REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana - Tanindrazana - Fandrosoana

MINISTÈRE DE LA POPULATION ET DES SOLIDARITÉS

STRATÉGIE NATIONALE DE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

2026 – 2030

A Madagascar, chaque enfant peut atteindre son plein potentiel pour contribuer au développement du capital humain.

Afaka misitraka ny fiahina sahaza azy sy mandray anjara amin'ny fampivoarana ny maha-olona ny zaza rehetra eto Madagasikara.



© UNICEF/UN0780986/Ramasomanana

PRÉFACE



Madagascar reconnaît que la petite enfance est une période essentielle dans la vie de chaque enfant. C'est durant ces premières années que se construisent les bases de sa santé, de son épanouissement, de ses apprentissages et de son avenir. Il est donc primordial de mettre en place des interventions adaptées afin de permettre à chaque jeune enfant de grandir dans les meilleures conditions possibles.

Conscient de l'importance du développement du capital humain, notamment dans un pays où la population est encore très jeune, le Gouvernement malgache a adhéré aux Objectifs de développement durable (ODD) ainsi qu'à l'Agenda 2063 de l'Union africaine. Ces engagements font du capital humain un véritable moteur de croissance économique, de progrès social et de développement durable pour les pays.

À travers la Politique générale de l'État pour la Refondation, le Gouvernement a ainsi initié l'élaboration de la présente Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance (SNDPE). Cette stratégie constitue un cadre de référence pour l'ensemble des acteurs appelés à intervenir en faveur du développement de la petite enfance. Elle a pour vocation d'orienter et de renforcer les actions mises en œuvre au bénéfice des jeunes enfants.

La SNDPE représente, à ce titre, une feuille de route multisectorielle visant à permettre à tous les enfants malgaches, sans distinction, d'atteindre leur plein potentiel de développement. Elle appelle à une mobilisation commune et à une collaboration étroite entre les différentes institutions, les communautés, les partenaires et toutes les personnes engagées pour le bien-être des enfants.

Ensemble, engageons-nous à soutenir activement la mise en œuvre de cette Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance, afin d'offrir à chaque enfant malgache les meilleures chances de bien grandir et de garantir un avenir meilleur pour lui-même, sa famille et notre pays.

Signature

LE MINISTRE DE LA POPULATION ET DES SOLIDARITES

RAKOTONIAINA
Voahanginirina Cathia



© UNICEFMADAGASCAR

REMERCIEMENTS

L'élaboration de cette Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance (SNDPE) a été dirigée par la Direction Générale de la Population du Ministère de la Population et des Solidarités avec l'appui technique et financier de l'UNICEF.

La commission thématique du Développement de la Petite Enfance et les experts internationaux ont contribué à toutes les phases d'élaboration de ce document stratégique.

Au nom du Gouvernement, nous saluons les actions positives des membres de la commission thématique du DPE, de l'ensemble des participants aux différents ateliers et des acteurs ayant révisé le présent document de stratégie.

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

AC	Agent Communautaire
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
AS	Agent de la Santé
BM	Banque Mondiale
BNGRC	Bureau National de la Gestion des Risques et des Catastrophes
CAR	Constat Appréciation et Recommandation
CDE	Convention Internationale relative aux Droits des Enfants
CEDEF	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des femmes
CIDPH	Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées
CSB	Centre de Santé de Base
CSU	Couverture de Santé Universelle
DPE	Développement de la Petite Enfance
EDSMD	Enquête Démographique et Sanitaire Madagascar
ENISM	Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar
EPP	Ecole Primaire Publique
ESAR	Eastern and Southern Africa / Afrique orientale et australe
FANUS	Fédération des Sociétés Africaines de Nutrition
FSS	Filets Sociaux de Sécurité
GII	Indice d'Inégalité de Genre
IDH	Indice de Développement Humain
IRA	Insuffisance Respiratoire Aigue
MEN	Ministère de l'Education Nationale
MICS	Enquête en grappe à indicateurs multiples
MPS	Ministère de la Population et des Solidarités
MODA	Multiple Chevauchement de Privations
MSANP	Ministère de la Santé Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONN	Office National de Nutrition
OSC	Organisation de la Société Civile
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS	Plan de Développement du Secteur Santé
PFE	Pratiques familiales essentielles
PIB	Produit Intérieur Brut
PNAMN	Plan National d'Actions Multisectorielles de Nutrition

PNN	Politique Nationale de Nutrition
PNPS	Politique Nationale de la Protection Sociale
PNS	Politique Nationale de Santé
PNSC	Politique Nationale de Santé Communautaire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PSE	Plan Sectoriel de l'Education
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNCSU	Stratégie Nationale de la Couverture de la Santé Universelle
SNDPE	Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance
SNLVBG	Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre
SNPS	Stratégie Nationale de la Protection Sociale
SNUT	Service de la Nutrition
TDR	Test Diagnostic Rapide
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
WASH	Eau Assainissement et Hygiène

LISTE DE TABLEAU

TABLEAU 1 : Objectifs et orientations 37

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : Tendance de la couverture vaccinale de 2003 à 2021 18
FIGURE 2 : Tendance de l'état nutritionnel des enfants 20
FIGURE 3 : Stimulation précoce à domicile 22
FIGURE 4 : Accès aux jouets et matériels d'apprentissage 22
FIGURE 5 : Discipline violente répartition selon l'âge 25
FIGURE 6 : Prévalence des handicapés par âge 28
FIGURE 7: Analyse causale du DPE à Madagascar 33
FIGURE 8 : Mécanisme de coordination du DPE 39

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 3

REMERCIEMENTS 5

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES 6

Liste de tableau 7

Liste des figures 7

GLOSSAIRE 11

Resume executif 12

I. Contexte et justifications de l'elaboration de la strategie 13

II. Processus d'elaboration de la strategie 14

III. Analyse situationnelle du developpement de la petite enfance a madagascar 15

IV. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS 35

V. OBJECTIF ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTIONS 37

VI. Mise en place d'une approche multisectorielle du DPE Madagascar 45

III.1. Cadre d'orientation au niveau international, national et institutionnel 15

III.1.1. Cadre d'orientation au niveau international 15
III.1.2. Cadre d'orientation au niveau national 16
III.1.3. Cadre d'orientation au niveau institutionnel 17

III.2. Situation selon les cinq composantes des soins attentifs à Madagascar 17

III.2.1. Bonne santé 17

a) Survie de l'enfant 18
b) Santé mentale des donneurs de soins . 19
c) Qualité et Accessibilité des soins de santé primaires pour les enfants..... 19

III.2.2. Nutrition adéquate : nutrition maternelle et infantile 20
III.2.3. Opportunités pour l'apprentissage précoce 21

a) Stimulation précoce des enfants de moins de 3 ans 21
b) Education préscolaire des enfants de 3 à 5 ans..... 23

III.2.4. Soins répondant aux besoins de l'enfant 24
III.2.5. Sécurité et sureté pour les enfants et leurs familles 24

a) Protection de l'enfant..... 24
b) Eau, hygiène et assainissement 25
c) Protection Sociale 26
d) Changements climatiques..... 26

III.3. Composantes transversales 27

III.3.1. Conditions socio- culturelles des enfants Malagasy 27
III.3.2. Situation des enfants atteints de handicap et vulnérables 28
III.3.3. Parentalité précoce et prise en charge alternative 29
III.3.4. Genre pendant la petite enfance 29

III.4. Principaux goulots d'étranglement et défis du Développement 30

III.4.1. Faible coordination multisectorielle du DPE à Madagascar 30
III.4.2. Non-appropriation par les acteurs de la multisectorialité du DPE 31
III.4.3. Difficultés d'accès aux services de qualité 31
III.4.4. Faible capacité des donneurs de soins à prodiguer des soins attentifs aux enfants 31
III.4.5. Insuffisance du financement des interventions 31

III.5. Analyse causale du DPE à Madagascar 33

III.5.1. Pour les déterminants fondamentaux 34
III.5.2. Pour les déterminants sous-jacents 34
III.5.3. Pour les déterminants immédiats 34

IV.1. Vision 35

IV.2. Principes directeurs 35

V.1. Objectif général 37

V.2. Objectifs et les orientations stratégiques 37

V.3. Orientations stratégiques 38

V.3.1. Renforcer le cadre institutionnel, de la coordination et du suivi évaluation favorisant le développement de la petite enfance 38

V.3.1.1. Renforcement du cadre institutionnel, de la gestion, de la coordination et du renforcement du système d'information du DPE y compris la génération d'évidences 38

a) Politiques et législation favorisant les opportunités pour le développement de la petite enfance..... 38

b) Coordination du DPE à Madagascar ... 38

c) Planification intégrée..... 39

d) Suivi et évaluation des interventions de DPE..... 39

V.3.1.2. Mise en place d'un mécanisme de financement des interventions en faveur de la petite enfance ---------- 40

V.3.2. Elargir les programmes et services qui protègent et favorisent le développement de la petite enfance 40

V.3.2.1. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé répondant aux besoins des enfants et des donneurs de soins ---------- 40

V.3.2.2. Amélioration de l'offre et de la qualité des opportunités d'apprentissage précoce et d'éducation de la petite enfance. 41

a) Pour la tranche d'âge de la conception jusqu'à l'âge de 3 ans, les actions se focaliseront sur : 41

b) Pour la tranche d'âge de 3 à 6 ans, les actions les actions seront orientées sur : . 41

c) Pour la tranche d'âge de 6 à 8 ans, les actions seront axées sur 42

V.3.2.3. Promotion de l'accès et de l'adoption d'une alimentation réactive et une nutrition adéquate aux enfants et aux donneurs de soins---------- 42

V.3.2.4. Création d'un environnement accessible, sûr et sécurisé pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés, ainsi que pour leurs familles---------- 42

a) Protection de l'enfant..... 42

b) Politiques sociales..... 43

c) Eau, l'hygiène et l'assainissement..... 43

d) Enjeux climatiques : 43

V.3.3. Soutenir les donneurs de soins pour la fourniture des soins répondant aux besoins des jeunes enfants 43

V.3.3.1. Appui et renforcement des capacités des familles et de la communauté pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants tout en intégrant les normes sociales positives ---------- 43

V.3.3.2. Appui et renforcement des capacités des donneurs de soins à prendre soin d'eux-mêmes et des enfants---------- 44

VI.1. Interventions par secteur 45

VI.2. Mise en place d'une approche multisectorielle par phase de la petite enfance 47

GLOSSAIRE

Terminologies	Définitions
Développement de la Petite Enfance :	Le développement de la petite enfance (DPE) est une période de développement rapide et essentiel de la conception à l'âge de 8 ans. Il concerne les 4 domaines de développement que sont le développement psycho-moteur, cognitif, langagier et socio-affectif.[1]
Santé mentale :	La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental. Elle correspond à un état de bien-être mental qui permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser le plein potentiel, de bien apprendre, de bien travailler et de contribuer à la vie de la communauté.
Donneurs de soins / Soignants :	Encore appelé soignants, il s'agit des personnes chargées de répondre aux besoins corporels, sanitaires, nutritionnels, affectifs, sociaux, linguistiques et intellectuels d'un enfant, y compris les parents, les membres de la famille et les autres personnes chargées de ces tâches en milieu familial.
Soins attentifs :	L'expression soins attentifs met en évidence le fait qu'un développement optimal est le résultat des interventions et des conditions qui favorisent la santé, la nutrition, la sécurité et la sûreté, la prestation de soins répondant et des opportunités d'apprentissage précoce. Les soins attentifs concernent les enfants, leurs familles et autres donneurs de soins, ainsi que les endroits où ils interagissent. Ils sont axés sur la période allant de la grossesse à l'âge de 3 ans.[2]
Soins répondant aux besoins de l'enfant / les soins réactifs :	Les soins répondant aux besoins de l'enfant ou soins réactifs, ils constituent une approche holistique et personnalisée visant à répondre aux besoins spécifiques des enfants. Cette approche intègre leur développement, la participation de la famille et une collaboration multidisciplinaire. Elle se base sur une prise en charge adaptée de l'enfant et s'intègre aux services existants dans divers secteurs tels que la santé, la nutrition, l'éducation, la protection de l'enfance et le WASH[3]. Lesdits soins doivent être des soins réactifs (l'une des 5 composantes du cadre des soins attentifs) et consiste à observer les mouvements, sons, gestes et demandes verbales des enfants et y réagir.[4]
Capital humain :	Le capital humain correspond à l'ensemble des connaissances, compétences et conditions de santé que les individus accumulent tout au long de leur vie et qui leur permet de réaliser pleinement leur potentiel en devenant des membres productifs de la société. Le développement du capital humain joue un rôle déterminant pour mettre fin à l'extrême pauvreté et renforcer l'inclusion sociale. Pour cela, il faut investir dans la nutrition, les services de santé, une éducation de qualité, l'acquisition de compétences et l'accès aux emplois.[5]
Alimentation réactive :	L'alimentation réactive consiste à aider l'enfant à identifier la sensation de satiété et à comprendre l'importance de répondre à ces signaux de façon appropriée. L'alimentation réactive consiste en l'intégration des cinq composantes des soins attentifs dans le processus d'alimentation.
Indice de pauvreté multidimensionnelle :	L'Indice de pauvreté multidimensionnelle est un indicateur statistique élaboré en 2010 par l'Oxford Poverty and Human Développement Initiative (OPHI) pour mesurer les inégalités et la pauvreté dans le monde.

1 WHO, 2016. Résumé de la série d'articles parus dans la revue The Lancet. ecd-lancet-exec-summary-fr.pdf (who.int)
2 WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603
3 OMS, UNICEF, 2019, Soins Pour le Développement de l'Enfant
4 WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603
5 Banque Mondiale, À propos du le capital humain

RESUME EXECUTIF

Madagascar s'est doté d'un important cadre juridique et met en œuvre diverses stratégies sectorielles en faveur du Développement de la Petite Enfance (DPE). Mais en dépit de ces instruments, le développement holistique du jeune enfant constitue encore une préoccupation majeure, au regard de l'ampleur de la multiplicité des problèmes qui entravent le développement de la petite enfance. C'est ainsi que la Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance (SNDPE) a été initiée par le Gouvernement Malagasy, afin de faire en sorte que d'ici 2030 : « A Madagascar, chaque enfant peut atteindre son plein potentiel pour contribuer au développement du capital humain ».

Le processus d'élaboration de la SNDPE a été participatif et inclusif sous le lead du Ministère de la Population et des Solidarités (MPS). Des consultations nationales et régionales ont été menées avec les différentes parties prenantes. Ces consultations multisectorielles ont permis de connaitre la situation contextuelle du DPE, d'identifier les services existants en la matière, les défis entravant le développement optimal des enfants qui doivent être résolus pour améliorer la prestation de services visant le DPE. Le projet de SNDPE a été présenté aux principales parties prenantes pour validation avant d'être finalisé.

La stratégie comporte cinq parties. La partie I se compose de l'introduction et du contexte ; la partie II présente le processus d'élaboration de la SNDPE ; la partie III passe en revue la situation de la petite enfance à Madagascar ; la partie IV énonce la vision et les principes directeurs ; la partie V présente les domaines d'intervention stratégique, les objectifs et les actions stratégiques. En effet, 3 axes stratégiques ont été défini. Il s'agit de (i) Renforcer le cadre institutionnel, de la coordination et du suivi évaluation favorisant le développement de la petite enfance ; (ii) Elargir les programmes et services qui protègent et favorisent le développement de la petite enfance ; (iii) Soutenir les donneurs de soins pour la fourniture des soins répondant aux besoins des jeunes enfants.

Les interventions durant les premières années de vie ont le potentiel de compenser les tendances négatives et d'offrir aux jeunes enfants davantage d'opportunités pour l'atteinte de leurs pleins potentiels de développement. Cet investissement précoce est essentiel, car les retards enregistrés dans les premières années sont difficiles et coûteux à rattraper plus tard dans la vie.

Les nombreux acteurs, qui œuvrent à Madagascar dans la fourniture de services visant le DPE, devraient s'inspirer des axes stratégiques que propose la SNDPE et l'utiliser comme base pour améliorer la prestation des services. La gestion des services et programmes de DPE par divers ministères sectoriels se fera dans le cadre d'une approche intégrée multisectorielle dont le ministère en charge de la population assurera la coordination. On s'attend à ce qu'à court, moyen et long terme, la stratégie nationale de DPE et son plan opérationnel génèrent des niveaux élevés de retour sur les investissements économiques et sociaux pour Madagascar. Cette approche intégrée du DPE aidera Madagascar à atteindre les Objectifs Durables du Développement (ODD 1.2 ; 2.1 ; 3.2 ; 4.2 ; 16.2)[6].

