



République de
Madagascar



**RAPPORT NATIONAL SUR LA MISE
EN ŒUVRE À MADAGASCAR DU
PLAN D'ACTION POUR UN MONDE
DIGNE DES ENFANTS +5**

Janvier 2007

Tables des matières

1	Introduction	4
2	Principales mesures prises en faveur des enfants et vers les objectifs du WFFC depuis 2002	4
2.1	Promouvoir une existence meilleure et plus saine.....	5
2.2	Pour une éducation de qualité	6
2.3	Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence.....	7
2.4	Lutter contre le VIH/SIDA	8
3	Evolution des ressources allouées pour les enfants	9
3.1	Santé	10
3.2	Education.....	10
3.3	Autres secteurs.....	11
3.4	Perspectives	11
4	Système de suivi et d'évaluation.....	12
4.1	Systèmes de collecte des données	12
4.2	Exploitation et analyse des données	13
5	Renforcement des partenariats et alliances pour les enfants et participation 13	
6	Progrès réalisés en vue des objectifs du WFFC et des ODM	15
6.1	Engagement 1 : Promouvoir une existence meilleure et plus saine	15
6.2	Engagement 2 : Pour une éducation de qualité.....	20
6.3	Engagement 3 : Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence	22
6.4	Engagement 4 : Lutter contre le VIH/SIDA	24
7	Perspectives pour accélérer les avancées vers les Objectifs d'Un Monde Digne des Enfants et les Objectifs de Développement du Millénaire	25

Liste des acronymes

APC	Approche Par les Compétences
BAD	Banque Africaine de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BM	Banque Mondiale
CCJOI	Comité Citoyen des Jeunes de l'Océan Indien
CPN	Consultation Pré-Natale
DSRP	Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EKA	Ezaka kopia ho an'ny ankizy (Oui pour l'acte de naissance des enfants)
EPM	Enquête Périodique auprès des Ménages
EPT	Education pour Tous
INSTAT	Institut National de la Statistique
IST	Infection Sexuellement Transmissible
JICA	Japanese International Cooperation Agency
MAP	Madagascar Action Plan
MBB	Marginal Budgeting for Bottlenecks
MENRS	Ministère de d'Education Nationale et de la Recherche Scientifique
MICS	<i>Multiple Indicators Cluster Survey</i>
ODEROI	Observatoire des Droits de l'Enfant de la Région Océan Indien
ODM	Objectif de Développement du Millénaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies contre le VIH/SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNeG	Programme National e-Gouvernance
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RRI	Rapid Results Initiative
SE/CNLS	Secrétariat Exécutif du Conseil National de Lutte contre le Sida
SIDA	Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
STA	Secrétariat Technique à l'Ajustement
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour la Science, Culture, et l'Education
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
VIH	Virus Immunodéficient humain
WASH	Water Sanitation Hygiene
WFFC	Word Fit For Children

1 Introduction

La politique de développement de Madagascar est résolument orientée vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire. Ainsi, malgré l'absence d'un Plan d'Action national spécifique pour un Monde Digne des Enfants, les Objectifs et Cibles du Plan d'Action pour un Monde Digne des Enfants sont intégrés aux objectifs nationaux, d'abord dans le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté, DSRP 2003-2006, puis dans le *Madagascar Action Plan*, MAP 2007-2011, nouveau plan quinquennal de développement, lancé en novembre 2006.

La préparation du MAP s'est déroulée tout au long de l'année 2006, à travers des revues sectorielles conjointes dans les principaux secteurs (éducation, santé, gouvernance pour les droits de l'enfant), et des consultations aux niveaux national et décentralisés pour identifier les défis pour l'atteinte des ODM en 2015. Cet exercice participatif d'évaluation et de réflexion dans lequel de nombreux acteurs ont été impliqués, dont toutes les agences des Nations Unies, les responsables au niveau des régions et des districts, ainsi que le secteur privé et la société civile, aura également permis de renforcer le plaidoyer pour les ODM et l'appropriation des objectifs et des réformes jusqu'aux niveaux décentralisés. Le présent rapport reflète les résultats de ce processus.

Par ailleurs, les jeunes eux-mêmes ont été invités à se pencher sur les défis à relever pour l'atteinte des ODM, dans une perspective régionale et internationale, à travers notamment la participation de représentants de la jeunesse malgache au 5ème forum pour le développement de l'Afrique, sur le thème « Jeunesse et leadership au XXIe siècle », qui s'est tenu à Addis-Abeba, du 16 au 18 novembre 2006. La délégation, composée de membres du Conseil National de la Jeunesse et du réseau « Jeunes ODM », a pu échanger avec d'autres jeunes africains sur les préoccupations de la jeunesse malgache et formuler des mesures visant à améliorer l'égalité des sexes, l'accès à l'éducation, les perspectives d'emploi, les problèmes de santé, la participation de la société civile, la contribution à la prise de décision, la tolérance religieuse et le règlement des conflits.

2 Principales mesures prises en faveur des enfants et vers les objectifs du WFFC depuis 2002

La crise socio-politique qu'a connue le pays en 2001/2002 a eu un sérieux impact sur la situation économique et sociale du pays, entraînant une chute des indicateurs sociaux. Après une phase de stabilisation politique et de normalisation socio-économique, un programme de redressement national a été lancé axé sur la réduction de la pauvreté et le développement humain. Le premier Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté de Madagascar a ainsi été finalisé en 2003, et dans son troisième axe, consacré aux secteurs sociaux, mettait un accent particulier sur les interventions clés pour l'amélioration de la situation des femmes et des enfants, notamment en matière d'éducation, de santé, d'eau et d'assainissement, en ligne avec les Objectifs de Développement du Millénaire.

Ces engagements ont été relayés par des efforts de plaidoyer menés par le Président de la République à l'échelle internationale réaffirmant la détermination du Gouvernement malgache à accélérer les efforts, notamment en matière de survie de l'enfant. Parmi ses interventions, le discours devant les leaders africains sur l'importance de lutter contre la mortalité infanto juvénile (Sommet de l'Union Africaine 2005), la présentation faite sur l'initiative WASH en 2005 en marge du sommet de l'ONU tenu à New York, et son allocution devant l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2006, lors du symposium sur la survie de l'enfant.

Ces engagements en faveur de l'amélioration de la situation des femmes et des enfants ont été intégrés dans les plans sectoriels et concrétisés avec des initiatives d'envergure qui ont commencé à porter leurs fruits, notamment en matière de santé. Madagascar est, en effet, un des 4 pays d'Afrique à être parvenu à une réduction significative du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, passant de 159 pour mille en 1997 à 94 pour mille en 2004. Si cette tendance se poursuit, Madagascar pourra atteindre l'objectif du Millénaire 5, qui vise la réduction des deux tiers de la mortalité des moins de cinq ans à l'horizon 2015.

Le *Madagascar Action Plan* (MAP), plan de développement pour les cinq prochaines années, vise un saut qualitatif et quantitatif de ces avancées en vue de l'atteinte des ODM. Ce plan vise à accélérer les efforts et les résultats mesurables. Il s'articule autour de huit engagements, au rang desquels figurent des secteurs clés pour l'amélioration de la situation des enfants : la Bonne Gouvernance, la Transformation de l'Education, la Santé, incluant la nutrition et le VIH/SIDA, et la Solidarité Nationale où s'inscrivent les questions de protection sociale et de genre.

2.1 Promouvoir une existence meilleure et plus saine

Madagascar a fourni des efforts importants dans le domaine de la santé de l'enfant, à travers des initiatives ciblées, avec pour résultat une réduction de 40% de la mortalité infanto juvénile depuis le début de la décennie 1990. Parmi les facteurs qui ont contribué à cette baisse, on trouve, la relance du Programme Elargi de Vaccination (PEV), avec l'établissement d'un Plan lancé en 2003 visant en particulier à améliorer la couverture vaccinale dans les districts les moins performants ; la conduite de vastes campagnes de vaccination supplémentaire, contre la rougeole en 2004, atteignant près de 9 millions d'enfants, et contre la Polio en 2005.

Le programme de contrôle du paludisme a permis d'étendre la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide de 1% à 15% au cours des 15 dernières années, notamment à travers la détaxation des moustiquaires imprégnées d'insecticide. En matière de nutrition, deux initiatives majeures ont été prises : la promotion de l'allaitement maternel exclusif (passé de 48% à 67% entre 1997 et 2003¹) et la distribution biannuelle de Vitamine A à plus de 80% des enfants âgés de 6 à 59 mois depuis 2003 à travers des campagnes de masse. Le Programme National de Nutrition Communautaire, lancé en 2005, doit permettre de renforcer ces acquis et d'améliorer les pratiques nutritionnelles au sein des communautés ainsi que la sécurité alimentaire.

¹ Sources : EDS 1997 et 2003/2004

En Octobre 2006, la campagne nationale biannuelle de supplémentation en vitamine A a été élargie à une Semaine de la Santé Mère-Enfant offrant un paquet intégré de services qui ont démontré leur efficacité dans la réduction de la mortalité infanto-juvénile, dont la vaccination, la prévention du paludisme, la consultation prénatale et le planning familial.

