**LA SITUATION DES ENFANTS A MADAGASCAR**

**DEPUIS 2009**

***TABLE DE MATIERE Pages***

**Acronymes …………………………………………………………………………………………..3**

**Méthodologie………………………………………………………………………………………...4**

**INTRODUCTION …………………………………………..……………………………………...5**

**I. Le droit des enfants à Madagascar……………………………………………...……………….8**

**A. L’éducation des enfants à Madagascar………………………………………………………...9**

1 -Notion sur l’éducation des enfants…………………………………………………………...........9

2 -Analyse de la situation concernant l’éducation des enfants…………………………………….....9  
3 -Les facteurs explicatifs des problèmes concernant l’éducation des enfants……..........................15 **B. La santé des enfants à Madagascar………………………………………………………..…. 17**1-Notion sur la santé des enfants à Madagascar ……………………………………………. …… .17  
2- Analyse de la situation concernant la santé des enfants …… …………………………............ ..17  
3- Les maladies les plus fréquents chez les enfants………………………………………...............21  
**C- La malnutrition des enfants à Madagascar……………………………………….................24**1. Notion sur la malnutrition à Madagascar………………………...................................................24  
2. La situation de malnutrition à Madagascar ……………………………………………………...25  
**D. La Protection des enfants à Madagascar ……………………………………………............. 30**

**CONCLUSION…………………………………………………………………………………… 35**

**ACRONYMES**

AGOA : Africa Growth Opportunity Act

BIT  : Bureau International du Travail

CFSNVA  : Comprehensive Food and Nutrition Security and Vulnerability Analysis.

CISCO  : Circonscription Scolaire

CIDE : Convention Internationale relative aux Droits de l’Enfant.

CNFPDH : Confédération Nationale Des Plates Formes en Droits Humains

CRDE : Commission de Réforme des Droit des Enfants

CSB : Centre de Santé de Base

DREN : Direction Régionale de l’Education Nationale

ECHO  : European Commission’s Humanitarian Aid Department

EDS  : Enquête Démographique et de Santé

E.P.P  : Ecole Primaire Publique.

ESE  : Exploitation Sexuelle des Enfants

EKA : Ezaka Kopia ho an’ny Ankizy (Opération de délivrance de jugements supplétifs de naissance pour les enfants)

ENTE  : Enquête Nationale sur le Travail des Enfants

EPP  : Ecole Primaire Publique

EPT : Education Pour Tous

FOKONTANY : Quartier (la plus petite subdivision administrative à Madagascar)

FID  : Fond International de Développement Agricole.

FRAM  : Fikambanan’ny Raiamandrenin’ny Mpianatra (Association des Parents)

IDH : Indicateur de Développement Humain

IFT  : Initiative Fast Track de Banque Mondial avec UNICEF)

IRA  : Infection Respiratoire Aigüe

RIN  : Integrated Regional Information Networks

INSTAT : Institut National de la Statistique

MENSUPRES : Ministère de l’enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

MINSANPF  : Ministère de la Santé et du Planning Familial.

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

OIT : Organisation Internationale du Travail

PRB : Population Référence Bureau

PIB : Produit Intérieur Brut

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PTA : Programme Transversale sur l’Agro-écologie

SAF/FJKM : Sehatr’Asa Fampandrosoana / Fiangonan’i Jesoa Kristy eto Madagasikara.

SPDTS : Syndicat des Professionnels Diplômés en Travail Social-Madagascar

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance

USD : Dollar américain

VIH /SIDA : Virus de l’Immuno déficience Humaine- Syndrome de l’Immuno déficience Acquis

**METHODOLOGIE**

La rédaction de ce présent rapport est le fruit de plusieurs consultation ci-après:

* une consultation auprès des organismes (Aide et Action, Group of Développement, SPDTS, UNICEF, Handicap International, AMADEA,) et associations œuvrant pour les enfants (SPV Felana, Quand’m’aime, Finoana be, Akany Fiarenana)
* une consultation auprès des services publics l’INSTAT(Institut National de la Statistique), EPP (Ecole Primaire Public), CISCO (Circonscription scolaire) , DREN (Direction Régionale de l’Education Nationale) et Ministères (MENSUPRES, MINSANPF, Ministère de la population)
* interview auprès de quelques personnes concernées par le développement(physique, morale, etc.) des enfants (parents, éducateurs, leader…)
* interview auprès de quelques groupes des enfants dans la région de Bongolava (EPP Mangarivotra Tsiroanomandidy) et Analamanga (EPP Ambanidia).

La réalisation de ces activités avec la rédaction de ce rapport a duré un mois allant du 01 Avril 2011 au 02 Mai 2011.

Les objectifs de ces diverses consultations étant de constater la réalité en ce qui concerne la situation des enfants à Madagascar.

Dans son contenu, le rapport alternatif est une analyse étendue de l’analogie des divers Lois et politique mises en œuvre par l’Etat avec la Convention relative aux Droits de l’Enfant que Madagascar a ratifié en 1991. Ce présent rapport ne vise pas à exclure l’Etat mais plutôt de soutenir l’Etat en lui proposant des solutions efficaces et éventuelles.

**INTRODUCTION**

D’après une observation faite par le bureau dénommé PRB (Population Référence Bureau ), en Afrique surtout en Afrique sub Saharienne, la population est particulièrement jeune. Cette jeunesse s’avère le moteur de la prospérité économique des années à venir. Madagascar faisant parti de cette dimension, la population compte actuellement 19 625 000[[1]](#footnote-1) dont la moitié sont d\*Children make up more than half of Madagascar's pulation of 17 million – half of whom live on less than $1 aes enfants. Pourtant, il s’avère que notre pays se trouve actuellement dans une extrême pauvreté.

Madagascar est classé parmi les trois pays le plus bas rang au monde, principalement en matière d'insécurité alimentaire et de scolarisation. Madagascar est classé à la 143ème place sur 177 pays en terme de développement humain par le PNUD dans son rapport 2007/2008, mais notre pays figure parmi les 50 pays les plus pauvres dans le monde, il est au rang de 145ème selon le classement de l’IDH (Indicateur de Développement Humain) en 2009. Pourquoi Madagascar est-elle si pauvre? Il y a plusieurs raisons à cela.

Tout d’abord pendant la période coloniale, l'économie était limitée à l'extraction des ressources naturelles (industrie du bois, exploitation minière, pêche). Cela ne favorisait pas une croissance économique de long terme, puisque les ressources s'amenuisaient à mesure qu'elles étaient exploitées. C'est ce qu'on appelle le colonialisme économique.

Ensuite, juste après l’indépendance, la voie socialiste originale choisie en 1972 a constitué une des causes du retard pris par l'économie. Citons la dégradation continue des infrastructures, les freins administratifs mis au développement des entreprises et des investissements, l'insécurité foncière et juridique... De plus il se trouve que depuis longtemps surtout pendant la deuxième et au début de la troisième République, la corruption était répandue au sein du gouvernement qui volait la plupart de l'aide monétaire étrangère.

En outre, on a pu constaté l'inflation de la monnaie, l'***Ariary***, qui est due essentiellement à la détaxation de produits électroménagers, voitures utilitaires, machines industrielles... Celle-ci qui avait pour but de permettre l'essor économique du pays n'a fait que l'aggraver.

Ces situations ont été majorée par les crises politiques, notamment celle qui s'est déroulée en 2002 et évidement celle de cette de 2009 qui en est à sa troisième année actuellement. La première a suscité, entre autres, la hausse des produits de première nécessité à cause de la mise en place de différents barrages bloquant les échanges avec la capitale. Quant à la crise actuelle, elle est à la source de  la destruction de beaucoup d'entreprises et à la perte de plusieurs milliers d'emplois. Évoquons que depuis la crise, des conséquences néfastes ont été aperçues dans la vie sociale et économique du pays. La crise politique a causé de lourdes pertes humaines, économiques et sociales. Des vingtaines de magasins ont été pillées et incendiées, et sont obligés de fermer.

Ainsi, les produits de première nécessité ont commencé à disparaître petit à petit du marché et au cas où ils existent, leurs prix ne sont pas abordables par tout le monde. Beaucoup de gens ont perdu leur travail, à cause de l’évincement de Madagascar de l’AGOA (Africa Growth Opportunity Act). Plus de 500 000 emplois directs et indirects ont été supprimés d'un coup touchant surtout la filière textile. Ce dernier apporte 60% de devises à Madagascar. Et, 80% des exportations textiles sont tournées vers le marché Américain. On ne peut donc négliger ce marché, compte tenu de sa contribution dans l'économie nationale.

En outre le financement des donateurs dont le PNUD, l’Union Européenne, etc., ont été gelé. Ces appuis suspendus concernent surtout le développement économique du pays. La crise politique qui touche Madagascar depuis 2009 a des répercussions significatives sur son économie. L’absence de reconnaissance internationale du gouvernement malgache depuis deux ans de plus, entraine l’instabilité au sein des ministères. Des réductions budgétaires empêchent le gouvernement de faire face à ses engagements dans les secteurs de la santé et de l’éducation. De nombreux pays donateurs ont suspendu leur aide au développement en attendant la stabilisation du pouvoir politique. La crise politique à Madagascar a eu des impacts importants en particulier dans les domaines de l’éducation, de la santé et sur la sécurité des personnes. L’évolution de la situation, politique ainsi qu’économique, accroissent considérablement le stress au sein de la population. Dans ce contexte, les enfants sont particulièrement vulnérables. Les droits de l’enfant ne sont pas du tout respectés dans leur intégralité dans toutes les circonstances. Pourtant, Madagascar est signataire de la **Convention Internationale relative aux Droits de l’Enfant** (CIDE) depuis 1991. Ainsi, les enfants doivent être protégés contre toute forme de violence et ne doivent pas être exposés à la violence ni être impliqués dans des actes de violence. Selon la Convention relative aux droits de l’enfant, tout enfant de moins de 18 ans a droit au respect de sa personne et de son bien être physique et psychosocial. Dans la situation actuelle, nous rappelons à tous et à chacun de protéger les enfants et de prendre toutes les mesures nécessaires pour créer un environnement favorable à leur protection et développement dans leur communauté, école et famille.