6 WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATIONS DE L'ELABORATION DE LA STRATEGIE

Madagascar possède l'une des populations les plus jeunes, avec 41,3%[7] de sa population qui est âgée de moins de 15 ans et 14,4% de moins de 5 ans. La croissance annuelle de la population malagasy se situe à 2,4% et le pays occupe la 28ème place au rang mondial (sur 237 pays)[8] en matière de croissance démographique. Ces enfants issus de cette forte croissance démographique sont confrontés à des défis importants en matière de Développement de la Petite Enfance (DPE).

En effet, Madagascar est classé parmi les pays à faible revenu, et selon l'indice du capital humain publié par la Banque Mondiale (2020), un enfant né à Madagascar aujourd'hui n'atteindra que 37% du potentiel productif qu'il aurait obtenu s'il avait bénéficié d'une instruction complète et de soins adaptés au développement de l'enfant. En 2020, l'indice du capital humain de Madagascar était de 0,39[9] et se situait en-dessous des moyennes en Afrique subsaharienne. De plus, dans le dernier indice d'inégalité entre les genres, Madagascar se trouve à la 143ème place sur 170 pays[10].

Au cours de la même année, l'analyse des Multiples Chevauchements de Privations (MODA, 2020) a montré que plus des deux tiers (67,6%) des enfants malagasy souffrent de privation matérielle dans au moins deux dimensions du bien-être simultanément et 23,7%[11] souffrent de privation dans quatre dimensions ou plus du bien-être. Les taux élevés de privation matérielle et non matérielle ont sans aucun doute un effet d'entraînement négatif sur d'autres domaines tels que le développement du capital humain et le DPE.

Bien que les documents stratégiques existent dans le domaine de la santé, la nutrition, l'éducation, la protection de l'enfant et la protection sociale à Madagascar, le développement holistique du jeune enfant constitue encore une préoccupation majeure. En effet, les résultats de l'Enquête en Grappes à Indicateurs Multiples (MICS)[12] en 2018 montrent que 25% seulement des enfants âgés de 2 à 4 ans ont un membre du ménage qui les stimule et s'engage avec eux d'une manière qui peut stimuler le développement du cerveau et soutenir l'apprentissage précoce et neuf enfants sur dix subissent une discipline violente sous forme de châtiments corporels ou d'agression psychologique. La participation au programme d'éducation de la petite enfance est d'environ 15% (MICS 2018) des enfants de 3 à 5 ans avec des disparités importantes entre les plus pauvres et les plus riches. Et le taux de retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans est de 42%[13].

Par ailleurs, Madagascar est signataire de l'agenda 2040[14] pour les enfants d'Afrique et l'Agenda 2030 qui reconnaîssent que le développement des jeunes enfants est essentiel pour faire avancer les Objectifs de Développement Durable (ODD). Afin d'atteindre lesdits objectifs et d'assurer une meilleure synergie des interventions, une stratégie nationale multisectorielle spécifiquement dédiée au DPE est donc indispensable pour le pays.

7 INSTAT (2020). Troisième recensement général de la population et de l'habitation : Résultats globaux du RGPH-3 de Madagascar.
8 Banque mondiale (2021). Taux de croissance des pays en Afrique de l'Est. Croissance du PIB (% annuel) - Madagascar | Data (banquemondiale.org).
9 Banque mondiale (2015). Diagnostic systématique de pays : Madagascar
10 PNUD (2018). Rapport national sur le développement humain Madagascar.
11 de Neubourg, C., J. Chai, M. de Milliano, I. Plavgo, et Z. Wei (2012), « Directives étape par étape pour l'analyse du chevauchement des privations multiples (MODA) », Document de travail n° 2012-10, Bureau de recherche de l'UNICEF, Florence.
12 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.
13 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF. 2021. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Indicateurs Clés. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.
14 Union Africaine. Agenda 2040 pour les enfants d'Afrique. Favoriser une Afrique digne des enfants 58p https://au.int/sites/default/files/newsevents/agendas/africas_agenda_for_children-french.pdf

C'est fort de cela que le Gouvernement Malagasy, à travers le Ministère de la Population et des Solidarités (MPS) et ses partenaires au développement se sont engagés à élaborer une Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance (SNDPE) qui sera soutenue par la suite un plan de mise en œuvre.

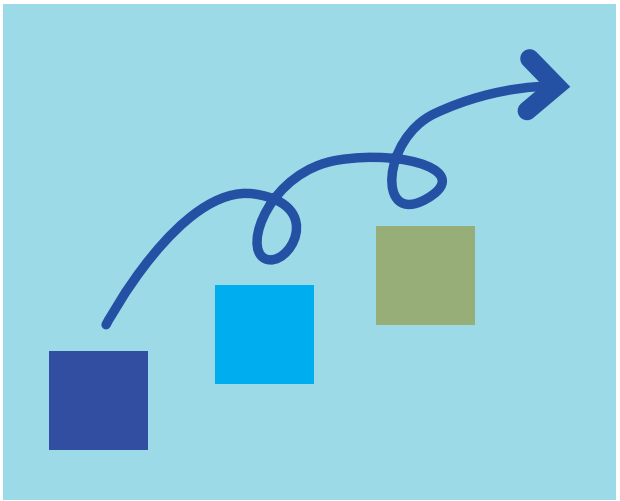
Ce document de stratégie va servir :

- de cadre de référence à tous les intervenants en matière de DPE ;
- d'outil d'aide à la décision ;
- d'instrument de plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

II. PROCESSUS D'ELABORATION DE LA STRATEGIE

La SNDPE a été initiée par le Gouvernement malagasy qui a donné mandat au MPS pour assurer la coordination de son élaboration en collaboration avec le Comité National de Protection de l'Enfant (CNPE) et le comité thématique de Développement de la Petite Enfance. La démarche adoptée pour l'élaboration de la SNDPE a été participative et inclusive en utilisant la méthode d'investigation CAR (Constat, Appréciation, Recommandation). Elle a connu la contribution des acteurs centraux et régionaux dans le secteur public, secteur privé, les Organisations de la Société Civile (OSC), les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Une analyse documentaire des cadres nationaux et internationaux disponibles sur le DPE a été faite dans un premier temps pour garantir un alignement et faire ressortir les lacunes et les opportunités qui existent. Ensuite, des réunions techniques, des entretiens et des consultations ont été organisés et réalisés auprès des agents de première ligne. Des focus groupes ont été aussi tenus avec les communautés à la base incluant les parents d'enfant bénéficiant des interventions communautaires de DPE.

Le document de stratégie a été rédigé, discuté et partagé avec les différentes parties prenantes pour recueillir leurs contributions. L'ensemble du processus d'élaboration de la SNDPE a connu l'appui de deux personnes ressources à l'international (Aga Khan Fondation et le bureau régional ESAR d'UNICEF). Une consultation nationale avec la participation des représentants des régions et de l'ensemble des intervenants en matière de DPE a été tenue. Le document consolidé a été soumis pour approbation du Gouvernement malagasy.



III. ANALYSE SITUATIONNELLE DU DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE A MADAGASCAR

III.1. Cadre d'orientation au niveau international, national et institutionnel

III.1.1. Cadre d'orientation au niveau international

Au niveau international, Madagascar a ratifié les instruments internationaux suivants :

- la Convention sur l'Elimination de toutes formes de Discrimination Envers les Femmes (CEDEF) 1989 ;
- la Convention Internationale relative aux Droits des Enfants (CDE) en 1991 qui stipule les droits des enfants et les obligations des parents et de l'Etat. Cette convention met en relief quatre principes fondamentaux concernant les enfants : non-discrimination, intérêt supérieur de l'enfant, survie et développement, opinion de l'enfant ;
- la Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIPH) 2015.

Lesdits engagements constituent une base pour des actions en faveur du développement de la petite enfance sans distinction à Madagascar.

Les enjeux du DPE à l'horizon 2030 étant un défi pour de nombreux pays, la Banque Mondiale (BM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (l'UNICEF) ont fourni une feuille de route pour l'action. En effet, le cadre des soins attentifs[15] (nurturing care framework) identifie les plateformes et services existants, notamment le système de santé universel et les plateformes d'apprentissage précoce. Le même cadre encourage les systèmes et les acteurs à travailler différemment grâce à une collaboration multisectorielle pour intégrer toutes les composantes des soins attentifs afin de promouvoir le développement holistique de tous les enfants en tenant compte de l'éventail des soins.

Ledit cadre suggère l'utilisation de plusieurs points d'entrée pour élargir la portée et l'impact des interventions en matière de développement de l'enfant. Les cinq composantes du cadre des soins attentifs sont les suivantes :

- Une bonne santé : il s'agit de la santé et du bien-être des enfants dès la conception et des personnes qui s'en occupent.
- Une nutrition adéquate : il s'agit de la nutrition des enfants dès la conception et des personnes qui s'en occupent.
- Les soins répondants aux besoins : désigne l'aptitude du parent, du tuteur ou de la personne s'occupant de l'enfant à déceler, comprendre et réagir aux signaux de l'enfant au moment voulu et de façon adaptée.
- Les opportunités pour l'apprentissage précoce : désigne toute occasion qu'a un enfant d'interagir avec une personne, un lieu ou un objet dans son environnement. Il s'agit de l'acquisition précoce des compétences et des capacités dans la petite enfance.
- Une sécurité et sûreté pour les enfants et leurs familles : Il est question d'un cadre qui couvre la protection de l'enfant, les politiques sociales en faveur des familles et des enfants, un environnement favorable pour le développement de l'enfant le préservant des dangers physiques, du stress émotionnel, et des risques environnementaux.

15 UNICEF, Banque Mondiale, OMS. WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603

III.1.2. Cadre d'orientation au niveau national

Au niveau national, Madagascar, en lien avec ces engagements internationaux a élaboré des textes juridiques, politiques et stratégiques dans différents secteurs.

C'est ainsi que, Madagascar a légiféré les lois suivantes :

- la Loi n°94-026 du 17 Novembre 1994 portant code de la protection sociale ;
- la Loi n°97-044 du 2 février 1998 sur les personnes handicapées ;
- la Loi 2007-023 du 20 Août 2007 sur les droits et protection des enfants ;
- la Loi n°2011-02 du 15 Juillet 2011 portant sur le code de la santé publique ;
- Loi n°2014-040 du 20 janvier 2015 sur la lutte contre la traite des êtres humains
- la Loi n° 2017-028 du 25 Janvier 2018 relative à la politique nationale de protection sociale relative au régime non contributif à Madagascar ;
- la Loi n° 2019-008 du 16 Janvier 2020 sur la lutte contre les violences basées sur le genre ;
- la Loi n° 2022- 018 du 30 Janvier 2023 portant orientation générale du système éducatif à Madagascar ;
- Décret n° 2022 - 1219 du 17 Aout 2022 Fixant les règles relatives à la prévention, à la protection et à la prise en charge des violences basées sur le genre à Madagascar

Ces bases juridiques ont été le fer de lance pour le Gouvernement malagasy pour élaborer des politiques, stratégies et programmes sectoriels, dont voici cités les principaux :

- La Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) 2015-2030 et la Stratégie Nationale de la Protection Sociale (SNPS) 2019-2023 qui sont en cohérence avec les grands axes de développement consignés dans l'Initiative pour l'Emergence de Madagascar ;
- La Politique Nationale de la Santé (PNS) 2016 qui vise à garantir la santé pour tous et par tous avec un souci d'équité, de qualité, de globalité et d'universalité pour une vie meilleure et productive ;
- La Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre (SNLVB) 2016-2020 qui vise à implémenter des actions de prévention et de réponse aux VBG d'une manière coordonnée et efficace ;
- la Politique Nationale de Santé Communautaire (PNSC) 2017, qui a pour objectif d'apporter des solutions aux goulots d'étranglement du système de santé communautaire ;
- la Politique Nationale de Nutrition (PNN) 2022-2030 et son Plan National d'Action Multisectoriel en Nutrition (PNAMN) 2022-2026 qui ont pour but de rendre effectif le droit à la nutrition adéquate à la population malagasy pour le développement de son capital humain ;
- le projet de Politique Nationale de protection de l'enfant qui a pour but de garantir la protection contre les violences à l'égard des enfants ;
- le Projet de Politique Nationale de l'Eau, de l'Assainissement et de l'Hygiène (PNEAH), qui a pour but de garantir l'accès de tous aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement gérés de manière durable ;
- le projet de Stratégie Nationale de l'Education Préscolaire ;
- Le Pacte de Partenariat de Madagascar qui tend à rassembler les efforts du gouvernement malagasy et de ses partenaires pour que l'ensemble des filles et des garçons malagasys de l'enseignement préscolaire au premier cycle de l'enseignement secondaire acquièrent les compétences fondamentales nécessaires d'ici 2028[16].

La mise en œuvre des orientations issues de ces documents ont permis d'améliorer la situation sanitaire, nutritionnelle, éducative ainsi que la protection sociale de la population malagasy. Toutefois la

16 Pacte de partenariat. Madagascar. 2023

tendance de certains indicateurs relatifs au développement de l'enfant demeure peu satisfaisante et nécessite l'intensification des efforts multisectoriels de DPE en faveur de cette tranche d'âge assez sensible.

III.1.3. Cadre d'orientation au niveau institutionnel

Le DPE étant multisectoriel, à Madagascar la coordination des actions de DPE a été conduite au départ par le ministère en charge de la population en 2007, ensuite menée par le ministère en charge de l'éducation de 2007 à 2020. Depuis 2020 jusqu'à ce jour le Ministère en Charge de la Population a repris et assure la coordination des actions de DPE à Madagascar. Cette fréquence de changement de leadership en matière de DPE au cours des vingt dernières années ne favorise pas une bonne programmation des interventions de DPE. Le positionnement du DPE à Madagascar ne permet pas une forte mobilisation des ressources en faveur de la petite enfance et ne contribue pas efficacement à la réduction de la fragmentation des interventions de DPE et du système d'informations.

Par ailleurs, l'Office National de Nutrition, une structure rattachée à la primature ainsi que les Ministères suivants de par leurs attributions respectives travaillent dans le domaine du DPE : le Ministère de la Justice, le Ministère de l'Economie et des Finances, le Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, le Ministère de la Sécurité Publique, le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de la Santé Publique, le Ministère de l'Eau, Hygiène et de l'Assainissement, et le Ministère délégué en charge de la Gendarmerie Nationale. Lesdits ministères sont appuyés par des Organisations Non Gouvernementales (ONGs), et des Organisations de la Société Civiles (OSCs) dans la mise en œuvre des interventions de DPE.

III.2. Situation selon les cinq composantes des soins attentifs à Madagascar

III.2.1. Bonne santé

Le Ministère de la Santé Publique, à travers sa Politique Nationale de la Santé de 2016, a fortement investi dans l'amélioration de la survie de l'enfant en fournissant des services de santé gratuits aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. Le Plan de Développement du Secteur Santé (PDSS) 2020-2024 constitue la feuille de route pour améliorer la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Il établit un environnement propice à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale, infantile et des adolescentes en offrant des services de qualité équitables, par des professionnels qualifiés. L'offre de services et de soins se fait, de manière intégrée tout au long du continuum de soins, tant au niveau de la communauté qu'au niveau des formations sanitaires. Pour les enfants, les soins offerts sont cadrés par la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) effectuée par les agents de santé (AS) dans les centres de santé ou par les agents communautaires (AC).

Les services de santé pendant la petite enfance sont chargés de suivre et de soutenir le développement sain des jeunes enfants, y compris le suivi du développement basé sur les jalons de développement, et d'identifier tout retard et toute incapacité de développement, le plus tôt possible.

a) Survie de l'enfant

A Madagascar, les taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile se sont très peu améliorés au cours de la dernière décennie. Cette tendance est due aux défis liés à l'accessibilité et la disponibilité de soins de santé de qualité ainsi que la prise en charge des maladies infectieuses durant l'enfance.

En effet, selon le MICS 2018, seule la moitié des femmes enceintes a eu au moins 4 visites prénatales et seulement 22 des femmes a reçu les trois composantes d'une consultation prénatale (prise de tension artérielle, prélèvement d'urine et de sang). De plus 6 accouchements sur 10 se font à domicile Par ailleurs, un accouchement sur deux est assisté par du personnel qualifié, avec un écart important entre le milieu urbain (72%) et rural (40%).

