

ANALYSE DE SITUATION DES ENFANTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR

Rapport final revu

Janvier 2023

©

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
GRAPHIQUES	7
ENCADRE	7
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	8
RESUME EXECUTIF	10
1. INTRODUCTION	17
2. APPROCHE METHODOLOGIQUE	19
2.1. Déroulement de l'étude	19
2.2. Principales questions d'analyse et cadre de collecte, de traitement et d'analyse des données	20
2.3. Difficultés rencontrées	22
3. CADRE STRATEGIQUE DU HANDICAP À MADAGASCAR	23
3.1. Cadre juridique et réglementaire	23
3.2. Cadre institutionnel	26
3.3. Cadre politique et stratégique	28
3.3.1. Alignement du Plan National d'inclusion du handicap 2015-2019 avec la CDPH	28
3.3.2. Alignement du Plan Stratégique National de Lutte Intégré contre les maladies non transmissibles et la Prévention du Handicap (PSNLIMNT- PH) avec la CDPH	29
3.3.3. Alignement du plan sectoriel de l'Éducation 2018-2022 avec la CDPH	29
3.3.4. Alignement de la Politique nationale de santé avec la CDPH	29
3.3.5. Alignement de la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) avec la CDPH	30
4. ANALYSE DES ENJEUX SUR LA PROBLEMATIQUE DU HANDICAP À MADAGASCAR	31
4.1. Cadre conceptuel du handicap	31
4.2. Principales causes du handicap	33
4.3. Analyse sur la situation des données sur les enfants handicapés à Madagascar	35
4.3.1. Tendances nationales et données statistiques disponibles sur le handicap des enfants et adolescents à Madagascar	35
4.3.2. Insuffisances sur les données relatives au handicap des enfants et adolescents à Madagascar	36
4.3.3. Plan d'amélioration des données sur le handicap des enfants à Madagascar	37
4.4. Evaluation du coût du handicap	39
4.4.1. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans l'éducation	40
4.4.2. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans la santé	41
4.4.3. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans l'emploi	43
5. SITUATION DES ENFANTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR	47
5.1. Environnement social de l'enfant/handicapé	48
5.2. Accès à l'éducation/formation professionnelle	51

5.3. Accès aux services de soins de santé	56
5.4. Accès aux services d'eau, hygiène et assainissement (EHA)	61
5.5. Niveau de vie adéquat et protection sociale	67
5.6. Impact de la COVID-19 sur les enfants et adolescents handicapés	70
5.7. Réadaptation à base communautaire (RBC)	73
5.8. Réponses humanitaires dans les cas d'urgence	74
6. GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET OBSTACLES A L'INCLUSION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR	75
6.1. Goulots d'étranglement et obstacles liés l'environnement	76
6.2. Goulots d'étranglement et obstacles liés à la demande	80
6.3. Goulots d'étranglement et obstacles liés à l'offre et à la qualité	82
7. CAPACITE DES SERVICES SOCIAUX EN CHARGE DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS	94
7.1. Capacités en ressources humaines	94
7.2. Capacités en matière d'offre de services	96
7.3. Capacités en ressources financières	98
7.4. Capacités organisationnelles et de pilotage des instances de gouvernance	98
8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	101
8.1. Conclusion	101
8.2. Recommandation	102
9. BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXES	111
Annexe 1 : Liste des personnes ressources morales rencontrées	111
Annexe 2 : Principales questions d'analyse	113
Annexe 3 : Accès aux services sociaux de base selon la localité	114
Annexe 4 : Déterminants de l'accès des enfants et adolescents aux services sociaux de base	116
Annexe 5 : Quelques Indicateurs et valeurs des ODD relatifs aux enfants à Madagascar	117
Annexe 6 : ONG œuvrant dans la promotion et la protection des personnes handicapées	118
Annexe 7 : Donateurs ou multilatéraux œuvrant dans la promotion et la protection des personnes handicapées	127
Annexe 8 : Analyse comparative de la CDPH et de la loi 97-044 du 02 Février 1998 régissant les droits des personnes handicapées	129
Annexe 9 : Odds ratio	130
Annexe 10 : Moyens clés de compensation des handicaps clés et prescriptions clés en termes d'adaptations pour un système éducatif et de formation professionnelle inclusif	135
Annexe 11 : Analyse SWOT du MPPSF dans le cadre institutionnel et stratégique de la protection sociale	140

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

1.1. TABLEAUX

Tableau 1 : Echantillon des interviews réalisées auprès des ménages (Enquête quantitative)	21
Tableau 2 : Echantillon des interviews réalisées (Enquête qualitative)	22
Tableau 3 : Synthèse des différentes approches du handicap	32
Tableau 4 : Cause du handicap des enfants/adolescents handicapés interviewés selon le milieu de résidence et le sexe	34
Tableau 5 : Type de handicap selon la cause et le sexe	34
Tableau 6 : Données sur les taux de prévalence des handicaps à Madagascar	36
Tableau 7 : Principales insuffisances des données sur le handicap à Madagascar	37
Tableau 8 : Abus et violences sur les enfants/adolescents dans la communauté	49
Tableau 9 : Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés dans la communauté selon le sexe	50
Tableau 10 : Type d’Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés dans la communauté selon le sexe	51
Tableau 11 : Scolarisation des enfants/adolescents handicapés selon le sexe	53
Tableau 12 : Quelques facteurs influençant la scolarisation des enfants/adolescents handicapés	54
Tableau 13 : Accessibilité aux dispositifs d’eau de boissons dans les ménages/centres d’accueil.	61
Tableau 14 : Accessibilité aux dispositifs d’eau de boissons dans les écoles/centres de formation	62
Tableau 15 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs d’eau de boisson selon le handicap dans les ménages et centres d’accueil	63
Tableau 16 : Accessibilité aux toilettes/lieux d’aisance dans les ménages/centres d’accueil 64	
Tableau 17 : Accessibilité aux toilettes/lieux d’aisance dans les écoles/centres de formation	64
Tableau 18 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux toilettes/lieux d’aisance selon le handicap dans les ménages et centres d’accueil	65
Tableau 19 : Accessibilité aux dispositifs de lavage de mains dans les ménages/centres d’accueil.	66
Tableau 20 : Accessibilité aux dispositifs de lavage de mains dans les écoles/centres de formation	66
Tableau 21 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs de lavage de mains selon le handicap dans les ménages et centres d’accueil	67

Tableau 22 : Effets de la COVID-19 sur les aides sociales reçues du gouvernement	71
Tableau 23 : Effets de la COVID-19 sur les aides sociales reçues des ONG/associations .	72
Tableau 24 : Perceptions et sentiments sur les enfants/adolescents handicapés	79
Tableau 25 : Type et statut de structures fréquentées par les enfants handicapés	86
Tableau 26 : Raisons de la non prise en charge intégrale en termes de soins des enfants/adolescents handicapés	88
Tableau 27 : Appréciations des aides reçues du gouvernement par les enfants et adolescents handicapés	91
Tableau 28 : Raisons de la satisfaction moyenne ou non satisfaction des aides reçues du gouvernement par les enfants et adolescents handicapés	92
Tableau 29 : Appréciations des aides reçues des ONG/associations par les enfants et adolescents handicapés	92
Tableau 30 : Raisons de la satisfaction moyenne ou non satisfaction des aides reçues des ONG/associations par les enfants et adolescents handicapés	92
Tableau 31 : Principaux constats, recommandations et actions prioritaires et responsables de mise en œuvre	103

1.2. CARTE

Carte 1 : Localités visitées et cibles atteints	21
Carte 2 : Répartition des aides reçues par les enfants et adolescents handicapés par province	69

1.3. SCHEMAS

Schéma 1 : Cadre juridique du handicap à Madagascar	23
Schéma 2 : Quelques politiques et stratégies en faveur des personnes handicapées	28
Schéma 3 : Cadre conceptuel du handicap	31
Schéma 4 : Gains et productivité de l'inclusion scolaire des enfants handicapés	40
Schéma 5 : Effets en aval d'une mauvaise santé	43
Schéma 6 : Gains et productivité de l'inclusion dans l'emploi	46

GRAPHIQUES

Graphique 1 : Proportions d'enfants/adolescents recevant de l'aide dans les tâches/activités quotidiennes	48
Graphique 2 : Scolarisation des enfants/adolescents interviewés selon le milieu de résidence et le sexe.	52
Graphique 3 : Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés à l'école/formation	55
Graphique 4 : Types d'abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés	56
Graphique 5 : Privation en santé des enfants de moins de 5 ans, selon le handicap	57
Graphique 6 : Réception de faveurs à l'hôpital par les enfants/adolescents	58
Graphique 7 : Consultations de tradipraticiens et/ou adoption de l'automédication	59
Graphique 8 : Besoins en santé des enfants/adolescents handicapés	60
Graphique 9 : Aides reçues du gouvernement et des ONG/associations	68
Graphique 10 : Effets du confinement (COVID-19) sur l'état psychologique des enfants/adolescents handicapés	71
Graphique 11 : Existence d'adaptations dans les domiciles des enfants/adolescents handicapés	78
Graphique 12 : Raison financière de non scolarisation/non formation professionnelle des enfants/adolescents handicapés	81
Graphique 13 : Raison financière du recours à l'automédication ou aux tradipraticiens	81
Graphique 14 : Cadre d'apprentissage et existence d'enseignants spécialisés dans les écoles/centres de formation	83
Graphique 15 : Programmes aménagés pour les enfants/adolescents handicapés	84
Graphique 16 : Suivi et compréhension des cours chez les enfants/adolescents handicapés	85
Graphique 17 : Raisons évoquées par les enfants/adolescents handicapés qui n'arrivent pas à bien suivre et comprendre les cours.	85
Graphique 18 : Accessibilité aux centres de santé.	88
Graphique 19 : Quelques raisons évoquées par les enfants/adolescents handicapés qui ont recours à l'automédication ou aux tradipraticiens	89

ENCADRE

Encadré 1 : Impact sur les revenus de l'exclusion ou de l'inclusion des personnes handicapées du travail.	44
--	----

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CBM	Chritsophel Blinden Mission
CDPH	Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes handicapées
CHR	Centre for human right
CIRPH	Commissions interrégionales pour les personnes handicapées
CNFPPF	Centre National de Formation des Personnes handicapées
CNRPPH	Centre National de Réadaptation Professionnelle des Personnes handicapées
DPE	Développement de la petite enfance
EHA	Accès aux services d'eau, hygiène et assainissement
HI	Humanité et inclusion
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
HML	Health media lab
IDH	Indice du développement humain
INSTAT	Institut national de la statistique
IRA	Insuffisance rénale aigue
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MNT	Maladies non transmissibles
MODA	Multiple Overlapping Deprivations Analysis (Analyse des privations multiples superposées)
MPPSPF	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme
MS	Ministère de la santé
ODD	Objectifs du développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPH	Organisations des personnes handicapées
OSC	Organisation de la société civile
PFPH/MAD	Plateforme des personnes handicapées de Madagascar
PIB	Produit intérieur brut
PNIH	Plan National d'inclusion du handicap

PNPS	Politique nationale de protection sociale
PRFM	Pays à revenu faible et moyen
PSE	Plan sectoriel de l'éducation
PSNLIMNT-PH	Plan Stratégique National de Lutte Intégré contre les maladies non transmissibles et la Prévention du Handicap
PTF	Partenaires techniques et financiers
RBC	Réadaptation à base communautaire
RGPH	Recensement général de la population et de l'habitation
UERP	Unité d'étude et de recherche pédagogique
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USD	United States dollars
WASH	Water, sanitation and hygiene



RESUME EXECUTIF

La situation socioéconomique des personnes vulnérables en particulier celle des enfants et adolescents handicapés est marquée par des inégalités par rapport au reste de la population, et des inégalités de genre entre les personnes handicapées. En effet, les enfants et adolescents handicapés à Madagascar et plus particulièrement les filles sont confrontés à des difficultés d'accès aux services sociaux de base. Malgré l'engagement des autorités publiques et des partenaires au développement, ils restent exposés à des violences physiques, psychologiques, sexuelles, etc. et sont victimes de nombreuses privations notamment dans le domaine de l'éducation, l'EAH (Eau -assainissement-hygiène), la santé, la nutrition, la protection sociale, la protection de l'enfant, etc.

La présente analyse sur la situation des enfants handicapés à Madagascar a été initiée par l'UNICEF dans le but d'accompagner davantage les autorités malgaches pour générer des évidences récentes dans l'optique d'appuyer les prises de décisions et l'élaboration de stratégie nationale inclusive.

L'étude couvre l'ensemble des six (06)

provinces du pays et concerne 12 localités dont 6 communes urbaines et 6 communes rurales¹. Dans chacune des communes, 100 enfants/adolescents (dont 50 handicapés et 50 non handicapés) ont été interviewés avec au préalable le consentement des parents et de l'enfant lui-même. Autant de filles que de garçons étaient interviewés dans chaque commune (25 handicapés et 25 non handicapés).

D'autres types d'acteurs à savoir des acteurs institutionnels (protection sociale, éducation, santé, etc.), des partenaires techniques et financiers, le secteur privé (institutions spécialisées, etc.), les acteurs communaux et communautaires, etc. ont également été interviewés.

L'étude a été menée de façon participative et conduite suivant une approche mixte combinant les méthodes qualitative et quantitative. Les analyses sont faites à partir des données primaires (enquête terrain) et secondaires (MICS 2018, MODA 2020, RGPH 2018, etc.).

L'analyse des résultats fait ressortir les constats suivants :

¹ Au total, 8 communes rurales ont été visitées. Deux communes rurales ont été visitées en plus en vue de pouvoir respecter les répartitions d'échantillonnage de type de handicap et le sexe

ENVIRONNEMENT PROTECTEUR

Une volonté politique manifeste mais insuffisamment matérialisée/opérationnalisée au regard des besoins des enfants et adolescents handicapés

Les différents engagements pris par Madagascar tant au niveau international (CDPH) qu'au niveau national (*Loi 97-044 du 02 Février 1998 régissant les droits des personnes handicapées, Décret no 2001-162 du 21 février 2001 portant application de la loi no 97-044 sur les droits des personnes handicapées, etc.*) et l'élaboration de politiques prenant en compte le phénomène du handicap témoignent de la volonté des autorités politiques malgaches de promouvoir et de protéger les droits des personnes handicapées.

Toutefois des insuffisances limitent la mise en œuvre de ces instruments (textes, politiques...). En effet, le manque de textes

d'application, la méconnaissance et/ou la faible vulgarisation/appropriation des instruments relatifs au handicap par les parties prenantes sont entre autres des facteurs qui entravent l'atteinte des objectifs du pays en matière de promotion des droits des enfants/adolescents handicapés.

Par ailleurs, les instruments d'opérationnalisation de la CDPH ne sont toujours pas suffisamment en conformité avec les dispositions de la CDPH. A titre illustratif, en dehors du domaine de l'éducation, il n'existe pas de textes spécifiques ou de politiques consacrés aux enfants et adolescents handicapés.

Un manque d'adaptation (rampes d'accès, mains courantes, etc.) des installations en faveur des enfants et adolescents handicapés

L'enquête terrain a également révélé que les enfants et adolescents handicapés ne sont pas pris en compte (manque de rampes d'accès, mains courantes, etc.) dans la construction d'infrastructures (domiciles, écoles, centres de santé, etc.). En effet, seulement 1,39%

des enfants et adolescents handicapés ont attesté de l'existence d'adaptations à leurs domiciles. Par ailleurs, tous les enfants et adolescents non handicapés interviewés affirmaient qu'il n'y avait pas d'adaptations dans leurs habitations.

Un environnement pas suffisamment protecteur pour les enfants en général et ceux handicapés en particulier caractérisé par des violences, abus, négligence et maltraitance envers les enfants et adolescents et ceux handicapés en particulier

L'environnement social des enfants et adolescents handicapés malgaches est très souvent caractérisé par des actes de rejet, de discrimination, d'abus, de violences, etc. qui ne favorisent pas leur développement psychologique et social ainsi que leur plein épanouissement. L'enquête terrain a révélé que les enfants/adolescents handicapés (filles et garçons) étaient 1,36 fois plus exposés aux abus et aux violences comparativement à leurs camarades non handicapés. En effet, 24,11% des enfants et adolescents handicapés étaient très souvent victimes d'abus et de violences contre 17,67% chez les enfants et adolescents non handicapés.

De même, les garçons handicapés sont 1,29 fois plus enclins de subir les violences et abus que les filles handicapées (27,16% des garçons handicapés contre 21,05% des filles handicapées). Toutefois, les filles handicapées sont plus exposées aux abus financiers, aux exploitations par le travail, aux exploitations sexuelles, aux insultes/moqueries/provocations et aux menaces & préjudices psychologiques que les garçons handicapés.

DEMANDE DES SERVICES SOCIAUX

La demande des services sociaux pour les enfants/adolescents handicapés (surtout les filles handicapées) est négativement influencée par la pauvreté (ressources limitées)

Dans de nombreuses communautés, les parents ne voient pas l'intérêt d'investir sur leurs enfants handicapés surtout quand ceux-ci sont de sexe féminin. Cet état d'esprit est encore renforcé lorsque le ménage est pauvre.

En ce qui concerne l'accès à l'éducation/formation professionnelle, 17,68% des enfants/adolescents handicapés n'étaient pas scolarisés par manque de ressources. Ce taux était de 18,48% des filles handicapées non scolarisées.