En matière de santé maternelle, en moyenne 8 femmes meurent encore chaque jour à Madagascar de complications liées à la grossesse et à l'accouchement. Madagascar a enregistré des progrès en 2006 vers l'élimination du tétanos néonatal, suite à des activités de vaccination supplémentaires ciblant les districts à haut risque, qui seront poursuivies en 2007. 2006 a vu le début de la mise en œuvre de la Feuille de Route pour la Maternité sans Risque, avec notamment la définition de standards nationaux de soins obstétricaux et néonataux.

Le cadre politique et stratégique pour l'atteinte des ODM pour les enfants est en place avec notamment la Politique Nationale de la Santé de l'Enfant et le Plan Stratégique pour la Survie de l'Enfant 2006-2010, qui promeuvent une vision intégrée des activités de prévention et de prise en charge des maladies, la Feuille de Route pour la Maternité à moindres risques et le programme national « Eau et Assainissement pour Tous ». L'élaboration en cours du premier Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) qui opérationnalise la Politique nationale de Santé tout en y intégrant les défis du MAP, devrait servir de base au développement d'un SWAp dans le secteur de la Santé. Le Ministère de la Santé et du Planning Familial dispose également d'un cadre de dépenses à moyen terme 2006-2008, qui sera actualisé en 2007. Le CDMT est un document puissant de levée de fonds en ce sens qu'il permet d'établir les besoins en financement nécessaires pour l'atteinte des ODM de la Santé. A cet égard, l'analyse de l'espace fiscal pour les cinq prochaines années a révélé un gap financier substantiel.

Le MAP intègre les Objectifs de Développement du Millénaire pour la santé maternelle et infantile dans son Engagement 5, avec un accent particulier sur l'éradication des maladies transmissibles, comme le paludisme, la réduction de la mortalité infantile et maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA, la réduction de la malnutrition et l'amélioration de l'accès à l'eau et à l'assainissement. Les Objectifs fixés pour 2011 par le MAP sont en ligne avec les cibles du plan d'action pour un Monde Digne des Enfants.

2.2 Pour une éducation de qualité

Une vaste réforme de l'éducation fondamentale a été engagée en 2003 (le Plan Stratégique de Réforme et de Développement du Secteur Educatif) dans le cadre du programme Education Pour Tous. Elle a conduit à une explosion des effectifs et une amélioration du taux net de scolarisation primaire (passant de 64,9% en 2000/01, à 71% en 2005/06²). Parmi les mesures phares qui ont contribué à ces résultats, on notera : l'abolition des frais d'inscription à l'école primaire rendant ainsi effective la gratuité de l'accès à l'enseignement fondamental ; la distribution d'un kit scolaire à tous les nouveaux entrants au primaire (comme mesure d'incitation) ; le renforcement des effectifs d'enseignants, avec notamment le recrutement de plus de 17 000 enseignants³,

² Source : EPM 2001 et 2005. Des estimations du Ministère de l'Éducation suggèrent un taux supérieur à 90% pour l'année scolaire 2005/2006.

³ Source : Plan Education Pour Tous, MENRS, Situation 2005.

principalement issus des communautés, en vue de pallier au besoin croissant de ressources humaines pour encadrer les enfants.

La réforme de l'éducation s'accompagne d'innovations pédagogiques destinées à améliorer la qualité de l'enseignement, à réduire les taux de redoublement et d'abandon, et à assurer l'acquisition par les enfants de compétences utiles pour la vie : l'Approche Par les Compétences (APC) est introduite dans toutes les classes du cycle primaire ; des stratégies d'inclusion et de réduction des inégalités sont progressivement mises en œuvre ; enfin la durée de la scolarité obligatoire devrait bientôt être allongée de 5 à 7 ans.

Madagascar est désormais en passe d'atteindre les Objectifs du Millénaire 2 et 3 relatifs à l'éducation pour tous et à l'égalité de genre. Le MAP priorise les défis à relever pour assurer la scolarisation de 100% des enfants, et améliorer les taux de complétude et de redoublement. Il promeut une vision intégrée des enjeux de l'éducation avec un accent particulier sur la préparation scolaire des jeunes enfants et sur les débouchés offerts aux adolescents, en termes d'alphabétisation, d'acquisition de compétences pour la vie et de qualifications professionnelles.

Le Gouvernement, sous l'égide du Ministère de la Population, est en train de développer des standards de qualité afin d'améliorer l'accès et la qualité des services préscolaires à la petite enfance. Par ailleurs, une étude a été lancée en 2006, par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, afin d'analyser la situation et les besoins des adolescents en dehors du système scolaire en vue du développement de programmes spécifiques d'éducation.

2.3 Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence

En septembre 2003, Madagascar a remis son second rapport au Comité des Droits de l'Enfant. Conformément aux recommandations du Comité, une Commission des Réformes sur les Droits de l'Enfant a été mise en place en 2005 afin d'harmoniser la législation nationale avec la Convention Relative aux Droits de l'Enfant. La réforme législative a porté sur l'adoption plénière, sur la protection de l'enfant en danger, sur le droit de la famille avec un accent sur les mariages précoces, et sur la famille d'accueil. La non discrimination, la participation de l'enfant ainsi que son intérêt supérieur sont les principes qui ont guidé l'élaboration de ces textes.

Pour ce qui est de l'administration de la justice des mineurs, dès 2003, une réforme du système de détention des enfants a été mise en chantier et un projet de loi relatif à la mise en place de mesures alternatives à l'emprisonnement, et le cas, échéant à la limitation de la durée de la détention préventive est en cours d'élaboration.

Un programme national de réhabilitation de l'enregistrement des naissances a été lancé en juin 2004. Il vise à enregistrer rétroactivement environ 2,5 millions⁴ d'enfants âgés de moins de 18 ans et à assurer que les nouvelles naissances soient enregistrées à l'état civil dans le délai légal de 12 jours. La mise en œuvre effective de ce programme est ralentie par le manque de ressources. Le coût de l'opération est estimé à USD 5 millions.

⁴ Estimation tirée de l'enquête MICS 2000.

Afin de prévenir et de lutter contre la violence, la maltraitance et l'exploitation des enfants, des réseaux locaux de droits et de protection ont été mis en place. Ils sont opérationnels dans 11 communes urbaines et urbaines secondaires. Ces réseaux multisectoriels facilitent la coopération et la coordination entre les différents acteurs institutionnels et communautaires améliorant ainsi l'identification, le rapportage, le traitement de cas de violation des droits de l'enfant et l'accompagnement psychosocial des enfants victimes (parfois auteurs) et de leurs familles. Le Gouvernement envisage une mise à l'échelle de ces réseaux.

Le MAP adresse certaines problématiques de protection dans 2 des 8 Engagements que compte le Document. Certains droits comme les droits de l'enfant en conflit avec la loi ou encore les mesures de mise en œuvre pour la protection de l'enfant ne sont pas cités de manière explicite, mais s'inscrivent dans des activités plus larges, comme par exemple l'amélioration du traitement des dossiers en souffrances auprès des tribunaux, ou encore celle des conditions de détention. L'enregistrement des naissances y est retenu comme une activité prioritaire. Notons, pour finir, que le Gouvernement malgache privilégie une approche de gouvernance de proximité à travers un programme de décentralisation et de déconcentration qui met les autorités locales au centre du processus de développement.

2.4 Lutter contre le VIH/SIDA

Malgré une faible prévalence du VIH dans le pays (à 0,95% selon les dernières estimations), la lutte contre le VIH/SIDA a retenu l'attention au plus haut niveau de l'Etat, se concrétisant, en 2003, par la mise en œuvre du Plan National de Lutte contre le VIH/SIDA et par la création d'un Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec un secrétariat exécutif directement rattaché à la Présidence.

L'objectif du Gouvernement est de maintenir la prévalence sous la barre de 1%. Le nouveau plan stratégique national 2007-2011 réaffirme le principe des « 3 ones » (un plan national, une autorité nationale de coordination, et un plan intégré de suivi-évaluation). Les efforts ont été accélérés en 2006 avec la mise à l'échelle des services de prévention, dépistage et prise en charge en vue de l'accès universel. A cet égard, une Feuille de Route pour l'accès universel à la prévention et à la prise en charge a été élaborée, et on constate une extension significative des services de dépistage et de leur utilisation, le nombre de personnes dépistées étant passé de 15 000 en 2005 à 150 000 en 2006, grâce, entre autres, à une vaste campagne de dépistage volontaire du VIH lancée sous le leadership du Président de la République. Les efforts d'intégration et d'harmonisation des interventions avec les soins prénataux, les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), et la Tuberculose, puis le passage au dépistage de routine dans le cadre de la Consultation PréNatale (CPN) ont contribué à ce résultat. En 2005, une loi anti-discriminatoire sur la lutte contre le VIH/SIDA et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA a été adoptée par le Parlement.

Le VIH reste une préoccupation majeure pour le Gouvernement ; il s'inscrit dans deux des défis de l'Engagement 5 (Santé) du MAP et s'articule autour de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant, la Prévention chez les Jeunes, et la Protection des personnes vivant avec le VIH avec un accent particulier sur les Orphelins et les Enfants

Vulnérables. Une politique et un plan d'action stratégique pour la protection des Orphelins et des Enfants Vulnérables doivent être bientôt réalisés.

