considérablement selon les régions, avec 26% en Vatovavy Fitovinany mais seulement 6% en Vankinakaratra.

Moins de la moitié (48%) des enfants atteints de fièvre ont été conduits auprès d'un prestataire de santé en 2012 : 31% se sont vu prescrire des antibiotiques et seulement 11% des antipaludiques. Ce pourcentage apparaît en net recul depuis 2008, où il s'élevait à 20%, et encore plus par rapport à 2003 (34%).

Il n'existe pas de grandes disparités d'accès au traitement de la fièvre suivant le niveau de revenu, alors que le niveau d'instruction de la mère est significatif : plus le niveau est élevé, plus la prise d'antipaludiques est faible et la prise d'antibiotiques au contraire fréquente.

La prévention du paludisme chez l'enfant a connu d'importants progrès au cours des dernières années, grâce à la distribution depuis 2005 de moustiquaires imprégnées à efficacité durable (MID) à destination des femmes enceintes et des enfants, couplée à des campagnes de sensibilisation (Semaine de la santé de la mère et de l'enfant).

Selon la dernière enquête nationale¹⁵⁴, 60% des ménages possèdent au moins une MID en 2012. Dans ces ménages, 89% des enfants avaient dormi sous une MID la nuit précédant l'enquête.

En moyenne nationale, la moitié des enfants de moins de cinq ans avaient dormi sous MID la nuit précédant l'enquête (contre 47% en 2008¹⁵⁵) de même que 47% des femmes enceintes. C'est dans les ménages les plus riches que l'utilisation de MID par les enfants est la plus élevée (60%).

¹⁵² Au cours des épisodes diarrhéiques, il est recommandé de donner plus de liquides et d'aliments à l'enfant.

¹⁵³ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁵⁴ Ibid.

¹⁵⁵ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

2.4.1.3. Droit à la vie et à la santé des adolescents

La santé de l'adolescent concerne son bien-être physique, moral et psychologique et peut être affectée notamment par la malnutrition, le manque d'éducation sexuelle ou encore les maladies sexuellement transmissibles comme le VIH-sida.

Selon l'OMS, tout individu âgé de 10 à 19 ans est considéré comme adolescent et les adolescents connaissent des problèmes de santé qui pourraient être évités ou traités. A Madagascar en 2012, les jeunes de 10 à 19 ans représentaient plus de 25% de la population¹⁵⁶.

Selon l'ENSOMD¹⁵⁷, le taux de mortalité des adolescents de 15 à 19 ans était de 2,9 pour mille chez les filles et 3,1 pour mille chez les garçons en 2012. Comme souligné dans la section Droit à la nutrition, l'anémie constitue, par exemple, un problème fréquent chez les adolescentes à Madagascar. Ainsi, la prévention des grossesses précoces et les actions en vue d'améliorer l'état nutritionnel des jeunes filles avant qu'elles ne soient enceintes peuvent diminuer la mortalité maternelle et infantile et contribuer à rompre le cercle vicieux de la malnutrition intergénérationnelle.

Sexualité précoce : une préoccupation majeure à mieux prendre en compte

A Madagascar, on observe une forte tendance aux relations sexuelles précoces, souvent à l'origine des grossesses adolescentes. L'âge moyen au premier rapport sexuel pour les femmes est de 17 ans, selon l'ENSOMD¹⁵⁸.

20%

des femmes entre 15 et 19 ans ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans

La précocité des rapports sexuels chez les femmes s'est accentuée au cours des dernières décennies. En 2012, 20% des femmes entre 15 et 19 ans ont déclaré avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans alors que cette proportion n'atteignait que 15% chez les femmes de 30 à 34 ans et 10% chez celles de 40 à 44 ans. L'EDS confirme la tendance, puisqu'en 2008, seulement 17% des jeunes filles de 15 à 19 ans déclaraient avoir eu des rapports sexuels avant 15 ans¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.

La précocité des rapports sexuels est plus marquée chez les filles sans instruction en 2012 : l'âge médian au premier rapport sexuel chez les femmes de 25 à 49 ans est de 16 ans, alors qu'il atteint 18 ans chez celles qui ont poursuivi leur scolarité au moins jusqu'au secondaire. De même, selon le milieu de résidence, l'âge médian au premier rapport sexuel des femmes de 25 à 49 ans est de 16,7 ans en milieu rural contre 17,8 ans en milieu urbain, soit un écart de 1,1 an. Dans certaines régions (Androy, Sava, Ihorombe, Atsimo Andrefana), cet âge médian dépasse à peine 15 ans.

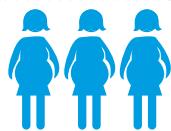
Face à ces réalités, la réponse des services d'éducation et santé sexuelle des jeunes reste inadaptée. A l'école, l'éducation sexuelle figure uniquement au programme des classes secondaires, que très peu d'élèves ont la chance de pouvoir fréquenter. Sur le plan du contenu, elle est aussi déphasée, encourageant surtout l'abstinence comme moyen de contraception, alors que la plupart des élèves sont déjà sexuellement actifs.

Par ailleurs, les adolescents ont une perception négative des services de santé, alimentée par des rumeurs infondées : ces services seraient réservés aux femmes adultes ayant déjà plusieurs enfants, ils prescriraient des méthodes contraceptives induisant une stérilité définitive, etc.

Infections sexuellement transmissibles et VIH-sida

En une décennie seulement, le profil de l'épidémie de VIH-sida est passé d'épidémie naissante à épidémie peu active¹⁶⁰ concentrée dans certaines régions de l'île et au niveau de groupes de population donnés. Ainsi, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs de drogues injectables ou encore les travailleuses du sexe sont les plus touchés.

55%



**des femmes enceintes séropositives
sont âgées de 15 à 24 ans**

Alors que fin 2011, l'ONUSIDA estimait la prévalence du VIH-sida à 0,4% chez les individus de 15 à 49 ans et à 0,16% chez les jeunes de 15 à 24 ans, l'objectif concernant ce virus est l'un des rares OMD susceptible d'être atteint d'ici à 2015¹⁶¹.

Selon les données de l'enquête de surveillance biologique du VIH chez les femmes enceintes âgées de

¹⁶⁰ Selon la définition de l'ONUSIDA : Épidémie au cours de laquelle la prévalence du VIH n'a que ponctuellement dépassé 1% dans la population générale à l'échelle nationale et 5% dans les différentes sous-populations.

¹⁶¹ Interim Strategy Note, IDA, Madagascar, 2012.

15 ans ou plus en 2010, la prévalence du VIH dans ce groupe de population est relativement plus faible que la moyenne nationale. Elle est de 0,09%. On observe néanmoins que parmi les groupes cibles, 55% des femmes enceintes séropositives sont âgées de 15 à 24 ans et que la transmission mère-enfant est estimée à 2%¹⁶².

Par ailleurs, les IST (syphilis) sont répandues à Madagascar. Selon l'Enquête de surveillance biologique de 2010¹⁶³, 44% des patients IST recrutés dans l'enquête étaient âgés de 15 à 24 ans tandis que dans ce groupe d'âge, la prévalence de la syphilis s'élevait à 4,2%.

La dernière enquête ENSOMD a permis d'actualiser les données sur les connaissances, attitudes et comportements des adolescents et des jeunes à l'égard des IST et du VIH-sida et de montrer qu'elles restaient faibles.

En 2012, à peine la moitié des jeunes de 15 à 19 ans déclaraient avoir déjà entendu parler des IST (environ 44% des filles et 53% des garçons)¹⁶⁴.

De la même façon, seulement 21% des filles de 15 à 19 ans et 24% des garçons du même âge ont une connaissance complète du VIH-sida. Les disparités géographiques sont, sur ce plan, très importantes puisque certaines zones du milieu rural enregistrent des taux inférieurs à 10%.



50%

**En 2012, à peine la moitié des jeunes
de 15 à 19 ans déclaraient avoir
entendu parler des IST**

¹⁶² Rapport annuel du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), 2012.

¹⁶³ Surveillance de seconde génération effectuée tous les deux ans auprès des groupes cibles pour suivre la tendance de la syphilis et du VIH à Madagascar.

¹⁶⁴ Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009, Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF Macro - Antananarivo, Madagascar, 2010.



Déterminants socioculturels des comportements sexuels chez les adolescents : le cas de la région Atsimo Andrefana

Selon l'étude de Focus Développement*, réalisée dans le Sud-Ouest de Madagascar, l'acte sexuel est socialement valorisé et constitue un élément important de la socialisation. Il est considéré comme une activité naturelle à laquelle tout être humain peut se livrer à partir du moment où son développement physique le permet, ce qui situe l'entrée des adolescents dans la vie sexuelle entre 12 et 15 ans. Les filles présentant des transformations physiques plus apparentes et plus précoces que les garçons seraient incitées à entrer dans la vie sexuelle plus tôt. Cette valorisation de l'entrée précoce dans la vie sexuelle active implique qu'une pression et un rejet social sont exercés sur ceux qui y entrent tardivement ; ils peuvent être accusés de stérilité ou de déficience mentale par la communauté.

Les normes sociales imposent également que la fille soit plus jeune que son partenaire et tolèrent que le rapport sexuel ait lieu dans le cadre d'une transaction, traditionnellement admise lorsqu'elle représente une façon de courtiser une jeune femme avant le mariage.

Plus que la précocité des rapports sexuels, les autorités traditionnelles déplorent le caractère informel qu'ils ont pris au cours des dernières années, perdant ainsi tout caractère contractuel, familial et social. Le culte de l'argent et les désirs d'ascension sociale de la famille encourageraient également ces pratiques. Dans certaines régions du Sud-Ouest de l'île, les marchés de filles (Tsenan'ampela) permettent aux parents de convenir de mariages arrangés. Notons à ce sujet que de nombreuses coutumes traditionnelles sont aujourd'hui vidées de leur sens et exploitées en vue de la liberté sexuelle et des avantages économiques que la transaction sexuelle peut laisser entrevoir à la famille.

Par ailleurs, la grossesse précoce semble – bien souvent – inévitable et coïncide généralement avec l'entrée dans la vie sexuelle, et donc entre 12 et 15 ans. Si les grossesses adolescentes ne sont pas socialement réprimées, elles sont généralement condamnées par la communauté quand elles ont lieu en dehors du mariage.

Le devoir de procréation occupe une place très importante dans le système idéologique traditionnel malgache. L'enfantement fait définitivement entrer les femmes dans un statut d'adulte et la réalisation de leur « capital fertilité » prime sur toutes les autres considérations économiques ou sociales. En accordant une place centrale à la procréation, la communauté est très tolérante vis-à-vis des questions de liberté sexuelle et de grossesses précoces.

Ainsi, les adolescentes souffrent souvent d'un déficit d'information en matière de contraception et adoptent, le plus souvent, la méthode traditionnelle du calendrier menstruel. Dans plusieurs régions, les moyens modernes de contraception sont même soupçonnés de causer une fertilité définitive, véritable calamité dans l'inconscient collectif malgache. Les filles qui les utiliseraient seraient, dans certains cas, stigmatisées et accusées de multi-partenariat sexuel ou de prostitution. Cette même raison pousse d'ailleurs certaines filles à encourager leur partenaire à ne pas utiliser de préservatif.

En termes de représentations, enfin, les rapports sexuels constituent une manifestation des sentiments qu'éprouve une jeune fille envers un garçon. Si elle les refusait, elle serait accusée de ne pas aimer. Ainsi, le premier rapport sexuel constitue souvent une expérience douloureuse pour les jeunes filles, qui se sentent contraintes de passer à l'acte pour, dans une grande majorité des cas, se faire ensuite abandonner par leur partenaire. A l'inverse, les garçons en tirent un bénéfice certain puisque « oser une fille » est souvent perçu comme un acte de bravoure ouvrant la voie au statut d'adulte. Ainsi, « l'acte sexuel dont les filles voudraient faire un gage d'amour et un moment de partage, serait, pour les garçons, l'affirmation de leur supériorité sur elles ».

* Etude sur les facteurs qui sous-tendent la sexualité des adolescents dans la région d'Atsimo Andrefana à Madagascar, Noroarisoa Ravaozanany, Mireille Rabenoro, Joséphine Razafindrasoa, Noro Tiana Razafindrabe - Focus Développement, octobre 2012.

Les jeunes femmes connaissent moins bien que leurs aînées la possibilité de transmission du VIH de la mère à l'enfant et sont les moins informées sur l'endroit où se rendre pour effectuer un test. Seulement, 9% des jeunes filles de 15 à 24 ans et 5% des 15-19 ans ont effectué un test VIH et reçu le résultat, contre 11% en moyenne pour la catégorie des 15-49 ans.

Tant pour les filles que pour les garçons, le multi-partenariat sexuel constitue un signe de réussite sociale. Ainsi, en l'absence d'une utilisation systématique du préservatif et de moyens de contraception efficaces, l'entrée dans la vie sexuelle active mène souvent à une maladie sexuellement transmissible et/ou à une grossesse précoce,

événement qui - dans bien des cas - arrive très vite après les premiers rapports sexuels¹⁶⁵. L'ENSOMD confirme qu'en 2012, les jeunes (femmes et hommes) de 15 à 24 ans sont plus nombreux que leurs aînés à pratiquer le multi-partenariat sexuel et moins nombreux qu'eux à utiliser le préservatif.

En ce qui concerne le counseling, moins d'une femme sur quatre a reçu des conseils sur le VIH pendant une visite prénatale (22%). Dans 13% des cas, les femmes ont accepté d'effectuer un test au cours d'une visite prénatale et ont eu connaissance du résultat. Globalement, seulement 9% des femmes enceintes ont, à la fois, reçu des conseils sur le VIH-sida durant une visite prénatale et effectué un test du VIH dont elles ont eu connaissance du résultat.

2.4.2. Principal défi : réduire la mortalité maternelle et néonatale, en particulier dans les familles les plus vulnérables

La mortalité maternelle et néonatale a connu un recul important durant les dix dernières années mais reste à des niveaux préoccupants : rappelons qu'en 2012, sur l'ensemble des décès de femmes en âge de procréer (15-49 ans), 16% seraient dus à des causes maternelles¹⁶⁶, tandis que la mortalité néonatale représente 42% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans.

Ainsi, les progrès sont insuffisants et concernent peu les catégories les plus vulnérables de la société malgache. Sur le terrain, on constate que seule la population la plus riche, urbanisée, instruite et disposant d'une assurance maladie peut accéder relativement facilement au système de santé et choisir son recours.

2.4.2.1. Analyse causale

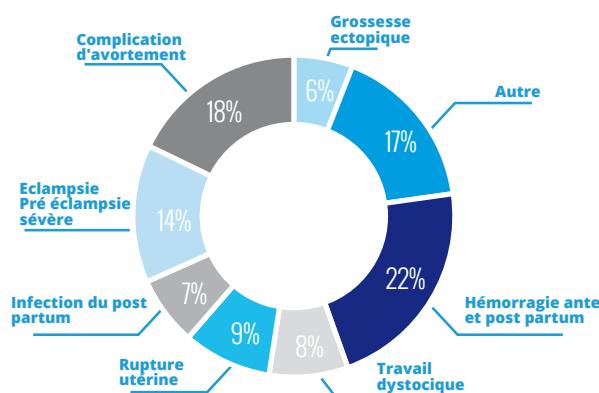
CAUSES IMMÉDIATES

On a pu constater précédemment qu'encore trop de femmes et d'enfants mourraient pendant la grossesse et l'accouchement. La persistance de taux élevés de mortalité maternelle et néonatale est liée aux complications directes et indirectes de la grossesse et de l'accouchement.

- Les principales causes directes de mortalité maternelle sont liées, au niveau mondial, aux complications survenant lors de l'accouchement, c'est-à-dire dans l'ordre d'importance : les hémorragies, les complications liées à un

avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, l'éclampsie, la septicémie du post-partum et la rupture utérine. Les risques de décès surviennent quand la mère ne bénéficie pas de soins appropriés à temps avant, pendant et après l'accouchement.

Graphique 14 : Principales causes des décès maternels



Source : La situation des enfants dans le monde 2009. La santé maternelle et néonatale. UNICEF.

Selon une évaluation du taux de létalité obstétricale directe¹⁶⁷ observé dans les FS SONU en 2010¹⁶⁸, ce schéma s'applique en grande partie à Madagascar : en effet, les cinq premières causes de décès maternel identifiées sont l'hémorragie ante et post-partum (19,53%), les complications d'avortement (16,03%), l'éclampsie/pré-éclampsie sévère (12,54%), la rupture utérine (8,16%) et le travail prolongée/dystocie (7,58%). Les maladies thromboemboliques, les complications d'anesthésie sont parmi les autres causes directes (14,87%) de décès identifiées. Les causes indirectes sont le paludisme, l'anémie, l'hépatite, les cardiopathies et la tuberculose.

Selon la même source, les principaux facteurs favorisant les décès mentionnés sont : le retard de l'arrivée dans les FS (71%), le retard de transfert et de l'administration des soins appropriés (27%) et le retard dû au manque de fournitures : médicaments, sang, etc. (22,58%).

- Les principales causes directes de mortalité néonatale sont la prématurité (33%), l'infection (27%) et l'asphyxie (26%)¹⁶⁹, qui sont généralement fatales durant les premières 24 heures de vie du nourrisson.

¹⁶⁵ Etude sur les facteurs qui sous-tendent la sexualité des adolescents dans la région d'Atsimo Andrefana à Madagascar, Noroarisoa Ravaozanany, Mireille Rabenoro, Joséphine Razafindrasoa, Noro Tiana Razafindrabe - Focus Développement, octobre 2012.

¹⁶⁶ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁶⁷ Proportion des femmes admises dans les FS SONU présentant des complications obstétricales directes majeures, ou qui développent les complications suivantes après l'admission et meurent avant de sortir de l'hôpital.

¹⁶⁸ Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁶⁹ Countdown to 2015: Maternal, newborn and child survival, base de données, 2010



Aux causes directes de la mortalité maternelle et néonatale, il faut ajouter des causes indirectes, souvent liées à la malnutrition ou à l'état de santé précaire des mères adolescentes.

➔ CAUSES SOUS-JACENTES

Le manque ou l'insuffisance d'assistance et de suivi médical adapté lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum peuvent s'expliquer par divers facteurs, dont les faiblesses de l'offre des services de santé, l'accessibilité limitée de ces services, la faiblesse de la demande et de l'utilisation continue des services.

CAUSES SOUS-JACENTES LIÉES À L'OFFRE DE SERVICES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La principale cause sous-jacente qui explique que les femmes enceintes ne soient pas suffisamment suivies durant, pendant et après leur grossesse réside dans la faiblesse de l'offre sanitaire et dans la dégradation de la qualité des soins proposés et/ou administrés. Selon le MINSANP, plus des deux tiers (68%) des décès maternels ont au moins une cause liée à la qualité de l'offre de services, dont le plus souvent le retard à donner les soins appropriés¹⁷⁰.

Une offre de SONU extrêmement réduite

Au cours des dernières années, les fermetures de structures de santé se sont multipliées, passant de 95 à 226 à entre 2010 et 2012. En 2012, près de 3% des communes ne disposaient pas de formations sanitaires. De plus, 70% des structures sanitaires existantes étaient dépourvues d'infrastructures et d'équipements adaptés¹⁷¹.

L'inventaire réalisé par le MINSANP en 2011 a fait état de plus de 250 CSB fermés, en partie à cause du manque de professionnels de santé. Quant aux hôpitaux, ils couvrent en principe l'ensemble des besoins du pays mais ne sont pas répartis équitablement entre les régions. Analamanga est la mieux dotée avec 1 hôpital pour 118 000 habitants alors que dans la Haute Matsiatra, le ratio se limite à 1 hôpital pour 321 000 habitants.

Dans l'ensemble, la CPN, l'assistance à l'accouchement, les soins postnatals, le planning familial, le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) sont offerts régulièrement dans toutes les FS.

Selon les résultats de l'enquête menée en 2010 sur les soins obstétricaux néonataux d'urgence, la CPN et le planning familial étaient disponibles dans tous les CSB

et respectivement à 67% et à 82% dans les hôpitaux. L'offre de service de PTME était disponible dans 63% des FS mais beaucoup plus aléatoire dans certaines régions, notamment Sofia (25%) et Itasy (33%)¹⁷².

En revanche, les unités de soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU), essentielles pour gérer les complications pour la mère ou l'enfant, font cruellement défaut au système de santé malgache.

En 2010¹⁷³, Madagascar ne comptait que 22 formations sanitaires offrant des SONU (FS SONU) dont 19 des soins complets (FS SONUC) et 3 des soins de base (FS SONUB).

Alors que la norme est de 5 FS SONU pour 500 000 habitants avec au moins une FS SONUC, le ratio entre le nombre actuel de FS SONU et le nombre d'habitants à Madagascar se limite à 0,5 FS SONUC et 0,1 FS SONUB pour 500 000 habitants. Ainsi, pour répondre aux besoins, le pays manque de 194 FS SONU dont une quarantaine de FS SONUC.

Les FS SONU existants sont essentiellement des hôpitaux : 8 CHD2 urbains, 4 CHD2 ruraux, 6 CHRR urbains et 4 CHU. Aucun CHD1 ni CSB n'est classé FS SONU. De plus, la répartition par secteur d'administration montre qu'aucune des formations sanitaires du secteur d'administration privée lucrative n'est classée FS SONU.

Ainsi, aucune des 22 régions de l'île n'atteint le nombre requis de FS SONU. Celle d'Amoron'i Mania, Androy, Atsimo Andrefana, Bongolava, Ihorombe, Melaky, Menabe et Sofia n'en disposent pas du tout.

Au niveau des 111 districts, seuls ceux d'Antananarivo Renivohitra et d'Antsirabe I disposent respectivement de trois et deux FS SONU, 17 autres districts ont une FS SONU.

Insuffisance des ressources humaines en quantité et en qualité

Le personnel des structures de santé est insuffisant et peut, de surcroît, manquer de compétences, quelles que soient les catégories professionnelles (paramédicaux, médecins généralistes, pédiatres, etc.).

En 2007, le MINSANP estimait que le quart¹⁷⁴ des personnels de santé – toutes catégories confondues – atteindraient l'âge de la retraite entre 2011 et 2015. Depuis lors, l'insuffisance des ressources budgétaires de la santé publique a fait chuter le nombre de personnes qualifiées en activité, le volume des

¹⁷⁰ Enquête confidentielle des décès maternels, Ministère de la Santé publique, 2010.

¹⁷¹ Etat de lieux DSEMR of Mother and Child, Plan opérationnel pour la mise en œuvre, 2012-2015 in Analyse de la situation de l'équité en santé et les déterminants sociaux et économiques de la santé à Madagascar, Ministère de la santé publique, OMS, 2013.

¹⁷² Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁷³ Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁷⁴ Plan intérimaire 2012-2013, Ministère de la Santé publique, 2012.

nouveaux recrutements n'arrivant pas à compenser les départs à la retraite. Le manque de personnel est surtout ressenti au niveau des paramédicaux, qui ont connu une réduction de 20% entre 2007 et 2010. Le corps des sages-femmes a affiché la diminution la plus importante durant la même période, avec une chute d'effectifs de 44%.

Ainsi, l'un des défis majeurs du secteur de la santé à Madagascar est plus que jamais la disponibilité d'un personnel suffisant et bien formé à travers le pays, en particulier dans les provinces et les zones rurales. En effet, les ratios personnels de santé/population ne cessent de se dégrader.

L'absence d'infrastructures, l'enclavement, le manque de confort, la difficulté à scolariser les enfants sont autant de raisons qui dissuadent les médecins de s'installer en brousse. Avec la criminalité grandissante depuis la crise de 2009, le manque de sécurité constitue un problème supplémentaire dans certaines zones éloignées. Alors que des CSB sont victimes de pillage, la sécurité du personnel de santé, notamment féminin, n'est plus assurée. Les sages-femmes et les infirmières sont redéployées dans des zones plus sûres, ce qui a pour conséquence de restreindre encore l'offre de services en direction des femmes et des enfants du milieu rural, notamment pour la CPN et l'accouchement. Quant aux activités préventives en

Tableau 5 : Evolution des indicateurs sur les ressources humaines dans le domaine de la santé (2005-2011)

Ratio	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
CSB/pop	1/5 787	1/5 971	1/5 825	1/5 748	1/7 812	1/8 416	1/8 545
Médecin public/pop	1/5 288	1/5 598	1/5 281	1/4 981	1/5 249	1/5 188	1/6 925
Infirmier public/pop	1/5 086	1/6 370	1/6 407	1/6 450	1/6 468	1/6 853	1/6 595
SF publique/femmes en âge de procréer	1/1 346	1/1 465	1/1 549	1/1 715	1/2 323	1/3 140	1/3 502

Source: *Annuaire des statistiques du secteur Santé (DRH/SSS)*

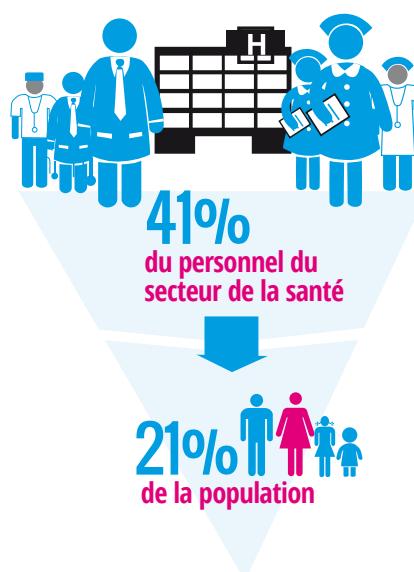
En 2005, il y avait 0,19 médecin pour 1000 habitants à Madagascar¹⁷⁵. Or, en 2011, le ratio s'est encore dégradé, à 0,14 médecin pour 1000 habitants. De même, les ratios concernant les sages femmes et les infirmiers ont fortement reculé alors que les ressources humaines qualifiées en SONU sont très insuffisantes.

Selon le MINSANP, 90% des centres de santé de base (CSB) sont tenus par des personnels seuls en poste¹⁷⁶. En raison du manque de ressources humaines, le personnel existant doit, dans bien des cas, faire face à une surcharge de travail importante, affectant à la fois sa motivation et la qualité des soins fournis.

Au problème du manque de personnel de santé s'ajoute celui de sa répartition inégale. La gestion centralisée du personnel et le manque de coordination entre les niveaux central et périphérique ne permettent pas d'adapter les affectations aux besoins et réalités locales. Les ressources humaines ont ainsi tendance à se concentrer essentiellement au niveau central, au détriment des structures sanitaires du niveau périphérique et du milieu rural. Ainsi, en 2010, 41% du personnel du secteur santé était en charge de 21% de la population¹⁷⁷.

stratégies avancées, notamment pour la vaccination des enfants, elles constituent désormais des risques non négligeables pour les personnels médicaux exerçant dans les zones enclavées.

Cette situation donne une indication claire des défis auxquels est confronté le système de santé à Madagascar en vue de rendre l'accès aux soins plus juste et plus équitable. Elle est d'autant plus tendue que les mesures d'accompagnement et de motivation visant à fixer le personnel en milieu rural et dans les zones enclavées sont très insuffisantes.



¹⁷⁵ Annuaire statistique de la Santé, Ministère de la Santé publique, 2011.

¹⁷⁶ Annuaire statistique de la Santé, Ministère de la Santé publique, 2011.

¹⁷⁷ PDSS 2007-2011.

Enfin, en termes de compétences, les professionnels du secteur manquent de formation continue du fait de l'absence d'une politique stratégique de gestion des ressources humaines. Il n'existe pas de plan de gestion des carrières ni de politique de promotion basée sur la performance. Ce déficit aggrave le manque de qualité de l'offre médicale et contribue à la désertification des formations sanitaires situées en zones rurales et enclavées.

Le manque de compétences des agents communautaires et du personnel de santé dans le domaine de la communication constitue aussi un problème non négligeable. Sur le terrain, on constate en effet que les bénéficiaires méconnaissent les paquets promotionnels, préventifs et curatifs, concernant la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition et l'assainissement/hygiène. Cette réalité reflète la déficience des canaux d'informations, qui sont inadaptés au contexte local ou ne transmettent pas de messages assez simples ni assez accessibles aux populations.

Mauvaise gestion des médicaments et autres intrants essentiels en santé

Comme exposé plus haut, l'approvisionnement en médicaments et autres intrants essentiels souffre de problèmes de gestion du fait de l'existence de plusieurs filières parallèles et de la variabilité des dispositifs logistiques.

De plus, la diminution des apports financiers de l'Etat – parallèlement à la hausse des prix des médicaments – handicape considérablement la centrale d'achat dans son fonctionnement. De nombreuses pharmacies de gros de district (PhaGDis) peinent à recevoir des commandes régulières de la part des pharmacies à gestion communautaire périphériques (PhaGeCom). Du fait du manque de planification globale de l'approvisionnement et de l'insuffisance de coordination pour l'entreposage, l'acheminement et le stockage, la distribution des médicaments est considérablement perturbée par les sur-stockages ou les ruptures de stocks.

Profitant du flou existant dans le partage des compétences et des responsabilités entre le ministère et les communes, le CoSan (Comité de santé communal) gère et applique la politique de santé au niveau communal. Or, les audits et contrôles sont rares, ce qui favorise la recrudescence des mauvaises pratiques en termes de gestion du système. La chaîne d'approvisionnement en médicaments (de la SALAMA aux pharmacies de gros gérées au niveau des districts puis aux pharmacies installées dans les CSB) est ainsi souvent victime de dysfonctionnements avec une multiplication des vols et des détournements¹⁷⁸.

¹⁷⁸ Evaluation de la sécurisation des intrants de santé à Madagascar en 2012, MINSANP, 2013.

En 2012, selon la Direction de la pharmacie des laboratoires et des médecines traditionnelles¹⁷⁹, 15% des formations sanitaires ont eu des ruptures de stock en MEG d'une durée moyenne de 91 jours. En ce qui concerne les intrants des programmes verticaux, 45% des formations sanitaires ont eu des ruptures de stock en médicaments d'IST/VIH-Sida, et 13% en antituberculeux. De même, 16% des PhaGDis ont connu des ruptures de stock de 88 jours en moyenne, et 49% de ces derniers ont évoqué des retards de livraison de la part de la SALAMA.

L'insuffisance de matériels en santé de la reproduction concerne la majorité des CSB et CH publics. Plus de 90% des centres de santé rapportent des matériels globalement incomplets, ne permettant pas d'offrir des services normalisés. Par exemple, les kits d'accouchement sont généralement disponibles mais pas les kits d'épisiotomie¹⁸⁰.

> 90%

des centres de santé rapportent des matériels globalement incomplets, ne permettant pas d'offrir des services normalisés

Concernant les consultations pré ou post natales, l'insuffisance ou la rupture des stocks de médicaments et autres intrants a un impact significatif sur la qualité des soins. Comme l'a montré l'état des lieux concernant le contenu de la CPN, certaines prestations (TPI, tests sang et urine, contrôle de la tension, supplémentation en micronutriments nécessaires au bon déroulement de la grossesse...) restent ainsi peu courantes, surtout en milieu rural.

En ce qui concerne plus spécifiquement les SONU, l'évaluation réalisée en 2010¹⁸¹ a montré que seule une infime partie des CSB disposait de médicaments utiles à la prise en charge des complications de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. Au total, seulement 22 formations sanitaires sur 3 470 (soit 0,6%) disposaient d'un plateau technique adéquat pour offrir les SONU.

Pour assurer la survie des femmes et des nouveau-nés, les délais de prise en charge doivent être courts et ne pas dépasser deux heures dans les cas les plus graves. Or, la moitié des FS se trouvent à plus de deux heures de temps du centre de référence le plus proche¹⁸². Dans certaines régions, les deux tiers des FS sont dans ce cas : Bongolava (71%), Atsimo Andrefana (69%).

¹⁷⁹ Ibid.

¹⁸⁰ Etude sur la disponibilité et l'accessibilité des services de la Santé de la reproduction et du planning familial, UNFPA, 2010.

¹⁸¹ Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁸² Ibid.

Les problèmes de communication ne posent pas de problème majeur, la quasi-totalité des FS ayant accès à un téléphone¹⁸³. En revanche, seulement 46% d'entre elles disposent d'au moins un moyen de transport fonctionnel, avec de grandes disparités selon les régions. Plus des trois quarts des FS de Diana (91%), Sofia (83%), Vatovavy FitoVinany (88%), Atsinanana (82%) et Ihorombe (75%) ont au moins un moyen de transport fonctionnel. Mais ce n'est pas le cas dans le Menabe (14%) et la Haute Matsiatra (16%). Le brancard reste le moyen de transport le plus répandu (34%), suivi par l'ambulance (16%), un véhicule autre qu'une ambulance (15%) et la charrette (1%).

Les hôpitaux (71%) sont mieux équipés en moyens de transport fonctionnels (au moins un) que les CSB (21%). Plus du quart des centres hospitaliers utilisent une ambulance ou une voiture, mais seulement 5% des CSB.



CAUSES SOUS-JACENTES LIÉES À L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

D'importantes barrières restreignent l'accessibilité des services de santé. Les barrières financières et physiques sont les principaux freins à l'accès aux soins. Selon la source la plus récente¹⁸⁴, les deux tiers des femmes (69%) invoquent le coût des soins comme principal obstacle et 42% parlent de la trop grande distance entre leur domicile et la structure de santé.

Le manque d'argent pour payer le traitement et d'autres frais annexes détourne des millions de femmes et d'enfants des services de santé, contribuant à la persistance de forts taux de mortalité maternelle et néonatale. Le coût de la santé représente un obstacle pour 70% des femmes en milieu rural, contre

61% en milieu urbain. Il est encore plus problématique pour les catégories de femmes les plus vulnérables : femmes les plus pauvres (78%), sans instruction (77%), en rupture d'union ou mère de familles de plus de 5 enfants (74%).

Les régions où les femmes sont les plus nombreuses à estimer que les barrières financières sont un obstacle aux soins sont l'Androy (88%) et la Haute Matsiatra (86%) et Atsimo Atsinanana (80%).

Dans le cadre de la politique de recouvrement des coûts en vigueur, les patients doivent acheter directement les médicaments essentiels génériques (MEG) et les consommables médicaux à l'intérieur des infrastructures sanitaires publiques.

Par ailleurs, seules les consultations dans les CSB sont gratuites alors qu'à l'hôpital, tout est payant (consultations, examens de laboratoire, imagerie...). Les coûts connexes de l'accouchement sont importants et à la charge de la famille (transport, hébergement, accompagnateurs).

Alors que le taux de pauvreté s'est élevé au cours des dernières années, la contribution directe des ménages au financement des soins de santé a augmenté de façon considérable. Le coût moyen des consultations et médicaments a triplé entre 2005¹⁸⁵ et 2012¹⁸⁶, passant de 6 193 Ar en 2005 à 17 800 Ar en 2010 puis à 26 424 Ar en 2012. Il est très variable selon les régions en 2012, de 10 107 Ar dans le Vankinakaratra à 35 468 Ar dans l'Analanjirifo.

Face à ces évolutions, les politiques sociales en faveur des catégories particulièrement vulnérables restent dérisoires. Les fonds d'équité créés pour soulager les plus démunis couvrent peu de ménages et affiche un faible taux d'utilisation (44%). Selon une récente étude, le pourcentage de bénéficiaires se limite à 0,37% de la population et le coût moyen de prise en charge par patient bénéficiaire est très bas, à 1 213 Ar (0,7 dollars)¹⁸⁷.

Quant au secteur privé, qui a connu une ascension considérable au cours des dernières années, il n'est accessible qu'à une infime partie de la population. Afin de contribuer à l'essor de l'offre de services de santé, les acteurs du secteur privé proposent et expérimentent plusieurs schémas basés sur le partage des risques financiers et des systèmes de prépaiement comme les assurances maladie des salariés, les microcrédits ou les mutuelles de santé. L'objectif est d'élargir le nombre de bénéficiaires tout en proposant

¹⁸³ Selon l'Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), 32% des formations sanitaires sont équipées d'un téléphone, cependant dans 89% des établissements, le téléphone personnel est utilisé, dans 34% des cas un téléphone public est utilisé, et 18% utilisent une radio. Dans l'ensemble 96% des établissements possèdent au moins un moyen de communication, mais ne sont pas assez équipés.

¹⁸⁴ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁸⁵ Enquête périodique auprès des ménages 2005, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar 2005.

¹⁸⁶ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁸⁷ Analyse du financement de la Santé, Ministère de la Fonction publique/OMS/UNICEF, 2013.



des services de qualité à faible coût. Néanmoins, le manque de coordination entre partenaires publics et privés, l'insuffisance de soutien des initiatives privées ou encore le manque de suivi ne permet pas encore au secteur privé de pallier les déficiences du public.

La seconde barrière limitant le recours aux services de santé est l'éloignement, évoqué par 42% des femmes au niveau national¹⁸⁸. L'éloignement du service de santé constitue un problème pour 47% des femmes vivant en zone rurale, contre 19% en milieu urbain. Le coût du transport est considéré comme un frein par un tiers de femmes en moyenne.

Selon le MINSANP, près de 40% de la population vit à plus de cinq kilomètres d'une formation sanitaire¹⁸⁹. Dans les zones rurales, près du quart des usagers ont besoin d'une à deux heures pour se rendre au centre de santé le plus proche alors que 7% d'entre eux mettent une demie journée pour y arriver¹⁹⁰.

40%
de la population vit à plus de cinq
kilomètres d'une formation sanitaire

Outre l'éloignement, l'accessibilité physique des structures de santé peut souffrir de la survenue de catastrophes naturelles, qui rendent le trajet impraticable et/ou dangereux, endommagent les infrastructures ou bloquent l'acheminement des intrants essentiels. Du fait de sa localisation géographique, Madagascar est victime chaque année de catastrophes naturelles récurrentes, notamment de cyclones et d'inondations, surtout dans la partie orientale de l'île. Les régions les plus concernées sont Analanjirofo, Atsinanana, Alaotra Mangoro, Vatovavy Fitovinany et Atsimo Atsinanana. La région d'Analamanga et plus particulièrement les bas quartiers de la ville d'Antananarivo sont souvent victimes d'inondations. Ces aléas entraînent le déplacement des familles vers des sites d'hébergement temporaires et représentent des risques importants en matière de santé des jeunes enfants et des femmes enceintes, notamment du fait de la propagation rapide de maladies à potentiel épidémique comme les diarrhées, les IRA, la rougeole ou le paludisme, dont la transmission est favorisée par la promiscuité et le manque d'hygiène. En 2012 par exemple, suite aux cyclones Giovanni et Irina, le nombre de personnes déplacées a été estimé à

34 000 et 21 000 respectivement. De plus, il n'existe aucun plan de réhabilitation des structures sanitaires alors que la prise en charge de la maintenance des bâtiments est rarement effectuée par les communes, qui en ont la responsabilité.

Enfin, le manque de moyens de locomotion des agents de santé entrave l'exécution des stratégies mobiles et avancées qui visent à rapprocher les services de santé de base des populations les plus vulnérables et enclavées.

CAUSES SOUS-JACENTES LIÉES À LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ

La demande de services de santé peut être examinée sous deux angles, qui sont la persistance de connaissances restreintes et d'attitudes et pratiques néfastes au sein des populations et le déficit de participation communautaire.

Le manque de connaissances explique que de nombreuses femmes ne fréquentent pas les services de santé durant la grossesse ni pendant ou après l'accouchement, risquant la mort pour elle et leur bébé. Bon nombre de femmes méconnaissent les avantages procurés par l'administration de soins professionnels adaptés et ne savent pas quelle attitude adopter lorsqu'une complication survient.

La perception des risques encourus est faible. En 2008, une étude CAP¹⁹¹ montrait que la première consultation prénatale avait généralement lieu entre le 3ème et le 4ème mois de grossesse, seulement lorsque le ventre devenait visible. Selon l'EDS 2008-2009, si la majorité des femmes connaissent les avantages d'une consultation pour l'enfant dans les jours qui suivent sa naissance, une très faible proportion (10% à 12%) savent quels en sont les bénéfices pour elles-mêmes. On estime ainsi que 32% des cas de mortalité maternelle ont au moins un facteur lié à l'individu, la famille ou la communauté. Celui-ci peut se manifester par un retard dans la prise de décision pour consulter les services de santé, par



¹⁸⁸ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

¹⁸⁹ Annuaire Statistique Sanitaire, Ministère de la Santé publique, 2010.