Pour l'accès aux soins de santé, 71,13% des enfants/adolescents handicapés qui avaient recours aux tradipraticiens ou à l'automédication justifiaient cette pratique par le manque de moyens. Cette proportion est de 72,82% pour les filles handicapées (72,82%) et pour les ménages dirigés par une femmes (81,08%).

Pour le secteur de l'eau et de l'assainissement, une mauvaise perception peut laisser croire que les adaptations sont exagérément chères.

Les droits des personnes handicapées sont méconnus non seulement par les communautés mais aussi par les personnes handicapées elles-mêmes

La connaissance de ces droits est nécessaire pour pouvoir en jouir. À MADAGASCAR, très souvent, les droits des personnes handicapées sont méconnus par les principaux concernés (personnes handicapées) et même souvent par les personnes chargées d'assurer la promotion

et la protection des droits des personnes handicapées.

Ceci constitue un énorme frein pour les personnes handicapées en ce qui concerne la jouissance de leurs droits.

Le non-enregistrement des naissances peut constituer un frein pour la jouissance des droits des personnes handicapées

C'est en enregistrant sa naissance que la société reconnaît pour la première fois l'existence et l'identité d'un enfant. Le droit d'être reconnu comme une personne par la loi est crucial pour bénéficier d'une protection tout au long de la vie et constitue une condition préalable à l'exercice de tous les autres droits.

À MADAGASCAR, les données de l'enquête MICS 2018 ont révélé que 82,8% des enfants/adolescents malgaches handicapés étaient enregistrés à l'état civil dont 14% n'avaient pas d'acte de naissance. En d'autres termes, 31,2% des enfants handicapés malgaches n'avaient pas d'actes de naissance. En outre, cette situation constitue un frein pour la demande de services sociaux pour les personnes handicapées notamment des filles et garçons handicapés.



17,68% des enfants/
adolescents handicapés
n'étaient pas scolarisés par
manque de ressources

31,2% des enfants
handicapés malgaches
n'avaient pas d'actes de
naissance

OFFRE ET QUALITÉ DES SERVICES SOCIAUX

Un accès limité aux services sociaux de base surtout en milieu rural et particulièrement pour les filles handicapées du fait de manque d'adaptation et d'encadreurs spécialisés

De nombreux facteurs entravent l'accès des enfants et adolescents handicapés aux services sociaux de base (éducation, santé, EHA, protection sociale, etc.). En effet, les enfants et adolescents handicapés ont un accès réduit à de nombreux services de base du fait du manque d'adaptations et d'insuffisances de structures spécialisées surtout en milieu rural et plus particulièrement pour les filles handicapées. A titre illustratif, les insuffisances d'adaptations dans les toilettes des écoles peuvent porter atteinte à la dignité des filles et même de leur assiduité à l'école.

Ainsi donc, l'accès des enfants et adolescents handicapés à l'éducation/formation professionnelle, aux services d'EHA ou encore à des soins de santé adéquats demeure un défi important, aggravé par la situation de pauvreté de leurs familles et la pandémie du COVID-19.

L'analyse des données révèle que les enfants et adolescents handicapés ont 1,85 fois moins de chance d'être inscrits à l'école/

centre de formation que leurs camarades non handicapés. En effet, plus de la moitié des enfants et adolescents handicapés interviewés (56,09%) ne sont ni scolarisés ni en formation contre 30,28% pour les enfants et adolescents non handicapés. Cependant, il existe des disparités selon le milieu de résidence et le sexe dans la scolarisation des enfants/adolescents handicapés. L'enquête terrain a révélé que 39,33% des enfants/adolescents handicapés en milieu rural étaient scolarisés contre 47,96% de ceux vivant en ville et 42,72% des filles handicapées contre 44,44% pour les garçons handicapés. En d'autres termes, un enfant/adolescent handicapé en milieu urbain a plus de chance d'être scolarisé/être en formation (24%) que son compère handicapé en milieu rural et les filles handicapées ont 4,51% moins de chance d'être scolarisées/en formation que les garçons handicapés.

De plus, la plupart des structures fréquentées par les enfants/adolescents handicapés, n'ont ni de rampes d'accès (96,46%) ni d'enseignants spécialisés (87,37%).

...éloignement/manque de services sociaux de base surtout en milieu rural

La disponibilité des services sociaux est une condition pour l'offre de ces services. Toutefois, à Madagascar, les personnes handicapées notamment les filles et garçons handicapés sont confrontés à un manque de services sociaux adaptés surtout en milieu rural. A titre illustratif, plus de la

moitié (59,51%) des enfants/adolescents handicapés mettent plus de 30 minutes pour atteindre le centre de santé le plus proche de leur lieu d'habitation. En milieu rural, ils sont seulement 37,88% à mettre moins de 30 minutes pour atteindre le centre de santé le plus proche.

... la plupart des enfants handicapés n'arrivent pas à avoir accès à des soins adéquats

L'enquête terrain a révélé que seulement 33,90% des enfants/adolescents handicapés interviewés arrivent à recevoir tous les soins dont ils ont besoin bien que la plupart d'entre eux (95,22%) ont des besoins de soins particuliers dus à leur handicap (notamment la gestion de l'hygiène menstruelle pour les

filles handicapées). Par ailleurs, 24,74% des enfants/adolescents handicapés qui ont recours aux tradipraticiens ou à l'automédication n'étaient pas satisfaits des soins dans les centres de santé (27,74% pour les garçons handicapés et 22,33% pour les filles handicapées).

...le manque d'adaptations limite l'accès des enfants et adolescents handicapés aux services d'eau d'hygiène et d'assainissement (EHA) comparativement à leurs camarades qui ne présentent aucune difficulté fonctionnelle

Les analyses des données terrain ont révélé que les enfants et adolescents handicapés ont 2,82 et 1,47 fois plus de chances d'être confrontés à des difficultés d'accès aux dispositifs d'eau de boisson respectivement dans les ménages et dans les écoles/centres de formation que leurs camarades non handicapés. En effet, les dispositifs d'eau de boisson dans les ménages sont difficilement accessibles ou inaccessibles à 53,94% des enfants et adolescents handicapés (52,94% des filles handicapées et 54,93% des garçons handicapés) contre 19,15% des enfants et adolescents non handicapés interviewés (18,49% des filles non handicapées et 19,81% des garçons non handicapés). Au niveau des écoles/centres de formation, ces taux sont de 48,07% pour les enfants et adolescents handicapés (48,92% des filles handicapées scolarisées et 47,26% des garçons handicapés scolarisés) et de 32,75% et pour ceux qui ne présentent pas de handicap (37,21% et 28,17 % respectivement pour les filles et les garçons non handicapés).

En ce qui concerne les services d'assainissement (toilettes/lieux d'aisances, etc.), les enfants et adolescents handicapés ont 3,40 et 2,47 fois plus de risques d'être confrontés à des difficultés d'accès respectivement dans les ménages et dans les écoles/centres de formation par rapport à leurs camarades qui ne présentent pas de handicap.

En effet, l'accès aux toilettes/lieux d'aisances est problématique pour 38,64% des enfants/adolescents handicapés (36,84% des filles handicapées et 40,44% des garçons

handicapés) et 11,36% des enfants/adolescents non handicapés (11,91% des filles non handicapées et 10,79% des garçons non handicapés) au sein des ménages.

Au niveau des écoles, l'accès aux toilettes et lieux d'aisance est problématique pour 23,50% des enfants/adolescents handicapés et 9,50% des enfants/adolescents ne présentant pas de handicap. Par ailleurs, l'analyse genre inter-handicap révèle que 76,49% des filles handicapées interviewées qui sont scolarisées ont accès facilement aux toilettes/lieux d'aisance contre 76,03% au niveau des garçons handicapés.

Quant à l'accès aux dispositifs de lavage, les enfants et adolescents handicapés ont 4,25 et 2,89 fois plus de chances d'être confrontés à des difficultés d'accès respectivement dans les ménages et dans les écoles/centres de formation par rapport à leurs camarades ne présentant pas de difficultés fonctionnelles. En effet, ils sont 25,01% parmi les enfants/adolescents handicapés (13,96% des filles handicapées et 33,96% des garçons handicapés) à affirmer qu'ils ont des difficultés d'accès/pas accès aux dispositifs de lavage de mains dans les ménages contre 5,88% parmi leurs camarades non handicapés (7,5% pour les filles non handicapées et 4,84% pour les garçons non handicapés).

Au niveau des écoles/centres de formation, ces proportions sont de 26,67% pour les enfants/adolescents handicapés (24,46% des filles handicapées et 28,76% des garçons handicapés) et 2,91% pour les enfants/adolescents handicapés (4,58% des filles handicapées et 1,39% des garçons).

... les aides sociales sont plus orientées vers les enfants et adolescents non handicapés que ceux présentant un handicap du fait du système de référencement du handicap

Le système de protection sociale pour les enfants et adolescents handicapés n'est pas assez développé et est principalement du fait des acteurs privés (ONG, associations, etc.). Par ailleurs, le référencement du handicap est fait au niveau des services sociaux de base. Ainsi donc, du fait de leur faible fréquentation des services sociaux, plusieurs enfants/adolescents handicapés se trouvent privés des initiatives d'aides sociales. Les données de l'enquête terrain indiquent que les enfants/adolescents handicapés ont moins de chance de bénéficier d'aides sociales comparativement à leurs camarades non handicapés. Les données de l'enquête terrain révèlent que les enfants/adolescents handicapés ont respectivement 0,64 fois moins de chance de recevoir des aides de l'Etat et des ONG que leurs camarades non handicapés. En outre, 25,87% des enfants non handicapés interviewés ont déjà bénéficié d'aide du gouvernement contre seulement 9,27% des enfants handicapés interviewés.

La même situation est observée en ce qui concerne les aides venant des ONG et associations, mais avec une nette amélioration du rapport de chance mais toujours en faveur des enfants non handicapés. En effet, les enfants handicapés ont 0,12 fois moins de chances de bénéficier des aides des ONG et associations comparativement à leurs camarades non handicapés.

Une analyse plus approfondie des aides sociales reçues fait ressortir des disparités par sexe. En effet, 12,04% des filles handicapées interviewées reçoivent des aides sociales du gouvernement mais aussi des ONG/associations tandis que cette proportion pour les garçons handicapés est de 9,85% pour les aides reçues des ONG/associations et lorsqu'il s'agit des aides venant du gouvernement (6,46%).

De plus, les rares services de réadaptation à base communautaire fonctionnels sont localisés en milieu urbain.

CAPACITÉS DES SERVICES SOCIAUX EN CHARGE DE LA PROMOTION DE L'INCLUSION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

Offres de services des structures spécialisées/inclusives limités surtout en milieu rural et pour les filles handicapées

L'enquête terrain a constaté les insuffisances dans les capacités d'offre des services sociaux de base pour les enfants/adolescents handicapés surtout pour les filles handicapées.

Les programmes de formation offerts/prestations de services offertes et

l'environnement d'apprentissage (matériels didactiques, pédagogiques, équipement, infrastructures...) sont limités et ne prennent pas en compte certains types de handicap.

Par ailleurs, la plupart des structures spécialisées/inclusives sont en milieu urbain.

Les structures spécialisées et/ou inclusives, majoritairement privées, dépendent largement de financements extérieurs.

L'accompagnement de l'Etat reste insuffisant au regard des besoins des structures. Les structures spécialisées et/ou inclusive de prise en charge des enfants et adolescents handicapés sont généralement financés par les donateurs externes posant ainsi le

problème de durabilité.

STATISTIQUES SUR LE HANDICAP

Des insuffisances sur les données statistiques sur le handicap à Madagascar entachent leur fiabilité/comparabilité

Les données officielles sur le handicap à Madagascar proviennent du Recensement général de la population et de l'habitat (RGPH-2018) et de l'Enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) effectuée en 2018. Toutefois, les données comportent des insuffisances (notamment le manque de consensus sur la définition du handicap,

le manque de désagrégation, etc.) qui entachent leur fiabilité/comparabilité si bien qu'elles ne peuvent être utilisées pour une bonne programmation et planification des politiques de promotion des personnes handicapées, en particulier des enfants et adolescents handicapés.

RECOMMANDATIONS

Au regard des différents constats et analyses, des recommandations ont été formulées à plusieurs niveaux afin d'améliorer la situation des enfants et adolescents handicapés à

Madagascar notamment dans l'accès aux services sociaux de base et la restauration de leur dignité. Elles s'articulent autour de 5 axes à savoir :

Axe 1 : Renforcement de l'environnement protecteur

- Compléter le cadre juridique et réglementaire avec des textes (décrets, arrêtés, etc.) en phase avec les conventions internationales
- Mettre en place des mécanismes pour prévenir et lutter contre la violence envers les filles et garçons handicapés
- Adapter le milieu de vie et les structures offrant des services sociaux de base aux personnes handicapées et plus particulièrement aux filles et garçons handicapés tout en assurant l'égalité de genre

Axe 2 : Facilitation de la demande des services sociaux de base

- Accompagner les parents des enfants/adolescents handicapés pour faciliter l'accès de leurs enfants/adolescents aux services sociaux de base tout en assurant l'égalité de genre en ce qui concerne l'accès de ces services
- Délivrer un acte de naissance à chaque enfant dès sa naissance

Axe 3 : Amélioration de l'offre et qualité des services sociaux

- Doter davantage les localités de structures et de services de réadaptation à base communautaire offrant des services adaptés en tenant compte des dispositions de la CDPH
- Former davantage de personnels qualifiés au profit des structures offrant les services sociaux de base en faveur des filles et garçons handicapés
- Renforcer la formation initiale et mettre en place un mécanisme de formation continue des personnels en poste dans les structures offrant les services sociaux de base en faveur des filles et garçons handicapés

Axe 4 : Amélioration de la gouvernance et renforcement du dispositif de pilotage et du système d'informations et statistiques du handicap

- Renforcer le positionnement institutionnel et l'organisation du MPPSPF
- Renforcer les ressources techniques et humaines du MPPSPF et des autres ministères sectoriels en ce qui concerne l'inclusion des filles et garçons handicapés et les données statistiques s'y afférent
- Améliorer le système d'information et de gestion des données

- Opérationnaliser davantage les organes et mécanismes de surveillance et de veille existants en matière de promotion des droits des filles et garçons handicapés
- Accroître les allocations budgétaires de l'Etat à la hauteur des besoins et consolider davantage l'appui des partenaires au développement
- Impliquer les communes dans la mise en place et la gestion de structures spécialisées de services sociaux de base

Pour chacune de ces recommandations, des actions prioritaires sont proposées. Les responsables et les partenaires de mise en œuvre sont également indiqués.



© UNICEF / UN0622838 / Raivaifa

1. INTRODUCTION

À Madagascar, plus d'un enfant sur 10 présente un handicap, ce qui constitue une frange non négligeable de la population qui souffre du handicap. Cette frange souffre également de nombreux préjugés qui empêchent leur épanouissement et leur inclusion dans la société. Les principales barrières à leur inclusion incluent non seulement les facteurs environnementaux (perceptions négatives, les préjugés relatifs aux handicaps et les déficiences, inadéquation des infrastructures dédiés aux personnes en situation de handicap, etc.) mais aussi leurs caractéristiques individuelles (sexe, âge, type de handicap, nationalité, localisation et composition de son foyer, la situation socio-économique

de sa famille, etc.). Lors de l'élaboration du PNIH en 2015, 77 % des personnes enquêtées estimaient que les services et les équipements communautaires destinés à la population générale ne sont pas accessibles aux personnes handicapées. De plus, les filles handicapées subissent doublement le poids de ces préjugés et exclusions contre les personnes handicapées à cause de leur nature féminine.

Face à ces situations, Madagascar a ratifié la convention internationale relative aux droits des personnes en situation de handicap (CDPH) en 2014, puis a concrétisé cette initiative en 2015 par l'élaboration et l'adoption du plan national d'inclusion de

handicap (PNIH). Le pays s'est également doté d'une Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS)² et d'une Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS, 2019-2023).

Toutefois, malgré l'engagement progressif des autorités et des partenaires au développement, force est de souligner que des efforts restent à faire afin que les personnes handicapées notamment les enfants et adolescents handicapés puissent jouir pleinement de leurs droits. En effet, les enfants (0-17 ans) et les adolescents (10-19 ans) handicapés à Madagascar sont généralement privés de leurs droits fondamentaux comme l'accès à l'éducation, aux soins ou encore le droit d'être écoutés et restent exposés à des violences physiques et morales en occurrence les violences basées sur le genre (VBG).

Le RGPH 2018 a révélé que les personnes handicapées, et en particulier les enfants et adolescents rencontrent des obstacles dans la réalisation de leurs droits. En effet, le taux brut de scolarisation au primaire est de 69,7% pour les enfants handicapés (69,9% pour garçons et 69,6% pour les filles). Quant au MICS 2018, il révèle que plus de la moitié des enfants (6 à 10 ans) handicapés ne sont pas scolarisés. 47,8 % des enfants handicapés sont atteints de la malnutrition chronique et 57,1 % des femmes de 20 à 24 ans vivant avec un handicap se sont mariées avant 18 ans.

De plus, le rapport sur l'analyse des Privations Multiples des enfants à Madagascar (MODA 2020) révèle que les enfants handicapés ont davantage de risque d'être atteints de la pauvreté multidimensionnelle par rapport à ceux qui ne présentent aucun handicap.

Fort de ce constat, l'UNICEF s'est engagé à accompagner davantage les autorités malgaches pour générer des évidences récentes dans l'optique d'appuyer les prises de décisions et l'élaboration de stratégie nationale inclusive et sensible au genre. La présente étude d'analyse de situation des enfants handicapés à Madagascar s'inscrit dans ce cadre.