A cet effet, il s’avère que les enfants ont été les plus touchés et les plus vulnérables face à cette crise et ce non respect de droit. Il se trouve que leur situation ont été écartée et mise de côté alors que c’est en ce moment que les enfants ont plus besoins d’aide. L'incapacité des gouvernements à protéger les droits de l'Homme provoque de graves dégâts chez les enfants et les prive de leurs droits.

Cette situation concernant les enfants constitue la principale raison qui nous a incité à rédiger ce présent rapport exposant la situation des enfants et leurs droits à Madagascar qui s’avère très critique. Pour se faire, nous avons effectués des enquêtes auprès de divers responsables d’établissements scolaire et aussi des associations œuvrant pour la cause des enfants. Ainsi que , dans ce présent rapport nous allons aborder tout d’abord les droits des enfants à Madagascar.

Ensuite on va constater la situation actuelle des enfants à Madagascar sur le plan de l’éducation, de la santé et la malnutrition, et de la protection des enfants. Dans cette constatation nous allons identifier les causes des complications étalées afin de proposer des solutions et recommandations.

**A. LES DROITS DES ENFANTS A MADAGASCAR**

Ce qui caractérise l’enfant, c’est sa jeunesse et sa vulnérabilité. En effet, l’enfant est un être en pleine croissance, un adulte en devenir, qui n’a pas les moyens de se protéger seul. Aussi, l’enfant doit faire l’objet d’un intérêt particulier et d’une protection spécifique. C’est dans cette optique que des textes proclamant la protection de l’enfant et de ses droits ont été adoptés. En 1991, Madagascar a ratifié la Convention Relative aux Droits des Enfants

La Convention internationale relative aux droits de l’enfants de 1989 définit de manière plus précise le terme « enfant » est :

*« [...] tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable ».*

Dans la législation Malgache, l’âge de la majorité varie selon les cas: la majorité pénale demeure fixée à 18 ans. C'est-à-dire que si un enfant moins de 18 a commis et la majorité civile à 21 ans.

La Constitution malgache amendée a maintenu les dispositions considérant les instruments internationaux sur les droits de l’enfant comme faisant partie intégrante du droit positif.

Pour assurer la mise en compatibilité de la législation nationale avec la Convention, le Gouvernement a mis en place une commission de réforme du droit des enfants – CRDE (Commission de Référence des droits des enfants ) − par décret n° 2005- 025.

La Commission est coordonnée par le Ministère de la justice et elle est composée par des représentants des ministères impliqués dans la mise en œuvre des droits de l’enfant. Depuis sa création, la CRDE a apporté sa contribution laquelle a abouti à la réforme:

• Des droits et de la protection des enfants par l’adoption de la loi n° 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants qui a relayé l’ordonnance n°62-038 du 19 septembre 1962;

• Du mariage et les régimes matrimoniaux;

• De l’adoption, l’adoption plénière provoquant une rupture des liens de parenté entre l’enfant et ses parents biologiques, est irrévocable et confère à l’enfant le statut d’enfant légitime au sein de sa famille adoptive. Mention de l’adoption est faite en marge de l’acte de naissance de l’enfant adopté. clandestine existe dans la région Vakinakaratra après notre enquête. Dans la plupart des cas, les enfants adoptés sont des enfants en bas âge toutefois pour les enfants en âge de comprendre leur situation familiale, ils doivent aussi être éclairés et leur opinion tenue en compte. Le décret sur les familles d’accueil.

• De la protection contre la traite, de l’exploitation sexuelle et du tourisme sexuel

• De la lutte contre le travail des enfants.

En ce qui concerne les droits de l’enfant ceux sont des droits humains. Les droits de l’enfant prévoient ainsi de satisfaire les besoins essentiels au bon développement de l’enfant, tels que l’accès à une alimentation appropriée, aux soins nécessaires, à l’éducation, etc.… Ils ont pour vocation de protéger l’enfant en tant qu’être humain.

Ainsi tout comme les droits de l’homme de manière générale, les droits de l’enfant sont constitués de garanties fondamentales et de droits humains essentiels. Mais ce qui nous intéresse en particulier c’est le droit à l’éducation, à la santé et le droit de bénéficier d’une protection.

**B. L’EDUCATION DES ENFANTS A MADAGASCAR**

**1 - Notion sur l’éducation**

L’article 24 de la Constitution énonce que «l’État organise un enseignement public gratuit et accessible à tous. L’enseignement primaire est obligatoire pour tous.». La loi n° 2004-004 du 26 juillet 2004 institue un enseignement primaire obligatoire et gratuit à partir de l’âge de 6 ans.

L’article 23, 24, 25 de la Constitution énonce que « l’État organise une instruction et une éducation sous l’autorité des parents, un enseignement public gratuit et accessible à tous, un enseignement privé. L’enseignement primaire est obligatoire pour tous.»

L’épanouissement de l’enfant représente un objectif important de l’éducation de l’enfant malgache. L’article 14 alinéa 2 de la loi n° 2004-004 dispose que l’école est appelée à «développer la personnalité de l’individu, dans toutes ses dimensions: physique, affective, psychique, mentale et morale, en garantissant le droit à la construction de sa personne de manière à aiguiser son esprit critique et sa volonté».

Il s’agit aussi dans le cadre de leur fonction de préparation à la vie adulte, selon l’article 16 de la même loi, de «développer des compétences et des savoir-faire, de consolider ces compétences et de les utiliser pour la résolution des problèmes auxquels ils peuvent être confrontés»

**2 - Analyse de la situation concernant l’éducation des enfants**

Dans le cadre de la mise en place d’une système éducative performante, le Gouvernement Malgache a pris des mesures pouvant améliorer ce système éducatif.

* des mesures d’ordres législatifs, ordre budgétaires, appuis aux familles

La réalisation de la réforme du système éducatif nécessite la mobilisation d’importantes ressources financières. À ce titre, le Gouvernement a bénéficié de l’ IFT[[2]](#footnote-2) (Initiative Fast Track) un soutien à l’EPT ( l'Education Pour Tous) mise en œuvre à Madagascar. Toutefois pour assurer la continuité des activités clés du plan EPT mise en œuvre étant donné les divers problèmes survenus au cours de la période de transition politique, la Banque Mondiale et l’Unicef ont fait suivre une politique organisée du secteur de l’éducation pour identifier les risques et s’assurer que les mesures sont appropriées en vue de minimiser l’impact de la crise. Le Gouvernement a promis de fournir le financement de 80 % pour le budget de Ministère de l’éducation mais on a de doute que le budget de l’Etat soit insuffisant pour ce défi.

* Distribution de kits scolaires à tous les élèves de l’école primaire public et privé et de

blouse/ou tablé aux élèves des écoles publiques;

* Instauration d’une caisse école à raison de 2 000 Ariary par enfant à partir de 2003;
* Subventions aux enseignants FRAM ;

Mais actuellement beaucoup d’enseignants se plaint de l’insuffisance de leurs indemnités. Comme la plupart des professeurs des établissements publiques reçoivent leur salaire par les cotisations des parents d’élèves, les conditions économiques des familles étant en chute libre, il devient difficile d’honorer les paiements des salaires. A cet effet tant que les salaires ne sont pas payés, les élèves n’étudient pas.

* maintien, fréquentation, assiduité.

Diverses mesures et programmes sont mis en œuvre afin de maintenir les enfants le plus longtemps possible à l’école et pour parvenir au taux d’achèvement du cycle primaire de 100 % à l’horizon 2015. Le projet de cantine scolaire en est un.

Même si le Gouvernement a pris quelques mesures pour amender le systèmes éducatif, il y a toujours des problèmes comme les qualités des enseignants vu l’insuffisance d’information pédagogique à caractère temporaire. Egalement, dans le contexte politique, économique et social, la crise a apporté plusieurs conséquences néfastes dont la pauvreté qui s’est aggravée de plus en plus. Selon le rapport de PNUD en 2007-2008, Madagascar reste marqué par un **fort taux de pauvreté** (85,1% de la population vit avec moins de 2 dollars/jour et 71% avec moins de 1dollar) contre 76% en 2011 (un ménage vit d’un salaire moins de 1$ par jour)[[3]](#footnote-3). De plus, à cause de cette pauvreté plusieurs ménages n’ont plus les moyens d’envoyer leurs enfants à l’école.

* **Accroissement du nombre des enfants non-scolarisés**

En 2008, 12% des enfants ne fréquentent pas l’école contre 20% en 20093. La Constitution en son article 24 stipule la gratuité de l’enseignement public pour tous les enfants citoyens et rend l’éducation primaire obligatoire jusqu’à l’âge de 14 ans.

Selon les statistiques du Gouvernement, 85 % des enfants en âge d’aller à l’école y ont été inscrits, bien qu’un rapport publié en 2008 par le Bureau International du Travail (BIT) a indiqué que beaucoup moins vont effectivement à l’école. On observe donc une augmentation du taux de non scolarisation liés à la pauvreté de la population. Les frais de scolarisation ont connu une hausse tant au niveau des établissements publics que privés. A cet effet, le revenu du ménage est insuffisant pour couvrir toutes les dépenses. Deux choix leur revient, soit les parents envoient leur enfant ayant antérieurement fréquenté des établissements privés vers les établissements publics, soient ils sont obligés de retirer leurs enfants à l’école faute de moyens financiers.

Par conséquent les effectifs au niveau des établissements publics augmentent engendrant l’insuffisance des salles de classes, la limitation des enfants pouvant être recueillis,…***On se pose la question où peuvent aller les autres qui ne sont pas reçus au niveau des établissements publics et qui n’ont pas les moyens d’envoyer leurs enfants dans les établissements privés ?*** La privation à l’éducation atteint 20,7% en 2009.

Outre, le budget de l’Etat destiné à l’éducation s’avère de plus en plus insuffisants.