Une très faible réduction de la mortalité maternelle (de seulement 14%) a été enregistrée entre 2008 (498/100 000 naissances vivantes – EDS IV 2008) et 2018 (408/100 000 naissances vivantes – RGPH 2018). En 2021, on notait que le taux de mortalité néonatale était de 26 pour 1 000 naissances vivantes (EDSMD) et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (infanto-juvénile) était de 75 pour 1 000 naissances vivantes. Pour les maladies courantes de l'enfant, la prévalence du paludisme par Test Diagnostic Rapide (TDR) chez les enfants de 6–59 mois était passée de 10 % en 2013 à 5 % en 2016 et à 8 %[17] en 2021. Une telle tendance fluctuante a été aussi constatée pour la couverture vaccinale des enfants de 12–23 mois (Figure 1).

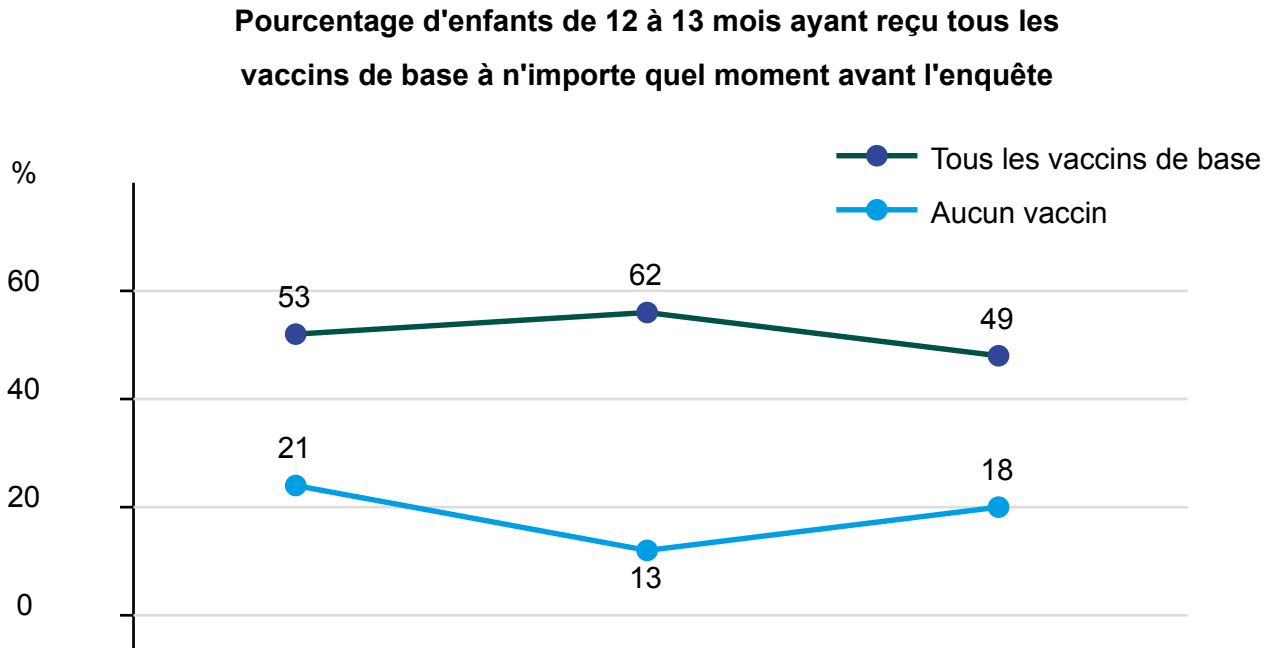


Figure 1 : Tendance de la couverture vaccinale de 2003 à 2021

Source : EDSMD 2021

Néanmoins les efforts se poursuivent pour renverser la situation et permettre à chaque enfant et à chaque mère de bénéficier des soins de première qualité. Les perspectives tendent notamment vers la mise en œuvre de la feuille de route réactualisée pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, également en intégrant le plan d'action pour la survie des enfants.

17 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF. 2021. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Indicateurs Clés. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.



b) Santé mentale des donneurs de soins

Les personnes chargées de répondre aux besoins corporels, sanitaires, nutritionnels, affectifs, sociaux, linguistiques et intellectuels d'un enfant, y compris les parents, les membres de la famille et les autres personnes chargées de ces tâches constituent les donneurs de soins de l'enfant.

Madagascar, comme de nombreux pays, est confronté à des services de santé mentale limités, à une pénurie de spécialistes, à une formation insuffisante en matière de soins de santé primaires et à un financement inadéquat. L'absence d'une politique de soutien et d'un cadre juridique empêche en outre les services appropriés d'atteindre les groupes vulnérables et les parents[18].En effet, les parents qui parviennent à satisfaire leurs propres besoins mentaux et physiques sont mieux à même d'aider leur enfant à grandir et à s'épanouir[19]. Les troubles mentaux des parents exercent une influence directe sur le développement de l'enfant et peuvent se transmettre à leurs enfants[20]. A Madagascar des efforts sont donc nécessaires pour améliorer les offres de service pour une bonne santé mentale et fournir des données statistiques.

c) Qualité et Accessibilité des soins de santé primaires pour les enfants

Madagascar fait face à de nombreux défis en matière de santé, en particulier sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé primaires. La situation des enfants issus de couches vulnérables est particulièrement préoccupante en raison de nombreux facteurs : socio-économiques, sanitaires et environnementaux qui affectent leur bien-être.

Dans certaines régions rurales de Madagascar, l'accès à des soins de santé de qualité peut être limité en raison du manque d'infrastructures de santé adéquates, de personnel qualifié (51% des CSB sont tenus par des agents seuls au poste, 50,3%[21] des CSB2 ne disposent pas de médecins généralistes) et d'équipements médicaux ainsi que de la non-appropriation par les agents de santé de la réactivité dans l'administration des soins de santé. Cette situation entraine des surcharges de travail, de l'épuisement et des démotivations. Ceci a un impact sur la capacité des professionnels de la santé à fournir des soins humanisés, à comprendre et à répondre aux besoins émotionnels et psychologiques des patients, en plus de leurs besoins médicaux.

De nombreux malagasy vivent dans des zones rurales éloignées, où l'accès aux services de santé de base est très difficile. Cet obstacle est beaucoup plus ressenti chez les enfants ayant un handicap. En effet, environ 45,22% de la population se situent à moins de 5km du CSB le plus proche, et 25,75% habitent à plus de 10 km, selon les données du Plan de développement du secteur santé. Par ailleurs, le financement alloué au secteur santé reste insuffisant pour contribuer à l'amélioration de l'offre des soins à Madagascar (7 à 8% du budget de l'Etat alors que la déclaration d'Abuja recommande d'allouer au moins 15% du budget public à la santé). Ceci entraine une forte participation des ménages aux

18 OMS, 2024. Santé mentale a Madagascar 2024. https://www.afro.who.int/fr/countries/madagascar/news/loms-et-lusaid-mettent-la-sante-mentale-lhonneur-madagascar
19 UNICEF, 2022. Portail consacré à la parentalité. https://www.unicef.org/parenting/fr/sante-mentale/parents-conseils-pour-prendre-soin-de-soi
20 Duthu, S.,(2008). Caractéristiques parentales et représentations du tempérament de l'enfant : influence des traits de personnalité, des symptômes psychiatriques et de l'écologie familiale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 56(3), 155-164.
21 Ministère de la Sante Publique (2020). Plan de développement du secteur santé 2020 - 2024. Madagascar.

dépenses de santé (40,3 %[22] en 2010) alors que le taux de pauvreté a atteint 75%[23] de la population en 2022.

III.2.2. Nutrition adéquate : nutrition maternelle et infantile

La comparaison des résultats disponibles met en évidence une diminution de la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans entre 1992 et 2021 passant de 60 % à 40 %. Dans la même période, la prévalence de l'émaciation a augmenté, allant de 6 % à 15 %, pour diminuer à 8 % en 2021. L'insuffisance pondérale a suivi la même tendance à la baisse, passant de 35 % en 1992 à 23 % en 2021 (Figure 2).

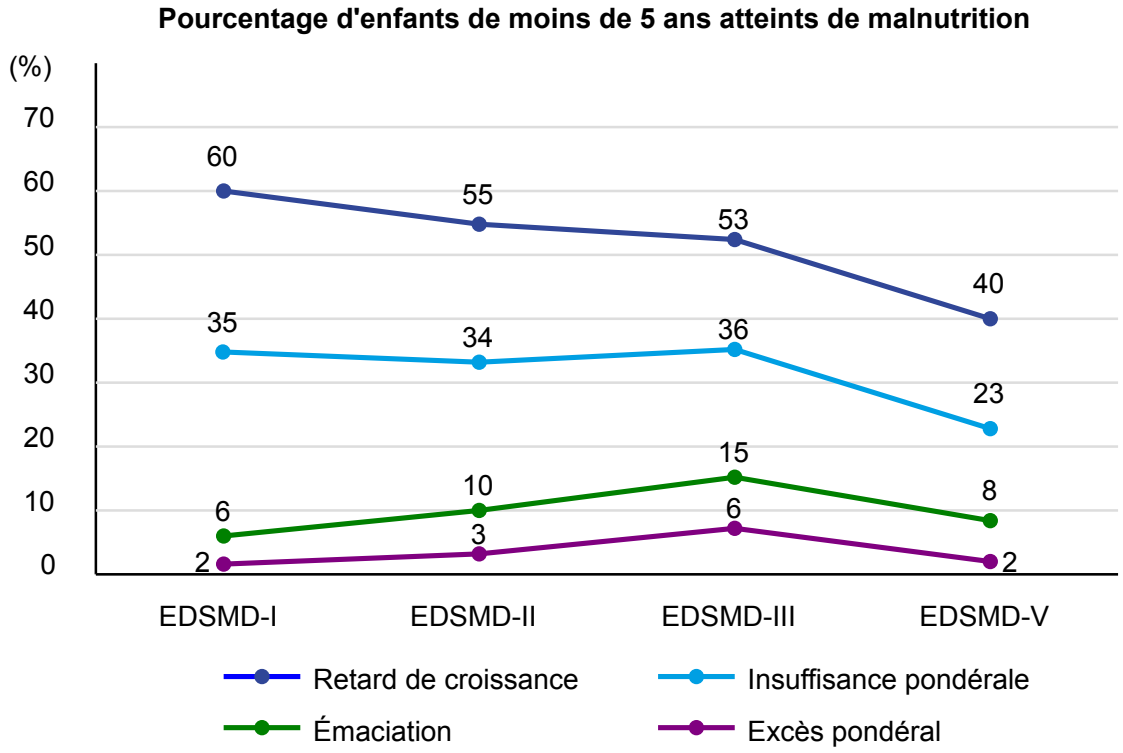


Figure 2 : Tendance de l'état nutritionnel des enfants

Source : EDSMD 2021

Néanmoins, ce taux de retard de croissance constitue l'un des plus forts taux au monde[24]. Conséquence de soins de santé insuffisants, d'une alimentation inadaptée et de la mauvaise qualité de l'eau et des installations d'assainissement, le retard de croissance est considéré comme le plus grand obstacle à la réalisation du potentiel de chaque enfant. Par ailleurs, la pratique optimale de l'allaitement maternel est souvent entravée par le manque de connaissance des avantages de l'allaitement maternel exclusif et l'inexistence de texte de lois qui régisse la mise en place de coin d'allaitement dans les lieux de travail. Dans l'ensemble, 54 % des enfants de 0–5 mois sont exclusivement allaités au sein et parmi les enfants âgés de 6-23 mois, à peine 1 enfant sur 4 bénéficie d'une diversité minimale de l'alimentation selon les résultats du MICS (2018). Les interventions sur les

22 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF. 2021. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Indicateurs Clés. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.
23 Banque mondiale (2022). Madagascar – Vue d'ensemble.
24 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar

1000 premiers jours doivent alors davantage être renforcées.

La situation nutritionnelle des femmes en âge de procréer est tout aussi préoccupante. Mise à part les fortes prévalences de malnutrition, sont associées d'importantes carences en micronutriments. Cela malgré un large programme de fortification du sel en iode qui a favorisé une consommation assez répandue de sel iodé, le goitre[25] sévit encore dans certaines régions selon les résultats de l'Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar (ENISM)). En effet la dénutrition maternelle ou le déficit de certains nutriments (fer, iode…) est associé à un moins bon développement cognitif de l'enfant. Les efforts visant à améliorer l'état nutritionnel des enfants à Madagascar ont



donné lieu à des améliorations significatives grâce à la mise en œuvre de la PNN 2022-2030 et de son PNAMN 2022-2026 et à des interventions contextualisées impliquant un large éventail de parties prenantes.

III.2.3. Opportunités pour l'apprentissage précoce

a) Stimulation précoce des enfants de moins de 3 ans

En effet, depuis plus d'une dizaine d'années, de nombreux acteurs ont implémenté des activités de stimulation précoce pour les enfants de 6 à 36 mois principalement dans les régions d'Amoron'i Mania, de Matsiatra Ambony et d'Analanjirofo. Ces interventions impliquent les familles, les communautés, les AC et les intervenants sociaux en priorisant l'utilisation des jeux locaux pour stimuler l'enfant.

Malgré les résultats positifs de ces interventions qui ont été largement documentés, les programmes de stimulation précoce demeurent encore à l'échelle de pilote avec une faible couverture. Le continuum dans les ménages après les activités dans les sites communautaires reste insuffisant pour de multiples raisons.

Cette absence de continuum est bien illustrée par les résultats du MICS 2018 qui montrent que le pourcentage d'enfants âgés de 2 à 4 ans avec lequel le père, la mère ou un adulte du ménage a participé à au moins 4 activités favorisant l'apprentissage au cours des trois derniers jours était de 25%. Par ailleurs, la coparentalité demeure encore faible comme l'illustre la figure 3.

25 Ministère de la Santé Publique, Institut Pasteur de Madagascar, UNICEF, ONN (2016). Enquête Nationale sur l'Iode et le Sel à Madagascar.

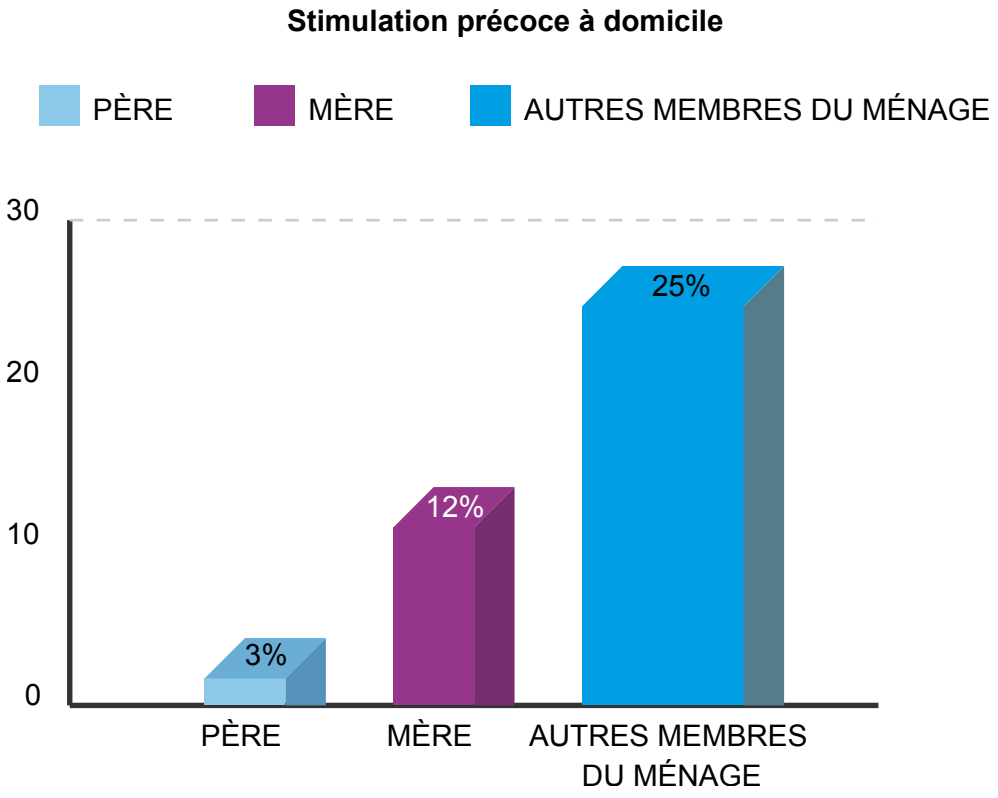


Figure 3 : Stimulation précoce à domicile

Source : MICS 2018

De plus, près d'un enfant de moins de 5 ans sur trois est laissé seul ou sous la garde d'un autre enfant de moins de 10 ans pour plus d'une heure. Comme l'illustre le graphique 4 le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant accès aux jouets et matériels d'apprentissage de trois livres ou plus est de 2%[26].