² La vision de la PNPS est que : « la moitié de la couche de la population vulnérable bénéficie d'une couverture de protection sociale efficace d'ici 2030 ».

L'objectif général de l'étude est d'évaluer et d'analyser la situation en ce qui concerne la réalisation des droits des enfants (0-17ans) et des adolescents (10-19ans) malgaches handicapés.

Le présent rapport rend compte des principaux résultats de l'analyse de la situation des enfants et des adolescents malgaches handicapés.

La suite du rapport est structurée en six (06) principales parties :

- La première partie présente l'approche méthodologique adoptée notamment le champ de la mission, les principales questions d'analyse, les différentes difficultés rencontrées dans le cadre de l'étude.
- La deuxième partie présente le cadre stratégique du handicap à Madagascar.
- La troisième partie fait une analyse des enjeux de la problématique du handicap notamment à travers la présentation du cadre conceptuel du handicap, ses principales causes, l'analyse de la situation du handicap à Madagascar et de l'évaluation du coût du handicap.
- La quatrième partie, quant à elle, présente à travers l'enquête terrain et la revue documentaire, les résultats relatifs à l'accès aux services sociaux de base (éducation, santé, EAH, etc.).
- La cinquième fait une analyse des goulots d'étranglements et obstacles à l'inclusion des enfants/adolescents handicapés
- La sixième, quant à elle, fait l'analyse des capacités des services sociaux en charge de la promotion et de la protection des enfants/adolescents handicapés
- La septième et dernière partie du rapport présente la conclusion et les recommandations formulées.



2. APPROCHE METHODOLOGIQUE

La présente analyse situationnelle des enfants handicapés à Madagascar s'est faite suivant une démarche participative, basée sur le genre et aussi suivant les guidelines de l'UNICEF en matière d'analyse de situation (SitAn) en général, celle des personnes handicapées en particulier. Elle a allié aussi bien les méthodes qualitatives que quantitatives.

Les méthodes qualitatives ont porté sur l'exploitation de la revue de littérature (analyse

documentaire), des focus group avec les parents des enfants/adolescents handicapés et non handicapés, des entretiens avec les parties prenantes et des observations. Quant aux méthodes quantitatives, elles ont consisté en une enquête de terrain auprès des ménages (enfants/adolescents handicapés et non handicapés) et également à l'exploitation de données secondaires. Les analyses ont été faites selon le genre et le sexe du chef de ménage (quand cela était pertinent).

2.1. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

La mission s'est déroulée en trois (03) grandes phases à savoir (i) le **cadre de l'étude**, (ii) la **collecte de données (primaires et secondaires) et de traitement** et (iii) **l'analyse des données et le rapportage**.

La phase de cadrage s'est faite sur la base de (i) consultations préliminaires et de (ii) rencontres de travail avec l'UNICEF et le comité de pilotage et de suivi de l'étude.

Elle a permis de discuter et valider la méthodologie (objectifs, questions d'analyse,

champ de l'étude, échantillon, etc.) et les outils de collecte de données. Tous les protocoles et outils de l'étude ont été revus et approuvés par le Comité d'Éthique de la structure Health Media Lab (HML). L'étude a reçu l'avis favorable de ce comité.

Ensuite, lors de la phase de collecte et de traitement des données, la mission a procédé (i) aux investigations sur la base d'une revue documentaire, d'entretiens et de focus groupes à l'aide d'outils de collecte et

d'analyse (guide d'entretien, questionnaire, grille de lecture) et (ii) au traitement/apurement des données.

Le traitement/apurement des données, récupérées de la plateforme de collecte mobile KOBOTOOLBOX, a consisté à vérifier l'exhaustivité des données, identifier les données manquantes, les valeurs aberrantes et les doublons éventuels. Une fois la base de données apurée, la mission a procédé à la tabulation et à la production des tableaux en fonction des besoins de l'analyse.

La liste des personnes ressources morales rencontrées est présentée en annexe 1.

La dernière phase, « analyse des données et rapportage » a permis de produire un rapport provisoire qui a été soumis à l'amendement du comité technique de suivi de la mission. Le présent rapport final provisoire prend en compte les amendements de ce comité.

Cette version du rapport est soumise à l'amendement et à la validation des parties prenantes. A l'issue de ces travaux d'amendement et de validation, une version finale définitive sera produite en prenant en compte les amendements des parties prenantes.

2.2. PRINCIPALES QUESTIONS D'ANALYSE ET CADRE DE COLLECTE, DE TRAITEMENT ET D'ANALYSE DES DONNÉES

PRINCIPALES QUESTIONS D'ANALYSES

L'analyse de la situation des enfants handicapés à Madagascar est structurée autour d'une série de questions élaborées sur la base des déterminants relatifs aux barrières et goulots d'étranglement auxquels sont confrontés les enfants et adolescents handicapés, filles et garçons. Ces déterminants sont classés dans : i)

l'environnement favorable, ii) l'offre, iii) la demande, et iv) la qualité des services / interventions pour les enfants handicapés.

L'annexe 2 présente les principales questions d'analyse formulées en lien avec les objectifs de l'étude.

ECHANTILLON

La méthode d'enquête adoptée dans le cadre de cette étude a allié choix raisonné et aléatoire. La collecte des données a concerné (i) les ménages (enfants/adolescents, parents/tuteurs, etc.), (ii) les prestataires de services (éducation, santé, eau assainissement, protection sociale, institutions spécialisées), (iii) les leaders communautaires, (iv) les décideurs politiques, (v) les directions provinciales, (vi) les associations, ONG et OSC, (vii) les PTF.

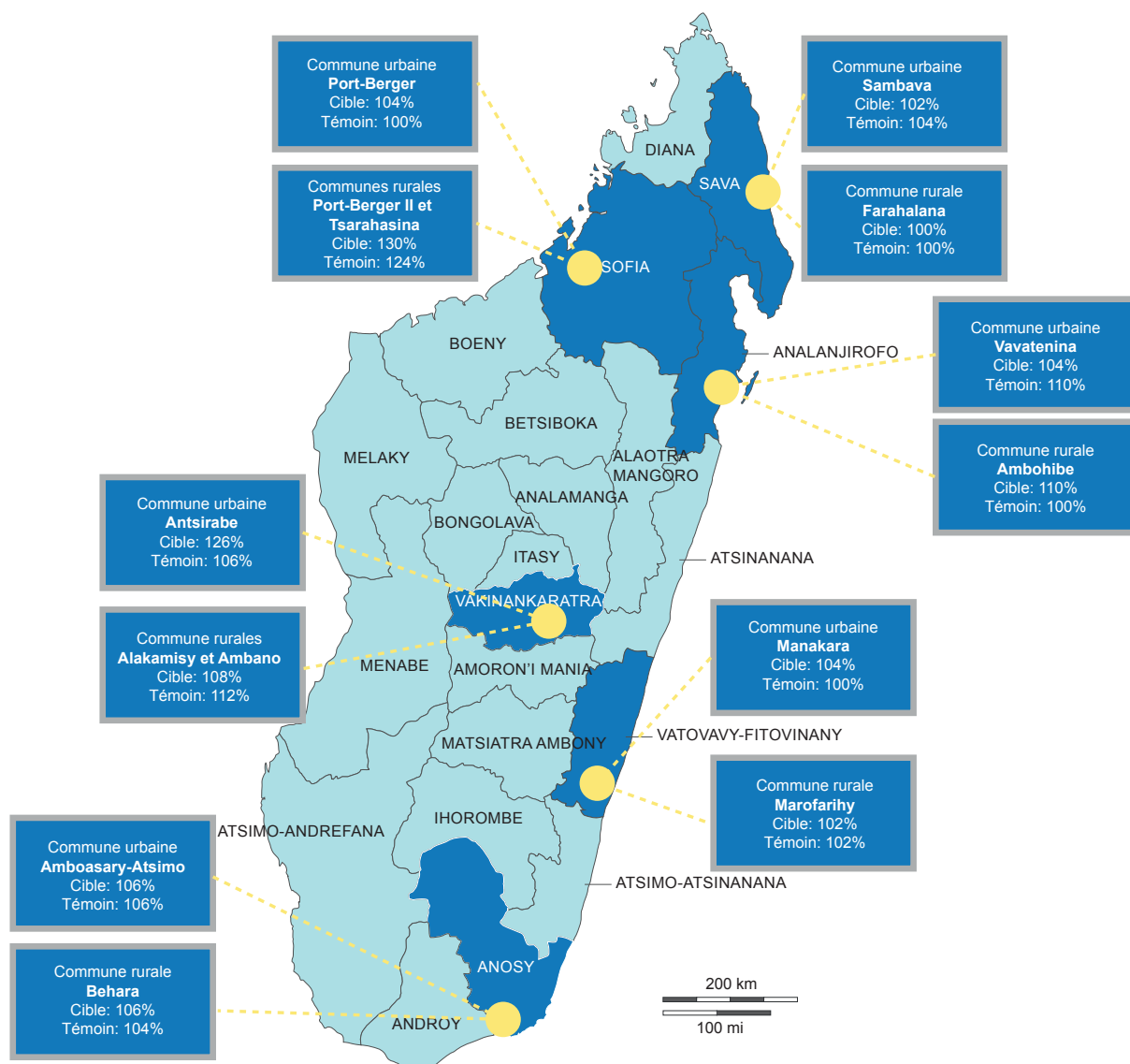
urbain et le milieu rural. Ainsi, dans chaque région visitée, une commune urbaine et une commune rurale ont été visitées. Le choix des localités a été fait en tenant compte notamment de la prévalence par type de handicap.

La collecte a couvert l'ensemble des six (06) provinces du pays. Quatorze (14) localités ont été visitées dont six (06) communes urbaines et huit³ (08) communes rurales. Les localités visitées et les cibles atteintes sont présentées sur la carte 1 ci-dessous.

Pour la définition de l'échantillon, deux strates ont été considérées à savoir le milieu

³ Les communes rurales de Tsarahasina dans la région de Sofia et de Ambano dans la région de Vakinankaratra ont été visitées afin d'atteindre le quota d'enfants handicapés par sexe et par type de handicap échantillonné

Carte 1 : Localités visitées et cibles atteints



Source : Auteur

Au total 1364 interviews ont été réalisées du 30 mai au 16 juin 2022. Les tableaux 1 et 2 récapitulent la répartition de ces interviews.

Tableau 1 : Echantillon des interviews réalisées auprès des ménages (Enquête quantitative)

Interviews réalisées	Filles	Garçons
Groupe cible (enfants handicapés)	323	324
Groupe témoin (enfants non handicapés)	319	315
Total	642	639

Source : Auteur, à partir des données d'enquête

Tableau 2 : Echantillon des interviews réalisées (Enquête qualitative)

Interviews réalisées	Nombre	Interviews réalisées	Nombre
Structures centrales	4	PTF	5
Ministère en charge de la promotion sociale/ Direction Générale de la Population	1	Christsophel Blinden Mission (CBM)	1
Assemblée Nationale / Commission sociale	1	Humanité et Inclusion (HI)	1
Service Éducation Inclusive	1	Ambassade de la Norvège	1
Ministère de la santé/Service de la protection des personnes vulnérables	1	USAID	1
Privé, OPH et leaders d'opinion	18	OMS	1
Institutions spécialisées	6	Structures déconcentrées	18
Association de promotion des personnes handicapées	12	Directions régionales en charge de la promotion sociale	6
Leader communautaire et d'opinion		Autorités communales	12

Source : Auteur, à partir des données d'enquête

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Le traitement des données a consisté à récupérer les données de la plateforme de collecte (Kobotoolbox) et à les convertir sous forme de base de données STATA et sous format Excel. L'apurement de la base de données a porté sur la vérification de l'exhaustivité des données, le traitement des données manquantes, des valeurs aberrantes et des doublons éventuels. Une fois la base de données apurée, la mission a

procédé à la tabulation et la production des tableaux suivant les besoins d'analyses.

Les réponses aux questions ouvertes ont été retranscrites. Une grille d'analyse en fonction des objectifs de l'étude a été conçue à travers des mots-clés. Par la suite, la mission a procédé à une codification des mots clés en lien avec les objectifs de sorte à déterminer leur fréquence.

2.3. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Les principales difficultés rencontrées au cours de cette mission étaient liées à (i) l'indisponibilité des acteurs institutionnels et des enfants/adolescents, (ii) l'insécurité dans certaines zones et (iii) l'absence d'électricité dans certaines zones surtout en milieu rural.

Ces difficultés ont pu être surmontées grâce notamment à l'engagement des agents de collecte mais aussi à la collaboration des populations.

La mission a également fait face à des insuffisances dans la désagrégation des données secondaires (âge, sexe, milieu de résidence, etc.)



3. CADRE STRATEGIQUE DU HANDICAP À MADAGASCAR

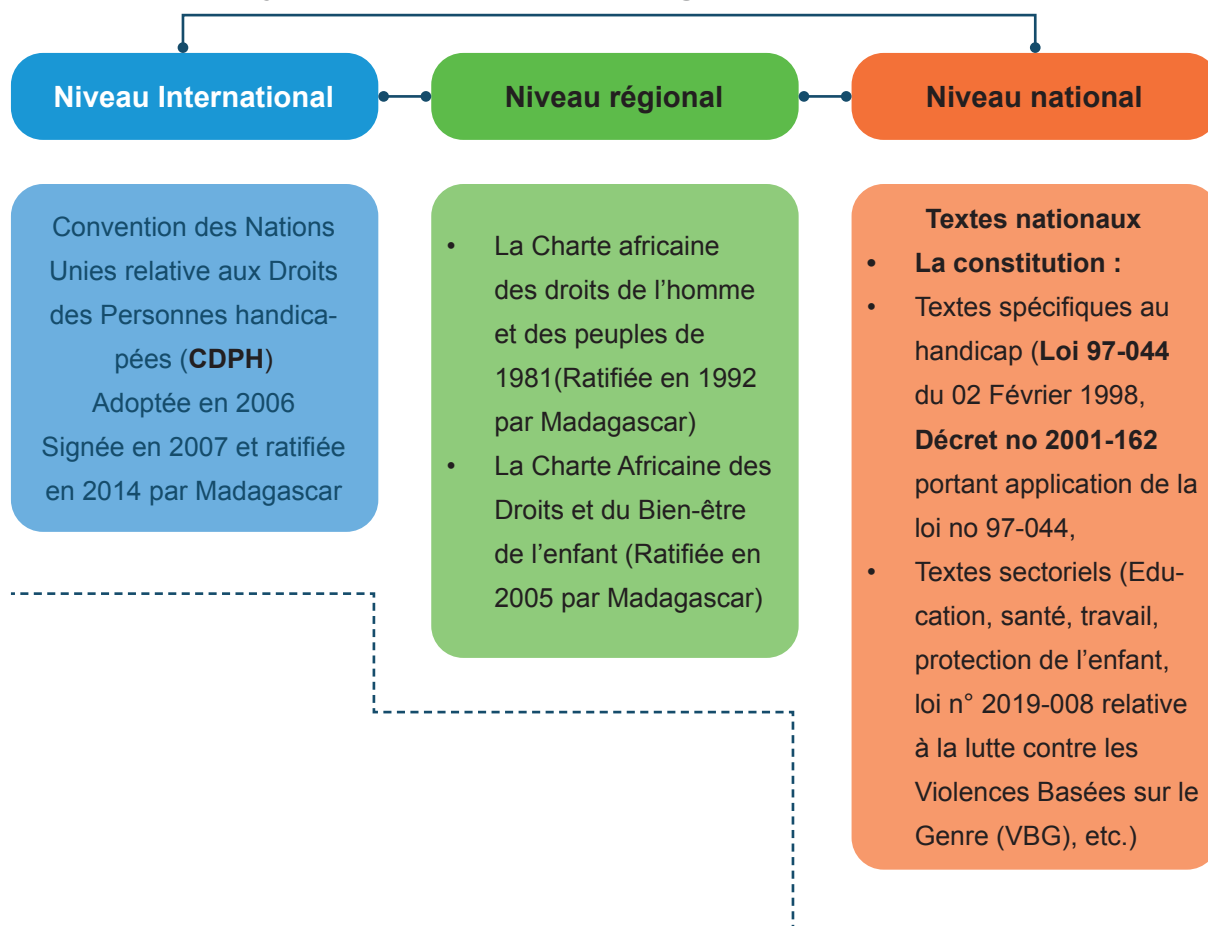
3.1. CADRE JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

Une volonté manifeste de l'Etat de promouvoir les droits des personnes handicapées

Dans le cadre de la protection des personnes handicapées et de la promotion de leur droit, plusieurs engagements, tant au niveau international, régional que national, ont été pris par le gouvernement malgache. Ces engagements témoignent

de la volonté de Madagascar de promouvoir les droits des personnes handicapées et leur intégrité, particulièrement ceux des filles et femmes handicapées qui sont doublement désavantagées du fait du handicap et du sexe.

Schéma 1 : Cadre juridique du handicap à Madagascar



Source : Auteur à partir de la revue documentaire

AU NIVEAU INTERNATIONAL

Adoptée en décembre 2006, la Convention des Nations Unies relative aux Droits des Personnes handicapées (CDPH) vise à « promouvoir, protéger et assurer » la dignité, l'égalité devant la loi, les droits humains et les libertés fondamentales des personnes avec des handicaps en tous genres. En septembre

2007, c'est-à-dire environ un an après l'adoption de la CDPH, le gouvernement malgache l'a signée. Toutefois, c'est un peu plus de sept (07) ans après que sa ratification s'est faite à travers la loi 2014-031.