* **L’abandon**

Pendant cette période de crise de l'emploi et surtout la période de soudure, les parents décident ainsi de suspendre l'envoi à l'école de leurs enfants. En effet, beaucoup d’enfants issus de milieux défavorisés sont obligés d’abandonner l’école pour travailler et subvenir aux besoins de leur famille, ou en raison de problèmes de santé liés à la malnutrition.

En général, les enfants des milieux ruraux poursuivent leurs études jusqu’à l’école secondaire, 23,5% selon le milieu de résidence d’après l’EDS 2008-2009, alors que ceux des milieux urbains 57,3% (EDS 2008-2009) vont jusqu’à l’étape du baccalauréat pour rejoindre l’université. [[4]](#footnote-4)Cependant, le taux des flux dans les 6 Universités de Madagascar a baissé selon ce tableau ci-après.

**Tableau n°1 : Comparaison du taux de flux des 6 Universités**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Taux de flux** | **2008** | **2009** |
| **Taux de promotion** | **53,1%** | **47,3%** |
| **Taux de redoublement** | **18,2%** | **14,1%** |
| **Taux d’abandon** | **28,7%** | **38,6%** |

Source : MENSUPRES/Service de la Statistique 2009

Dans le domaine de l'éducation, il s’avère que ce non-respect des droits des enfants gagne de plus en plus de l'ampleur après les crises politico-économiques. « **Le taux d'abandon des enfants connaît une augmentation aujourd'hui. Ce taux était de 12 % en 2008, il avoisine les 20 % en 2010** »[[5]](#footnote-5).

En 2009 depuis une donnée administrative, on constate que le taux de survie en dernière année de l’école primaire est de 36% ce qui n’atteint même pas la moitié. Notre enquête menée récemment révèle *une tendance de l'augmentation des charges des parents dans l'éducation de leur progéniture* . « Je suis une fille mère qui ne gagne que 1500 Ariary par jour. Et la directrice de l'école primaire publique m'a demandé de payer 10 000 Ariary cash pour ma participation dans le fonctionnement de l'école. N'ayant pas cette somme, j'ai décidé de cesser la scolarisation de mon garçon », se plaint une lavandière dans le bas quartier de la capitale.

* Budget de l’Etat destiné à l’éducation insuffisant.

En 2008, une augmentation du budget pour l’éducation a permis de procéder à certaines améliorations des services pour les groupes vulnérables, mais les fonds déjà insuffisants pour l’éducation ont été davantage limités par la suspension des fonds des bailleurs suite au crise au mois de mars 2009, résultant en des services inappropriés. Il se trouve que le budget de l’Etat depuis 2010 prévoit une importante montant d’aide budgétaire venant de l’extérieur alors que l’ environnement politique reste encore incertain et que ces aides sont limités. La majorité de ces montants sont destinés aux secteurs sociaux touchant particulièrement l’éducation et la santé. En conséquent, certaine projet dans ces domaines peut tomber à l’eau.  
 La réalité au niveau des différentes CISCO ( Circonscription Scolaire) auxquelles nous avons mené une enquête confirme cette constat. D’après notre enquête mené auprès du Chef CISCO d’Antananarivo, nombreux sont les problèmes liées à l’éducation tel que les problèmes d’infrastructure touchant le terrain de construction.

En ville il n’existe plus aucun terrain où on peut construire des établissements. Même s’il en existe à louer, le loyer est très cher pour le CISCO parce que le budget n’est pas suffisant pour la location. Tel est le cas de l’EPP d’Ilanivato[[6]](#footnote-6) où le loyer monte jusqu’à 3 000 000 Fmg par an.

Généralement, il doit y avoir au moins un EPP à chaque quartier, un CEG et un lycée par commune. Pourtant il se trouve que ce n’est pas le cas pour Antananarivo. Dans 192 quartiers, il n’y a que 92 EPP ce qui est loin du norme attendu.

C’est aussi le cas pour l’EPP d’Analavory[[7]](#footnote-7) que nous avons visité où les salles de classe sont insuffisantes et anciennes. On compte 952 élèves dont 60 élèves par maître ce qui est énorme[[8]](#footnote-8). Pour une meilleure organisation, certains classes étudient le matin et d’autres l’après midi.

Actuellement, il existe plusieurs associations qui prennent en charge les enfants vulnérables et orphelins dans le domaine scolaire, nutrition, soins primaires avec l’appui financier des associations mères. Pourtant il semble que plusieurs enfants ont encore besoins d’aide dans ces domaines vu que les familles défavorisés se multiplient plus vite. Outre, ces différentes associations rencontrent actuellement des problèmes au niveau financier. La réalité au niveau de quelques Associations[[9]](#footnote-9) lors de notre descente sur terrain justifie ce problème.

**Tableau n°02 : les différentes problèmes pour les associations œuvrant pour les enfants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Association et localisation** | **Objective et activités** | **Capacité d’accueil** | **Problèmes rencontrées** |
| **Association FINOANA BE (Commune rurale Alasora)** | -Education et appui scolaire.  -Exécution du projet Asa Sekoly Avotra ho an’ny Malagasy (ASAMA), préparation en dix mois à l’examen de fin d’étude du primaire.  -Education et appui scolaire aux  filles mineurs en danger.  -Parrainage | 25/an | -Possibilité financière limité.  -Depuis la crise rupture de la collaboration avec l’Etat avec suspension ou réduction des financements des différents partenaires liés à la situation politique actuelle engendrant la réduction des activités.  -La capacité d’accueille devenue insuffisante vu que les familles défavorisées multiplient de plus en plus.  -Budgets insuffisants, possibilité financière limité. |
| **Association ANKANY FIARENANANA (commune Ambohimalaza)** | -Education et appui scolaire | 50/an | -Infrastructures inappropriés (maison sans toits, équipement insuffisant, encombrement, …)  -Financement insuffisante (pas d’indemnité pour les enseignants, arrêt du cantine, scolaires, etc…) |
| **Association SPV Felana (Antsirabe)** | -Education et appui scolaire | 100 et +  15/an | -Budget insuffisant surtout depuis la crise.  -La capacité d’accueille limitée à cause de la multitude des enfants défavorisés |
| **Association Quand m’Aime (Antsirabe)** | -Éducation et Formation Professionnelle  -Famille d’accueille. | 35/an | -La Capacité d’accueille limitée |

D’après ce tableau, presque toutes les associations ont tous le même souci problème financier, problème d’infrastructure (endroit, etc.). Spécialement depuis la crise qui nous a mené dans une impasse comme la non reconnaissance Internationale occasionnant la suspension des financements et l’arrêt de la collaboration. Egalement, la situation économique du pays s’est dégradé multipliant ainsi les familles défavorisés à cause du chômage, l’inflation, etc.

Bref, à cause de la crise actuelle et l’inflation, même s’il existe plusieurs Associations œuvrant pour les enfants dans le domaine de l’éducation, beaucoup d’enfants ne sont pas encore scolarisés, les frais de scolarisation augmentent tant au milieu rural qu’urbaine que les parents n’ont plus les moyens d’envoyer leurs enfants à l’école sans compter l’insuffisance d’infrastructure surtout les salles de classe. Egalement, on constate un abandon de l’école de nombreux enfants où leurs parents sont démunis du fait de la crise où plusieurs ménages se trouvent sans emploi.

**4 - Les facteurs explicatifs des problèmes concernant l’éducation des enfants à Madagascar**

Nombreux sont les facteurs explicatifs de non scolarisation des enfants à Madagascar. Ces facteurs sont d’ordre venant des parents et également venant de l’Etat.

a)Les facteurs d’ordre venant des parents

Les facteurs évoqués par les parents pour expliquer la non scolarisation des enfants sont d’ordre socio économiques. Si beaucoup d’enfants n’ont toujours pas accès à l’éducation, c’est notamment en raison des inégalités et des marginalisations qui persistent. Des enfants n’ont pas accès à l’enseignement de base, en raison d’inégalités fondées sur le sexe, la santé, et l’identité culturelle (l’origine ethnique, la langue, la région). Ces enfants se retrouvent alors en marge du système éducatif et ne bénéficient pas de l’apprentissage essentiel à leur développement intellectuel et social. D’autres facteurs liés à la pauvreté, tels que le chômage, la maladie et l’analphabétisme des parents, cause également la non-scolarisation.

On a pu observer lors de notre enquête sur terrain récemment qu’en milieu urbain, 40,5 % des enfants ne sont pas scolarisés à cause des frais d’écolage trop élevés, contre 33’1 % en milieu rural. En milieu rural, hormis les frais d’écolage, les raisons de la non scolarisation des enfants sont le manque d’intérêt porté à l’éducation, les refus et aide à la famille. En effet, les ménages pauvres ne sont pas souvent informés de l’importance de l’éducation. Les bénéfices qu’ils peuvent percevoir en éduquant les enfants sont d’ordre monétaire et non monétaire. Le bénéfice monétaire prend la forme de transfert direct du revenu enfant-parents alors que le bénéfice non-monétaire est lié au capital social et au transfert de savoir aux membres non éduqués de la famille.

De même, les parents possédant des actifs (terres, atelier, petit commerce, etc.) ne scolarisent pas ses enfants car ces derniers sont utilisés comme aides familiales. En ce qui concerne l’abandon de l’école, ceci est dû à la migration, la faim, et parfois à la paresse des enfants et la plus connue est la pauvreté des parents. Tel est le cas d’une Etablissement Primaire Publique sise à Analavory où les causes les plus connues de l’abandon de l’école sont la faim et la migration. En plus, les gens en milieu rural pensent que les garçons doivent suivre l’éducation que les filles donc si les parents ne peuvent pas payer le frais de scolarité, il vaut mieux d’arrêter l’éducation de filles après la classe primaire.

b) les facteurs d’ordre venant de l’Etat

L’enseignement primaire universel constitue un enjeu majeur et un problème de taille pour de nombreux États surtout dans les pays en voie de développement comme Madagascar. Ce dernier ne dispose pas suffisamment de ressources financières pour créer des écoles, fournir du matériel scolaire,  recruter et former des enseignants vu que le budget de l'Etat alloué à l'enseignement surtout en cette période de crise s’avère insuffisant.