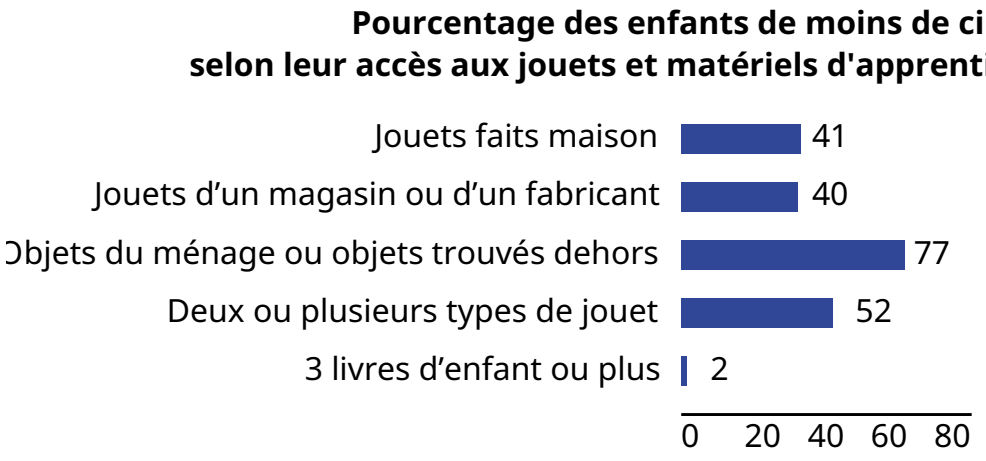


Figure 4 : Accès aux jouets et matériels d'apprentissage

Source : MICS 2018

Par ailleurs, les besoins en structure d'accueil pour la petite enfance de moins de 3 ans sont immenses à Madagascar où crèches et garderies sont en nombre très limité et n'existent que dans les grandes villes.

26 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.

b) Education préscolaire des enfants de 3 à 5 ans

L'éducation préscolaire est reconnue comme un sous-secteur formel à Madagascar, avec une politique et des documents cadres pour régir et réguler l'offre éducative. Un examen des principaux documents politiques a révélé des lacunes dans les politiques et les réglementations dans les domaines de l'environnement favorable. Par ailleurs des failles ont été aussi identifiées dans les domaines suivants : de la planification et de la budgétisation, dans la mise en œuvre du programme d'éducation, dans l'engagement des familles et des communautés, du recrutement, de la rétention, de la formation au déploiement et de la sortie de l'éducateurs, et de l'assurance qualité.



Dans l'ensemble, le taux brut de scolarisation au niveau du préscolaire reste faible, malgré une hausse allant de 33 % en 2018 à 40,20 % en 2023[27]. En 2022, seuls 18% des enfants de 5 ans ont accédé à l'éducation de la petite enfance alors que 80% des enfants qui atteignent l'âge de 6 ans allaient à l'école primaire[28]. Bien que la volonté politique, le leadership et les structures de gouvernance requises pour soutenir la planification et l'allocation des ressources pour le préscolaire soient déjà en place, de multiples défis entravent la qualité de l'offre éducative du préscolaire. Les ressources nationales allouées au préscolaire dans le budget national sont insuffisantes pour atteindre les objectifs nationaux en matière d'éducation préscolaire. En 2014, la part de l'éducation préscolaire dans le budget de l'éducation nationale était de 0,03% et est passé à 1,03 % en 2023[29].

Par ailleurs, la loi N° 2022-018 du 30 Janvier 2023 portant sur l'orientation générale du système éducatif à Madagascar (LOSEM) préconise une année d'éducation préscolaire obligatoire et gratuite à 5 ans d'âge de l'enfant. Tandis que les interventions communautaires de DPE se focalisent plus sur la tranche d'âge de 6 à 36 mois. Les enfants âgés de 3 à 4 ans sont donc parfois laissés pour compte, surtout quand ils proviennent de ménage pauvre incapables de s'inscrire dans des structures privées d'enseignement préscolaire des âges de 3 ans.

Cela signifie également qu'il n'existe pas de programme national formel adapté aux besoins de développement de ce groupe d'âge de 3 à 4 ans, bien que certains intervenants de la Protection Sociale œuvrent pour la mise en œuvre des mesures d'accompagnement qui contribuent à l'amélioration du développement des enfants âgés de 0 à 5 ans dans les espaces de bien-être[30].

D'autre part, le taux de fréquentation à l'enseignement primaire est faible. En effet, seuls 11% des enfants en milieu rural fréquentent l'Ecole Primaire Publique (EPP) à Madagascar, contre 30%[31] pour leurs pairs en milieu urbain.

27 MEN (2024) ANNUAIRE STATISTIQUE NATIONALE 2023-2024
28 MEN & UNICEF (2022). Rapport MICS EAGLE MADAGASCAR. Analyse de l'éducation pour l'apprentissage et l'équité à l'échelle mondiale.
29 Ministère de l'Education Nationale. Direction de la planification (2023). Analyse budgétaire des secteurs sociaux accès sur les enfants à Madagascar.
30 FID, 2021, les mesures d'accompagnement (macc) https://www.fid.mg/macc/
31 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.

III.2.4. Soins répondant aux besoins de l'enfant[32]

Madagascar ne dispose pas encore d'un programme national sur la parentalité et les soins familiaux pour assurer des prestations de soins réactifs aux enfants. Il existe donc peu de données et d'interventions au niveau national dans la petite enfance visant à rendre plus réactif les donneurs de soins. Les parents ne disposent pas suffisamment de temps, de compétences ni de ressources pour détecter précocement des handicaps de développement chez l'enfant, et les politiques favorables à la famille ne prônent pas suffisamment la coparentalité et la prise en charge alternative basée sur la famille.

De plus, les visites à domicile effectuées par les AC ne vont pas au-delà des bilans de santé physique pour inclure des questions critiques qui affectent le développement holistique de l'enfant, telles que la prestation de soins répondant, le bien-être des parents et le jeu, entre autres.

Bien que l'aspect de la prestation de soins réactifs puisse être considéré comme une nouvelle approche à Madagascar, il est important de reconnaître les pratiques coutumières familiales qui peuvent être davantage enrichies et exploitées en faveur du DPE.

III.2.5. Sécurité et sureté pour les enfants et leurs familles

a) Protection de l'enfant

En matière de protection de l'enfant, Madagascar se classe 138ème sur 189 pays selon l'Indice de Développement Humain (IDH), le plaçant dans la catégorie de développement humain le plus bas.[33]

En ce qui concerne l'enregistrement des naissances, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance est enregistrée et en possession d'un acte de naissance est de 64% chez les garçons contre de 63% chez les filles. Cependant des inégalités significatives existent entre les milieux avec 76 % d'enregistrement des naissances dans les zones rurales contre 90 %[34] dans les zones urbaines. Les raisons de ce déficit sont liées en partie à la méconnaissance et au désintérêt des parents par rapport à l'administration ; au dysfonctionnement dû à la lourdeur des procédures administratives et à l'enclavement des régions favorisant l'accouchement chez les matrones. La promulgation de la loi n°2018-027 du 08 février 2019 relative aux actes de l'état civil offre une opportunité pour l'amélioration du système d'enregistrement des faits d'état-civil.

En ce qui concerne la violence, la maltraitance et la négligence envers les enfants, il existe très peu d'informations sur les cas signalés affectant de jeunes enfants âgés de 0 à 8 ans au niveau des données communautaires de routine. Néanmoins, les statistiques nationales révèlent que les châtiments corporels sont considérés comme une pratique normale pour discipliner afin de les éduquer ; le pourcentage des mères ou gardiennes qui pensent que des châtiments physiques sont nécessaires pour éduquer ou élever des enfants est de 62% contre 51% chez les hommes avec une disparité selon le milieu : 61% en milieu rural et 59% en milieu urbain (MICS 2018). En effet, neuf enfants sur dix subissent une discipline violente sous forme de châtiments corporels ou d'agression psychologique (graphique : 6). Malgré l'évolution du cadre règlementaire en matière de protection des enfants, les auteurs de violence et d'abus à l'égard des enfants sont très peu réprimés.

32 Composante des soins attentifs : WHO, UNICEF, World Bank Group. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva: World Health Organization; 2018 https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603

33 PNUD (2018). Rapport national sur le développement humain Madagascar.

34 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.

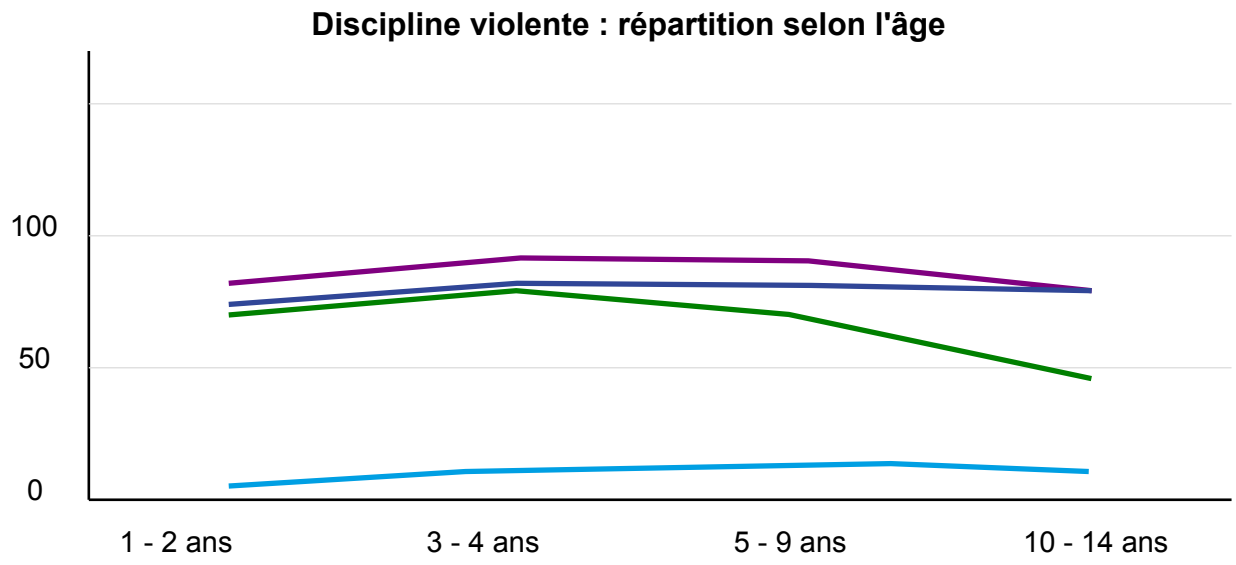


Figure 5 : Discipline violente répartition selon l'âge

Source : MICS 2018

Par ailleurs, il existe à Madagascar une préférence des enfants de sexe masculin au détriment des filles et le rejet des enfants jumeaux dans la région Vatovavy.[35] Les programmes de prise en charge alternative des enfants à Madagascar sont encore à petite échelle et de nombreuses structures d'accueil des enfants ne remplissent pas les conditions requises pour assurer un bon encadrement des enfants.

b) Eau, hygiène et assainissement

En référence aux pratiques d'Assainissement et Hygiène, la majorité de la population malagasy vivant en milieu rural ne dispose pas de latrines, ni d'installations sanitaires améliorées. L'accès à l'eau saine et aux équipements d'assainissement de base est encore limité pour les ménages et les enfants, y compris dans les établissements qui les accueillent. En effet le pourcentage de la population utilisant les services de base d'eau de boisson est de 69% en milieu urbain contre 32% en milieu rural et selon le bien-être économique, le taux est de 85% chez les plus riches contre 12%[36] chez les plus pauvres.



L'utilisation partagée des toilettes par plusieurs ménages augmente le risque de propagation de diverses maladies comme la diarrhée. Dans l'ensemble 12% des ménages ont accès à une installation sanitaire de base avec une proportion plus élevée en milieu urbain de 19% contre 10% en milieu rural. Quant aux installations sanitaires améliorées,

35 Fernandes, G., Rakoto, I., & Rabetokotany, N. (2010). Les jumeaux de Mananjary: entre abandon et protection. Antananarivo (UNICEF).
36 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.

le pourcentage des ménages y ayant accès est de 22%, dont 38% en milieu urbain contre 18%[37] en milieu rural. De plus, seulement 17% des ménages ont une installation de base pour le lavage des mains (c'est-à-dire qui comprenait du savon et de l'eau) et les données de WASH sur les enfants de moins de 8 ans sont quasi inexistantes.

c) Protection Sociale

L'indice de pauvreté multidimensionnelle a été construit à partir des informations sur les conditions de vie des ménages. A Madagascar, 74,2% de la population sont pauvres multi dimensionnelles. Cette pauvreté multi dimensionnelle est plus élevée par rapport à la pauvreté monétaire et affecte beaucoup plus les personnes vivant en milieu rural (84,4 %) que celles du milieu urbain (31,2 %)38. Relativement nouveau à Madagascar, le concept de la protection sociale fait partie des réponses préconisées pour renforcer la résilience des communautés les plus vulnérables. Adoptée en 2015, la Politique Nationale de la Protection Sociale comprend toutes les interventions publiques ayant pour objet d'appuyer les plus démunis et les plus vulnérables de la société et d'aider les individus, les ménages et les communautés à mieux gérer les risques de perte de revenus.

Toutefois, les programmes des Filets Sociaux de Sécurité (FSS) qui ont été mis en œuvre depuis 2016, soutiennent et accompagnent plus de 200 00039 ménages/familles et ont prodigué des soins réactifs à près de 330 000 enfants. La couverture reste encore relativement faible par rapport aux besoins. En moins de dix ans, les programmes des filets sociaux de sécurité qui promeuvent le développement du capital humain et la résilience des ménages pendant au moins trois ans ont couvert 15 régions sur 23 dont 12% des ménages en situation d'extrême pauvreté[40].

A Madagascar, la protection financière en santé est une garantie constitutionnelle et c'est à ce titre que l'Etat a adopté en 2015 une Stratégie Nationale de Couverture Santé Universelle (CSU). En 2018, une feuille de route pour l'opérationnalisation de la CSU à Madagascar a été élaborée. Cependant, le droit à la protection sociale en santé n'est pas traduit dans les lois nationales pour couvrir tous les groupes de population, et de façon équitable. La couverture légale de la population laisse donc de nombreux groupes sans protection.[41]

d) Changements climatiques

La crise climatique est sans conteste une crise des enfants. Selon l'indice des risques climatiques pour les enfants, Madagascar est parmi les 10 pays au monde où les enfants sont les plus exposés aux risques climatiques[42].

Madagascar est l'un des pays les plus exposés aux catastrophes climatiques extrêmes, et le troisième le plus vulnérable aux conséquences du changement climatique. Inondations fréquentes, tempêtes tropicales, cyclones et sécheresses ont un impact dévastateur sur le développement des enfants. Les crises climatiques à répétition créent un manque alarmant de nourriture qui met les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en grave danger de malnutrition et pourraient entraîner des troubles du développement. Près de 5 millions de personnes, soit 22% de la population, vivent dans des zones à haut risque aux cyclones, aux inondations ou à la sècheresse[43] et les premières victimes sont les enfants. Pendant les périodes cycloniques, les droits de l'enfant

37 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF. 2021. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Indicateurs Clés. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.-
38 INSTAT (2020). Troisième recensement général de la population et de l'habitation : Résultats globaux du RGPH-3 de 2018 de Madagascar.
39 Fonds d'Intervention pour le Développement (2020). Filets-sociaux-de-securite-2019-2022.
40 Fonds d'Intervention pour le Développement (2021). Programme Filets Sociaux de Sécurité (FSS) 3ème Financement Additionnel.
41 OIT (2022). Étendre la protection sociale en santé à Madagascar.
42 UNICEF (2021). Présentation de l'indice des risques climatiques pour les enfants. ISBN : 978-92-806-5278-9 ; 25p.
43 GFDRR (2016). Profil de risque de catastrophe, Madagascar. madagascar_fr.pdf (gfdrr.org).

sont davantage négligés et bafoués. Ils ne vont plus à l'école, deviennent malnutris, sont victimes de maltraitance, voire de viol. Les parents et les personnes ayant la charge d'enfants constituent la première ligne de protection des enfants face à l'adversité.