Les pays ayant signé et ratifié la convention, doivent produire un rapport détaillé dans un délai de deux ans à compter de la date d'entrée en vigueur et des rapports complémentaires tous les quatre ans (article 35 de la convention). La production de ces

rapports accuse un retard qui n'a débuté qu'en 2017. Toutefois, on peut noter la mise en place d'un comité interministériel de rédaction de rapport des droits de l'homme dirigé par le ministère de la Justice chargé de la rédaction du rapport.

AU NIVEAU RÉGIONAL

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981

Cette charte a été adoptée en juin 1981 à Nairobi (Kenya) pendant la Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine. Elle invite les pays signataires à la reconnaissance des droits, devoirs et libertés et à s'engager à adopter des mesures législatives pour les faire prévaloir. Ratifiée en 1992 par Madagascar, elle contient des dispositions spécifiques aux personnes handicapées notamment à son article 18.4 qui stipule « Les personnes âgées ou handicapées ont également droit à des mesures spécifiques de protection en rapport avec leurs besoins physiques ou moraux ». En effet, cette

disposition de l'article 18.4 est proche de l'idée générale défendue par la CDPH.

La Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'enfant

Adoptée en 1990 par la Conférence de l'Organisation de l'Unité Africaine et entrée en vigueur le 29 novembre 1999. Cette charte a été ratifiée par Madagascar en juin 2005. Cette charte abordant les questions relatives aux droits et bien-être des enfants comporte des dispositions relatives aux enfants handicapés à travers son article 13. Les éléments de l'article 13 sont plus ou moins alignés à l'article 7 de la CDPH qui aborde les droits des enfants handicapés.

L'opérationnalisation des instruments juridiques est limitée par l'insuffisance de la prise en compte des dispositions des engagements internationaux et régionaux, la méconnaissance et la non appropriation de ces instruments par les acteurs

Dans le souci d'opérationnaliser les engagements pris au niveau international et régional, Madagascar a pris des résolutions au niveau national notamment des lois, des décrets, etc. Toutefois, la principale difficulté réside dans l'opérationnalisation de ces instruments juridiques. En effet, la mise en œuvre de ces instruments reste limitée

du fait de leur méconnaissance et/ou non appropriation par les acteurs mais aussi au vu des besoins des personnes handicapées. De plus, ces instruments ne se sont pas toujours alignés avec les dispositions des engagements pris au niveau international et régional.

... la problématique du handicap n'est pas explicitement prise en compte dans la Constitution de Madagascar

La Constitution adoptée en 2010, bien qu'ayant déclaré de nombreux droits en faveur du citoyen, n'a pas formellement pris en compte la question du handicap. En effet, le mot « handicap » ne figure pas dans la constitution malgache. Cependant, elle contient des dispositions indirectes qui permettent de prendre en compte le handicap. En effet, dans le préambule de la constitution, il est mentionné que : « Considérant la situation géopolitique de Madagascar et sa

participation volontariste dans le concert des nations, et le pays faisant sienne, notamment : (i) la Charte internationale des droits de l'homme ; (ii) les conventions relatives aux droits de l'enfant, aux droits de la femme, à la protection de l'environnement, aux droits sociaux, économiques, civils et culturels. Aussi, l'article 137 stipule que « les traités ou accords régulièrement ratifiés ou approuvés ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois, sous

réserve, pour chaque accord ou traité, de son application par l'autre partie ».

Cependant, de façon explicite, la question

... Une mise à jour de la loi 97-044 pour s'aligner avec les textes de la CDPH est nécessaire

La Loi 97-044 du 02 Février 1998 régissant les droits des personnes handicapées constitue le cœur du cadre légal et réglementaire régissant les droits des personnes handicapées à Madagascar.

Par ailleurs, elle donne une définition du handicap notamment à son article 2 qui limite le handicap à l'aspect physique ou mental. Or la CDPH va plus loin en prenant en compte les aspects intellectuels ou sensoriels durables.

De façon générale, les dispositions de la loi se conforment aux directives des textes internationaux en matière des personnes handicapées. En effet, elle reconnaît les droits à la santé, les droits à l'éducation, les droits à la formation et à l'emploi et les droits sociaux en faveur des personnes handicapées, la mise en place d'instruments politiques et stratégiques (exemple article 10) et le développement de centres spécialisés (exemple article 18). Toutefois, certaines dispositions méritent d'être mise à jour car la loi date de 1998 et ne prend pas en compte certains principes généraux de la CDPH.

Également, la prise en compte des droits des enfants handicapés dans la loi, elle

du handicap a été prise en compte à Madagascar à travers des lois et décrets et arrêtés d'applications.

n'est faite spécifiquement que pour le secteur de l'éducation. Toutefois, bien que la **gratuité de l'enseignement primaire** soit un droit fondamental à Madagascar, il n'y a cependant pas de disposition explicite dans la loi 97-044 des PH rendant obligatoire la gratuité de l'enseignement primaire pour les enfants handicapés.

Aucune disposition de la loi ne rend obligatoire la gratuité ou l'octroi à un coût abordable des services de santé aux personnes handicapées notamment les enfants handicapés.

L'opérationnalisation de la loi 97-044 du 02 Février 1998 a été effective trois (03) ans après avec l'adoption du « **Décret no 2001-162** » en 2001. Par ailleurs, 6 arrêtés⁴ ministériels ont été adoptés pour compléter le décret no 2001-162. Ces arrêtés viennent renforcer davantage la mise en application du décret.

L'annexe 8 fait une analyse comparative de la CDPH et de la loi 97-044 du 02 Février 1998 régissant les droits des personnes handicapées.

... les dispositions de la CDPH concernant le travail des personnes handicapées ne sont pas suffisamment prises en compte dans la Loi n°2003-044 du 28 juillet 2004 portant Code du Travail

Cette loi traite des conditions de travail à Madagascar des femmes, des enfants et des personnes handicapées. Dans cette loi, les

personnes handicapées sont explicitement citées notamment au chapitre III à la section 3 (104 à 109). Cette section donne une

4 (i) Arrêté n° 23144/2004 du 2 décembre 2005 : Application des droits des personnes handicapées dans le domaine éducatif

(ii) Arrêté n° 23145/2004 du 27 décembre 2004 : Application des droits des personnes handicapées aux formations professionnelles et professionnalisantes

(iii) Arrêté n° 24665/2004 du 27 décembre 2004 : Application des droits des personnes handicapées en matière de santé

(iv) Arrêté n° 24666/2004 du 27 décembre 2004 : Application de la carte d'invalidité pour les personnes handicapées

(v) Arrêté n° 24667/2004 du 27 décembre 2004 : Application des droits des personnes handicapées dans le domaine de l'emploi et du travail

(vi) Arrêté n° 24668/2004 du 27 décembre 2004 : Application des droits sociaux des personnes handicapées

définition du handicap en lien avec le domaine de l'emploi et du travail et aborde la question de l'équité et de l'égalité de chance dans le domaine de l'emploi en faveur des personnes handicapées, l'accès aux bâtiments publics ou privés, en matière d'apprentissage et de formation professionnelle. Également, elle encourage les entreprises à recruter les personnes handicapées à travers des mesures incitatives et d'un cadre institutionnel adapté notamment la création d'institutions de réinsertion professionnelle des personnes handicapées. De plus cette loi fait mention des enfants dans certains articles.

Toutefois, certaines des dispositions de l'article 7 de la CDPH ne sont pas prises en

compte dans la présente loi. En effet, les enfants handicapés ne sont cités dans aucun article de la loi. La loi n'a pas de dispositions qui encadrent : (i) la rémunération des personnes handicapées, la sécurité des personnes handicapées dans les lieux de travail, la protection des personnes handicapées contre l'esclavage, la servitude et le travail forcé ou obligatoire.

La sous-section 6.1 présente les goulots d'étranglement et les obstacles liés au cadre juridique et réglementaire qui affectent l'inclusion des enfants/adolescents handicapés dans les secteurs sociaux de base (éducation, santé, protection sociale, etc.).

3.2. CADRE INSTITUTIONNEL

Une multiplicité d'acteurs intervenant pour la promotion et la protection des personnes handicapées

À MADAGASCAR, plusieurs acteurs interviennent dans la mise en œuvre des politiques et programmes de protection des personnes handicapées notamment des

enfants et adolescents handicapés. Il s'agit entre autres des acteurs gouvernementaux, des ONG, des OSC,

ACTEURS GOUVERNEMENTAUX

Le gouvernement malgache reconnaît l'importance de la prise en compte des questions relatives au droit des personnes handicapées. À MADAGASCAR, de multiples ministères/institutions sont chargés de mettre en œuvre les actions en faveur des personnes handicapées. En effet, depuis son adhésion à la CDPH, Madagascar a fait des progrès notables dans la mise en place des institutions pour une bonne mise en œuvre des actions en faveur des personnes handicapées.

Les principaux ministères/institutions impliqués dans l'opérationnalisation des engagements pris par le gouvernement malgache sont entre autres :

- Ministère de la population, de la protection sociale et de la promotion de la femme (MPPSPF)
- Ministère de l'emploi, de la fonction publique et des lois sociales
- Ministère de l'éducation nationale

- Ministère de l'enseignement technique et professionnel
- Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche scientifique
- Ministère de la Santé publique
- Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène
- Ministère de la Jeunesse et des Sports
- Ministère de la Justice
- Ministère des transports et de la météorologie
- Ministère de l'économie et des finances
- Ministère de la Communication et de la Culture

Toutefois, les besoins des enfants handicapés ne sont pas souvent pris en compte dans les programmes de ces différents ministères surtout ceux des filles handicapées qui souffrent d'un double fardeau à cause de leur sexe et de leur handicap.

En outre, le Service de l'Assistance aux Personnes Âgées et Personnes en situation de Handicap au sein du MPPSPF est l'entité ministérielle qui assure le suivi et l'évaluation des activités relatives à l'assistance aux personnes en situation de handicap et âgées, d'assurer la sauvegarde et la promotion de la famille et la protection de l'enfant, de veiller à la situation des travailleurs migrants en situation de traite et de la diaspora ainsi que la lutte contre les risques d'action terroriste.

Au regard de l'importance qu'accorde la communauté internationale et les acteurs gouvernementaux à la question du handicap,

il serait intéressant que la gestion et la coordination des actions en faveur des personnes handicapées ne soient pas gérées par un service, mais une direction dédiée uniquement à la question du handicap à Madagascar. En outre, les points focaux au sein des autres ministères sectoriels pourront permettre à cette direction de remplir pleinement sa mission.

En plus des entités gouvernementales, plusieurs autres structures soutiennent la mise en œuvre des actions en faveur des personnes handicapées.

ONG / ORGANISATIONS DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

En dehors des initiatives prises par l'État malgache, des entités non étatiques telles que les institutions internationales, les ONG, les associations s'investissent pour le respect des droits des personnes en situation de handicap et pour leur inclusion sociale. Ces organismes interviennent dans plusieurs domaines comme l'accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, à la santé, à l'éducation.

En vue d'harmoniser les actions des ONG et des associations, une plateforme des personnes handicapées de Madagascar (PFPH/MAD) a été créée. Cette plateforme vise au respect des droits des personnes

en situation de handicap. Cette plateforme couvre 20 régions à Madagascar avec plus de 250 associations (handicap mixte et spécifique) et 8 fédérations (cf. annexe 6).

À travers cette plateforme, de nombreuses organisations coordonnent leurs actions pour représenter et défendre les droits des personnes handicapées à Madagascar. En effet, cette plateforme facilite la gestion et la mise en œuvre des actions en faveur des personnes handicapées. Pour certaines de leurs actions, elle se fait appuyer par les ministères impliqués (population, santé et éducation).

ACTEURS MULTILATÉRAUX ET DONATEURS

Dans le cadre de la mise en œuvre des actions en faveur des personnes handicapées, le gouvernement malgache se fait appuyer par des acteurs au niveau international tels que l'UNESCO, l'UNFPA, l'UNICEF, le PAM, la Banque Mondiale, l'UE, Christian Blind Mission, l'OMS, l'AFD, Humanité et inclusion (HI), etc.

L'annexe 7 présente les différents acteurs multilatéraux et donateurs en faveur du handicap à Madagascar.

Ces acteurs interviennent généralement dans le domaine de l'éducation inclusive délaissant ainsi les autres secteurs tels que l'eau et assainissement, la santé, la formation

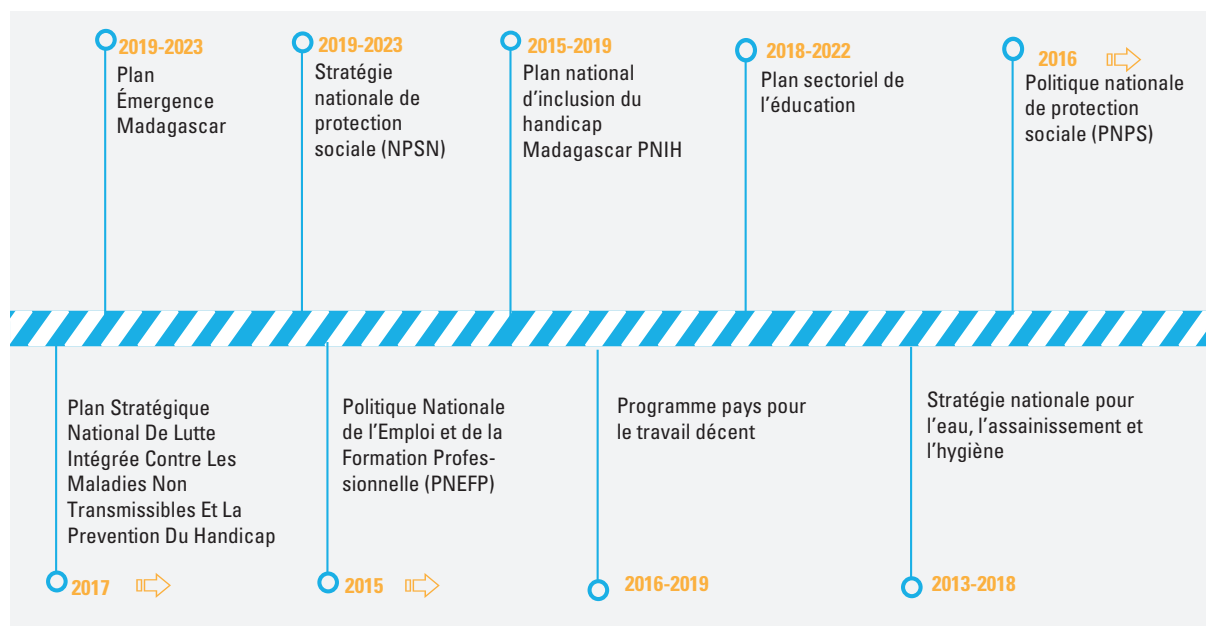
professionnelle, etc. Malgré la situation géographique du pays qui l'amène à faire face à des catastrophes, on constate que les domaines de la gestion des risques, et les réponses humanitaires ne sont pas bien pris en compte par les acteurs, car il n'y a que quelques acteurs qui interviennent dans ces domaines à l'image de l'UNICEF qui travaille pour la réalisation des droits des enfants y compris ceux en situation de handicap.

3.3. CADRE POLITIQUE ET STRATÉGIQUE

Afin d'opérationnaliser les différents engagements pris au niveau international et national en matière de promotion et protection des personnes handicapées, Madagascar s'est doté d'instruments politiques et stratégiques tant au niveau national qu'au niveau sectoriel.

Le schéma ci-après donne une vue synthétique de ces politiques et stratégies clés mises en place à Madagascar pour protéger et promouvoir les droits des personnes handicapées.

Schéma 2 : Quelques politiques et stratégies en faveur des personnes handicapées



Source : Auteurs, à partir de la revue documentaire

3.3.1. Alignement du Plan National d'inclusion du handicap 2015-2019 avec la CDPH

L'élaboration de ce plan s'inscrit dans la volonté du pays de s'aligner à la Convention relative aux Droits des Personnes handicapées signée en septembre 2007 et aussi aux lois nationales sur les personnes handicapées.

En référence à l'objectif général du PNIH⁵, les différentes couches de la société notamment les enfants sont pris en compte. Ainsi donc, les dispositions de l'article 7 de la CDPH relatif aux enfants handicapés sont prise

en compte dans le PNIH. En effet, les trois objectifs spécifiques du plan sont conformes aux points 1⁶ et 3⁷ de l'article 7 de la CDPH. Quant au point 2⁸, il ne ressort pas clairement dans les différents objectifs et résultats du plan. Au regard du point 2 de l'article 7 de la CDPH, le plan devrait proposer des objectifs ou des résultats qui abordent de façon claire la question des enfants et adolescents handicapés.

5 L'objectif général du PNIH est de : « Accroître la participation sociale des hommes, femmes et enfants en situation de handicap dans le respect de leurs droits »

6 1. Les États Parties prennent toutes mesures nécessaires pour garantir aux enfants handicapés la pleine jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales, sur la base de l'égalité avec les autres enfants.