¹⁹⁰ Evaluation de la disponibilité et de l'accessibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar, Ministère de la Santé Publique-UNFPA-UNICEF, 2010.

¹⁹¹ Etude CAP, Recherche formative sur le parcours de soins de santé maternelle et infantile, Madagascar, MINSANP, 2008.

le temps et la distance séparant le domicile de la formation sanitaire, le refus de prendre un traitement ou encore la prise de tambavy¹⁹².

Pour des raisons culturelles et financières, les femmes préfèrent parfois accoucher chez elles, avec l'aide de matrones ou d'accoucheuses traditionnelles. L'influence et le recours aux tradipraticiens sont très présents dans la culture malgache et s'enracinent dans la vie quotidienne, en particulier en milieu rural. La maladie est souvent liée au mauvais esprit dans la conscience collective et le médecin n'a donc pas les compétences pour résoudre ces problèmes. Enfin, les rumeurs, renforcées par des croyances erronées, dénigrent l'utilisation des systèmes de prévention, de promotion et de traitement médical de type moderne.

La précocité des rapports sexuels et du mariage représente une autre cause sous-jacente importante de la mortalité maternelle et néonatale, dans un contexte où les adolescentes ne sont pas physiologiquement prêtes à enfanter. L'adolescente connaît une poussée de croissance pendant les 12 à 18 mois précédant ses premières règles et elle continue de grandir d'un centimètre par an pendant 5 ans suivant le début de la menstruation. Chez une population malnutrie comme celle de Madagascar, l'âge des premières règles se situe à 16 ans et les filles n'atteignent leur taille définitive qu'après 20 ans¹⁹³. Le développement du canal pubien est achevé deux à trois années après que l'adolescente a atteint sa taille définitive. L'immaturité des os du bassin accroît les risques d'accouchement difficile, de pré-éclampsie (hypertension lors de la grossesse) et de disproportion céphalopelvienne. L'organisme des jeunes femmes n'étant pas pleinement développé, les mères adolescentes sont plus exposées aux risques de complications durant l'accouchement que les femmes de plus de vingt ans et présentent trois fois plus de risques de mourir en accouchant par rapport aux femmes qui ont entre 20 et 29 ans¹⁹⁴. De la même

façon, les jeunes filles de moins de 15 ans courent cinq fois plus de risques de décès pendant la grossesse ou l'accouchement que les jeunes femmes appartenant à la tranche d'âge des 15 à 19 ans¹⁹⁵.

Le manque d'autonomie des femmes est également évoqué par les femmes elles-mêmes en tant que cause de non consultation. En 2012, 15% citaient le fait de ne pas avoir la permission d'aller se faire soigner comme un obstacle aux soins. Avec des taux de plus de 22%, cette contrainte était particulièrement forte dans les régions de Melaky, Haute Matsiatra, Vakinankaratra et Menabe. Dans le même ordre d'idée, 24% des femmes disent ne pas vouloir aller seules au centre de santé. De plus, pour 18% d'entre elles, la crainte de se faire examiner par un prestataire de sexe masculin représente un obstacle supplémentaire.

Dans la société malgache, la femme est généralement responsable de sa santé et de celle de ses enfants. Néanmoins, son manque d'autonomie financière restreint fortement sa marge de manœuvre, d'autant que les finances du ménage dépendent très souvent du salaire de l'homme de la maison. D'autre part, il revient souvent au mari ou aux parents de la femme (si elle n'est pas mariée) de prendre la décision d'une éventuelle consultation ou hospitalisation, en particulier dans les régions du Sud-Est et du Sud-Ouest. Selon l'ENSOMD 2012-2013, dans seulement 25% des cas, la femme a le dernier mot en ce qui concerne une décision à prendre concernant sa propre santé. Dans 56% des cas, la décision est prise avec le partenaire et dans 14% des cas, seul l'homme décide.

Les mauvaises pratiques en matière d'alimentation et dans le domaine de l'hygiène présentent des causes sous-jacentes importantes de la mortalité des femmes et des enfants. Elles seront examinées aux chapitres dédiés à ces problématiques.

Par ailleurs, l'insuffisance de participation communautaire freine les progrès dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Comme déjà décrit, l'organisation communautaire préconisée par l'Etat s'appuie sur des comités de santé (CoSan) aux différents échelons administratifs et des comités de gestion (CoGe) liés aux formations sanitaires. En 2011, l'existence de comité de santé (CoSan) et d'agents de santé communautaires opérationnels n'était réelle que dans 46% des communes et 50% des districts¹⁹⁶.

Dans les faits, la Politique nationale de santé communautaire (PNSC) n'est pas réellement appliquée et les stratégies avancées ne sont pas

15%
**des femmes affirmaient ne pas
avoir la permission d'aller se
faire soigner en 2012**



¹⁹² Les tambavy désignent à la fois les remèdes faits de décoctions et d'infusions et les plantes dont on les tire. Ils ont des usages pédiatriques et médicaux ancestraux, qui, selon la tradition, seraient garants du bon développement de l'enfant et du bon déroulement de la grossesse.

¹⁹³ Age at menarche and postmenarcheal growth in rural Bangladeshi females, Riley AP, Huffman SL, Chowdhury AK - Ann Hum Biol, 1989.

¹⁹⁴ Growth of the birth canal in adolescent girls, Moerman ML. - American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1982.

¹⁹⁵ Herceg-Brown R et al. 2011, in Etude sur les facteurs qui sous-tendent la sexualité des adolescent-e-s dans la région Atsimo Andrefana à Madagascar, UNICEF, 2012.

¹⁹⁶ Plan opérationnel pour la mise en œuvre de la santé mère enfant 2012-2015, Ministère de la Santé publique, 2011



suffisamment ciblées. La stratégie de mise en œuvre intégrée de la PNSC a tardé à se concrétiser du fait de la crise. Aussi, bon nombre d'acteurs sanitaires interviennent-ils au niveau communautaire mais de façon verticale et disparate. La faible harmonisation de la motivation des agents communautaires par les différents programmes rend les activités difficiles tandis qu'il n'existe pas encore de mécanisme efficace de communication pour le changement de comportement.

Il faut enfin noter l'absence de politique et de stratégies nationales de communication de santé pour orienter favorablement les différents programmes dans leurs actions pour le changement de comportement et la stimulation des demandes.

CAUSES SOUS-JACENTES LIMITANT L'UTILISATION CONTINUE DES SERVICES

L'utilisation continue des services fait référence à la qualité des services offerts à la population de façon à l'inciter à revenir après une utilisation initiale.

Selon l'ENSOMD 2012-2013, le taux de fréquentation des services de santé¹⁹⁷ au niveau national se limite à 38% et varie fortement selon les régions, de 50% en Atsimo Antsinanana à 23% en Itasy.

Le taux de fréquentation des services de santé au niveau national se limite à

38%



Par rapport à la moyenne nationale, le taux de fréquentation des structures de santé le plus élevé concerne les enfants de moins d'un an (51%). Il retombe ensuite à un niveau proche de la moyenne nationale, à 40% pour les enfants de 1 à 5 ans.

La population vivant en zone urbaine (62%) a davantage tendance à rechercher des soins pour les enfants de moins d'un an que les ménages vivant en milieu rural (49%). De même, le taux de consultation pour les moins d'un an augmente considérablement avec le niveau de richesse de la famille, passant de 41% chez les plus pauvres à 73% chez les plus riches. Le taux de consultation pour les enfants de moins d'un an est très inégal selon les régions et peut passer du simple au double : il s'élève à 72% en Atsinanana mais retombe à 36% en Sava.

Plus spécifiquement, l'utilisation des services de SONU est très faible : le taux d'accouchements réalisés dans les 22 FS SONU représente 4,1% des naissances attendues. Ce qui est loin du minimum acceptable

fixé à 15% afin de sauver des vies. Seule la région d'Analamanga, où se trouve la capitale, a atteint ce minimum avec 19% d'accouchements assistés par un agent de santé dans les FS SONU¹⁹⁸.

Des barrières qualitatives limitent l'accessibilité des services de santé¹⁹⁹, notamment la faible disponibilité des prestataires de soins (selon 37% des femmes) et des médicaments (40%) dans les structures de santé. L'enquête périodique auprès des ménages (EPM) de 2010 soulignait que l'absence répétitive de personnel dans les CSB aggravait la perception de la population vis-à-vis des professionnels de santé et contraignait la population à l'automédication. Cette tendance semble s'aggraver puisqu'en 2012²⁰⁰, l'automédication a concerné 75% des patients, soit une augmentation de 11 points par rapport à 2010.

Le mauvais accueil nuit également à l'utilisation continue des services. Le manque d'humanité dans la dispense des soins peut dissuader certaines familles d'y retourner et renforcer le manque de confiance dans le système de santé public. De même, comme déjà mentionné, le fait que le prestataire de soin soit un homme peut constituer un problème pour les femmes.

En ce qui concerne la qualité des SONU, elle est également faible. Le recours à la césarienne se limite à 1,53% et tombe à 0,81% dans les FS SONUC. Ces taux sont très en deçà du taux minimum de 5% recommandé par l'OMS. Seule la région d'Analamanga arrive à dépasser légèrement ce seuil (5,6%).

De plus, seulement 32% des établissements sanitaires pratiquent la transfusion sanguine et ce sont des hôpitaux dans deux cas sur trois. La réanimation néonatale est encore moins accessible : seulement 21% de toutes les formations sanitaires au niveau national la pratiquent. Au niveau des CSB fréquentés par la grande majorité de la population, 1% des centres dispose de la transfusion sanguine et de la réanimation néonatale²⁰¹.



¹⁹⁸ Évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁹⁹ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁰⁰ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) - Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁰¹ Évaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

¹⁹⁷ Le seuil recommandé par l'OMS est de 50% pour les soins de santé curatifs de la population d'une aire de santé donnée.

En général, les raisons mentionnées pour justifier l'absence de ces fonctions essentielles dans les formations sanitaires sont le manque de personnels compétents, de formation, de matériels, de fournitures et l'absence d'indication.

Le problème de la disponibilité et de la qualité des ressources humaines pèse aussi très lourd. Ainsi, très peu de prestataires interrogés en 2010²⁰² ont atteint le niveau de connaissance acceptable concernant la CPN recentrée, les antécédents et l'état de la femme enceinte nécessitant une surveillance particulière, la connaissance des signes de danger chez une femme présentant une hémorragie du post-partum, la conduite à tenir devant une rétention placentaire, les signes de complications d'avortement, ainsi que la conduite à tenir devant une femme victime de violence sexuelle. La connaissance des éléments de surveillance du travail, de la gestion active de la troisième phase de l'accouchement et de la réanimation du nouveau né est également faible.

Enfin, l'étude des infrastructures des maternités a montré qu'elles prévoient rarement un système permettant aux femmes de se faire accompagner. Les salles d'attente pour les familles des malades ne sont disponibles que dans 30% des FS tandis que des locaux d'hébergement pour les accompagnants n'existent qu'auprès de 45% des FS en moyenne et 51% des CSB²⁰³.

➔ CAUSES STRUCTURELLES

La première cause structurelle est l'**absence de cadre stratégique de pilotage du secteur de la santé** englobant tous les sous-secteurs relatifs à la santé et tenant compte des engagements internationaux et des OMD. Un tel cadre permettrait de coordonner les interventions à tous les niveaux et d'établir des stratégies cohérentes et complémentaires, que ce soit d'un point de vue des ressources humaines, de la gestion des intrants, de l'inspection et des contrôles des équipements et infrastructures ou encore du système d'information. Il permettrait également de rééquilibrer la répartition des ressources entre le niveau central et périphérique. En l'absence d'un tel cadre, les ambiguïtés sur la répartition des responsabilités créent un sentiment d'abandon et/ou d'impunité, encourageant les mauvaises pratiques et les dérives constatées, en particulier dans certaines zones rurales.

Le manque de capacités organisationnelles et institutionnelles du système constitue également une autre cause structurelle de la forte mortalité des femmes et des nouveau-nés. La crise de 2009 a fortement perturbé le dialogue entre les parties prenantes du secteur. Des efforts notables

ont été fournis pour proposer des approches complémentaires et cohérentes mais il reste fondamental que le Ministère de la Santé publique parvienne à reprendre rapidement le leadership dans un cadre de partenariat refondé. La multiplication des directions centrales accentue, de surcroît, l'éparpillement des ressources nécessaires, sans pilotage efficace du secteur. Par exemple, en ce qui concerne les intrants, le Programme d'action de l'intégration des intrants de santé (PAIS)²⁰⁴ mis en place par le ministère et ses partenaires techniques et financiers pour pallier les problèmes évoqués plus haut, a été suspendu suite à la crise politique. Il avait pour objectif d'intégrer les produits des programmes verticaux dans le circuit unique de la SALAMA.

Une autre cause structurelle majeure est le **manque de ressources financières de l'Etat**. Le secteur de la santé souffre de restrictions budgétaires importantes depuis la crise sociopolitique malgache. Après une période plutôt faste jusqu'en 2007, la situation s'est dégradée et l'année 2009 a vu le gel de nombreux appuis budgétaires des donateurs et bailleurs de fonds internationaux. Le budget de fonctionnement hors solde du MINSANP n'a cessé de diminuer depuis la crise de 2009 : par rapport à cette année-là, il a chuté de 51% en 2010, de 54% en 2013 et de 64% (prévision) en 2014. Le budget national consacré à l'achat de MEG (médicaments essentiels génériques) a connu des coupes substantielles durant les trois dernières années, avec une baisse record de 62% en 2012 par rapport au budget de 2011²⁰⁵. Cette réduction a conduit à une relative pénurie de MEG à la périphérie du système, dans tous les systèmes d'approvisionnement, et essentiellement dans les zones enclavées.

Le manque de politiques sociales doit également être mentionné. Le passage à une politique de recouvrement des coûts dans le secteur de la santé ne s'est pas accompagné de la mise en place de véritables politiques sociales en direction des catégories les plus vulnérables de la population, alors que les fonds d'équité restent marginaux.

Les normes culturelles et comportementales constituent également une cause structurelle essentielle de la mortalité maternelle et néonatale. D'un point de vue individuel et comportemental, le poids de la culture et des coutumes compromet l'amélioration de l'accès à des soins de santé modernes, surtout dans les zones rurales enclavées. L'amélioration de l'offre de santé au niveau national est nécessaire mais ne constitue pas pour autant

²⁰² Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU), Vice-Primature chargée de la Santé publique/FNUAP, 2010.

²⁰³ Ibid.

²⁰⁴ Evaluation de l'appui budgétaire et revue de la gestion des finances publiques et des secteurs santé et éducation – Madagascar, Union européenne, 2012.

²⁰⁵ Rapport de la Direction des Pharmacies, du Laboratoire et de la Médecins Traditionnelles [DPLMT], Ministère de la Santé Publique, Madagascar, 2011.



une condition suffisante. L'adhésion des populations bénéficiaires aux programmes de soins et de prévention mis en œuvre est, elle aussi, essentielle pour lutter contre la mortalité de la mère et de l'enfant. Outre les éléments déjà développés dans la précédente analyse causale, on peut également noter que le Fihavanana à Madagascar joue un rôle majeur dans la persistance de traditions potentiellement néfastes. Ce système de normes, règles et coutumes régit la dynamique de la société locale et dicte les comportements interpersonnels, les modes de sociabilité et les stratégies anti-risque à adopter en société. Il se fonde sur les principes d'entraide, de services rendus à autrui et de réciprocité. Comme le démontre l'étude de Frédéric Sandron²⁰⁶, le Fihavanana encourage l'effacement de l'individu au profit de la collectivité et peut constituer un frein à l'innovation et aux projets de développement.

Bien évidemment, d'autres causes structurelles comme l'analphabétisme, la pauvreté ou encore l'enclavement et les catastrophes naturelles, sont également des facteurs aggravant les taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

2.4.2.2. Analyse des rôles

Par son adhésion aux textes internationaux, l'Etat est le premier obligataire envers l'enfant et la femme pour réaliser le droit à la survie. Mais les agents de santé, les chefs CSB ainsi que les autorités sanitaires et administratives au niveau déconcentré sont également des acteurs incontournables, participant à la réalisation de ce droit.

L'ETAT MALGACHE ET SES INSTITUTIONS

Il incombe à l'Etat malgache et à ses institutions d'assurer à la population du personnel médical formé et des services de santé de qualité, efficaces et accessibles à tous.

Au niveau central

Le Ministère de la Santé publique et sa Direction des ressources humaines doivent mettre en œuvre la politique nationale de santé afin de garantir la présence d'un personnel médical qualifié au sein des structures de santé. En matière d'orientations, le ministère est directement responsable de l'élaboration et de la diffusion des directives relatives à une politique stratégique pour la gestion des ressources humaines. Il doit mettre à jour la base de données sur les ressources humaines disponibles dans le secteur et fournir un appui aux différentes Directions régionales pour la gestion des ressources humaines au niveau local. Il doit aussi garantir la pérennité du personnel recruté et le maintien en poste des personnels de

santé en mettant en place des mesures incitatives dans les zones difficiles.

Le MINSANP doit également renforcer les capacités des personnels en poste en s'appuyant sur des institutions de formation disposant d'un statut d'établissement public et administratif. Il a pour obligation de fournir les moyens nécessaires au renforcement de compétences des professionnels de la santé par l'intermédiaire d'une politique nationale de formations adaptées aux besoins rencontrés sur le terrain.

A ce titre, il est responsable du plaidoyer auprès du gouvernement, et notamment du Ministère des Finances, et des partenaires techniques et financiers pour assurer des postes budgétaires suffisants à la réalisation de ses activités. En outre, le ministère doit assurer la coordination des différents acteurs intervenant dans la mise en œuvre de la santé publique que se soit les services centraux, les directions régionales, le système de santé au niveau communautaire ou les ONG mais aussi surveiller et contrôler la chaîne d'approvisionnement en médicaments. Des moyens financiers et matériels doivent être alloués de façon équitable au niveau des services déconcentrés afin de leur permettre de remplir leur mission auprès de la population.



²⁰⁶ Le Fihavanana à Madagascar : lien social et économique des communautés rurales, Frédéric Sandron, Revue tiers Monde, 2008, n° 195.



Au niveau déconcentré

Au niveau de la Direction régionale de santé publique (DRSP), les fonctions doivent se concentrer sur la coordination des activités du personnel médical au niveau local. Ainsi, la DRSP est responsable de la mise à jour des bases de données en ressources humaines du secteur santé afin de faire connaître et de diffuser au niveau central l'offre et la demande disponibles au niveau régional. Elle a également pour obligation de redéployer les ressources humaines quand cela s'avère nécessaire afin de garantir un système de santé efficient et harmonisé sur son territoire. Elle doit assurer par ailleurs un plaidoyer au niveau de la Direction des ressources humaines du MINSANP pour garantir que les CSB disposent de suffisamment de personnel qualifié. La DRSP doit également fournir un appui technique et en matériel/équipement aux districts pour mettre en place les formations en SONUB et assurer la planification des activités.

Les Services de district de la Santé publique (SDSP) doivent assurer aux chefs de CSB les ressources nécessaires à leur mission. L'identification des besoins ainsi que la mobilisation des ressources constituent donc des devoirs importants pour que la chaîne de responsabilités fonctionne entre les différents acteurs. Pour garantir un bon fonctionnement des CSB, les SDSP doivent collecter suffisamment d'informations auprès des CSB afin de planifier les activités et de connaître les besoins de la structure, qu'elles soient financières, matérielles ou humaines. L'identification des besoins en formation est, par exemple, crucial pour assurer une bonne qualité des soins. Les SDSP doivent faire remonter les informations vers leur hiérarchie au niveau régional, afin que soient prévues les allocations budgétaires adéquates.

Au niveau des prestataires de soins

Les chefs de CSB doivent encadrer les personnels de santé et coordonner leurs missions. Ils veillent également au bon fonctionnement des services médicaux et assurent un suivi global des activités. Ils doivent se charger de la programmation, la planification et l'organisation des activités de santé ainsi que de la gestion rationnelle des ressources ou encore de la supervision et du contrôle des agents de santé. A ce titre, ils gèrent notamment les dotations matérielles ainsi que l'approvisionnement en intrants au sein de leur structure. Enfin, ils doivent rendre des comptes au service sanitaire du district et l'informer de la situation au sein de leur structure.

Les agents de santé constituent des obligataires importants vis-à-vis de la femme enceinte et de son enfant. Ils se doivent tout d'abord d'être présents à leur poste. Leur rôle est de mettre en place des activités préventives, promotionnelles et curatives pour suivre les grossesses et encourager l'accouchement des femmes au sein de structures adaptées. Le personnel de santé a aussi pour

obligation d'assurer une bonne gestion des ressources disponibles mises à sa disposition et d'informer les autorités administratives et sanitaires de la situation de son secteur d'intervention.

LA FAMILLE ET LA COMMUNAUTÉ

Les parents et responsables d'enfants sont les premiers garants du bien-être et de la bonne santé de l'enfant. L'adoption de certaines mesures préventives (lavage des mains, administration d'une alimentation équilibrée, usage de moustiquaires...), la connaissance des premiers symptômes des principales maladies responsables de la mort des jeunes enfants ou encore l'application des premiers soins à administrer avant de consulter un professionnel de santé sont autant de pratiques que doivent être connues des parents, en particulier des mères. L'homme de la famille ou la personne responsable du budget du ménage doit également garantir les ressources financières pour permettre à la mère et à l'enfant d'être pris en charge quand cela s'avère nécessaire. Dans le cadre de la prévention, les parents ou responsables d'enfants doivent les conduire dans les sites de stratégie avancée pour recevoir la vaccination par exemple.



Les agents communautaires, les matrones ou encore les leaders traditionnels doivent également participer à la mobilisation en faveur de la survie de l'enfant et de la femme et être impliqués dans les interventions des personnels de santé, afin d'assurer une meilleure coordination sur place et de mieux adapter les activités au contexte local. Les normes et procédures Maternité à moindre risque (MMR) doivent être appliquées, afin d'assurer la qualité des prestations.

LA SOCIÉTÉ CIVILE

La société civile, notamment les associations, doit mobiliser les populations et améliorer les compétences et le travail des agents communautaires. Elle doit également plaider auprès de l'administration centrale et des partenaires techniques et financiers pour accroître les ressources budgétaires de la santé et mettre en place des politiques sociales pour les plus démunis.



LES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Le système des Nations Unies a l'obligation d'accompagner l'Etat afin de lui permettre d'honorer ses engagements internationaux. Il doit soutenir l'administration de la santé, la société civile et la communauté par une assistance technique et matérielle.

Plus généralement, les droits et obligations des bailleurs de fonds et des pays en développement (PED) sont définis dans le cadre de la Déclaration de Paris (2005)²⁰⁷ : les PED doivent notamment mettre en place des stratégies opérationnelles axées sur les résultats et améliorer leur gouvernance tandis que les bailleurs de fonds doivent aligner leur aide sur les politiques et dispositifs nationaux et mieux coordonner leur action.

2.4.2.3. Analyse des capacités

L'analyse des capacités permet d'identifier les lacunes dans les compétences de chaque catégorie d'acteurs afin de mieux s'accorder sur les réponses qu'il convient d'apporter pour permettre aux obligataires de remplir leur rôle et d'assurer ainsi le droit à la survie de la mère et du nouveau-né.

L'ETAT ET SES INSTITUTIONS

Au niveau central

Les Ministères de la Santé et des Finances sont handicapés par les contraintes politiques qui pèsent sur eux. L'autorité du MINSANP, comme sa capacité à prendre des décisions, s'en trouvent fortement entravées. Même si les documents de politique stratégique sur la survie de la mère et de l'enfant, la vaccination ou encore la santé communautaire existent, leur traduction en actions concrètes demeure insuffisante et est régulièrement confrontée à l'insuffisance des moyens, notamment en ressources humaines.

Le MINSANP manque par ailleurs de ressources suffisantes pour effectuer un plaidoyer efficace en faveur de la santé. Madagascar est loin d'appliquer la déclaration d'Abuja en allouant au moins 15% du budget de l'Etat aux dépenses en santé. De 2001 à ce jour, l'allocation budgétaire du secteur de la

De 2001 à ce jour, l'allocation budgétaire du secteur de la santé n'a jamais atteint

10% du budget total de l'Etat

santé n'a jamais atteint 10% du budget total de l'Etat. Dans ce contexte, le système de santé n'a cessé de s'éroder, l'utilisation des centres de santé par les femmes et les enfants les plus vulnérables se dégrade et les inégalités d'accès aux soins de santé curatifs et préventifs augmentent invariablement.

De plus, suite à la crise sociopolitique de 2009, les capacités institutionnelles du MINSANP ont été fortement altérées par la suspension de la plupart des aides internationales. Le budget a baissé et l'élaboration des documents cadres stratégiques (PNDRH, Plan de développement sanitaire) a été suspendue. Le processus de décentralisation demande aussi à être redynamisé.

Par ailleurs, les soubresauts politiques ont eu des répercussions sur le fonctionnement des institutions. Les changements fréquents de hauts responsables (quatre ministres différents se sont succédé depuis 2009) ont entraîné des dysfonctionnements et des problèmes de continuité dans la coordination et le management des ressources humaines, à tous les niveaux.

La remontée d'information est également compromise par les dysfonctionnements existant au sein de la chaîne de communication entre les différents niveaux d'intervention, empêchant le ministère de disposer d'une vision d'ensemble de la situation. Le secteur de la santé dispose d'un Système national d'information sanitaire (SNIS) intégré de routine qui ne parvient pas à satisfaire les besoins de certains programmes de santé et les données ne sont pas suffisamment fiables pour effectuer un suivi régulier des indicateurs. L'absence d'un cadre de référence stratégique pour le renforcement du fonctionnement du système, intégrant, d'une part, la surveillance épidémiologique pour une alerte précoce et une réaction adéquate en cas d'épidémie et, d'autre part, le système de suivi et d'évaluation des programmes, constitue le principal obstacle. Il est également constaté que les personnels qui collectent les données (Rapport mensuel d'activité, résultats d'enquêtes ponctuelles ...) n'analysent pas les informations qui en découlent et ne les utilisent pas assez pour prendre des décisions d'action à leurs niveaux respectifs. Des responsables de suivi-évaluation existent à tous les niveaux du système mais ne collaborent pas toujours assez à la collecte, l'utilisation et la diffusion des informations.

La coordination du secteur santé de manière élargie, y compris les activités communautaires dans les régions et districts, reste un grand défi pour le MINSANP. Cette coordination doit d'abord être renforcée au sein même du ministère concernant par exemple les ressources humaines, ou le suivi et évaluation des activités et des programmes.

²⁰⁷ www.oecd.org/dataoecd/53/38/34579826.pdf

Le suivi budgétaire a mis en exergue un faible taux d'exécution et un système d'audit et de contrôle peu efficace, voire non opérationnel à tous les niveaux du système. Cette situation favorise le laisser-aller dans la gestion financière. L'absence de monitoring au niveau du FANOME permet le détournement de fonds et le vol.

De par ses engagements internationaux, l'Etat est le premier garant de la réalisation du droit à la survie pour tous, sans distinction de milieu ou de richesse. Par l'intermédiaire de son Ministère des Finances, il doit affecter les fonds nécessaires à la mise en œuvre des plans d'actions du MINSANP notamment en direction des catégories les plus pauvres et vulnérables de la population. Toutefois, certaines considérations politiques créent souvent des interférences et rien n'a pu être mis en place de façon efficace pour mettre en place les politiques sociales nécessaires.

Au niveau déconcentré

Les déficits de capacités dont souffrent entre les districts et les régions (SDSP, DRSP) sont semblables. Le manque de supervision par la hiérarchie vient compromettre la motivation du personnel.

Le rôle de coordinateur qu'occupe la DRSP est compromis par l'absence de directives et d'orientations claires sur les rôles et obligations de chaque organe décentralisé. Par ailleurs, la DRSP ne joue qu'un rôle d'intermédiaire financier par où transite l'argent destiné aux SDSP et aux ONG intervenant directement sur le terrain.

En ce qui concerne l'autorité, la capacité de leadership au niveau du district reste limitée à la personne du médecin inspecteur. Le SDSP est souvent impuissant face aux décisions d'affectation des agents de santé venant de la hiérarchie. Les interférences politiques au niveau régional peuvent également entraver l'autorité des directions régionales et décrédibiliser leurs actions en court-circuitant le système et en passant directement vers les services du district.

Au niveau district comme régional, l'insuffisance de capacités humaines qualifiées, de ressources financières et de moyens matériels ne permet pas aux SDSP et aux DRSP de remplir pleinement leur rôle. Par ailleurs, le manque d'échanges empêche la remontée d'informations qui permettrait de bien planifier les actions sur le terrain et de mener des revues régionales périodiques. Par manque de formation et d'orientations claires, le personnel n'est généralement pas en mesure d'analyser les données disponibles et susceptibles de faciliter la prise de décision. Enfin, les supports techniques et de communication ne permettent pas de remplir la mission de sensibilisation et d'information auprès des personnels de santé et des chefs de CSB.

Au niveau des prestataires de soins

Les lacunes de capacités observées sur le terrain sont sensiblement les mêmes pour les agents de santé (AS) et les chefs de CSB.

Ces prestataires sont souvent surchargés de travail du fait des problèmes de recrutement et de déploiement des ressources humaines disponibles. Nombre d'entre eux connaissent une certaine démotivation causée par le manque de reconnaissance et de considération de leurs fonctions. Ce manque de considération se caractérise souvent par une insuffisance de suivi et de supervision par les structures responsables au niveau du district, amenant inévitablement à un manque de coordination entre les différentes structures du secteur au niveau local.



Bien souvent, les chefs de CSB manquent de moyens matériels, financiers et humains pour assurer convenablement leurs fonctions. Sites non fonctionnels, rupture de stocks ou insuffisance d'intrants, absence d'outils de gestion et de collecte de données ne leur permettent pas d'assurer le continuum des soins.

Ayant des contacts assez restreints avec leur hiérarchie, ils ont souvent peu de retours ou de directives pour les guider dans leur travail et sont rarement en mesure de peser dans la prise de décision. L'enclavement des zones d'intervention et le manque de moyens de communication disponibles en sont en partie les causes.

En termes d'autorité, le chef de CSB connaît parfois des difficultés à mobiliser les structures communautaires chargées d'activités intersectorielles liées à la santé et susceptibles de les aider à identifier des sites prioritaires. La collaboration avec les autorités locales (COSAN de fokontany et de commune) pour effectuer la sensibilisation et la promotion des actions de prévention auprès des populations bénéficiaires n'est pas toujours évidente, soit parce que la communication et la coordination des activités s'avère difficile pour des raisons de communication, soit parce que les COSAN ne sont pas



opérationnels. Les supports de sensibilisation (IEC/CCC) sont généralement insuffisants et les canaux de communication existants très faibles. La non existence d'un réseau social actif au niveau local et œuvrant en faveur de la santé représente également un frein à la mise en œuvre des stratégies avancées. Les directives provenant de la hiérarchie sans tenir compte de l'avis des prestataires locaux viennent parfois perturber la réalisation des activités micro-planifiées. Leur marge de manœuvre peut également être entravée par le manque de personnel, de matériels ou encore d'intrants, faute de ressources suffisantes et disponibles au niveau du CSB.

La plupart des personnels de santé ne sont pas conscients de leurs responsabilités et ne se sentent pas obligatoires vis-à-vis des femmes enceintes qui les consultent. Par ailleurs, ils méconnaissent souvent le code de déontologie des fonctionnaires de l'Etat et ne disposent pas toujours de l'ensemble des compétences requises (planification, gestion, connaissances techniques...) pour exercer leur métier.

Il arrive également que les chefs de CSB ignorent l'existence de subventions communales mises à disposition pour améliorer les conditions de travail au sein de leur structure.

AU NIVEAU DE LA FAMILLE ET DE LA COMMUNAUTÉ

Les parents et chefs de famille ne remplissent pas toujours leurs obligations envers les mères et les enfants. Ils peuvent ne pas avoir conscience des risques et dangers qu'ils prennent en ne procurant pas tous les soins nécessaires à la femme enceinte et à l'enfant. L'attachement à la tradition et le recours aux guérisseurs traditionnels peut, par exemple, expliquer que des parents n'emmèneront pas leur enfant sur un site de stratégie avancée pour bénéficier des vaccinations. Dans l'esprit collectif, le « destin » est souvent lié aux croyances ancestrales et à la volonté des esprits.

Dans d'autres cas, la mère ne sera pas en mesure de se rendre au CSB si le mari ne donne pas son accord. Les questions d'autorité et de prise de décision sont donc déterminantes. Le chef de famille a souvent le dernier mot, notamment quand le budget familial est impacté. Par manque de moyens, il peut considérer que la priorité est ailleurs.

Enfin, certaines familles peuvent ne pas être convaincues par les avantages de la CPN, de l'assistance à l'accouchement, de la vaccination, etc. L'impact du travail des agents de santé et des chefs de CSB dépend aussi, en grande partie, de la volonté ou non des femmes enceintes d'accoucher au sein d'une structure adéquate. L'extension de la PCIME ainsi que les activités de sensibilisation sont

donc essentielles. L'exemple des résultats obtenus par la Politique nationale de santé communautaire le prouve. Malgré une évolution encourageante, les actions de communication et de sensibilisation sont encore trop faibles et la participation communautaire est insuffisante. Le manque de coordination et la faible capitalisation des bonnes pratiques freinent la demande de services. Les stratégies de communication pour le changement de comportement sont insuffisamment formulées et de façon non intégrées.

AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

La société civile à Madagascar est très faible. Les capacités des associations en termes de plaidoyer et de défense des droits humains, notamment à la santé, sont faibles.

AU NIVEAU DES PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANCIERS

Les partenaires techniques et financiers sont nombreux à s'être détournés du système étatique, notamment pour des raisons politiques. Le montant de l'aide extérieure en faveur de la santé a augmenté depuis 2008 (voir la partie Contexte) mais est en grande partie passée hors du champ de l'administration centrale pour être déployée au niveau déconcentré, via des ONG. Ces interventions parallèles ont perturbé le système officiel²⁰⁸.

Or, même si la plupart des bailleurs de fonds ont suspendu leurs relations avec les ministères, des liens sur le plan technique persistent. De plus, le budget du MINSANP accuse encore une certaine dépendance au financement extérieur : par exemple en 2011, les sources extérieures (subventions et emprunts) ont représenté 43% du budget de la santé²⁰⁹.

De plus, depuis 2010, Madagascar est récipiendaire du Global Fund Round 9 à travers la National Strategy Application (NSA), pour combler le gap de financement du Plan stratégique national de lutte contre le paludisme en vue de son élimination. Grâce aux fonds NSA, plus de 34 000 agents communautaires, soit davantage que les 29 700 prévus, ont été formés par le gouvernement et ses partenaires à la prise en charge des trois maladies tueuses de l'enfant (paludisme, pneumonie et diarrhée) et aux méthodes de gestion

En 2011, les sources extérieures (subventions et emprunts) ont représenté

43% du budget de la santé

²⁰⁸ Rapport de la coopération au développement 2012, Secrétariat technique et permanent à la coordination de l'aide, 2013.

²⁰⁹ Suivi budgétaire 4^e trimestre 2011, Direction des Etudes et de la Planification, Ministère de la Santé Publique, 2011.

et de planification. Cependant, le Fonds mondial n'a pas financé les intrants nécessaires, ce qui a affecté l'efficacité du programme.

2.4.2.4. Recommandations

De l'analyse précédente découle une série de recommandations qui peuvent contribuer à relever ce défi :

En amont

Soutenir le gouvernement, en coordination avec les partenaires, pour :

- Effectuer rapidement une analyse de la situation du système de santé en priorisant les interventions au niveau communautaire, en vue de préparer la mise à jour du plan de développement du secteur santé (PDSS 2015-2019) ;
- Apporter et coordonner l'assistance technique nécessaire en vue de rédiger des documents d'orientation stratégique et politique, notamment le protocole de traitement des maladies tueuses des enfants ;
- Mobiliser des ressources et renforcer le plaidoyer pour une distribution et une utilisation rationnelle des fonds du gouvernement et des ressources provenant des différentes alliances globales (GAVI, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme).

En aval

Renforcer le système de santé dans ses différentes composantes:

- Renforcer les ressources humaines du système de santé publique à travers le recrutement et l'installation de médecins et personnels paramédicaux en nombre suffisant pour assurer que les centres de santé soient ouverts et fonctionnels ;
- Améliorer le lien entre le système de santé publique et les activités au niveau de la communauté ;
- Assurer la fonctionnalité de la chaîne d'approvisionnement SALAMA pour l'achat et l'approvisionnement des intrants de santé au niveau institutionnel et au niveau communautaire ;
- Entretenir les infrastructures existantes ;
- Renforcer le système d'information en privilégiant le suivi au troisième niveau et mettre en place des actions innovantes qui fourniront des données en temps réel pour une meilleure gestion ;
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de changement de comportements pour aider le système de santé à soutenir un processus fondé sur des principes d'inclusion et de participation basés sur les droits humains.

INTERVENTIONS CLÉS D'IMPORTANCE VITALE À PORTER À L'ÉCHELLE

Santé maternelle : garantir quatre consultations prénatales à toutes les femmes enceintes, l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié et des soins post-natals.

Santé néonatale : garantir la réanimation néonatale en cas d'urgence néonatale, l'utilisation de la Chlorhexidine pour prévenir l'infection ombilicale, des consultations postnatales 48 heures après la naissance dans les centres de santé ou à domicile pour assurer les soins du nouveau-né, en partenariat avec l'UNFPA.

Santé de l'enfant : profiter des ressources disponibles des programmes de lutte contre le paludisme et renforcer la prise en charge intégrée de la maladie au niveau communautaire (PECIMEC) à travers la formation intégrée des agents de santé communautaire pour la gestion communautaire des trois maladies tueuses (IRA, Diarrhée, paludisme) et pour la fourniture de médicaments et intrants essentiels aux agents de santé communautaires. Renforcer les capacités prestataires de santé au niveau des CSB pour une gestion intégrée de la santé néonatale et de l'enfant afin de garantir le continuum des soins.

Maintenir la prévention contre le paludisme : poursuivre et coordonner avec les partenaires la distribution de MILD à travers la campagne de couverture universelle, les services de routines (CPN, vaccination), les actions de sensibilisation ainsi que les traitements préventifs et l'utilisation des tests.

Améliorer la couverture vaccinale : appuyer la mise à l'échelle de la couverture et des services de vaccination conformément aux objectifs du Global Vaccine Action Plan (GVAP) 2012-2020 (couverture pour tous les vaccins portée à 90% au niveau national et à un minimum de 80% dans chaque district sanitaire). La prévalence de deux des maladies tueuses - IRA et diarrhée - peut être fortement réduite à travers une bonne couverture du PCV10, des vaccins à Rotavirus. Les vaccins doivent être disponibles, la chaîne du froid entretenue et fonctionnelle, et des ressources fournies aux services mobiles pour atteindre les plus familles les plus difficiles à toucher.

Gestion des connaissances : documenter les bonnes pratiques et les leçons apprises.





2.5. DROIT À L'EAU POTABLE,
À L'ASSAINISSEMENT ET À L'HYGIÈNE

2.5.1. Etat des lieux et analyse des disparités

La réalisation du droit d'accéder à l'eau potable, à des structures d'assainissement et à l'hygiène a des conséquences sur la mortalité infantile, la malnutrition chronique, l'accès à l'enseignement primaire (notamment pour les filles), l'incidence des maladies et plus largement la pauvreté.

Madagascar s'est engagé à fournir eau potable, assainissement et hygiène à toutes les femmes et à tous les enfants du pays notamment en signant les textes suivants :

- Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), article 24 (2) (c et e) ;
- Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), article 14 (2) (h) ;
- Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), articles 27 (1) (a et b) et 28 (2) (a) ;
- Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, articles 14 © et 14 (2) (h) ;
- Déclaration du Millénaire (OMD 7 c).

Les droits à l'eau et à l'assainissement ont aussi été reconnus comme des droits humains à part entière par la résolution A/RES/64/292 de l'Assemblée générale des Nations Unies de juillet 2010.