Plusieurs acteurs, sous la coordination du Bureau National de Gestion des Risques et Catastrophe (BGNRC) et des différents groupes de travail sectoriel, s'unissent pour mettre en place un plan de contingence qui inclut la continuité des soins attentifs à travers la mise en place d'espace mère-enfant et la continuité de l'enseignement. Néanmoins, l'appropriation et l'opérationnalisation restent encore un véritable défi. En effet, à Madagascar, le DPE dans les situations d'urgence ne bénéficie pas d'une attention suffisante et des ressources nécessaires. Seule une petite partie des plans d'action humanitaire intègrent des interventions en matière de DPE avec une faible prise en compte de la multisectorialité.

III.3. Composantes transversales

III.3.1. Conditions socio- culturelles des enfants Malagasy

Les Malagasy respectent beaucoup les normes socio-culturelles, l'une d'elle est la considération des enfants comme une richesse. Les parents en sont fiers et ils comptent beaucoup sur eux pour prendre soins d'eux a l'âge adulte et la loi 2007 023 du 20 aout 2007 renforce cette pratique. La perception malagasy des parents repose sur la métaphore du soleil et de la lune « masoandro amam-bolana » [4] qui symbolisent la chaleur et l'éclairage naturels et assurent des fonctions à la fois d'orientation et de guide sur la survie d'un enfant et de la famille. En cas d'absence du père pour une raison quelconque, ce dernier sera remplacé par l'aîné, c'est le sens de « solon-dray ». Cependant, la famille traditionnelle malagasy est solidement structurée puisque la hiérarchie entre les classes d'âge est rigoureusement appliquée comme le rapporte ce proverbe significatif de cette hiérarchie des rôles et des fonctions attribuées à chaque génération : « si un enfant refuse de jouer, c'est qu'il est déjà grand, offrez-lui une bêche pour qu'il travaille car il est déjà adulte, si un adulte refuse de travailler, c'est qu'il est déjà vieux, chargez-le d'entretenir le feu [...] ».

Les enfants pratiquent divers types de loisirs :

- les jeux genrés, notamment le jeu de taureau pour les garçons « kiombiomby », et le « tsikonina » pour les filles.
- le jeu de pierres pour les fillettes. Ce dernier, très populaire à Madagascar, consiste à reproduire une situation vécue par l'enfant en famille ou en classe ;
- les jeux mixtes, dont « Raosy jamba » (jeu de Colin-Maillard);
- les jeux traditionnels de société, comme Le « Fanorona », le « Katro ».

L'influence normative de l'entourage sur l'éducation traditionnelle malagasy est déterminante. L'insoumission aux règles ancestrales, le refus aux injonctions parentales chez les enfants, etc. peut être source de malédictions voire d'exclusions ou de non-jouissance de bénédictions parentales. L'enfant est en quelque sorte bâillonné, sa personnalité opprimée et ses idées de révolte réprimées[44].

La faible demande en éducation de la petite enfance est en partie due à la "résistance culturelle" de scolariser les enfants à un âge précoce, préférant confier les 3 à 5 ans aux grands-parents[45].

44 Randriamasitiana, G. (2015). Cultures familiales et scolaires : réalités locales de familles défavorisées à Madagascar. La revue internationale de l'éducation familiale, 38, 49-7.
45 MEN & UNICEF (2022). Rapport MICS EAGLE MADAGASCAR. Analyse de l'éducation pour l'apprentissage et l'équité à l'échelle mondiale.

Cette composante étant essentielle pour le développement des enfants, les acteurs devraient travailler davantage pour fournir des évidences plus approfondis en lien aux facteurs socio-comportementaux (normes sociales, connaissances, attitudes et pratiques) , diversifiés en fonction des régions/groupes ethniques.

III.3.2. Situation des enfants atteints de handicap et vulnérables

Bien que Madagascar se soit engagé dans le processus d'élaboration d'une Politique Nationale d'Inclusion et d'Autonomisation des Personnes Handicapées, plus d'un enfant sur dix[46] présente un handicap à Madagascar. Il est toutefois probable que ce chiffre soit sous-estimé, car les jeunes et les enfants handicapés restent parfois non-identifiés et exclus de ces données, tout comme certaines formes de handicap.

Par ailleurs, les enfants handicapés sont confrontés à des difficultés multiples dans toutes les dimensions du bien-être par rapport aux enfants sans handicap. De plus, les disparités en matière de fréquentation scolaire ont tendance à s'accentuer à mesure que les enfants ont des niveaux d'éducation plus élevés et en fonction de la sévérité du handicap. Souvent cela est dû d'une part à l'inexistence d'écoles inclusives (infrastructures non accessibles, manque de matériels scolaires accessibles, d'enseignants formés à l'éducation des enfants handicapés), d'autre part aux normes sociales. En 2023, seuls 44,05% des enfants handicapés sont admis à l'école ou dans un centre de formation contre 69,72% non handicapés[47].

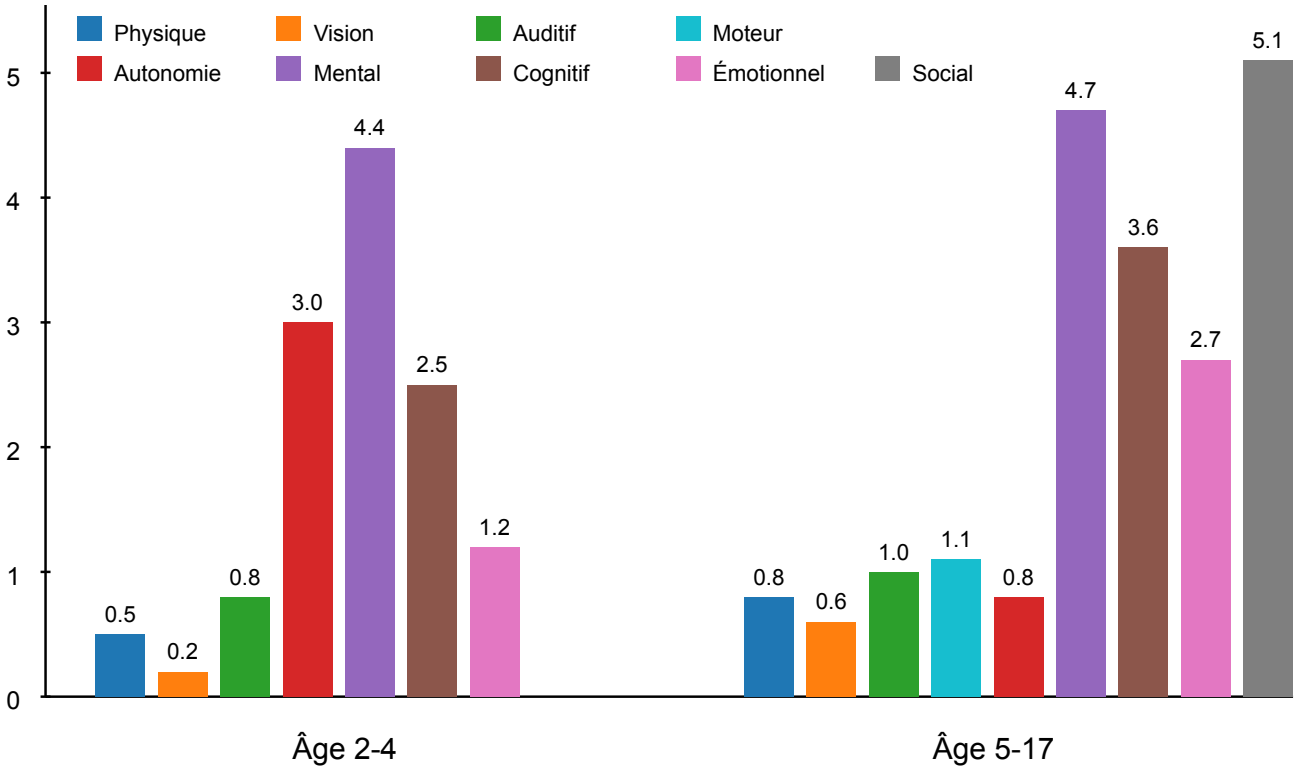


Figure 6 : Prévalence des handicapés par âge

Source : MICS 2018

46 INSTAT, UNICEF 2022 La vie des enfants handicapés à Madagascar Oxford policy Management/UNICEF.
47 UNICEF (2023) Rapport final. Analyse de situation des enfants handicapés à Madagascar.

En outre, le manque de personnel de santé qualifié et en quantité ainsi que la non-accessibilité et la sous-utilisation de service de santé durant la grossesse, l'accouchement et les soins post-nataux ne permettent pas d'identifier précocement les malformations, les retards ou les handicaps. Il existe très peu de services et de professionnels disponibles pour soutenir et prendre en charge les enfants surtout les enfants atteints d'handicap, et les enfants plus âgés.

Les enfants handicapés sont exposés à des discriminations multiples et croisées, ainsi qu'à des violences, abus, négligence et maltraitance, ce qui les privent de soins répondant à leurs besoins, en effet, 24,11% des enfants handicapés étaient très souvent sujets aux abus et violences contre 17,67% chez les non handicapés[48]

Les enfants handicapés ont un droit égal à un développement de qualité de la petite enfance, et les services doivent être renforcés pour répondre à leurs besoins individuels.

III.3.3. Parentalité précoce et prise en charge alternative

La grossesse précoce est un problème de santé publique à Madagascar car le taux de grossesses chez les adolescentes est très élevé (49, 3%) chez les femmes âgées de 15 à 19 ans. Ces taux varient selon les milieux, les adolescentes des zones rurales (30,5%) deviennent mères plus tôt que leurs homologues urbaines (13%)[49]. Le niveau socio-économique du ménage et surtout le niveau d'éducation des femmes compte parmi les principaux déterminants des grossesses chez les adolescentes[50]. L'impact de cette natalité précoce est source de risques, notamment la mortalité, la morbidité maternelle et infantile et des retards de développement in utéro. D'autre part, la capacité des parents adolescents à prodiguer des soins attentifs à leurs jeunes enfants est limitée.

Par ailleurs, la prise en charge alternative (les soins attentifs fournis aux enfants par des personnes autres que leurs parents biologiques ou légaux. Cela peut inclure des proches, des familles d'accueil ou d'autres structures de type familial)[51] semble un concept nouveau à Madagascar. Les lignes directrices des Nations Unies pour la prise en charge alternative des enfants fixent un objectif pour l'élimination progressive de la prise en charge institutionnelle des enfants dans le contexte plus large du développement de systèmes de protection et de prise en charge des enfants. Le constat est que l'appropriation de la prise en charge alternative reste encore faible et les quelques programmes existants sont à petite échelle.

III.3.4. Genre pendant la petite enfance

Les enfants apprennent dans leurs premières années de vie les normes, les attitudes et les attentes 'genre' de leur communauté et de la société. La socialisation genrée commence à la naissance et s'intensifie à l'adolescence.

A l'âge de 3 ans, l'enfant a développé un sentiment d'identité sexuelle. A l'âge de 5 ans, ce sentiment devient un sentiment de stabilité de genre et à 7 ans, un sentiment de cohérence de genre. La culture malagasy met en valeur les garçons plus que les filles dès la naissance et ceci s'intensifie à l'adolescence. Dès l'âge de 5 à 9 ans, les filles sont obligées de consacrer 30 % de temps en plus aux tâches domestiques que les garçons[52].

48 UNICEF (2023) Rapport final. Analyse de situation des enfants handicapés à Madagascar.
49 Institut National de la Statistique (INSTAT) et ICF. 2021. Enquête Démographique et de Santé à Madagascar, 2021 : Indicateurs Clés. Antananarivo, Madagascar et Rockville, Maryland, USA : INSTAT et ICF.
50 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.
51 UNHCR, 2015, Prise en charge alternative, p4 Refworld
52 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.



A Madagascar, l'inégalité entre les sexes, la discrimination à l'égard des filles et des femmes continuent d'exister (MICS 2018)[53]. Si l'on se réfère à l'indice mondial d'écart entre les sexes (GII = 0.556), Madagascar se trouve au 143ème rang sur 170 pays où l'égalité de genre est parmi les plus faibles (PNUD, 2018).

Pendant l'enfance, les filles sont avantagées par rapport aux garçons dans le domaine de l'éducation, avec un taux de prévalence de privation de 42,9 % contre 48,4 % dans le domaine de l'éducation préscolaire. L'avantage est particulièrement fort dans les familles les plus pauvres (61,7 % pour les garçons contre 54,2 % pour les filles) et dans les zones rurales (53 % pour les garçons contre 47,1 % pour les filles) où les enfants de sexe masculin sont plus impliqués dans le travail[54]. A l'adolescence, l'écart entre les sexes s'inverse et ce sont les filles qui abandonnent plus fréquemment l'école, dans les familles riches comme dans les familles pauvres, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines. Pendant la petite enfance, les filles et les garçons reçoivent le même niveau de soins par rapport à la santé de la part de leur famille, indépendamment des caractéristiques socio-économiques ou d'autres facteurs spécifiques. En cas de contraintes économiques, la nourriture n'est pas distribuée équitablement. Les enfants qui travaillent dans les champs (surtout les garçons) et les enfants biologiques ont tendance à être favorisés par rapport aux enfants confiés[55]. L'implication des pères dans la fourniture des soins attentifs semble assez faible et mérite d'être davantage documentée.

III.4. Principaux goulots d'étranglement et défis du Développement

III.4.1. Faible coordination multisectorielle du DPE à Madagascar

Madagascar ne dispose pas de document cadre/normatif multisectoriel en matière de DPE d'où l'importance du présent document de stratégie nationale sur le DPE. L'absence d'une vision nationale claire avec des orientations stratégiques est l'une des causes de la fragmentation des interventions de DPE.

Par ailleurs, la coordination multisectorielle du DPE à Madagascar a été dirigée au fil des dernières années par différents ministères sectoriels. Les différents leads n'ont pas réussi à incarner la multisectorialité du DPE et à les coordonner.

53 INSTAT et UNICEF (2018). Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) Madagascar.
54 INSTAT, UNICEF (2022). Inégalités de genre à Madagascar.
55 INSTAT, UNICEF (2022). Inégalités de genre à Madagascar.

III.4.2. Non-appropriation par les acteurs de la multisectorialité du DPE

Le cloisonnement des interventions sectorielles est un réel frein au développement intégré de la petite enfance. En effet, les interventions sectorielles mises en œuvre par les différentes entités sont développées de façon verticale et séparée. Ainsi, on note l'absence de centres de santé scolaire dans les écoles, tandis que les centres d'éducation préscolaire ne bénéficient pas souvent d'appui de leurs districts sanitaires en matière de santé et d'hygiène. De même, en dépit des faibles couvertures vaccinales, les districts sanitaires ne collaborent pas avec les services de protection sociale en vue de leur amélioration. Autant d'illustrations qui montrent l'importance et la pertinence de ce défi.

III.4.3. Difficultés d'accès aux services de qualité

L'accès à des services DPE de qualité fournis par des professionnels compétents est l'un des principaux goulots. A ceci s'ajoute l'éloignement géographique par rapport aux centres de soins, aux écoles et aux services de protection. La disponibilité des services adaptés et de qualité d'éducation, de santé et de protection de la petite enfance pour tous est assez faible. Face aux différents enjeux de couverture et de ressource, les intervenants en DPE priorisent peu les soins humanisés fournis aux jeunes enfants.

III.4.4. Faible capacité des donneurs de soins à prodiguer des soins attentifs aux enfants

L'absence de sécurité sur le plan affectif, financier et social, réduit la capacité des familles à pouvoir prendre des décisions dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Le développement de l'enfant est fortement impacté par les pratiques éducatives et d'encadrement des parents, relatives à l'éducation et à l'éveil de la petite enfance. La persistance de taux élevés des malnutritions aiguë et chronique, de la non-stimulation précoce à domicile, les faibles taux de couverture vaccinale, la persistance des maltraitances, la faible réactivité des parents envers les enfants illustrent l'importance de ces besoins en renforcement de capacité des donneurs de soins à prodiguer des soins attentifs. Certaines normes socioculturelles constituent aussi des freins à la coparentalité dans la fourniture des soins attentifs aux jeunes enfants. Par ailleurs, il faut ajouter à cela l'analphabétisme et le fait que certains parents ne mesurent pas toute leur responsabilité envers leurs enfants.

III.4.5. Insuffisance du financement des interventions

La faiblesse du financement des interventions est une contrainte majeure, commune à tous les secteurs.