3 Evolution des ressources allouées pour les enfants

L'environnement macro-économique a été marqué par plusieurs chocs exogènes au cours des dernières années (cyclones, augmentation des prix internationaux du prix du pétrole et du riz) et par la crise socio-politique en 2002, qui a eu des répercussions fortes négatives sur l'économie du pays (croissance négative de 12,7%) : recul de la production, pertes d'emplois massive en milieu urbain, réduction des prix agricoles. Les populations ont été particulièrement affecté comme le suggère l'augmentation du taux de pauvreté de 70% en 2001 à 81% en 2002. Toutefois, dès 2003, la croissance économique s'est redressée et, depuis 2004, se maintient aux alentours de 5.3%.

Tableau 1 : Evolution de quelques indicateurs économiques

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PIB réel (million USD)	3 659	3 879	3 388	3 179	3 866	4 931
Taux de croissance économique (%)	4.7	6.0	-12.7	9.8	5.3	4.6
Taux de pauvreté (%)		69,6	80,7	73.6	72,1	68,7

Sources : INSTAT, EPM 2001, 2002, 2004, 2005.

Le PIB réel a cru de près de 35% sur la période 2000-2005 ; quant au budget de l'Etat, il s'est accru de près de 45%. Les revenus sont issus pour partie des recettes fiscales, des dons, ainsi que des prêts.

Au cours de la période 2000-2005, la part du budget national exécuté, allouée aux dépenses sociales⁵, a connu une croissance continue : de 21% en 2000 à 30% en 2005. Toutefois, cette augmentation a bénéficié principalement au Secteur de l'Education qui a vu la part relative de ses dépenses dans le budget de l'Etat passer de 13,9% à 22,2% ; les autres secteurs ayant enregistré des augmentations minimales (cas des Secteurs de la Justice et de la Population), voire une baisse (Secteur Santé). Le pays consacrait seulement 1,3% de son PIB à la Santé (2004), mais 3,8% à l'Education (2005).

Tableau 2 : Allocations budgétaires entre Ministères « sociaux » entre 2000 et 2005

	2000	2003	2005
Budget de l'Etat (exécuté) (MGA Milliard)	1 035	1 325	1 502
% du budget voté exécuté	79,9	91,8	63,2
% Budget Santé	5,6	6,5	5,7
% Budget Education	13,9	16,6	22,2
% Budget Justice	1,1	1,5	1,5
% Budget Population	0,45	0,5	0,5
% Budget Social	21,1	25,1	29,5

Sources : Loi de Finance, Banque Mondiale.

⁵ Ne sont considérés ici que les Secteurs de la Santé, de l'Education, de la Justice et de la Population/Protection Sociale.

3.1 Santé

Durant la période 2000-2005, la part de la Santé dans les dépenses totales est passée de 5,6% à 5,7% (Budget exécuté), en passant par 6,5% en 2003. Cette baisse est en contradiction avec l'engagement pris par le Gouvernement de Madagascar en mars 2001 à Abuja, de consacrer 15% du budget annuel à l'amélioration du secteur santé.

Notons par ailleurs, que les taux d'exécution du budget de la Santé restent bas, variant entre 60% et 87% selon l'année, légèrement en dessous de la moyenne nationale. Ces faibles taux seraient liés à la nécessité du Secteur Santé de passer des marchés importants pour l'achat de médicaments et matériel, mais également à une concentration des activités des bailleurs dans le Secteur, qui avec leur procédures et pratiques divergentes, imposent des coûts de transaction élevés pour l'Etat, se traduisant en délais d'exécution. Par ailleurs, un des principaux problèmes pour estimer les taux d'exécution du budget est le manque d'information sur les dépenses d'investissement, dont la grande partie est financée sur ressources externes.

Depuis 2000, la part des dépenses de fonctionnement allouée au Niveau Central n'a cessé de diminuer – passant de 62,6% en 2000 à 41,4% en 2004 - au profit des niveaux périphériques, qui en 2004 absorbait 58,6% du budget de fonctionnement. Si cette évolution est encourageante, et marque un réel effort de transfert de compétences/ressources du niveau central vers Les SSD, il n'en reste pas moins que seuls 4% du budget arrive au niveau des CSB, qui sont les principales unités opérationnelles.

Le pays dispose, depuis 2003, d'un Cadre des Dépenses à Moyen Terme (CDMT), actualisé annuellement. Le Document actuel couvre la période 2006-2008. Il s'appuie sur l'outil MBB (*Marginal Budgeting for Bottlenecks*) pour effectuer les analyses budgétaires. Les estimations font état d'une dépense variant entre USD 5 et USD 18 par personne par an pour atteindre les ODM de la Santé en 2015.

3.2 Education

Conformément aux engagements de Madagascar vers l'Education Pour Tous, l'évolution des financements publics alloués au secteur de l'Education montre une tendance à la hausse, absorbant près de 22% du budget de l'Etat en 2005, contre 14% en 2000 (Budget exécuté).

Cette augmentation budgétaire a été intégralement consacrée à l'enseignement primaire qui représente aujourd'hui plus de la moitié des dépenses du MENRS (de 39% en 2002 à 54% en 2005) dans le cadre de la mise en œuvre du Plan Education Pour Tous.

L'exécution budgétaire est également satisfaisante, avec des taux d'exécution variant entre 85% et 97%, bien au-delà des taux d'exécution observés dans les autres secteurs (la moyenne se situant entre 63 et 91% selon l'année). Les faibles taux observés certaines années seraient dus à un niveau d'engagement insuffisant des dépenses de personnel (dû à une insuffisante maîtrise de l'estimation de cette catégorie de dépenses qui demeure presque exclusivement géré par le MEFB) et des dépenses d'investissement (lié à une insuffisante maîtrise de la programmation et du suivi de

réalisation des investissements réalisés par les Projets bénéficiant de financement extérieurs et à des retards enregistrés).

Ces évolutions montrent la priorité croissante accordée par le gouvernement malgache à l'éducation, notamment pour l'éducation primaire, dont la part dans le budget total du MENRS est passé de 41,4% en 2002 à 57% en 2005 – au détriment notamment des dépenses administratives qui ont régressé de 20% à 14% sur la période.

Les dépenses courantes continuent d'accaparer une majorité des dépenses, mais leur part dans le budget totale n'a cessé de diminuer depuis 2002 passant de 83,5% à 68% en 2005. Toutefois, on notera que la part relative attribuée à l'éducation primaire est restée plus ou moins stable sur la période, autour de 46%. Par ailleurs, l'augmentation des dépenses d'investissement s'est faite essentiellement au bénéfice de l'enseignement primaire, qui absorbait en 2005 près de 44% des dépenses d'investissement contre 6% en 2002. Ces évolutions reflètent l'intérêt quasi exclusif des ressources extérieures au financement de l'enseignement primaire, au détriment des autres niveaux d'enseignement.

L'intérêt croissant accordé au premier cycle de l'enseignement s'observe également dans l'octroi des budgets aux niveaux déconcentrés qui occupent une place croissante dans le budget du MENRS.

3.3 Autres secteurs

Les budgets alloués aux Ministères de la Justice et de la Population sont parmi les plus faibles du gouvernement, avec une enveloppe occupant entre 0,5% et 1,5% du budget exécuté de l'Etat selon les années. La part allouée au Ministère de la Justice ne représentait en 2006 que 1,2% du budget de l'Etat. L'objectif du MAP est de le doubler d'ici 2011.

L'exécution budgétaire reste dans l'ensemble satisfaisante, avec des taux supérieurs à la moyenne nationale (au-delà de 90% et 80% respectivement). Toutefois, les budgets alloués restent insuffisants pour assurer un environnement protecteur à l'enfant, d'autant plus que ce volet, ne représente souvent qu'une partie minimale des dépenses de ces Ministères.

3.4 Perspectives

L'objectif du MAP est d'allouer une part croissante du budget aux secteurs sociaux à l'horizon 2011.

Malgré la progression notable du taux de croissance économique, le gouvernement souffre d'un manque de recettes fiscales. Des mesures ont été prises pour ramener l'assiette fiscale de 11% en 2006 à 15% en 2011 selon l'objectif inscrit dans le MAP. La relance de la fiscalité locale par le "*Rapid Results Initiative*" (RRI) au niveau des Communes et des Régions a montré des résultats encourageants en 2005 et 2006. Ces résultats seront amplifiés par la mise en œuvre de la politique nationale de relance de la fiscalité locale adoptée en 2006, et par l'application des mesures de réduction du nombre des impôts et de simplification des procédures.

Par ailleurs, les allègements de dettes obtenue dans le cadre de l'IPPTE (Madagascar ayant atteint le point d'achèvement en décembre 2005) devraient desserrer la contrainte budgétaire et favoriser le financement des programmes sociaux.

Toutefois, les estimations de taux de croissance pour les années à venir pour pouvoir atteindre les ODM, laissent présager un niveau de taux inférieur (5-6%) à celui nécessaire pour atteindre les ODM (8%). Le Gouvernement a donc besoin de ressources additionnelles importantes pour pouvoir réaliser le saut qualitatif et quantitatif visé par le MAP qui devraient se traduire par une réduction significative de la pauvreté et une amélioration tangible de la situation des enfants.

4 Système de suivi et d'évaluation

Les progrès vers les Cibles pour Un Monde Digne des Enfants sont mesurés à travers les systèmes nationaux de suivi du développement humain et des Objectifs de Développement. Les données sont récoltées à travers divers systèmes d'information de routine ainsi que des enquêtes et études organisées ponctuellement.