Les enseignants ne bénéficient pas des formations pédagogiques essentielles, et les écoles, en nombre insuffisant, ont des classes surchargées. Ce sureffectif oblige les écoles à créer des classes où plusieurs niveaux scolaires se chevauchent, et qui ne permettent pas à chaque enfant de bénéficier d’un enseignement adapté à ses besoins et à ses capacités.

Par conséquent, dans notre pays, les taux d’abandon et d’échec scolaire restent encore très élevés. Tel est le cas de plusieurs Etablissement Primaire Publique de divers régions[[10]](#footnote-10) que nous avons visité lors de notre enquête où les salles de classe sont surchargées, les enseignants ne reçoivent pas leur indemnité. Comme la plupart des professeurs des écoles primaires publiques reçoivent leur salaire par les cotisations des parents d’élèves, les conditions économiques des familles étant en chute libre, il devient difficile d’honorer les paiements des salaires.

Au-delà de ces problèmes, on constate aussi lors de notre enquête l’éloignement de l’école et la demeure des élèves.

Ce facteur représente un poids important en milieu rural où les enfants doivent parcourir de longues distances pour venir étudier sans compter l’insécurité de ces élèves. Suite à ce long parcours majoré par le fait que ces élèves n’ont pas le petit déjeuner avant de partir à l’école, ils sont fatigués et ne peuvent plus suivre les cours avec attention ce qui limite son esprit de créativité et le degré de son intelligence.

Effectivement, pour assurer le vraie développement durable il est nécessaire de penser à l’avenir des enfants. Pour nous l’éducation et l’enseignement sont le premier armes utilisées pour atteindre ce but comme dit le proverbe Malgache : « ny fianarana no lova tsara indrindra ». Il s’avère donc utile de :

* ***renforcer le système éducatif et faciliter l’accès à l’enseignement***. La prise en charge préscolaire des enfants, l’amélioration du système d’éducation primaire et l’intensification du système secondaire (collège) en sont prioritaires. D'ailleurs la politique d’allègement des charges parentales doit être poursuivie pour que l’augmentation des frais de scolarisation ne pose aucun problème à l’éducation. La distribution de kits scolaires à tous les élèves du primaire public et privé, de blouse aux élèves des écoles publique doit autant être poursuivi et améliorer. Egalement, l’Etat doit prioriser davantage les enfants des milieux ruraux qui s’avère les plus vulnérables.
* ***améliorer les infrastructure scolaires***. Il va falloir dès lors construire des salles de classe, recruter des enseignants, réviser les programmes scolaires, construire des bibliothèques scolaires et doter les écoles d’équipements scientifiques vu que la motivation des élèves ainsi que les enseignants s’avère très importante à la réussite.

Ainsi l'appui financier de l'État est souhaité dans ce domaine pour faire fonctionner « normalement » les écoles publiques car la situation devient inquiétante actuellement. L'État est ainsi invité à s'engager davantage pour un respect effectif des droits des enfants, mais à ne pas jouer sur une politique de complaisance.

**B. LA SANTE DES ENFANTS A MADAGASCAR**

**1 - Notion sur la santé**

L’État reconnaît et organise pour tout individu le droit à la protection de sa santé dès sa conception (art. 19 de la Constitution). Ce droit à la santé et au développement implique le devoir de prévenir les maladies et de couvrir les besoins sanitaires des enfants en cas de maladie. Tenant compte de la déclaration du Millénaire de 2000, le Président de la République et le Gouvernement accordent une attention particulière à la santé maternelle et infantile.

**2 - Analyse de la situation concernant la santé**

En matière de santé, la couverture sanitaire s'élargit. ***Cependant, l'accès aux soins essentiels est toujours limité, frein à un recul significatif de la mortalité infantile et maternelle***. La forte morbidité est accentuée par un très faible accès à l'eau potable et par des problèmes d'hygiène et d'assainissement.

* inaccessibilité aux soins de santé de base des enfants et aux services de maternité.

On a pu constaté que seul les ménages aux revenus aisés ont accès à des installations sanitaires améliorés. Le plus grand nombre de ces ménages se situe en milieu urbaine que rural. Il est donc très difficile pour les familles défavorisés d’avoir accès à des soins de santé de qualité. Ces familles défavorisés qui augmentent de plus en plus surtout depuis la crise en 2009, la privation à l’installation sanitaire atteigne le 43,5% des enfants en 2009[[11]](#footnote-11).

L’accès physique aux établissements de santé reste un problème : 10 % des personnes qui avaient besoin de soins et qui n’ont pas pu en recevoir, ont mentionné ***la distance comme en étant la cause principale***. L’accessibilité de la population aux formations sanitaires publiques de base reste insuffisante et n’a pas beaucoup évolué, passant seulement de 57 % à 60 %. La progression d’augmentation de nouvelles constructions de CSB ne convient pas à la tendance d’accroissement de la population (2,8 % /an). Le ratio population pour un CSB est passé de 1/7.384 en 2009.

Les problèmes d’accessibilité financière : les résultats de notre enquête montrent aussi que le coût des soins est une des principales raisons évoquées pour le non - recours aux services sanitaires en cas de maladie. Ces barrières financières ont souvent un lien direct non seulement avec le coût des services mais aussi avec d’autres facteurs tels le transport et le coût d’opportunité pour recourir aux soins. Les centres de santé publics opèrent dans un environnement compétitif et entrent en concurrence avec les services de médecins privés et les praticiens traditionnels.

Il est intéressant de noter qu’il y a des variations saisonnières importantes dans l’utilisation des services de santé qui s’expliquent par la fluctuation du pouvoir d’achat des ménages. En période de soudure, la baisse du revenu des ménages induit une baisse de l’utilisation des services. La période de soudure varie en durée en fonction de régions, mais concorde généralement avec le début de la saison des pluies mais encore récoltés.

En ce qui concerne la santé maternelle et néonatale, nombreuses femmes n'ont pas accès à des soins de santé de qualité, la mortalité maternelle reste d'un niveau alarmant. Celle-ci a atteint 4/1000 en 2009[[12]](#footnote-12). Seulement 47% des accouchements sont assistés par du personnel qualifié. Concernant la survie de l’enfant, bien qu’une certaine amélioration ait été constatée de 1997 à 2004, période au cours de laquelle le taux de mortalité infanto juvénile est passé de 159 à 94 pour mille, le niveau de mortalité demeure encore préoccupant, car 100 000 enfants continuent de mourir chaque année. Actuellement ce taux est de 72 pour 1000 naissances vivantes. Ci-après un tableau démontrant le taux de mortalité infanto-juvénile (entre la naissance et 5ans) :

**Tableau n°03 : Taux de mortalité infanto-juvénile par Région**

|  |  |
| --- | --- |
| Région | Nombre de décès pour 1000 naissances vivantes |
| Analamanga  Vakinakaratra  Itasy  Bongolava  Haute Matsiatra  Amoron’i Mania  Vatovavy fitovinany  Ihorombe  Atsimo Atsinanana  Atsinanana  Analanjirofo  Alaotra Mangoro  Boeny  Sofia  Betsiboka  Melaky  Atsimo Andrefana  Androy  Anosy  Menabe  Diana  Sava | 48  79  82  41  103  92  188  109  122  53  58  74  96  65  89  64  76  77  112  90  55  67 |

**Source : EDS 2008-2009, INSTAT**

La couverture sanitaire reste cependant limitée, puisque moins de 65% de la population sont situés à moins de 5 kilomètres d'une formation sanitaire. Le taux d’utilisation des services de santé de base publics est de moins de 50%. Plus de la moitié de l'ensemble des naissances se déroulent sans l'assistance d'une personne médicalement qualifiée contre 32,9% en 2008[[13]](#footnote-13). Les données essentielles concernant la santé de l’enfant montrent une évolution positive au cours des dernières années. La chute des taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, amorcée depuis 1985, a connu une accélération entre 1997 et 2003. Actuellement elle a connu une baisse jusqu’à 48% selon une fiche de donnée 2010 auprès de l’INSTAT venant du PRB.

|  |
| --- |
| Année/Taux 2007 2009 |
| TMM5 32% 58%  Taux de mortalité infantile (moins d’un an) 30% 41%  Taux de mortalité néonatale 15% 21% |

**Tableau n°04 : Tableau comparatif des taux de mortalité selon leur nature**

* Famine et paludisme, deux menaces en suspens

Famines, épidémies : Si la pluie tant attendue au début de l'été ne tombe pas, les maigres réserves sont vite épuisées. Le sud est toujours la région la plus menacée par la sécheresse. La zone critique se situe aux environs d'Ambovombe (Région Androy). Autre mal endémique : le Paludisme. On parle d'une recrudescence alarmante de la maladie et on en attribue la cause à une résistance des [plasmodiums](http://fr.wikipedia.org/wiki/Plasmodium) à la [chloroquine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Chloroquine), ce qui ferait échec à la prise classique de [quinine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Quinine) ou de [nivaquine](http://fr.wikipedia.org/wiki/Nivaquine).

A Madagascar, la lutte contre le paludisme est une lutte de tous les instants, menée depuis de nombreuses années, avec l'appui de nombreux organismes partenaires, dont, justement l'UNICEF. Les campagnes de distribution de moustiquaires à imprégnation durable et les aspersions intra-domiciliaires menées dans différentes régions de la Grande Ile, en font partie. De même, la mise à disposition de traitements peu coûteux à travers le marketing social, mené par des organismes en activité dans ce secteur, ont contribué à la réduction de la mortalité due au paludisme. « Des études ont montré que lorsque les enfants d'une même communauté dorment chaque nuit sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide, la mortalité infantile globale peut diminuer de près de 20% », fait alors remarquer l'UNICEF. « Pourtant, des centaines de milliers d'enfants, essentiellement en Afrique, périront faute d'avoir eu accès à ces moustiquaires ou à des médicaments indispensables dans les 24 heures suivant l'apparition des premiers symptômes.