Le droit de l'enfant d'avoir accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène a été identifié par le Comité des droits de l'enfant comme étant un principe général pertinent impliquant que les Etats parties prennent les mesures appropriées afin de « protéger la vie, y compris par ... la fourniture d'eau potable » et afin de « faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur ... l'hygiène et la salubrité de l'environnement... »²¹⁰.



²¹⁰ Article 24 (2) (c et e) de la CDE.

Principales sources des données

Les données utilisées dans la présente analyse concernant l'eau et l'assainissement sont les estimations du Joint Monitoring Programme (JMP)*, qui fournit des séries comparables depuis l'année 1990 et des valeurs (obtenues par régression linéaire de plusieurs enquêtes ménages nationales) plus constantes et moins sensibles aux changements brusques que celles rapportées par une enquête à un moment donné. En ce qui concerne l'hygiène (lavage des mains avec du savon) et en l'absence de données nationales sur le sujet, la présente analyse s'est référée à l'enquête MICS** réalisée en 2012 dans quatre régions du sud de Madagascar.

Le JMP ne fournissant pas de données désagrégées par région ni selon les variables sociodémographiques, l'analyse des disparités s'est fondée sur les résultats de l'ENSOMD 2012-2013. La principale limite de l'utilisation de cette enquête consiste dans le fait que les couvertures nationales en matière d'eau et surtout d'assainissement rapportées diffèrent sensiblement des estimations du JMP : ainsi, les indicateurs régionaux et selon les variables sociodémographiques de l'ENSOMD ne sont pas comparables aux chiffres fournis par le JMP.

* Le JMP ou Programme conjoint UNICEF/OMS de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement est le mécanisme officiel des NU chargé de suivre les progrès accomplis vers la réalisation de l'OMD 7 c, 2013.

** Enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) 2012-Madagascar sud, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

2.5.1.1. Droit à l'eau potable

L'accès à l'eau constitue l'une des bases essentielles de la santé de l'enfant. Elle passe par l'amélioration de l'accès et de l'utilisation de l'eau potable par les ménages, la bonne gestion et l'entretien des systèmes d'adduction d'eau et la conservation et le traitement de l'eau depuis le point de puisage jusqu'à la consommation.

Une amélioration insuffisante du taux d'accès à l'eau potable

La Déclaration du Millénaire prévoit de réduire de moitié le pourcentage de la population privée d'accès à l'eau potable entre 1990 et 2015. Pour atteindre cette cible, Madagascar doit ainsi passer d'un taux 29%²¹¹ en 1990 à 65% fin 2015.

²¹¹ Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/OMS, 2013.

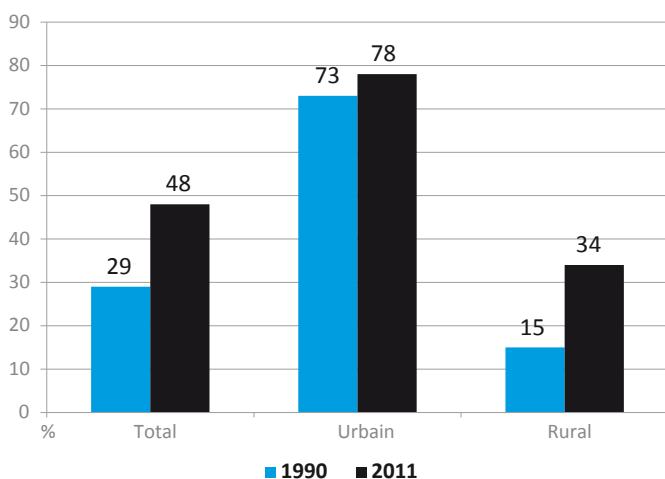


Or, selon le dernier rapport du JMP²¹², le taux national d'utilisation de l'eau potable se limite à 48% en 2011, soit à 17 point de la cible visée en 2015.

À l'échelle mondiale, Madagascar est le cinquième pays présentant les indicateurs les plus alarmants en ce qui concerne l'accès à l'eau potable, après la Somalie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Mozambique et la RDC²¹³.

De même, la Grande Ile est l'un des pays les moins privilégiés de l'Afrique subsaharienne, qui affiche un taux d'accès moyen à l'eau potable de 15 points plus élevé (63%)²¹⁴. De plus, elle présente l'un des taux d'utilisation d'eau de surface le plus élevé, à 30% contre une moyenne de 13% en Afrique subsaharienne.

Graphique 15 : Pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable (1990-2011)



Source : JMP 2013

Selon le dernier rapport du JMP²¹⁵, alors que 78% des Malgaches vivant en milieu urbain ont accès à l'eau potable, ce taux se limite à 34% en milieu rural. Et au total, 86% des personnes n'ayant pas accès à l'eau potable habitent en milieu rural.

Cependant, comme le montre le graphique ci-dessus, les progrès réalisés entre 1990 et 2011 sont dus à une hausse du taux d'accès à l'eau potable en milieu rural, alors que ce taux a stagné en milieu urbain durant toute la période.

En effet, des progrès notables ont été obtenus concernant la desserte et la distribution d'eau potable en milieu rural, grâce aux programmes mis en œuvre par les partenaires extérieurs visant la promotion des Comités de gestion des points d'eau, basés sur l'implication directe des bénéficiaires. Plusieurs types d'ouvrages ont été réalisés, comme des systèmes d'adduction d'eau gravitaire (AEPG) ou par pompage (AEP) – solutions privilégiées dans les zones où le captage de l'eau est possible – ou encore, des puits et forages équipés de pompes dans les zones où l'eau souterraine constitue la principale ressource disponible.

Néanmoins, des problèmes de gestion et d'entretien ont amoindri la fonctionnalité de ces ouvrages en milieu rural. Pour y remédier, des solutions reposant principalement sur la mise en application des recommandations du Code de l'eau concernant



la gestion déléguée des infrastructures, ont été mises en œuvre. Les résultats préliminaires d'une étude en cours sur la pérennisation des ouvrages d'eau²¹⁶ indiquent que plus du quart (27%) n'étaient pas fonctionnels le jour de la collecte des données de l'étude. En moyenne, les ouvrages ne sont fonctionnels que neuf mois par an. De plus 57% des personnes ayant accès à un système fonctionnel d'approvisionnement en eau continuent de boire de l'eau de surface.

Une autre étude, concernant les goulots d'étranglement dans le secteur de l'eau et de l'assainissement²¹⁷, a souligné que la pérennisation des infrastructures, jugée critique, devrait être considérée au même niveau de priorité que la construction de nouvelles infrastructures.

²¹² Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/OMS, 2013.

²¹³ Ibid.

²¹⁴ La Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) est une organisation qui vise à promouvoir le développement économique de l'Afrique Australe et comprend les 15 pays membres suivants : Angola, Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Swaziland, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe, Namibie, Afrique du Sud, Maurice, République démocratique du Congo, Madagascar et Seychelles.

²¹⁵ Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/OMS, 2013.

²¹⁶ Sustainability Check, Madagascar 2013, réalisé par le Ministère de l'Eau avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de Water Aid Madagascar, en cours de finalisation.

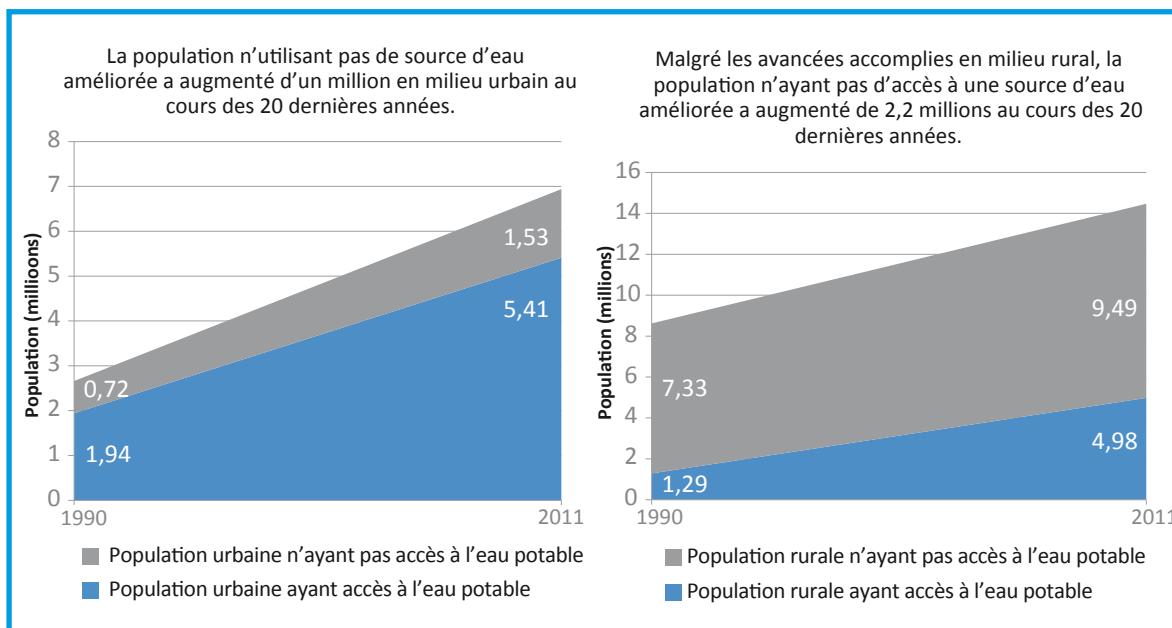
²¹⁷ Analyse des goulots d'étranglement dans le secteur Eau, assainissement et hygiène (WASH), Madagascar 2013, réalisée par le Ministère de l'Eau avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de Water Aid Madagascar.



Il faut également signaler que si les indicateurs nationaux exprimés en pourcentage de la population montrent une tendance positive, il en va différemment si l'on considère les effectifs en valeur absolue. En effet, on constate alors que le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable continue d'augmenter à Madagascar, aussi bien en milieu urbain que rural.



Graphiques 16 et 17 : Evolution de la population (en millions) ayant ou n'ayant pas accès à l'eau potable en milieu urbain et rural entre 1991 et 2011



Source : Données JMP 2013.

En ce qui concerne les modes d'approvisionnement en eau potable, ils ont fortement évolué au cours des 20 dernières années (1990-2011). Comme le montre le graphique ci-après les taux ont augmenté grâce au développement de sources d'eau améliorées autres que les branchements particuliers ou bornes fontaines, notamment les forages, les puits équipés de pompes et autres sources protégées. Quant au taux d'accès à l'eau du robinet, il est resté constant. Ainsi en 2011, 7% de la population malgache s'approvisionnait en eau potable aux bornes fontaines ou à un robinet privé ou commun à plusieurs ménages. De plus en plus de ménages avaient recours à d'autres sources d'eau améliorée comme les forages et les puits (41%)²¹⁸.



TAUX NATIONAL D'UTILISATION DE L'EAU POTABLE

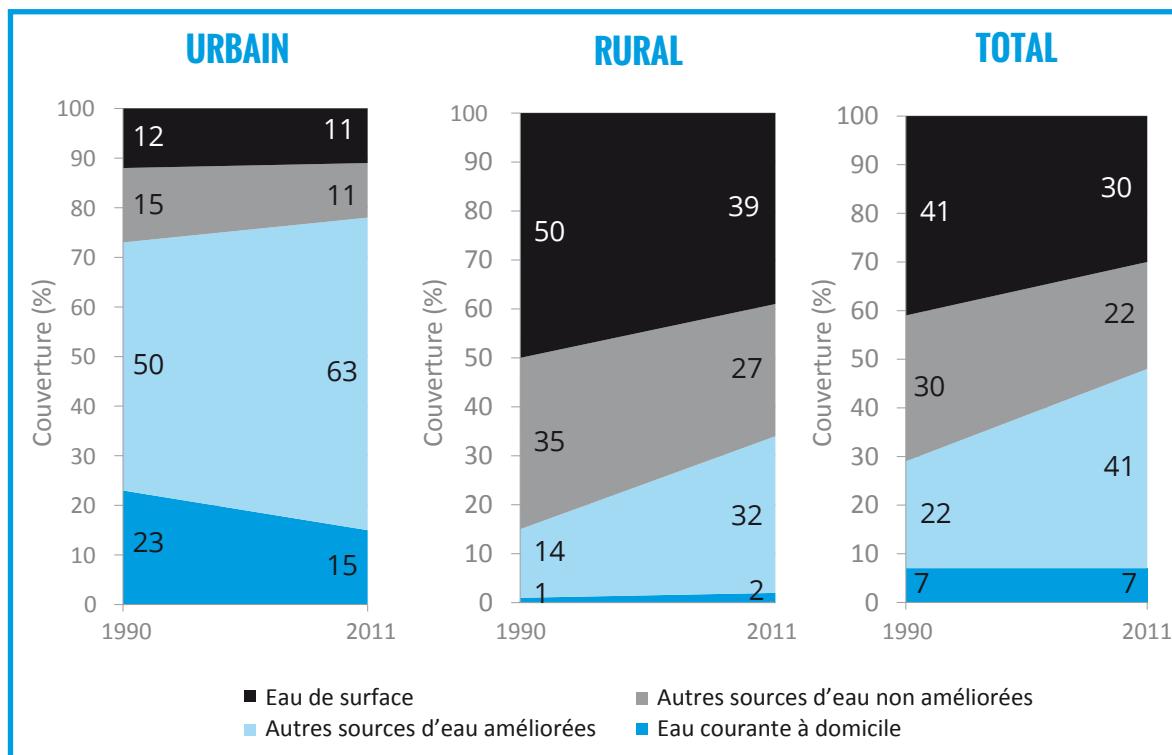


²¹⁸ Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/OMS, 2013.

Toutefois en 2011, l'utilisation d'eau provenant de sources non améliorées demeure majoritaire (52%), même si le taux de recours à l'eau de surface a diminué au cours des 20 dernières années, de 41% en 1990 à 30% en 2011. Selon l'ENSOMD, les trois quarts des ménages consommant de l'eau de sources non améliorées n'utilisent aucun moyen de traitement de l'eau.

Selon une récente étude²²¹, seulement 28% des écoles primaires publiques (EPP) disposent d'un point d'eau potable ; les enfants ruraux sont fortement défavorisés, avec un taux de 24% d'EPP équipées, par rapport à leurs camarades du milieu urbain (57% d'EPP équipées). De même, les EPP communautaires présentent un taux bas (19%) par rapport aux écoles non communautaires (31%).

Graphique 18 : Evolution des modes d'approvisionnement en eau potable (1990-2011)



Source : Données JMP 2013

Un accès à l'eau potable très inéquitable

Selon les données de l'ENSOMD²¹⁹, les disparités interrégionales en matière d'accès à l'eau potable sont très fortes en 2012. Alors que la région de la capitale (Analamanga) présente un taux élevé, d'autres régions sont très faiblement dotées en sources d'eau améliorées, notamment Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany.

De plus, l'accès à l'eau potable est fortement corrélé au niveau de richesse²²⁰. Ainsi, un ménage du quintile le plus riche a en moyenne six fois plus de chances d'accéder à des sources d'eau améliorées qu'un ménage du quintile le plus pauvre. De même, les ménages les plus riches utilisent 4,5 fois moins l'eau de surface que les plus pauvres.

Dans les écoles, la rareté des ouvrages d'eau potable nuit à la santé et au développement des enfants.

Quant aux formations sanitaires publiques du pays, seulement 58% sont équipées d'eau potable²²², contre 92% dans le secteur privé.



²¹⁹ Enquête nationale sur le suivi des OMD à Madagascar 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²²⁰ Ibid.

²²¹ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepiere en collaboration avec l'équipe de Focus Development Association, UNICEF, 2012.

²²² Evaluation de la disponibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar 2010, Ministère de la Santé publique/UNICEF/UNFPA.

2.5.1.2. Droit à l'assainissement

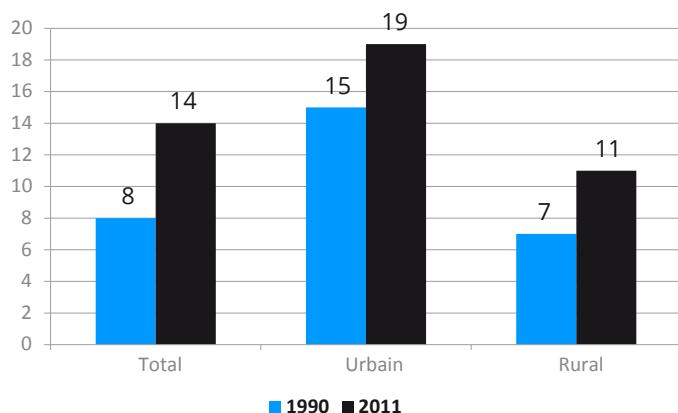
Le droit à l'assainissement garantit un environnement de vie salubre et adéquat, contribuant à l'atteinte des normes et standards de santé publique. Il passe notamment par l'accès à des installations sanitaires de qualité, un mode d'évacuation et de traitement des excréta approprié ou encore par le ramassage des ordures ménagères.

Faible croissance de l'accès à l'assainissement mais recul de la défécation à l'air libre

En signant la Déclaration du Millénaire, Madagascar s'est engagé à réduire de moitié le pourcentage de la population privée d'accès à l'assainissement de base entre 1990 et 2015, soit à faire passer l'accès à ce type de services de 8% en 1990²²³ à 54%.

Or, selon le dernier rapport du JMP²²⁴, le taux national d'accès à l'assainissement n'a connu qu'une faible croissance entre 1990 et 2011, de 8% à 14%. En milieu urbain, 19% des Malgaches ont accès à l'assainissement, contre seulement 11% en milieu rural.

Graphique 19: Evolution entre 1990 et 2011 de la population ayant accès à une installation sanitaire améliorée (%)



Source : Données JMP 2013

Au niveau mondial, Madagascar est classé à la huitième place des pays les moins performants en termes d'assainissement amélioré, après le Niger, la Tanzanie, la Sierra Leone, le Togo, le Tchad, le Bénin et le Ghana. Il occupe la 12ème position mondiale pour le nombre de personnes (8,4 millions) pratiquant la défécation à l'air libre. Par ailleurs, en Afrique, le pays se situe au 18ème rang des pays ayant les taux les plus élevés de défécation à l'air libre²²⁵.

²²³ Source : JMP.

²²⁴ Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/DMS, 2013.

²²⁵ Base de données en ligne du JMP, www.wssinfo.org

La défécation à l'air libre, le non traitement des effluents avant rejet dans le milieu naturel et le manque d'hygiène sont autant de facteurs favorisant l'apparition des maladies diarrhéiques avec pour conséquences la malnutrition chronique, l'absentéisme scolaire, l'augmentation des dépenses de santé, la morbidité et mortalité infantile ainsi que les pertes de journées de travail. Selon WSP²²⁶, le mauvais assainissement coûterait 1% du PIB à Madagascar en 2011.

De 8% à 14%

Le taux national d'accès à l'assainissement n'a connu qu'une faible croissance entre 1990 et 2011

ACCÈS À L'ASSAINISSEMENT



Milieu urbain

19%



Milieu rural

11%



8,4 millions



Madagascar occupe la 12ème position mondiale pour le nombre de personnes pratiquant la défécation à l'air libre

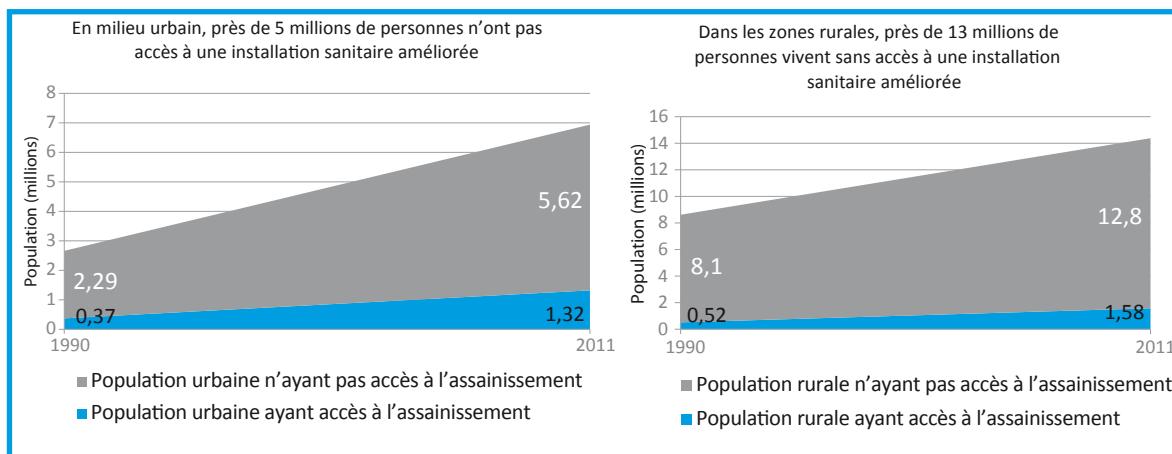
²²⁶ Impacts économiques d'un mauvais assainissement en Afrique - Madagascar, Water and Sanitation Program, Banque mondiale, 2012.



A Madagascar, le nombre de personnes n'ayant pas accès à un système d'assainissement amélioré²²⁷ a fortement augmenté au cours des 20 dernières années, de 10,3 millions en 1990 à 18,4 millions en 2011²²⁸.

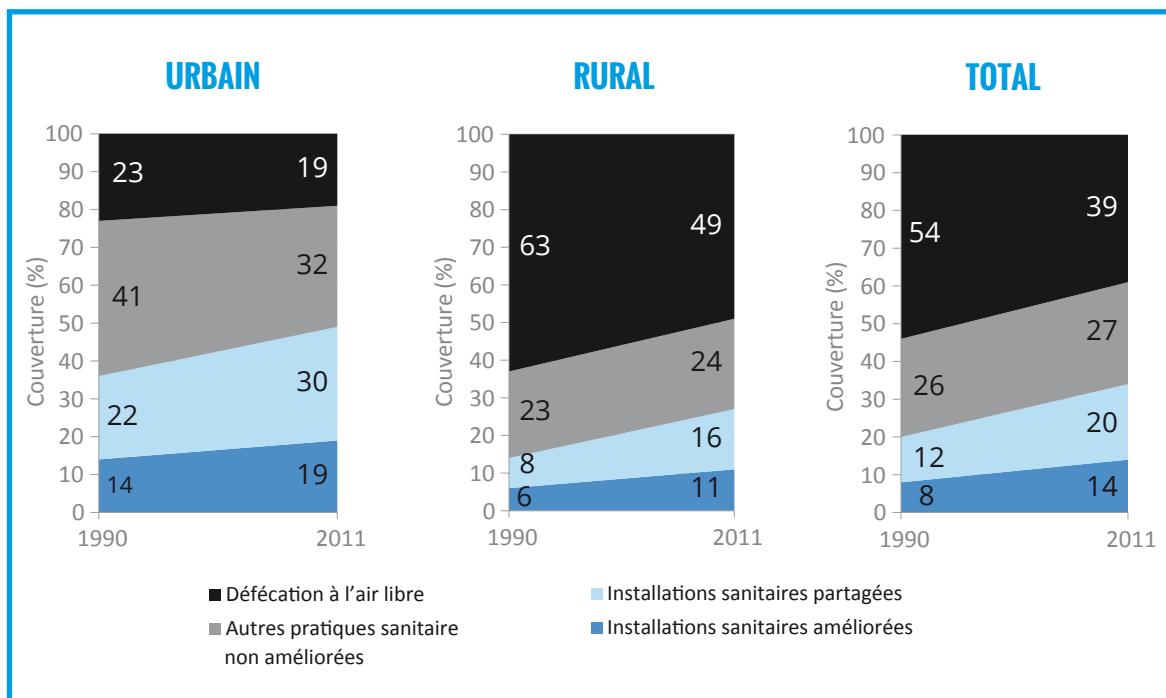
Au total, 69% de la population privée d'accès à un système d'assainissement amélioré habitent dans les zones rurales, de même que 84% des personnes qui pratiquent la défécation à l'air libre.

Graphiques 20 et 21 : Evolution de la population (en millions) ayant et n'ayant pas accès à l'assainissement en milieu urbain et rural entre 1991 et 2011



Source : Données JMP 2013.

Graphique 22 : Evolution des modes d'évacuation des excréments (1990-2011)



Source : Données JMP 2013.

²²⁷ Les infrastructures améliorées sont, soit les installations connectées à un système d'égouts, à une fosse septique, à des latrines ou à d'autres systèmes d'évacuation quelconque, soit des fosses ou latrines améliorées auto aérées ou avec dalle lavable.

²²⁸ Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, mise à jour 2013, programme de suivi conjoint UNICEF/OMS, 2013.



Selon le dernier rapport du JMP (2013), 81% de la population urbaine utilisaient des latrines tous types confondus mais seulement 19% avaient recours à des latrines de type amélioré. En milieu rural, la situation est bien plus préoccupante puisque moins de 51% de la population utilisaient des latrines tous types confondus et seulement 11% des latrines de type amélioré.

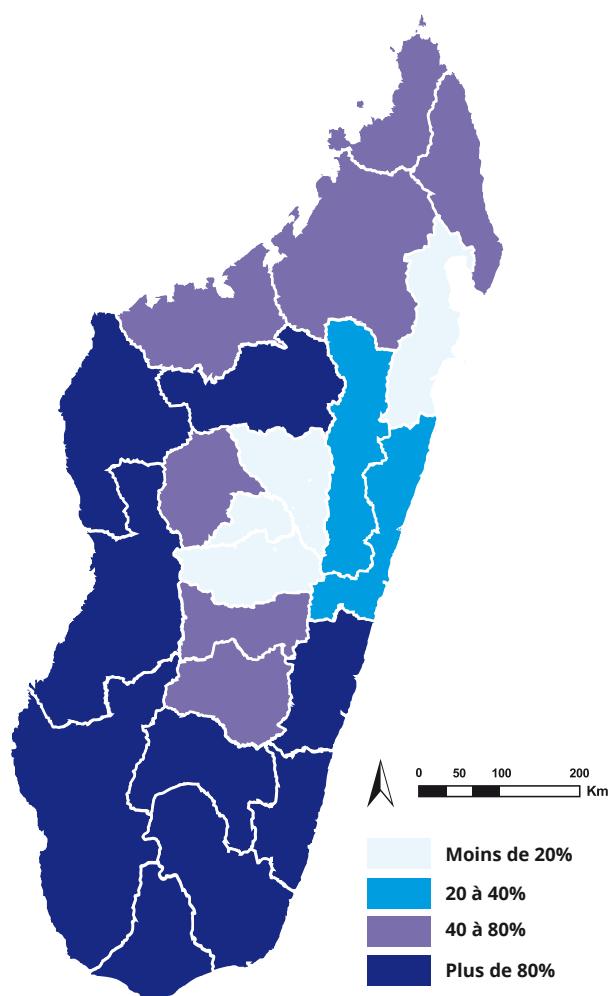
Dans les écoles, seulement 18% des élèves des écoles primaires publiques (EPP) disposent de latrines fonctionnelles au niveau national et les disparités entre milieu rural (13%) et urbain (47%) sont très fortes. De même, les élèves des écoles communautaires sont défavorisés (12%) par rapport à ceux des écoles non communautaires (22%)²²⁹.

La situation est encore plus alarmante concernant les toilettes séparées pour les filles : seulement 10% des écoles en disposent au niveau national, 6% en milieu rural et 33% en milieu urbain. Les écoles communautaires ne disposent pas du tout de toilettes séparées pour les filles. Outre les conséquences en matière de santé, ce manque d'hygiène et d'intimité contribue à l'absentéisme scolaire des filles et à l'occurrence des violences sexuelles²³⁰.

En ce qui concerne la totalité des formations sanitaires publiques et privées du pays, 93% sont équipées de latrines²³¹, et ce taux baisse à 83% dans les CSB1.

Au niveau régional, les taux de défécation à l'air libre sont très variables et dépassent 80% dans neuf régions. Ils sont proches de 90% dans quatre régions : Atsimo Antsinanana, Menabe et Melaky et Androy. Seule la région d'Analamanga présente un taux inférieur à 10%.

Carte 10 : Pourcentage de la population pratiquant la défécation à l'air libre par région en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT

La pratique de la défécation à l'air libre est également fortement corrélée au niveau de vie du ménage et au niveau d'instruction du chef de ménage²³².

Au niveau national, elle est pratiquée quatre fois plus souvent dans les ménages les plus pauvres que dans les ménages les plus riches. Le niveau d'instruction du chef de ménage est encore plus influent : la défécation à l'air libre concerne huit fois moins les ménages dont le chef a un niveau universitaire que celle qui sont dirigées par un chef de famille sans instruction.

Un étude en cours sur la pérennité des pratiques en matière d'assainissement montre que dans les villages

 **18%** des élèves des écoles primaires publiques (EPP) disposent de latrines fonctionnelles

 **39%** de la population pratique encore la défécation à l'air libre

Près de 13 millions de personnes en zone rurale n'ont pas accès à une installation sanitaire améliorée

²²⁹ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepiere en collaboration avec l'équipe de Focus Development Association, UNICEF, 2012.

²³⁰ Ibid.

²³¹ Evaluation de la disponibilité des intrants essentiels pour les enfants et les femmes à Madagascar 2010, Ministère de la Santé publique/UNICEF/UNFPA.

²³² Enquête nationale sur le suivi des OMD à Madagascar 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.



ayant bénéficié d'une sensibilisation à l'amélioration des comportements, seulement 25% de la population ne pratiquent plus la défécation à l'air libre (DAL) et que dans les villages qui ont obtenu le statut « sans DAL », seulement 43% de la population maintient ce statut sur le long terme²³³.

2.5.1.3. Droit à l'hygiène

Le droit à l'hygiène est étroitement lié aux droits à l'eau potable et à l'assainissement. Garanties de la santé, les bonnes pratiques d'hygiène concernent aussi bien l'usage effectif des latrines que le lavage des mains au savon ou avec des cendres et les méthodes de conservation de la potabilité de l'eau.

Dans l'ensemble, les faibles taux d'hygiène, d'accès à l'assainissement et à l'eau potable ont des répercussions significatives sur la santé publique. Ils alimentent la propagation des maladies tueuses d'enfants comme les diarrhées, la dysenterie, la galle, le choléra, la bilharziose ou encore la pneumonie, notamment au sein des populations les plus vulnérables - le plus souvent rurales. En 2009, au niveau mondial, on estimait que 88% des cas d'affections diarrhéiques étaient directement liées à l'insalubrité de l'eau, à un assainissement insuffisant et à un manque d'hygiène²³⁴. En outre, on dispose de plus en plus de preuves sur l'impact direct du manque d'hygiène sur la malnutrition chronique infantile, dont la prévalence est importante à Madagascar (47%).

Des pratiques d'hygiène à améliorer

Il est aujourd'hui reconnu que des pratiques simples, comme le lavage des mains au savon, peuvent réduire la morbidité infantile de plus de 44% ainsi que la transmission de maladies respiratoires et les infections de la peau et des yeux.

A Madagascar, les données sur les pratiques d'hygiène sont très rares. En 2011, une enquête MICS partielle, intégrant des questions sur le comportement des ménages en matière de lavage des mains avec du savon, a été réalisée dans quatre régions vulnérables du sud de Madagascar²³⁵. Elle n'est donc pas représentative de la situation au niveau national.

Les résultats de cette enquête montrent qu'en moyenne, dans 82% des ménages, un endroit réservé au lavage des mains a été observé. En revanche, huit

ménages sur dix n'ont ni eau ni savon à l'endroit indiqué. L'eau et le savon ne sont tous les deux disponibles que dans 5% des cas.

En ce qui concerne l'évacuation des matières fécales des enfants âgés de 0 à 2 ans, il est très courant de les laisser à l'air libre (72% des enfants). Le pourcentage d'enfants dont les matières fécales ont été évacuées correctement est très faible (3%).

Les comportements sur ce point sont fortement dépendants du milieu de résidence et des variables sociodémographiques. Ils sont presque systématiquement défavorables en milieu rural, lorsque le ménage est pauvre et si le chef de ménage est sans instruction.

2.5.2. Principal défi : accélérer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et aux bonnes pratiques d'hygiène

Le principal défi du secteur est la généralisation de l'accès à l'eau potable et la réduction - puis l'élimination à plus long terme - de la pratique de la défécation à l'air libre (DAL). S'il était relevé, il permettrait notamment de contrer la propagation de maladies d'origine hydrique et oralo-fécales ainsi que d'améliorer de façon notable la réalisation des droits à la survie et à la santé des enfants, très vulnérables aux maladies diarrhéiques. Rappelons que selon le Ministère de la Santé publique, les diarrhées constituent la seconde cause de mortalité infantile, devant le paludisme.

Les principaux déterminants expliquant la persistance des pratiques non appropriées dans le domaine du WASH ont été identifiés dans le cadre d'une analyse des goulots d'étranglement réalisée par le Ministère de l'Eau avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de Water Aid en novembre 2013. Les principales conclusions de ce document ont été reprises dans l'analyse causale présentée ci-dessous.

2.5.2.1. Analyse des causes

➔ CAUSES IMMÉDIATES

Les causes immédiates de l'accès insuffisant et de la faible utilisation de l'eau potable et de l'assainissement sont à la fois liées à l'offre et à la demande des ménages. Les contraintes liées à la demande concernent par exemple les difficultés d'accès aux points d'eau potable et le prix élevé de l'eau. Les principales contraintes liées à l'offre de services de distribution d'eau potable sont la faible couverture par manque d'infrastructures et la faible fonctionnalité des ouvrages.

Les causes immédiates des pratiques persistantes de DAL à Madagascar sont l'habitude de déféquer à

²³³ Sustainability Check, Madagascar 2013, réalisé par le Ministère de l'Eau avec l'appui technique et financier de l'UNICEF et de Water Aid Madagascar, en cours de finalisation.

²³⁴ Diarrhea : Why Children Are Still Dying and What Can Be Done, OMS-UNICEF, octobre 2009.

²³⁵ Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2012 - Madagascar sud, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013. Ce type d'enquête utilise des indicateurs « proxy » qui déterminent si les pratiques sont « sur le point de se produire » à travers la disponibilité d'un lieu désigné pour se laver les mains et la disponibilité du savon.

l'air libre, l'absence de latrines sur les lieux de vie des ménages et dans les écoles ainsi que la non utilisation de ces installations sanitaires en cas de disponibilité.

Quant aux causes immédiates des mauvaises pratiques d'hygiène, elles sont liées à la faible disponibilité de l'eau et du savon dans les ménages ainsi qu'aux mauvaises conditions de conservation de la potabilité de l'eau dans les familles.

➔ CAUSES SOUS-JACENTES

La faible accessibilité financière de l'eau et de l'assainissement : selon les estimations, seulement la moitié de la population peut s'acquitter de ses factures d'eau alors que la tranche de la population la moins aisée a tout juste les moyens de se procurer de l'eau aux bornes fontaines. Le coût d'un branchement particulier constitue un frein très fort puisqu'il équivaut à plus de deux fois le revenu mensuel d'un ménage au revenu médian. Selon une étude CAP²³⁶ de 2004, réalisée dans deux grandes villes du pays, le manque de moyens financiers est aussi le principal facteur dissuadant les ménages de s'équiper d'installations sanitaires améliorées (pour 41% des ménages à Antananarivo et 21% à Tuléar). Selon la technique et les matériaux utilisés, le coût moyen d'une latrine familiale varie de 40 000 à 3 000 000 Ar, sans compter le prix de terrain.

La faible accessibilité physique des infrastructures : les infrastructures d'adduction d'eau sont inégalement réparties sur le territoire. En milieu urbain, l'expansion non contrôlée du tissu urbain et les problèmes fonciers nuisent à l'équipement de certains quartiers, notamment habités par les populations les plus vulnérables. En milieu rural, l'enclavement de certains districts et villages, la dispersion des établissements humains et la faible densité de population renchérissent les coûts d'installation des infrastructures de façon considérable. Une autre cause



²³⁶ Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les provinces d'Antananarivo et de Toliary, Institut national de la Statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2004

majeure qui limite l'accessibilité de l'eau potable et de l'assainissement est le taux très bas de pérennisation des ouvrages d'eau et des infrastructures sanitaires. Ce problème est lié au manque de capacités de maintenance, à la vétusté des infrastructures dans certaines villes, aux catastrophes naturelles ou encore, à la nature rudimentaire des latrines des ménages.

Les pratiques néfastes : à Madagascar, les usages font que certains membres de la famille n'utilisent jamais de latrines, même si elles sont disponibles, notamment les enfants de moins de 5 ans. En 2012, les excréta de 43% des enfants de moins de 5 ans sont ainsi jetés à l'air libre. En milieu rural, seulement 33% des mères assurent une gestion appropriée des excréta de leurs enfants de moins de 5 ans²³⁷. Par ailleurs, les adultes sont également très nombreux à déféquer à l'air libre. Les pratiques d'hygiène sont aussi défaillantes : le lavage des mains avec du savon n'est pas répandu.

Les excréta de 43%
des enfants de moins de
5 ans sont jetés à l'air libre.

Le manque de connaissances des populations concernant l'impact sur la santé des pratiques non appropriées dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène : selon l'étude CAP déjà mentionnée²³⁸, l'hygiène est un « concept flou » pour les populations semi-urbaines et rurales tandis que les pratiques d'hygiène en tant que moyens de prévention contre la maladie sont méconnues.

La qualité de l'eau : dans les régions d'Atsinanana, Alaotra Mangoro, Atsimo Atsinanana par exemple, on utilise beaucoup de forages ou de puits munis de pompes à motricité humaine qui donnent souvent des eaux à forte teneur en fer et manganèse. Dans les régions de Menabe et d'Atsimo Andrefana, l'eau est souvent très minéralisée.

➔ CAUSES STRUCTURELLES

La faible priorisation institutionnelle du secteur : le secteur n'est pas priorisé dans les politiques de lutte contre la pauvreté, en particulier en ce qui concerne l'assainissement et l'hygiène. Dans ce contexte, la faiblesse des mécanismes de coordination ne permet pas de remédier aux problèmes ni de générer les bénéfices d'une approche sectorielle qui permettrait

²³⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD à Madagascar 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²³⁸ Connaissances, attitudes et pratiques en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans les provinces d'Antananarivo et de Toliary, Rapport d'Analyse, Institut national de la Statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2004.



de planifier les interventions et d'harmoniser les ressources techniques et financières des bailleurs de fonds et du gouvernement. De plus, certains documents de pilotage stratégique font défaut comme une politique claire en matière de pérennisation. Il n'existe pas non plus de stratégie nationale d'assainissement urbain – seule la capitale et cinq chefs-lieux de régions disposent d'un Plan stratégique dans ce domaine.

Le sous-financement du secteur : Madagascar est loin d'atteindre les OMD dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, ce qui demanderait une très forte augmentation des dépenses en faveur du développement de ce secteur. Or, la budgétisation de ressources est de plus en plus critique, ne couvrant qu'un quart des besoins et ne permettant pas d'envisager le passage à l'échelle des interventions. A l'intérieur du secteur, la situation est particulièrement critique pour l'assainissement et l'hygiène puisque l'enveloppe réservée à ces secteurs est très faible au niveau du budget du Ministère de l'Eau, alors que les autres départements ministériels concernés ne disposent pas de programmes clairs d'intervention dans ce domaine.

Durant les trois années passées, le budget du Ministère de l'Eau n'a pas cessé de régresser, de 2,77 % du budget de l'Etat en 2010 à 1,33% en 2012. De 2000 à 2008, la plupart (62%) du budget total du secteur (budget propre et aide extérieure) est venu de financements extérieurs²³⁹. L'appui des partenaires techniques et financiers (PNUD, Banque Mondiale, BAD, UNICEF, UE, USAID ...) s'est accentué ces dix dernières années en se focalisant sur la mise en place de cadres stratégiques et structurels et la réalisation d'infrastructures d'eau potable et d'assainissement. Par ailleurs, la capacité d'absorption du secteur reste faible. Les taux de décaissement du Ministère de l'Eau sont très faibles et les capacités de mise en œuvre sont largement insuffisantes²⁴⁰.