4.1 Systèmes de collecte des données

Depuis 1990, plusieurs enquêtes nationales auprès des ménages ont permis de collecter des données et de suivre les principaux indicateurs : Les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), menées en 1992, 1997, et 2003/04 ; l'Enquête Permanente auprès des ménages (EPM) conduite tous les 2-3 ans, et le *Multiple Indicators Cluster Survey* (MICS) réalisé en 2000. Ces enquêtes ont été menées par l'INSTAT avec l'appui financier et technique d'un groupe de partenaires (dont USAID, UNICEF, UNFPA, BM).

Toutefois les indicateurs calculés sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1993 sont à prendre avec précautions. Ils sont basés sur des projections démographiques effectuées à partir d'un recensement datant de plus de dix ans. Un nouveau RGPH était prévu depuis 2004 et a été reporté à plusieurs reprises, notamment par manque de financement (son coût est évalué à près de USD 20 millions). Un exercice de cartographie censitaire, débuté en 2006 et va se poursuivre en 2007, en vue de rectifier la base de sondage qui est utilisée pour les enquêtes EPM et EDS.

Plusieurs initiatives nationales ont, par ailleurs, été prises pour renforcer le système d'information de routine : i) Le Programme National E-Gouvernance (PNEG) qui prévoit l'informatisation du système d'information des institutions et services publics ; ii) La Stratégie Nationale de Développement de la Statistique (SNDS) qui vise à améliorer le système statistique national en renforçant les capacités de l'INSTAT et des autres institutions chargées de la collecte, du traitement de l'analyse et de la dissémination d'informations statistiques ; iii) Les différents départements ministériels et organismes publics s'investissent aussi dans l'amélioration de leurs systèmes sectoriels de collecte, de traitement et d'analyse des données, et de remontée des rapports périodiques, comme les Rapports Mensuels d'Activités dans le secteur de la Santé par exemple.

Madagascar est également un des pays pionniers à avoir introduit l'outil MBB (*Marginal Budgeting for Bottlenecks*) dans le secteur de la santé, comme outil de suivi et de

planification. Il est déjà utilisé au niveau décentralisé dans 52 des 111 districts du pays. Ce système de planification doit permettre de mesurer effectivement les progrès vers les Objectifs de Développement du Millénaire. Des sites observatoires sont en cours de mise en place par le MENRS pour renforcer la collecte d'informations sur les facteurs influant la scolarisation des enfants. En ce qui concerne les indicateurs relatifs aux violations des Droits de l'Enfant, une base de données nationale est en cours de développement ; cependant elle ne pourra refléter, dans un premier temps, que les données disponibles au niveau des 11 sites où les réseaux communautaires de protection des droits de l'enfant sont opérationnels, en attendant l'extension au reste du pays.

Le DEVINFO/MultiDataGasy a été officiellement choisi comme l'outil de suivi du DSRP et des ODM. Il devrait également trouver sa place dans le suivi des objectifs du MAP. Il est disponible au niveau des 22 régions et dans une dizaine de départements ministériels où il est utilisé comme outil de suivi et de planification.

4.2 Exploitation et analyse des données

Un organe spécifique, le STA (Secrétariat Technique à l'Ajustement), était chargé du suivi des indicateurs du DSRP jusqu'en 2006. De même, les résultats et indicateurs définis par le MAP doivent permettre un suivi de la réalisation des droits de l'enfant et des ODM, notamment, dans les domaines de l'éducation, la lutte contre le VIH/SIDA, la santé maternelle et infantile juvénile, la nutrition et la protection sociale. La prochaine EDS devrait être réalisée en 2008/2009 et le prochain Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2010. Enfin, une revue du MAP en 2012 permettra d'évaluer les résultats atteints vers les ODM.

Par ailleurs, un Comité de Suivi de l'Application de la Convention et de ses protocoles additionnels est en place. Le dernier rapport périodique sur la Convention a été remis en 2003 à la Commission des Droits de l'Enfant et deux rapports sur les protocoles facultatifs seront soumis en 2007. Enfin, depuis 2005, Madagascar est un membre actif de l'Observatoire des Droits de l'Enfant de la Région Océan Indien (ODEROI), dont le principal objectif est l'amélioration du suivi et du plaidoyer relatifs à la réalisation des Droits de l'Enfant. L'ODEROI, à travers la base de données régionale et les rapports annuels, constitue un système de suivi des progrès effectués par les pays et dans la région vers la réalisation des Droits de l'Enfant.

5 Renforcement des partenariats et alliances pour les enfants et participation

L'engagement au plus haut niveau de l'Etat, du Président de la République, pour la cause des enfants est un atout considérable vers la réalisation des objectifs d'un Monde Digne des Enfants et des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Il a permis de catalyser des partenariats dans plusieurs secteurs, au niveau national et aux niveaux décentralisés.

Un partenariat fructueux et élargi a été noué autour du Plan Education Pour Tous du Gouvernement. Les principaux bailleurs et partenaires (Norvège, Banque Mondiale,

l'Union Européenne, la Norvège, l'Agence Française de Développement, UNICEF, PNUD, UNESCO, la JICA, l'USAID, la société civile, les ONG et les communautés) du secteur sont ainsi regroupés au sein d'un forum de coordination qui conduit des revues bi-annuelles.

Ce mécanisme a notamment permis une mobilisation effective des ressources, une priorisation des activités pour accroître l'impact des financements et une meilleure coordination des partenaires.

Un solide partenariat, tant national qu'international, s'est forgé autour des objectifs pour la survie de l'enfant. Les campagnes de vaccination continuent à mobiliser les partenaires de tout bord à tous les niveaux. Le Programme Elargi de Vaccination est soutenu par les principaux partenaires du secteur santé de Madagascar à travers le Comité de Coordination Inter-Agences qui se réunit mensuellement. La Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant sera institutionnalisée et se tiendra bi-annuellement. Enfin, un Comité Senior pour la Survie de l'Enfant et la Santé de la Mère a été créé en 2006 au sein du Ministère de la Santé. Le CCM (*Country Coordination Mechanism*) est le forum de concertation et de prise de décision dans la mise en œuvre des programmes financés par le Fonds Mondial, ainsi que la préparation des propositions. L'élaboration, en 2006, du premier Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) consacre l'évolution vers un cadre plus élargi prenant en compte toutes les dimensions de la Survie de l'enfant. Le Gouvernement et les Partenaires s'orientent vers un SWAp qui doit permettre une meilleure articulation des interventions et une plus grande efficacité en vue de l'atteinte des ODM.

De riches partenariats multisectoriels sont également en place autour de la lutte contre le VIH/SIDA. Le principe des «3 ones» (un plan national, une autorité nationale de coordination, et un plan intégré de suivi-évaluation) est désormais effectif à Madagascar. Le Conseil National de Lutte contre le SIDA assure la coordination de nombreux partenaires, incluant les agences des Nations Unies (ONUSIDA, PNUD, FNUAP, UNESCO, BIT, PAM, OMS et BM), les partenaires multi et bilatéraux au développement (l'Union Européenne, la JICA, la Coopération Française, l'USAID, la BAD), la société civile, les ONG nationales et internationales et les communautés. Il est placé directement sous l'autorité du Président de la République et bénéficie ainsi d'un fort leadership. Ces partenariats renforcés et élargis ont permis une mobilisation effective des ressources dans le cadre du Fonds Mondial. Ces fonds ont, entre autre, permis la mise en œuvre des programmes de prévention chez les jeunes, de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, et de protection des enfants orphelins et vulnérables, des projets soutenus notamment par l'UNICEF, le FNUAP, la BM, l'OMS, la Coopération française et l'USAID.

Au niveau communautaire, les réseaux de protection des Droits de l'Enfant qui ont été mis en place dans les 11 principaux centres urbains du pays, sous l'impulsion de la Direction de l'Enfance au sein du Ministère de la Population, ont permis de forger des partenariats multisectoriels pour la défense et la protection des droits de l'enfant. Ces réseaux permettent de mettre en relation et de coordonner les services techniques déconcentrés des Ministères, la police et la gendarmerie, les acteurs juridiques, les ONG et associations, les opérateurs du secteur privé et les autorités traditionnelles et religieuses. Dans les sites, on constate une amélioration de la protection et de la prise en charge des enfants victimes d'abus et une meilleure sensibilisation des familles et communautés aux Droits de l'Enfant.

En mars 2005, les organisations qui travaillent auprès des enfants en situation difficile à Antananarivo se sont organisées en « Plate forme de la Société Civile pour l'Enfance » pour mieux coordonner leurs actions et constituer une entité de plaidoyer pour la défense des droits fondamentaux de l'enfant.

Le partenariat avec les enfants et les jeunes se développe. L'application du Droit des Enfants à la Participation dans les affaires qui les concernent fait ainsi son chemin. Pour illustration, on citera, la création, en 2006, de conseils municipaux des jeunes dans deux grandes villes du pays (Mahajanga et Antsiranana) et les consultations effectuées auprès des enfants sur des problèmes qu'ils rencontrent et des actions à mettre en œuvre, ce dans deux autres centres urbains du pays (Antananarivo et Nosy-Be). Par ailleurs, à la suite de l'adoption d'une Politique Nationale de la Jeunesse en septembre 2004, un Conseil National de la Jeunesse a été institué par décret le 11 avril 2006. Des conseils régionaux devront être progressivement mis en place dans les 22 régions du pays et contribueront à traduire en acte l'objectif inscrit dans le Madagascar Action Plan de développer la participation des jeunes dans les associations, activités sportives et organisations communautaires afin de favoriser l'esprit d'entreprise, l'initiative, la créativité et la responsabilité citoyenne.