* Effectifs des responsables sanitaires insuffisant

Il se trouve que le ratio ressources humaines/population reste nettement inférieur aux normes de l’OMS, surtout en ce qui concerne les infirmiers.

**Tableau n°05 : La couverture médicale et para-médicale à Madagascar et les normes de l’OMS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| ***Catégories*** | ***Couverture sanitaire*** | |
| *Normes OMS pour pays à bas revenus* | *Situation actuelle* |
| *Médecin 1 pour 5000 habitants 0,72 pour 5000 habitants*  *Infirmier 1 pour 2000 habitants 0,44 pour 5000 habitants*  *Sage femme 1 pour 5000 habitants 0,87 pour 5000 habitants* | | |

Source : Service de Statistique Sanitaire/MINSANPF.

* Budget de l’Etat alloué à la santé insuffisant

En matière de financement, la santé est financée à 32% par le secteur public, 36% par les bailleurs de fonds et 32% par le secteur privé y compris les ménages. Le pourcentage des dépenses de santé par rapport au PIB 3,3 % en 2009.On remarque que malgré les efforts entrepris par l’Etat en matière de santé, il se trouve que les infrastructures restent insuffisantes et indésirables.

**3 - Les maladies les plus fréquents chez les enfants**

Nombreux sont les maladies pouvant atteindre les enfants.

Selon notre enquête auprès d’un centre hospitalier de référence à Antananarivo, ci-après les maladies les plus fréquents chez les enfants :

**Tableau n°06 : Maladies les plus fréquents chez les enfants**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Maladies | Nombres d’enfants atteint | |
| 2007[[14]](#footnote-14) | 2010[[15]](#footnote-15) |
| Infection respiratoire aigüe (IRA)  Diarrhée avec déshydratation  Crises convulsives  Infection néonatal  Malnutrition+Kwh+Marasme | 40 %  25,5 %  9,8 %  5 %  10,9 | 42 %  30 %  9,2 %  9,7 %  8,4 % |

Source : Hôpital des enfants Tsaralalana

Depuis ce tableau, l’IRA , le diarrhée avec déshydratation et l’infection néonatal constitue les motifs les plus connus d’hospitalisation des enfants. Ces maladies sont surtout liés à la privation d’eau et de nourriture chez les enfants, spécialement dans les régions du Sud de l’île. La privation d’eau atteigne 80,7% des enfants en 2009.

La couverture vaccinale

Le Gouvernement Malagasy a mis en place son Programme de Vaccination suivant une politique bien définie depuis 1976. Depuis 2003, la couverture vaccinale dans les districts les moins favorisés, le Programme Elargi de Vaccination (PEV) et les campagnes de vaccination contre la rougeole en 2004 (9 millions d’enfants vaccinés) et contre la polio en 2005.

Il existe plusieurs vaccins administrés chez la mère comme le vaccin antitétanique pour les femmes enceintes et chez les enfants dont l’immunisation des enfants de 0 à 2 ans contre la diphtérie, la coqueluche et la tuberculose, le vaccin antipoliomyélitique chez les enfants; la vaccination anti rougeoleuse dans les activités de vaccination.

Les résultats de l’Enquête Démographique et de Santé 2008-2009 montrent que 55 % des enfants ont été complètement vaccinés conformément au calendrier recommandé par le PEV, c’est-à-dire avant l’âge de 12 mois ; globalement, près des deux tiers des enfants de 12-23 mois (62 %) ont reçu tous les vaccins du PEV, c’est-à-dire une dose de BCG, trois doses de DTCoq, trois doses de polio et une dose de rougeole. Les variations selon le milieu de résidence sont toutefois importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural par rapport au milieu urbain (60 % contre 81 %).

La comparaison des résultats des différentes Enquêtes Démographiques et de Santé réalisées à Madagascar montre que depuis 1992, date de la première enquête, la couverture vaccinale des enfants de 12-23 mois s’est nettement améliorée. En outre, la proportion d’enfants n’ayant reçu aucun vaccin, qui était restée quasi-constante de 1992 à 2003-2004 (20 % à 21 %), a nettement

diminué en 2008-2009 (14 %). En ce qui concerne la vaccination complète, on ne relève pratiquement pas d’écart entre les filles et les garçons (62 % contre 61 %). Par contre, la couverture vaccinale diminue avec le rang de naissance : de 68 % pour le rang 1, elle passe à 55 % pour le rang 4-5. Les variations selon le milieu de résidence sont importantes et mettent en évidence la faiblesse de la couverture vaccinale du milieu rural par rapport au milieu urbain (59 % contre 81 %). Dans la capitale, 72 % des enfants ont reçu tous les vaccins du PEV. Il faut souligner cependant que cette proportion a diminué par rapport à celle qui avait été enregistrée à l’EDSMD-III de 2003-2004 qui était de 83 %. D’autre part, les résultats montrent que les proportions d’enfants complètement vaccinés augmentent avec le niveau d’instruction de la mère, variant de 39 % parmi ceux dont la mère est sans instruction à 65 % parmi ceux dont la mère a un niveau primaire et à 80 % quand la mère a un niveau, au moins, secondaire. Enfin, le taux de couverture vaccinale est influencé par le niveau socio-économique du ménage dans lequel vit l’enfant : la proportion d’enfants vaccinés passe de 41 % dans les ménages du quintile le plus pauvre à 82 % dans les plus riches[[16]](#footnote-16).

Le VIH/SIDA

L’épidémie de VIH à Madagascar est considérée comme à faible prévalence. Les modélisations réalisées fin 2007 ont permis d’estimer que seulement 0,14% de la population adulte vivrait avec le VIH, soit près de 12.500 personnes. La situation n’a forte heureusement guère évoluée depuis l’identification du premier cas en 1987, contrairement aux pays voisins de l’Afrique Australe. Certains groupes considérés comme à haut-risque n’ont pas non plus une prévalence au VIH élevée (0,5% pour les travailleuses du Sexe et 0,28% pour les patients consultants pour Infections Sexuellement Transmissibles) mais les données manquent sur d’autres catégories de population bien présents à Madagascar comme l’ont révélé plusieurs études récentes (Hommes ayant des rapports Sexuels avec d’autres Hommes, Utilisateurs de Drogues Injectables) et qui pourraient présenter des niveaux d’infection plus élevés.

Les facteurs de risque sont cependant très présents à Madagascar et pourraient faciliter une éventuelle croissance épidémique :

- Très forte prévalence des infections sexuellement transmissibles, qui habituellement favorisent l’infection au VIH.

Selon l’Enquête de Surveillance Biologique 2007, 4,4% des femmes enceintes et plus de 12% des Travailleuses du Sexe seraient positives à la syphilis, représentant un taux parmi les plus élevés au monde. La tendance est cependant à la baisse, ce qui refléterait les efforts importants du système de soins privés et publics ces dernières années.

- Taux élevé des rapports sexuels non protégés. Alors que 32% des jeunes admettent avoir eu plus d’un partenaire sexuel, seuls une faible proportion ont utilisé un préservatif au dernier rapport (en 2010, 5% des jeunes femmes et 10% des jeunes hommes utilisent un préservatif selon une fiche de donnée 2010 du PRB).

Situation de la personne handicapée :

D’une façon générale, la sensibilisation de la population et des professionnels constitue un enjeu majeur pour la promotion des droits des enfants en situation de handicap. Des efforts ont été réalisés par les ONG et les associations des personnes handicapées, mais beaucoup reste à faire.

L’accès aux soins des enfants handicapés demeure limité en raison d’obstacles financiers et géographiques. Les ressources humaines assurant l’accompagnement des enfants handicapés tant sur le plan médical que social sont encore insatisfaisantes en quantité et en qualité.

Les prévalences par type de déficience sur la population totale sont les suivantes:

• Handicap visuel: 3,1 %;

• Handicap physique: 2,8 %;

• Handicap auditif: 1,8 %;

• Handicap intellectuel: 1,5 %;

• Handicap psychique: 0,18 %.

**Tableau n°07 : Répartition estimée selon les tranches d’âge de la personne handicapée**

|  |  |
| --- | --- |
| Tranche d’âge | Pourcentage |
| * Moins de 12 mois 0,3 * De 1 à 5 ans 16,1 * De 6 à 18 ans 21,1 | |

Source : Rapport d’enquête « Coordination des soins aux personnes handicapées », MINSAN 2006.

Ces informations sont confirmées par les données disponibles pour 2006 provenant de quatre régions, où le nombre de nouveaux cas d’enfants handicapés dépistés avoisine le 40 % de l’ensemble des personnes dépistées.

**C- La malnutrition des enfants à Madagascar**

**1 - Notion sur la malnutrition**

La malnutrition désigne un état pathologique causé par la déficience ou l'excès d’un ou plusieurs [nutriments](http://fr.wikipedia.org/wiki/Nutriments). L'apport alimentaire anormal peut provenir d'une [nourriture](http://fr.wikipedia.org/wiki/Nourriture) en quantité inadaptée au besoin (apport calorique insuffisant ou, au contraire, excessif) ou de mauvaise qualité ([carences nutritionnelles](http://fr.wikipedia.org/wiki/Carences_nutritionnelles) ou excès de [graisses](http://fr.wikipedia.org/wiki/Graisse_alimentaire)...) ; d'autres facteurs, notamment psychologiques et pathologiques, interviennent également.

Dans les [pays en développement](http://fr.wikipedia.org/wiki/Pays_en_d%C3%A9veloppement) comme Madagascar, le plus grand problème nutritionnel est la « [sous-alimentation](http://fr.wikipedia.org/wiki/Sous-alimentation) », due à un apport calorique insuffisant.