La gestion du secteur : les outils de planification, de suivi et d'évaluation sont de création récente et ne sont pas fonctionnels au niveau décentralisé. La programmation s'appuyant sur des données probantes n'est pas prise en compte pour une approche basée sur l'équité. Par ailleurs, les interventions visant la maintenance et la gestion des infrastructures ne sont pas prioritaires. De plus, la centralisation administrative persistante, les capacités limitées de contrôle des administrations compétentes, les capacités techniques et de gestion limitées des opérateurs et le manque de transparence et de redevabilité²⁴¹ limitent fortement les progrès et la confiance des bailleurs de fonds.

Le faible avancement du processus de décentralisation : la faible effectivité de la décentralisation relative à la délégation de gestion de service public sème le flou sur la répartition des compétences et des responsabilités de chaque entité au niveau décentralisé, tandis que les régions, les districts et les communes n'ont pas les capacités de gérer le développement du secteur sur le terrain.

Le faible développement du secteur privé : le marché est perçu comme peu porteur par les opérateurs privés. De plus, la chaîne d'approvisionnement n'est pas bonne et il n'existe aucun mécanisme assurant la défense des intérêts du secteur privé pour faire face à d'éventuelles défaillances de la SOREA²⁴² ou encore à des cas d'abus des collectivités (rupture de contrat...). Dans de nombreux cas, le secteur privé n'a pas les capacités suffisantes de répondre à la demande croissante des services d'eau et d'assainissement.

Le manque de stratégies visant l'habilitation de la communauté et des stratégies alternatives : le secteur souffre d'une vision technocratique qui laisse peu de place aux interventions en direction des leaders d'opinion et des communautés villageoises. Alors que la gestion communautaire des ouvrages d'eau est devenue la norme, la communauté ne bénéficie pas des appuis nécessaires qui lui permettraient d'assurer la maintenance et la bonne gestion des infrastructures. La mise en place de mécanismes de gestion alternative (affermage, petit secteur privé...) est récente et malgré des taux plus élevés de pérennisation, ces méthodes ne sont pas systématiquement adoptées par les différents acteurs. De plus, aucune campagne de masse n'est menée pour encourager le changement de comportement et le plaidoyer pour la mise en place urgente et prioritaire d'une réponse adaptée à l'intensité des problèmes liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène.

Les normes sociales : le droit coutumier occupe une place très importante dans la régulation des relations sociales à Madagascar et les communautés villageoises sont souvent réticentes au changement. Dans certaines régions, ces résistances sont parfois alimentées par des croyances ou des rumeurs concernant les attitudes et pratiques autorisées ou pas vis-à-vis de la gestion des excréments.

La pauvreté, le faible niveau éducatif des chefs de ménages et la récurrence des catastrophes naturelles sont d'autres causes structurelles de la persistance de mauvaises pratiques dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

²³⁹ Madagascar : vers un agenda de relance économique, Banque Mondiale, Auteur Patrice Rakotoniaina, juin 2010 / Loi de finances 2012

²⁴⁰ Country Status Overview, Water and Sanitation Programme, 2010.

²⁴¹ Par exemple, les bilans des dépenses publiques ne sont pas publiés.

²⁴² Organisme régulateur du Service public de l'eau potable et de l'assainissement.

2.5.2.2. Analyse des rôles

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Les parents sont les plus à même de prendre les mesures nécessaires pour garantir à leurs enfants l'accès à l'eau potable en quantité et qualité suffisantes, à l'assainissement et à l'hygiène. Ils peuvent encourager les enfants à y recourir et les instruire sur les risques sanitaires auxquels ils s'exposent s'ils ne le font pas. En les informant sur les dangers qu'ils courent en pratiquant la défécation à l'air libre et en s'appropriant eux-mêmes les infrastructures, ils peuvent convaincre leurs enfants des bienfaits de l'utilisation des latrines. De même, ils sont en mesure d'encourager leurs enfants et participer eux-mêmes au lavage des mains avec du savon ou des cendres aux moments critiques, à savoir : après la défécation, avant de préparer le repas, avant de manger, après avoir changé la couche d'un enfant et avant de nourrir un enfant.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

La communauté, par l'intermédiaire de ses représentants, est en mesure d'encourager les familles à utiliser des latrines et à les utiliser en mettant à leur disposition un espace communautaire à cet effet ou en facilitant les démarches foncières pour en disposer. Elle peut montrer l'exemple aux familles, leur garantir un environnement sain et respecter les textes en vigueur pour l'acquisition d'ouvrages adaptés. Financièrement, la commune détient également une responsabilité et doit contribuer au coût de la maintenance des ouvrages sanitaires communaux. Le chef traditionnel, quant à lui, a l'influence nécessaire pour participer à la sensibilisation des familles sur les conséquences néfastes de la consommation d'eau non potable et d'une mauvaise hygiène, quitte à lever si besoin certains tabous relatifs à la gestion des excréta. Les agents communautaires peuvent jouer un rôle important en vue de sensibiliser les ménages et les accompagner des familles en effectuant des visites à domicile pour voir si les méthodes enseignées sont bien mises en pratique.

AU NIVEAU RÉGIONAL

La commune doit garantir l'accès à l'eau potable et à l'assainissement aux ménages. Elle doit s'assurer que des mécanismes de financement communaux soient disponibles tout en contribuant à la maintenance des points d'eau, selon le mode de gestion établi. Les représentants communaux doivent s'assurer que l'ensemble des communautés de leur circonscription sont bien inscrites dans le Plan prioritaire régional. Ils ont également pour responsabilité de coordonner les différents intervenants sur leur territoire et de faciliter l'action des agents communautaires qu'ils ont au préalable identifiés. Les représentants locaux doivent aussi assurer la remontée des informations de la base vers les services déconcentrés (district et région).

Obligatoire vis-à-vis des communes, la Direction régionale de l'eau (DRE) et les services techniques décentralisés doivent mettre à la disposition des communes un paquet de technologies adaptées et financièrement appropriées, ainsi qu'un budget de fonctionnement. La DRE doit également s'assurer de la bonne qualité de l'eau distribuée même pendant les urgences, du respect des normes lors de la construction des ouvrages d'adduction et de l'application du Code de l'Eau. Enfin, elle doit être en mesure de jouer le « point de liaison » entre le niveau local et les instances de décision en recueillant, analysant et communiquant les informations nécessaires pour programmer des interventions répondant aux besoins prioritaires ou urgents identifiés au niveau local.

AU NIVEAU DE L'ETAT

Les obligations de l'Etat en matière d'accès à l'eau pour les enfants et leurs familles pèsent sur plusieurs départements et organismes étatiques, dont au premier chef le Ministère de l'Eau. Ce ministère a la responsabilité d'assurer l'accessibilité physique et financière de l'eau et de l'assainissement pour tous et la diffusion des bonnes pratiques d'hygiène. Pour cela, il doit définir des orientations stratégiques claires, actualiser les manuels de procédures afin de contribuer à la réalisation d'infrastructures adéquates respectueuses des normes et standards de qualité et recourir à des technologies novatrices et peu coûteuses appropriées au milieu local. Le ministère doit également donner les moyens humains et financiers nécessaires au DRE pour permettre la décentralisation du secteur dans les 22 régions du pays. Il doit mettre en place des systèmes de coordination, de supervision et de suivi/évaluation permettant le retour d'expériences et le partage d'informations pour une éventuelle extension des bonnes pratiques. Il doit enfin plaider auprès du gouvernement afin d'accroître la part des allocations budgétaires réservée au secteur dans la loi de finance.

Le gouvernement, qui s'est engagé à réaliser les OMD, a pour obligation de fournir les moyens nécessaires au Ministère de l'Eau et aux autres départements concernés pour remplir leur mission. Il doit plaider



auprès des bailleurs de fonds pour que l'accès à l'eau et à l'assainissement soit considéré comme prioritaire.

AU NIVEAU DES OPÉRATEURS

Les opérateurs sur le terrain, qui sont souvent des membres de la société civile (ONG) et plus rarement du secteur privé, doivent posséder les compétences techniques et de gestion nécessaires, être capables d'analyser les systèmes, de pouvoir et adopter des approches appropriées pour la mise en œuvre des projets au niveau communautaire. Pour assurer la réussite de leurs interventions, ils doivent impliquer les leaders traditionnels, adopter une démarche participative dès la phase de préparation du projet et développer des activités d'IEC.

AU NIVEAU DES PARTENAIRES DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Les partenaires qui appuient la mise en place d'infrastructures adaptées et le changement de comportement doivent coordonner leurs interventions, en garantir la supervision et le suivi et assurer le renforcement de capacités des acteurs locaux – gouvernementaux, communaux et communautaires.

2.5.2.3. Analyse des capacités

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Les parents n'ont pas les connaissances suffisantes sur les risques sanitaires liés à l'eau et aux maladies hydriques. Par conséquent, il leur est difficile de transmettre à leurs enfants les bonnes pratiques et de les mettre en garde contre une eau qui serait potentiellement impropre à la consommation ou les conséquences de la DAL et des mauvaises pratiques d'hygiène. Par ailleurs, les ménages les plus vulnérables qui vivent dans les zones périurbaines ou en milieu rural n'ont souvent pas la capacité financière d'acheter de l'eau ou construire des installations sanitaires.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

Les leaders communautaires n'ont eux-mêmes souvent pas les connaissances nécessaires sur les risques sanitaires liés à la consommation d'eau non potable ou à la pratique de la DAL et cette question n'est pas jugée prioritaire par l'ensemble de la collectivité. De plus, les chefs de villages, sous l'influence des leaders traditionnels, sont parfois réticents au changement. Peu exposés aux informations émanant de l'extérieur et souvent de faible niveau éducatif, ils ne sont pas conscients de l'importance du sujet. Les agents communautaires, quant à eux, peuvent voir leur motivation amoindrie par le manque de reconnaissance de leurs fonctions et par leurs conditions de travail, la collaboration avec les autorités traditionnelles n'étant pas toujours facile, car ils appartiennent à la même communauté. De

plus, les agents communautaires ne sont pas toujours bien formés ni encadrés et manquent de moyens matériels et financiers. Travaillant souvent dans des zones enclavées, ils manquent d'informations et de directives pour jouer leur rôle correctement.

AU NIVEAU DES OPÉRATEURS

Il n'existe pas de modèle de gestion contractuelle uniforme. Pour les bornes fontaines par exemple, selon les communes et les organismes d'appui aux projets, l'opérateur peut être une ONG, une association de quartier, un fontainier ou une petite entreprise locale. Il est responsable du service mais n'a pas toujours de lien contractuel clairement défini avec la commune (sauf pour la petite entreprise locale). Or, les opérateurs non gouvernementaux qui travaillent sur le terrain accusent parfois un manque de professionnalisme qui nuit à la qualité du service et de capacités à s'adapter au contexte local. De plus, l'enclavement et le manque de moyens de communication ne facilitent pas toujours les échanges avec les mandataires des projets et altèrent fortement la remontée d'information.

AU NIVEAU RÉGIONAL

L'absence de politique claire en faveur de l'accès des catégories les plus pauvres et marginalisées aux services d'eau et d'assainissement handicape fortement le développement des équipements et des points d'eau au niveau local. Les communes ne sont pas en mesure de financer ces investissements sur leurs fonds propres et ne sont pas non plus appuyées par l'Etat pour assurer la maîtrise d'ouvrage dans le cadre de la délégation de gestion prévue par la réglementation en vigueur²⁴³. En effet, l'ajournement du processus de décentralisation ne permet pas de doter les collectivités territoriales des moyens requis pour assurer la mise en place et le bon fonctionnement des services d'eau et assainissement. De plus, les communes n'ont pas les capacités d'assurer le contrôle des prestations de service des opérateurs. Quant aux élus locaux, ils ont une faible culture de redevabilité et parfois un niveau d'instruction limité, qui ne leur permet pas d'impulser un changement de comportement au sein de la collectivité.

Au niveau des DRE, les moyens qui permettraient d'assurer un suivi de qualité sont déficients. Par ailleurs, les DRE souffrent d'une insuffisance de ressources matérielles et humaines qualifiées, et de l'absence de formations techniques sur l'approche participative dans le cadre de la planification ou sur la mise en œuvre et la gestion de projets axés sur la réalisation des droits humains. Elles ont un très faible accès à la décision dans la mesure où les interventions et les opérateurs sont choisis au niveau central. Par ailleurs, en raison de l'absence de structures décentralisées du Ministère de l'Eau, le suivi de mise

²⁴³ Décret d'application 2003-193 du Code de l'Eau.



en œuvre de la politique nationale au niveau local n'est pas assuré au-delà du niveau régional, excluant souvent le district et la commune.

AU NIVEAU DE L'ETAT

Le Ministère de l'Eau a affiché la volonté de structurer le secteur dès les années 1990. Le secteur de l'eau et de l'assainissement dispose de certains atouts pour assurer son développement dont des politiques et stratégies sectorielles, un programme national (PNAEPA), un Plan d'urbanisme directeur (PUD) dans une vingtaine de centres urbains, des outils stratégiques de planification et de programmation (BPOR). En 2013, un document de stratégie nationale et un document de planification ont été mis en place pour la période 2013-2018 (Stratégie nationale de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène 2013-2018 – SNEHA et document de planification eau, assainissement et hygiène 2013-2018). Le Ministère doit également améliorer ses capacités de communication et son système de gestion des données en appui à la prise de décisions. Fortement handicapé par le contexte de crise actuel, le ministère de l'Eau et les autres parties prenantes nationales manquent de budget, de ressources humaines et de capacités techniques pour couvrir l'ensemble des besoins de la population. En général, les ministères souffrent également des changements fréquents de responsables, qui posent des problèmes de continuité des politiques et des interventions.

AU NIVEAU DES PARTENAIRES DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

La communauté des bailleurs de fonds ne priorise pas le secteur et accorde peu d'importance à certaines interventions clés, comme la maintenance et pérennisation des ouvrages ou la stimulation de la demande de services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène.

2.5.2.4. Recommandations

Les recommandations suivantes dérivent des points clés évoqués par l'analyse et concernent six grands domaines.

En amont

- Le passage à l'échelle exige une action coordonnée de toutes les parties afin élaborer un plan d'action avec un échéancier et des financements appropriés. Cette activité devrait être au cœur du processus de développement d'une approche sectorielle, sur la base des documents de stratégie existants reposant sur des expériences d'amélioration fructueuses et des résultats de l'enquête sur la durabilité des ouvrages. De plus, les politiques et les programmes devraient davantage intégrer les populations vulnérables sur la base de l'équité.
- La question de la faible décentralisation/

déconcentration devra également être abordée. Bien qu'elle dépasse largement la problématique de l'eau, assainissement et hygiène, elle est cruciale pour le secteur car elle conditionne l'appui à fournir aux communautés afin qu'elles puissent gérer la fourniture de services et la mise en place de conditions attractives pour inciter le secteur privé à s'impliquer.

- Concernant les ressources financières, les initiatives suivantes semblent nécessaires : la conduite d'un plaidoyer pour accroître le budget dès que la nouvelle équipe gouvernementale, le traitement de questions clés comme les principes des coûts dans le secteur de l'eau, assainissement et hygiène, la mise en place d'une base de données et d'un système de gestion performant, et l'accroissement du taux d'exécution budgétaire, notamment en lien avec la déconcentration.

En aval

- Une stratégie de pérennisation pour le secteur devrait être développée et adoptée par tous les acteurs. L'élaboration de cette stratégie est une priorité et pourrait se dérouler sous la conduite du Ministère de l'Eau avec l'appui des partenaires.
- Une campagne nationale de sensibilisation à l'assainissement et à l'hygiène devrait être lancée pour mettre en lumière le problème et encourager le changement de comportements, en ciblant les femmes et les enfants et en s'assurant que les problématiques de l'équité et de la pauvreté soient mises en avant. Etant donné le statut d'urgence nationale de ces questions, le lancement de cette campagne devrait être considéré comme une priorité.
- Il apparaît nécessaire de lancer une étude sur le développement des besoins et des capacités du secteur privé à Madagascar, axée sur les atouts et les faiblesses de ce secteur au niveau national et local et comportant une analyse comparative des pays où le secteur privé contribue efficacement au développement des services.





3. DROIT À L'ÉDUCATION DE L'ENFANT

3.1. Principaux engagements de l'Etat

Madagascar est signataire des principaux traités et conventions internationaux affirmant le droit au développement et à l'éducation de l'enfant, dont la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), la Convention relative aux droits des personnes handicapées²⁴⁴ (CRDPH) et la Déclaration du Millénaire.

En tant qu'Etat partie à la CDE, Madagascar reconnaît à tous les enfants le droit à l'éducation. En vertu de l'article 28 de la convention, il s'engage à rendre l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous. L'article 29 mentionne par ailleurs que l'Etat a l'obligation de « favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et aptitudes mentales et physiques ». Quant à l'article 31, il précise que l'enfant a le droit au repos, aux loisirs et à se livrer au jeu et aux activités récréatives propres à son âge.

Quant à la CEDAW, elle stipule que l'Etat doit prendre « dans tous les domaines, notamment dans les domaines politique, social, économique et culturel, toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour assurer le plein développement et le progrès des femmes, en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes... » (article 3). Ce point est particulièrement important en ce qui concerne l'éducation des filles.

En ce qui concerne les personnes handicapées, la CRDPH engage Madagascar à considérer le droit au développement comme universel et à assurer le droit des personnes handicapées à l'éducation « sans discrimination et sur la base de l'égalité des chances » en faisant en sorte que « le système éducatif pourvoie à l'insertion scolaire à tous les niveaux et offre, tout au long de la vie, des possibilités d'éducation... » (article 24).

En tant que signataire de la Déclaration du Millénaire, Madagascar s'est également engagé d'ici 2015 à (i) donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires (OMD 2) et (ii) éliminer les disparités entre les sexes à tous les niveaux d'enseignement (OMD 3).

La nouvelle Constitution de 2010 consacre le droit à l'éducation en réaffirmant l'obligation de l'Etat « de prendre les mesures nécessaires en vue d'assurer le développement intellectuel de tout individu sans autre

limitation que les aptitudes de chacun (article 22). Selon l'article 23, « tout enfant a droit à l'instruction et à l'éducation sous la responsabilité des parents dans le respect de leur liberté de choix » et « tout adolescent a droit à la formation professionnelle ». L'article 24 précise que « l'Etat organise un enseignement public, gratuit et accessible à tous » et que « l'enseignement primaire est obligatoire pour tous ».

Toutefois, la loi malgache n'est pas explicite en ce qui concerne l'âge de la scolarité obligatoire. Selon la loi 2004-04, « l'enseignement est obligatoire à partir de l'âge de six ans » (art. 1) et « l'éducation fondamentale est dispensée sur une durée de neuf ans » (article 39). Cette dernière disposition a été revue par la loi 2008-11, qui porte la durée de l'éducation fondamentale à 10 ans dans le cadre de la réforme de l'enseignement fondamental, dont la mise en œuvre expérimentale a échoué.

3.2. Politiques et stratégies

En 2003, l'Etat malgache s'est donné pour objectif d'atteindre la scolarisation primaire universelle. Une première réforme éducative a été entreprise afin d'instaurer la gratuité de l'enseignement primaire. Puis, le Plan national pour l'éducation pour tous (Plan EPT) a été adopté en 2005 puis actualisé en 2008 pour démontrer l'engagement du pays en faveur de la réalisation des objectifs de l'EPT à l'horizon 2015.

Le plan EPT de 2008-11 faisait suite à plusieurs années d'amélioration continue de l'accès à l'éducation et prévoyait un programme ambitieux de réformes, en particulier d'ordre curriculaire et pédagogique. C'est ainsi que la réforme de l'éducation fondamentale a été initiée à titre expérimental auprès de 20 CISO cibles sur les 114 existantes, avec en perspective sa généralisation progressive à l'ensemble du territoire.

Cette réforme prévoyait l'extension du cycle primaire de 5 à 7 années et la construction de nouvelles salles de classes, la mise en œuvre d'un nouveau programme scolaire se basant sur l'approche pédagogique APS (approche par les situations), la formation d'enseignants semi-spécialisés pour les classes de 6e et 7 années et l'introduction du Malagasy comme langue d'instruction au cours des premières années du primaire. Un décret de 2009 fixant la politique générale du MEN dans le domaine de l'éducation inclusive est par ailleurs venu affirmer l'obligation pour toutes les écoles primaires publiques d'accueillir et de retenir tous les enfants de moins de 16 ans dans le système formel, et de répondre prioritairement aux besoins des enfants vulnérables, issus de milieux défavorisés ou vivant dans des zones isolées, rencontrant des difficultés d'apprentissage ou présentant des déficiences physiques, sensorielles ou mentales.

²⁴⁴ Cette convention a été signée mais pas encore ratifiée par l'Etat.



La crise politique et économique de 2009 a cependant compromis ces réformes. Même si elle n'a jamais remis en question la pertinence des réformes engagées, la Haute Autorité de la Transition (HAT) s'est distanciée des réformes sectorielles introduites par le plan EPT de 2008. Le Plan d'action EPT 2010-2012 a gelé l'expansion de la réforme de l'éducation fondamentale²⁴⁵ aux 20 CISCO pilotes alors qu'en réalité, cette réforme n'a été effectivement mise en œuvre que dans 6 CISCO, et avec des niveaux d'intensité variables.

C'est dans ce cadre que le MEN a adopté un Plan intérimaire de l'éducation 2013-2015 (PIE), endossé par l'ensemble des PTF en février 2013. Compte tenu de son caractère intérimaire²⁴⁶, le périmètre du PIE se concentre sur le préscolaire, le primaire et le collège, considérés comme strictement prioritaires. Le Plan se fonde sur une stratégie qui vise avant tout à maintenir le système éducatif fonctionnel, en enrayant dans un premier temps sa détérioration et en assainissant dans un second temps les bases du système pour assurer son redémarrage rapide une fois que les institutions définitives seront mises en place.

Le PIE se fixe une période de trois ans afin de préparer les réformes nécessaires et de formuler une politique de développement du secteur éducatif claire, laquelle devra déboucher sur l'adoption d'un Plan sectoriel élargi à l'ensemble du secteur Education (y compris les Ministères en charge de l'Enseignement technique et professionnel et de l'Enseignement supérieur) à l'horizon 2016. Le PIE s'articule autour de trois axes stratégiques : (i) Enrayer la baisse du nombre d'inscrits en facilitant l'accès et la rétention (Axe Accès), (ii) Améliorer la qualité de l'enseignement pour enrayer la chute des acquis scolaires (Axe Qualité) et (iii) Renforcer les capacités à tous les niveaux du système et améliorer la participation des communautés (Axe Renforcement Institutionnel).



²⁴⁵ Des détails supplémentaires sur ces réformes se trouvent dans la section suivante.

²⁴⁶ La nature intérimaire du PIE s'explique par la présence d'un gouvernement de transition qui ne peut s'engager sur une politique sectorielle à long terme.

3.3. Le système éducatif malgache



3.3.1. Organisation administrative

Le système scolaire malgasy est basé sur le modèle français, donc caractérisé par un niveau élevé de centralisation et le rôle capital du Ministère de l'Education nationale (MEN) et de ses antennes décentralisées.

Le MEN est responsable des curricula au niveau national et des méthodes d'enseignement dans les écoles publiques, du contenu et de l'organisation des examens, de la gestion des enseignants et directeurs d'écoles fonctionnaires et du versement de subventions aux écoles (y compris aux écoles privées).

La mise en œuvre de la politique nationale de l'éducation est appuyée par 22 Directions régionales de l'Education nationale (DREN) au niveau régional, des bureaux CISCO au niveau des 114 circonscriptions scolaires (correspondant aux districts) et des Zones d'appui pédagogiques (ZAP) au niveau local. La structure du MEN comprend aussi un nombre d'entités plus ou moins autonomes (mais dont le budget dépend du ministère), dont l'Institut national de formation pédagogique (INFP) et ses centres régionaux (CRINFP), ainsi que l'Office national de l'éducation privée (ONEP).

Malgré une apparente déconcentration du système, les logiques hiérarchiques restent favorables au niveau central. Les DREN ne sont que partiellement responsables des activités du MEN sur leurs territoires. Les CRINFP, souvent situés à proximité des DREN, sont en réalité supervisés par l'INFP. Quant aux CISCO, ils sont financés et gérés par le ministère, même si leurs zones d'intervention sont alignées sur celles des DREN. Cette architecture complexe peut entraîner des conflits de responsabilité, d'autant que les rôles et responsabilités de chaque niveau hiérarchique sur le plan opérationnel ne sont pas toujours clairement identifiés.

Les communes sont aussi impliquées dans la gestion du secteur éducatif en participant au financement des écoles sur la dotation du Fonds de développement local qui leur est attribuée par le Ministère de la Décentralisation.

3.3.2. Système de recrutement des enseignants

Le système de formation et de recrutement des enseignants a connu d'importants bouleversements depuis 20 ans. Jusqu'en 2007, les enseignants de l'Éducation nationale devaient au minimum être titulaires du BEPC et être formés par l'État – pendant une durée de 29 mois dans les années 1990 puis, à partir des années 2000, pendant 15 mois (6 mois de formation académique et 9 mois de stage).

Piloté par un Conseil scientifique et un Conseil d'administration, l'INFP est aujourd'hui le seul interlocuteur en matière de formation. Il compte 25 centres régionaux qui relayent les stratégies élaborées au niveau central et a pour mission de former et encadrer les personnels du primaire et du collège, développer des travaux d'étude et de recherche et produire du matériel pédagogique. Sur la base d'une année de formation initiale et si l'on s'en tient aux capacités d'encadrement de ces dernières années, l'INFP et son réseau peuvent absorber 3 000 à 4 000 étudiants par année d'étude sur une logique de formation qui alterne les cours théoriques dans les centres et une formation pratique en stage en situation (observation et responsabilité), complétés par un rapport de stage ou un portfolio.

Par ailleurs, à partir de 2007, les logiques classiques de recrutement des enseignants ont été progressivement abandonnées au profit de l'approche « FRAM » : le recrutement d'enseignants communautaires directement par les associations de parents d'élèves - donc non fonctionnaires - avec dans un premier temps une formation initiale très réduite (12 jours), qui a été totalement abandonnée à partir de 2008-2009.

3.3.3. Cycles d'enseignement

L'enseignement est obligatoire à Madagascar à partir de 6 ans et comprend trois cycles :

- le cycle primaire, ou éducation fondamentale I, dure cinq ans et vise les enfants âgés de 6 à 10 ans. Il est dispensé dans les écoles publiques et privées et s'achève par l'obtention du Certificat d'études du premier cycle (CEPE). Ce cycle est passé à une durée de sept ans dans vingt CISO pilotes de la réforme de l'éducation fondamentale initiée en 2008.
- le premier cycle du secondaire, ou éducation fondamentale II, dure quatre ans. Il est dispensé dans les collèges d'enseignement général (CEG) pour les enfants de 11 à 14 ans et se termine par l'obtention du Brevet d'études du premier cycle du secondaire (BEPC).
- Enfin, le second cycle du secondaire dure trois ans

et est sanctionné par l'obtention du Baccalauréat général ou technique, selon la filière choisie.

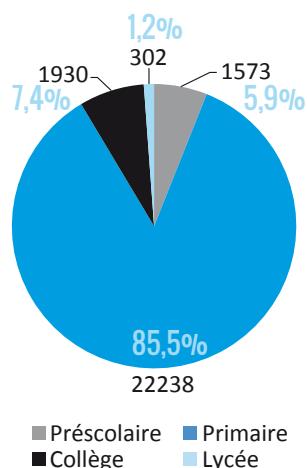
Un enseignement préscolaire de deux ans peut précéder l'entrée de l'enfant à l'école primaire.

Le secteur public de l'éducation absorbe les trois quarts des élèves

Le secteur public de l'éducation assure la scolarisation des trois quarts des élèves malgaches, tous niveaux confondus. Il est largement dominant au niveau primaire et représentait 82% des effectifs de tous les élèves du primaire et 79% des établissements en 2011-2012, selon les données du MEN.

Malgré son expansion, le préscolaire public reste embryonnaire tandis que les deux cycles du secondaire (collège et lycée) apparaissent peu développés.

Graphique 23 : Nombre d'écoles publiques par niveau d'enseignement (2011-2012)



Source : MEN.

Au primaire, les écoles communautaires, presque entièrement prises en charge par les parents d'élèves, représentaient environ 19%²⁴⁷ du total des écoles publiques en 2011. Elles sont souvent fondées par des communautés non desservies par le système public puis finissent par s'intégrer au réseau du MEN.

Par ailleurs, plus d'une école sur quatre (29%) est à cycle incomplet tandis que plus des deux tiers des écoles fonctionnelles (69%) sont à classes multigrades²⁴⁸.

Au total, l'Éducation nationale employait 108 174 enseignants du primaire en 2011-2012, dont les deux tiers étaient des maîtres communautaires dits « FRAM ». Ces enseignants ont été recrutés pour faire

²⁴⁷ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, d'Aiglepierre, Rohen/UNICEF, 2012, p. 28.

²⁴⁸ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, d'Aiglepierre, Rohen/UNICEF, 2012, p. 43.

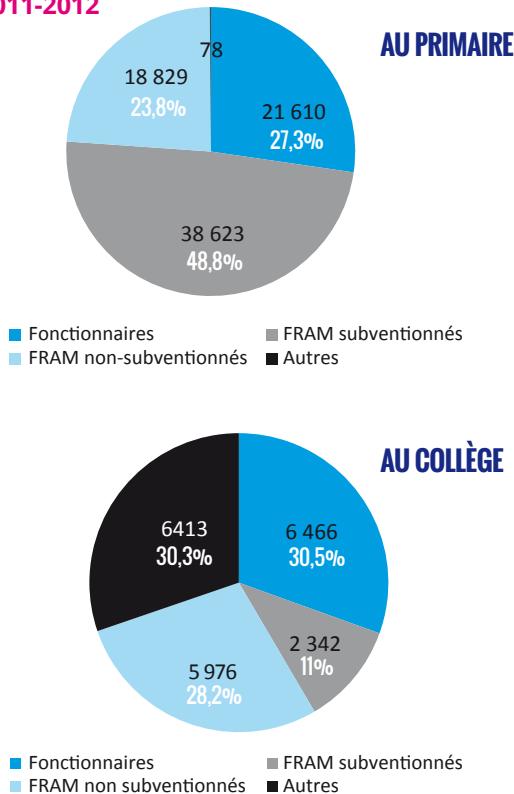


face à la rapide expansion du nombre d'élèves lors de la période précédant la crise politique de 2009, dans un contexte de réduction des effectifs du service public dans le cadre du Madagascar Action Plan (MAP)²⁴⁹.

Les maîtres FRAM ne sont pas formés de manière formelle et ne perçoivent pas de réel salaire. Ils disposent d'un bagage académique limité, étant essentiellement diplômés du BEPC, et presque aucun n'a de formation pédagogique²⁵⁰. Si la plupart reçoivent certaines indemnités de l'Etat afin d'alléger les charges parentales d'éducation, avec le soutien des financements des PTF dont le Partenariat mondial pour l'éducation (GPE ; ex-FTI)²⁵¹, plus du quart de ces instituteurs sont uniquement et faiblement rémunérés par les parents d'élèves. Les enseignants FRAM vivent dans une certaine précarité, ce qui les amène souvent à exercer d'autres activités génératrices de revenus en parallèle et n'encourage pas leur fidélisation

Des enseignants FRAM sont aussi employés au niveau du collège : selon le MEN, leur nombre est passé de 5 202 sur 16 317 en 2009-2010 (32%) à 8 342 sur 21 197 en 2011-2012 (39%).

Graphique 24 et 25 : Effectifs des enseignants du secteur public, par statut d'emploi en 2011-2012



Source : MEN 2011-2012

²⁴⁹ Plan de développement du pays initié par le gouvernement pour 2007-2012.

²⁵⁰ Synthèse données MEN-DPE, 2013.

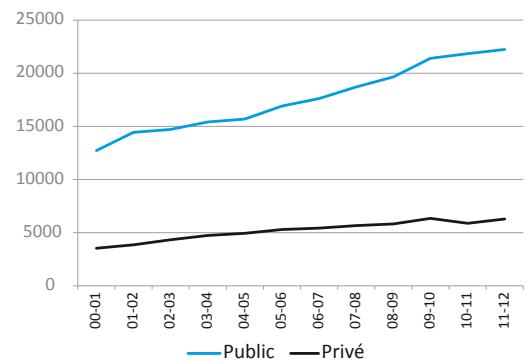
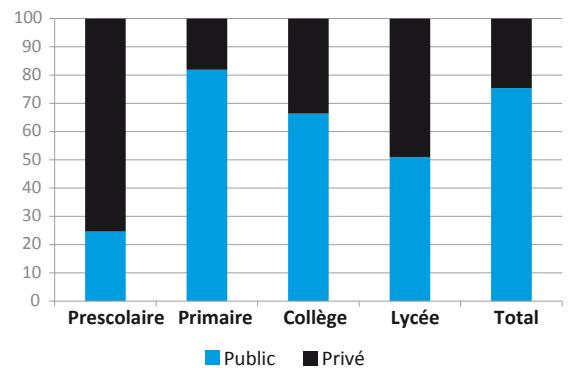
²⁵¹ Les PTFs assument depuis la crise, en accord avec le Gouvernement, le paiement de l'équivalent de 4 mois de subventions des enseignants FRAM subventionnés du primaire, tandis que 8 mois sont pris en charge sous budget de l'Etat. Le GPE représente l'une des principales sources de financement extérieur à cet égard.

Le secteur privé domine au préscolaire et au lycée

Le secteur privé accueille près de 25% des élèves malgaches. Il contribue à absorber la croissance de la population scolarisée et se concentre dans les zones urbaines. Son poids est devenu prépondérant au niveau du préscolaire et du lycée, où ses effectifs rattrapent ou dépassent ceux du public : selon le MEN, le privé accueillait 75% des effectifs du préscolaire et 49% de ceux du lycée en 2011/2012.

Le privé accueillait **75%** des effectifs du préscolaire et **49%** de ceux du lycée en 2011/2012.

Graphiques 26 et 27 : Répartition des effectifs des écoles publiques et privées en 2011-2012 et évolution du nombre d'écoles primaires fonctionnelles publiques et privées depuis 2000-2001



Source : MEN

Selon un rapport de l'INSTAT, le secteur éducatif privé à Madagascar est largement dominé par des écoles confessionnelles (catholiques ou protestantes). Seulement 15% des élèves qu'il accueille au primaire et 30% au secondaire fréquentent des établissements laïcs²⁵².

²⁵² Services d'éducation et de santé à Madagascar: l'utilisation et déterminants de la demande, Glick, P., Randretsa, I. et Razafindravonona, J., INSTAT, 2000.



3.4. Etat des lieux et analyse des disparités

Malgré les efforts de l'Etat et de ses partenaires internationaux, les enfants malgaches font face à d'importants obstacles qui les empêchent, pour la majorité d'entre eux, de réaliser leur droit à une éducation fondamentale complète. Le secteur de l'éducation à Madagascar est confronté à de nombreux défis, dont certains ont été amplifiés dans le cadre de la crise qui sévit depuis plusieurs années.

Principales sources des données

L'analyse qui suit s'est basée sur un large éventail de sources incluant les enquêtes nationales (EPM et ENSOMD 2012-2013) et les annuaires statistiques du MEN. Les données sont disponibles et relativement fiables, le MEN s'étant doté d'un logiciel de gestion et de suivi des effectifs, même si son utilisation est réduite par le manque de moyens informatiques dû aux tensions budgétaires. Les niveaux des indicateurs de l'administration ne sont pas exactement les mêmes que ceux des enquêtes EPM (2010) et ENSOMD 2012-2013 mais les tendances rapportées sont les mêmes.

D'autres documents ont été exploités, dont en particulier une étude fouillée (2012) concernant l'exclusion scolaire et les moyens d'inclusion au cycle primaire ainsi qu'une récente analyse sur l'éducation primaire en temps de crise à Madagascar.

3.4.1. Un accès de plus en plus restreint à la scolarisation

En l'absence de recensement depuis 1993, les indicateurs sociaux sont calculés sur la base d'estimations du taux de croissance démographique. Or selon les sources d'information, ce taux se situerait dans une fourchette de 2,8% à 3,7% par an. L'effectif de la population scolarisable au primaire (6 à 10 ans) varie ainsi dans des proportions pouvant aller jusqu'à 20%²⁵³ entre l'estimation la plus haute et la plus basse pour la même année, ce qui peut entraîner une marge d'erreur importante dans le calcul des données de l'éducation.

Education préscolaire : un accès encore embryonnaire

Le préscolaire public à Madagascar consiste en une année unique de prise en charge des enfants de 5 ans. Dans le cadre du MAP 2008-2012, le MEN a pris en charge l'éducation préscolaire et s'est fixé pour objectif de faire passer le taux brut de scolarisation

de 8% en 2008-2009 à 20% en 2012. Toutefois, après la crise de 2009, le développement du préscolaire public a été fortement ralenti. En revanche, le secteur privé s'est développé.

Au cours des dernières années, le nombre d'enfants fréquentant le préscolaire a fortement augmenté pour atteindre 240 000 en 2011-2012 (contre 179 500 en 2008-2009), enrôlés dans 1573 écoles publiques et 3110 écoles privées²⁵⁴. Toutefois, ces effectifs restent très faibles et le secteur fortement sous-développé, avec pour conséquence de priver des milliers de jeunes enfants d'une préparation adéquate à l'entrée au primaire.

Comme le soulignait l'EPM 2010²⁵⁵, le taux net de scolarisation au préscolaire se limitait alors à 0,2% mais le taux brut atteignait 19% du fait du grand nombre d'enfants de 3 et 4 ans qui fréquentaient ce cycle avant l'âge légal de 5 ans. Selon l'ENSOMD, la situation s'était largement normalisée en 2012, avec un taux net de 7,7% et un taux brut de 10%.

Les disparités sont très importantes à ce niveau d'éducation : dominé par le privé payant, le préscolaire est essentiellement un phénomène urbain concernant les ménages les plus aisés. La seule région d'Analamanga concentre 1 459 écoles préscolaires (31%).

Education primaire : un recul alarmant des taux de scolarisation

Pour tenir ses engagements et réaliser l'OMD 2, Madagascar devrait passer à un taux net de scolarisation de 100% en 2015. Or, loin de montrer un progrès, la tendance enregistrée depuis quelques années indique un recul de la scolarisation au primaire.



²⁵³ Plan Intérimaire pour l'Education 2012-2013, Ministère de l'Education nationale, 2012.

²⁵⁴ Annuaire statistique de l'éducation 2011-2012, MEN.

²⁵⁵ Enquête périodique auprès des ménages de 2010, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo - Madagascar, 2011.



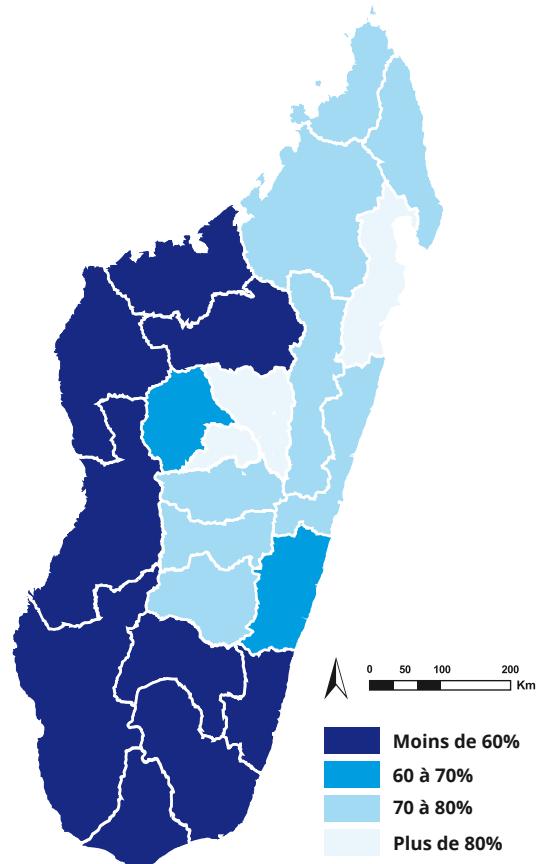
Selon une récente étude de la Banque mondiale²⁵⁶, la crise a interrompu une décennie de progrès vers la scolarisation primaire universelle, et aurait empêché la scolarisation d'environ un demi-million d'enfants, selon les estimations. Les effectifs scolarisés au primaire stagnent à 4,3 millions d'élèves depuis 2009, malgré la croissance de la population. Cette stagnation est d'autant plus frappante lorsqu'elle est comparée avec les tendances positives observées durant la période pré-crise.