Les opportunités offertes aux enfants et aux jeunes de faire entendre leur voix se multiplient donc dans le pays, mais également à l'extérieur, notamment à l'occasion de la Session Spéciale sur les Enfants en 2002 à New York, et de l'*African Development Forum* d'Addis-Abeba en Novembre 2006. Lors de ce dernier évènement, la délégation malgache, composée de membres du Conseil National de la Jeunesse et du réseau « Jeunes ODM », a pu échanger avec d'autres jeunes africains sur les préoccupations de la jeunesse malgache et formuler des mesures visant à améliorer l'égalité des sexes, l'accès à l'éducation, les perspectives d'emploi, les problèmes de santé, la participation de la société civile, la contribution à la prise de décision, la tolérance religieuse et le règlement des conflits.

Enfin, lors de la rencontre annuelle du Conseil Citoyen des Jeunes de l'Océan Indien (CCJOI - ODEROI), tenue à la Réunion en Décembre 2006, 25 enfants des 5 îles de la Région ont contribué à l'élaboration d'un plan de lutte contre la violence contre les enfants qui sera mis en œuvre au niveau des cinq pays membres de l'ODEROI, en partenariat avec les institutions publiques et privées.

6 Progrès réalisés en vue des objectifs du WFFC et des ODM

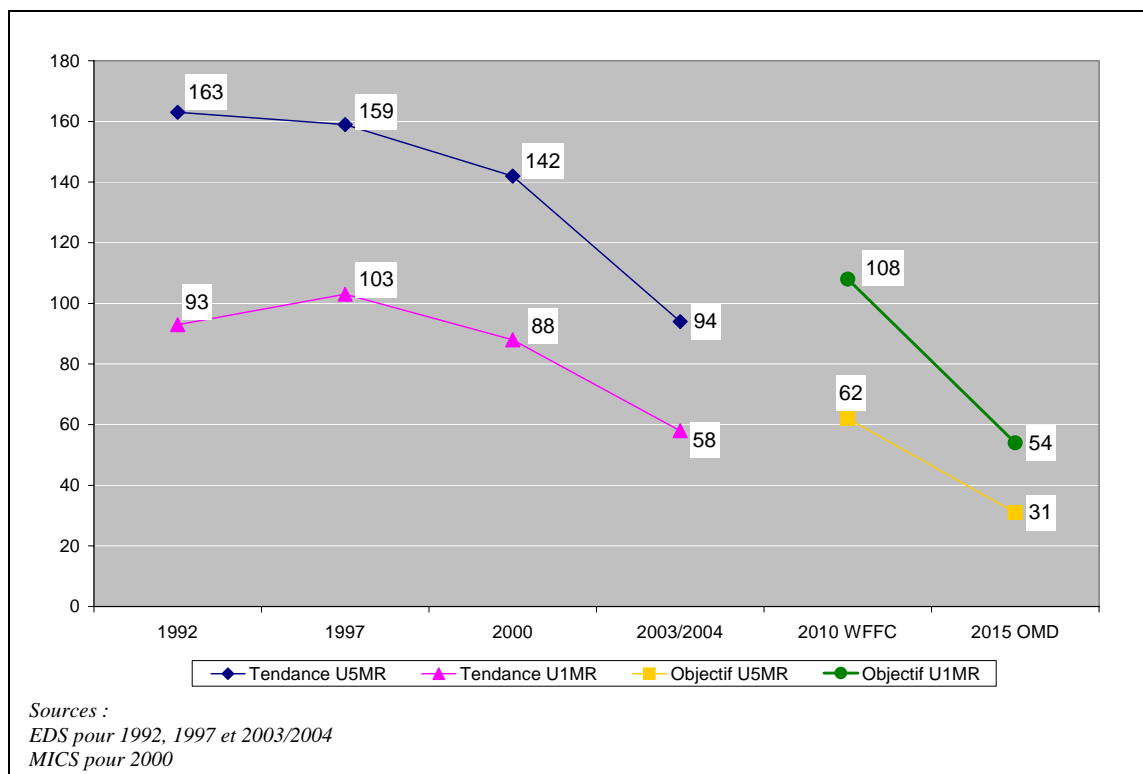
6.1 Engagement 1 : Promouvoir une existence meilleure et plus saine

Avec une baisse de près de 38% de la mortalité infantile, de 93‰ à 58‰, et de près de 42% la mortalité des moins de 5 ans, de 163‰ à 94‰, sur la période 1992-2003/04 (EDS) la **Cible 1** de Réduire d'un tiers au moins ces deux taux est déjà atteinte, grâce à des mesures volontaristes et efficaces, comme l'indique le graphique 1 ci-dessous. Le taux de vaccination est notamment passé de 31% à 53%⁶ entre 1997 et 2003/04 (EDS),

⁶ En pourcentage des enfants de moins de deux ans complètement vaccinés.

et la prévalence du paludisme a connu une baisse passant de 27,1% en 1992 à 20,6% en 2003/04 (EDS).

Graphique 1. Tendances et objectifs de réduction des taux de mortalité infantile et de mortalité des moins de cinq ans (pour mille enfants)



L'objectif de réduire ces taux des deux tiers à l'horizon 2015 devrait être atteint, avec toutefois des efforts additionnels⁷. En effet, pour atteindre l'ODM relatif à la mortalité infanto juvénile, il faudrait enregistrer une baisse annuelle de 5,1% contre 4,8% sur la période 1997-2004.

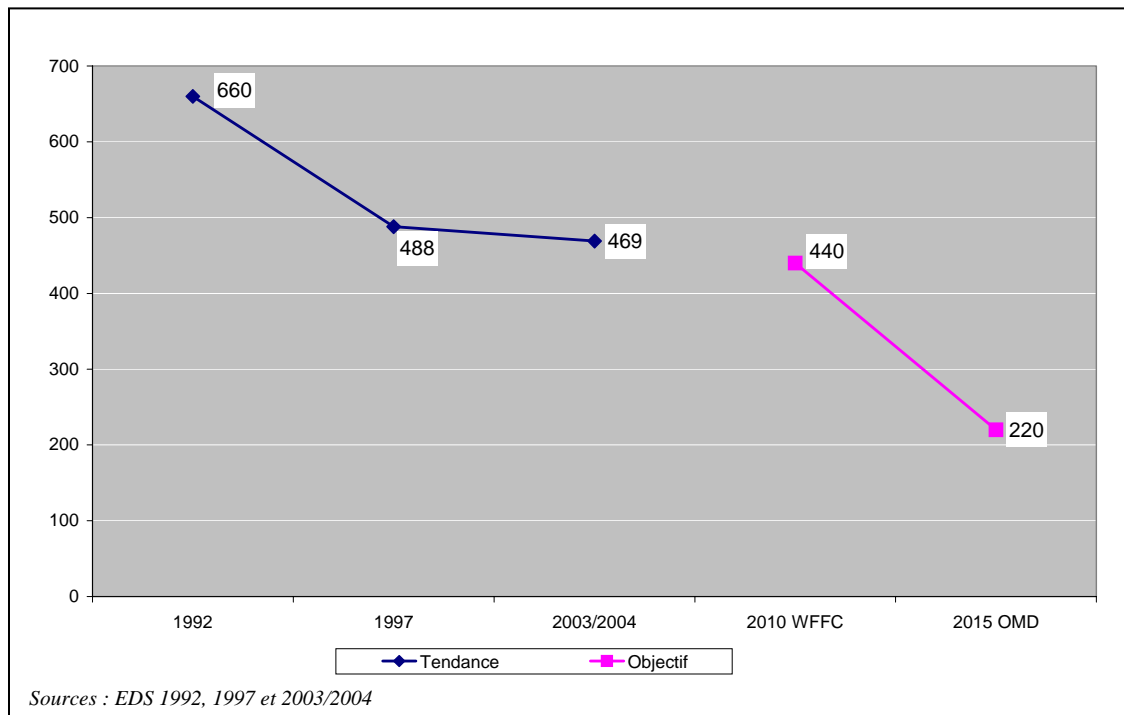
Le MAP ambitionne de réduire de moitié la mortalité des moins de cinq ans (de 94‰ à 47‰) et ainsi d'atteindre l'Objectif de Développement du Millénaire dès 2011. La principale stratégie est de fournir à tous les enfants, y compris dans les zones les moins bien desservies, des paquets intégrés de services essentiels, que sont la vaccination, la prévention du paludisme, l'amélioration de la nutrition, les soins prénataux et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME Clinique et Communautaire).

Le taux de mortalité maternelle enregistre une baisse, certes moins spectaculaire que pour le taux de mortalité infantile, mais constante depuis 1992. Il a déjà été réduit de 29% sur la période 1992-2003/04 (EDS), passant de 660 à 469 pour cent mille naissances vivantes. La **Cible 2** de Réduire d'un tiers au moins le taux de

⁷ Sur la base de 93‰ (en 1992), le taux de mortalité infantile devrait être réduit à 62‰ en 2010 (Objectif WFFC) et 31‰ en 2015 (ODM). Pour ce qui est du taux de mortalité infanto juvénile, les taux sont respectivement de 163‰ (en 1992), 108‰ (WFFC) et 54‰ (ODM).

mortalité maternelle devrait donc être atteinte en 2010⁸ (voir Graphique 2). Toutefois, des efforts substantiels devront être déployés pour atteindre l'OMD d'ici 2015 (baisse annuelle de 9,6% est requise). Mobiliser les partenaires afin d'accélérer la mise en oeuvre de la Feuille de Route pour la Maternité sans Risque pour atteindre l'objectif fixé par le MAP de réduire le taux de la mortalité maternelle à 273/100 000 d'ici à 2011, et atteindre l'Objectif du Millénaire est une stratégie clé.