**2 -**  **La situation de malnutrition**

A Madagascar, la malnutrition touche une grande partie de la population et demeure un problème important, à la fois sur le plan social et sur celui de la santé. Dans ses formes les plus graves, elle pose un grave problème de santé publique car elle contribue à l’augmentation des risques de décès surtout chez les enfants de bas âge. Les derniers chiffres de l’UNICEF montrent que plus de 50,5% de la population malgache souffre de la malnutrition. Dans le Sud du pays, notamment dans l’Androy, Anosy, et Atsimo Andrefana, 70% de la population en sont victimes. les femmes et les enfants seraient les plus vulnérables.

***La pauvreté touchant les deux tiers des malgaches en est une cause***. Associée aux catastrophes naturelles, à une baisse des disponibilités alimentaires et à un accès limité aux aliments, la pauvreté a pour conséquence une forte insécurité alimentaire des ménages. Les provinces qui ont le taux le plus élevé de pauvreté sont Fianarantsoa, Toamasina et Antananarivo. Les disponibilités alimentaires sont insuffisantes à couvrir les besoins énergétiques de la population dont plus d'un tiers est sous-alimentée.

Quantitativement insuffisantes, les disponibilités alimentaires sont aussi insuffisamment diversifiées. Il existe des régions où l'alimentation est de qualité, mais en quantité insuffisante et vice-versa, il y a aussi des endroits où la quantité est abondante mais la qualité n'existe pas. Or, les deux sont inséparables. D'autre part, l'accès aux soins constitue l'un des facteurs de blocage pour éradiquer à la malnutrition, parce que dans certaines régions, les centres de santé sont éloignés, voire inexistants, alors que dès la grossesse, la malnutrition peut être évitée. A de fortes prévalences de malnutrition sont associées d'importantes carences en micronutriments. L'alimentation apporte peu de lipides et peu de produits riches en vitamine A.

En conséquence, la carence en vitamine A est courante, en particulier chez les mères. La couverture des enfants par des suppléments de vitamine A est large mais celle des mères est encore trop restreinte.

L'anémie touche toute la population, mais particulièrement les groupes vulnérables, enfants préscolaires, et femmes en âge de procréer envers lesquels une supplémentation en fera récemment été mise en place. Les causes parasitaires de l'anémie demanderaient à être étudiées.

D’après laCOMPREHENSIVE FOOD AND NUTRITION SECURITY AND VULNERABILITY ANALYSIS » (CFSNVA) en Janvier 2010, ***64% des ménages localisés dans les districts d’intervention du FIDA sont en insécurité alimentaire dont 20% en Insécurité Alimentaire Sévère*.** Les ménages en situation d’Insécurité Alimentaire Sévère sont ceux qui ont une consommation pauvre en nourriture mais peuvent avoir ou non des problèmes d'accès à la nourriture.

Au mois d’Aout et Septembre 2010 est estimé à 164 200 personnes dont 39 00 personnes en Insécurité Alimentaire Sévère. Cette vulnérabilité à l’insécurité alimentaire (Sévère ou Modérée) est liée à la taille du ménage (supérieure à 7), au type de travail (journalier/ouvrier), aux sources d’eau à boire (eaux courantes publiques et forage) , aux ménages ayant des enfants atteints de retard de croissance modéré.

La situation varie suivant les districts : les ménages en Insécurité Alimentaire Sévère sont majoritaires dans les districts de Bekily et d’Amboasary Atsimo, ceux en Insécurité alimentaire Modérée dans les districts de Miarinarivo, Soavinandriana, Ikongo, Betroka, Fenérive Est, Vavatenina, Ambohimahasoa, Taolagnaro, Port Bergé. Ci-après un tableau montrant le classement de l’Insécurité Alimentaire par district d’intervention du FIDA et par degré de gravité dans chaque catégorie :

**Tableau n°08 : Classement des catégories d’insécurité alimentaire**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Insécurité alimentaire Sévère** | **Insécurité Alimentaire Modéré** | **Sécurité Alimentaire** |
| **Bekily**  **Amboasary Atsimo** | - Miarinarivo  - Soavinandriana  - Ikongo  - Betroka  - Fenerive est  - Vavatenina  - Ambohimahasoa  - Taolagnaro  - Port Bergé | - Sainte Marie  - Manjakandriana  - Belo sur tsiribihina  - Toamasina 2  - Ambalavao  - Ambatondrazaka  - Miandrivazo  - Antsalova  - Fandriana |

**Source : CFSNVA 2010, Rapport final Zone FIDA**

**D’après ce tableau la région du Sud est la plus touchée par l’insécurité alimentaire.** Le climat est en grande partie responsable de cette situation de malnutrition sévère. Un climat plutôt sèche et défavorable à la culture.

* **La malnutrition infantile**

La malnutrition infantile est une cause de mortalité élevée surtout dans les pays en voie de développement tel que Madagascar. Les pratiques d'alimentation des enfants en bas âge sont plutôt favorables à leur santé. Cependant, la faible qualité de l'alimentation de complément, associée notamment à une forte prévalence de maladies infectieuses sans prise en charge sanitaire, est un déterminant important de la malnutrition.

La prévalence du retard de croissance (malnutrition chronique) est très élevée parmi les enfants d'âge préscolaire. Elle touche la moitié des enfants malgaches. La prévalence de la maigreur (malnutrition aigue) est également forte. De plus, aucun recul important de la malnutrition n'a pu être observé depuis plus d'une décennie.

Selon les résultats de l’enquête démographique et de santé (EDS) 2008-2009 : près de la moitié des enfants Malagasy souffrent d’un retard de croissance ; 45% des enfants Malagasy souffrent de malnutrition. Des éducations nutritionnelles sont menées dans les centres de santé, mais leur pratique familiale est impossible à cause de la pauvreté.

La malnutrition constitue la toile de fonds des maladies infectieuses infantiles. Elle aggrave ces maladies et est source des décès infantiles. Selon encore cette EDS 2003-2004 : sur 1.000 enfants naissant vivants, 58 vont décéder avant 1 an. Sur 1.000 enfants âgés de 1 an, 38 n’atteignent pas leur cinquième anniversaire.

Depuis 2009, les régions les plus touchés par cette malnutrition sont les régions du Sud tels que Androy, Anosy et Atsimo Andrefana. Un dépistage actif d’environ 240 000 enfants âgés de 6 à 59 mois a eu lieu le mois de février 2010. En ce qui concerne la malnutrition des enfants de 6 a 59 mois, **35% présente une insuffisance pondérale dont 7% de cas sévère, 68% ont un retard de croissance dont 19% de cas sévère et 6% sont émaciés dont 1% de cas sévère, en 2010.** S’il n’y a pas de différence entre les sexes des enfants, le taux de malnutrition augmente à partir de 12 mois, est optimal entre 24 a 36 mois, pour redescendre après, quel que soit le type de malnutrition.

La situation reflète un problème dans la conduite du sevrage. L’état nutritionnel varie suivant les régions. L’émaciation est à surveiller dans les régions de Vatovavy Fito Vinany, Sofia, Anosy, Melaky, Menabe, d’Alaotra Mangoro et Itasy dont de nombreux districts sont classés comme en Insécurité Alimentaire.

Pour les régions de Menabe, Atsinanana, Analanjirofo, Anosy, Androy, Sofia, la prévalence de l’insuffisance pondérale est élevée et elle est très élevée dans les régions de Itasy, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Vatovavy Fito Vinany, Alaotra mangoro, Analamanga. En ce qui concerne le retard de croissance, le taux est élevé dans la région de Sofia, et est très élevé dans les régions d’Itasy, Haute matsiatra, Amoron'i Mania, Alaotra mangoro, Analamanga, Atsinanana, Analanjirofo, Vatovavy Fito Vinany, Anosy et Menabe.

7 ménages sur 10 sont victimes d’insécurité alimentaire; 4 enfants sur 10 sont atteints de malnutrition; 54% de la mortalité chez les enfants, imputables à la malnutrition; 68% des enfants sont anémiés; 67% des enfants de moins de 6 mois sont nourris exclusivement au sein. Encore à cet époque de crise, 11 417 enfants de moins de 5 ans affectés par la malnutrition aigue sévère ont été pris en charge dans les trois régions concernées grâce au financement de ECHO. Le premier dépistage actif a été mené au mois d’avril 2009 après la déclaration de la situation d’urgence, un second lors de la Semaine de la Santé de la Mère et de l’Enfant en Octobre.

Au regard des résultats de l’enquête conduite en novembre, la prévalence de la malnutrition aiguë parmi les enfants de moins de cinq ans a nettement diminué, passant d’un maximum de 14% en mars 2009 à 6% en novembre. Globalement en 2010, dans les 13 régions(Analamanga, Itasy, Haute Matsiatra, Amoron’i Mania, Vatovavy Fitovinany, Atsinanana, Analanjirofo, Alaotra Mangoro, Sofia, Anosy, Melaky, Androy, Menabe) l’insuffisance pondérale est élevée (28%) tandis que celle du retard de croissance très élevée.