Depuis 2009, le système scolaire malgache ne parvient pas à suivre la croissance démographique, conduisant à une chute des taux : le taux brut de scolarisation dans le primaire est tombé de 139% en 2005 à 118% en 2010²⁵⁷ et à 108% en 2012²⁵⁸ alors que le taux net perdait 14 points pendant la même période, de 83% à 73% puis à 69%.

Cette tendance préoccupante pour l'avenir du pays se double de fortes disparités. Les plus accentuées sont liées au niveau d'instruction du chef de ménage, avec un TNS de 84% s'il a atteint le secondaire, contre 54% s'il est sans instruction. De même, le niveau de richesse est un facteur déterminant : le TNS s'élève à 82% chez les plus riches, contre 52% chez les plus pauvres.

Les TNS varient aussi selon le milieu de résidence (86% en milieu urbain et 66% en milieu rural) et selon les régions. Les plus pauvres affichent des TNS au primaire inférieurs à 50% (Androy, Anosy, Melaky) alors que d'autres comme Analamanga et Itasy dépassent les 80%²⁵⁹. On note une coupure entre la partie sud et ouest du pays, où les privations sont importantes, et la partie est et nord plus favorisée.

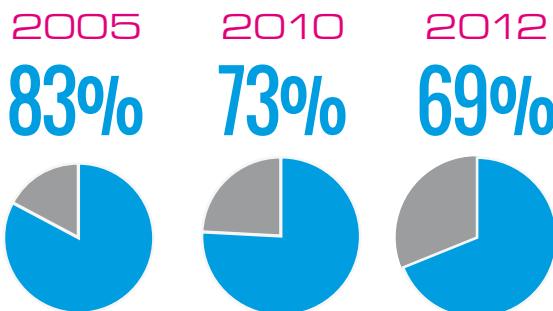
Carte 11 : Taux net de scolarisation primaire selon la région en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

En revanche, la parité au primaire est quasiment atteinte avec un indice de 0,98 selon le MEN en 2012.

TAUX NET DE SCOLARISATION (TNS) DANS LE PRIMAIRE



VARIATION DU TNS SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE



²⁵⁶ Madagascar, L'éducation primaire en temps de crise, Banque Mondiale, 2013.

²⁵⁷ Enquête périodique auprès des Ménages 2005 et Enquête périodique auprès des Ménages 2010, Institut national de la Statistique (Instat) Antananarivo, Madagascar, 2006 et 2011.

²⁵⁸ Enquête nationale pour le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la Statistique (INSTAT) Antananarivo, Madagascar, 2013

²⁵⁹ Ibid.

Un accès limité au collège

Les effectifs du collège ont continué à progresser ces dernières années, de 760 000 enfants scolarisés en 2008-2009 à 1 050 000 en 2010-2011, et 1 114 600 en 2011-2012²⁶⁰.

Toutefois, l'accès au secondaire reste très limité à Madagascar. En 2012²⁶¹, le TBS au collège se limitait à 46% et le TNS à 28%. Ainsi, un peu plus du quart des enfants de 11 à 14 ans fréquentent le collège.

Les disparités d'accès à l'éducation s'approfondissent à mesure que l'enfant progresse dans les différents cycles. Les enfants issus des ménages les plus riches ont cinq fois plus de chances de fréquenter le collège que ceux vivant dans les familles les plus pauvres. De même, un enfant du milieu rural a deux fois moins de chance de fréquenter le collège qu'un jeune citadin.

²⁶⁰ Plan Intérimaire pour l'Education 2013-2015, Ministère de l'Education nationale, 2013.

²⁶¹ Enquête nationale de suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

Les disparités régionales dans l'accès au collège²⁶² sont également très marquées : Analamanga est au premier rang, suivie de Diana, Atsinanana, Analanjirofo et Haute Matsiatra tandis que les régions d'Androy et Melaky se retrouvent au dernier rang.

Les disparités de genre, plus marquées qu'au primaire, demeurent limitées au collège, avec un indice de parité de 0,90²⁶³.

3.4.2. La baisse de qualité de l'éducation

Les indicateurs généralement utilisés pour apprécier la qualité de l'éducation sont liés d'une part, à l'efficacité interne du système et d'autre part, aux résultats tangibles des processus éducatifs mis en place, à savoir les acquisitions des élèves.

Une faible efficacité interne

L'efficacité interne du système éducatif peut être évaluée à partir de quatre indicateurs clés, à savoir le taux de redoublement, le taux d'achèvement, le taux de décrochage scolaire (abandon) et le taux de survie en fin de cycle.

■ Le redoublement

En ce qui concerne le taux de redoublement au primaire, il reste trop élevé. Selon l'enquête de suivi des OMD 2012-2013, plus de 17% des élèves ont redoublé entre les années scolaires 2010-2011 et 2011-2012, soit un niveau plus élevé que la moyenne en Afrique subsaharienne²⁶⁴.

Estimé à 35% en 2002, le taux de redoublement au primaire a stagné autour de 20% durant la période 2003-2007, malgré les nombreuses mesures prises pour le réduire. Selon l'EPM, il était descendu à 15% en 2010 avant de repartir à la hausse²⁶⁵.

■ L'achèvement

L'une des mesures utilisées pour évaluer la capacité du système à retenir les élèves tout au long d'un cycle est le taux d'achèvement²⁶⁶.

> 17%
des élèves ont redoublé entre les années scolaires 2010-2011 et 2011-2012

²⁶² Enquête nationale de suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁶³ Ibid.

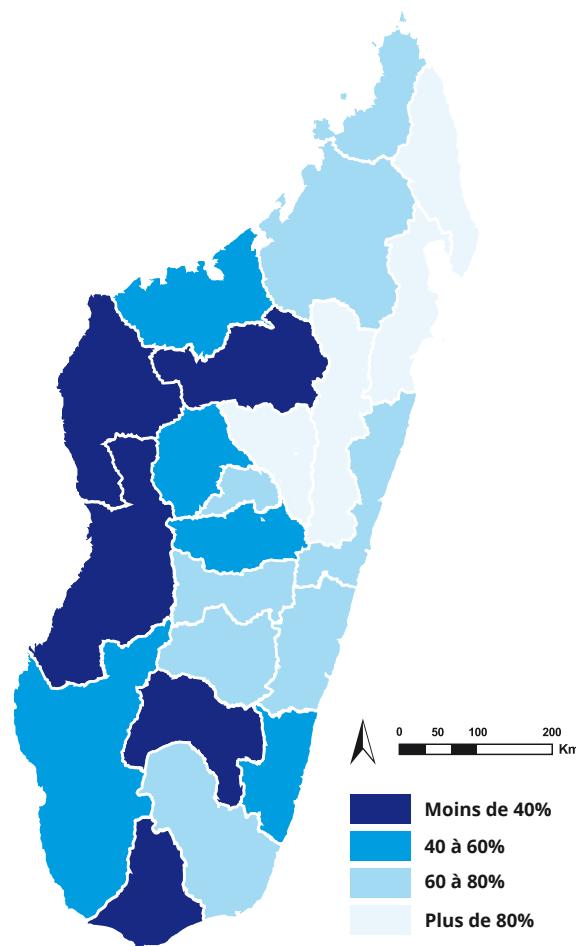
²⁶⁴ Source : EPT/Unesco.

²⁶⁵ Enquête nationale de suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁶⁶ D'après la définition de l'UNESCO, le taux d'achèvement «est calculé en prenant le nombre total d'élèves en dernière année d'école primaire moins le nombre de redoublants dans cette année et divisé par le nombre total d'enfants en âge de terminer leurs études primaires».

En 2012 selon l'ENSOMD, le taux d'achèvement au primaire se limitait à 69%. Les disparités en matière d'achèvement du primaire sont très importantes entre milieu urbain (111%²⁶⁷) et rural (61%). Elles sont encore plus grandes entre les enfants issus des ménages du quintile le plus pauvre (35%) et ceux issus des familles les plus riches (117%). Les disparités régionales sont également importantes.

Carte 12 : Taux d'achèvement au primaire par région en 2012



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT

Décrochage scolaire et survie au primaire

Au niveau national, le taux d'abandon est passé de 13% à 19% entre 2008 et 2010. Selon une récente étude de la Banque mondiale²⁶⁸, le taux d'abandon entre le CP1 et le CM1 a augmenté de 5,5 points entre 2008 et 2011. Le nombre d'élèves qui abandonnent l'école avant le CM2 est donc passé de 469 000 en 2008 à 724 000 en 2011 (+ 255 000 élèves).

Le décrochage scolaire constitue un problème de plus en plus grave dans les zones rurales les plus pauvres, où les taux de scolarisation sont déjà très bas. Les

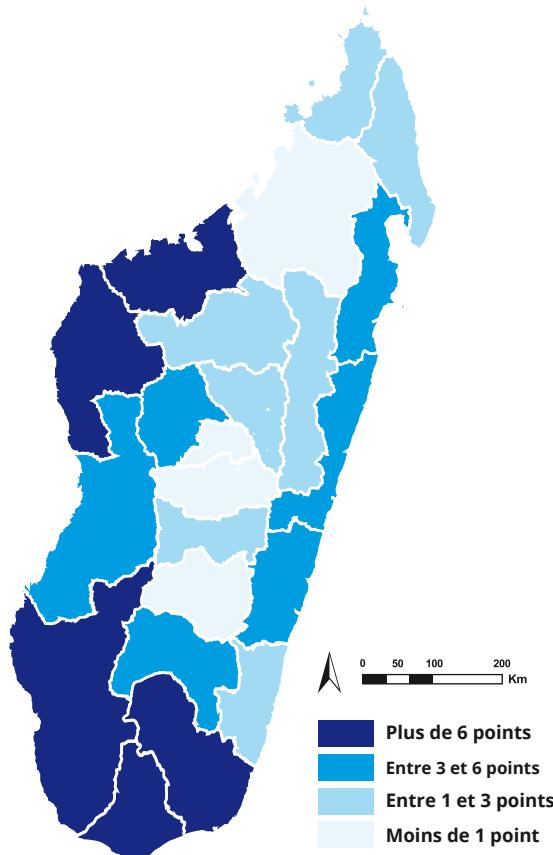
²⁶⁷ Un taux d'achèvement supérieur à 100% montre que certains enfants atteignent le CM2 avant d'avoir 10 ans ou après 11 ans révolus.

²⁶⁸ Education primaire en temps de crise-Madagascar, Banque Mondiale, 2013.



disparités régionales se sont accentuées depuis la crise. C'est dans les régions du sud d'Androy, Anosy et Atsimo-Andrefana que les taux d'abandon scolaire ont augmenté le plus après 2009, ainsi que dans celles de Boeny et Melaky.

Carte 13 : Tendances des taux d'abandon dans le primaire 2006-2008 et 2008-2010 (augmentation en points de pourcentage)



Source : Banque mondiale et ENSOMD 2012-2013. INSTAT.

Finalement, l'augmentation du nombre d'enfants qui ne rentrent pas au primaire combinée à un taux d'abandon plus élevé a entraîné une baisse substantielle du taux de survie. Alors que 63% des élèves qui entrent à l'école en 2008 atteignaient le CM2, ils n'étaient plus que 50% en 2010²⁶⁹.

Au total, l'exclusion scolaire représente un véritable fléau à Madagascar et s'est intensifiée au cours des dernières années. En plus des milliers d'enfants qui décrochent chaque année, plus de 18% des enfants de 6 à 14 ans n'ont jamais été scolarisés et ce taux atteint 21% en milieu rural (contre 2% dans la capitale), selon l'ENSOMD 2012-2013. Selon une autre source, en 2012, à trois ans du rendez-vous avec les OMD, près de 1,5 million d'enfants âgés de 6 à 12 ans n'avaient toujours pas accès à l'école primaire et grandissaient en marge de l'éducation de base²⁷⁰.

²⁶⁹ Ibid.

²⁷⁰ Plan Intérimaire pour l'Education 2013-2015, Ministère de l'Education nationale, 2013.

Les régions où les taux d'enfants jamais scolarisés sont les plus élevés sont Androy (49%), Anosy (46%), Melaky (43%), Atsimo Andrefana (38%), Atsimo Atsinanana (33%), Betsiboka (32%), Menabe (31%), Boeny (30%) et Ihorombe (29%).

Les indices sont également fortement influencés par le niveau d'instruction et de richesse de la famille. Seulement 6% des enfants vivant dans les familles les plus riches sont privés d'éducation, contre 34% des enfants les plus pauvres.

Les acquis des élèves de plus en plus faibles

La baisse de l'efficacité et de la qualité du système éducatif malgache est reflétée par une détérioration progressive des acquis des élèves malgaches.

Alors que Madagascar a longtemps été considéré comme l'un des pays d'Afrique francophone jouissant d'une qualité de l'éducation supérieure à la moyenne, la situation s'est fortement dégradée au cours de la dernière décennie, comme le montrent les résultats de tests d'aptitude des élèves de type PASEC.

Tableau 6 : Evolution des résultats aux tests (scores sur 100)

	PASEC 1998	PASEC 2005	MEN 2012
Français	42,6	31,4	26,8
Mathématiques	59,1	51,3	40
Malagasy		50,0	43,5

Source : Enquêtes diagnostiques PASEC 1998, 2005 et MEN 2012.

L'évolution des résultats montrent une dégradation importante des scores obtenus dans toutes les matières testées, résultant d'une combinaison de multiples facteurs notamment liés au professionnalisme du personnel enseignant, à la disponibilité des intrants essentiels (livres et fournitures), à la pertinence des approches pédagogiques et à la fonctionnalité des dispositifs de contrôle (inspection, système de suivi et évaluation).

En comparaison avec d'autres pays d'Afrique francophone, Madagascar enregistre des scores moyens en mathématiques mais très faibles en français.

La tendance au recul des acquis des élèves est confirmée par une baisse de quatre points du pourcentage de reçus aux examens du CEPE entre 2008-2009 (taux de réussite : 78,5%) et 2010-11 (74,3%).



3.5. Principal défi : assurer une éducation primaire universelle, inclusive et de qualité

Conformément à sa Constitution, l'Etat de Madagascar a pour obligation de réaliser le droit à l'éducation de tous les enfants de l'île.

Il s'est de surcroît engagé à assurer la scolarisation et l'achèvement universels du cycle primaire d'ici 2015. A trois ans de cette échéance, le pays est encore loin du compte. Plus préoccupant, les tendances enregistrées au cours des dernières années montrent une montée de l'exclusion scolaire et une dégradation des conditions d'apprentissage. Dans ce contexte, réaliser l'accès universel des enfants à une éducation primaire de qualité apparaît toujours comme le principal défi en matière d'éducation. Il en va de l'avenir de Madagascar et de son développement futur.

3.5.1. Analyse causale

Le recul de l'accès à une éducation primaire de qualité s'enracine dans un écheveau complexe de causes immédiates, sous-jacentes et structurelles.

➔ CAUSES IMMÉDIATES

Les causes immédiates de non scolarisation au primaire sont liées à l'incapacité ou au refus des parents d'envoyer leurs enfants à l'école du fait d'une série de facteurs et d'événements dont les plus influents sont :

Les coûts de l'éducation : Les dépenses scolaires²⁷¹ par élève au primaire public s'élèvent en moyenne à 26 688 Ar par an (environ 12 dollars des E.-U. ²⁷²), les plus importantes étant les fournitures scolaires puis les frais de scolarité. Ces dépenses moyennes s'élèvent à 24 452 Ar (11 dollars) pour un enfant en milieu rural et à 37 366 Ar (17 dollars) en milieu urbain. Le secteur privé est réservé aux enfants les plus favorisés, avec un coût moyen par enfant et par an de 128 673 Ar (59 dollars).

L'éloignement de l'école : dans certaines régions, comme Melaky, Menabe, Betsiboka, Atsimo Atsinanana ou Ihorombe, le nombre d'écoles est faible, ce qui induit des trajets très longs et des risques importants notamment liés à l'insécurité sur le chemin. Une récente étude précise que 9% des élèves qui n'ont jamais été scolarisés ne l'étaient pas car l'école la plus proche était trop éloignée de leur domicile²⁷³. Par

ailleurs, entre le milieu des années 1990 et le début de la crise en 2009, le système éducatif à Madagascar a connu un essor considérable, mais qui ne s'est pas fait de façon équitable. Le nombre d'EPP a plus que quintuplé durant cette période (passant de 3 995 à 22 000)²⁷⁴ mais les disparités régionales se sont accrues.

Les mauvaises conditions d'enseignement :

le pays fait face à une grave pénurie de personnel qualifié et formé. Plus des deux tiers des enseignants du primaire et du collège n'ont reçu aucune formation initiale et ne bénéficient pas de suivi professionnel systématique. Par ailleurs, la qualité de l'enseignement est compromise par la surcharge des classes. Malgré une certaine baisse de la proportion élèves/instituteurs dans le primaire public grâce au recours en masse aux maîtres FRAM, le nombre d'enseignants reste insuffisant à tous les niveaux scolaires. Le ratio moyen élèves/enseignant reste élevé, se situant à 46 en moyenne et pouvant dépasser 53 dans certaines régions comme Sava, Melaky, Anosy et Androy²⁷⁵.

En ce qui concerne les manuels scolaires, chaque élève dispose théoriquement d'un livre dans les disciplines suivantes : Malagasy, Français, Connaissances usuelles, Géographie et Mathématiques. Ces livres écrits selon la méthode pédagogique PPO (Pédagogie par objectifs), édités et distribués par le MEN en 2003, constituent les seules ressources accessibles à tous les enseignants du public et du privé. Néanmoins, avec l'augmentation de l'effectif du primaire et l'absence de reproduction et de renouvellement des manuels à l'échelle nationale depuis 2006, le ratio un manuel/élève (recommandé par le plan EPT 2007) n'est plus respecté dans les écoles, de sorte que les manuels se font de plus en plus rares dans les salles de classe.

L'échec scolaire : l'échec scolaire et la forte occurrence du redoublement découragent de nombreux enfants et entraînent des coûts supplémentaires pour les parents, difficiles à supporter s'ils sont pauvres ou dotés de nombreux enfants.



²⁷¹ Enquête nationale de suivi des OMD 2012, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

²⁷² Pour 1\$ = 2195 Ar cours moyen 2012, World Development Indicators, Banque mondiale.

²⁷³ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, d'Aiglepierre, Rohen et focus Développement Association/ UNICEF, 2012.

²⁷⁴ Annuaire statistique du Ministère de l'Education nationale.

²⁷⁵ Annuaire statistique du Ministère de l'Education nationale 2011-2012.



La violence à l'école : selon les enfants et en particulier ceux qui ont abandonné l'école, les châtements corporels, violences verbales, humiliations, attitudes discriminatoires à l'encontre des filles, constituent des motifs de décrochage scolaire²⁷⁶.

Le handicap : environ 5,5% des enfants malgaches seraient atteint d'un handicap, mais ceux-ci ne représenteraient que 0,62% des effectifs scolarisés au primaire. Ainsi 11% seulement des enfants handicapés vont à l'école. Selon les estimations, les enfants handicapés représentent 18% de la population totale des enfants exclus du primaire. Les filles subissent une double discrimination puisqu'elles ne représentent que 29% des enfants handicapés scolarisés²⁷⁷. L'impact du handicap sur la scolarisation diminue lorsque la famille de l'enfant dispose de revenus décents ou élevés²⁷⁸.

La condition d'orphelin : les enfants orphelins²⁷⁹ sont plus touchés que les autres par la non scolarisation et l'abandon scolaire²⁸⁰. L'ENSOMD 2012-2013 précise que les disparités d'accès à l'éducation entre orphelins et non orphelins sont moins marquées pour la tranche d'âges 6-10 ans que pour les 11-14 ans.

Les grossesses précoces : certains établissements scolaires renvoient les filles lorsqu'elles tombent enceintes, en ayant souvent recours à une méthode détournée, comme la stigmatisation et l'humiliation, qui entraîne leur auto-exclusion.

Le travail des enfants : l'enfant peut refuser d'aller à l'école ou être contraint de l'abandonner lorsqu'il est chef de famille, qu'il doit contribuer aux rentrées financières du ménage ou participer aux activités de subsistance comme l'agriculture et l'élevage. Le calendrier agricole et cultural peut amener certains enfants à décrocher temporairement ou définitivement de l'école, surtout si les récoltes économiquement importantes (girofle, vanille, litchi, etc.) ont lieu durant le calendrier scolaire.



Les catastrophes naturelles : elles peuvent entraîner la destruction des écoles qui n'ont, bien souvent, pas respecté les normes de construction pour faire face à ce type d'aléas. Le manque de supervision des constructions, faute de financements, en est la principale raison. L'insuffisance de l'entretien et de la maintenance des locaux peut également expliquer la dégradation et la fragilité des établissements scolaires. Bien que le nombre d'écoles impactées par des catastrophes naturelles aient diminué depuis 2008, près de 150 écoles et 25 000 élèves et seize des vingt-deux régions malgaches étaient considérées comme étant à risque en 2011²⁸¹.

Insécurité alimentaire : de nombreux enfants ont un état nutritionnel et de santé précaire, qui les empêche de poursuivre une scolarité régulière et affaiblit leurs capacités de travail et de concentration.

➔ CAUSES SOUS-JACENTES

L'absence de politique de gratuité effective et de soutien aux familles défavorisées : bien que l'enseignement primaire soit théoriquement obligatoire et gratuit, des coûts directs et indirects souvent trop lourds pour les familles les plus pauvres persistent : droits de scolarité, frais d'écolage, achat de fournitures et de vêtements, etc. A cela s'ajoute de plus en plus la cotisation pour payer les maîtres FRAM non subventionnés, notamment dans les zones rurales enclavées où peu d'enseignants fonctionnaires acceptent de travailler. Les frais de fonctionnement et de maintenance de l'école, qui ne sont pas toujours pris en charge par l'Etat, peuvent encore venir alourdir la charge. Alors qu'il existe une stratégie de subvention aux établissements via les « caisses écoles », il arrive – comme cela a été le cas en 2011 – que le MEN ne soit pas en mesure d'assurer ses engagements en termes financiers et laisse cette responsabilité aux parents d'élèves. Alors que le non paiement des frais de scolarité peut entraîner le renvoi de l'élève, 72% des parents vivant à Antananarivo déclaraient avoir eu des difficultés à couvrir ces frais en 2010 dont les deux tiers (64%) estimaient que la crise socioéconomique en était la principale responsable²⁸².

Les défaillances de la carte scolaire et la répartition inéquitable des écoles primaires sur le territoire : la répartition géographique des écoles dépend généralement de la densité de population, les plus urbanisées ayant un plus grand nombre d'écoles par km². Toutefois, au niveau du primaire, certaines zones rurales manquent terriblement d'établissements

²⁷⁶ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepierrre et Focus Développement Association/UNICEF 2012.

²⁷⁷ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepierrre et Focus Développement Association/UNICEF 2012.

²⁷⁸ Ibid.

²⁷⁹ Sont ici pris en compte les enfants dont le père ou la mère ou les deux parents sont décédés.

²⁸⁰ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepierrre et Focus Développement Association/UNICEF 2012.

²⁸¹ Rapport « Cluster Education », UNICEF - décembre 2011.

²⁸² Enquête McRAM III, UNICEF - novembre 2010. Les données présentées proviennent de l'enquête McRAM menée par le Système des Nations-Unies à Madagascar pour mesurer l'impact de la crise sur les ménages à Antananarivo en 2010. Il ne s'agit donc pas de données représentatives à l'échelle nationale mais à l'échelle d'une ville, que nous présentons ici pour donner une idée de ce que peut être la violence subie par les jeunes en conjonction avec la crise politique.

scolaires et compte par exemple une EPP pour 60 à 120 km². Mais le nombre d'EPP par région doit également être relativisé car il peut masquer de fortes inégalités interrégionales. La région Diana compte, par exemple, un nombre moyen d'EPP par rapport à sa superficie mais plus d'un quart d'entre elles sont situées dans la seule zone urbaine d'Antsiranana (Diego Suarez)²⁸³. Au niveau du collège, la pénurie d'établissements publics est encore bien plus prononcée puisque l'on estime que chaque CEG doit, en moyenne, accueillir les lauréats du CEPE de 12 EPP, ce chiffre pouvant aller jusqu'à 20 EPP dans certaines zones rurales. La gestion et répartition des enseignants fonctionnaires et des quotas de subventions pour les enseignants FRAM du primaire souffrent également d'un certain nombre de dysfonctionnements renforçant parfois les inégalités entre milieux rural et urbain.



La condition et les pratiques du corps enseignant : souvent précaires et faiblement rémunérés, dotés de classes parfois surchargées, les enseignants peuvent être démotivés et s'absenter fréquemment. Selon le dernier « Budget tracking » réalisé par la Banque mondiale en 2008, le taux d'absentéisme des enseignants était estimé à 13% (soit un cours sur huit). Bien que le temps moyen prescrit à l'enseignement primaire soit de 891 heures annuelles, il s'avère, dans la pratique, que ce volume horaire est rarement respecté. De plus, les enseignants manquent de qualifications. Le test de compétence en français de 2006 avait montré que seulement 1% des enseignants étaient capables d'enseigner le français, censé être la principale langue d'enseignement (en dehors des 20 CISCO pilotes en cours de réforme). Les élèves s'expriment le plus souvent en malgache ce qui donne lieu à des cours bilingue où les leçons sont dispensées en français mais doivent être expliquées en malgache. Par ailleurs, les maîtres FRAM directement recrutés par les communautés ne bénéficient ni du statut de

fonctionnaire ni de la formation initiale dispensée par l'INFP.

Les méthodes pédagogiques inadaptées et fluctuantes : L'enseignement malgache s'appuie sur trois approches pédagogiques distinctes qui sont le fruit d'une politique curriculaire floue et en constante transition : la pédagogie par objectif (PPO), l'approche par les compétences (APC) et l'approche par les situations (APS) - cette dernière n'étant appliquée que dans les CISCO pilotes ciblées par la phase expérimentale de la réforme. Chaque approche nécessite une formation et des manuels appropriés, mais ces conditions sont rarement réunies, ce qui témoigne du manque de cohérence du système. Dans ces conditions, les changements d'approche récurrents peuvent porter préjudice à la qualité de l'enseignement.

La discrimination et les préjugés : l'enfant peut avoir peur d'aller à l'école s'il y est stigmatisé, victime de discrimination ou d'humiliations de la part des enseignants ou de ses pairs. C'est notamment le cas lorsqu'il est plus âgé que les autres, handicapé ou précocement enceinte pour une fille.

Le manque de stratégie de préparation et de réponse aux urgences et catastrophes : de par le manque de préparation aux urgences et de sensibilisation à la réduction des risques de catastrophes, les parents peuvent se retrouver dans l'incapacité d'envoyer leurs enfants à l'école, ce qui peut aboutir à un abandon scolaire temporaire ou définitif.

L'absence de soutien scolaire : la faiblesse de l'appui éducatif communautaire joue un rôle très important dans l'échec scolaire. Les parents et tuteurs n'ont, dans la grande majorité des cas, pas conscience de leurs responsabilités d'encadrement et d'accompagnement des enfants tout au long du parcours scolaire. Bien souvent, ils n'ont pas non plus le niveau d'instruction suffisant pour assurer le contrôle des devoirs et de l'apprentissage des leçons, le suivi des résultats et la participation aux réunions des parents d'élèves.

La malnutrition (surtout en période de soudure alimentaire) : la malnutrition impacte la fonction intellectuelle et les résultats scolaires²⁸⁴. Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre III, Madagascar est le 4^{ème} pays du monde où la prévalence de la malnutrition chronique est la plus élevée.

L'érosion du prestige de l'école : la faible efficacité externe du système éducatif, qui ne garantit pas d'emploi de qualité aux jeunes ayant poursuivi leur scolarité pendant de longues années, conjuguée à

²⁸³ Annuaire statistique du MEN 2010-2011.

²⁸⁴ Etude de la Banque Mondiale faite dans deux districts du Sud de Madagascar en 2009.



la baisse de qualité de l'enseignement, détourne parfois parents et enfants de l'institution scolaire. Selon l'enquête McRAM²⁸⁵ de 2010, plus de la moitié des parents résidant dans la capitale (52%, tous types d'écoles confondus) estimaient que la qualité de l'éducation s'était détériorée au cours de la crise sociopolitique.

➔ CAUSES STRUCTURELLES

Le manque de volonté politique : en plus de ses multiples engagements internationaux, l'Etat malgache a inscrit le droit à l'éducation au cœur de sa Constitution en s'engageant à fournir une éducation gratuite à tous les enfants. L'accès à l'éducation devrait donc être érigé en priorité nationale. En 2008, le gouvernement de Madagascar a signé le Plan « Education pour tous » (EPT), sensé guider le développement du secteur jusqu'en 2011 selon les objectifs de développement nationaux définis dans le MAP. En particulier, le Plan EPT 2009-2011 cherchait à réaliser un accès universel et durable à neuf années minimum d'éducation fondamentale. Sur le moyen terme, la priorité était donnée à l'éducation primaire. Si la période d'activités du plan a été prolongée d'un an, l'expansion des réformes est, quant à elle, gelée depuis 2009. La crise politique a en effet ralenti la détermination du gouvernement actuel à concrétiser les engagements qu'il avait hérités de ses prédécesseurs (notamment concernant le développement de l'enseignement en langue maternelle – un sujet très controversé à Madagascar). Dans la logique d'un gouvernement de transition, les autorités visaient surtout à préserver les acquis plutôt qu'à s'investir dans de nouvelles politiques susceptibles de créer des polémiques nationales. A l'issue de la période de transition politique début 2013²⁸⁶, et dans l'esprit du Plan intérimaire de l'Education 2013-2015, de nombreux chantiers devaient être repris visant à préparer un plan sectoriel potentiellement plus novateur et ambitieux à l'horizon 2016.



²⁸⁵ Situation socioéconomique des ménages de la ville d'Antananarivo et impact de la crise sociopolitique au niveau des ménages, McRAM, Madagascar, Système des Nations Unies, mai 2010.

²⁸⁶ Suite à la tenue d'élections présidentielle et législatives.

L'insuffisance des ressources de l'Etat handicape également les avancées du secteur. L'application de la gratuité de l'enseignement relève encore de l'utopie. En effet, les réalités économiques et les limitations budgétaires de l'Etat, surtout en ces temps de crise, ne permettent pas aux autorités de respecter cet engagement fondamental et favorisent l'exclusion scolaire. Le budget total alloué à l'éducation, qui représentait près de 20% des dépenses totales de l'Etat en 2009 est passé à 16% en 2011²⁸⁷. En effet, alors que le budget alloué au fonctionnement plafonnait à 443,4 milliards d'Ar en 2010, le budget d'investissement a, quant à lui, été divisé par plus de cinq par rapport à son niveau de 2008 (passant de 164,8 milliards d'Ar à 28,9 milliards d'Ar en 2010). Or, selon les calculs établis en 2008, les fonds nécessaires au développement de l'éducation primaire devaient passer de 400 milliards d'Ar en 2008 à 700/800 milliards en 2015. En outre, les crédits du MEN sont affectés en cours d'année par d'importants taux de régulation des dépenses. A titre d'exemple, les crédits de fonctionnement et d'investissement du MEN ont subi un taux de régulation de 64.61% en 2013, portant le montant du crédit initialement alloué de 104,4 milliards d'Ar à un budget effectif de 67,4 millions d'Ar. Rappelons enfin que les financements externes jouent aujourd'hui un rôle encore plus primordial. Le Fonds catalytique ou Fast Track Initiative et maintenant le GPE (Global Partnership for Education) ont été maintenus pendant la crise au bénéfice des services d'éducation de base, de même que les financements de la France et de la Norvège. La Banque mondiale et l'Union européenne se réengagent progressivement depuis 2013. Tous ces financements se concentrent en grande partie sur le maintien des services d'éducation de base et les contributions aux charges parentales d'éducation (kits scolaires, subventions FRAM-EPP, cantines scolaires, construction, fonds catalytiques locaux / subventions aux écoles).

Les problèmes de gestion et de pilotage du secteur : l'édifice complexe d'administrations impliquées dans la gestion de l'éducation et les conflits de compétences qui les traversent entraînent une certaine inertie du système au niveau du terrain. De plus, la mauvaise gestion de la carte scolaire et la déperdition des moyens sont des freins puissants à l'amélioration de la qualité comme de l'équité du système éducatif. De même, la formation, le recrutement et la gestion des enseignants souffrent de dysfonctionnements et d'un manque de rigueur qui nuisent considérablement à la qualité de l'enseignement. L'inspection pédagogique, considérée comme une activité incontournable de l'évaluation des compétences des enseignants, est à ce jour quasiment inexistante dans le système éducatif malgache. Enfin, les défaillances du système de suivi

²⁸⁷ Plan Intérimaire pour l'Education 2013-2015, Ministère de l'Education nationale, 2013.

(collecte et traitement des statistiques) ne permettent pas de piloter le système sur la base de données probantes en vue de renforcer les écoles/régions les plus vulnérables et marginalisées. En outre, la période de crise a été caractérisée par une politisation croissante des agents et activités de l'éducation, un faible niveau de redevabilité et une dégradation de la performance des systèmes et des capacités de gestion et de contrôle affectant la transparence de la gestion financière du MEN. Le pilotage du système éducatif souffre d'un manque de leadership notoire au niveau central du MEN, source de dysfonctionnements et de défaillances à tous les niveaux du système éducatif.

La pauvreté : La crise a entraîné une forte hausse de la pauvreté. Or, compte tenu de l'investissement financier que représente la scolarisation d'un enfant à Madagascar, le lien entre moyens financiers du ménage et privation scolaire des enfants est fort. Ainsi, en 2011, le quintile le plus pauvre de la population avait treize fois plus de chance d'avoir des enfants en privation scolaire sévère que les ménages appartenant au quintile le plus riche. Rappelons également que plus des trois quarts des ménages malgaches vivent en dessous du seuil minimal de pauvreté²⁸⁸, et jusqu'à la totalité de la population dans certaines régions²⁸⁹.

La forte prévalence de l'analphabétisme : les parents peuvent décider de ne pas envoyer leur enfant à l'école s'ils ne sont pas convaincus de l'intérêt de l'éducation. C'est parfois le cas lorsqu'ils sont eux-mêmes peu ou pas instruits. Or le taux d'alphabétisation national se limite à 72% en 2012 et peut descendre en dessous des 40% dans certaines régions²⁹⁰.

Les normes sociales : certaines croyances et superstitions conditionnent le comportement adopté par les enseignants, les parents eux-mêmes ou la communauté vis-à-vis des enfants vulnérables et marginalisés (humiliation, violences, discrimination, etc.) et entraînent l'exclusion de nombreux enfants à Madagascar, en particulier des enfants handicapés.

3.5.2. Analyse des rôles

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Les parents ont, tout d'abord, la responsabilité d'assurer un avenir à leurs enfants. La décision de scolarisation s'effectue entre le père et la mère, l'enfant n'étant bien souvent pas consulté. Pour cela, ils ne doivent pas contribuer eux-mêmes à

l'exclusion du système scolaire de leur propre enfant, soit en le détournant de l'éducation par le travail, soit en ne l'envoyant pas à l'école pour des raisons discriminatoires, soit en acceptant l'abandon de leur enfant. Tous les enfants doivent être scolarisés, y compris les plus vulnérables. L'égalité des chances est au cœur du processus d'universalité de l'éducation fondamentale et est rappelée dans la Constitution malgache (article 23).

Les parents doivent également protester en cas d'exclusion de leur enfant du système scolaire pour des motifs injustifiés.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

De même, les représentants de la communauté ont le devoir d'encourager tous les enfants de la collectivité à être scolarisés, de sensibiliser les parents et de les soutenir. Ils peuvent, par exemple, entreprendre des actions locales spécifiques pour favoriser la scolarisation universelle comme des collectes de fonds pour les ménages les plus pauvres, des campagnes de sensibilisation, la mise en place de dina²⁹¹. L'engagement de la communauté est primordial pour lutter contre l'exclusion scolaire.



L'intervention du président FRAM et des représentants des parents d'élèves est essentielle dans le processus d'inclusion scolaire. Or, d'après l'étude de Rohen d'Aiglepierre, la moitié des présidents FRAM en 2012 considéraient encore que le handicap pouvait être contagieux et un quart d'entre eux estimaient que certains enfants portaient malheur.

AU NIVEAU DE L'ÉCOLE

L'école est obligatoire vis à vis de la communauté et de l'ensemble des familles. Elle a, tout d'abord, le devoir de scolariser tous les enfants de la collectivité sans distinction ni discrimination. L'éducation doit être d'une qualité permettant à chaque enfant de développer sa personnalité propre, ses talents et ses aptitudes mentales et physiques, indispensables à son plein épanouissement.

²⁹¹ Contrat social traditionnel malgache, utilisé dans certaines régions.

²⁸⁸ 1,25 \$PPA actualisé. La proportion de pauvres dépasse 90% si l'on utilise le seuil de 2 \$PPA par jour.

²⁸⁹ « Enquête Périodique auprès des Ménages de 2010 », Institut National de la Statistique (INSTAT), Antananarivo – Madagascar, 2011.

²⁹⁰ Enquête Nationale sur le suivi des OMD 2012, Institut National de la Statistique (INSTAT), Antananarivo – Madagascar, 2013.



Mais garantir l'universalité de l'accès à l'enseignement, c'est également lutter contre l'absentéisme et l'abandon scolaire, à travers l'intervention des enseignants et du directeur d'école. Les enfants dits « à risque » de décrochage scolaire doivent être considérés avec une attention particulière. L'école pourra, par exemple, jouer le rôle de médiateur en cherchant des solutions avec les parents, en instaurant une bonne relation pédagogique et affective avec l'enfant ou encore, en lui offrant les possibilités de travailler davantage pour rattraper son retard.

AU NIVEAU DES SERVICES DÉCONCENTRÉS

Les chefs **ZAP** (zones d'appui pédagogiques) ou conseillers pédagogiques assurent, au niveau local, l'encadrement pédagogique et la formation continue du personnel enseignant en introduisant les formateurs au sein des établissements. Ils sont obligatoires vis-à-vis des écoles publiques et privées sur un territoire plus ou moins équivalent à la commune et jouent donc un rôle essentiel dans le cadre de la sensibilisation et du renforcement des capacités du personnel enseignant face à l'exclusion scolaire.

Le chef ZAP est à la fois chargé de rassembler et de diffuser les informations entre l'école et la CISCO. Il exerce des tâches administratives, pédagogiques et de supervision. Parmi les tâches administratives les plus significatives qui lui incombent, on peut relever l'organisation de la distribution des kits scolaires, le suivi et le contrôle des dépenses financées par la caisse école ou la collecte des données des recensements scolaires. Dans le domaine pédagogique, les tâches principales se réfèrent à l'organisation et à l'animation des journées pédagogiques ainsi qu'au contrôle et au soutien au niveau des classes. Enfin parmi les tâches de supervision, l'organisation et la réalisation de visites au sein des écoles ainsi que l'évaluation des directeurs d'école sont essentielles.

La **CISCO** (circonscription scolaire), quant à elle, intervient au niveau des 114 districts. Elle est en charge de fournir les moyens et appuis nécessaires à la bonne

réalisation de la mission des chefs ZAP et conseillers pédagogiques. Elle constitue le maillon reliant le ministère aux écoles avec l'avantage d'une certaine proximité. Le chef CISCO est en charge d'administrer, d'appuyer et de superviser les structures scolaires de sa circonscription mais également d'impliquer la communauté dans la gestion de l'école. Parmi les nombreuses responsabilités qui lui incombent dans le domaine de l'administration, la réaffectation des enseignants dans les écoles, le recrutement des maîtres FRAM, la distribution des kits scolaires et des manuels, l'attribution des caisses scolaires ainsi que l'organisation et l'évaluation du travail des chefs ZAP sont les plus essentielles. Sont également considérées comme relevant de la responsabilité du chef CISCO, l'organisation des évaluations de performances des établissements scolaires ainsi que de l'encadrement pédagogique des écoles. Enfin, la CISCO doit entretenir d'étroites relations avec les FRAM, les FAF et les élus des collectivités territoriales.