Graphique 2. Tendances et objectifs de réduction du taux de mortalité maternelle (pour cent mille naissances vivantes) (estimation directe)



Le manque de données comparables⁹ rend difficile l'estimation chiffrée des progrès vers la **Cible 3** de réduire d'un tiers au moins les taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans, et le taux d'insuffisance pondérale à la naissance.

En 2003/04, on estimait que 48% des moins de cinq ans souffraient de malnutrition chronique modérée (taille/âge) et 13% de malnutrition aiguë (poids/taille, émaciation) (EDS, 2003/04). 42% des enfants de moins de 5 ans souffraient quant à eux d'insuffisance pondérale.

Des avancées sont cependant observées au niveau de l'allaitement maternel et de la consommation de sel iodé : 67% des enfants de 0-6 mois sont allaités de manière exclusive en 2003, contre 35% en 1992 (EDS) ; 75% de la population a accès à du sel iodé (EDS 2003/04). Afin d'assurer une iodisation et une fluoration appropriées du sel produit par les petits sauniers du Sud du pays (environ 25% de la production nationale),

⁸ Sur la base de 660 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1992, les cibles pour 2010 (WFFC) et 2015 (OMD) sont respectivement de 440 et 165 décès pour 100 000 naissances (estimation directe).

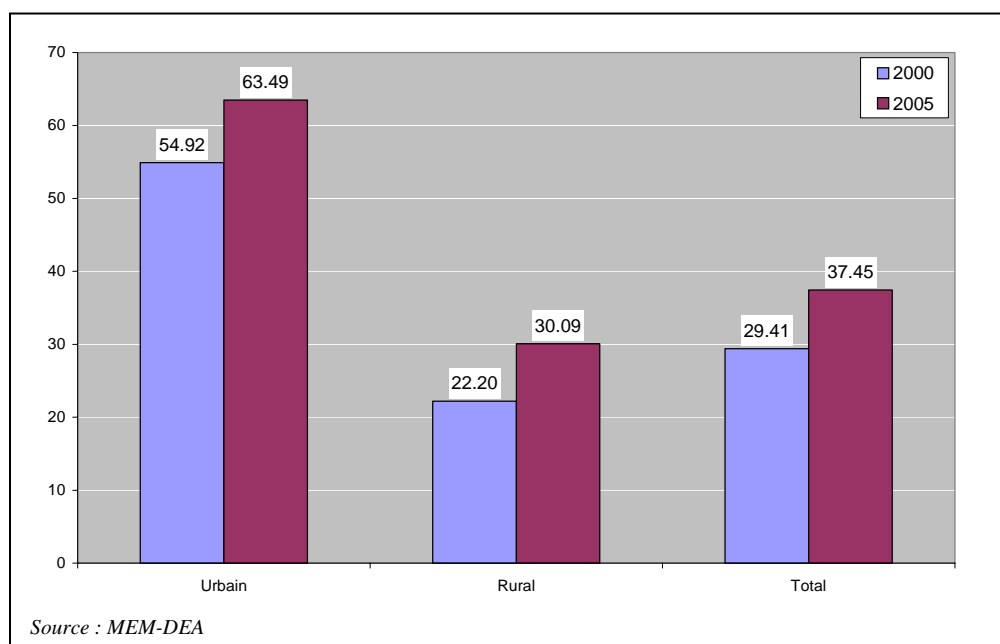
⁹ Pour l'EDS 1992, les taux de malnutrition ont été calculés sur les enfants de moins de 3 ans et non sur ceux de moins de 5 ans. Par ailleurs, les différentes enquêtes EDS ont été conduites à des périodes différentes : la dernière en date (2003/04) a été conduite au cours de la période de soudure, accentuant le phénomène de malnutrition.

un Comptoir du Sel a été mis en place en 2006. Cette initiative devrait permettre que 100% du sel produit et consommé à Madagascar soit désormais iodé et fluoré. On notera également une amélioration de la couverture de la supplémentation en Vitamine A des enfants âgés de 6 à 59 mois, qui est passée de 58% en 2000 à 97% en 2006¹⁰.

L'objectif du MAP est de réduire d'ici à 2011 d'un tiers au moins le taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de cinq ans (de 42% à 28%). Pour cela, la priorité est donnée au renforcement et à l'extension de la mise en œuvre du Programme National de Nutrition Communautaire, et à l'amélioration des pratiques nutritionnelles et de la sécurité alimentaire, les deux principaux facteurs qui affectent le statut nutritionnel des enfants.

Le faible accès à l'eau et à l'assainissement et les mauvaises pratiques en matière d'hygiène sont également sources d'aggravation de la situation sanitaire des enfants. Concernant la **Cible 4** de réduire d'un tiers au moins le nombre de ménages ne disposant pas d'installations sanitaires et n'ayant pas accès à l'eau potable à un prix abordable, notons que Madagascar figure encore parmi les 10 pays du monde présentant des taux d'accès à l'eau et à l'assainissement les plus faibles. La situation est particulièrement critique en milieu rural, où seulement 30% des ménages ont accès à l'eau potable (MEM, DEA). La tendance montre toutefois une légère amélioration comme illustré par le Graphe 3. La proportion de ménages pouvant s'approvisionner de manière permanente à l'eau potable étant passée de 29,4% à 37,5%. En matière d'assainissement, 51,5% des ménages ont accès à un assainissement amélioré (EPM, 2005) mais seulement 3% d'entre eux disposent de latrines hygiéniques *adéquates* (EDS 2003/04).

Graphique 3. Evolution de la proportion de ménages ayant accès à l'eau potable (en pourcentage).



¹⁰ Source : Ministère de la Santé et du Planning Familial.

Le MAP ambitionne de doubler le pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable et d'augmenter de 25% la proportion disposant d'un assainissement adéquat d'ici fin 2011. La stratégie WASH intégrant l'accès à l'eau, à l'assainissement et l'éducation à l'hygiène est priorisée. Le manque d'infrastructures de base est un défi majeur, alors que le secteur est encore sous financé. Des ressources financières importantes doivent être mobilisées pour atteindre cette cible et l'Objectif du Millénaire.

Un pas a été franchi en 2006 vers l'atteinte de la **Cible 5** (Mesures nationales en faveur de la petite enfance et du développement social, affectif, spirituel et intellectuel des enfants). Un programme de développement du jeune enfant est en cours de développement et les premiers outils de sensibilisation des parents sur le développement physique, social, affectif, psychologique et cognitif des jeunes enfants devraient être mis en service en 2007. Le MAP ambitionne d'impliquer des agents communautaires à travers tout le pays pour assurer la sensibilisation et l'éducation des parents, en soutien à un programme d'éducation pré-scolaire.

Les progrès vers la **Cible 6** (Réalizations en faveur de la bonne santé physique et mentale des adolescents) sont encore timides. L'accélération de la prévention du VIH/SIDA a mis un accent particulier sur l'information des jeunes mais leur accès aux services de santé de la reproduction et de planning familial est encore très limité. Le niveau de fécondité des adolescentes reste encore élevé : 28% des jeunes filles de 15-19 ans étaient déjà mères en 2003/04, contre 31% en 1997 (EDS, 1997, 2003/04). Cette situation résulte d'une relative précocité des relations sexuelles et d'un accès encore faible à la contraception : en effet, seules 17,5% des jeunes filles (en union ou sexuellement actives) avaient recours à une méthode moderne de contraception en 2003/04 (EDS). Toutefois, ce chiffre a pratiquement doublé depuis 1997 (9%), illustrant les efforts déployés par le Gouvernement dans ce domaine.

Le MAP vise à assurer que 100% des jeunes âgés de 15 à 24 ans aient accès à l'information sur le planning familial et que le taux de prévalence de la contraception passe de 15% en 2005 à 45% en 2011 pour ce groupe d'âge. L'extension des services de planning familial pour les adolescents par le biais des Maisons des Jeunes figure parmi les activités prioritaires décrites dans le MAP.

Les principales contraintes en vue de l'atteinte de la **Cible 7** (Mise à la portée de tous des soins de santé reproductive intégrés au système de santé primaire) restent les difficultés d'accès à des services de santé de qualité, notamment en milieu rural. Le taux de consultations externes des formations sanitaires plafonne à 40% (EPM 2005) ; pour de nombreux ménages, les soins restent souvent inaccessibles, pour cause de coûts prohibitifs ou d'éloignement¹¹. Par ailleurs, ces structures manquent souvent de ressources suffisantes pour fonctionner dans les normes.

Le MAP a pour priorité, en matière de santé, l'accès de tous à des soins de qualité, à travers l'augmentation des ressources humaines, la décentralisation et un focus sur les zones les moins bien desservies.