La contribution du budget de l'Etat au financement de la nutrition reste insuffisante face aux défis auxquels est confronté l'enfant malagasy. Même si la part du budget consacré à la nutrition dans le budget de

l'Etat a légèrement augmenté, passant de 1,2 % en 2015 à 1,4 % en 2020, les dépenses globales consacrées à la nutrition dans le pays restent faibles. Par ailleurs, par rapport aux engagements de la FANUS (Fédération des Sociétés Africaines de Nutrition) d'allouer 3% du budget de l'Etat à la nutrition, Madagascar n'a atteint que la moitié de l'objectif, soit 1,4% en 2020.

La situation est similaire dans les autres secteurs, notamment celui de l'éducation dont le système est également sous-financé. Les dépenses globales consacrées aux interventions de DPE en milieu scolaire restent faibles et sont de 1% au niveau préscolaire par rapport budget total du MEN. De ce fait, et en dépit de la gratuité de l'enseignement préscolaire, les parents d'élèves supportent des frais d'inscription afin de couvrir diverses charges de fonctionnement des écoles, y compris le paiement des salaires des enseignants bénévoles dans certaines régions. L'absence de manuels scolaires et autres supports didactiques est l'une des conséquences de ce sous-financement qui n'épargne guère l'éducation préscolaire.

Bien que le financement au niveau de la santé a augmenté au fil des dernières années, le niveau des ressources consacrées aux districts sanitaires est relativement faible et une part considérable des dépenses de santé est supportée par les ménages dans le financement de la santé de leurs familles. Les soins et services de santé destinés aux enfants de la conception à 8 ans n'échappent guère à cette contrainte. En pratique, elle se traduit par les ruptures fréquentes des stocks de médicaments et autres produits de santé, y compris les plus essentiels dans les formations sanitaires.

Il est opportun pour Madagascar d'avoir un financement global consacré au DPE et couvrant l'ensemble des composantes du cadre des soins attentifs.



III.5. Analyse causale du DPE à Madagascar

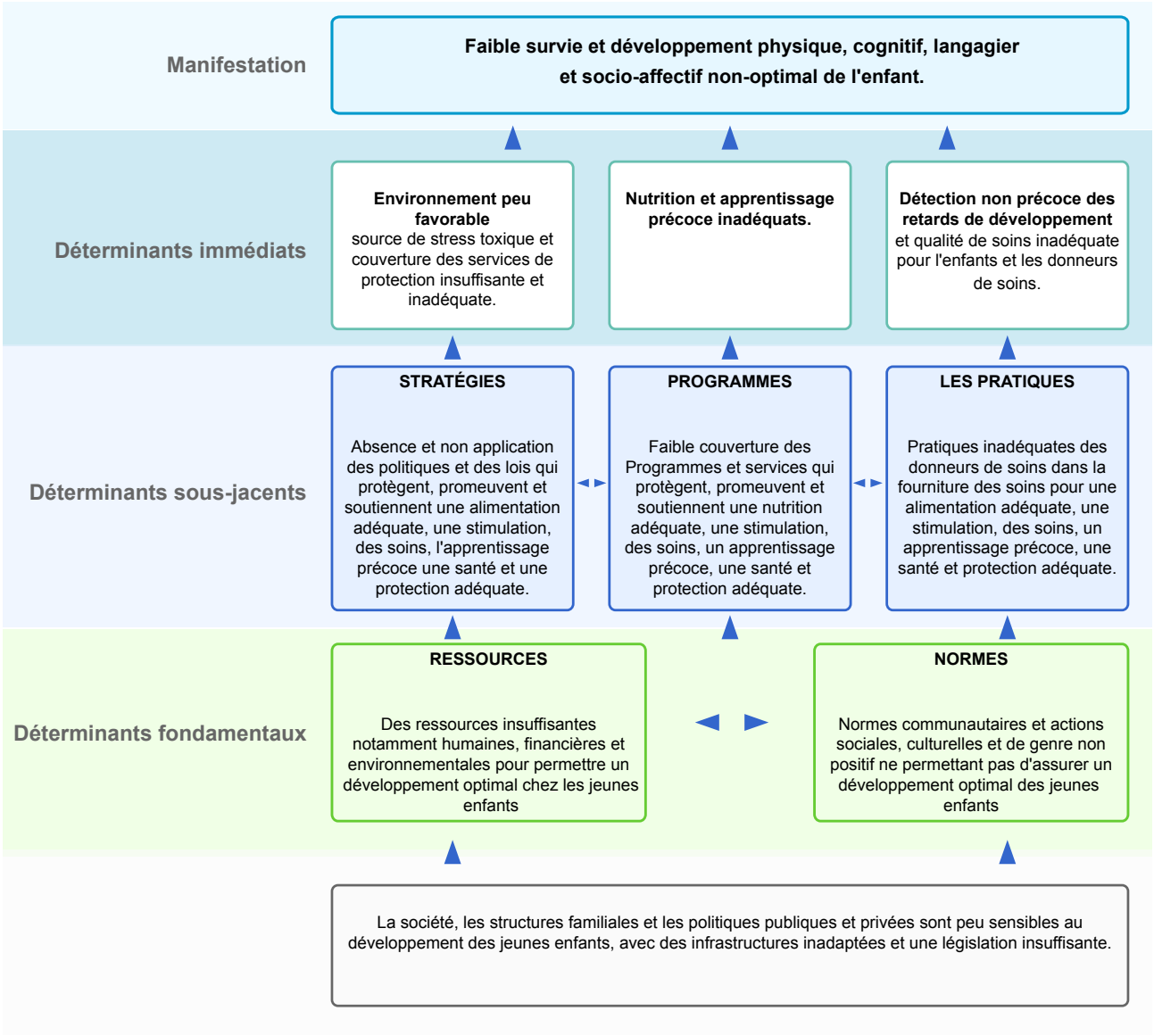


Figure 7: Analyse causale du DPE à Madagascar

Cette analyse causale du développement optimal de la petite enfance utilise un récit pour décrire les voix qui peuvent être la source d'un développement non-optimal de la petite enfance. Elle fournit une clarté conceptuelle sur les déterminants immédiats, sous-jacents et fondamentaux du développement de la petite enfance. La non atteinte du plein potentiel de développement de l'enfant est dû à l'effet combiné de soins non-attentifs tels qu'une mauvaise nutrition, une faible capacitation des parents, des soins de santé inadéquats, des infections à répétitions, d'une stimulation psychosociale inadéquate, d'un environnement peu favorable à la protection des enfants et leurs familles.

Les interventions visant à améliorer le DPE doivent tenir compte des facteurs déterminants et contextuels qui peuvent provoquer un retard de développement de la petite enfance. Ce cadre conceptuel met en évidence à travers différents niveaux les facteurs causaux et contextuels qui conduisent à un retard de développement à Madagascar. Les interventions programmatiques et politiques visant à prévenir le retard de développement de l'enfant doivent être éclairées par une évaluation minutieuse de ces déterminants à tous les niveaux.

III.5.1. Pour les déterminants fondamentaux

- Si les ressources sont suffisantes, y compris humaines, financières et ressources environnementales,
- S'il existe des normes positives, y compris les normes sociales, culturelles et de genre,
- S'il existe une bonne gouvernance, notamment politique, financière, sociale et publique, alors le développement optimal dès la petite enfance sera assuré.

III.5.2. Pour les déterminants sous-jacents

- Si les politiques et législations qui protègent, promeuvent et soutiennent une nutrition, une stimulation, des soins, un apprentissage précoce, une santé et une protection sont adoptées et promulguées,
- Si les programmes et services qui protègent, promeuvent et soutiennent une nutrition, une stimulation, des soins, un apprentissage précoce, une santé et une protection sont mises en œuvre et opérationnels,
- Si les pratiques des parents et des tuteurs qui protègent, promeuvent et soutiennent une nutrition, une stimulation, des soins, un apprentissage précoce, la santé et la protection sont efficientes, alors le développement optimal dès la petite enfance sera assuré.

III.5.3. Pour les déterminants immédiats

- Si une nutrition et une stimulation adéquates, motivées par les politiques, programmes et pratiques qui favorisent et soutiennent des interventions nutritionnelles et une alimentation adaptée, et permettent une stimulation et un apprentissage précoce sont mises en œuvre,
- Si des soins de santé et une protection adéquats, motivés par des politiques et des programmes et des pratiques qui favorisent et soutiennent les soins attentifs et une bonne santé et protège les jeunes enfants du stress toxique sont offerts,

alors le développement optimal dès la petite enfance sera assuré.



IV. VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

IV.1. Vision



« A Madagascar, chaque enfant peut atteindre son plein potentiel pour contribuer au développement du capital humain. »

IV.2. Principes directeurs

Sept principes directeurs guident la stratégie nationale de développement de la petite enfance :

Principe 1 : Approche basée sur les droits

L'approche en matière de développement de la petite enfance est guidée par la Convention relative aux droits de l'enfant, qui reconnaît le droit des enfants à la survie, à la croissance et au développement. Il faut soutenir les acteurs, les organisations de la société civile, le monde universitaire, le secteur privé et d'autres responsables, notamment les donneurs de soins et les prestataires de services dans le respect, la protection et la réalisation de ce droit. Chaque enfant a droit à la vie, à la protection et au développement intégral dès sa conception jusqu'à l'âge 8 ans.

Principe 2 : Rôle de l'Etat

Du fait de ses fonctions de régulateur et d'arbitrage et en tant que garant du développement de la petite enfance, l'Etat doit assurer et veiller à la cohérence, à la qualité et à la complémentarité des interventions multisectorielles mises en œuvre en faveur de l'enfant sans distinction en incluant tous ceux qui ont des besoins spécifiques, tant sur le plan stratégique qu'opérationnel.

Principe 3 : Spécifique au contexte

Adapter les interventions, stratégies et approches au contexte dans lequel vivent les enfants et leurs tuteurs. La programmation spécifique au contexte s'appuie sur une analyse de la situation des enfants y compris les déterminants, les moteurs et les voies potentielles vers un développement optimal de la petite enfance, ainsi que sur une analyse des ressources (humaines et financières) et des partenariats disponibles.

Principe 4 : Approche axée sur l'équité et inclusion

Les programmes doivent être guidés par la conviction que la réduction des inégalités est une voix à suivre tant en principe qu'en pratique. Les politiques, programmes et services qui réduisent les inégalités et favorisent l'inclusion améliorent leur impact, car les troubles du développement au début de la vie, en particulier au cours des 1 000 premiers jours vitaux, sont plus susceptibles d'affecter les enfants les plus vulnérables et marginalisés, y compris les groupes minoritaires, les enfants vivant dans l'extrême pauvreté et les enfants ayant un handicap.

Principe 5 : Sensible au genre

Les programmes de DPE doivent s'efforcer d'éliminer les inégalités entre les sexes tout au long de la vie et au sein des ménages et des sociétés. Cela implique de plaider en faveur de la protection de la maternité et de politiques favorables à la famille qui aident les femmes et les hommes à gérer leur travail rémunéré et leurs responsabilités en matière de garde d'enfants, et de promouvoir des normes sociales et de genre qui favorisent le partage équitable du travail domestique et de garde d'enfants entre hommes et femmes.

Principe 6 : Approche fondée sur des données probantes

Plaider et soutenir des politiques et des législations fondées sur des données probantes, l'intensification des programmes et des services et l'adoption de pratiques qui protègent, promeuvent et soutiennent le développement de la petite enfance. En outre, soutient la génération de nouvelles données, connaissances et preuves pour éclairer les approches innovantes du développement de la petite enfance et plaider en faveur de leur mise en œuvre.

Principe 7 : Approche Centrée sur le système

Travailler à travers les systèmes pour renforcer durablement leur capacité à mettre en œuvre des politiques, des programmes et des pratiques qui améliorent la survie, la croissance et le développement des enfants en bas âge. Se concentrer sur six systèmes : nutrition, santé, eau et assainissement, éducation, protection de l'enfance et protection sociale qui possèdent le plus grand potentiel pour produire des résultats en matière de développement de la petite enfance.



V. OBJECTIF ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET DOMAINES PRIORITAIRES D'INTERVENTIONS

V.1. Objectif général

Assurer que chaque enfant dès la conception jusqu'à l'âge de 8 ans bénéficie de tous les soins lui permettant de développer son plein potentiel.

V.2. Objectifs et les orientations stratégiques

La Stratégie Nationale de Développement de la Petite Enfance a trois axes stratégiques avec leurs objectifs.

Tableau 1 : Objectifs et orientations

	Axes stratégiques	Objectifs	Actions stratégiques
1	Renforcer le cadre institutionnel, de la coordination et du suivi évaluation favorisant le développement de la petite enfance.	Développer un cadre institutionnel et juridique solide tout en améliorant la coordination multisectorielle, le suivi évaluation et un mécanisme de financement durable pour soutenir le développement de la petite enfance.	Renforcement du cadre institutionnel, de la gestion, de la coordination et du renforcement du système d'information du DPE y compris la génération d'évidences. Mise en place d'un mécanisme de financement des interventions en faveur de la petite enfance.
2	Elargir les programmes et services qui protègent et favorisent le développement de la petite enfance.	Faciliter l'accès accru aux soins de qualité de santé, de nutrition, d'opportunité d'apprentissage précoce d'éducation et un environnement sûr et sécuritaire pour les enfants et leurs donneurs de soins.	Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé répondant aux besoins des enfants et des donneurs de soins. Amélioration de l'offre et de la qualité des opportunités d'apprentissage précoce et d'éducation de la petite enfance. Promotion de l'accès et de l'adoption d'une alimentation réactive et une nutrition adéquate aux enfants et aux donneurs de soins. Création d'un environnement accessible, sûr et sécurisé pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés, ainsi que pour leurs familles.
3	Soutenir les donneurs de soins pour la fourniture des soins répondant aux besoins des jeunes enfants.	Renforcer les capacités des donneurs de soins, déterminer les responsabilités des donneurs de soins pour qu'ils puissent fournir des soins répondant aux besoins de leurs enfants et les leurs.	Appui et renforcement des capacités des familles et de la communauté pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants tout en intégrant les normes sociales positives. Appui et renforcement des capacités des donneurs de soins à prendre soin d'eux-mêmes et des enfants.

V.3. Orientations stratégiques

Ce chapitre propose des actions stratégiques pour atteindre chaque objectif stratégique.

V.3.1. Renforcer le cadre institutionnel, de la coordination et du suivi évaluation favorisant le développement de la petite enfance

V.3.1.1. Renforcement du cadre institutionnel, de la gestion, de la coordination et du renforcement du système d'information du DPE y compris la génération d'évidences

Il est nécessaire de disposer d'un cadre transparent et cohérent de planification, de mise en œuvre, de coordination et de rapportage dans lequel les interventions de toutes les parties prenantes sont impliquées. Ledit cadre va permettre également de suivre les progrès des interventions, la synergie des interventions et l'efficience des allocations des ressources.

a) Politiques et législation favorisant les opportunités pour le développement de la petite enfance

Le soutien à l'élaboration de politiques, de législations, de stratégies et de plans chiffrés qui permettent la survie, la croissance et le développement des enfants dès leur plus jeune âge devra être une priorité. Cela comprendra des politiques, des stratégies et des plans généraux de développement de l'enfance, ainsi que ceux portant sur des aspects spécifiques du développement de la petite enfance tels que la nutrition et la santé, l'éducation et la protection sociale.

Il s'agira d'identifier les lacunes des politiques et des législations nationales, de générer et d'utiliser des données probantes pour présenter les arguments éthiques, politiques, sociaux et financiers nécessaires pour combler ces lacunes. En outre, il sera nécessaire de mettre en place des politiques et une législation favorable à la famille qui fournissent des ressources financières adéquates. Lesdites politiques et législations devront répondre aux besoins spécifiques des enfants vulnérables, y compris les enfants économiquement défavorisés, ne vivant pas le cadre familial d'origine et ceux ayant un handicap.

b) Coordination du DPE à Madagascar

Un solide mécanisme de coordination et de suivi devra être mis en place pour éviter la fragmentation des interventions de DPE. Sous le leadership du Ministère en charge de la population, la coordination de la mise en œuvre de la stratégie nationale de DPE sera assurée par un Comité National de Pilotage. Ce Comité National de Pilotage du DPE sera une structure étatique qui doit être assez inclusive de l'ensemble des composantes du développement de la petite enfance.