Enfin, les **DREN** (directions régionales de l'éducation nationale) et les CRINFP (centres régionaux de l'Institut national de formation pédagogique) sont présents dans les 22 régions de Madagascar pour assurer la mise en œuvre de la politique d'Education nationale. Dans le cadre de la lutte contre l'exclusion scolaire, ils ont pour principales fonctions de donner les moyens aux CISCO d'assurer leur mission et d'assurer la supervision de leurs interventions.

AU NIVEAU ÉTATIQUE

Le premier obligatoire est le gouvernement malgache qui s'est engagé à « assurer le droit à l'éducation pour tous ». Il se doit de donner des directives claires au MEN pour faire de l'accès universel à la scolarisation un droit effectif à Madagascar.

Le MEN, à travers ses différentes administrations, académies et délégations, est le responsable direct de la politique publique d'éducation. Ainsi, il joue un rôle primordial dans le cadre de la lutte contre l'exclusion scolaire.



Pour cela, il doit principalement :

- élaborer une Stratégie nationale de lutte contre l'exclusion scolaire et répartir clairement les compétences entre les différentes instances ;
- harmoniser les outils et approches et travailler sur des modules de pédagogie inclusive à destination des enseignants (rôle du service de pédagogie et vie scolaire au sein de la direction de l'éducation fondamentale du MEN) ;
- donner les moyens (humains, financiers, techniques et matériels...) à ses antennes décentralisées pour mettre en œuvre une stratégie nationale contre l'exclusion, notamment des formations adaptées à ce sujet dans le curriculum national des enseignants et directeurs des écoles publiques et des financements nécessaires pour permettre l'accueil de tous les enfants à l'école, en améliorant et en adaptant les infrastructures ou en supprimant les barrières à la scolarisation.

3.5.3. Analyse des capacités

La généralisation de l'éducation à tous les enfants malgaches nécessite un réel engagement de l'Etat, une dotation en ressources humaines adaptée et qualifiée ainsi que la mobilisation de ressources financières suffisantes.

Comment explique-t-on que tous les acteurs censés garantir l'universalité du droit à l'éducation ne parviennent pas à remplir leur rôle aujourd'hui, malgré les différents plans et programmes mis en place depuis des décennies ?

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Comme nous l'avons vu précédemment, les ménages malgaches, fortement touchés par la pauvreté et la crise de 2009, n'ont pas toujours les moyens de payer les frais de scolarité de leurs enfants. Le lien entre pauvreté et exclusion est donc évident et amplifie la vulnérabilité des familles face aux chocs extérieurs. Ainsi, la perte d'une récolte ou d'un emploi ou encore la survenue d'une maladie ou d'un décès au sein de la famille peut l'amener à effectuer une priorisation drastique de ses ressources et donc à retirer un ou plusieurs enfants de l'école.

Dans d'autres cas, les parents n'ont pas conscience de leur devoir de scolariser leur enfant et méconnaissent les droits relatifs à l'éducation. Les faibles niveaux d'instruction des parents expliquent, en partie, cette méconnaissance. La communauté joue également une influence non négligeable, notamment à travers les croyances liées par exemple aux enfants handicapés qu'il ne faudrait pas scolariser ou encore à l'application de dina qui impliquent un caractère coercitif et excluant pour les familles. Cette soumission quasi

systematique au droit coutumier ne facilite pas le dialogue et la communication avec les représentants de la communauté pour essayer d'enrayer les déterminants culturels de l'exclusion.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

Comme pour les parents, le manque de connaissances vis-à-vis des droits de l'enfant et plus particulièrement du droit à l'éducation, est un des principaux déficits de capacité de la communauté. Le droit coutumier intervient parfois en contradiction avec les droits de l'enfant à Madagascar et aller à l'encontre des préceptes culturels régissant la société, au risque de se faire exclure, n'est pas concevable pour bon nombre de familles. Les représentants de la communauté considèrent souvent que la non scolarisation ou l'abandon est principalement du ressort des parents alors qu'il peut être dû à la pression de la communauté ou du personnel enseignant.

Le désintérêt de la communauté pour l'éducation peut également expliquer le faible investissement pour remédier aux cas d'exclusion scolaire. Certains membres ont parfois une perception mitigée des avantages liés à la scolarisation et la réussite est plutôt associée à la richesse, qui peut s'acquérir par d'autres biais que les études. La dévalorisation des diplômes et les difficultés économiques du pays viennent alimenter ce sentiment.

Enfin, le manque de ressources aussi bien financières qu'humaines peut entraver l'action de la communauté pour investir dans l'éducation, qui se veut une réponse positive à la diversité des besoins des élèves. La mise en place de projets d'établissements avec les communautés, actuellement en voie d'expansion, semble cependant jouer un effet de levier important pour l'implication accrue des communautés et mérite d'être généralisé.



AU NIVEAU DE L'ÉCOLE

L'école et le personnel éducatif n'ont pas toujours conscience de leurs obligations envers les enfants, la communauté et les familles dans le cadre de l'éducation inclusive. La culture de la redevabilité est loin d'être effective et les modes de communication parents/école mériteraient d'être systématisés.

De plus, les priorités des établissements sont bien souvent ailleurs, dans le renouvellement d'infrastructures vétustes, la recherche de dotations en matériel pédagogique ou encore d'enseignants supplémentaires. La baisse de la qualité de l'enseignement et la détérioration des conditions d'études peuvent ainsi décourager et affecter la motivation des enseignants (FRAM notamment) et directeurs d'école à remplir leur mission.

Bien souvent, l'école justifie l'exclusion de certains élèves par la nécessaire préservation de l'équilibre de la structure scolaire. Dans de nombreux cas, le renvoi de l'élève s'explique par le non-paiement des frais de scolarité par les parents ou des problèmes d'indiscipline. Dans des cas plus rares, par de mauvais résultats ou une grossesse précoce. Concernant les enfants handicapés, le personnel éducatif est souvent réticent à les inclure dans un milieu scolaire standard ; il invoque le manque de matériels adaptés et de soutiens additionnels pour répondre aux besoins de ces enfants (difficulté à consacrer plus de temps compte tenu des sureffectifs, manque de formation pour connaître quelle attitude adopter, insuffisance des effectifs d'enseignants).

Notons qu'aucun texte législatif ni réglementaire ne sanctionne le comportement discriminant que le personnel éducatif peut adopter à l'encontre des enfants vulnérables. Cela ne favorise pas le changement de comportement concernant l'exclusion.

AU NIVEAU DES SERVICES DÉCONCENTRÉS

Comme évoqué au paragraphe 5.3., les rôles et responsabilités des différents services déconcentrés de l'Etat n'étant pas clairement définis, l'efficacité et la cohérence des actions mises en oeuvre s'en trouvent diminuées. De plus, l'insuffisance de la remontée d'informations ne permet pas de répondre aux problèmes existants tandis que le manque de supports techniques et de communication ne facilite pas la sensibilisation sur le thème de l'obligation scolaire.

En ce qui concerne plus spécifiquement les chefs ZAP et les conseillers pédagogiques, leur marge de manoeuvre est assez limitée par les problèmes d'accessibilité des écoles et d'insuffisance des allocations budgétaires, que nous avons évoqués précédemment. Leur charge de travail, beaucoup plus administrative que pédagogique, peut affecter

leur motivation et leur manque de compétences et de formation peut également entraver leur potentiel d'encadreur pédagogique. La capacité à rendre des comptes et à communiquer efficacement sur les problèmes existants au sein des différentes écoles est également très limitée car il semble difficile de contrôler toutes les écoles de la commune.

Au niveau des CISCO et des DREN, un renforcement de compétences à leur niveau est indispensable pour assurer le fonctionnement adéquat du système éducatif. Selon le Plan intérimaire de l'éducation (PIE), la marge de manoeuvre des DREN et des CISCO est entravée par les problèmes suivants :

- insuffisance des ressources (humaines et matérielles) et des capacités nécessaires pour encadrer correctement les chefs ZAP, saisir et analyser ponctuellement les fiches primaires d'enquête (FPE) et autres documents clés du système de suivi ainsi que pour contrôler périodiquement la qualité de l'éducation des écoles de leur juridiction,
- centralisation des prises de décision concernant la conception, la planification, la formation ou encore l'encadrement, confinant ainsi les services décentralisés à un rôle d'exécutant,
- absence de considération des DREN comme responsables de programme,
- flou des responsabilités entre les différents échelons et non respect du principe de subsidiarité.



AU NIVEAU ÉTATIQUE

Rappelons que l'universalisation de l'éducation primaire et la réduction des disparités à l'horizon 2015 font partie des principaux objectifs du plan EPT de 2007. De la même façon, la politique générale de l'éducation inclusive a été consacrée par un décret du MEN en 2009.

Souffrant d'un problème de leadership, le ministère est aujourd'hui incapable d'adopter une approche intégrée et à long terme de la réforme EPT, rassemblant l'ensemble des acteurs - publics et privés - du secteur. Pour lutter contre l'exclusion scolaire et renforcer la qualité de l'éducation, il lui revient pourtant la responsabilité de faciliter et de coordonner les interventions des acteurs locaux, nationaux et internationaux travaillant sur ces thématiques.

Compte tenu de la crise actuelle, le budget de l'Etat consacré à l'éducation demeure très insuffisant et la dépendance aux financements extérieurs est de plus en plus importante.

Enfin, le ministère ne dispose pas des données réelles du terrain car le système de remontée d'information est défaillant. Ce problème handicape fortement la prise de décision.

3.5.4. Recommandations

Aujourd'hui, il apparaît hautement prioritaire d'assurer la continuité des services de l'éducation de base et d'accompagner le redressement du système éducatif, fragilisé par cinq ans de crise profonde, en priorisant le cycle primaire, tout en encourageant le développement de l'offre éducative aux niveaux du préscolaire et du collège.

Plusieurs recommandations peuvent d'ores et déjà être formulées :

En amont

- Continuer à appuyer la réalisation du Plan intérimaire de l'éducation (2013-2015) du MEN, dans ses trois axes stratégiques : (i) l'accès, (ii) la qualité et (iii) le renforcement institutionnel, et accompagner la formulation et le pilotage d'un futur Plan sectoriel de l'éducation élargi à l'ensemble du secteur.
- Renforcer les systèmes d'information et de gestion du secteur, et notamment la collecte, l'analyse et l'utilisation des données statistiques, visant à accélérer la publication des annuaires statistiques, renforcer les capacités de planification à tous les niveaux, et assurer un meilleur pilotage du système.
- Appuyer la décentralisation/déconcentration de la gestion du système aux niveaux régions et

districts pour en améliorer l'efficacité et renforcer l'encadrement de proximité à destination des écoles et personnels enseignants.

- Redynamiser le dialogue sur la réforme des politiques structurelles essentielles, initiées pour la plupart dans le cadre de la réforme de l'éducation fondamentale amorcée en 2008, concernant notamment la politique curriculaire et linguistique (langues d'instruction et d'enseignement) et l'extension du cycle primaire de 5 à 7 ans.
- Faciliter et accompagner la coordination des appuis extérieurs au secteur de l'éducation dans un cadre harmonisé en encourageant la mise en place de mécanismes de protection sociale.

En aval

- Renforcer la formation des enseignants et encourager le développement d'une politique enseignante volontariste, et appuyer tout particulièrement la mise en place d'un réel statut pour les enseignants FRAM afin de faciliter leur rétention, accompagné de formations, de mécanismes de certification et de dispositifs de développement professionnel adéquats.
- Appuyer la réalisation d'une éducation primaire réellement universelle et gratuite, et considérer dans ce cadre des mécanismes de compensation et des mesures d'accompagnement adéquats (à destination des écoles, des enseignants, des parents et des enfants).
- Renforcer et diversifier les dispositifs de réinsertion existants afin de mieux répondre aux besoins des enfants exclus, et appuyer plus spécifiquement l'inclusion des enfants en situation de handicap.
- Afin de pallier les problèmes liés à l'accessibilité des écoles et aux capacités d'accueil tendant actuellement vers la saturation, appuyer la mise en place d'un programme ambitieux de construction de nouvelles salles de classes, en priorité à destination des régions et localités les moins desservies et présentant un fort niveau d'exclusion au primaire.
- Adopter une approche d'appui recentrée sur les zones les plus défavorisées, en promouvant une logique d'équité visant à réduire les disparités les plus flagrantes entre régions, milieux, et niveaux de vie.
- Renforcer l'appropriation des écoles par la communauté en développant des partenariats et renforçant les mécanismes de redevabilité à tous les niveaux du système, en s'appuyant notamment sur la généralisation de l'approche contrat-programme





4. DROIT À LA PROTECTION DE L'ENFANT

4.1. Principaux engagements de Madagascar

De nombreux textes internationaux ratifiés par Madagascar²⁹² consacrent le droit à la protection de l'enfant - garçon et fille -, en particulier la CDE et ses protocoles facultatifs, la CEDAW, la Déclaration du Millénaire, les conventions 138 et 182 de l'OIT relatives au travail des enfants et le Pacte sur les droits économiques, sociaux et culturels (art. 10).

La CDE affirme dans son article 19 l'obligation pour l'Etat partie de protéger les enfants contre « ... toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié ». La convention ajoute que « ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant », et « comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire ».



L'article 39 prévoit quant à lui que l'Etat « prenne toutes les dispositions appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale des enfants vulnérables ». Des dispositions supplémentaires spécifient le droit à la protection de catégories spécifiques d'enfants en situation difficile, comme les enfants handicapés (art.23), au travail (art. 32) ou en conflit avec la loi (art. 40).

En tant qu'Etat partie à la CEDAW, Madagascar s'est par ailleurs engagé à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le sexe qui a pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice par les femmes, quel que soit leur état matrimonial, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, des droits de l'homme et des libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel et civil ou dans tout autre domaine ».

La CEDAW garantit ainsi le respect des droits humains des femmes et des filles, qui incluent le droit à l'intégrité physique et morale. En tant qu'Etat partie à la CEDAW, Madagascar s'est aussi engagé à lutter contre les préjugés et pratiques coutumières « fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes » (article 5). Il s'est engagé à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions « découlant du mariage et des rapports familiaux » (article 16).

4.2. Cadre stratégique et institutionnel de la protection de l'enfance

L'intérêt supérieur de l'enfant ainsi que la prise en compte de ses besoins fondamentaux, qu'ils soient physiques, intellectuels, sociaux ou affectifs doivent être à l'origine de toutes les décisions le concernant afin d'assurer son bien-être physique, mental et social, immédiat et futur.

Pour cela, l'Etat doit assurer la mise en place d'un cadre protecteur pour les enfants et prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, accompagner les familles et assurer – le cas échéant – une prise en charge partielle ou totale adaptée à leurs besoins.

En application des principes et normes contenus dans la CDE, 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

²⁹² Voir la section Cadre législatif et institutionnel relatif aux droits de l'enfant, dans le chapitre Contexte.

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 résilience²⁹³. Selon cette approche, un environnement protecteur est basé sur deux piliers essentiels : l'édification et/ou le renforcement d'un système national de protection de l'enfance inclusif et une stratégie visant le changement social.

A Madagascar, la réponse nationale à la vulnérabilité et aux violations des droits de l'enfant à la protection n'a pas été organisée en tant que système intégré ni institutionnalisé. La réforme législative en vue d'aligner les lois nationales sur la législation internationale a été entamée mais reste inachevée²⁹⁴.

D'autre part, Madagascar ne dispose pas d'une politique de protection de l'enfance. Seuls des plans d'action sectoriels ont été élaborés, notamment le Plan national d'action pour la lutte contre la violence à l'égard des enfants (2008-2012) et la Stratégie nationale pour la prévention des abandons, la réduction du nombre de placements en institution et la prise en charge des enfants au sein de la communauté (2011-2015). Mais le premier document n'a pas été validé et le second n'a pas pu être mis en œuvre faute de financements²⁹⁵.

Quant à l'élaboration d'un système national intégré de protection de l'enfance ou d'une stratégie de changement social, elle n'a pas été réalisée.

Cependant, des éléments d'un système intégré de protection ont été mis en place avec l'appui de l'UNICEF, notamment avec la création de réseaux de protection de l'enfance au niveau des communes et des districts. Ces réseaux, créés sous forme pilote à partir de 2004-2005 puis mis à l'échelle à partir de 2009-2010, sont constitués (i) au niveau communautaire : d'enseignants, médecins, autorités locales, chefs traditionnels, représentants de groupes de jeunes, membres d'associations et (ii) au niveau institutionnel : de membres de la police et de la gendarmerie, juges et procureurs, directeurs d'école. Fin 2013, les réseaux de protection de l'enfance étaient au nombre de 720, répartis dans tout le pays. Toutefois, l'évaluation de leur fonctionnalité et de leur efficacité n'a pas encore été réalisée.

²⁹³ Stratégie de protection de l'enfant, UNICEF, 2008. Selon cette stratégie, les huit éléments nécessaires pour garantir un environnement protecteur sont : (i) Engagement des autorités nationales, (ii) Législation appropriée et mise en œuvre, (iii) Attitudes, traditions, coutumes, comportement et pratiques, (iv) Débat ouvert associant les médias et la société civile, (v) compétences pratiques, connaissances et participation des enfants, (vi) Capacités des personnes en contact avec les enfants, (vii) Services de base et services ciblés, (viii) Suivi et contrôle.

²⁹⁴ Voir la section Cadre législatif et institutionnel relatif aux droits de l'enfant, dans le chapitre Contexte.

²⁹⁵ Comité des droits de l'enfant, 59^{ème} session, Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention, Observations finales: Madagascar, Nations Unies, mars 2012.

Un système de collecte et une base de données sur la situation de l'enfance vulnérable et victime ont aussi été mis en place à partir de 2009 mais restent sous-alimentés et sous-exploités.

De plus, en 2008, une ligne verte pour la protection de l'enfant a été ouverte (numéro 805) ; elle a été remplacée en 2011 par le numéro 147. En 2011, 96 000 appels ont été reçus dans les 11 postes de police qui réceptionnent les appels et 251 cas ont été traités. En 2012, sur les 125 405 appels reçus, 618 cas ont été traités et en 2013, sur 245 313 appels, 741 cas ont été traités²⁹⁶. Le faible nombre d'appels traités s'explique entre autres par le nombre élevé d'appels sans rapport avec des violations des droits de l'enfant.

Enfin, en décembre 2012, une avancée institutionnelle notoire a été réalisée avec la création d'un comité national interministériel de protection de l'enfance. Sa principale mission consiste à fournir un espace de concertation et de coordination en vue d'élaborer des stratégies nationales en faveur de la protection de l'enfant et de s'assurer qu'un rapport annuel du gouvernement soit produit sur les interventions dans ce domaine. Ce comité rassemble des directeurs des différentes administrations concernées : ministères des Affaires sociales, de la Santé publique, de l'Éducation nationale, de la Justice, du Travail, de la Jeunesse, de l'Intérieur et de la Réforme administrative et départements de la sécurité intérieure (police et gendarmerie). L'UNICEF siège à ce comité en tant qu'observateur.

Jusqu'ici, le comité national de protection de l'enfance a surtout représenté un cadre de partage de l'information sur l'état de la situation et n'a tenu qu'une seule réunion. Il souffre notamment d'une faiblesse du leadership, celui-ci étant assuré par le ministère des Affaires sociales, qui dispose de très faibles moyens institutionnels et financiers.



²⁹⁶ Présentation du Service central de la police des mœurs et de la protection des mineurs, Ministère de la sécurité intérieure, 2013.

4.3. Etat des lieux et analyse des disparités

Tous les enfants ont le droit d'être protégés contre les différentes formes de violences, d'exploitations ou d'abus. Pourtant, encore trop d'enfants malgaches souffrent d'atteintes à ce droit fondamental. Certains d'entre eux sont particulièrement vulnérables, en raison de leur sexe, de leur âge, de leur statut socioéconomique ou encore de leur appartenance à un groupe marginalisé.

Principales sources des données

Les problématiques liées à la protection de l'enfance à Madagascar sont d'autant plus difficiles à cerner que les données sur le sujet sont fragmentées et incomplètes. Les témoignages des acteurs œuvrant sur le terrain (ONG, agences internationales...) sont multiples et attestent de la complexité comme de la diversité des situations rencontrées. Toutefois, aucune étude exhaustive ni système de collecte des données n'a permis d'établir avec précision les causes, niveaux de prévalences ou tendances des problèmes relatifs à la protection de l'enfance à Madagascar. Concernant l'abandon d'enfants par exemple, « l'absence de données statistiques sur cette question pourtant prioritaire aux yeux des Etats et des bailleurs de fond, est saisissante »*.

Dans ce contexte, le présent état des lieux s'est appuyé sur les études et rapports thématiques disponibles, sur les enquêtes nationales ainsi que sur le Rapport alternatif sur l'application de la CDE de 2011 et le Rapport du Comité des droits de l'enfant des Nations Unies de 2012. Ainsi, cet état des lieux ne saurait être considéré comme une revue exhaustive de la situation au niveau national des enfants en danger et victimes de violence, abus ou exploitation.

* « L'abandon d'enfant : un besoin de données incontestable », Bulletin d'information sur la population de Madagascar, Numéro 42, septembre-octobre 2008.



4.3.1. Enregistrement des naissances : 1 enfant sur 6 non déclaré à l'état civil

Souvent considéré comme une simple formalité administrative, l'enregistrement à la naissance permet à l'enfant de jouir du droit à l'identité, qui conditionne l'accès à plusieurs autres droits fondamentaux comme le droit à la santé, à l'éducation ou encore à la justice. L'enregistrement permet aussi de protéger les mineurs contre le mariage précoce et le travail des enfants. Le droit à l'identité est reconnu par l'article 7 de la CDE et, au niveau national, par la loi n°61-025 du 9 octobre 1961 qui prévoit que « toute naissance survenue sur le territoire malgache doit faire l'objet d'une déclaration à l'officier d'état civil ».

A Madagascar, selon la loi, la déclaration doit être faite auprès de l'officier d'état civil du lieu de naissance de l'enfant par l'une des personnes suivantes : son père, sa mère, un ascendant, un membre de la famille proche ou toute autre personne ayant assisté à la naissance, y compris le médecin ou la sage femme. L'enfant doit être enregistré dans les 12 jours suivant sa naissance. Ces dispositions légales s'appliquent sans discrimination à tous les enfants nés à Madagascar, que la naissance ait eu lieu dans le cadre du mariage ou hors mariage. La reconnaissance par le père d'un enfant né hors mariage est régie par les dispositions des articles 29 et 42 de la loi. Les parents qui ne déclarent pas la naissance de leur enfant dans le délai légal sont passibles d'amende.

D'après la dernière enquête nationale²⁹⁷, l'enregistrement à la naissance ne couvre pas encore la totalité des enfants mais s'est amélioré par rapport aux années précédentes : 17% des enfants de moins de cinq ans n'étaient toujours pas déclarés en 2012, contre 25% selon l'EDS 2003-2004 et 20% selon l'EDS 2008-2009.

Des progrès ont été obtenus suite au lancement en 2004 du Programme national de réhabilitation de l'enregistrement des naissances (EKA) en vue d'enregistrer de façon rétroactive tous les enfants de moins de 18 ans sans acte de naissance sur une période de trois ans et toutes les nouvelles naissances dans le délai légal de 12 jours. La mise en œuvre de ce programme était toutefois ralentie par le fait que seuls les magistrats des 38 tribunaux de première instance étaient habilités à rendre des jugements supplétifs pour l'enregistrement rétroactif des naissances sur les 1568 communes du pays. Aussi, suite à un fort plaidoyer de l'UNICEF, le gouvernement a-t-il promulgué la loi 2007-040 du 14 janvier 2008 habilitant les 353 chefs de districts et leurs adjoints à délivrer eux aussi des jugements supplétifs. De plus, en décembre 2008, le Conseil du gouvernement a

²⁹⁷ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

prolongé le délai légal de déclaration systématique de naissance de 12 à 45 jours. Enfin, en décembre 2012, les dispositions de la loi 2007-040 du 14 janvier 2008 ont été prolongées jusqu'en 2015²⁹⁸.

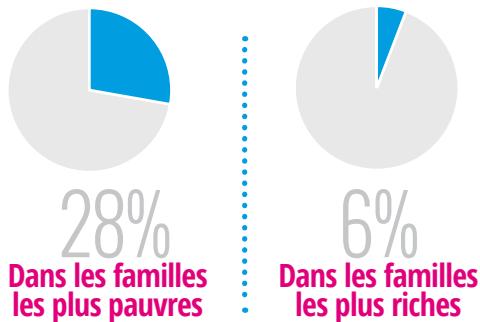
La persistance d'un taux élevé d'enfants non déclarés est liée à plusieurs facteurs : dans de nombreux cas, la loi n'est pas connue des populations tandis que des problèmes pratiques peuvent empêcher certains parents d'effectuer les formalités administratives nécessaires : éloignement des services d'état civil, problème d'accessibilité financière ou encore délai d'enregistrement trop court. De plus, en raison de croyances traditionnelles, certaines communautés ne donnent pas de nom à l'enfant avant un délai qui dépasse souvent 12 jours et peut même aller jusqu'à 40 jours.

stagnation du taux en milieu rural (22% en 2008³⁰¹) mais un important progrès en zones urbaines (8% en 2008).

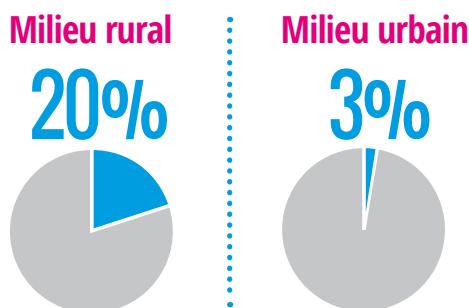
Les disparités sont également très fortes entre les régions, les taux de non déclaration variant de 3% en Analamanga et Itasy, 4% en Vankinakaratra à 41% dans l'Antsimo Andrefana, 40% dans l'Antsimo Antsinana et 30% dans le Menabe.

Carte 14 : Enfants de moins de cinq ans non déclarés à l'état civil par région en 2012

TAUX DE NON DÉCLARATION EN 2012

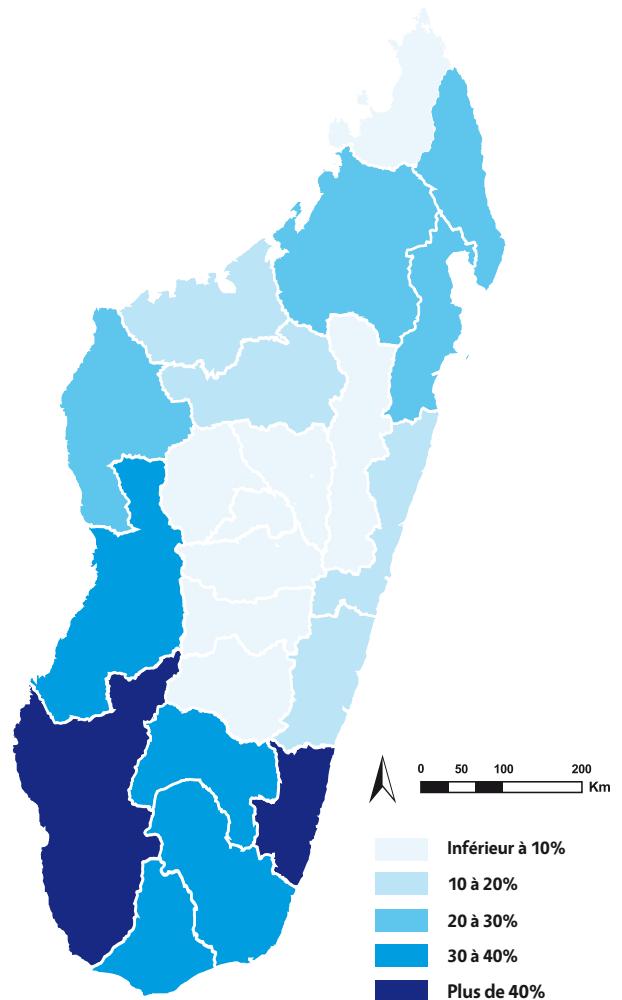


TAUX DE NON DÉCLARATION SELON LE MILIEU DE RÉSIDENCE



Ces entraves sont surtout importantes pour les familles pauvres et enclavées. En effet, en 2012²⁹⁹, le taux de non déclaration s'élève à 28% dans les familles du quintile le plus pauvre mais se limite à 6% chez les plus riches. En 2008³⁰⁰, l'écart était encore plus grand, de 39% à 7%.

Les disparités sont également très fortes entre milieu rural et urbain avec des taux de non déclaration respectifs de 20% et 3%, soit, depuis 4 ans, une quasi



Source : ENSOMD 2012-2013, INSTAT.

Portée par l'UNICEF qui intervient en appui au gouvernement, une stratégie axée sur l'équité visant à atteindre les enfants exclus ou à risque d'être exclus de l'enregistrement des naissances est en cours de finalisation et devrait être inscrite dans la loi de finances 2014. Une base de données sur les poches d'exclusion a d'ores et déjà été finalisée afin de mieux cibler les enfants à atteindre.

²⁹⁸ Ibid.

²⁹⁹ Ibid.

³⁰⁰ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

³⁰¹ Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

4.3.2. Enfants privés d'environnement familial : de plus en plus d'enfants placés dans des institutions

En perdant leurs parents, les enfants perdent le plus souvent leurs premiers défenseurs et protecteurs. Les raisons d'une telle séparation peuvent être diverses et relever de la mort d'un des parents, d'un abandon, d'un placement de l'enfant pour des raisons économiques ou d'autres causes. Les enfants privés de protection parentale risquent davantage d'être victimes de discrimination, de soins inadéquats, de maltraitance ou d'exploitation.

Comme le précise l'article 20 de la CDE, un enfant qui n'a plus de famille, a été séparé de celle-ci ou dont la famille met gravement en danger sa santé ou son développement, a droit à une « protection de remplacement ».

Les dispositions légales nationales pour la protection de l'enfant existent et mentionnent clairement la prééminence du maintien de l'enfant au sein de sa famille ainsi que l'application du principe de subsidiarité concernant la protection de remplacement. Ainsi, la loi n° 2007-023 sur les droits et la protection des enfants garantit le droit à la vie familiale, stipule l'égalité des père et mère dans leurs droits et obligations envers l'enfant et établit que le retrait de l'enfant de son milieu familial peut être envisagé seulement quand l'intérêt supérieur de l'enfant l'exige.

La loi n°2005-014 relative à l'adoption, quant à elle, spécifie la prééminence du maintien de l'enfant dans sa famille et prévoit – quand cela s'avère nécessaire – des mesures de remplacement au sein de la communauté ou d'une famille d'accueil (régies par le décret n°2006-885 de 2006) ou, le cas échéant, d'une famille adoptive par le biais de l'adoption nationale puis internationale. La séparation et le placement alternatif constituent théoriquement des mesures de dernier recours. Notons aussi que le Code pénal malgache, dans son article 348, punit l'abandon d'un enfant de moins de 7 ans. L'ordonnance n°60-025 du 4 mai 1960 précise les cas où les parents peuvent être poursuivis pour abandon de famille. Les peines encourues vont de 100 000 Ar à 2 700 000 Ar et d'un emprisonnement d'un à trois ans.

La plupart des enfants vivant en institution sont placés par leur famille

En 2012³⁰², 13% des enfants ne vivent avec aucun de leurs parents biologiques, qu'ils soient décédés ou en vie, alors que seulement 7,5% des enfants sont orphelins de père (4%) ou de mère (3%) ou des deux (0,5%).

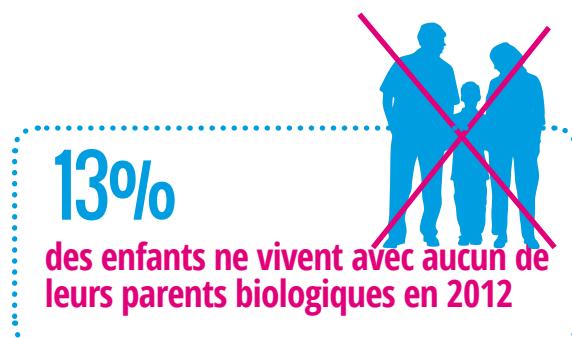
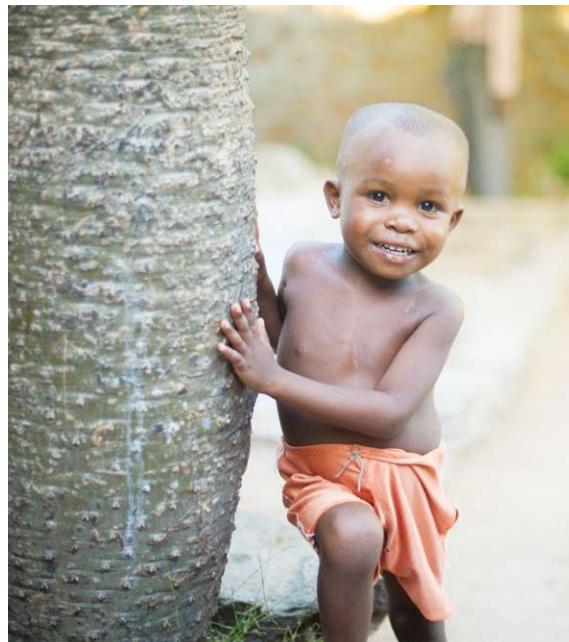
³⁰² Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.

Au total, un enfant sur dix ne vit avec aucun de ses deux parents biologiques alors que les deux sont en vie. Au niveau régional, c'est en Diana (21%) et en Sava (18%) que sont enregistrées les plus fortes proportions d'enfants vivant sans aucun de leurs parents biologiques alors qu'ils sont en vie.

De plus, 15% des enfants de Madagascar vivent seulement avec leur mère, le père étant vivant ou décédé, et 4% vivent seulement avec le père, la mère étant vivante ou décédée.

Bien que très faiblement documenté, l'abandon d'enfants à Madagascar constitue une pesante réalité. La plupart des enfants vivant sans leurs parents biologiques sont confiés à des parents ou d'autres familles plus aisées et/ou vivant en ville. Cette pratique, dite du « confiage », permettait à l'origine aux familles rurales et démunies d'assurer un meilleur cadre de vie et un accès facilité à l'éducation à leurs enfants. Mais de nos jours, il aboutit le plus souvent à l'exploitation des enfants, à l'abus et à la séparation permanente d'avec les parents biologiques.

Par ailleurs, de plus en plus de parents décident de placer leurs enfants dans des institutions plutôt que de les élever eux-mêmes.



Dynamiques de placement et d'abandon : deux tiers des enfants placés le sont par leur propre famille

Selon une récente étude de V. Delaunay et L. Galeano Germain*, sur les 746 enfants placés dans des centres à Antananarivo, un tiers seulement étaient abandonnés ou orphelins. Près des deux tiers (61%) des enfants placés l'avaient été par leur famille, le plus souvent en raison de détresse économique (37%)**.

Au cours des dernières années, les centres d'accueil résidentiel se sont multipliés : d'après cette étude et les rapports d'activités des réseaux de protection de l'enfance, leur nombre serait passé de 170 en 2007 à 229 en 2011. Avec la montée de l'urbanisation et de la pauvreté, l'Etat fait face à une demande croissante d'aide sociale mais peine à apporter des réponses adaptées, en raison notamment de l'absence d'une politique de protection sociale. Du coup, les financements philanthropiques d'associations privées et de bailleurs de fonds étrangers alimentent le développement d'un « marché de l'action sociale » visant l'enfance vulnérable.

Selon l'étude déjà citée, les ruptures familiales conduisent de plus en plus souvent à l'abandon et au placement d'enfants. Selon ENSOMD***, 11% des femmes (4% des hommes), tous âges confondus (14-49), sont en rupture d'union (séparées ou divorcées) et selon EDS 2008-2009****, 20% des hommes et des femmes enquêtés en deuxième union ou plus. Les recompositions familiales ont une grande influence sur le placement d'enfants, les nouveaux conjoints

refusant souvent de prendre en charge les enfants des premiers lits. La stigmatisation de certaines naissances - enfants handicapés, enfants de mères célibataires, enfants jumeaux rejetés du fait des tabous prévalant dans certaines régions du Sud-Est (Mananjary) - sont d'autres facteurs importants d'abandon. De plus, avec la modernisation des modes de vie, les solidarités traditionnelles se sont érodées et les familles élargies jouent de moins en moins leur rôle de famille de remplacement en cas de manquement des parents biologiques.

Ainsi, les institutions résidentielles ont dévié de leur mission originelle, qui consistait à accueillir les enfants en danger. Elles se substituent peu à peu à la famille élargie et assurent un rôle d'aide sociale en raison de la pauvreté des familles plutôt qu'un rôle spécifique de protection de l'enfance.

* Dynamiques de placement et dynamique d'abandon : le cas des enfants en institution à Antananarivo, Madagascar, V. Delaunay et L. Galeano Germain - IRD, Université de Provence, LPED, Série Population Santé, Document de recherche n°20 - 2011.

** A noter que les lignes directrices relatives à la protection de remplacement (Résolution 64/142 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies - 2010) mentionnent clairement qu'en aucun cas la pauvreté ne doit être une cause de retrait d'un enfant de sa famille.

*** Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) Antananarivo, Madagascar, 2013.

**** Enquête démographique et de santé de Madagascar 2008-2009, Institut national de la statistique (INSTAT) et ICF Macro, Antananarivo, Madagascar, 2010.

Un enfant résidant en institution sur cinq y a été placé par la justice et 3% par une administration (fokontany, mairie, police)³⁰³, le plus souvent en raison de comportements violents ou d'alcoolisme (surtout pour les garçons) et de vols (surtout pour les filles, notamment exploitées dans le travail domestique).

Toujours selon la même source³⁰⁴, dans la plupart des cas, les centres de placement connaissent au moins un membre de la famille de l'enfant (85% des cas). Toutefois, 23% des enfants placés ne gardent aucun contact avec leur famille alors que seulement 11% sont orphelins des deux parents. En ce qui concerne les conditions de vie dans les centres, les enfants y sont souvent malnutris (plus d'un tiers d'entre eux) et souffrent de problèmes de santé.

³⁰³ Dynamiques de placement et dynamique d'abandon : le cas des enfants en institution à Antananarivo, Madagascar, V. Delaunay et L. Galeano Germain - IRD, Université de Provence, LPED, Série Population Santé, Document de recherche n°20 - 2011.

³⁰⁴ Dynamiques de placement et dynamique d'abandon : le cas des enfants en institution à Antananarivo, Madagascar, V. Delaunay et L. Galeano Germain - IRD, Université de Provence, LPED, Série Population Santé, Document de recherche n°20 - 2011.

Les enfants abandonnés ou en danger sont presque toujours placés en institution, les solutions alternatives comme le placement au sein de la famille élargie ou dans une famille d'accueil, pourtant privilégiées par la loi, étant peu pratiquées. La nécessité du placement en centre d'accueil - qu'il soit sollicité par la famille ou qu'il constitue la conséquence d'une intervention du tribunal - n'est pas clairement évaluée et pourrait être évitée si un accompagnement social des familles était mis en place.

De même, il est rare que la situation d'un enfant placé en institution soit réévaluée et que l'enfant soit réintégré dans sa famille d'origine. D'une manière générale, pour que la réintégration familiale soit recherchée et mise en œuvre, il est important que le placement soit conçu dès l'origine comme une « solution temporaire », ce qui n'est pas le cas à Madagascar.

Faible respect de la loi sur l'adoption

Les proportions d'enfants institutionnalisés abandonnés par leur famille sont les plus fortes dans les centres agréés pour l'adoption. La loi n°2005-014 du 7 septembre 2005 relative à l'adoption a mis en place une nouvelle procédure d'adoption plénière, notamment internationale, introduisant le principe de subsidiarité et instaurant une autorité centrale pour les adoptions. Cette autorité doit contrôler et sélectionner les centres d'accueil à vocation sociale et pour l'adoption, en coopération avec la Direction de la protection de la famille et de l'enfance du Ministère de la population et des affaires sociales. Toutefois, ces centres sont en grande partie subventionnés par des partenaires étrangers et peuvent être soumis à de multiples pressions.