Le taux national de prévalence contraceptive est en hausse, passant de 9.7% en 1997 (EDS 1997) à 18% en 2003/04 (EDS). Il reste cependant faible et, couplé avec des grossesses précoces, favorise une fécondité élevée à 5,2 enfants par femme (EDS, 2003/04). Madagascar est toutefois entré en phase de transition démographique, avec

¹¹ Le Ministère de la Santé estime que 42% des ménages vivent à plus de 5 Km d'une structure sanitaire.

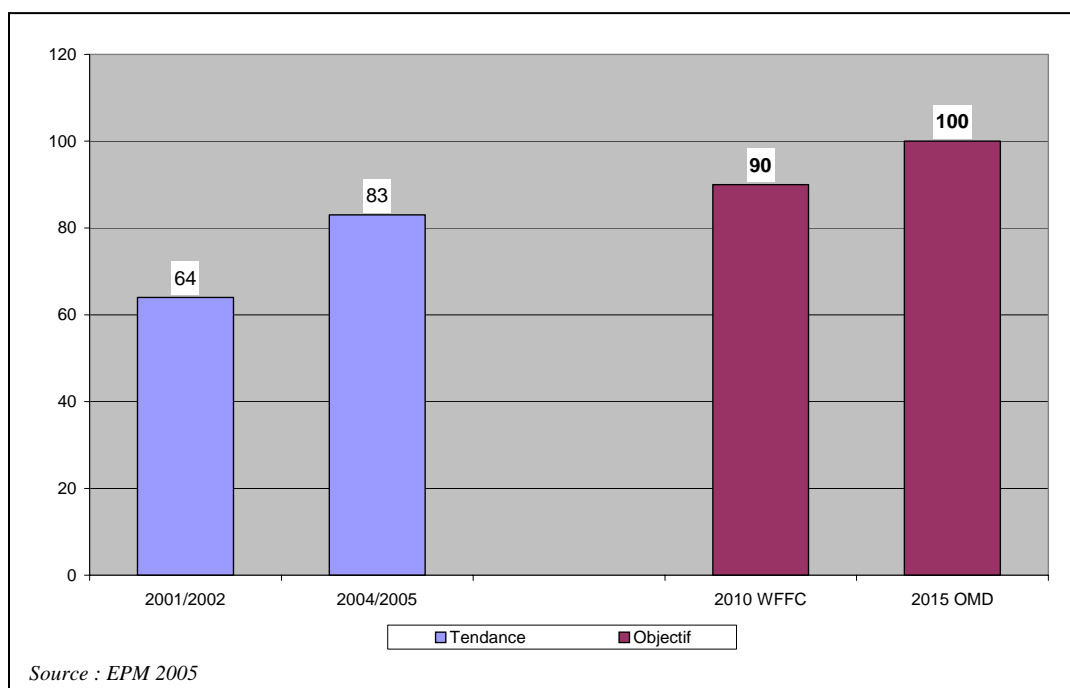
un léger recul de la fécondité sur la décennie : en 1992, le nombre d'enfant par femme tournait autour de 6.

Le MAP vise à augmenter le taux de prévalence contraceptive 18% à 30% en 2011 et de réduire le taux de fertilité à trois enfants par femme à travers l'intégration du planning familial dans d'autres interventions clés comme les campagnes de vaccination, et les services de prévention du VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles.

6.2 Engagement 2 : Pour une éducation de qualité

Des évolutions très encourageantes sont observées vers l'atteinte de la **cible 2**, particulièrement en termes d'augmentation des effectifs d'enfants scolarisés. Pour 2005-2006, le Ministère de l'Education avance un taux net de scolarisation de 97%, qui est sans doute surestimé. En effet, l'Enquête Permanente auprès des Ménages rapportait un taux de 83% pour 2004-2005 (EPM 2005). Les divergences de chiffres s'expliquent notamment par l'utilisation de données différentes sur les effectifs par groupe d'âge¹², et sur des méthodes différentes de calcul du taux de scolarisation.

Graphique 4. Evolution du taux net de scolarisation dans le primaire par rapports aux objectifs du WFFC et ODM.



Madagascar a notamment reçu le soutien de l'Initiative Fast-Track (FTI) et a pu bénéficier d'un financement du Fonds Catalytique en vue d'atteindre les objectifs de l'Education Pour Tous. Toutefois, l'abandon scolaire reste encore élevé, avec à peine

¹² Le dénominateur est calculé à partir de projections issues du dernier recensement qui remonte à 1993 et qui fournit des informations aujourd'hui caduque.

50% des enfants achevant le cycle primaire. A cet égard, le renforcement de la qualité de l'enseignement est devenu une priorité et des stratégies spécifiques d'inclusion et de réduction des inégalités de genre, géographiques et sociales ont été mises en œuvre ; elles sont en phase de généralisation (stratégie Fille-pour-Fille, Contrat-Programme de Réussite Scolaire, et programme d'éducation à distance).

Le MAP insiste sur la nécessité non seulement d'assurer la scolarisation de 100% des enfants, mais aussi d'améliorer significativement le taux de complétude (de 57% en 2006 à 95% en 2011) et de réduire le taux de redoublement (de 20% en 2006 à 10% en 2011), en ligne avec les objectifs de l'Education Primaire pour Tous (EPT) et les Objectifs de Développement du Millénaire. Le pays est donc en bonne voie pour atteindre l'objectif d'au moins 90% des enfants en âge scolaire inscrits à l'école en 2015.

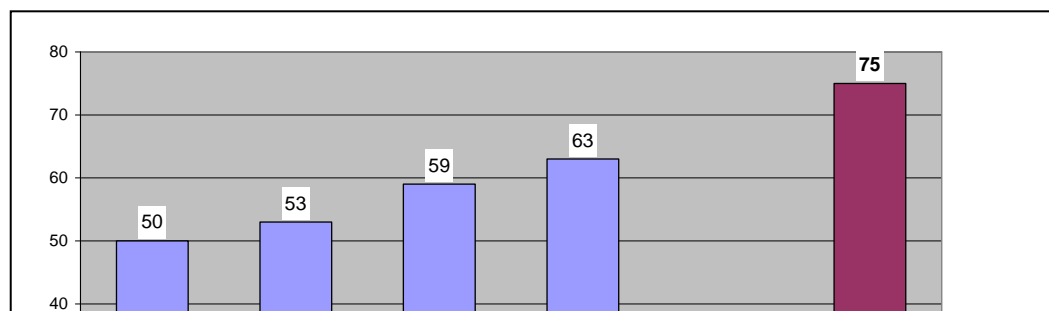
La **Cible 3** d'Éliminer les disparités de genre dans l'éducation primaire est quant à elle pratiquement atteinte : au niveau national, il n'y a pas de disparité garçon/fille d'accès à l'éducation. Pour autant, on observe des écarts tantôt au détriment des filles, tantôt au détriment des garçons dans certaines régions. Une étude est en cours afin de déterminer les facteurs d'inégalités de genre qui persistent dans certaines régions du pays et de développer des stratégies de remédiation adaptées.

L'augmentation des effectifs est un défi majeur à relever pour assurer une éducation de qualité et réduire significativement le taux d'abandon, en vue de l'atteinte de la **Cible 4** relative à l'acquisition par les enfants et les jeunes de compétences mesurables en particulier en ce qui concerne le calcul, la lecture et l'écriture et les compétences pour la vie. En matière d'amélioration de la qualité de l'éducation, l'Approche par les Compétence est introduite dans tout le cycle primaire et vise à renforcer la lecture et l'écriture. Le cycle primaire devrait également être étendu de 5 à 7 années afin d'assurer l'acquisition de compétences de base.

En 2005, environ 37% de la population âgée de 15 ans et plus étaient encore analphabètes, mais ce taux est en nette régression depuis 1999, où il se situait à 50% (EPM 1999, 2005). Les disparités entre les hommes et les femmes sont encore marquées, avec un taux de 8 points de pourcentage inférieur pour les femmes (41%). Un programme spécifique d'alphabétisation des jeunes et adolescents illettrés a été mis en œuvre, mais sa couverture reste encore limitée. Toutefois, la méthodologie utilisée est prometteuse et à cet égard, ce programme reste clé pour l'atteinte de la **Cible 5** (Répondre aux besoins de tous les jeunes en matière d'accès à l'éducation et aux compétences pour la vie) et de la **Cible 6** (Élever de 50 % le niveau d'alphabétisation des adultes, en particulier des femmes, d'ici à 2015).

Le MAP met un accent particulier sur la nécessité de développer les opportunités offertes aux adolescents, en termes d'alphabétisation, d'acquisition de compétences pour la vie et de qualifications professionnelles. Il envisage une augmentation de 52% à 80% en 2011 du taux d'alphabétisation des plus de 15 ans, en ligne avec l'Objectif de Développement du Millénaire. Toutefois les ressources financières allouées par l'Etat et les partenaires internationaux à ce programme restent insuffisantes pour la mise à l'échelle du programme.

Graphique 5 : Taux d'alphabétisation des adultes, ratio hommes/femmes alphabétisés



En ce qui concerne la **Cible 7** relative à l'amélioration des services à la petite enfance, le MAP vise à augmenter le pourcentage d'enfants âgés de trois à cinq ans fréquentant un centre préscolaire de 5% en 2005 à 20% en 2011. Déjà des standards et outils sont en cours de finalisation, sous l'égide du Ministère de la Population. Un exercice d'analyse du coût de la mise à l'échelle de services standardisés a été mené en soutien au plaidoyer et à la levée de fonds.