7 3. Les États Parties garantissent à l'enfant handicapé, sur la base de l'égalité avec les autres enfants, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité, et d'obtenir pour l'exercice de ce droit une aide adaptée à son handicap et à son âge

8 Dans toutes les décisions qui concernent les enfants handicapés, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale

3.3.2. Alignement du Plan Stratégique National de Lutte Intégré contre les maladies non transmissibles et la Prévention du Handicap (PSNLIMNT- PH) avec la CDPH

Ce plan vise à prévenir les MNT et le handicap pour la réduction significative de la mortalité liée aux maladies non transmissibles (MNT), la morbidité, l'incapacité ainsi que le niveau d'exposition aux facteurs de risque pour la santé associé au tabac, à l'alcool, aux drogues, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité.

L'analyse du document du PSNLIMNT- PH révèle qu'il est aligné avec les dispositions de l'article 25 de la CDPH relative à la santé qui stipule que « ... les personnes handicapées

ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. Ils prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécifiques, y compris des services de réadaptation... ». Les résultats et les axes stratégiques du plan abordent la santé des personnes handicapées de façon générale, mais ne font pas mention de la santé de l'enfant handicapé de façon spécifique comme le recommande l'article 7 de la CDPH.

3.3.3. Alignement du plan sectoriel de l'Éducation 2018-2022⁹ avec la CDPH

Le PSE 2018-2022 prend en compte l'éducation inclusive et vise quatre cibles à savoir (i) les enfants jamais scolarisés, (ii) les déscolarisés, (iii) les enfants présentant des déficiences légères ou moyennes (ESH1) et (iv) les enfants présentant des déficiences lourdes ou profondes (ESH2) relevant d'établissements spécialisés. Le PSE prend donc en compte tous les degrés de déficiences des enfants : légères ou moyennes, lourdes ou profondes.

L'objectif visé dans la prise en compte de l'éducation inclusive dans le PSE est « *d'assurer que tous les enfants vulnérables ou à besoins spécifiques ont accès à des opportunités éducatives et toutes les possibilités d'y maintenir ces derniers, plus particulièrement une éducation fondamentale de qualité de 9 ans* ».

Au regard des objectifs du PSE et de sa population cible, le PSE est conforme à l'article 24 de la CDPH lié à l'Éducation des personnes handicapées et à l'article 7 de la CDPH relative aux enfants handicapés.

3.3.4. Alignement de la Politique nationale de santé¹⁰ avec la CDPH

Adopté en 2016, elle a pour principal objectif « *d'harmoniser et coordonner toutes les interventions nécessaires et adaptées permettant d'améliorer l'état de santé de la population à travers un système de santé cohérent, renforcé, équitable et capable de répondre aux demandes et aux besoins sanitaires de la communauté même dans le cadre de la gestion des urgences et des catastrophes* ». Cette politique prône la santé de qualité et accessible **pour tous et par tous**. De façon indirecte, on constate que cette politique est inclusive. Toutefois, il serait préférable que la politique aborde de façon claire la question du handicap en

identifiant des actions spécifiques en faveur des personnes handicapées en particulier en faveur des enfants handicapés comme stipulé dans la CDPH (article 7).

⁹ « Pour une éducation de qualité pour tous, garantie du développement durable »

¹⁰ « 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 »

3.3.5. Alignement de la Politique Nationale de Protection Sociale (PNPS) avec la CDPH

Le système de protection sociale à Madagascar couvre à travers le volet non contributif les plus pauvres, les personnes vulnérables, les personnes âgées, celle en situation de handicap, les enfants, les femmes, etc. La politique nationale de protection sociale (PNPS) s'articule autour de quatre axes stratégiques qui sont : (i) Augmentation des revenus des plus pauvres¹¹, (ii) Amélioration de l'accès aux services sociaux de base¹², (iii) Protection et promotion des droits des groupes spécifiques à risques¹³ et (iv) Consolidation progressive du régime contributif¹⁴.

Cette politique prend en compte la protection des personnes handicapées, car dans son « **Principe de non-discrimination** » elle stipule que : « *Les programmes et activités proposés dans la Politique Nationale de Protection Sociale sont exempts de toutes formes de discriminations entre autres les discriminations liées au genre, à l'âge, à l'appartenance ethnique, à la religion, à la nationalité, à la situation de handicap, à l'espace géographique...* ». Par conséquent, parmi les personnes ciblées par la politique, figurent les personnes handicapées.

En plus des axes stratégiques, il ressort que les services d'actions sociales visent surtout les groupes spécifiques (les personnes handicapées, personnes âgées sans ressources, orphelins, etc...) et tous les programmes de prévention, de gestion et de réponse aux risques.

¹¹ Objectifs spécifiques : (i) Mettre à l'échelle les transferts sociaux, (ii) Promouvoir les travaux HIMO et (iii) Renforcer les capacités des personnes vulnérables

¹² Objectifs spécifiques : (i) Rendre effective la prise en charge de l'enseignement de base, (ii) Améliorer la nutrition à l'endroit des groupes vulnérables, (iii) Améliorer l'accès et les prestations de services de santé aux groupes les plus vulnérables, (iv) Faciliter l'accès à l'eau et aux infrastructures d'hygiène et (v) Promouvoir l'accès aux logements

¹³ Objectifs spécifiques : (i) Alléger le coût de la vie des personnes à mobilité réduite, (ii) Prendre en charge les groupes spécifiques victimes de non-Droit et (iii) Faciliter la réinsertion familiale et sociale des marginalisés

¹⁴ Objectifs spécifiques : (i) Étendre la couverture en santé, (ii) Promouvoir les assurances sociales, et (iii) Promouvoir la sécurité sociale dans l'économie informelle





© UNICEF/JUN0762915/Ramasomanana

4. ANALYSE DES ENJEUX SUR LA PROBLEMATIQUE DU HANDICAP À MADAGASCAR

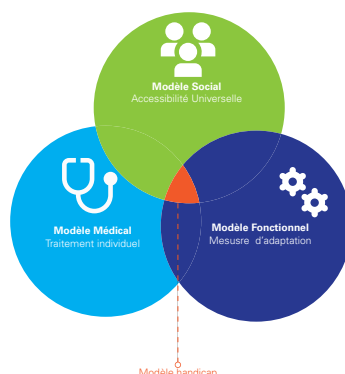
4.1. CADRE CONCEPTUEL DU HANDICAP

Le concept du handicap est complexe, évolutif et multidimensionnel

La conception du handicap ainsi que le regard porté par la société sur cette question ont connu une importante évolution au fil du temps. Historiquement trois (03) principaux modèles se distinguent : le modèle médical, le modèle fonctionnel et le modèle social.

Le handicap, longtemps traité uniquement comme problème médical¹⁵ depuis la deuxième guerre mondiale, est désormais aussi traité sous le « fonctionnel » et modèle « social ».

Schéma 3 : Cadre conceptuel du handicap



Source : Auteur, à partir de la revue documentaire

¹⁵ Le modèle « médical » du handicap a été utilisé pour la première fois par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans les débats sur l'utilisation des termes tels que « handicap », « déficience » et « invalidité » (Llewellyn & Hogan, 2000)

Dans le premier modèle, le handicap avait une définition purement médicale c'est-à-dire qu'uniquement défini par rapport à la maladie dont souffrait la personne. Le handicap se définissait alors par rapport aux incapacités que pouvait générer la maladie. Cette conception du handicap, largement critiquée car jugée trop réductionniste a fait émerger une autre conception du handicap. C'est ainsi qu'à partir des années 1960, l'approche qualifiée de modèle social voit le jour et va dès lors jouir d'une grande notoriété. Suivant ce modèle, le handicap est considéré comme un produit social, comme le résultat de l'inadéquation de la société aux spécificités de ses membres. L'origine du handicap est donc externe à l'individu. Cette conception est clairement opposée à celle sous-tendant le modèle médical et met en évidence la relation étroite entre les limitations ressenties par les

personnes handicapées et l'environnement qui les entoure. Cette généralisation du concept a affecté le regard des sociétés, la manière dont elles définissent le handicap et, par conséquent les dispositions prises pour leur insertion. En outre, deux approches se dégagent du modèle social : approche environnementale et l'approche par les droits de l'homme. Ainsi donc, traiter le handicap dans son aspect social exigerait alors de considérer plusieurs facettes, et qu'il soit ramené à la société, qui, à son tour, doit assumer un rôle plus responsable.

En ce qui concerne le modèle fonctionnel, les manifestations des difficultés rencontrées par une personne sont la cible première des interventions. Au-delà, des symptômes, ce sont les difficultés liées à cette situation qui sont compensées par différents moyens techniques et humains.

Tableau 3 : Synthèse des différentes approches du handicap

Modèles théoriques du handicap	Modèle médical	Modèle fonctionnel	Modèle social	
			Approche environnementale	Approche par les droits de l'homme
Causes	Problème de santé	Problème de santé	Limitations environnementales	Non-respect des droits humains
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> Intervention Diagnostic prénatal Éradication de la maladie éventuellement en cause 	Diagnostic précoce et rééducation		
Traitement	Guérison par moyens médicaux et technologiques	Réadaptations fonctionnelles	Mise en accessibilité et adaptations de l'environnement avec un contrôle accru des personnes handicapées sur les services et les soutiens	Reformulation des règles politiques, économiques et sociales
Responsabilité de la société	Eradiquer ou guérir le handicap	Améliorer la vie quotidienne des personnes handicapées par des mesures de compensation	Identification et élimination des barrières architecturales, sociales, économiques et psychologiques	Réduire les inégalités dans les droits et donner accès à une pleine citoyenneté
Domaines de référence	Politique sanitaire	Politique sociale : discrimination positive	Non-discrimination	Politique des droits de l'homme

Source : Auteur à partir de la revue documentaire

Selon la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, le handicap est un « terme générique désignant les déficiences¹⁶, les limitations¹⁷ d'activité et les restrictions de participation. Il désigne les aspects négatifs de l'interaction entre un individu (ayant un problème de santé) et les facteurs contextuels face auxquels il évolue (facteurs personnels et environnementaux) »¹⁸.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), définit la personne handicapée comme suit : « est handicapée toute personne dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromises ».

Dans son article 1, la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), définit les personnes handicapées comme « des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales,

intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ».

Le handicap apparaît donc comme une notion dont la définition évolue dans le temps et peut varier suivant le milieu ou le pays. Par ailleurs, à Madagascar, la loi no.97-044 stipule à son article 2 considère comme personne handicapée « toute personne qui présente une déficience congénitale ou acquise dans ses capacités physiques ou mentales et qui l'empêche d'assurer personnellement tout ou en partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale »¹⁹.

Cinq types de handicap sont officiellement reconnus à Madagascar²⁰:

- Visuel
- Auditif
- Moteur
- Psychique
- Autisme²¹

4.2. PRINCIPALES CAUSES DU HANDICAP

La principale cause du handicap des enfants/adolescents est d'ordre congénital

Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine du handicap des enfants et adolescents à Madagascar. Ils peuvent être génétiques (congénital) ou acquis (maladie, accident). La cause la plus évoquée par les enfants/adolescents handicapés interviewés la cause congénitale. En effet, 58,27% des enfants et adolescents handicapés interviewés l'évoquent contre 31,38% qui ont affirmé qu'ils sont devenus handicapés à la suite d'une maladie et 8,19% à la suite d'un accident.

Par ailleurs, les données révèlent également que les enfants/adolescents handicapés en milieu rural et les garçons handicapés sont relativement plus exposés au handicap par accident. En effet, les enfants/adolescents handicapés en milieu rural (9,45%) ont 1,37 fois plus de risques d'être handicapés par accident que ceux vivant en ville (6,90%). De même, les garçons handicapés (9,57%) ont 1,41 fois plus de risques d'être handicapés par accident que les filles handicapées (6,81%).

¹⁶ Altérations des fonctions organiques ou des structures anatomiques (déficience motrice, visuelle, auditive, intellectuelle, etc.)

¹⁷ Difficultés et barrières éprouvées dans l'accomplissement et la participation à une situation de la vie courante

¹⁸ <http://www.ethikos.ch/2415/handicap-selon-la-cif-definition?msckid=d92a1bbca6ca11ec8a640dfd44f47975>

¹⁹ Loi 97/044 du 02/02/98, Article 2

²⁰ Centre for Human Right (CHR) : le Centre œuvre pour une plus grande sensibilisation aux droits humains, la large diffusion des publications sur les droits humains en Afrique et l'amélioration des droits des femmes, des personnes vivant avec le VIH, des peuples autochtones, des minorités sexuelles et d'autres personnes ou groupes défavorisés ou marginalisés à travers le continent. <http://www.rodra.co.za/index.php/countries/madagascar-all/50-countries/madagascar/181-country-report-madagascar>

²¹ Auparavant assimilé au handicap psychique a été reconnu de manière consensuelle par les organismes malgaches concernés comme étant un type de handicap à part entière

Tableau 4 : Cause du handicap des enfants/adolescents handicapés interviewés selon le milieu de résidence et le sexe

	Milieu de résidence		Sexe de l'enfant		Ensemble
	Rural	Urbain	Féminin	Masculin	
L'enfant a eu un accident	9,45%	6,90%	6,81%	9,57%	8,19%
L'enfant a eu une maladie	32,32%	30,41%	32,20%	30,56%	31,38%
L'enfant est en situation d'handicap depuis sa naissance	57,62%	58,93%	58,82%	57,72%	58,27%
Autre (A préciser)	0,61%	2,51%	1,55%	1,54%	1,55%
Inconnu	0,00%	1,25%	0,62%	0,62%	0,62%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Par ailleurs, le RGPH-2018 fait une répartition de chaque type de handicap selon la cause. En effet, les principales causes du handicap à Madagascar sont liées au facteur **congénital** et la **maladie**.

Les données du RGPH indiquent le facteur congénital est la principale cause des handicaps suivant : muet, membres inférieurs, membres supérieurs, mental et les autres types de handicap. Par contre la maladie est la première cause de la cécité

(42,3%) et la surdité (47,7%).

De façon globale, les handicaps causés par la maladie touchent beaucoup plus les femmes que les hommes et ceux causés par blessure/accident touchent beaucoup plus les hommes que les femmes.

Le tableau 5 ci-dessous donne un aperçu des différentes causes par type de handicap et selon le sexe.

Tableau 5 : Type de handicap selon la cause et le sexe

		Congénital	Maladie	Blessure/accident	Autre	Total
Aveugle	Masculin	28,1%	38,9%	24,4%	8,6%	100,0%
	Féminin	25,7%	46,1%	17,1%	11,1%	100,0%
	Ensemble	27,0%	42,3%	21,0%	9,8%	100,0%
Sourd	Masculin	35,3%	46,6%	9,4%	8,6%	100,0%
	Féminin	31,8%	48,7%	8,4%	11,2%	100,0%
	Ensemble	33,5%	47,7%	8,9%	10,0%	100,0%
Muet	Masculin	74,8%	17,9%	5,4%	1,8%	100,0%
	Féminin	74,5%	18,2%	5,4%	1,8%	100,0%
	Ensemble	74,7%	18,1%	5,4%	1,8%	100,0%

		Congénital	Maladie	Blessure/ accident	Autre	Total
Membre supérieur	Masculin	45,3%	26,3%	24,9%	3,4%	100,0%
	Féminin	46,4%	28,8%	21,8%	3,6%	100,0%
	Ensemble	45,8%	25,5%	25,7%	3,0%	100,0%
Membre inférieur	Masculin	45,4%	26,3%	24,9%	3,4%	100,0%
	Féminin	48,1%	29,1%	19,2%	3,6%	100,0%
	Ensemble	46,5%	27,5%	22,4%	3,5%	100,0%
Mental	Masculin	47,0%	32,2%	10,5%	10,3%	100,0%
	Féminin	44,5%	35,0%	10,4%	10,0%	100,0%
	Ensemble	45,8%	33,5%	10,5%	10,2%	100,0%
Autre	Masculin	42,6%	24,8%	14,7%	17,9%	100,0%
	Féminin	43,1%	27,4%	10,9%	18,7%	100,0%
	Ensemble	42,8%	26,0%	12,9%	18,2 %	100,0%

Source : INSTAT, RGPH-2018

Le risque de handicap est augmenté par la pauvreté

Bien que le handicap puisse se produire dans n'importe quelle famille, la pauvreté et le handicap sont étroitement liés. En effet, la pauvreté peut accroître le risque de handicap et peut également être une conséquence du handicap. Les femmes enceintes vivant dans la pauvreté peuvent être en mauvaise santé, avoir une alimentation insuffisante, et être exposées à des toxines et à des polluants environnementaux, qui peuvent tous avoir un effet direct sur le développement du fœtus.

De plus, les enfants vivant dans les ménages pauvres sont plus susceptibles de développer un handicap comparativement aux enfants issus de milieux socio-économiques plus favorables car exposés à plus de risques. Ces risques comprennent une nutrition inadéquate, de mauvaises conditions sanitaires et d'hygiène, une exposition aux infections et aux maladies, le manque d'accès aux soins de santé, un logement inadéquat, l'exposition à la violence, à la négligence et aux mauvais traitements, etc.

4.3. ANALYSE SUR LA SITUATION DES DONNÉES SUR LES ENFANTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR

4.3.1. Tendances nationales et données statistiques disponibles sur le handicap des enfants et adolescents à Madagascar

Les seules et dernières données officielles sur la prévalence du handicap à Madagascar proviennent de deux sources à savoir : (i) Recensement général de la population et de l'habitation de 2018 (RGPH-3) et (ii) l'Enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS) effectuée en 2018.

Avant la réalisation de ces études, il n'y avait pas de données officielles sur le handicap, seulement des estimations.

Le tableau 6 suivant présente les données (officielles et estimations) sur le handicap à Madagascar.