En 2012, le Comité des droits de l'enfant s'est dit préoccupé par le nombre élevé d'adoptions internationales illégales. Il a pris acte des nouvelles dispositions législatives érigeant en infraction les adoptions illégales (loi n°2005-014 du 7 septembre 2005 et décret n° 2006-596 du 10 août 2006) et a noté qu'un certain nombre de cas ont fait l'objet d'enquêtes et de procédures judiciaires. Toutefois, le comité souligne que l'Autorité centrale pour l'adoption dispose de ressources humaines, techniques et financières limitées et que le faible taux d'enregistrement des naissances et le taux élevé de pauvreté favorisent et encouragent les adoptions illégales.

Les dernières années ont également permis de démontrer que le nombre d'adoptions internationales devançait largement celui des adoptions nationales du fait de plusieurs raisons : le non-respect ou la méconnaissance du principe de subsidiarité, l'absence de cadre clair dans le domaine de la famille et des compétences familiales, entraînant, entre autres, une démission grandissante des parents et l'idée répandue que l'adoption internationale représente une opportunité de vie meilleure pour l'enfant, voire pour sa famille d'origine.



Enfants dans la rue : un phénomène en expansion

Les enfants dans la rue constituent une autre catégorie d'enfants privés de soins familiaux. Il est très difficile de disposer de statistiques fiables sur ces enfants en raison de leur mobilité et de la diversité de leur situation mais les acteurs de terrain sont unanimes à dire qu'ils représentent un phénomène naissant, en pleine expansion dans les villes depuis la crise de 2009. Ces enfants sont exposés à de multiples abus physiques, sexuels et autres types de maltraitements, y compris au sein de leur propre famille. D'autres ont affaire à la justice et se retrouvent en prison ou placés en institution.

Selon une étude réalisée à Antananarivo en 2012 auprès de 950 enfants dans ou de la rue, la plupart sont des garçons (63%) et vivent de la mendicité ou de la fouille des ordures³⁰⁵. Les enfants sont souvent poussés à mendier dans la rue par leurs propres parents (70%) et la majorité d'entre eux vivent auprès d'un membre de leur famille (79%). Les jeunes filles vivant dans la rue sont très souvent victimes d'exploitation sexuelle pour subvenir à leurs besoins ou sous la pression d'un tiers. D'autres exercent des activités domestiques et viennent gonfler les rangs des enfants travailleurs exploités.

70%

des enfants dans la rue sont poussés à mendier par leurs propres parents

4.3.3. Violences et châtements corporels : une réalité mal connue

La loi malgache n° 009/2007 du 30 avril 2007 définit, dans son article 67, la maltraitance comme : « toutes formes de violence, d'atteintes ou de brutalités physiques ou morales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation y compris la violence sexuelle perpétrées sur un enfant par ses parents, des représentants légaux ou toute autre personne. » La définition de la maltraitance intègre aussi différents types de « punitions » infligés aux enfants dans le contexte de la vie familiale et communautaire. Ainsi, « sont assimilées à la maltraitance toutes sanctions prises à l'encontre des enfants au sein de la famille, des écoles, de la communauté lorsqu'elles portent atteinte à son intégrité physique ou morale ».

On ne dispose pas d'une étude nationale sur la violence à l'égard des enfants mais seulement de quelques informations parcellaires. Selon l'enquête

³⁰⁵ Etat de lieux sur l'évolution de la situation des enfants vivant dans ou de la rue, Plateforme de la société civile pour l'enfance (PFSC), mai 2012.



McRam réalisée à Antananarivo en 2011³⁰⁶, 9% des ménages rapportent qu'un de leurs enfants a subi une agression ou fait l'objet de violence physique, psychologique ou sexuelle. Toutefois, ces chiffres peuvent être sous-estimés en raison de la réticence de certaines familles à aborder ces questions. Les violences rapportées étaient des châtiments corporels (59%), des agressions verbales et des insultes (26%), des privations fréquentes (12%) ou des coups et blessures (11%).

Selon les services des mœurs et de la protection des mineurs, en 2010, 509 cas de violences physiques envers les enfants ont été enregistrés et 170 durant le premier trimestre de l'année 2011. Près de la moitié des cas (43%) concernaient des affaires de détournements de mineurs, d'attentats à la pudeur et de viols et plus d'un tiers avaient à voir avec des mauvais traitements (37%). En 2013, 440 victimes ont été enregistrées auprès de ces services, et plus de la moitié concernaient des viols ou détournements de mineurs³⁰⁷.

A l'école, la violence est reconnue comme un phénomène courant, qui s'abat aussi bien sur les filles que sur les garçons et porte préjudice à la scolarisation des enfants³⁰⁸. Des enfants victimes de châtiments corporels, de violences verbales lorsqu'ils sont désobéissants ou peu performants en classe et des filles qui subissent des attouchements de la part des enseignants préfèrent abandonner l'école plutôt que de continuer à subir ces violences. La violence à l'école a également lieu entre élèves et concerne surtout les élèves stigmatisés en raison d'un handicap, de la situation économique précaire de leur famille ou de leurs mauvais résultats. Les filles se plaignent des violences que leur font subir les garçons et les garçons se disent victimes de leurs aînés du même sexe³⁰⁹.

Les violences sont également pratiquées au sein de la cellule familiale mais restent très faiblement documentées. Le foyer est considéré comme une structure relevant uniquement de la sphère privée. Education et discipline de l'enfant vont souvent de pair avec autorité et violence, bien qu'il n'existe pas d'étude permettant d'en apprécier la prévalence au sein des ménages. Les châtiments corporels sont socialement acceptés et un parent qui châtie est considéré comme un bon parent. Les enquêtes réalisées auprès des enfants de la rue font ressortir la

violence intrafamiliale comme l'une des raisons ayant poussé l'enfant à quitter son foyer³¹⁰.

Dans les institutions, le manque d'infrastructures, l'insuffisance du personnel, les projets pédagogiques incertains et le manque de contrôle sont autant de raisons qui compromettent les conditions de vie des enfants placés. De plus, les centres de rééducation accueillent indifféremment des enfants victimes de violence et des enfants en conflit avec la loi alors que ces deux catégories d'enfants vulnérables ne nécessitent pas le même type de prise en charge et que leur cohabitation peut être source de violence entre pairs.

4.3.4. Traite, exploitation et travail des enfants : les responsables impunis

Selon l'article 32 de la CDE, « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social ».



Alignée sur la Convention 182 de l'OIT, la législation malgache définit et abolit la traite par le décret n°2007-563 relatif au travail des enfants, qui précise l'âge, les conditions et les catégories de travail autorisés pour les enfants. En 2004, la loi n°2003-044 portant Code du travail a fixé à 15 ans l'âge minimum légal d'accès à l'emploi et interdit les heures supplémentaires et le travail de nuit à tous les enfants jusqu'à 18 ans. Elle oblige les enfants travailleurs au repos quotidien, impose une autorisation de l'Inspecteur du travail pour l'emploi d'enfants avant l'âge légal ainsi qu'un examen médical avant de commencer le travail. La loi n°2007-038 du 14 janvier 2008 a, quant à elle, modifié et complété le Code pénal sur la traite des personnes et le tourisme sexuel, en conformité avec les textes internationaux.

³⁰⁶ Etude sur l'évolution de la vulnérabilité des ménages de la ville d'Antananarivo pendant la période de crise politique, McRAM Madagascar, juin 2012.

³⁰⁷ Présentation du Service central de la police des mœurs et de la protection des mineurs, Ministère de la sécurité intérieure, 2013

³⁰⁸ Knowledge, Attitudes and Practices: Girls' Education and Gender Dimensions in Selected Districts, A study commissioned by UNICEF Madagascar, August 2007.

³⁰⁹ « Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar », Rohen d'Aiglepieper et Focus Développement Association, 2012

³¹⁰ Notamment « Dynamiques de placement et dynamique d'abandon : le cas des enfants en institution à Antananarivo, Madagascar », V. Delaunay et L. Galeano Germain - IRD, Université de Provence, LPED, Série Population Santé, Document de recherche n°20 - 2011.

Enfants victimes de la traite : des chiffres sous-estimés

Par enfant victime de la traite, on entend toute personne de moins de 18 ans qui est recrutée, transportée, transférée, hébergée ou accueillie à des fins d'exploitation, à l'intérieur ou à l'extérieur d'un pays donné. La traite expose les enfants à la violence, la maltraitance et l'abus sexuel et les prive de leur droit de grandir dans un cadre familial et d'accéder à l'éducation.

> 300 000 enfants
faisaient l'objet de traite en 2007

Selon une étude réalisée en 2007, 4,5% des enfants de 5 à 17 ans pouvaient alors être considérés comme faisant l'objet d'une forme de traite³¹¹, soit plus de 300 000 enfants. De plus, ce chiffre est considéré comme sous-estimé compte tenu de l'hétérogénéité et de la diversité des formes de traite à Madagascar. La proportion d'enfants victimes augmente avec l'âge. Ainsi, on estime que la traite touche 2% des enfants de moins de 9 ans, 5,6% des 10-14 ans et 9,5% des 15-17. Certains enfants sont loués pour aller mendier dans les rues, d'autres sont placés par leur propre famille (24%) ou par des intermédiaires au sein d'autres familles, et d'autres encore sont kidnappés pour alimenter les réseaux internationaux. Plus de 70% des enfants victimes de traite ne reçoivent aucune rémunération en contrepartie de leur travail et la grande majorité des cas signalés aux services de police n'ont pas fait l'objet d'enquête. En 2012, le Comité des droits de l'enfant s'est dit extrêmement préoccupé par

l'ampleur de la traite des personnes, en particulier des enfants, de Madagascar vers les pays voisins et le Moyen-Orient à des fins de servitude domestique et d'exploitation sexuelle. Il a déploré également le phénomène de la traite à des fins d'adoption illégale. Prenant acte de l'adoption de la loi de 2008 sur la lutte contre la traite des personnes, il constate avec préoccupation qu'elle n'est pas suffisamment appliquée et, en particulier, qu'elle n'aurait abouti à aucune condamnation à ce jour³¹².

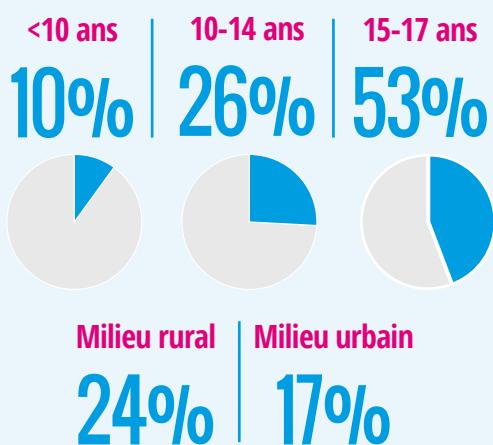
Un enfant sur quatre concerné par le travail des enfants

Les dynamiques culturelles et communautaires de socialisation imposent à l'enfant, dès son plus jeune âge, de participer à la vie familiale et aux tâches domestiques. Ainsi, la fillette est astreinte à s'occuper du dernier-né, à la corvée d'eau ou à préparer le repas tandis que le jeune garçon doit aider au travail de la terre ou garder les bêtes.

Selon l'ENTE³¹³, en 2007, plus d'un enfant malgache sur quatre âgés de 5 à 17 ans (28%) était économiquement actif, soit 1 870 000 enfants. Près du quart (23%) des enfants économiquement actifs étaient astreints à un travail dommageable et 7% à un travail dangereux. L'enquête nationale de 2012 semble indiquer une tendance à la baisse du travail des enfants avec 23 % des enfants de 5 à 17 ans exerçant un travail. Le travail des enfants est plus fréquent en milieu rural (24%) qu'en milieu urbain (15%) et dépend de l'âge : 10% des enfants de moins de 10 ans sont économiquement actifs, 26% des 10-14 ans et 53% des 15-17 ans.

Les régions les plus touchées par le travail des enfants sont Atsimo Antsinanana (43%) et Betsiboka 41%, alors

ENFANTS ECONOMIQUEMENT ACTIFS



³¹¹ La traite des enfants à Madagascar, Augendra Bhukuth et Jerome Ballet, octobre 2009.

³¹² Comité des droits de l'enfant, 59^{ème} session, Examen des rapports soumis par les États parties en application de l'article 44 de la Convention, Observations finales: Madagascar, Nations Unies, mars 2012.

³¹³ Enquête nationale sur le travail des enfants à Madagascar 2007, Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC), OIT, INSTAT, 2008.

que les moins affectées sont l'Analamanga (8%) et Diana (9%). La plupart de régions ont des taux variant entre 20 %et 30%. Dans de nombreuses régions, la majorité des enfants travailleurs sont des garçons et des enfants déscolarisés alors que dans les régions d'Atsimo Antsinanana et de Betsiboka, les filles sont au contraire beaucoup plus nombreuses que les garçons à exercer une activité économique.

De plus, on estime que 84% des enfants exerçant un emploi rémunéré gagnent un salaire bien inférieur au salaire horaire minimum en vigueur. Les moins « *malchanceux* » peuvent au mieux gagner 340 000 Ar par an, soit un niveau de salaire quatre fois moins élevé que la moyenne (estimée en 2010 à 1 388 000 Ar par an)³¹⁴.

On ne dispose pas de statistiques nationales sur les pires formes de travail des enfants³¹⁵ à Madagascar mais des enquêtes ponctuelles ou thématiques ont montré que des enfants effectuaient des travaux domestiques ou agricoles éprouvants, exerçaient des activités nocturnes (dans les restaurants, commerce de nuit, épiceries et gargotes) ou travaillaient dans les mines et les salines.

Le travail domestique des enfants dans des familles autres que les leurs peut généralement être assimilé à de la traite interne. A Madagascar, il entre dans la catégorie des travaux forcés dont l'abolition est prévue par le décret n°2007-563 relatif au travail des enfants. Or, il semblerait que le phénomène demeure largement répandu et sous-estimé. L'étude sur le travail des enfants à Madagascar³¹⁶ indiquait qu'en 2007, 14% des enfants de 15 à 17 ans exerçant un travail dommageable (9% des garçons et 17% des filles) avaient été déplacés pour devenir domestiques ou exercer une activité dans un ménage autre que leur famille d'origine. Selon les témoignages, l'activité domestique est principalement assurée par des jeunes filles, les garçons étant plutôt tournés vers d'autres activités, comme le petit commerce. Pour des journées de travail d'environ 12 heures, les enfants domestiques gagneraient en moyenne 15 000 Ar par mois mais la majeure partie de ces gains serait confisquée par les intermédiaires ayant placé l'enfant. Dans d'autres cas, l'enfant ne touche rien, l'indemnité étant directement envoyée à la famille.

Les familles employeuses sont, dans la majorité des cas, des familles riches ayant pas ou peu d'enfants³¹⁷, dont le chef de ménage à un niveau d'éducation

secondaire ou plus. La majorité des enfants domestiques ne restent pas plus de trois ou quatre ans chez le même employeur. Lorsqu'ils dépassent 16 ans, de nombreux employeurs préfèrent les « *échanger* » contre des enfants plus jeunes et plus malléables et obéissants. Dans le meilleur des cas, l'enfant est reconduit dans son village d'origine mais bien souvent, il est abandonné, livré à lui-même et obligé de se débrouiller pour trouver une nouvelle source de revenu, se loger et survivre. Certains trouvent un nouvel emploi dans une autre maison ou un restaurant ; d'autres finissent dans la rue et/ou la prostitution.



De nombreux enfants travaillent de façon occasionnelle ou permanente dans les mines et les salines, ainsi que dans les carrières de pierres situées à proximité des centres urbains où la demande en granit est élevée. Certains enfants y passent plus de huit heures par jour aux côtés de leurs parents et participent à la casse des pierres et à leur transport dans des paniers portés sur la tête. Outre les problèmes de santé comme les blessures, les problèmes respiratoires ou oculaires, les enfants sont également exposés à des dangers plus graves en raison de l'absence de normes de sécurité sur les sites exploités. L'effondrement de galeries souterraines, les risques d'inondation ou la chute de pierres mettent leur vie en péril. D'ordinaire, les enfants exploités commercialement gagnent jusqu'à dix fois moins que les adultes.

L'accès à l'éducation pour les enfants de familles de mineurs varie considérablement en fonction de facteurs tels que l'emplacement du site, des écoles à proximité, les moyens financiers de la famille, la durée du séjour sur un site, la fréquence des déplacements, le soutien apporté par la famille élargie ou encore le lieu de résidence permanente. Même s'il est très compliqué de déterminer avec exactitude combien d'enfants de ce milieu ont accès à l'éducation, on constate que les villages et villes des zones minières enclavées manquent, très souvent, d'offre éducative et recensent les plus forts taux d'abandon scolaire.

³¹⁴ Enquête périodique auprès des ménages 2010, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2011.

³¹⁵ (Travaux dangereux, enfants domestiques, traites des enfants liées à l'activité économique) ENTE Madagascar, 2007.

³¹⁶ Enquête nationale sur le travail des enfants à Madagascar 2007, Programme international pour l'abolition du travail des enfants (IPEC), OIT, INSTAT, 2008.

³¹⁷ Déterminants du travail des enfants en milieu rural à Madagascar : une analyse microéconomique, Rakoto-Tiana N. (2007) Revue Tsingy, n°6, 2007.

Sur les sites industriels, les enfants – surtout les filles – sont fortement exposés au commerce sexuel compte tenu de l'augmentation de la demande liée aux déplacements temporaires des travailleurs vers ces sites.

4.3.5. Violences sexospécifiques : un phénomène banalisé

Là encore, on ne dispose pas d'étude détaillée sur les violences basées sur le genre touchant des enfants mineurs, notamment les violences sexuelles, mais certaines informations et enquêtes attestent de l'importance du phénomène.

La dernière enquête nationale³¹⁸ a développé un module spécifique consacré à la violence faite aux femmes, désagrégé par tranches d'âge. Les résultats de l'enquête montrent clairement que les jeunes filles de 15 à 19 ans sont les plus touchées par les violences sexuelles et physiques, comparées à leurs aînées. En moyenne, 14% des filles de 15 à 19 ans ont été victimes de violences sexuelles, contre 7,5% dans la tranche d'âge suivante (20-24 ans) et de moins en moins au fur et à mesure que l'âge augmente. De même, 15% des filles de 15 à 19 ans ont été victimes de violences physiques, contre 12% et moins dans les tranches d'âge suivantes. L'enquête ne renseigne pas sur les violences à l'égard des filles de moins de 15 ans. Elle montre en revanche que la grande majorité des femmes/filles victimes de violences physiques et sexuelles ne recherchent pas d'assistance suite aux abus.

14%



Des Jeunes filles 15-19 ans sont victimes de violences sexuelles et 15% de violences physiques

Exploitation sexuelle des filles : une réalité multiforme

Afin d'harmoniser la législation nationale avec le droit international et les dispositions de la CDE, la réforme du Code pénal a renforcé les sanctions pour les délits en relation avec l'exploitation sexuelle, condamnant la complicité ou la tentative de la même façon que l'acte lui-même. Avec la loi n° 2007-038 du 14 janvier 2008, la traite des personnes y compris des enfants, le tourisme sexuel et l'inceste constituent désormais des infractions autonomes prévues et punies par la loi. Mais si le volet répressif a été renforcé sur le papier, il est loin d'être développé dans la pratique.

Bien qu'il n'existe pas de données fiables et actualisées afin d'estimer l'ampleur globale du phénomène à l'échelle nationale, les quelques études réalisées localement ainsi que les témoignages des travailleurs sociaux soulignent la gravité de la situation.

Le phénomène est multiforme. Il est visible dans certaines localités réputées pour le tourisme sexuel, pratiqué par des étrangers et des nationaux. Ailleurs, certaines jeunes femmes pratiquent une prostitution occasionnelle « de survie » lorsque leur foyer manque d'argent : cette exploitation sexuelle « déguisée » bénéficie très souvent de la connivence de la famille, de la communauté ou d'intermédiaires locaux. De plus, les normes sociales ne réprimant pas ces pratiques, de nombreuses adolescentes négocient les relations sexuelles contre cadeaux ou argent, surtout lorsqu'il s'agit de leur première expérience.

Une étude réalisée à Antananarivo, Mahajanga et Nosy Be par l'ONG Groupe Développement³¹⁹ en mai 2012 montre que l'exploitation sexuelle suit les grands axes routiers et apparaît très répandue dans les localités qui s'y trouvent notamment Antananarivo, Mahajanga, Antsohihy, Nosy Be et Antsiranana. A Nosy Be, 40% des premières relations sexuelles des jeunes filles ont lieu dans le milieu de la prostitution et 16% à Mahajanga. Quant aux clients approchés, 66% ont affirmé avoir déjà fréquenté des mineures à Mahajanga contre 77% à Nosy Be. A Antananarivo, de nombreuses jeunes filles pratiquent une prostitution occasionnelle de survie dans les bas quartiers de la capitale et déclarent avoir commencé entre 15 et 17 ans. La plupart sont célibataires ou mères solitaires.

Dans certaines régions, la coutume entre en conflit avec les droits de l'enfant, notamment des filles, en encourageant les transactions sexuelles. Dans des localités du Sud, des jeunes filles sont envoyées au marché par leur famille, sans argent, et doivent se prostituer pour financer leurs achats : on parle de « marchés aux filles » ou tsenan'Ampela. Dans le nord de l'île, la pratique du molety est une forme de mariage précoce arrangé contre une dot, que l'on peut assimiler à une forme d'exploitation sexuelle des mineurs. Enfin, le jiromena³²⁰ – bal populaire de certaines régions de la côte est notamment – est un lieu propice à la prostitution des jeunes filles et aux abus sexuels.

³¹⁹ Etude sur la prostitution des mineurs à Mahajanga et Nosy Be, Groupe Développement, 2012.

³²⁰ Le Jiromena est un bal populaire régulièrement organisé dans les régions d'Analanjirifo et Antsinanana. Il est souvent le lieu d'échanges et de rencontres et constitue un endroit où les jeunes expriment leurs personnalités et leur sexualité. D'après une étude réalisée par l'UNICEF, on estime que les jeunes représentent 90% des participants dont 60% sont mineurs. Quasiment aucun adulte ne surveille le déroulement de ces soirées. Près de 22% des jeunes interrogés ayant participé à un Jiromena déclarent avoir déjà eu une IST et près de 80% des jeunes connaissent des jeunes filles tombées enceintes suite à des Jiromena.

³¹⁸ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) Antananarivo, Madagascar, 2013.

Le facteur éducatif comme déterminant essentiel de la conception du tourisme sexuel et de la sexualité en général

Selon l'étude de Focus Développement sur les comportements sexuels des adolescents*, le culte de l'argent et le mythe du « vazaha » (« blanc ») riche inculqués aux enfants dès leur plus jeune âge joue un rôle fondamental dans la perception du tourisme sexuel et de la sexualité en général à Madagascar.

Phénomène répandu dans les zones touristiques de la côte et dans la capitale, il serait encouragé implicitement par la famille et la communauté en général. Ces dernières pousseraient les fillettes/jeunes filles à avoir des relations sexuelles avec des étrangers plus âgés contre des bénéfices matériels et financiers, le tourisme sexuel représentant même une forme de réussite sociale.

« L'argent est indissociable du bonheur et de la réussite... et est considéré comme moyen d'accomplissement et de valorisation individuelle et familiale. Tous les moyens qui favorisent l'accès à l'argent semblent dès lors tolérés, sinon permis ». Ce phénomène profite également d'une forte indulgence de la part de la communauté et notamment des tenanciers de bars et gérants d'hôtels, qui ne dénoncent pas les abus dont sont victimes les enfants.

Selon l'étude, bien que cette pratique soit régie par le même principe que la prostitution, la transaction sexuelle ne susciterait pas la désapprobation de la communauté et serait même intégrée comme une habitude culturelle. L'enquête fait également état de « craintes de sorcellerie ou de réactions violentes des hommes » qui expliqueraient pourquoi les filles se sentent obligées de consentir au rapport sexuel. Or, la frontière entre transactions sexuelles et exploitation sexuelle est très mince, d'autant que la demande est présente dans les zones les plus touristiques de l'île.

Cette conception des rapports sexuels entre homme et femme détermine inévitablement les pratiques et les perceptions des adolescent(e)s au cours de leur trajectoire de vie sexuelle. En faisant des relations sexuelles une monnaie d'échange entre les deux sexes, le cercle vicieux de l'exploitation sexuelle des enfants prend forme.

* Les facteurs qui sous-tendent la sexualité des adolescents dans la région d'Atsimo Andrefana à Madagascar, Noroarisoa Ravaozanany, Mireille Rabenoro, Joséphine Razafindrasoa, Noro Tiana Razafindrabe, Focus Développement, octobre 2012.

Violences sexuelles : une priorité pour les Réseaux de Protection de l'Enfance

On ne dispose pas de données globales sur les abus sexuels à l'égard des enfants, en dehors des résultats cités plus haut de la dernière enquête nationale. La prise en charge des victimes représente l'une des priorités des réseaux de protection de l'enfance (RPE) mis en place avec l'appui de l'UNICEF. Dans ce cadre, une expérience a été développée en coopération avec la maternité de Befalatanana d'Antananarivo en vue d'assurer la prise en charge médicale des victimes puis, si le RPE de référence est assez fort, l'accompagnement social et juridique de l'enfant. Entre 2009 et 2012, entre 300 et 500 mineurs victimes d'abus sexuels par an ont été orientées vers la maternité de Befalatanana. En 2013, la maternité a recensé 458 mineurs ayant été victimes d'abus sexuels (325 pour viols, 40 pour inceste, 93 pour attouchements)³²¹.

Des niveaux élevés de mariage précoce et/ou forcé

Bien qu'interdit depuis 2007, le mariage précoce et/ou forcé est très courant à Madagascar. Le mariage précoce et forcé est souvent constitutif de violences sexuelles puisque les filles concernées sont incapables de donner ou de refuser leur consentement. Il arrive par ailleurs que ce type de mariage soit négocié suite à un viol suivi d'une grossesse : pour échapper au déshonneur et en retirer éventuellement des avantages matériels, la famille de la jeune fille l'oblige à épouser son violeur³²².

Selon l'UNICEF³²³, 48% des femmes malgaches âgées de 20 à 24 ans se sont mariées avant 18 ans et 14% avant 15 ans. Les mariages précoces/forcés sur la Grande Ile apparaissent ainsi plus nombreux que dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la moyenne pour le sous-continent se situant à 38% pour les femmes de 20-24 ans mariées avant 18 ans et à 12% pour celles mariées avec 15 ans.

Selon la dernière enquête nationale³²⁴, 66% des filles de 15 à 19 ans sont célibataires en 2012 et seulement 34% sont ou ont été mariées ou en union, ce qui semblerait indiquer un recul du mariage précoce et/ou forcé.

Les jeunes filles mariées précocement semblent plus vulnérables à la violence conjugale que leurs aînées. Selon l'ENSOMD, le taux d'acceptation de la violence physique du mari est le plus élevé chez les 15-19 ans (47%) que chez les femmes de 45 à 49 ans (43%).

³²¹ La prise en charge des victimes d'abus sexuel à hôpital universitaire de gynécologie-obstétrique de Befalatanana, 2013.

³²² A noter cependant que selon la loi, le mariage précoce peut être autorisé par décision judiciaire, en cas de motifs graves appréciés par le tribunal.

³²³ La situation des enfants dans le monde 2012, UNICEF.

³²⁴ Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT) Antananarivo, Madagascar, 2013.

4.3.6. Enfants handicapés : entre brimades et marginalisation

Selon le Ministère de la Santé publique, 38% des personnes en situation de handicap seraient des enfants et le nombre d'enfants en situation de handicap s'élèverait dépasserait le demi-million (505 181)³²⁵. Seulement 11% des enfants en situation de handicap sont scolarisés et les enfants en situation de handicap représentent une partie importante des exclus du système scolaire : 18% au primaire³²⁶. La déficience physique mais surtout mentale constitue un tabou dans la culture malgache et les personnes en situation de handicap sont, presque toujours, marginalisées et cachées de la société. Le poids des croyances associe le handicap au mauvais sort et à la malédiction. Bien souvent, les enfants en situation de handicap ne jouissent pas de leurs droits élémentaires et subissent le rejet social et la violence physique et/ou morale à l'école et/ou en famille.

Le gouvernement malgache a signé la Convention relative aux droits des personnes handicapées en 2007 mais ce texte n'a toujours pas été ratifié et reste méconnu. Le déficit en matière d'infrastructures adaptées (école, travail, espaces publics...), d'accompagnement, de sensibilisation et de promotion des droits des personnes en situation de handicap, demeure colossal.

4.3.7. Enfants en conflit avec la loi : des conditions de détention non conformes

Selon les articles 37 et 40 de la CDE, le gouvernement malgache s'est engagé à ce que :

« Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale, ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans ;

Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort et d'être d'une durée aussi brève que possible ;

Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que

l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par des visites, sauf circonstances exceptionnelles ;

Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.»

Au niveau national, la justice des mineurs est régie par l'ordonnance n°62-038 du 19 septembre 1962 et la loi n°2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants. Un projet de loi portant sur la protection des enfants en conflit avec la loi est en cours d'élaboration. Selon une étude de 2009³²⁷, la Constitution contient des dispositions constituant une garantie pour l'enfant de ne pas faire l'objet d'une poursuite ou de détention arbitraire. Son article 13 al. 3 et 4 dispose que «nul ne peut être poursuivi, arrêté ou détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites. » et que «Nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi promulguée et publiée antérieurement à la commission de l'acte punissable.» De plus, le système juridique et judiciaire doit s'aligner sur les instruments internationaux ratifiés par Madagascar³²⁸.

Pourtant, dans la réalité, de nombreux efforts restent à fournir, notamment en termes de détention, de conditions d'accueil et de réhabilitation des mineurs auteurs de crimes et délits.

Interpellation

Un service spécialisé dans le traitement des cas concernant les enfants – le Service de la police des mœurs et de protection des mineurs (DPMPM), rattaché à la Direction de la police judiciaire – a été



³²⁵ Rapport alternatif sur l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant 2003-2011, Confédération des plates-formes en droits humains, 2011.

³²⁶ Exclusion scolaire et moyens d'inclusion au cycle primaire à Madagascar, Rohen d'Aiglepierre et Focus Développement Association, 2012.

³²⁷ Mise à jour de l'état des lieux de la justice pour mineurs à Madagascar - évaluation du système d'information existant, Play Therapy Africa - SPDTs, juillet 2009.

³²⁸ L'article 132 (4) de la Constitution dispose que «les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois...».

créé en 1999. Toutefois, faute d'effectifs suffisants, ce service ne prend pas en charge l'ensemble des affaires impliquant des mineurs. Il dispose de seulement 15 brigades et possède des antennes uniquement dans les chefs-lieux de province et certaines villes (Antsiranana, Mahajanga, Fianarantsoa, Toamasina, Toliara, Nosy Be), tandis que ses attributions sont restreintes aux actions préventives et répressives. Il ne dispose pas de services sociaux tandis que les enquêteurs spécialisés sont en nombre insuffisant : 138 au total, dont 60 concentrées dans les deux commissariats de la capitale.

Jugement

En matière de justice des mineurs, la privation de liberté d'un enfant ayant affaire à la justice doit être une mesure de dernier recours. La CDE prévoit que l'enfant suspecté ou accusé d'infraction pénale est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité soit établie ; il doit être informé dans les plus brefs délais des accusations portées contre lui, directement ou par l'intermédiaire de ses parents, dont la présence est obligatoire lors de l'audition.

Dans les faits, lors de sa première comparution devant le juge d'instruction, le mineur est en général sans défenseur et la détention préventive est quasi systématique. Or, les délais fixés pour chaque phase de la procédure sont très rarement respectés. Du coup, les enfants peuvent passer de longues périodes en détention préventive, en attente de jugement.

Par ailleurs, en dépit de l'âge de la responsabilité pénale établi à 13 ans et alors que seule une mesure éducative, potentiellement assortie de la liberté surveillée, peut être prononcée avant cet âge, des enfants de moins de 13 ans sont parfois emprisonnés³²⁹.

Entre 13 et 16 ans, le tribunal pour enfant doit délibérer sur la responsabilité ou l'irresponsabilité pénale de l'enfant. Pour les enfants de 16 à 18 ans, si la prévention et l'irresponsabilité pénale sont retenues, des dispositions légales particulières doivent s'appliquer et prévoient une admonestation de l'enfant par le tribunal, accompagnée d'une mesure éducative ou de son placement dans un centre de rééducation pour une période déterminée ne pouvant dépasser ses 21 ans. Or, dans la pratique, les juges ont faiblement recours aux mesures de diversion (admonestation ou médiation) et privilégient la détention préventive, parfois même pour des délits mineurs.

En revanche, si la responsabilité pénale est retenue, la peine ne peut excéder la moitié de celle à laquelle l'enfant aurait été condamné s'il avait été majeur au moment de l'infraction.

Dans la pratique, on constate que si l'excuse de minorité est retenue pour les enfants âgés entre 13 et 16 ans, ceux de 16 à 18 ans sont en général condamnés comme s'ils étaient majeurs.

Détention

Selon les textes, les mineurs doivent être détenus dans des quartiers séparés des adultes ; cependant, seulement certains établissements, comme la Maison centrale d'Antanimora à Antananarivo, peuvent se conformer à cette disposition, faute d'infrastructures. Au total, 21 prisons sur 44 disposent d'un quartier pour mineurs. De plus, les enfants en attente de jugement sont très souvent mêlés aux enfants détenus.



La plupart des enfants incarcérés souffrent de la promiscuité et du surpeuplement. Ils sont exposés à toutes sortes de violences, les jeunes filles étant particulièrement vulnérables aux abus sexuels. Les conditions de vie en détention sont synonymes de privation de soins, insuffisance de la nourriture, insalubrité, accès restreint aux visites et aux services sociaux de base comme l'éducation.

Par ailleurs, selon l'étude déjà citée³³⁰, sur les 119 cas d'enfants détenus en 2009, plus de 92% concernait des « petits délits » tels que des vols à la tire. Or, le temps de détention variait entre un jour et dix mois pour les prévenus, et de trois à vingt-deux mois pour les condamnés. Ces durées excessives de séjour en prison témoignent de l'absence de relaxe et d'accompagnement des enfants auteurs de petits délits, qui serait possible si leurs dossiers étaient pris en charge par un avocat et/ou juriste avec l'appui d'un travailleur social.

Certains mineurs devraient être placés en centre de rééducation et de réinsertion plutôt qu'incarcérés mais l'insuffisance d'établissements et de personnel qualifié ne permet pas de répondre à la demande. En janvier 2013, selon le Ministère de la Justice, le nombre de mineurs en centre pénitentiaire s'élevait à 439, dont 26 filles. Sur ce total, seuls 70 étaient condamnés, les autres étant en détention provisoire.

Durant la même période, 128 enfants étaient repartis dans les deux centres de rééducation et de

³²⁹ En 2011, un cas d'un enfant de moins de 13 ans incarcéré à la prison de Farafangana avait été identifié.

³³⁰ Mise à jour de l'état des lieux de la justice pour mineurs à Madagascar - évaluation du système d'information existant, Play Therapy Africa - SPDTS, juillet 2009.

réinsertion que compte le pays. Ces établissements, qui accueillent aussi bien des enfants victimes de violences ou en danger que des enfants en détention préventive ou déjà jugés, n'offrent pas de réponse socioéducative adaptée à la rééducation/réinsertion des enfants en conflit avec la loi, notamment faute de personnel qualifié.

Cependant, en 2013, une directive du Ministère de la justice a permis la mise en application des mesures alternatives à la détention préventive, et l'accélération des traitements des dossiers des enfants en conflit avec la loi en détention ou pas.

4.3.8. Enfants en situation d'urgence : des progrès à poursuivre

Comme évoqué dans la partie Contexte de la présente étude, Madagascar est confronté de façon récurrente aux catastrophes naturelles et autres situations d'urgence liées aux conditions climatiques, sanitaires ou politiques. Les enfants les plus exposés et les plus vulnérables à ce genre d'événements sont ceux des familles démunies, les orphelins et les enfants dans la rue. Ils peuvent se trouver séparés de leurs parents ou tuteurs et, du fait de la promiscuité et des circonstances particulières entourant les déplacements de population, être victimes de violences et d'abus sexuels.

Avec la création du Bureau national de gestion des risques et catastrophes (BNGRC) en 2006, le gouvernement malgache a souhaité améliorer la gestion, la coordination et le suivi de la réponse aux urgences. Durant la saison cyclonique 2010-2011, plus

de 3 000 enfants affectés par le cyclone Bingiza et les inondations dans la capitale ont bénéficié de services d'orientation vers les services d'état civil, médicaux, nutritionnels et d'éducation. Ils ont également reçu un accompagnement psychosocial au sein des Espaces amis des enfants (EAE) à Antananarivo et dans le Sud. Sur l'ensemble des enfants affectés, plus de 400 ayant été séparés de leurs parents ont pu être réintégrés dans leur famille.

Toutefois, des progrès restent encore à faire. Durant les deux saisons cycloniques entre 2010 et 2012, les avis et réactions des enfants ont pu être recueillis par les Réseaux de protection des enfants (RPE) et par les équipes de gestion des risques et des catastrophes. Ils ont souligné les difficultés rencontrées pour accéder aux centres d'hébergement temporaire, le manque d'assistance et d'informations sur les événements susceptibles de les mettre en danger, l'insuffisance d'accès aux services de base comme l'eau potable, les latrines ou l'éducation.

Ainsi, des efforts ont été fournis en matière de préparation, prévention, réaction et reconstruction tandis que la composante « protection de l'enfance » a été introduite dans le plan de contingence au sein des RPE les plus à risques. Il reste à améliorer la qualité de la réponse aux urgences pour une prise en charge optimale des enfants vulnérables, notamment par la mise en place d'un système de surveillance, le renforcement des EAE et une meilleure prise en compte des risques durant les mouvements politiques.



4.4. Principal défi : jeter les bases d'un système intégré de protection de l'enfance pour réduire l'exploitation, la violence et la séparation non nécessaire des enfants vulnérables d'avec leur famille

L'état des lieux a souligné les nombreuses violations des droits de l'enfant à la protection et le long chemin qu'il reste à parcourir pour mettre en place un environnement protecteur, notamment en faveur des enfants les plus pauvres et marginalisés.

Une approche catégorielle de la question ne semble pas en mesure de répondre à l'ampleur des défis : elle risquerait de laisser de côté certaines catégories d'enfants victimes tout en entraînant une déperdition de ressources et d'énergie dans un secteur doté de faibles moyens.

C'est pourquoi Madagascar devrait intensifier ses efforts pour renforcer les services sociaux et de protection existants et la coordination des interventions en faveur de l'enfance en danger.

4.4.1. Analyse causale

Comme évoqué ci-dessus, Madagascar compte de nombreux orphelins, des enfants abandonnés et/ou placés et des enfants livrés à eux-mêmes dans les rues. De la même façon, on a pu constater que les chiffres concernant l'exploitation des enfants à des fins commerciales sont largement sous-estimés, que certaines normes sociales ont de fortes répercussions sur l'exploitation sexuelle des enfants ou encore que l'usage des châtiments corporels est une pratique courante au sein de la famille, de l'école et de la communauté. Enfin, de nombreux dysfonctionnements subsistent au sein des mécanismes de protection et ne garantissent pas les mêmes droits à tous les enfants, qu'ils soient auteurs ou victimes. Les causes des violations persistantes des droits de l'enfant à la protection sont multiples et complexes.

➔ CAUSES IMMÉDIATES

Concernant les enfants privés d'environnement familial : de nombreux parents refusent d'assumer leurs responsabilités et abandonnent leurs enfants, les placent dans des institutions, les « confient » à d'autres membres de la famille ou d'autres familles ou les poussent à vivre dans la rue. D'autres font subir des violences à leurs enfants, qui préfèrent quitter le foyer familial.

Concernant les enfants victimes d'abus, de violences et d'exploitation : les enfants sont victimes de violences et exploités, parce qu'ils veulent gagner de l'argent, parce que leur famille ou la communauté les utilisent pour appât du gain, parce que la violence est banalisée

en tant que méthode éducative, ou parce qu'ils se retrouvent isolés, notamment lors des situations d'urgence.