Le Comité National de Pilotage devra être un comité multisectoriel de haut niveau composé des Secrétaires Généraux des Ministères spécifiques au DPE, d'experts en matière de DPE. Il sera chargé de la coordination des interventions de DPE, du plaidoyer, de la recherche active de financement et de la gestion du mécanisme de suivi évaluation nationale du DPE (Figure 8). Il est le garant de l'application de la stratégie nationale du DPE et de son plan opérationnel.

Afin de s'assurer d'une opérationnalisation des lignes directrices nationales en matière de DPE au niveau régional, le Comité National de Pilotage du DPE sera représenté au niveau régional, il s'agira d'un Comité Régional de Pilotage du DPE.

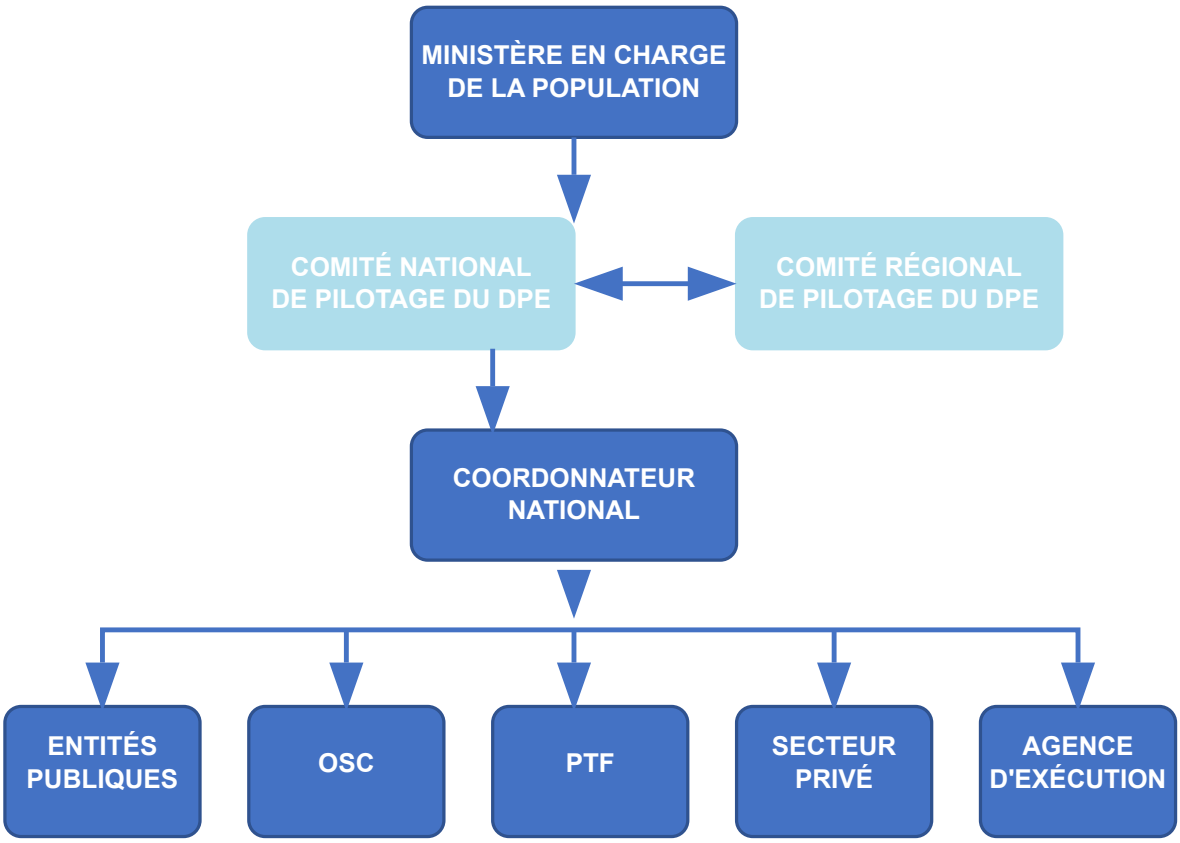


Figure 8 : Mécanisme de coordination du DPE

c) Planification intégrée

La planification intégrée du DPE et les ressources nécessaires seront essentielles à la durabilité des programmes de DPE à fort impact. Madagascar s'engage à garantir une approche intégrée de la planification, de la budgétisation et de la gestion des performances en matière de DPE en collaboration avec les parties prenantes. Cela impliquera l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de travail annuel conjoint de tous les acteurs intervenant en DPE.

d) Suivi et évaluation des interventions de DPE

Mesurer les progrès, suivre et évaluer l'impact des interventions du programme DPE sur le bien-être des enfants et des tuteurs seront au cœur du plan opérationnel DPE à Madagascar. La coordination nationale du DPE et les parties prenantes développeront un cadre conjoint de suivi et d'évaluation du DPE avec des indicateurs et des mécanismes de rapportage clairs et mesurables. Le cadre comprendra un ensemble d'indicateurs de genre cruciaux pour mesurer l'accès, la qualité, l'équité et l'inclusion des services de DPE et un système de collecte, de stockage et de rapportage sur les progrès et l'impact du programme de DPE sur les jeunes enfants et les donneurs de soins.

Par ailleurs, les approches de mise en œuvre devraient intégrer les normes sociales positives sur l'éducation des enfants et le développement de la petite enfance dans les politiques en collectant des données anthropologiques et socio-comportementales.

V.3.1.2. Mise en place d'un mécanisme de financement des interventions en faveur de la petite enfance

Pour garantir la mise en œuvre, et la durabilité des programmes de DPE, les interventions intégrées desdits programmes doivent être soutenues par des modalités de financement durables au-delà des approches financières fragmentées actuelles. Le ministère en charge des Finances, mobilisera les ressources du Gouvernement, des partenaires au développement, du secteur privé, de la société civile et d'autres financiers potentiels pour soutenir l'intensification des programmes de DPE dans l'ensemble des régions de Madagascar. La coordination nationale du DPE à Madagascar en collaboration avec le ministère en charge des finances fera une évaluation du coût du plan opérationnel afin de faire un plaidoyer pour la mobilisation des ressources.

L'amélioration du financement sera réalisée grâce : (i) à la poursuite des efforts entrepris pour augmenter les budgets alloués aux différents secteurs et atteindre les cibles convenues par secteur ; (ii) au renforcement des initiatives de mobilisation des ressources ; (iii) au renforcement du partenariat public-privé ; (iv) à l'instauration des outils performants de gestion budgétaire et financière ; et (v) au renforcement de la transparence budgétaire.

La mise en œuvre de cette stratégie de développement de la petite enfance nécessitera un engagement continu du Gouvernement malagasy, des partenaires internationaux et des acteurs de la société civile. L'objectif ultime est de donner à chaque enfant malagasy la possibilité de grandir en bonne santé, d'apprendre et de se développer pleinement, ce qui bénéficiera à la société dans son ensemble.

V.3.2. Elargir les programmes et services qui protègent et favorisent le développement de la petite enfance

Les programmes et services qui favorisent et soutiennent le développement de la petite enfance constituent une priorité de cette stratégie. Ce deuxième axe englobe le soutien à la conception, à la mise en œuvre et à l'intensification de programmes et de services qui protègent, promeuvent et soutiennent le développement de la petite enfance. Les programmes et services doivent être conditionnés et dispensés de manière à optimiser l'accès aux soins et leur continuité. Cet axe prône la mise en œuvre des approches intégrées et la convergence géographique des programmes et services visant à améliorer les possibilités de répondre aux multiples besoins des jeunes enfants. Des mécanismes doivent être établis pour faciliter l'orientation des enfants et de leurs parents ou tuteurs doit être entre les services fournis par différents systèmes et plateformes. Une attention particulière doit être aussi accordée aux besoins des enfants vulnérables, notamment ceux ayant un handicap avec des parents adolescents, appartenant à des groupes marginalisés et vivant dans des conditions extrêmes.

V.3.2.1. Amélioration de l'offre et de la qualité des services de santé répondant aux besoins des enfants et des donneurs de soins

Accélérer la rationalisation des centres de santé afin de faire en sorte que les centres de santé offrent des paquets de services essentiels complets, de qualité sans distinction est au cœur de cette action stratégique qui reposera sur :

- L'amélioration de la couverture et de l'offre de soins en santé maternelle,, prénatale néonatale et infantile de qualité en tenant compte de la stimulation précoce pour l'enfant ;
- La détection et l'intervention précoces pour la prise en charge des retards de développement et les handicaps chez les nouveau-nés et les jeunes enfants
- la prise en charge intégré des maladies de l'enfant à tous les niveaux du système sanitaire ;
- La prise en charge de la santé mentale des donneurs de soins ;
- La prise en charge psychosociale des donneurs de soins et des enfants ;
- L'amélioration de la couverture vaccinale et la réduction des enfants de zéro-doses.
- Renforcement des compétences des agents de santé en humanisation des soins en tenant compte de l'état émotionnel et la communication avec les patients.
- Des plateformes de prestation de santé communautaire élargies pour atteindre les jeunes enfants des communautés mal desservies.

V.3.2.2. Amélioration de l'offre et de la qualité des opportunités d'apprentissage précoce et d'éducation de la petite enfance.

Cette orientation stratégique repose sur trois tranches d'âge

a) Pour la tranche d'âge de la conception jusqu'à l'âge de 3 ans, les actions se focaliseront sur :

- l'amélioration des capacités des donneurs de soins à fournir des soins attentifs aux enfants tenant compte du développement socio-émotionnel et psycho-moteur des enfants ;
- l'amélioration de la stimulation précoce à domicile ainsi que dans les centres et foyers d'accueil;
- la mise à l'échelle des interventions de stimulation précoce dans les sites communautaires ;
- l'appui psychosocial aux enfants ayant des besoins spécifiques et aux donneurs de soins dans les centres santé ;
- L'amélioration de l'acces, la qualité et de la couverture des services de garderies d'enfants y compris les services de garderies adaptés au contexte local;
- La sensibilisation des mères enceintes sur les besoins en termes de développement de l'enfant.

b) Pour la tranche d'âge de 3 à 6 ans, les actions seront orientées sur :

- l'augmentation de la couverture de l'enseignement fondamental pour les enfants de 3 à 6 ans incluant aussi les enfants à besoins spécifiques ;
- l'amélioration de la qualité de l'enseignement préscolaire ;
- le développement du partenariat public-privé, ainsi que des ONGs pour un investissement plus accru dans l'éducation préscolaire en favorisant les zones rurales et défavorisées ;
- la continuité de l'enseignement préscolaire dans les contextes humanitaires ainsi que l'inclusion des enfants ayant un retard de développement ou un handicap ;
- l'élaboration d'une stratégie nationale sur l'éducation préscolaire à Madagascar.
- Des plateformes communautaires de prestation de service en éducation pour atteindre les jeunes enfants des zones mal desservies.

c) Pour la tranche d'âge de 6 à 8 ans, les actions seront axées sur

la transition et l'accompagnement de l'enfant du préscolaire au primaire ;

la protection de l'enfant et le suivi de sa santé en milieu scolaire;

L'appui des familles et des enseignants pour la maîtrise des compétences fondamentales de base par l'enfant.

V.3.2.3. Promotion de l'accès et de l'adoption d'une alimentation réactive et une nutrition adéquate aux enfants et aux donneurs de soins

Les actions seront axées sur les enfants et les donneurs de soins, en proposant un ensemble de paquet d'activités pour assurer le bon état nutritionnel de la mère et de son enfant dès la conception jusqu'à l'âge de 8 ans.

Les actions seront orientées sur :

- La nutrition maternelle avant, pendant et après la grossesse.
- L'allaitement, les aliments complémentaires et une alimentation réactive pour l'enfant.
- La fourniture d'aliments enrichis et la supplémentation en micronutriments pour les enfants et les femmes.
- La détection précoce et le traitement des malnutritions infantiles.
- L'insertion dans les programmes de nutrition communautaire de la stimulation précoce du jeune enfant.
- Des plateformes de prestation de nutrition communautaire élargies pour atteindre les jeunes enfants des zones mal desservies.

V.3.2.4. Création d'un environnement accessible, sûr et sécurisé pour tous les enfants, y compris les enfants handicapés, ainsi que pour leurs familles

La création d'un environnement propice tenant compte des enjeux climatiques, de la protection de l'enfant, de la protection sociale des familles et de l'hygiène et d'assainissement durable sera un gage de développement optimal des jeunes enfants malagasy.

La garantie d'un tel environnement passera par la mise en œuvre de 4 actions stratégiques.

a) Protection de l'enfant

Les actions se focaliseront sur :

- L'identité juridique, y compris l'enregistrement des naissances ;
- Le soutien psychosociale aux enfants et aux donneurs de soins ;
- La prévention des maltraitances contre les enfants et de la violence à l'endroit des femmes dans la famille ;
- La prévention et la prise en en charge des enfants ayants connu des abus et des négligences ;
- Prévention de la séparation familiale et la promotion et la mise à l'échelle de la prise en charge alternative ;
- Augmenter la couverture des services de protection de proximité.

b) Politiques sociales

- La protection sociale inclusive, y compris les allocations familiales et l'assurance santé ;
- Elaborer des politiques et des stratégies favorables à la famille et des services de garde d'enfants abordables qui permettent aux parents de concilier garde d'enfants et responsabilités professionnelles rémunérées.
- L'orientation vers des programmes de transferts sociaux.
- La gouvernance locale pour les premiers services à l'enfance ;
- L'investissement public au début développement de l'enfance ;
- Les Politiques, programmes et pratiques de DPE durables ;
- Les politiques nationales d'inclusion du handicap.

c) Eau, l'hygiène et l'assainissement

- L'accès à l'eau potable à cout abordable et à proximité des ménages ;
- l'assainissement, y compris l'élimination des excréments des enfants ;
- l'amélioration de la pratique du lavage des mains avec du savon par les donneurs de soins et jeunes enfants.
- La preventions des risques chimiques susceptible d'entrainer un retard de developpement dans la la petite enfance.
- Les services d'eau, assainissement et hygiène dans les établissements scolaires et de santé.

d) Enjeux climatiques :

- Les Politiques, programmes de développement de la petite enfance résilients au climat ;
- La continuite des soins attentifs dans les contextes humanitaires.
- Fournir en temps opportun une réponse de qualité, axée sur les enfants et fondée sur des principes, à toute crise ayant des conséquences humanitaires.

V.3.3. Soutenir les donneurs de soins pour la fourniture des soins répondant aux besoins des jeunes enfants

Les parents et les tuteurs doivent être soutenus dans la prise en charge des jeunes enfants et d'eux-mêmes. Cet axe englobe le soutien aux programmes et services visant à permettre aux parents et aux tuteurs de prendre soins de leurs jeunes enfants et d'eux-mêmes.

Il aidera les Gouvernements et les partenaires à intégrer le soutien aux parents et aux donneurs de soins dans les programmes et services existants.

V.3.3.1. Appui et renforcement des capacités des familles et de la communauté pour prodiguer des soins attentifs aux jeunes enfants tout en intégrant les normes sociales positives

Le renforcement des capacités des parents et des responsables d'enfants sera réalisé à travers :

- Des programmes d'information et de sensibilisation visant à mettre à leur disposition des informations qui devront leur permettre de fournir des soins répondants aux besoins différenciés de l'enfant.
- Des interventions de soutien aux parents, aux familles et aux communautés visant à leur donner la capacité de mieux gérer à domicile le développement des tout-petits.

- L'implication de ces derniers dans la planification et la mise en œuvre des activités relatives au DPE de façon à stimuler la demande et l'utilisation des différents services disponibles.
- Des sensibilisations pour une coparentalité dans la fourniture des soins attentifs et une socialisation sensible au genre.
- La mise en œuvre d'actions visant e au changement social et comportemental et à l'engagement communautaire en termes de DPE.
- Intégrer le soutien aux parents et aux donneurs de soins dans les programmes et services existants.
- Accroître l'engagement des parents (des pères et des mères) et des communautés dans les services destinés aux jeunes enfants, y compris les services de garde d'enfants et d'écoles préscolaires communautaires, ainsi que les services d'intervention précoce pour les enfants ayant un retard de développement et une déficience.
- Renforcer la présence, les compétences et la motivation des agents communautaires pour renforcer les connaissances et les compétences des donneurs soins et des familles en matière de prestation de soins adaptée.