La situation nécessite d’être surveillée si on se réfère au taux d’émaciation global, le résultat confirme par la mesure du PIB ou le taux d’enfants atteints de malnutrition sévère est de 0,6% et celle de la malnutrition modérée 5,4% . Néanmoins, la situation nutritionnelle montre une différence par région. La situation par apport à la classification mondiale de l’OMS est comme suit :

* **Par rapport à l’émaciation**, la situation nutritionnelle est à surveiller par degré de gravite dans les régions de Vatovavy Fitovinany, Sofia, Anosy, Melaky, Menabe, d’Alaotra mangoro et Itasy. De nombreux districts de ces régions sont classés comme en Insécurité Alimentaire. Il est à noter que l’enquête s’est déroulée en fin de période de récolte.
* **Par rapport à l’insuffisance pondérale et au retard de croissance**, la majorité des régions ont une prévalence élevée et très élevée. Ci-après un tableau montrant la classification de l‘état nutritionnel par région et par degré de gravité

**Tableau n°09 : classification de l‘état nutritionnel par région et par degré de gravité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Prévalence** | **Type de malnutrition** | |
| **Insuffisance pondérale** | **Retard de croissance** |
| **Moyenne** | 10 a 19%  Melaky | 20-29%  Melaky |
| **Elevée** | 20-29%  Menabe  Atsinanana  Analanjirofo  Anosy  Androy  Sofia | 30-39%  Sofia |
| **Très élevée** | ≥ 30%  Itasy  Amoron'i Mania  Haute matsiatra  Vatovavy Fitovinany  Alaotra mangoro  Analamanga | ≥ 40%  Itasy  Haute matsiatra  Amoron'i Mania  Alaotra mangoro  Analamanga  Atsinanana  Analanjirofo  Vatovavy Fitovinany  Anosy  Menabe  Androy |

Source : CFSNVA 2010, Rapport final Zone FIDA

Cependant, en cette année 2011, le degré de malnutrition à Madagascar a augmenté, surtout au niveau chronique (retard de croissance). On se demande pourquoi cette augmentation du taux de malnutrition alors que **diverses institutions et ONG entament des projets de lutte contre la malnutrition ? Citons parmi ces projets l**e projet d’installation des Centres de Récupération Nutritionnelle Ambulatoire dans 5 dispensaires du SAF a pour objectif de participer à la réduction de la malnutrition infantile. Des éducations nutritionnelles ainsi que des sensibilisations pour les jardins potagers familiaux seront dispensées aux mères de familles. Les enfants recrutés malnutris seront pris en charge directement au sein des 5 dispensaires du SAF/ FJKM. Des animateurs villageois seront mobilisés pour la pesée des enfants aux villages et la référence des cas nécessiteux auprès des centres de santé[[17]](#footnote-17)

Pour une réponse à la question posé antérieurement, souvent, le projet de lutte contre la malnutrition ne cible que quelques localités (les régions du Sud). Pourtant, la malnutrition concerne tout le pays, où devraient s'effectuer les enquêtes sur la population victime. Néanmoins, la situation dans les régions où se dresse le projet de malnutrition est de plus en plus évoluée.

Bref, l’amélioration de la santé mère-enfants est l’une des nombreuses responsabilité relevant de la lutte contre la pauvreté. Il existe plusieurs actions pouvant améliorer le domaine de la santé et de la nutrition comme :

* ***la mise en œuvre effective de la politique nationale de décentralisation au niveau du secteur de la santé***. La mise en place des services sociaux de proximité pour l’enfant et les familles ainsi qu’ un mécanisme efficace pour la réponse aux urgences et catastrophes naturelles s’avère très important.
* ***L’apparition de nouvelles initiatives de partenariat pour la Santé***. L’afflux de ressources nouvelles pour le secteur en provenance des initiatives pour le renforcement du système de santé comme celles du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme, de *Global Alliance for Vaccines and Immunisation*
* ***Amélioration des prestations des services*** ***de vaccination*** en essayant de compléter la série de vaccins de l’enfant avant son premier anniversaire et assurer tous les six mois la supplémentation en vitamine A des enfants de 6 à 59 mois et le déparasitage des enfants de 12 à 59 mois ;
* ***Mobiliser et responsabiliser tous les acteurs*** pour l’amélioration de la santé des ménages, des mères et des enfants.

**D. LA PROTECTION DES ENFANTS**

Or, comme ailleurs, à Madagascar les enfants sont victimes de diverses formes de violence à grande échelle et dans tout type d’environnement. Cette violence n’est pas toujours reconnue en tant que telle, pouvant être acceptée par les parents et par les enfants eux-mêmes comme inévitable, socialement nécessaire ou même utile.

Les parents étant les premiers responsables du bien-être et de la protection de l’enfant, peuvent être les maltraitants ou acceptent et se taisent quand un de leurs enfants est victime d’un acte commis par un autre membre du cercle familial. Cette protection des enfants à Madagascar concerne la protection contre la maltraitance, l’exploitation sexuelle, le travail des enfants et enfin le mariage des enfants.

En vue de protéger l’enfant, le Code pénal malgache, mis à jour en 2005, réprime les infractions sur l’avortement, l’infanticide, la maltraitance des enfants, l’abandon d’enfant et l’abandon de famille.

* Maltraitance

L’Enfant Maltraité :c’est celui qui est victime de violences physiques,  psychologiques, sexuelles, ou de négligences lourdes qui ont ou auront des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.

Quoiqu’il en soit, tout acte de maltraitance entraine chez l’enfant des souffrances et des conséquences, pas toujours réversibles, sur sa santé physique et son équilibre psychique et social et de par là même sur son développement.

* L’exploitation sexuelle

Bien que la ratification de la Convention Internationale des Droits de l’Enfant fût quasi universelle, l’exploitation sexuelle des enfants (ESE) demeure une réalité au niveau mondial. Ainsi elle n’épargne pas Madagascar, signataire de la convention en 1990. Les enfants sont vulnérables à l’exploitation sexuelle, les jeunes filles sont les plus concernées. Néanmoins, de nombreux garçons sont également touchés. Cela reste plus difficile à identifier car il y a peu d’études à ce sujet et car l’homosexualité est encore mal perçue. Ainsi il est plus difficile pour les garçons de se confier.

Les auteurs d’exploitation sexuelle sur un enfant sont, contrairement à ce que l’on peut penser, des « Mr et Mme tout le monde ». Souvent, dans les cas d’abus sexuel, il s’agit d’une personne connue par l’enfant. De manière générale, l’exploitation sexuelle des enfants est un sujet d’autant plus délicat à Madagascar que l’évocation de la sexualité fait l’objet de nombreux tabous.

Pourtant on constate que certaines spécificités malgaches peuvent également expliquer le phénomène. Dans le pays, la parole de l’enfant est souvent dévalorisée au nom d’une forte hiérarchie sociétale. L’enfant a rarement droit à la parole ce qui explique l’irrespect de droit à l’opinion de l’enfant. De plus, les violences physiques et verbales demeurent une pratique courante dans l’exercice de la fonction parentale.

Dans de nombreuses régions, l’enfant n’est plus considéré en tant que tel dès lors qu’il parvient à la puberté. Les parents cessent alors de lui assurer la protection correspondant à leur âge. L’enfant est incité à prendre son indépendance (économique, familiale, etc.). Pourtant tout être dont l’âge est inférieur à 18 ans est un enfant, et a droit à ce titre à une protection particulière. Certaines coutumes peuvent aussi être des portes d’entrée vers l’exploitation sexuelle des enfants. Par exemple, dans certaines régions du Sud du pays existe encore le « marché aux filles », où des hommes viennent choisir une compagne. La jeune fille n’est pas forcément consentante, et s’il y a remise à la famille d’une somme d’argent ou de biens, il s’agit alors bien là d’une forme d’exploitation sexuelle à des fins commerciales.

En outre, la sexualité est particulièrement précoce dans certaines cultures locales. Le mirage du « vazaha » (« l’étranger » en malgache) est également très fort dans certaines régions, côtières en particulier. Se marier avec un étranger serait une chance, et les jeunes filles multiplient alors les rencontres avec les touristes, parfois poussées par leurs parents, dans l’espoir d’une relation durable et, pourquoi pas, d’une installation en Europe.

Quoiqu’il en soit il est difficile de mesurer l’ampleur du phénomène d’exploitation sexuelle des enfants à Madagascar en raison du manque de données qualitatives et quantitatives. Même lors de notre descente sur terrain auprès de certains Associations dont le Groupe Développement Madagascar, la SPDTS, ces derniers n’ont pas voulu communiquer des donnés statistiques vu que les donnés ne sont pas vraiment fiables.

On sait toutefois que l’ESE (Exploitation Sexuelles des Enfants) touche tout le pays, et que **la prostitution des enfants présumant l’ESE à Madagascar** est particulièrement présente dans les zones urbaines, les villages côtiers et les sites d’exploitation minière. Le phénomène de tourisme sexuel impliquant les enfants s’est amplifié dans les villes du littoral avec le développement récent du tourisme.

Les violences sexuelles intrafamiliales restent cependant le phénomène le plus répandu. Cela est renforcé par le tabou autour de la sexualité.

## Les facteurs fragilisant l’enfant face à l’exploitation sexuelle

Les facteurs rendant les enfants plus vulnérables à l’exploitation sexuelle sont nombreux, complexes et interdépendants. Certains sont liés à un contexte global, d’autres concernent plus l’environnement direct de l’enfant.

* La pauvreté
* Un cadre juridique inadapté ou peu appliqué
* Discriminations liées au genre
* Pratiques culturelles mal interprétées ou adoptées de manière excessive
* La société de consommation
* Avoir peu ou pas accès à l’éducation
* Vivre dans une famille déstructurée ou être un enfant victime de maltraitance
* Etre en contact avec une personne impliquée dans la prostitution

Le travail des enfants :

Le travail des enfants inclut tous les travaux dont la nature ou les conditions dans lesquelles ils sont exécutés font que l’enfant subissent un préjudice, est maltraité, exploité ou privé d’éducation. Cela signifie que le travail des enfants se présentent sous diverses formes et qu’il est nécessaire de procéder à un examen critique de la situation des enfants qui travail pour déterminer ce qui constitue le travail des enfants et ses pires formes.

* Formes de travail des enfants

1- Travail domestique très courantes, beaucoup de gens le considère comme acceptable.

* Problème :

- Longues journées de travail, aucune possibilité de fréquenter l’école, isolé de leur famille et de leurs camarades.

- Risque de subir des sévices sexuels ou physiques de la part de leurs employeurs.

2- Travail dans le secteur informel : activités qui ont souvent lieu dans les rues.