Concernant les enfants en conflit avec la loi : les droits de ces enfants sont violés par les forces de sécurité et les juges, qui n'appliquent pas la loi, privilégient la détention sans jugement, même pour des délits mineurs et n'offrent pas les garanties judiciaires prévues comme la présomption d'innocence, le droit à une assistance juridique, le droit à être séparé des adultes en cas de détention.

➔ CAUSES SOUS-JACENTES

CONCERNANT LES ENFANTS PRIVÉS D'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Les changements familiaux : les recompositions familiales entraînent parfois le rejet des enfants nés des premiers lits, qui sont placés ou abandonnés. De plus, les familles élargies jouent de moins en moins leur rôle de famille de remplacement en cas de manquement des parents biologiques du fait de l'érosion des valeurs communautaires et de la vulnérabilité socioéconomique croissante des ménages malgaches. La pauvreté, l'absence de certains services en milieu rural, tels que l'école et la formation professionnelle, poussent les familles à confier leurs enfants à d'autres membres de la famille ou à d'autres familles.

La discrimination : du fait de tabous sociaux ou culturels, certains enfants sont rejetés et abandonnés, notamment les jumeaux³³¹, les handicapés ou les enfants nés de mères célibataires. Dans les deux premiers cas, la communauté perçoit la particularité ou la différence de l'enfant comme une honte, une malédiction et/ou un mauvais signe venu des esprits.



³³¹ Dans les populations rurales Antambahoaka de la région de Mananjary, le tabou des enfants jumeaux a été et demeure encore très fort. Symbole de mauvais signe et de danger pour la communauté, on ne peut les garder sous peine - selon les croyances ancestrales - de malédictions et d'offense aux ancêtres. Par conséquent, l'un des jumeaux, voire les deux, est abandonné et laissé à la merci de la violence du monde extérieur, sans aucune protection parentale. Voir : Les jumeaux de Mananjary, entre abandon et protection, Gracy Fernandes, Ignace Rakoto, Nelly Ranaivo Rabetokotany, UNICEF, 2010.

Le manque d'alternatives au placement dans des institutions : les familles d'accueil ne constituent donc pas encore une mesure alternative effective au placement. Les mécanismes d'identification et d'appui aux familles d'accueil n'en sont qu'au stade expérimental et le cadre réglementaire est encore inexistant. Les quelques familles d'accueil existantes sont peu préparées à prendre en charge des enfants en danger et préfèrent s'occuper de nouveau-nés ou de très jeunes enfants.

L'offre croissante d'institutions de prise en charge : les centres d'accueil pour enfants sont de plus en plus nombreux et se développent de façon incontrôlée. Ces centres dépendent en grande partie de financements extérieurs.

Le fait que l'enfant ne soit pas un être désiré : c'est souvent le cas lorsque l'enfant est issu d'une grossesse précoce non désirée ou qu'il résulte d'un abus sexuel, y compris incestueux, ou d'un mariage forcé. Comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la Survie, les grossesses adolescentes constituent un phénomène très important à Madagascar, 37% des filles de 15 à 19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde³³². Une partie d'entre elles ont conçu l'enfant suite à des relations sexuelles non consenties ou à un viol.

CONCERNANT LES ENFANTS VICTIMES D'ABUS, DE VIOLENCES ET D'EXPLOITATION

L'acceptation sociale de l'exploitation sexuelle des enfants : le Comité des droits de l'enfant a souligné dans son dernier rapport que l'exploitation sexuelle des enfants était largement acceptée par les parents, les amis et les communautés, en raison des gains financiers qu'elle représente pour des familles défavorisées. Un nombre très élevé de mineurs se soumettent à la prostitution en raison des difficultés économiques que connaît leur famille et/ou de l'influence de leurs pairs. La prostitution de survie constitue la majeure partie du phénomène de la prostitution infantile.

L'impunité des réseaux de traite et d'exploitation : des réseaux structurés alimentent les familles aisées en travailleuses domestiques et la demande de tourisme sexuel et d'adoption illégale, entre autres. Les signalements sur les cas d'abus, de violences et d'exploitation sont peu nombreux, soit parce que les parents ne connaissent pas les droits de leurs enfants et les différents recours qui existent pour les protéger et punir les responsables ; soit parce que les auteurs profitent de l'indifférence, voire de l'indulgence du reste de la communauté ; soit parce que la priorité est donnée à l'arrangement à l'amiable entre l'auteur et la famille de la victime. Cette culture de l'arrangement

trouve notamment son origine dans le manque de confiance de la population envers le système judiciaire, la peur des représailles, l'inefficacité du mécanisme de traitement des signalements (absence de confidentialité et de protection des témoins et des victimes), la non intégration du devoir de signalement, l'appât du gain si l'arrangement se monnaie financièrement, la peur de l'administration en général, ou encore la peur du rejet ou de la pression de la communauté. Enfin, l'impunité se nourrit de l'inertie de la justice, les signalements restant souvent sans suite. Comme l'a souligné le Comité des droits de l'enfant, peu d'enquêtes sont ouvertes sur les cas d'abus, d'exploitation et de traite et les condamnations sont rares, voire inexistantes.



L'ignorance des parents : les parents méconnaissent les lois existantes sanctionnant l'exploitation ou les abus à l'égard des enfants tandis que le manque d'application de ces lois ne favorise pas leur prise de conscience. De plus, les ménages ont tendance à considérer que les pratiques familiales et l'éducation des enfants relèvent uniquement de la sphère privée et que personne n'a le droit d'intervenir : du coup, les signalements des abus et violences sont rares.

La persistance de certaines pratiques et normes sociales néfastes : c'est par exemple le cas du mariage forcé ou encore de la coutume du « marché aux filles ». Le droit moderne ne parvient pas à prendre le pas sur le droit coutumier, les responsables du système judiciaire étant souvent eux-mêmes soumis à la coutume de leur propre communauté. Il demeure difficile de remettre en cause le système ancestral de régulations sociales utilisé depuis des générations et qui constitue souvent la base de l'identité communautaire. De plus, certaines activités sont traditionnellement confiées aux enfants dès leur plus jeune âge (gardiennage des zébus, travail domestique...) et sont socialement bien acceptées. En vertu de pratiques culturelles liées à l'apprentissage du velomampo, les enfants sont éduqués, dès leur plus jeune âge, à se prendre en charge pour la

³³² Enquête nationale sur le suivi des OMD 2012-2013, Institut national de la statistique (INSTAT), Antananarivo, Madagascar, 2013.



satisfaction de leurs besoins, y compris alimentaires et scolaires. De même, le confiage d'enfants pauvres, souvent ruraux, à des familles plus aisées ou urbaines, sans suivi ni protection, les expose à d'importants risques d'exploitation. Autre facteur défavorable, la violence est acceptée comme méthode d'éducation. L'enfant, n'est, par ailleurs, pas éduqué pour s'exprimer : son avis n'est pas pris en compte dans les décisions le concernant et il doit le respect aux aînés et en particulier à l'autorité patriarcale, en toutes circonstances.

La déscolarisation : la non scolarisation/déscolarisation des enfants et l'oisiveté sont des facteurs déterminants de l'exploitation commerciale des enfants. Certains enfants sont d'autant plus exposés au travail lorsqu'ils habitent autour de sites miniers sauvages. De nombreuses familles viennent vivre près de ces sources potentielles de revenus, notamment après la perte de récoltes ou de terres agricoles liée à la survenue de catastrophes naturelles. Ces situations exposent les enfants à toutes sortes de risques, que ce soit en termes de sécurité du site ou d'exploitation. L'oisiveté et le manque d'argent poussent aussi les enfants vers le secteur informel où ils s'intègrent facilement car ils représentent une main d'œuvre appréciée (petites mains pour la cueillette, petit gabarit pour les mines...), bon marché et dans l'incapacité de revendiquer des droits.

La vulnérabilité des enfants : les enfants sont dans l'incapacité de se défendre face à des adultes qui abusent d'eux, les maltraitent et n'hésitent pas à user de la force physique ou de la violence psychologique pour parvenir à leurs fins. Les adultes se sentent souvent « tout puissants » en raison - comme évoqué précédemment - de l'insuffisance des signalements des cas de violence et de la non-poursuite de ceux qui sont signalés.

CONCERNANT LES ENFANTS EN CONFLIT AVEC LA LOI

L'absence de cadre légal règlementant de façon précise les mesures de diversion pour les enfants en conflit avec la loi : le projet de réforme des lois pénales a été stoppé en 2009 et les mesures de diversion ne sont pas prioritaires dans le programme de réforme légale en cours d'élaboration au sein du Ministère de la Justice, la primauté étant donnée aux enfants victimes.

L'insistance de la victime et de la communauté pour que l'enfant auteur soit puni : des pratiques punitives traditionnelles persistent et régissent la perception de la justice dans la société. Des mesures régies par le droit coutumier tel que le dina sont appliquées dans de nombreuses régions. Cette sorte de justice réparatrice communautaire constitue un moyen de régulation sociale et de gouvernance dans les zones reculées où les services de justice

modernes sont peu présents. Dans la région d'Atsimo-Antsinanana, par exemple, sévit le dina Mena Vozona qui implique la peine de mort pour les auteurs de vols avec effraction et de vols avec décès. D'autres communautés rurales du district de Fort Dauphin prévoient que l'enfant récidiviste soit exclu et banni de sa communauté d'origine.

La faible application des mesures de diversion par le juge : dans un contexte de hausse de la criminalité et de la délinquance, surtout dans certaines zones comme Diego Suarez où sévit le phénomène des fauroch ou karamontsaka (bandes organisées d'enfants âgés de 14-15 ans semant le trouble et l'insécurité), les juges préfèrent placer l'enfant en détention provisoire et prononcer des peines d'emprisonnement à son encontre afin d'éviter les récidives.

Le manque de soutien des parents à l'égard des enfants en conflit avec la loi : les enfants auteurs de crimes et délits se présentent généralement seuls devant le tribunal. Sans participation des parents ou des tuteurs légaux au processus judiciaire, le juge n'a aucune garantie qu'un adulte se porte moralement garant de l'application des mesures de diversion qu'il pourrait prendre. L'absence des parents s'explique soit parce qu'ils sont introuvables ou non informés de l'affaire, faute de ressources suffisantes des services publics pour les rechercher, soit parce qu'ils n'ont pas conscience de leur responsabilité légale vis-à-vis de leurs enfants, soit parce qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent pas l'assumer, étant donné la quasi inexistence d'assistance judiciaire, le manque de soutien (y compris de la part des RPE) et d'autres problèmes comme le manque de ressources, l'éloignement du tribunal, etc.

Le manque d'intérêt accordé au traitement des dossiers de mineurs au sein des juridictions est très important. D'une manière générale, le système de justice juvénile se caractérise par une insuffisance considérable d'institutions et d'acteurs juridiques spécialisés, que ce soit en termes d'avocats, de juges, d'assistance juridique, de tribunal, de cour criminelle. Les juges pour enfants ne sont pas formés à leur fonction ; ils sont nommés à ce type de poste de façon temporaire puis changent de domaine quelques années plus tard. Outre les ressources humaines, les ressources financières manquent également cruellement pour permettre le traitement des dossiers. De plus, les mineurs ne représentent qu'1% de la population carcérale à Madagascar et leur sort n'est pas considéré comme prioritaire.

La quasi-inexistence de services sociaux dans la plupart des juridictions : seul le tribunal pour enfant de la capitale dispose d'une assistante sociale, qui est uniquement chargée des cas d'enfants en danger. En province, les juges font parfois appel à des assistants sociaux des services publics (communes ou DRPAS) ou

à ceux des associations et ONG locales. Ainsi, l'absence de personnels spécialisés, notamment de délégués bénévoles prévus par la loi pour exécuter la mesure de liberté surveillée, ne permet pas l'application et le suivi des mesures autres que la remise aux parents ou la privation de liberté. L'insuffisance de ressources financières et humaines affectées au secteur des affaires sociales dans les juridictions s'explique par l'absence de cadre légal pour le traitement des enfants en détention ainsi que par la suspension des aides extérieures destinées à financer la réforme du milieu carcéral dans le contexte actuel, couplée à une insuffisance du budget de l'Etat.

Le comportement des chefs d'établissements pénitentiaires : ces personnels ne cherchent pas à améliorer les conditions carcérales des jeunes détenus. Le personnel pénitentiaire méconnaît les droits de l'enfant, en raison de l'absence de modules de formation spécifique dans le curricula de l'administration pénitentiaire (ENAM et ANAM). Par ailleurs, les chefs d'établissements pénitentiaires ne disposent à la fois, ni de moyens et ni de directives des Directions régionales de l'administration pénitentiaire (DRAP).

CAUSES STRUCTURELLES

La prédominance du droit coutumier sur la loi : le droit coutumier occupe une place très importante dans la régulation des relations sociales à Madagascar. En édictant les règles de conduite régissant les comportements et les habitudes au sein de la communauté, les leaders traditionnels jouent un rôle fondamental dans la perpétuation de la tradition. Les communautés villageoises traditionnelles sont souvent réticentes au changement et le droit coutumier prédomine sur le droit moderne, qui reste faiblement appliqué.

La faiblesse du cadre légal et réglementaire : la législation nationale n'a été que partiellement harmonisée avec les normes internationales et ne fait pas une place suffisante à la notion d'intérêt supérieur de l'enfant, qui devrait guider toutes les normes et politiques publiques en faveur de l'enfance.

L'absence de politique de protection de l'enfance : comme évoqué plus haut, des éléments constitutifs d'une future politique de protection sociale ont été mis en place au cours des dernières années mais restent non coordonnés, ont un faible ancrage institutionnel et sont dotés de capacités largement insuffisantes. De plus, alors que le facteur socioculturel est très pesant, aucune initiative d'envergure n'a été menée afin de sensibiliser les populations aux droits de l'enfant à la protection et de lutter contre les normes et pratiques néfastes.

La faiblesse des politiques sociales : la population, notamment les catégories les plus vulnérables, ne bénéficie pas d'un système de protection sociale ni de mécanismes d'assistance sociale. Cet aspect est d'autant plus préjudiciable en temps de crise et dans un contexte de pauvreté grandissante. Rappelons que le budget global consacré à la protection sociale à Madagascar est passé de 6,3 milliards d'Ar en 2011 à 2,3 milliards en 2012³³³.

La mauvaise gouvernance des services de la justice : même lorsque les lois existent pour punir les auteurs de violences et d'exploitation, notamment sexuelle, elles sont très peu appliquées et les auteurs rarement condamnés. Les magistrats, réputés corrompus, ne bénéficient pas de la confiance des populations, ce qui renforce la prédominance des systèmes de régulation traditionnels. De plus, l'affectation des magistrats ne répond pas aux besoins réels par juridiction ; ils sont fortement concentrés dans la capitale, qui en compte 300 sur les 800 existants.

La crise sociopolitique : la crise de 2009 a eu un impact négatif sur le niveau économique des ménages comme sur les budgets consacrés à la protection de l'enfance et aux services sociaux.

La pauvreté : la quête de revenus à tout prix dans un contexte de pauvreté endémique encourage toutes les formes d'exploitation et de violences à l'égard des enfants.



4.4.2. Analyse des rôles

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Les parents et responsables légaux de l'enfant exercent leur autorité parentale sur l'enfant de fait, par le lien de filiation. A ce titre, ils en ont la garde, doivent le surveiller et le protéger physiquement et psychologiquement, veiller à sa santé et à son développement. Etant les premiers défenseurs, protecteurs et responsables des enfants, ils ont pour obligation de les garder auprès d'eux et d'assumer leurs responsabilités parentales. Dans les cas où les parents ne sont pas en mesure d'assumer leurs obligations, ils peuvent en confier la garde temporaire de l'enfant à un tiers mais cela doit constituer une solution de dernier recours et être provisoire.

Les parents et responsables légaux de l'enfant ont pour responsabilité de protéger les enfants et de veiller à leur sécurité. Ils ne doivent pas abuser de leur vulnérabilité et signaler toute forme d'abus, de violences ou d'exploitation constatée à l'encontre de l'enfant. Ils doivent assumer leur responsabilité parentale jusqu'à ce que l'enfant soit majeur ou émancipé. Selon l'article 222 de la Loi sur la théorie générale des obligations 66-033 du 2 Juillet 1966, le père et la mère ou les responsables légaux le cas échéant, en tant qu'ils exercent l'autorité parentale, sont solidairement responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux. A ce titre, ils doivent être présents durant tout le processus judiciaire pour accompagner l'enfant mais aussi pour se porter garant auprès du juge si celui-ci décide de mesures alternatives à la détention comme la liberté surveillée.

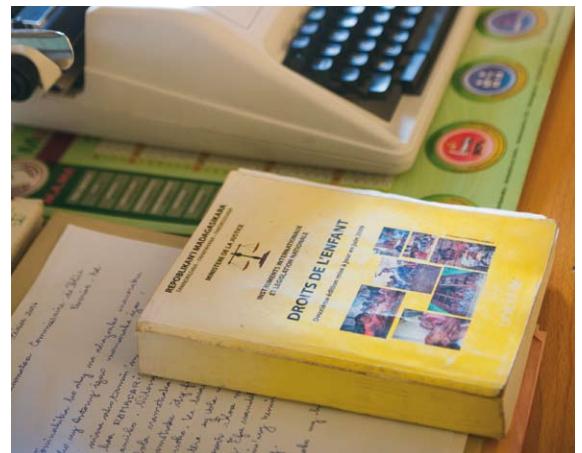
AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

La communauté est responsable vis-à-vis des parents et se doit de dénoncer les abus, violences ou cas d'exploitation à l'encontre des enfants. En ne le faisant pas, elle cautionne implicitement les exactions. Elle doit également éviter de faire pression sur les familles, sous prétexte de la honte ou de la perte de l'honneur, et ne pas l'inciter à accepter un arrangement à l'amiable avec les auteurs de violence et d'exploitation au lieu d'engager des poursuites.

Les chefs traditionnels, qui sont souvent à l'origine de ces arrangements, doivent cesser d'entraver les procédures judiciaires et, au contraire, relayer les signalements ou avertissements des membres de la communauté concernant les violations des droits de l'enfant à la protection et les transmettre aux autorités compétentes. De par leur fonction de « chefs spirituels », ils jouent un rôle important en tant que guides et peuvent impulser un changement de mentalités pour que la communauté contribue à mettre en place un environnement protecteur.

AU NIVEAU DU JUGE

Le juge pour enfants a pour obligation de faire comprendre aux parents leur rôle et l'importance d'assumer leur responsabilité parentale pour l'équilibre et le bien-être de leur enfant. Il doit également leur assurer un accompagnement et l'appui des services sociaux compétents afin d'éviter le placement de l'enfant dans une institution. C'est également à lui de faire valoir et de défendre les alternatives existantes au placement en centre fermé quand cela est dans l'intérêt de l'enfant et ne nuit pas à sa sécurité. Enfin, le juge a également pour obligation de s'assurer que l'ensemble des centres d'accueil de référence pour enfants soient conformes aux normes et standards de qualité minimum.



Vis-à-vis de l'enfant en conflit avec la loi, le juge pour enfants doit privilégier les mesures alternatives (admonestation ou liberté surveillée) à la détention. La privation de la liberté ne doit constituer qu'une solution de dernier recours. Le juge pour enfant doit, plus largement, reconnaître et respecter les droits des enfants, même s'ils sont auteurs d'infractions.

AU NIVEAU DÉCENTRALISÉ

Le tribunal doit remplir certaines obligations envers les parents d'enfants en conflit avec la loi. En effet, c'est à lui d'informer les parents au sujet des mesures alternatives à la détention. De la même façon, il doit s'assurer que l'assistance judiciaire et que l'accompagnement des familles durant tout le processus judiciaire soient respectés et effectifs.

Les communes, districts et régions sont des autorités de proximité responsables vis-à-vis des communautés. Elles doivent garantir la sécurité sur leur territoire. En ce qui concerne les abus, violences et exploitation à l'encontre des enfants, elles doivent favoriser le dialogue avec les chefs traditionnels pour éviter les arrangements amiables contraires aux droits de l'enfant. Il leur appartient aussi de donner suite aux plaintes déposées par les citoyens vivant sur leur territoire et de les orienter vers les autorités compétentes.

Les Directions et Services régionaux de la population et des affaires sociales sont obligatoires vis-à-vis des enfants. Dans le cadre des alternatives au placement, ils doivent plus particulièrement s'assurer que les centres d'accueil pour enfants soient en conformité avec les règles et procédures en termes de création et de gestion. Ils doivent effectuer des contrôles réguliers dans les différentes structures et vérifier que les normes et standards de prise en charge soient effectifs. Enfin, ils ont pour obligation de faciliter le choix du juge pour l'aider à trouver des alternatives au placement en centre fermé et ce, afin d'éviter la séparation de l'enfant de sa famille.

Les Directions et Services régionaux de la justice doivent garantir les moyens humains et financiers nécessaires aux tribunaux pour assurer l'accompagnement et l'assistance des familles. Elles sont également responsables de faire remonter l'information auprès du Ministère et d'assurer un plaidoyer si nécessaire.

AU NIVEAU ÉTATIQUE

Le gouvernement s'est engagé à faire respecter le droit à la protection des enfants et doit fournir aux différentes administrations concernées, notamment le Ministère de la Justice et le Ministère de la Population et des Affaires sociales, les moyens indispensables pour garantir un environnement protecteur à tous les enfants et pour faire appliquer la loi, fût-elle en contradiction avec le droit coutumier. Il doit faire du respect de la loi une priorité, programmer le budget nécessaire dans la loi de finances et, le cas échéant, assurer un plaidoyer auprès des bailleurs de fonds susceptibles d'apporter un appui financier.

Le Ministère de la Population et des Affaires sociales est responsable de ses services décentralisés. Il doit mettre les moyens financiers et humains (intervenants sociaux) à la disposition des directions et des services régionaux pour leur permettre d'assurer leurs obligations. A cet effet, il doit également donner et transmettre des directives claires aux services décentralisés en ce qui concerne les normes et standards à respecter au sein des centres, les contrôles et le suivi de routine à effectuer, la préférence à donner aux alternatives au placement en centre fermé...

Le Ministère de la Justice a pour obligation de traduire les engagements internationaux de l'Etat malgache en textes de loi nationaux afin de les faire appliquer sur le territoire national. Il doit transmettre les directives nécessaires aux différents acteurs de la chaîne judiciaire pour faire respecter la loi, tout en leur garantissant les moyens humains et matériels de sa mise en œuvre au niveau local, en particulier en termes d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux. Enfin, le ministère doit plaider auprès des RPE en faveur des mesures alternatives à la détention

pour les enfants en conflit avec la loi. Il est, par ailleurs, responsable de faire connaître les textes de lois au sein de ses services décentralisés et des autorités locales. Il doit pouvoir vulgariser ses directives pour qu'elles soient comprises et connues de tous. Il lui appartient d'organiser des contrôles par l'intermédiaire de ses services décentralisés pour s'assurer que les lois soient bien appliquées dans les différentes localités et fournir un appui et un accompagnement aux autorités de proximité.

4.4.3 Analyse des capacités

La protection de tous les enfants malgaches nécessite un réel engagement de l'Etat dans des domaines aussi variés que la protection sociale des familles, la lutte contre la pauvreté, la scolarisation des enfants, la sécurité, le respect du droit du travail, la justice... Pour avoir un véritable impact, tous les acteurs doivent agir de façon concertée et coordonnée, dans le cadre d'une politique nationale de protection de l'enfance et en disposant des ressources humaines et financières nécessaires.



Quels sont aujourd'hui les déficits de capacités auxquels sont confrontés les divers acteurs de la protection de l'enfance, qui expliquent que tant d'atteintes à l'intégrité physique et à la dignité des enfants soient encore commises à Madagascar ?

AU NIVEAU DE LA FAMILLE

Les parents et responsables légaux sont bien conscients de leurs responsabilités envers leurs enfants dans la plupart des cas mais nombre d'entre eux connaissent d'importantes difficultés à les assumer. La plupart du temps, ces difficultés sont liées au manque de moyens. La charge est d'autant plus lourde que la famille est pauvre et nombreuse. Elle peut être perçue comme insupportable si la famille connaît des difficultés particulières, si l'enfant n'est pas désiré, si la famille se recompose... Les impératifs de « survie » du ménage peuvent alors prendre le pas sur les responsabilités parentales.

Selon les cas, les parents peuvent ne pas disposer d'un logement et de suffisamment d'argent pour entretenir une famille et assurer le bon développement de leurs enfants. Certains parents ont aussi des problèmes psychosociaux – alcoolisme, comportement violent, grossesses non désirées, etc. – qui les empêchent d'assurer l'éducation de leurs enfants.

Dans la grande majorité des cas, les familles qui ne sont pas en mesure d'assurer leurs responsabilités ne savent pas vers qui se tourner pour obtenir de l'aide, se faire accompagner auprès des services de prise en charge compétents ou trouver des solutions alternatives au placement. Les familles présentant des problèmes psychosociaux ne sont souvent pas conscientes de la portée de leurs actes et des risques qu'elles font courir à leurs enfants. Ce manque de discernement compromet fortement leur capacité à se faire entendre et à peser sur les décisions des services publics ou judiciaires.

Peu éduqués, mal informés, de nombreux parents ou responsables légaux d'enfants ne portent pas de regard négatif sur certaines pratiques culturelles contraires aux droits de l'enfant. Bien souvent, la croyance et le poids de la coutume l'emportent sur tout le reste. Comme évoqué précédemment, de moins en moins d'adultes considèrent l'exploitation sexuelle pour ce qu'elle est, c'est-à-dire une violation grave de l'intégrité physique et morale de l'enfant. Le phénomène est d'autant plus accepté – et donc d'autant moins signalé – qu'il est perçu comme un mode de survie, en l'absence d'alternatives. Le facteur financier prime sur toute autre considération.

Par ailleurs, les parents peuvent se laisser influencer par la pression sociale et les menaces de tiers. Certains adultes ayant signalé ou souhaitant signaler des abus peuvent se rétracter sous la pression de leur famille ou de la communauté, qui privilégie l'arrangement amiable. D'autres, dont un enfant a été victime d'abus, de violence ou d'exploitation n'évoquent pas le sujet en public, ce dernier étant considéré comme tabou.

Souvent happés par des occupations de survie, les parents et responsables légaux d'enfants n'ont pas toujours le temps de surveiller leurs enfants et de les protéger des dangers qui les menacent. Par ailleurs, ils ne connaissent pas toujours l'existence des recours existants, notamment des RPE. Près de 40% de la population – 80% dans certaines régions comme le Melaky – n'ont aucun accès aux médias et sont entièrement dépendants de la communauté en termes de connaissances et d'accès au savoir. De façon générale, les parents ne connaissent pas bien les droits de l'enfant, leur rôle et responsabilités légales envers leurs enfants, les dispositions légales relatives aux mineurs auteurs d'une infraction, etc.

Par ailleurs, de nombreuses familles ont peur du système judiciaire, de l'administration ou encore d'éventuelles représailles. Enfin, elles n'ont pas de réel accès à la justice en raison de la quasi inexistence de l'assistance judiciaire d'avocats spécialisés et de services sociaux.

AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ

Comme la famille, la communauté est très sensible au poids de la coutume et de la croyance. Il faut cependant souligner que le facteur culturel seul n'explique pas tout et que la dimension financière des violations de droits de l'enfant à la protection pèse aussi lourdement. En effet, certaines pratiques comme le mariage forcé ou le confiage peuvent être détournées de leur objectif originel au profit de considérations financières.



Par sa passivité et sa connivence, la communauté participe à l'augmentation du nombre d'abus, de violences et de cas d'exploitation des enfants. De nombreux intermédiaires locaux tirent profit de l'existence d'une forte demande de travail et d'exploitation, notamment sexuelle, des enfants. Chacun étant aux prises avec ses propres difficultés familiales, on assiste à une sorte de repli sur soi et à une montée de l'individualisme. Certains préfèrent « fermer les yeux » que de s'attirer des problèmes supplémentaires pour des questions qui ne les concernent pas directement. De plus, les populations connaissent peu et mal les droits de l'enfant et leurs obligations citoyennes, notamment en matière de signalement. Les considérations personnelles priment sur le collectif, d'autant que la plupart des membres de la communauté ne font pas confiance au système judiciaire existant et dénoncent ouvertement la corruption et le manque de capacités des services de police et de justice.

Garants de la cohésion, du maintien et de la perpétuation des normes sociales, les chefs traditionnels sont généralement conscients de leur responsabilité vis-à-vis du bien-être de la communauté. Toutefois, rien ne les incite à changer les coutumes ancestrales, d'autant que le changement

risquerait d'amoinrir leur autorité et leur influence. Certains d'entre eux encouragent et facilitent les règlements à l'amiable dans le cas de violations des droits de l'enfant. Ils ont souvent peu conscience du caractère néfaste de certaines traditions culturelles.

AU NIVEAU DU JUGE

Le juge pour enfants voit souvent sa motivation amoindrie par le manque de capacités. Les assistants sociaux sont quasiment inexistantes, les centres d'accueil d'urgence existent dans peu de villes et ont des capacités limitées, les familles d'accueil sont très peu nombreuses et aucun moyen ne permet d'effectuer les recherches nécessaires auprès des familles élargies. Pour remplir son rôle, le juge a également besoin de la collaboration étroite des services déconcentrés des affaires sociales alors que ceux-ci sont confrontés à de multiples contraintes qui les empêchent d'accomplir leur mission. Face à cette situation, les centres d'accueil résidentiels constituent, bien souvent, la réponse la plus simple et accessible. Par ailleurs, le juge pour enfant peut, parfois, manquer de compétences techniques en ce qui concerne l'application du principe de subsidiarité ou d'information sur les mesures alternatives au placement en centre fermé, comme les familles d'accueil. Ils peuvent aussi manquer de motivation pour les appliquer, notamment en raison du manque d'implication des familles et responsables légaux dans le processus judiciaire.

De plus, le juge et les autorités de protection de l'enfant ont peu d'emprise sur le processus de placement des enfants. Comme mentionné précédemment, la plupart des placements sont effectués par les parents eux-mêmes et l'ordonnance de garde provisoire n'est demandée au tribunal qu'après le placement.



En termes de ressources, les effectifs sont faibles. Il n'existe que 40 juges spécialisés et ils sont très mal répartis sur l'ensemble des juridictions, se concentrant essentiellement à Antananarivo et dans les autres grandes villes. A noter également qu'il n'existe qu'un seul tribunal et une seule cour criminelle spécialisés dans les affaires impliquant des enfants à travers tout le pays.

En ce qui concerne les cas d'enfants victimes, qui relèvent aussi de la compétence du juge pour enfants, ils aboutissent rarement à des condamnations, même dans des cas de violations et abus graves, comme le trafic d'enfants ou l'exploitation sexuelle. Selon une étude réalisée en 2011³³⁴, « la plupart des juges des enfants viennent juste d'être nommés et ont une appréciation différenciée de leur fonction par rapport à l'intérêt supérieur de l'enfant. Le traitement des cas semble varier suivant le tribunal ».

AU NIVEAU DÉCENTRALISÉ

Les autorités locales jouissent d'une reconnaissance importante au sein de la société et sont généralement conscientes de leurs responsabilités. Néanmoins, communes, districts et régions sont confrontés aux normes culturelles et au droit coutumier. Concrètement, ils ne peuvent pas forcer un leader traditionnel ou les membres d'une communauté à dénoncer ou signaler les cas d'abus, de violence ou d'exploitation et il est très difficile pour eux de faire prévaloir le droit moderne sur la coutume. Ils craignent de surcroît, s'ils tentaient de le faire, de perdre leur crédibilité et leur autorité au sein de la communauté toute entière. Or, pour eux, l'enjeu des droits de l'enfant est mineur et représente rarement une priorité.

Souvent freinées par le manque de ressources matérielles et financières, les autorités locales n'ont pas toujours les capacités d'assurer leur rôle de sensibilisation des populations et de se déplacer vers toutes les communautés enclavées de leur circonscription. Les chefs de Fokontany ne reçoivent, par exemple, aucune indemnité. Les autorités locales manquent également d'outils de sensibilisation et ne peuvent pas compter sur la collaboration d'autres acteurs de proximité pour remplir leurs fonctions. L'insuffisance d'orientations ou de directives de la part des responsables régionaux ne leur permet pas non plus de déterminer quel programme d'activités mettre en place.

Concernant les Directions et Services régionaux de la Population et des Affaires sociales (DRPAS et SDPAS),

ils ne sont pas tous conscients des droits de l'enfant à la protection, qu'il soit auteur ou victime. Les services déconcentrés du Ministère de la Population et des Affaires sociales manquent de ressources. Ainsi, au niveau des 119 districts, la plupart ne disposent que d'une seule personne, qui doit assurer toutes les activités, qu'elles soient liées à la protection de l'enfance et de la famille (suivi et accompagnement des enfants et de leur famille, référence à d'autres services, animation des responsables de différents services dans le cadre des RPE...) ou à d'autres groupes

³³⁴ Mise à jour de l'état des lieux de la justice pour mineurs à Madagascar - évaluation du système d'information existant, Play Therapy Africa - SPDTs, juillet 2009.

de population vulnérables comme les personnes âgées, les personnes vivant avec un handicap, etc.

De plus, tandis que les départs à la retraite sont nombreux au sein des services de district de la Population et des Affaires sociales, les personnels ne sont pas toujours remplacés. De même, ces services souffrent du manque de moyens financiers et matériels, notamment de déplacement. Enfin, ils manquent d'encadrement et de directives de la part du Ministère de tutelle.

Quant au tribunal, il manque aussi de directives de la part de son ministère de tutelle, à savoir la Justice. Sa marge de manoeuvre est également compromise par l'absence d'assistance judiciaire et de moyens adéquats. Seul le tribunal de première instance d'Antanarivo dispose d'une assistance judiciaire opérationnelle (sur les 39 tribunaux existant dans le pays). Le système judiciaire manque également d'éducateurs spécialisés et d'assistants sociaux pour accompagner et informer les familles tout au long du processus judiciaire.

AU NIVEAU ÉTATIQUE

Le Ministère de la Population et des Affaires sociales (MPAS) est conscient de la nécessité de déterminer et de transmettre des directives et de doter ses services décentralisés des moyens financiers et humains dont ils ont besoin, mais ne dispose pas du budget nécessaire pour le faire.

La structure institutionnelle est encore très faible : selon les informations disponibles, on compte en moyenne 5,5 assistants sociaux pour cent mille habitants à Madagascar. Ces travailleurs sociaux, formés dans une école spécialisée, sont employés par l'Etat, les hôpitaux et des ONG. A noter que les services de protection et de justice des mineurs n'emploient pas de travailleurs sociaux.

5,5 / 100 000

**On compte en moyenne
5,5 assistants sociaux pour
cent mille habitants à Madagascar**

Par ailleurs, le travail du MPAS n'est pas encadré par une politique nationale de protection de l'enfance. De plus, faute de remontée d'information de la part des DRPAS et SDPAS et d'une base de données sur la situation des enfants en danger et victimes, le ministère n'est pas en mesure de déterminer des programmes et budgets adaptés aux besoins. Les défaillances du système d'information ne permettent pas non plus au ministère d'effectuer un plaidoyer

auprès du gouvernement, en vue d'obtenir les moyens nécessaires à la lutte contre les abus à l'encontre des enfants.

Le Ministère de la Justice voit ses capacités d'intervention principalement entravées par la faiblesse des ressources budgétaires qui lui sont allouées pour traiter de la question des enfants victimes d'abus, de violences et d'exploitations et plus particulièrement pour améliorer le mécanisme de signalement existant. Son intervention est par ailleurs fortement réduite par le manque de ressources humaines nécessaires pour pérenniser un système de signalement efficace.

La nécessité de légiférer sur l'inadéquation de certains préceptes culturels allant à l'encontre des droits fondamentaux des enfants est un sujet délicat qui nécessite un fort leadership de la part du ministère. La conception d'une stratégie de communication et de sensibilisation de masse fait également défaut et ne s'inscrit pas dans une politique nationale de défense des droits de l'enfant.

Enfin, le système de collecte et de gestion de l'information fait cruellement défaut et ne permet pas aux autorités de proximité de faire remonter efficacement et systématiquement les données de terrain. Avoir des données et des statistiques fiables reste un défi. Touchant à des sujets sensibles, les abus, violences et exploitations à l'égard des enfants à Madagascar sont encore peu dénoncés et donc difficiles à retracer d'un point de vue statistique.

Si des projets de réformes ont pu être initiés, le contexte sociopolitique que connaît le pays depuis plusieurs années a interrompu les initiatives en cours. Actuellement, la justice pour les mineurs, qu'ils soient auteurs ou victimes, ne constitue plus une priorité du Ministère de la Justice.

Par ailleurs, comme nous l'avons précisé auparavant, le ministère manque de ressources financières et la protection judiciaire de l'enfant - notamment de l'enfant auteur - ne bénéficie pas d'une ligne budgétaire spécifique.



4.4.4. Recommandations

Compte tenu de la situation, il apparaît urgent de jeter les bases d'un système intégré de protection de l'enfance pour réduire l'exploitation, la violence et la séparation non nécessaire des enfants vulnérables d'avec leur famille. Pour relever ce défi, les recommandations suivantes pourraient être mises en oeuvre :

En amont

- Appuyer les réformes des lois, politiques et réglementations concernant les enfants vulnérables et victimes de violence, d'abus et d'exploitation, conformément au corpus de valeurs, principes et conventions internationales concernant les droits de l'enfant ;
- Développer un solide plaidoyer pour encourager le gouvernement et la société civile à établir un cadre national de protection de l'enfance et à institutionnaliser des organes de gouvernance dotés des moyens adéquats en vue d'une mise oeuvre effective, tant au niveau national que dans les régions ;
- S'assurer que le gouvernement alloue des financements adéquats aux systèmes de protection de l'enfance, en s'appuyant sur le modèle des RPE qui favorise la mobilisation de ressources et l'efficacité des interventions ;
- Contribuer à renforcer les mécanismes de coordination en intégrant tous les partenaires concernés et en garantissant l'inclusion et la participation de tous les acteurs pertinents qui assument la responsabilité de la prise en charge, de la protection et du bien-être général des

enfants et de leurs familles. Cet objectif implique que les acteurs de secteurs clés autres que les Affaires sociales soient impliqués – en particulier la Santé, l'Éducation, la Sécurité, le Genre, la Protection Sociale, les médias... -, ainsi que de nouveaux bailleurs de fonds ;

- Contribuer à renforcer le système de collecte et d'analyse des données quantitatives et qualitatives, notamment concernant les enfants vivant en institution, les enfants victimes de violence, l'adoption et les enfants vivant avec un handicap.

En aval

- Renforcer les capacités de tous les membres des RPE afin d'améliorer la prestation de services pour les enfants et leurs familles au niveau de la communauté et du district. Cela impliquera le développement d'une forte composante de services modèles de qualité dans les districts et les communautés cibles, qui seront surveillés et documentés pour intensifier l'utilisation des systèmes nationaux et locaux.
- Améliorer la capacité institutionnelle à offrir des services adéquats aux enfants et à leurs familles ; le programme contribuera à faire en sorte que les services soient fournis au niveau communautaire et des districts, à la fois de manière courante et dans les situations d'urgence.
- Contribuer à promouvoir des normes et des comportements sociaux positifs dans les communautés ciblées en encourageant notamment l'abandon progressif du mariage des enfants et la lutte contre les châtiments corporels, les lois malgaches interdisant les deux.



REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit du travail de l'ensemble du bureau de l'UNICEF Madagascar, impliquant toutes les sections. La coordination a été assurée par la Section Politique sociale et Evaluation.

Les partenaires gouvernementaux, la société civile ainsi que les partenaires au développement ont été impliqués par l'intermédiaire d'ateliers de réflexion qui ont contribué à la construction de cette présente analyse.

La facilitation des ateliers a été assurée par Solofo Ramarason, le suivi et la documentation de toutes les étapes de la mise en œuvre de l'analyse ont été assurés par Laura Charles et Paul-Marie Petroch, consultants externes.

La finalisation des documents et l'édition ont été réalisées par l'experte internationale Sophie Boukhari.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions de l'UNICEF.

Crédits photos

© UNICEF Madagascar/2014/Rindra RAMASOMANANA

Design graphique

Andriantoavina RAKOTOMANANA

unicef