Tableau 6 : Données sur les taux de prévalence des handicaps à Madagascar

Partie prenante/ Nom de l'étude	Population cible	Année	Taux d'invalidité
Données officielles			
INSTAT, RGPH	Ensemble de la population	2018	<ul style="list-style-type: none"> • 0,6% de personnes handicapées • 36,2% des personnes handicapées ont moins de 20 ans • 0,6% de femmes handicapées • 34,5% des femmes handicapées ont moins de 20 ans
MICS	Ménages échantillonnés dans les zones de recensement	2018	<ul style="list-style-type: none"> • 9,6% d'enfants ayant des difficultés fonctionnelles (âgés de 2 à 4 ans) • 14,2% d'enfants handicapés (de 5 à 17 ans) • 10,4% de garçons ayant des difficultés fonctionnelles (2-4 ans) • 14,3% de garçons ayant des difficultés fonctionnelles (5-17 ans) • 8,9% Filles avec des difficultés fonctionnelles (2-4 ans) • 14% de filles ayant des difficultés fonctionnelles (5-17 ans)
Estimations			
Unité d'Etude et de Recherche Pédagogique/MEN (UERP)	Inconnu	2000	7,7% des enfants handicapés ont moins de 20 ans (estimation)
Ministère de la santé, INSTAT	Ensemble de la population (uniquement pour les hommes)	2003	7,5% de personnes handicapées (estimation)
D'Aiglepierre, UNICEF	Enfants de l'école primaire échantillonnés dans les zones de recensement	2012	5,5% d'enfants handicapés entre 6 et 12 ans (0,62% d'enfants handicapés parmi ceux qui sont scolarisés)

Source: UNICEF, Juin 2022, A partir de « Baseline Study and Analysis of Barriers/Opportunities Related to Children and Adolescents with Disabilities in Madagascar »

4.3.2. Insuffisances sur les données relatives au handicap des enfants et adolescents à Madagascar

Les insuffisances constatées sur les données relatives au handicap ne permettent une planification et une programmation efficaces afin de promouvoir efficacement les droits des enfants et adolescents handicapés (notamment garçons et filles)

L'article 31 de la CDPH (statistiques et collecte de données) exige des États qu'ils recueillent les informations appropriées, y compris les données statistiques et de recherche, pour leur permettre de formuler et

de mettre en œuvre des politiques visant à donner effet à la Convention.

Cependant, il existe des insuffisances dans les données sur les personnes

handicapées à Madagascar en général et plus particulièrement sur les enfants handicapés. Ces insuffisances sont globalement dues au nombre globalement limité d'études représentatives au niveau national axées sur les enfants handicapés, des définitions variables du handicap qui sont souvent ouvertes à l'interprétation par les

recenseurs, et des attitudes discriminatoires envers les enfants handicapés qui peuvent probablement contribuer à une sous-estimation du nombre d'enfants handicapés.

Le tableau 7 ci-après donne les principales insuffisances existantes sur les données concernant le handicap à Madagascar.

Tableau 7 : Principales insuffisances des données sur le handicap à Madagascar

Insuffisances	Commentaires
Non-uniformité de la définition et des méthodes de collecte	Les approches utilisées par les structures pour aborder la question du handicap à Madagascar sont disparates, ce qui complique la comparaison des données de ces différentes collectes. En effet, tandis que l'enquête MICS adopte une définition fonctionnelle du handicap, l'INSTAT ²² dans RGPH-2018 adopte une définition médicale.
Rareté et obsolété des données sur le handicap	Il n'existe pas de données officielles sur le handicap à Madagascar avant et après 2018. De plus, aucune étude n'a été réalisée de façon spécifique sur les personnes handicapées. La question du handicap est incluse comme question dans des études sectorielles plus larges.
Sous-estimation des statistiques sur le handicap des enfants	Les chiffres sur le handicap à Madagascar sont sous-estimés à Madagascar. En effet, les déficiences modérées n'y sont pas considérées comme étant des handicaps. De plus, les préjugés et la stigmatisation envers les personnes handicapées répandues à Madagascar affectent les déclarations en ce qui concerne le handicap ²³ .

Source : La mission à partir du rapport « Baseline Study and Analysis of Barriers/Opportunities Related to Children and Adolescents with Disabilities in Madagascar » et des entretiens

Aussi d'une façon générale, il est constaté l'insuffisance de données sur le handicap

désagrégées par genre.

4.3.3. Plan d'amélioration des données sur le handicap des enfants à Madagascar

Des données surtout fiables sur l'ampleur du handicap et ventilées par le sexe sont essentielles pour la planification des programmes et pour sensibiliser sur l'importance du handicap en tant que problème mondial.

les enfants et adolescents handicapés.

À MADAGASCAR, le manque de données et de recherches sur les enfants et adolescents handicapés est une des causes directes des privations qu'ils subissent. Ainsi donc, il est primordial, pour une prise en charge et inclusion efficaces, d'améliorer la collecte et l'analyse des données en ce qui concerne

Une planification, une conception et une mise en œuvre minutieuses et approfondies sont nécessaires pour collecter des données de haute qualité et sensibles au genre. Ainsi donc, pour une meilleure collecte et analyse de données en ce qui concerne le handicap des enfants à Madagascar, il est important de prendre en compte les points ci-dessous.

²² En effet, différentes définitions du handicap sont utilisées par l'INSTAT en fonction des exigences de l'organisation qui commande l'étude

²³ Certaines familles cachent leurs enfants handicapés considérés comme une malédiction ou une punition divine

Un consensus sur la définition du handicap à Madagascar est un préalable à la collecte de données statistiques fiables sur le handicap

Les taux de prévalence du handicap sont extrêmement sensibles en fonction de la manière dont le handicap est défini. La façon dont le handicap est défini influence les données recueillies, y compris les données sur ceux qui sont identifiés comme souffrant d'un handicap.

Comme indiqué ci-dessus, cinq (05) types de handicap²⁴ sont officiellement reconnus à Madagascar mais les critères permettant de les identifier ne sont pas clairement définis. Par conséquent, les données sur le handicap issues de la RGPH-2018 et du MICS 2018 n'ont suivi pas la même approche conceptuelle du handicap, ce qui rend difficile la planification de programmes promouvant la protection

des enfants et adolescents handicapés à Madagascar. Il est donc primordial de définir un cadre conceptuel harmonisé des différents types de handicap reconnus officiellement dans le pays. L'élaboration de ce cadre devrait associer le ministère en charge de la protection sociale et les autres parties prenantes de la question du handicap (ministères sectoriels, OSC, ONG, PTF, etc.). Par ailleurs, la collecte de données sur le handicap devra donc se tenir selon ce cadre. Ceci faciliterait la comparaison des données et permettrait une meilleure planification de programmes promouvant la protection des personnes handicapées notamment celle des enfants et adolescents handicapés.

Les enquêtes conçues spécifiquement pour traiter la question du handicap de l'enfant ou celles qui incluent des mesures spécifiquement destinées aux enfants sont celles qui captent le mieux la situation des enfants handicapés

De nombreux pays ont collecté des données sur le handicap dans le cadre de recensement général de la population ou d'enquêtes ménages. Toutefois, les expériences ont démontré que les données collectées sur les personnes handicapées dans ces cadres ont traité inefficacement de la question du handicap des enfants. Le nombre limité de questions incluses dans le recensement général de la population et les enquêtes ménages ne peut pas fournir une mesure précise du nombre de personnes handicapées, surtout chez les enfants. Les enfants peuvent être négligés dans les enquêtes qui ne se prononcent pas spécifiquement à leur sujet.

Les enquêtes sur les ménages ciblées conçues spécifiquement pour traiter la question du handicap de l'enfant ou celles qui incluent des mesures spécifiquement destinées aux enfants ont produit de meilleurs résultats. Cependant, même ces types d'études peuvent produire des données non fiables sur le handicap des enfants si les questions ne sont pas adaptées en fonction l'âge de l'enfant. En effet, mesurer

le handicap chez les enfants de moins de 2 ans peut ne pas être réalisable par le biais des enquêtes de population, étant donné le processus complexe de développement qui se produit à un si jeune âge. En outre, les enfants évoluent en permanence et sont constamment en transition²⁵ et leur capacité à effectuer certaines activités de base change d'un stade de la vie à un autre. Cela implique donc de poser des questions spécifiques qui peuvent se rapporter aux étapes du développement et à l'évolution des capacités des enfants de différentes tranches d'âges, ce qui rend encore plus complexe les opérations de collecte de données sur le handicap des enfants.

²⁴ (i) handicap visuel, (ii) handicap auditif, (iii) handicap moteur, (iv) handicap mental et (v) autisme

²⁵ De la petite enfance à l'enfance et de l'enfance à l'adolescence

L'harmonisation des outils de collecte sur le handicap en intégrant les questions d'identification du handicap du groupe de Washington permettrait une meilleure estimation des statistiques sur le handicap des enfants à Madagascar

Il existe de grandes variations entre les données sur le handicap collectées à Madagascar. Ces variations sont en partie dues aux différentes méthodes d'études mais aussi à la manière dont les questionnaires de ces études abordaient le handicap. Alors que le RGPH adoptait une définition médicale du handicap et identifiait une personne handicapée comme une personne ayant « une (ou plusieurs) partie(s) de son corps (sont) affectée(s) par une infection chronique [...] qui est permanente et ne peut être guérie, le MICS abordait le handicap selon une approche fonctionnelle et identifiait le handicap selon les questions du Groupe de Washington²⁶ sur le handicap. En Ouganda, par exemple, les taux de prévalence du handicap ont varié entre 1% et 20% sur une période de 15 ans selon que le questionnaire intégrait une série de questions du groupe Washington ou non.

Ainsi donc, afin d'améliorer la collecte et l'utilisation des données sur le handicap des enfants sur le plan national ainsi que sur le plan international, il est nécessaire d'harmoniser les outils de mesure en

adoptant l'approche du Groupe de Washington. Ceci permettrait de produire des estimations fiables, valables, exhaustives et comparables à l'échelle internationale. Par ailleurs en 2021, le ministère en charge de la santé et le ministère en charge de la protection sociale ont développé des outils d'identification fonctionnelle du handicap. L'adoption et la généralisation de ces outils (actuellement en expérimentation dans certaines localités du pays) dans toutes les études relatives au handicap permettront de résoudre les problèmes de comparaison et aussi de mieux planifier.

En outre, la collecte devrait se faire de façon régulière. Cela permettrait d'appuyer le suivi des politiques et des programmes liés au handicap ainsi qu'aux gouvernements et à leurs partenaires internationaux de prendre des mesures appropriées en matière de politiques et de programmes, et de répondre, ainsi, aux exigences de la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées et de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant.

L'implication de toutes les parties prenantes (acteurs et bénéficiaires) lors de la collecte est nécessaire pour obtenir des données fiables

Afin d'obtenir des informations solides et fiables qui permettent aux gouvernements, aux organisations de personnes handicapées / ONG et aux communautés de fournir des services aux enfants et à leurs familles, il est nécessaire d'associer un certain nombre d'acteurs lors de l'opération de collecte de données. Ainsi donc, impliquer les

collaborateurs locaux, les autorités locales, les agences gouvernementales et les organisations de personnes handicapées / ONG, les membres de la communauté locale, les participants et leurs familles renforcera le succès de l'opération de collecte des données.

4.4. EVALUATION DU COÛT DU HANDICAP

L'exclusion des enfants handicapés au niveau social et économique peut engendrer des coûts pour les individus, les familles, les communautés ou même pour les nations. Ces coûts peuvent ne pas être immédiatement

apparents, mais ils peuvent contribuer insidieusement à propager la pauvreté et à faire stagner la croissance économique. Par ailleurs, ces coûts peuvent être financier comme non monétaire.

²⁶ Groupe de travail bénévole constitué de représentants de plus de 100 bureaux nationaux et internationaux de statistique et d'organisations internationales non-gouvernementales et de personnes handicapées. Ce groupe a été organisé sous l'égide de la Division de la statistique des Nations Unies et existe depuis 2001. Son objectif principal est de fournir des informations de base sur la question du handicap qui puissent être comparables dans le monde entier.

4.4.1. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans l'éducation

L'inclusion des garçons et filles handicapés dans l'éducation a le potentiel de générer des gains financiers et sociaux substantiels au niveau de l'individu, de la famille, de la communauté et de l'État. Sans l'inclusion des enfants et adolescents handicapés, l'objectif de l'accès universel à l'éducation de l'ODD 4 ne sera jamais atteint. Il est donc essentiel de trouver des voies et moyens pour atténuer ou même bannir les obstacles qui entravent leur inclusion et les empêchent de bénéficier des opportunités sociales et économiques offertes par l'éducation.

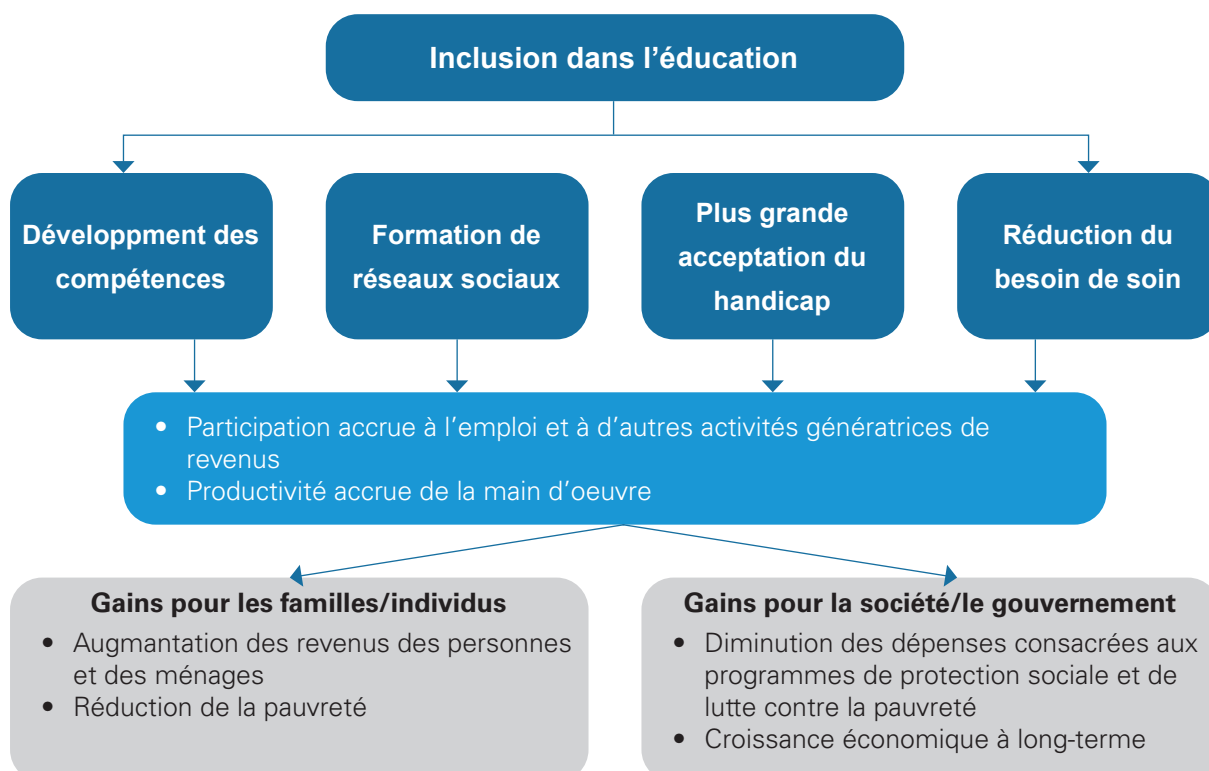
En effet, la scolarisation a des effets positifs sur les opportunités d'emploi et les revenus futurs. Ainsi donc, l'exclusion des enfants et adolescents handicapés de l'éducation peut entraîner des pertes monétaires substantielles, tant pour les individus

eux-mêmes que pour les sociétés dans lesquelles ils vivent. En accédant à une éducation inclusive de qualité, les enfants et adolescents handicapés peuvent bénéficier de meilleures opportunités d'emploi, de revenus plus élevés et d'un meilleur niveau de vie, contribuant ainsi à la réduction de la pauvreté et au développement économique, tant au niveau individuel que national.

Le niveau d'éducation est fortement lié à l'emploi et à la génération de revenus. Dans une étude aux Philippines, l'augmentation de la scolarisation était associée à des revenus plus élevés chez les personnes handicapées, générant ainsi un taux de rendement économique de l'éducation de plus de 25 %.

Les effets bénéfiques de l'inclusion scolaire sont résumés dans le schéma 4 suivant.

Schéma 4 : Gains et productivité de l'inclusion scolaire des enfants handicapés



Source : CBM, The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries

L'éducation a également des impacts positifs sur les femmes²⁷ (mères mieux éduquées) et dans des domaines tels que la criminalité, la croissance démographique, la santé, la participation citoyenne et l'autonomisation des femmes, qui ont à leur tour des conséquences financières et sociales. Ainsi donc, des coûts non financiers peuvent être associés à l'exclusion scolaire des enfants handicapés.

En effet, l'école est l'un des principaux lieux où les enfants nouent des amitiés. Le fait de les priver de cette possibilité de créer des réseaux sociaux et de participer à la vie de la communauté peut entraîner l'isolement et/ou baisse estime de soi, une diminution de l'autonomie et une baisse de la qualité de vie : ce qui peut accroître le risque de dépression et limiter leur propre indépendance.