V.3.3.2. Appui et renforcement des capacités des donneurs de soins à prendre soin d'eux-mêmes et des enfants

- Œuvrer pour des programmes qui se concentrent sur la santé mentale et le bien-être socio-émotionnel des parents et des tuteurs. Cela implique aussi d'aider les parents (qu'ils soient pères ou mères) à assumer et à partager les responsabilités en matière de garde d'enfants, ainsi que de responsabiliser les autres personnes qui s'occupent de leurs enfants, comme celles des familles élargies.
- Sensibiliser les donneurs de soins pour que la santé mentale ne soit pas un stigmate et les renforcer pour une détection des signes de troubles mentaux
- Sensibiliser les donneurs de soins sur l'importance d'une nutrition adéquate durant la grossesse et l'allaitement pour leurs propre bien être.
- Sensibiliser les donneurs de soins sur l'importance de leur propre santé.
- Des services adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des mères et des pères adolescents pour prendre soin d'eux-mêmes et répondre à leurs besoins.

La mise en œuvre de cette stratégie de développement de la petite enfance nécessitera un engagement continu du Gouvernement malagasy, des partenaires internationaux et des acteurs de la société civile. L'objectif ultime est de donner à chaque enfant malagasy la possibilité de grandir en bonne santé, d'apprendre et de se développer pleinement, ce qui bénéficiera à la société dans son ensemble.

VI. MISE EN PLACE D'UNE APPROCHE MULTISECTORIELLE DU DPE MADAGASCAR

VI.1. Interventions par secteur

Le gouvernement malgache mobilisera ses capacités multisectorielles pour soutenir des actions sectorielles synergiques dans les trois axes stratégiques, visant un impact global sur les déterminants du développement optimal de la petite enfance (voir encadré 2). Au niveau national, régional et district, le gouvernement exploitera l'expertise des différents départements ministériels dans les domaines suivants : financement en faveur des enfants, nutrition et développement de l'enfant, santé et vaccination, eau et assainissement, éducation et protection de l'enfance, ainsi que politique sociale. Il intégrera également des capacités de programmation transversale concernant le genre, l'inclusion, les changements climatiques, la consolidation de la paix, les changements sociaux et comportementaux, et l'engagement communautaire.

L'OMS définit le développement de la petite enfance (DPE) par la période de développement rapide et essentiel - de la conception à l'âge de 8 ans. Pour que les enfants puissent se développer sur le plan physique, cognitif, linguistique et socio-affectif et atteindre leur plein potentiel, il est essentiel de leur prodiguer des soins attentifs et de qualité (nutrition adéquate, la bonne santé, la protection, les soins répondant et l'apprentissage précoce) pendant cette période.

Axe stratégique à l'horizon 2030 de la SNDPE :

- Renforcer le cadre institutionnel, de la coordination et du suivi évaluation favorisant le développement de la petite enfance.
- Elargir les programmes et services qui protègent et favorisent le développement de la petite enfance.
- Soutenir les donneurs de soins pour la fourniture des soins répondant aux besoins des jeunes enfants.



Nutrition

- Stimulation précoce dans les programmes de nutrition et de développement de l'enfant.
- Promotion de l'alimentation réactive et de la nutrition adéquate.
- Promotion de l'hygiène alimentaire.
- Appui psychosocial dans la prise en charge de la MAS.
- Prévention du stress toxique chez les jeunes enfants.
- L'intégration des soins attentifs pour les donneurs de soins et les enfants dans la réponse à l'urgence nutritionnelle.



Santé

- Amélioration de l'accès et de la qualité des prestations de CPN et de CPoN
- Détection précoce et intervention pour les retards de développement et les handicaps.
- Santé mentale des mères et des donneurs de soins.
- Stimulation précoce dans les programmes de santé infantile et de vaccination.
- La qualité des soins de santé (humanisation des soins).
- Prévention du stress toxique chez les jeunes enfants.



Eau et assainissement

- Accès à une eau de boisson de qualité et abordable.
- Espaces familiaux et de jeu sûrs.
- Manipulation et stockage en toute sécurité de l'eau et des déchets.
- Promotion des bonnes pratiques d'hygiène, notamment le lavage des mains chez les jeunes enfants.



Éducation

- Services d'éducation et d'accueil de la petite enfance (Bibliothèques mobiles, jouets mobiles).
- Programmes parentaux
- Amélioration des environnements d'apprentissage à domicile.
- Développement socio-émotionnel des enfants.
- Education inclusive de la petite enfance.
- Normes d'apprentissage de l'enseignement préscolaire.
- Continuum du paquet de nutrition, protection et santé dans les services préscolaires et les premières années du primaire.
- Programme innovant de l'enseignement préscolaire.



Protection de l'enfance

- Santé mentale et soutien psychosocial des enfants et des donneurs de soins.
- Programmes parentaux.
- Prévention de la violence contre les enfants et les femmes en milieu familial et préscolaire.
- Prévention et réponse à la maltraitance et à la négligence envers les enfants.
- Prévention de la séparation familiale et promotion de la prise en charge alternative basée sur la famille.



Politique sociale

- Accroissement de l'investissement public dans le développement de la petite enfance.
- Interventions de cash qui comprennent une composante de stimulation de l'enfance et/ou de la petite enfance et de soins attentifs.
- Protection sociale inclusive, y compris les allocations familiales et l'assurance maladie.
- Politiques et soins favorables à la famille.
- Gouvernance locale pour les services à la petite enfance.



Transversal

- Parentalité et socialisation sensible au genre.
- Politiques, programmes et services favorisant l'intégration des personnes handicapées.
- Politiques, programmes et pratiques de DPE durables et résilients au climat.
- Consolidation de la paix et cohésion sociale grâce à des investissements dans le développement de la petite enfance.
- Changement social et comportemental et engagement communautaire.

** Continuum du paquet sensible au développement de la petite enfance.*

VI.2. Mise en place d'une approche multisectorielle par phase de la petite enfance

Phases de la petite enfance	Interventions holistiques
Conception jusqu'à 3 ans	• Soins prénataux • Assistance d'accoucheurs/ accoucheuses qualifié(e)s • Soins avant et à l'accouchement • Prévention et prise en charge de la transmission du VIH de la mère à l'enfant • Accès aux soins de santé • Prévention et traitement des troubles de santé mentale • Espacement des naissances • Pratiques de santé et d'hygiène • Prestations de soins adaptées • Gestion des complications maternelles et néonatales • Accès aux soins de santé • Soins du nouveau-né (soins supplémentaires pour petits bébés/ soins maternels de type « kangourou ») • Vaccination • Dépistage des retards et handicaps • Prise en charge intégrée des maladies infantiles. • Programmes qui favorisent la stimulation précoce et les soins attentifs (tels que les soins pour le développement de l'enfant). • Programmes visant à réduire le risque de dépression maternelle et à promouvoir la santé mentale de la mère (tels que les soins aux donneurs de soins) • Diagnostic précoce du nourrisson • Soins pédiatriques • Supplémentation en acide folique et en fer ou en micronutriments multiples pour les femmes enceintes • Consommation de sel iodé • Conseils sur l'alimentation adaptée à la grossesse • Promotion de l'allaitement maternel • Conseils et soutien aux mères en matière d'allaitement maternel • Mise au sein précoce, promotion de l'allaitement maternel pendant 6 mois et alimentation adaptée a la mère. • Alimentation complémentaire appropriée • Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée • Supplémentation et fortification en micronutriments • Programmes qui favorisent la stimulation précoce et les soins attentifs (tels que les soins pour le développement de l'enfant). • Éducation aux activités d'éveil, à la croissance et au développement • Soutien aux parents en matière d'activités d'éveil et de soins • Accès à des programmes de qualité pour la protection, l'apprentissage et le développement de la petite enfance (enfant) • Garderies communautaires et autres formes de programmes de soins, d'apprentissage et de développement de la petite enfance • Programmes d'éducation parentale qui fournissent des informations, un soutien et des possibilités d'apprentissage précoce • Accès à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement près du domicile • Enregistrement des naissances • Intervention face à la violence (notamment liée au genre) dans des situations d'urgence et en dehors – services de santé, de justice et de protection sociale • Connaissances et soutien en matière d'éducation parentale positive (programmes d'éducation des parents) • Prévention de la maltraitance, des mauvais traitements et de la négligence à l'encontre des enfants (santé, services sociaux, autres formes de protection) • Intervention face à la violence (notamment liée au genre) dans des situations d'urgence et en dehors – services de santé, de justice et de protection sociale • Favoriser les soins familiaux et le placement en famille d'accueil plutôt que le placement en institution • Connaissances et soutien en matière d'éducation parentale positive (programmes d'éducation des parents) • Prévention de la maltraitance, des mauvais traitements et de la négligence à l'encontre des enfants (santé, services sociaux, autres formes de protection) • Réduction des obstacles sociaux et économiques, de la violence et de la stigmatisation • Renforcement de la capacité et de l'action communautaires

Conception jusqu'à 3 ans	• Accès à des services de garde d'enfants abordables et de qualité ● Accès aux transferts et services sociaux ● Renforcement des compétences parentales ● Services de protection, de soins et de soutien ● Transferts sociaux ● Habilitation des services du secteur de la santé grâce à l'établissement de liens avec les programmes d'éveil. ● Transferts sociaux qui facilitent l'accès aux services, compensent les coûts et protègent les familles de la pauvreté ● Réduction des risques et de la vulnérabilité ● Soutien aux familles grâce à des politiques de consolidation de la cellule familiale ● Espaces familiaux et de jeux sûrs dans les zones urbaines et rurales • Promotion de bonnes pratiques d'hygiène, y compris le lavage des mains chez les jeunes enfants ● Plaidoyer pour la fourniture de services EAH dans les centres de santé ● Accès à des services EAH à proximité du domicile ● Communautés sans défécation à l'air libre ● Lavage des mains avec du savon ● Éradication de la défécation à l'air libre et gestion des excréments de l'enfant ● Accès à des services EAH à proximité du domicile ● Fourniture de services WASH sûrs dans les crèches et les garderies. ● Services EAH dans les centres d'accueil préscolaire/ centres adaptés aux enfants • Promotion de l'accès aux services et de leur utilisation (accent mis sur la disponibilité des services, la création de la demande, et les comportements et normes relatives au DPE, comme cela a été souligné dans les interventions sectorielles) ● Auto-efficacité des parents à s'engager dans des pratiques parentales positives et de DPE ● Communication et soutien du partenaire (famille/époux) en faveur d'une éducation positive ● Pratiques en matière de DPE ● Renforcement de la confiance au sein de la communauté et promotion des attitudes positives envers les services de DPE ● Promotion et modélisation des normes sociales positives en matière de parentalité et de DPE ● Influence sur les attitudes, les normes et les comportements associés à la stigmatisation et à la discrimination dans le DPE
3 à 6 ans	Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant ● Dépistage et prise en charge des retards et handicaps ● Accès aux soins de santé ● Prévention et prise en charge des troubles de santé mentale ● Prestations de soins adaptées. Déparasitage ● Prestations de soins adaptées ● Prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et modérée ● Supplémentation et fortification en micronutriments ● Pratiques de l'hygiène alimentaire Enseignement pré primaire (préscolaire) ● Bibliothèques mobiles, jouets mobiles et interventions similaires pour soutenir l'apprentissage précoce ● Garderies communautaires et autres formes de programmes de soins, d'apprentissage et de développement de la petite enfance ● Programmes d'éducation parentale qui fournissent des informations, un soutien et des possibilités d'apprentissage précoce ● Éducation aux activités d'éveil, à la croissance et au développement (parent) ● Accès à des programmes de qualité pour la protection, l'apprentissage et le développement de la petite enfance (enfant) ● Accès à des programmes préscolaires et communautaires de qualité (enfant) ● Intégration de la nutrition dans l'apprentissage préscolaire et précoce ● Pratiques de l'hygiène en milieu scolaire (y compris l'apprentissage de la propreté) Intervention face à la violence (notamment liée au genre) dans des situations d'urgence et en dehors – services de santé, de justice et de protection sociale ● Favoriser les soins familiaux et le placement en famille d'accueil plutôt que le placement en institution ● Prévention de la maltraitance, des abus et de la négligence à l'égard des enfants ● Prévention de la violence et gestion des cas le cas échéant ● Prévention de la maltraitance, des mauvais traitements et de la négligence à l'encontre des enfants (santé, services sociaux, autres formes de protection) ● Espaces amis des enfants dans les contextes humanitaires Transferts sociaux qui facilitent l'accès aux services, compensent les coûts et protègent les familles de la pauvreté ● Réduction des risques et de la vulnérabilité ● Soutien aux familles grâce à des politiques de consolidation de la cellule familiale Promotion de l'hygiène ● Lavage des mains avec du savon ● Éradication de la défécation à l'air libre et gestion des excréments de l'enfant ● Accès à des services EAH à proximité du domicile ● Services EAH dans les centres d'accueil préscolaire/ centres adaptés aux enfants

	● Promotion de bonnes pratiques d'hygiène, y compris le lavage des mains chez les jeunes enfants Promotion de l'accès aux services et de leur utilisation (accent mis sur la disponibilité des services, la création de la demande, et les comportements et normes relatives au DPE, comme cela a été souligné dans les interventions sectorielles) ● Auto-efficacité des parents à s'engager dans des pratiques parentales positives et de DPE ● Communication et soutien du partenaire (famille/époux) en faveur d'une éducation positive ● Pratiques en matière de DPE ● Renforcement de la confiance au sein de la communauté et promotion des attitudes positives envers les services de DPE ● Promotion et modélisation des normes sociales positives en matière de parentalité et de DPE ● Influence sur les attitudes, les normes et les comportements associés à la stigmatisation et à la discrimination dans le DPE
6 à 8 ans	Amélioration de l'accès et de la qualité de l'éducation (Augmentation des infrastructures scolaires offrant des environnements d'apprentissage sûrs et stimulants ; Mettre en place des programmes de formation continue pour les enseignants afin de garantir qu'ils utilisent des méthodes pédagogiques efficaces et adaptées aux besoins des enfants ; Fournir des manuels scolaires, des ressources pédagogiques et du matériel didactique adapté aux jeunes enfants.) ● Promouvoir l'apprentissage socio-émotionnel en milieu scolaire et a domicile ● Promouvoir des activités parascolaires telles que le sport, la musique, et les arts pour encourager l'expression créative et le développement des compétences sociales ● Développer des bibliothèques scolaires et communautaires pour encourager la lecture dès un jeune âge ● Mettre en place des services de soutien psychologique pour aider les enfants à développer des compétences en gestion des émotions et à faire face aux difficultés personnelles ou familiales ● Mettre en place des programmes pour promouvoir l'égalité des genres et s'assurer que les filles ont les mêmes opportunités éducatives que les garçons ● Mettre en place des services de soutien psychologique pour aider les enfants à développer des compétences en gestion des émotions et à faire face aux difficultés personnelles ou familiales Prévention de la violence et gestion des cas le cas échéant ● Prévention de la maltraitance, des mauvais traitements et de la négligence à l'encontre des enfants (santé, services sociaux, autres formes de protection) ● Développer des programmes pour prévenir la violence à l'école et dans la communauté, et pour protéger les enfants contre les abus et l'exploitation Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant ● Prévention et prise en charge des troubles de santé mentale ● Espaces amis des enfants dans les contextes humanitaires Mettre en œuvre des programmes de repas scolaires équilibrés pour améliorer la nutrition des enfants et leur concentration à l'école ● Dépister les maladies courantes et les déficiences nutritionnelles, et promouvoir les pratiques d'hygiène et de nutrition optimale Pratiques de santé et d'hygiène (y compris l'apprentissage de la propreté) ● Promotion de l'hygiène ● Lavage des mains avec du savon ● Éradication de la défécation à l'air libre et gestion des excréments de l'enfant ● Accès à des services EAH à proximité du domicile ● Services EAH dans les centres d'accueil préscolaire/ centres adaptés aux enfants ● Promotion de bonnes pratiques d'hygiène, y compris le lavage des mains chez les jeunes enfants Prévention et prise en charge des maladies de l'enfant ● Accès aux soins de santé ● Prévention et prise en charge des troubles de santé mentale Transferts sociaux qui facilitent l'accès aux services, compensent les coûts et protègent les familles de la pauvreté ● Soutien aux familles grâce à des politiques de consolidation de la cellule familiale Encourager la participation des communautés locales dans les initiatives éducatives et de soutien à l'enfance ● Promouvoir l'engagement des enfants dans les objectifs durables du développement ● Promotion et modélisation des normes sociales positives en matière de parentalité et de DPE ● Influence sur les attitudes, les normes et les comportements associés à la stigmatisation et à la discrimination dans le DPE



« Afaka misitraka ny fiahiana sahaza azy sy mandray anjara amin’ny fampivoarana ny maha-olona ny zaza rehetra eto Madagasikara »