6.3 Engagement 3 : Protection contre la maltraitance, l'exploitation et la violence

Des progrès ont été enregistrés vers l'atteinte des **Cibles 1** (Protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d'exploitation et de violence), **3** (Protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation sexuelle, y compris la pédophilie, la traite et le rapt) et **4** (Prendre immédiatement des mesures efficaces pour éliminer les pires formes de travail des enfants). Notons que Madagascar n'est pas concerné par la Cible **2** relative à la protection des enfants dans les conflits armés.

Les principaux instruments législatifs en matière de protection de l'enfant sont en place, en ligne avec la **Cible 1** : la législation sur l'adoption est en ligne avec la Convention de La Haye et il y a une progression notable vers la mise en conformité des textes relatifs avec la Convention des Droits de l'Enfant et ses protocoles additionnels (Loi sur la Protection de l'Enfant contre la Maltraitance, Réforme de la Justice pour les Enfants en Conflit avec la Loi, Stratégie de Protection Sociale et Politique de la Famille). Cependant, l'application effective des lois reste problématique, le manque de ressources humaines et les difficultés de fonctionnement des services de l'Etat persistent. A l'occasion de la publication du rapport de l'ODEROI sur la violence à l'égard des enfants, lancé en novembre 2006, le Gouvernement s'est engagé à développer en 2007 un plan d'action et de suivi des recommandations de l'étude.

L'enregistrement des naissances est clairement inscrit dans le MAP comme une priorité. On estimait en 2000 qu'environ 2 500 000 enfants n'étaient pas enregistrés à l'état civil et ne possédaient pas d'acte de naissance (MICS 2000). Les résultats obtenus par le

Programme de réhabilitation de l'enregistrement des naissances «EKA» lancé en juin 2004 sont en cours de collecte et seront disponibles en 2007. Toutefois les données préliminaires disponibles, fin 2006, pour 134 communes (sur plus de 1500) indiquent qu'environ de 200 000 enfants de moins de 18 ans ont bénéficié d'enregistrement rétroactif. Ce programme, en assurant une existence légale et une identité à chaque enfant, va permettre de mieux lutter contre toute forme d'exploitation et d'abus des enfants. Depuis 2006, la coordination du programme est rattachée à la Présidence de la République afin de fournir le leadership nécessaire. La principale contrainte est le manque de financement ; la mise à l'échelle du programme EKA étant estimée à USD 5 millions.

Le travail des enfants est un phénomène répandu mais encore mal documenté à Madagascar. En 2005, ils étaient près de 20% (âgés de 5-14 ans) à être engagés dans une activité productive (EPM 2005). La grande majorité travaille dans l'agriculture et nombre d'entre eux sont employés comme aide familiale. Bien que la plupart des enfants travailleurs soient engagés dans la sphère familiale et traités de manière convenable, un certain nombre d'entre eux sont engagés dans des activités nuisibles à leur santé, leur sécurité ou leur moralité. Les principales formes de travail infantile néfastes répertoriées à Madagascar sont l'exploitation sexuelle, le travail dans les carrières et les mines, le travail dans les salines et le travail domestique.

En ce qui concerne les **Cibles 3 et 4** sur les pires formes de travail des enfants, la lutte contre le trafic des personnes et l'esclavage humain est aussi une des priorités de l'Etat de Madagascar. Le pays a mis en œuvre, avec l'appui du BIT/IPEC, des Programmes visant la prévention du travail des enfants, le retrait des enfants des travaux dangereux, leur scolarisation et alphabétisation, la formation et l'apprentissage professionnel et l'amélioration de la qualité de la vie des enfants et de leurs familles. Durant la première phase du programme (2000-2004), 2 085 enfants -dont 840 petites filles- ont été retirés des pires formes du travail des enfants¹³.

Les données statistiques pour l'ensemble du pays en matière d'exploitation sexuelle à des fins commerciales ne sont pas disponibles. Selon une étude réalisée en 2001 (Ghatak et al, 2003), on recensait jusqu'à 3 000 enfants prostitué(e)s dans seulement deux villes particulièrement exposées à l'exploitation sexuelle des enfants (Nosy Be et Toamasina). La crainte que le pays devienne victime du tourisme sexuel (national et international) ne cesse de grandir. Pour lutter contre ce fléau potentiel, le gouvernement avait lancé plusieurs enquêtes dans les principaux centres touristiques et économiques du pays en 2000-2001, avec l'aide de l'UNICEF et du BIT/IPEC, afin de pouvoir dresser le profil de ces jeunes et des risques auxquels ils étaient exposés. Son objectif était de parvenir à définir une stratégie de lutte contre l'exploitation sexuelle infantile. Des actions terrain se sont développées dans plusieurs sites à risque du pays, dans le cadre de l'élaboration de cette politique. En 2004, Madagascar a été classé « niveau 2 à surveiller » sur l'échelle internationale de la traite des personnes, mais ce classement a été revu à la baisse en 2005¹⁴, grâce aux progrès constatés et aux efforts conséquents mis en œuvre par le gouvernement.

¹³ Source: rapport d'activités IPEC/BIT 2005.

¹⁴ « Niveau 2 ».

La situation des enfants en prison reste difficile, avec près de 407 enfants détenus en Septembre 2006¹⁵, dont 93% en préventive. La situation, même si elle reste encore précaire, montre quelques signes d'améliorations : de moins en moins d'enfants incarcérés avec les adultes ; régularisation prioritaire des dossiers des mineurs serait à l'ordre du jour

6.4 Engagement 4 : Lutter contre le VIH/SIDA

Selon les dernières estimations, le taux de prévalence du VIH/SIDA dans la population générale de Madagascar est estimé à 0,95%, et à moins de 2% chez les groupes vulnérables. L'objectif du Gouvernement est de maintenir la prévalence sous la barre de 1%. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de données statistiques désagrégées par âge permettant de mesurer les taux de prévalence chez les jeunes de 15 à 24 ans et chez les enfants de moins de un an, et leur évolution à Madagascar. La prochaine EDS devrait toutefois permettre de renseigner ces aspects de la lutte.

Depuis 2003, avec la création du SE/CNLS, l'accélération et l'harmonisation des efforts sont notables, en ligne avec la **Cible 1**. L'information sur la prévention du VIH/SIDA a été incorporée dans le programme scolaire, et des clubs de prévention SIDA ont été créés dans les collèges et lycées du pays. La Campagne « Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA » a permis de redynamiser ce réseau en renforçant la participation des jeunes eux-mêmes dans les efforts d'information de leurs pairs scolarisés et hors scolaire dans 40% des circonscriptions scolaires du pays.

Les femmes sont reconnues comme étant parmi les groupes les plus vulnérables à l'infection. La Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME) est une stratégie prioritaire de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA pour les femmes et les enfants à Madagascar. En 2006, environ 15% des formations sanitaires du pays offrent le dépistage de routine et le conseil dans le cadre de la consultation prénatale. L'intégration, en 2006, des services VIH et des maladies sexuellement transmissibles dans les services de la consultation pré-natale devraient permettre une extension significative de la couverture des services en vue d'atteindre la **Cible 2** de 80% des femmes enceintes, fréquentant la consultation prénatale, ayant accès à des services de dépistage, conseil et prise en charge.

En ligne avec la **Cible 3**, depuis 2005, le dispositif législatif est en place pour la lutte contre toute forme de discrimination et pour la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et un comité de pilotage multisectoriel est en place sous l'égide du SE/CNLS et du Ministère de la Population. Actuellement, environ 900 enfants vulnérables (pas nécessairement en raison du VIH/SIDA) bénéficient d'un appui. Une première analyse de situation sur les orphelins, conduite par l'ONUSIDA en 2006, dans le cadre de l'UNGASS a permis de mettre en exergue la difficulté d'obtenir des informations pertinentes. Une recherche qualitative et quantitative relative à la situation des orphelins et enfants vulnérables et aux mécanismes existants à Madagascar de prise en charge et de protection est en cours de finalisation et servira le développement en 2007 d'un plan stratégique.

¹⁵ Cela représente 2,3 % de la population carcérale.

7 Perspectives pour accélérer les avancées vers les Objectifs d'Un Monde Digne des Enfants et les Objectifs de Développement du Millénaire

Le bilan de la dernière décennie est encourageant. Comme l'a montré ce rapport, des progrès sensibles ont été accomplis par Madagascar dans un certain nombre de domaines, en vue de la mise en œuvre effective des recommandations de l'Assemblée Générale Extraordinaire consacrée aux enfants. De nombreux défis restent à relever.

La stratégie et les priorités du pays pour les cinq prochaines années sont clairement établies dans le Madagascar Action Plan. Ce plan vise à stimuler une croissance rapide, mener à la réduction de la pauvreté et assurer que le développement du pays réponde aux défis de la mondialisation, en ligne avec les Objectifs de Développement du Millénaire. Ces objectifs concernent tous, directement ou indirectement, les enfants. Le MAP s'articule autour d'interventions prioritaires, à haut impact, qui doivent faire une différence tangible dans la vie des enfants à travers l'atteinte de résultats mesurables. Pour mettre en œuvre ce plan ambitieux et réaliser le saut qualitatif et quantitatif de développement visé par le MAP, des ressources financières, humaines et techniques importantes devront être mobilisées.