4.4.2. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans la santé

L'exclusion des personnes handicapées des services de santé nécessaires entraîne de nombreux coûts potentiels directs et indirects pour les individus, leurs ménages et même les sociétés dans leur ensemble. En effet, les frais médicaux des personnes handicapées sont généralement élevés ; ce qui aurait pour effet d'aggraver la pauvreté. Par ailleurs, un mauvais état de santé peut entraîner des restrictions de participation dans des domaines tels que l'emploi et la scolarité, qui à leur tour limitent le développement du capital humain, réduisent les revenus des ménages et limitent même la croissance économique nationale

Les personnes handicapées ont en général un plus grand besoin en matière de santé que le reste de la population et plus particulièrement les filles et femmes handicapées qui doivent gérer en plus leur hygiène menstruelle. En plus du traitement et de la réadaptation pour leur déficience spécifique, les personnes handicapées ont souvent des risques plus élevés de développer des conditions secondaires (la douleur, la dépression, etc.)

Par ailleurs, l'exclusion scolaire des enfants handicapés contribue à propager des attitudes discriminatoires créant ainsi d'autres obstacles à la participation dans d'autres domaines.

L'éducation peut également permettre aux enfants handicapés d'acquérir les compétences, l'expérience et l'autonomie nécessaires pour exprimer leurs opinions : un premier pas vers une plus grande participation politique et une plus grande justice sociale pour les personnes handicapées.

Ainsi donc, l'éducation inclusive pour les enfants handicapés peut donc améliorer le bien-être individuel et familial tout en encourageant une plus grande acceptation de la diversité et la formation de sociétés plus tolérantes, équitables et cohésives.

et des comorbidités (le diabète, l'hypertension pour certains handicaps, etc.) par rapport aux personnes non handicapées.

Dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM), 15% des revenus des ménages avec des personnes handicapées sont destinés aux soins médicaux (36% de plus que les ménages n'ayant pas de personnes handicapées). Ces familles peuvent être souvent contraintes de prendre des mesures drastiques pour financer un traitement urgent, comme vendre des biens, contracter des prêts ou réduire la consommation d'autres articles ménagers nécessaires. Ce qui peut avoir pour effet l'épuisement des ressources des ménages et donc l'accentuation de la pauvreté dans ces ménages.

L'état de santé peut également avoir un impact direct sur les opportunités de travail et sur le potentiel de gain au niveau national. Comme la productivité de la main-d'œuvre est essentielle pour favoriser la croissance économique, l'amélioration de la santé globale des populations, y compris celle des

²⁷ La non-éducation des filles présente un risque important pour leur santé et celle de leurs enfants. Une fille non scolarisée aura plus de difficultés à accéder et à suivre les recommandations et les conseils de prévention et de soins pour elle-même et ses enfants. Un enfant né d'une mère qui sait lire a 50 % de chances en plus de survivre après l'âge de 5 ans. <https://www.plan-international.fr/nos-combats/droit-des-filles/causes-et-consequences-des-discriminations-des-filles-face-a-leducation/#:~:text=LES%20CONS%C3%89QUENCES%20DE%20LA%20NON%20SCOLARISATION%20DES%20FILLES&text=Marginalis%C3%A9e%2C%20elle%20ne%20pourra%20s.en%20tant%20que%20citoyenne%20libre.>

personnes handicapées, peut favoriser les gains au niveau national. Ainsi donc, les efforts pour améliorer l'état de santé des personnes handicapées et plus particulièrement des femmes et filles handicapées (gestion des menstrues, santé sexuelle et reproductive, etc.) peuvent conduire à une plus grande participation à l'emploi et à l'éducation, ce qui entraîne des gains économiques.

Dans le cadre d'un essai contrôlé sur des personnes atteintes de schizophrénie en Chine, Xiong et al. ont constaté que les personnes ayant bénéficié d'interventions familiales individualisées²⁸ travaillaient 2,6 mois de plus par an que celles qui n'avaient pas reçu le traitement. En tenant compte des coûts de l'intervention, des gains en termes d'augmentation des revenus et de réduction des frais d'hospitalisation, ce programme a permis d'économiser 149 USD par famille traitée.

Une autre étude basée au Bangladesh a révélé que les enfants qui avaient reçu des appareils d'assistance (appareils auditifs ou chaises roulantes) étaient plus susceptibles d'avoir terminé l'école primaire par rapport à

ceux qui n'avaient reçu aucune aide.

Au-delà de l'aspect financier, une mauvaise santé peut entraîner des coûts non numéraires. Une mauvaise santé persistante peut être épuisante tout aussi physiquement qu'émotionnellement, entraînant un isolement social, une qualité de vie moindre et une perte d'autonomie. En outre, pour les parents surtout les femmes en charge des personnes handicapées, le fardeau de la dépendance d'un membre de la famille handicapé peut être source de stress et de tensions dans les relations.

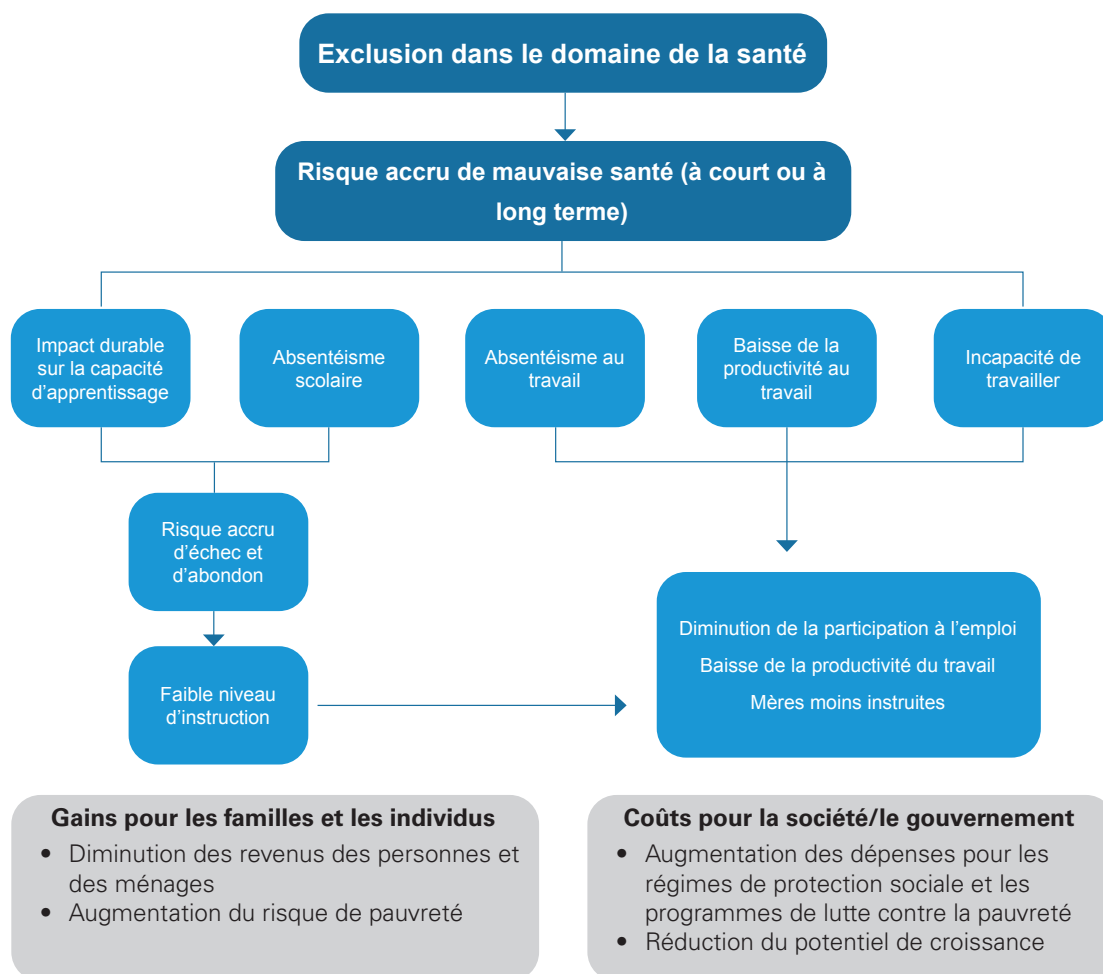
Par ailleurs, l'implication réduite des personnes handicapées dans la communauté en raison d'un mauvais état de santé joue un rôle dans la propagation d'idées fausses sur le handicap qui contribuent à la marginalisation économique et sociale. Réduire les écarts en matière de santé grâce à des programmes inclusifs peut donc avoir des avantages considérables, au-delà des simples gains monétaires.

Le schéma 5 ci-après résume les effets de l'exclusion des enfants handicapés dans le système de santé des pays.



28 Conseils et surveillance des médicaments

Schéma 5 : Effets en aval d'une mauvaise santé



Source : La mission à partir du rapport “CBM, The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries”

4.4.3. Coûts économiques de l'exclusion et avantages de l'inclusion dans l'emploi

L'exclusion de l'emploi des personnes handicapées est très souvent le fait d'une exclusion en aval dans des domaines tels que l'éducation et la formation professionnelle, entravant ainsi les possibilités d'acquisition de compétences nécessaires à de nombreux emplois.

En outre l'inclusion dans l'emploi a de nombreux avantages à savoir (i) l'augmentation des revenus au niveau individuel et des ménages, (ii) l'augmentation de la productivité du travail, contribuant ainsi au PIB, (iii) la diminution des dépenses dans les programmes de protection sociale, et enfin (iv) l'accroissement des bénéfices des entreprises.

Il existe un lien étroit entre le handicap et la baisse de l'emploi et des revenus,

tant au niveau individuel qu'au niveau des ménages. L'exclusion de l'emploi des personnes handicapées peut entraîner une baisse des revenus en raison des niveaux disproportionnés de sous-emploi ou de chômage, ainsi que des échelles de rémunération inférieures pour effectuer le même travail que les personnes non handicapées. De plus, les aidants peuvent renoncer à des opportunités de travail pour aider les membres de la famille qui sont handicapés.

Par ailleurs, plusieurs études nationales notamment au Pakistan, en Afrique du Sud, au Bangladesh, au Maroc, etc. ont tenté de quantifier l'impact sur les revenus de l'exclusion ou de l'inclusion des personnes handicapées du travail (encadré 1).

Encadré 1 : Impact sur les revenus de l'exclusion ou de l'inclusion des personnes handicapées du travail Pakistan (Awan et al.)



La réadaptation des personnes atteintes de cécité incurable entraînerait des gains bruts globaux dans les revenus des ménages de 71,8 millions de dollars US par an. Ce calcul repose sur l'hypothèse d'un taux d'emploi de 0 % avant la réadaptation et de 100 % par la suite chez les personnes aveugles. L'augmentation des revenus des soignants a également été prise en compte, sur la base des résultats de l'enquête sur le temps consacré aux soins des personnes handicapées. Cette étude ne précise toutefois pas clairement ce qu'implique réellement la «réhabilitation des aveugles», si ce n'est l'hypothèse selon laquelle elle permettrait à l'ensemble de la population aveugle (30-59 ans) de gagner un revenu correspondant au salaire annuel moyen du pays.

Afrique du sud (Lund et al.)

En étudiant les troubles graves de la dépression et de l'anxiété en Afrique du Sud, Lund et al. ont calculé que le manque à gagner s'élevait en moyenne à 4 798 dollars US par adulte et par an (environ la moitié du PIB par habitant) ou à 3,6 milliards de dollars US lorsqu'il est agrégé au niveau national. L'impact sur les revenus a été obtenu en soustrayant les revenus observés chez les personnes souffrant de dépression et de troubles anxieux des «revenus attendus» (c'est-à-dire la moyenne des répondants à l'enquête sans handicap), après ajustement de facteurs tels que l'âge, le sexe, l'éducation et l'état civil. En utilisant la prévalence estimée de la dépression sévère et des troubles anxieux en Afrique du Sud, la perte de revenus de cet échantillon a été extrapolée pour déterminer les coûts annuels totaux au niveau de la population.

Bangladesh (Banque Mondiale)

En ce qui concerne le handicap en général, une étude de la Banque mondiale a estimé que l'exclusion du marché du travail entraîne une perte totale de 891 millions de dollars US par an au Bangladesh et que les pertes de revenus des aidants adultes ajoutent une perte supplémentaire de 234 millions de dollars US par an. Pour obtenir ces chiffres, on a supposé que 10 % des personnes gravement handicapées, 50 % des personnes modérément handicapées et 0 % des personnes souffrant de handicaps multiples faisaient partie de la population active. En comparant les caractéristiques de la main-d'œuvre de la population générale avec celles générées pour les personnes handicapées, il a été déterminé que près d'un quart des individus étaient exclus de l'emploi en raison de leur handicap. En outre, on a supposé qu'un million de personnes handicapées avaient besoin de l'aide à plein temps d'un aidant familial. Le revenu moyen au Bangladesh a ensuite été appliqué au total des jours de travail perdus par les personnes handicapées et leurs aidants pour obtenir les pertes au niveau de la population.

Maroc (Collectif pour la promotion des droits des personnes en situation de handicap)

L'étude a estimé les coûts de l'exclusion à 9,2 milliards de dirhams (environ 1,1 milliard de dollars US), soit 2 % du PIB. Les chiffres ont été obtenus en soustrayant le revenu total estimé de la population des personnes handicapées de celui de la population générale. Ces estimations ont été obtenues en stratifiant les deux populations par âge, sexe et résidence rurale ou urbaine, et en appliquant les salaires moyens et les taux d'emploi/de chômage correspondants dans chaque catégorie. Ces regroupements ont permis de déterminer que les hommes handicapés vivant en milieu urbain représentaient près de la moitié des pertes déclarées. L'obtention de ces estimations désagrégées s'est toutefois fortement appuyée sur des extrapolations, des hypothèses et la modélisation de données limitées provenant de multiples enquêtes.

Source : CBM, The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries

Les personnes handicapées ont souvent une productivité du travail (ou une contribution au PIB d'un pays) moindre que celle des personnes non handicapées du fait que

celles-ci sont plus confrontées au chômage et à l'inactivité économique. Cependant, même lorsqu'elles sont employées, les personnes handicapées peuvent ne pas atteindre leur

niveau de production maximal en raison de certains facteurs tels que le manque d'aménagements et d'aides appropriées.

Plusieurs auteurs tels que Metts, Buckup, etc. ont réalisé des études afin d'estimer les coûts macroéconomiques, notamment sous la forme de pertes de PIB, résultant de la productivité réduite du travail des personnes handicapées.

En effet, en utilisant des données de 1996-1997, Metts a calculé que les pertes de PIB dues à l'exclusion de l'emploi des personnes handicapées dans les pays à revenu faible et moyen (PRFM) s'élevaient entre 473,9 et 672,2 milliards de dollars US par an. Au niveau des États, les pertes de PIB atteignaient jusqu'à 45 % pour certains pays²⁹.

Buckup, quant à lui, a mesuré les pertes de PIB dues à l'exclusion des personnes handicapées (et les gains correspondants de l'inclusion) dans 10 PRFM. Ces estimations des coûts économiques s'élevaient à environ 1 à 7% du PIB³⁰. Ainsi donc, Madagascar pourrait perdre entre 560,61 milliards d'Ariary et 3 924,26 milliards d'ariary de son PIB³¹.

L'emploi des personnes handicapées peut permettre de réduire leur dépendance vis à vis des régimes de protection sociale. En effet, en promouvant les possibilités d'emploi pour les personnes handicapées, moins d'entre elles auraient besoin d'aide sociale, ce qui entraîne une diminution des dépenses publiques pour ces programmes. Ces gains de ressources pourraient permettre de renforcer les aides déjà faites aux personnes handicapées ou encore d'alimenter d'autres secteurs prioritaires.

En outre, l'augmentation de la participation au marché du travail des personnes handicapées et de leurs aidants augmente

l'assiette fiscale potentielle d'un pays. En effet, une étude aux Philippines a estimé que le chômage excessif des personnes souffrant d'une fente labiale et palatine non réparée coûtait au gouvernement entre 8 et 9,8 millions de dollars US en recettes fiscales perdues.

Aussi, l'analyse d'un projet d'emploi assisté basé en Ecosse a révélé que chaque livre sterling dépensée pour le programme a conduit à une économie de 5,87 livres sterling, due en grande partie à la diminution des besoins en prestations d'invalidité/assistance sociale et à l'augmentation des recettes fiscales.

Les employeurs sont très souvent réticents à embaucher des personnes handicapées sous prétexte qu'elles ne représentent pas un investissement judicieux. Cependant, il est prouvé que l'inclusion des personnes handicapées³² est une décision commerciale intelligente en ce sens que les employés handicapés peuvent être tout aussi productifs que les autres travailleurs et leur inclusion peut même augmenter les marges bénéficiaires globales de l'entreprise. A titre illustratif, aux États-Unis, les efforts concertés des grandes entreprises Walgreens et Verizon pour employer un nombre important de personnes handicapées ont permis d'obtenir une augmentation de 20% de la productivité et un retour sur investissement de 67%, respectivement³³.