Exemple : Porter des charges sur les chantiers, cirer les chaussures, mendier, tirer un pousse-pousse, vendre des articles, ramasser les ordures, fouiller les décharges…

* Causes du travail des enfants :
* la pauvreté : il existe certain ménage où les parents ne gagnent pas suffisamment d’argent pour gagner sa vie. De ce fait, ils sont obligés voire même obligent leurs enfants à travailler pour gagner de l’argent. Cette situation s’est surtout s’aggravé depuis la crise sociopolitique où le chômage a augmenté d’une telle ampleur[[18]](#footnote-18)
* l’échec du système scolaire ( Frais d’écolage élevé). Cet échec est lié à l’inflation suite à la crise. Le manque d'offres d'emplois temporaires, associé au coût élevé des denrées alimentaires, a un impact direct sur le revenu des familles qui sont  incapables de subvenir aux besoins essentiels de leurs enfants, beaucoup d'entre elles n'ayant plus les moyens d'acheter de l'eau potable et de la nourriture. Les enfants qui déjà sont au bord du gouffre, sont de plus en plus en vulnérables.  Cela provoque un besoin croissant d'aide psychologique et sociale parmi les familles. Il se trouve que les parents n’arrive plus à couvrir les dépenses de l’éducation de leurs enfants. De ce fait, les enfants sont retirés de l’école pour travailler afin de subvenir aux besoins familiaux.

Selon la convention de l’OIT (n° 138) sur l’âge minimum, 1973, relative à la LOI N° 2003 -044 portant Code du Travail à Madagascar, Article 100. Ces dispositions établissent un âge minimum pour l’admission à l’emploi ou au travail qui ne doit pas être inférieur à l’âge auquel cesse la scolarité obligatoire de façon que les jeunes puissent physiquement et mentalement avant d’entrer dans la vie active. L’article prescrit que « L'âge minimum légal d'accès à l'emploi est de quinze (15) ans sur toute l'étendue du territoire de Madagascar. »

Selon encore la Convention de l’OIT (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999 « Définit comme constituant les pires formes de travail des enfants, le travail forcé, la servitude pour dette, la traite, le servage, la prostitution, la porno, et diverses formes de travail qui nuisent à la santé, la sécurité, la moralité. Elles invitent à prendre d’urgence des mesures immédiates et effectives pour garantir la prohibition et l’élimination de ces formes de travail des enfants ».

Ainsi, pour mieux protéger les enfants de toute forme de violence, abus et exploitation, il est important de :

* ***mettre en place un système intégré de protection de l’enfant*** (prévention, signalement et prise en charge) dans les divers régions surtout les régions les plus concernés. La mise en place des réseaux de protection de l’enfant est une réponse à la nécessité d’assurer l’articulation et la complémentarité des actions de protection de l’enfant à l’échelle locale. Ils consistent à mettre en communication et en relation les différents acteurs, tout comme dans la clarification de leurs rôles et attributions, leur alignement sur les mêmes priorités et stratégies. Egalement, ceci favorise la création de synergie entre les différents initiatives de sensibilisation sur les droits de l’enfant, de prévention de la violence et de prise en charge de l’enfant victime.
* ***d’abolir les coutumes favorisants la maltraitance et l’exploitation des enfants*** à Madagascar surtout les jeunes filles.
* ***de sensibiliser les parents de l’importance du bien être de leur progéniture***.

**CONCLUSION**

La crise économique apparue en 2009 a suscité bien des inquiétudes sur la manière dont l’assistance aux femmes et aux enfants pourra être maintenue, voire renforcée, pour atteindre les cibles de l’accès universel. Les enfants à Madagascar sont confrontés à la violence née de l’instabilité politique et de la montée de l’insécurité alimentaire.

La déscolarisation des enfants : le taux de déscolarisation est plus élevé pour les enfants astreints à un travail dommageable. Les parents donnent une éducation primaire à leurs enfants afin qu’ils puissent juste savoir lire et écrire. Les enfants scolarisés sont progressivement déscolarisés pour être mis au travail. En général, c’est à partir de l’âge de 10 – 11 ans qu’ils sont retirés de l’école. Cette tranche d’âge correspond à la fin du cycle d’éducation primaire.

La santé est un des facteurs primordiaux du développement car une population en bonne santé est plus productive et plus apte à prendre en charge son propre développement. L’amélioration de la santé qui pivote sur l’approche intégré, englobe la santé mère-enfant et la prestation de service de santé de bonne qualité. Cependant, il existe des difficultés empêchant cette amélioration. La difficulté de couvrir régulièrement 50% de la population située au-delà de 10 kms des CSB sont des problèmes majeurs. Toutefois, il a été relevé qu’on rencontre encore des problèmes à de degré différent au niveau des districts sanitaires. Cette situation se traduit par les difficultés d’accès aux services de santé dont plusieurs facteurs sont en jeux tels que: le fonctionnement irrégulier des CSB dans certains districts, du système logistique, le coût des prestations, l’indisponibilité des ressources nécessaires, les faibles taux de promptitude des rapports, la faiblesse du système de gestion d’information, le niveau de compétences des agents de santé nouvellement affecté, la capacité de gestion de programme ainsi que l’existence des populations non couvertes par le paquet minimum d’activités, et l’insuffisance des interventions à base communautaire en matière de santé du couple mère-enfant. En plus, il y a d’autres contraintes majeures: l’insuffisance de personnel technique dans les districts et les centres de santé pour accéder les populations enclavées et éloignées, l’instabilité permanente du personnel dans les centres de santé, le changement et affectation des agents formés, l’insécurité dans certaines sites de stratégie avancée, les réductions budgétaires sur le financement de l’Etat entraînant l’annulation de ligne budgétaire de certaines activités de la santé Mère Enfant incluses dans le PTA. L’élaboration de la politique nationale du programme avec les normes et standards devra développer afin d’améliorer la qualité du système et accroître la couverture vaccinale.

Dans le cas de Madagascar, le revenu par tête ménages a été estimé pour déterminer l’impact de la pauvreté sur le travail des enfants. Le travail des enfants apparaît comme une source indirecte du revenu familial.

Une stratégie de protection sociale axée sur économique, légal et culturel favorable à l’enfant pour améliorer son statut dans la société malgache. Promouvoir des politiques sociales de base inclusive pour soutenir l’accès aux services sociaux de base pour les population vulnérables.

Renforcer les mécanismes d’appui au revenu des ménages accroissant leur potentiel promotionnel. Mettre en place des services sociaux de proximité pour l’enfant et les familles. Protéger les enfants de toute forme de violence, abus et exploitation à travers la mise d’un système intégré de protection de l’enfant (prévention, signalement et prise en charge).

La mise en place des réseaux de protection de l’enfant est une réponse à la nécessité d’assurer l’articulation et la complémentarité des actions de protection de l’enfant à l’échelle locale. Ils consistent dans la mise en communication et relation des différents acteurs, tout comme dans clarification de leurs rôles de l’enfant, de prévention de la violence et de prise en charge de l’enfant victime.

La pauvreté est perçue comme le facteur déterminant du travail des enfants émettent l’axiome de luxe stipulant que les parents mettent les enfants au travail si et seulement le revenu des adultes du ménage descend en dessous du seuil de subsistance familiale.

Bref avec la crise que traverse notre pays jusqu’à aujourd’hui, les conséquences sur les enfants ne sont pas moindres. En témoignent les disparitions d'enfants depuis la crise, les déscolarisations d'enfants faute de moyens des parents qui ont perdu leurs emplois, etc. Une amélioration de la situation générale en matière de droits des enfants à Madagascar n'est peut-être pas envisageable, tant que la crise perdure.

HARNAS Andriamandimby Onja   
RAHARIMALALA Vero   
BRANDRUP Sylvie

Madagascar Civil Society Child Rights Group

Groupe de la société civile à Madagascar sur les droits des enfants

E-mail: MG.CivSocCR.Group@gmail.com

1. *Source: Banque mondiale, indicateurs de développement dans le monde* [↑](#footnote-ref-1)
2. *proposition spécifique , support qui vient de Banque Mondial et l’Unicef après la suspension de fonds depuis la crise*  [↑](#footnote-ref-2)
3. *PNUD* [↑](#footnote-ref-3)
4. *MADAGASCAR RAPPORT ANNUEL SUR LES DROITS DE L'HOMME - 2010* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Source : CNFPDH* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Quartier*  [↑](#footnote-ref-6)
7. *Commune.* [↑](#footnote-ref-7)
8. *EPP Analavory.* [↑](#footnote-ref-8)
9. *il existe plusieurs Associations à Madagascar œuvrant pour les enfants, mais ceux en –dessus sont des échantillons représentatives dans les deux plus grands villes de Madagascar caractérisé par la densité de la population.* [↑](#footnote-ref-9)
10. *Région Analamanga, Itasy, Bongolava, Vakinakaratra.* [↑](#footnote-ref-10)
11. UNICEF [↑](#footnote-ref-11)
12. UNICEF in Situation des enfants dans le monde2010 [↑](#footnote-ref-12)
13. INSTAT in Journée Africain des Statistiques 2009. [↑](#footnote-ref-13)
14. *RMA du CHD* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Hôpital des Enfants.* [↑](#footnote-ref-15)
16. *Enquête Démographique et de Santé 2008-2009.* [↑](#footnote-ref-16)
17. *D’après le Docteur Clarisse RASOARIMALA, Responsable du volet santé du SAF/FJKM.*  [↑](#footnote-ref-17)
18. *Une femme raconte qu'avant la crise politique actuelle elle vendait des épices et de a vanille au marché, mais elle ne peut plus trouver de marchandises à vendre. Elle vit avec ses quatre petits-enfants dans une cabane en bois d'une seule pièce et couverte d'une bâche en plastique. La mère des enfant est morte il y a quatre ans et leur père deux ans plus tard. D’habitude, la grand-mère gagne 400 Ariary (autour de 20 cents) par jour, tout juste assez pour acheter quatre tasses de riz à cette famille de cinq personnes. Aujourd'hui, elle compte sur la plus âgée de ses grandes filles,  pour trouver des petits boulots temporaires  comme le portage d'eau ou des vêtements à laver. « Auparavant il y avait moyen de trouver quelques petits boulots pour gagner de l'argent mais maintenant il n'y a plus rien » explique la petite-fille, en regardant ses frères. « Mon rêve est de trouver du travail pour que je puisse aider mes frères. »* [↑](#footnote-ref-18)