Les employés handicapés ont tendance à avoir un meilleur taux de maintien et une plus grande assiduité dans l'entreprise que leurs compères non handicapés. De plus, leurs performances sont parfois jugées égales ou même supérieures à celles des employés non handicapés, surtout quand les aménagements d'adaptation sont faits. Par ailleurs, bien que les aménagements soient coûteux, les économies réalisées grâce à

²⁹ Ces chiffres ont été obtenus en multipliant le taux de chômage général de chaque pays par son PIB, puis en appliquant des «facteurs d'impact du handicap» minimum et maximum pour obtenir une fourchette de pertes annuelles de PIB. Ces facteurs d'impact du handicap ont été dérivés des résultats d'une étude canadienne de 1993, dans laquelle les pourcentages minimum et maximum du PIB perdu en raison du handicap ont été divisés par le taux de chômage au Canada pour cette année-là

³⁰ Pour obtenir ces chiffres, Buckup a créé des pondérations de productivité, stratifiées par niveau de handicap, afin d'estimer la production actuelle des personnes handicapées et leur production potentielle, si les obstacles à l'exclusion étaient supprimés.

³¹ Les estimations ont été faites avec le PIB de l'année 2021 (56 060,92 milliards d'Ariary)

³² Avec une adéquation au poste et des aménagements appropriés

³³ CBM, The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries

la réduction des besoins de recrutement, d'embauche et de formation et à la diminution de l'absentéisme suffisent généralement pour largement compenser les dépenses initiales.

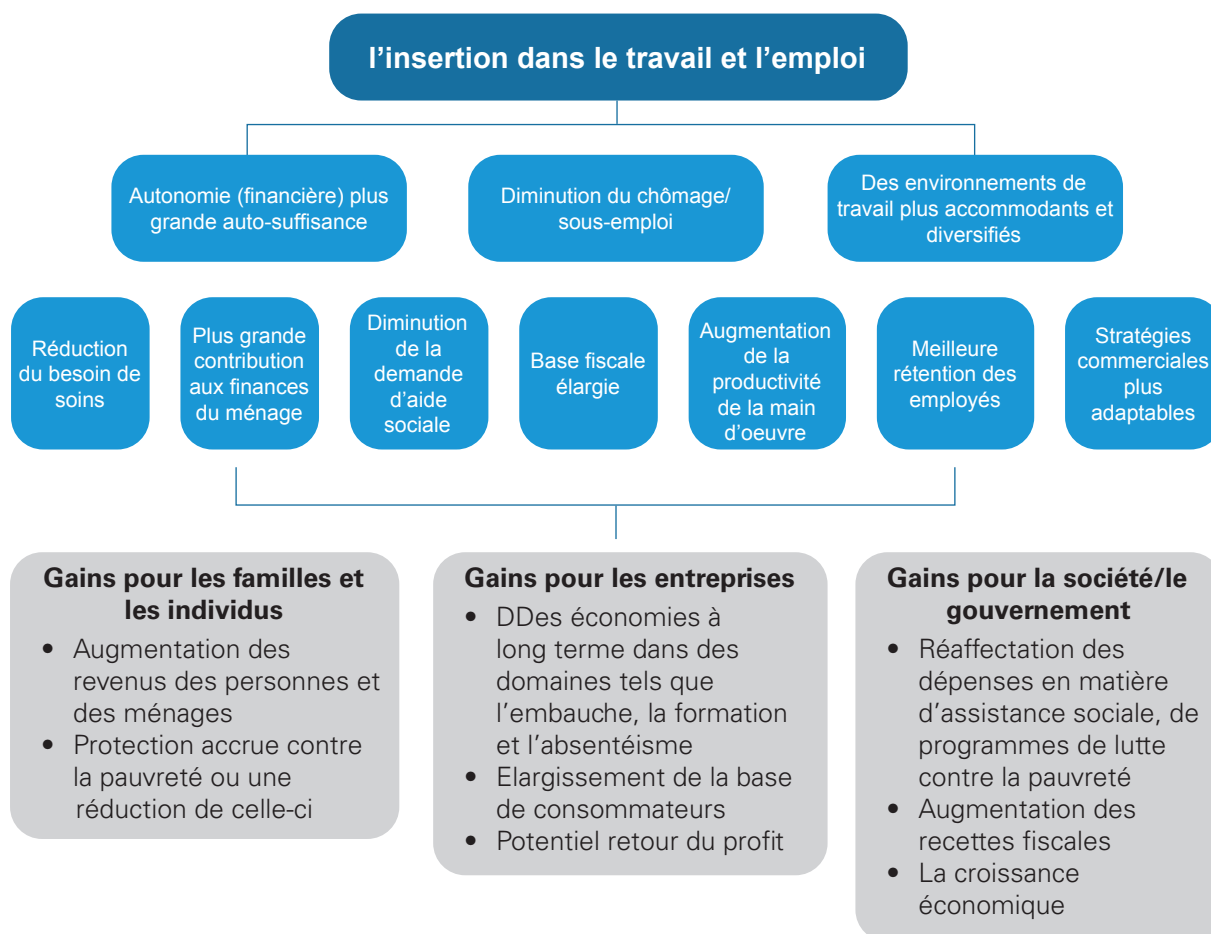
Par ailleurs, les personnes handicapées constituent un marché de consommateurs insuffisamment inexploité. L'embauche de personnes handicapées peut apporter une meilleure compréhension des besoins et des désirs de ces consommateurs potentiels, ce qui permet aux entreprises d'adapter leurs stratégies pour être plus compétitives sur un marché diversifié. En outre, l'embauche de personnes handicapées peut améliorer

l'image de responsabilité sociale d'une entreprise, ce qui peut ensuite attirer des clients et favoriser la fidélité à la marque.

Outre l'aspect financier, l'emploi inclusif peut donc conduire non seulement à l'autonomisation sociale, économique et à l'amélioration de la qualité de vie des individus, mais aussi contribuer à façonner des sociétés plus cohésives et tolérantes, qui valorisent les diverses capacités de tous leurs citoyens.

Les différentes implications de l'inclusion dans l'emploi des personnes handicapées sont présentées sur le schéma 6 ci-dessous.

Schéma 6 : Gains et productivité de l'inclusion dans l'emploi



Source : CBM, The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries



5. SITUATION DES ENFANTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR

L'analyse de la situation des enfants handicapés à Madagascar est faite à partir des données primaires (enquête terrain) et secondaires (MICS 2018, MODA 2020, RGPH 2018, etc.).

A partir des données d'enquête, les fréquences ont été calculées à des fins de comparaison entre les deux groupes d'enfants (handicapés et non handicapés). En outre, ces données ont été utilisées pour calculer les odds ratio, encore appelé rapport de chances ou risque relatif rapproché, une mesure statistique qui se définit comme étant le rapport de la cote d'un événement arrivant à un groupe « A » d'individus (par exemple une maladie) avec celle du même événement arrivant à un groupe « B » d'individus. Dans les présentes analyses, les deux groupes d'individus sont identifiés par les enfants/adolescents handicapés

et leurs camarades non handicapés ou encore les garçons et les filles handicapés tandis que l'accès à l'éducation, aux soins de santé, aux services d'EHA et aux aides sociales sont les événements. Aussi les chances de l'avènement de ces événements peuvent-elles différer du groupe des enfants handicapés au groupe des enfants non handicapés, d'où l'analyse des rapports de chance, encore appelé risques relatifs rapprochés ou odds ratio (cf. annexe 9).

Aussi, des régressions économétriques ont été également faites avec les modèles logistiques (probit en l'occurrence) dans le but d'identifier certains facteurs susceptibles d'influencer de façon significative l'accès des enfants/adolescents (filles et garçons) handicapés aux services sociaux de base (éducation et soins de santé) (cf. annexe 4).

5.1. ENVIRONNEMENT SOCIAL DE L'ENFANT/HANDICAPÉ

Les enfants et adolescents malgaches et notamment ceux handicapés vivent généralement dans un environnement social

difficile. Ils font quotidiennement face à des difficultés parfois aggravées par leurs conditions de personnes handicapées.

Les enfants/adolescents handicapés sont plus dépendants (besoin d'aide) comparativement à leurs camarades non handicapés

Du fait de leur handicap, les enfants et adolescents handicapés ont généralement besoin de l'aide d'autres personnes afin d'exécuter certaines ou l'intégralité de leurs tâches quotidiennes. Ce besoin constant d'assistance fait que ces derniers sont plus dépendants que leurs camarades ne souffrant pas de handicap. Les données recueillies au cours de l'enquête terrain confirment cet état de fait. En effet, Il en est ressorti que près de deux tiers (61,79%) des enfants

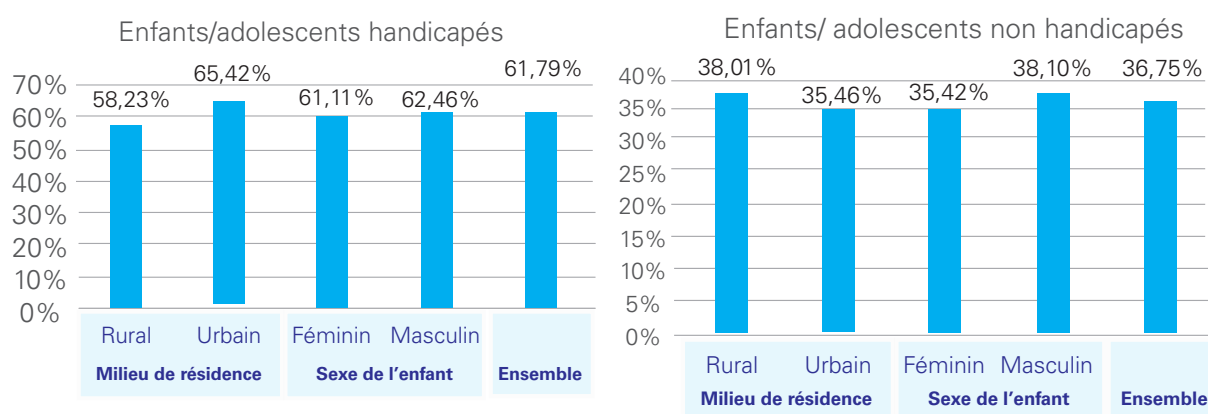
et adolescents handicapés interviewés recevaient de l'aide dans leurs tâches et activités quotidiennes contre seulement 36,75% des enfants et adolescents non handicapés. Ainsi, le calcul des odds ratio (rapport de chance) révèle que les enfants handicapés seraient près de deux fois (1,68) plus enclins à recevoir de l'aide ou à dépendre des autres pour l'exécution de leurs tâches/activités quotidiennes comparativement à leurs camarades non handicapés.

... les enfants/adolescents handicapés en milieu rural et plus particulièrement les filles handicapées reçoivent moins d'aides

En analysant plus spécifiquement, beaucoup plus d'enfants/adolescents handicapés en milieu urbain (65,42%) reçoivent de l'aide comparativement à ceux en milieu rural. Ceci pourrait s'expliquer notamment par les préjugés répandus sur les enfants/adolescents handicapés particulièrement en milieu rural.

De même, les données montrent que peu de filles handicapées (61,11%) reçoivent d'aide comparativement aux garçons handicapés (62,46%). La tendance est également la même chez les enfants/adolescents non handicapés. Cette situation met clairement en lumière les discriminations et injustices subies par les filles.

Graphique 1 : Proportions d'enfants/adolescents recevant de l'aide dans les tâches/activités quotidiennes



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les abus et violences sur les enfants/adolescents en particulier sur ceux en situation de handicap sont une réalité à Madagascar

À MADAGASCAR, la violence sur les enfants est un phénomène assez répandu en particulier chez ceux en situation de handicap. Ceci témoigne également des situations difficiles que traversent ces derniers dans leur environnement social.

Selon les données de l'enquête terrain, près d'un quart (24,11%) des enfants et adolescents handicapés interrogés, déclarent être très souvent victimes d'abus et de violences contre 17,67% chez les enfants et adolescents non handicapés. En d'autres termes, par rapport aux enfants non handicapés, les enfants/adolescents handicapés sont 1,36 fois plus exposés aux abus et aux violences. Par ailleurs, les abus et violences qu'ils subissent sont de divers ordres. Néanmoins, les violences physiques restent les plus fréquentes (50,64% des cas chez les enfants et adolescents handicapés et 65,18% chez ceux sans handicap). Les menaces et les préjudices psychologiques constituent la deuxième forme de violence la plus fréquente. Ils représentent 20,51%

des cas chez les enfants et adolescents handicapés et 13,39% chez ceux sans handicap. Quant aux discriminations et abus financiers, fraudes et les vols (effets personnels, d'argent ou de biens divers), ils constituent les 3^e formes d'abus et de violence les plus subies respectivement par les enfants/adolescents handicapés interviewés (12,18%) et chez ceux sans handicap (8,93%).

Ces différents abus et violences subies par les enfants et adolescents interviewés sont principalement du fait de leurs camarades (64,74% des enfants/adolescents handicapés et 50% chez ceux non handicapés) et des voisins (46,79% des enfants/adolescents handicapés et 72,32% chez ceux non handicapés).

Le tableau 8 présente les différents types d'abus et de violences subis par les enfants et adolescents lors de la collecte ainsi que les principaux acteurs de ces abus et violences.

Tableau 8 : Abus et violences sur les enfants/adolescents dans la communauté

	Enfants/adolescents handicapés	Enfants/adolescents non handicapés
Victimes d'abus et violences		
Oui	24,11%	17,67%
Non	73,72%	76,50%
Ne veut pas en parler	2,16%	5,84%
Total	100,00%	100,00%
Types d'abus et violences		
Abus financiers, les fraudes et les vols d'effets personnels, d'argent ou de biens divers	5,77%	8,93%
Autres (Précisez)		0,89%
Discriminations	12,18%	8,04%
Exploitation par le travail / économique (exemple mendicité pour autrui)	2,56%	0,89%
Exploitations sexuelles	2,56%	0,89%

	Enfants/adolescents handicapés	Enfants/adolescents non handicapés
Insulte/moquerie/provocation	5,77%	
Menaces et les préjudices psychologiques	20,51%	13,39%
Ne veut pas en parler		0,89%
Privations (nourritures, boissons, ou d'autres produits d'usage journalier, etc.)		0,89%
Violences physiques	50,64%	65,18%
Auteurs des abus et violences		
Camarades	64,74%	72,32%
Membre de la famille	3,85%	9,82%
Voisins	46,79%	33,04%
Inconnu	1,28%	10,71%
Autres	0,64%	0,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les garçons handicapés sont plus exposés aux abus et violences comparativement aux filles handicapées

L'analyse du tableau 9 nous révèle que les enfants/adolescents handicapés de sexe masculin sont plus exposés aux abus et exploitations que ceux de sexe féminin. En effet, si en moyenne 24,11% des enfants et adolescents handicapés interviewés subissent des abus et violences, ce sont

27,16% des garçons handicapés interviewés qui subissent des abus et violences contre 21,05% des filles handicapées interviewées. En d'autres termes, les enfants/adolescents handicapés de sexe masculin sont plus enclins (1,29) à subir des abus et violences comparativement aux filles handicapées.

Tableau 9 : Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés dans la communauté selon le sexe

Ne veut pas en parler	Enfants (0-10 ans)			Adolescents (10-19 ans)			Enfants/Adolescents (0-19 ans)		
	Féminin	Masculin	Ensemble	Féminin	Masculin	Ensemble	Féminin	Masculin	Ensemble
Ne veut pas en parler	2,53%	4,14%	3,36%	1,12%	1,10%	1,11%	1,86%	2,47%	2,16%
Non	72,78%	69,23%	70,95%	80,34%	70,72%	75,49%	77,09%	70,37%	73,72%
Oui	24,68%	26,63%	25,69%	18,54%	28,18%	23,40%	21,05%	27,16%	24,11%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

... le type d'abus et de violences subi par de l'enfant/adolescent handicapé varie selon son sexe

Toutefois, les types d'abus subis diffèrent selon le sexe des enfants/adolescents handicapés interviewés. En effet, les filles sont beaucoup plus victimes d'abus financiers (les fraudes et les vols d'effets personnels, d'argent ou de biens divers), d'exploitations par le travail, d'exploitations sexuelles, d'insultes/moqueries/provocations et de menaces et les préjudices psychologiques

que les garçons (tableau 10).

Par ailleurs, si la forme d'abus et de violences la plus fréquemment subie par les enfants et adolescents handicapés est la violence physique, ce sont les garçons qui la subissent le plus comparativement aux filles handicapées.

Tableau 10 : Type d'Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés dans la communauté selon le sexe

	Féminin	Masculin
Abus financiers, les fraudes et les vols d'effets personnels, d'argent ou de biens divers	7,35%	4,55%
Discriminations	11,76%	12,50%
Exploitation par le travail / économique (exemple mendicité pour autrui)	2,94%	2,27%
Exploitations sexuelles	4,41%	1,14%
Insulte/moquerie/provocation	7,35%	4,55%
Menaces et les préjudices psychologiques	22,06%	19,32%
Violences physiques	44,12%	55,68%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

5.2. ACCÈS À L'ÉDUCATION/FORMATION PROFESSIONNELLE

L'accès à l'éducation/formation professionnelle des enfants/adolescents handicapés est limité (surtout en milieu rural) et influencé par le type de handicap

À MADAGASCAR, les enfants en âge d'aller à l'école font face à des défis. Et ces défis sont encore plus grands quand il s'agit des enfants handicapés. En effet, les données issues de la collecte primaire montrent qu'en matière d'accès/rétention à l'éducation, les privations sont plus importantes chez les enfants handicapés que chez ceux vivant sans handicap. En effet, seulement 44,05% des enfants handicapés interviewés sont inscrits dans une école ou dans un centre de formation contre 69,72% des enfants non handicapés. L'analyse suivant les rapports de chance indique ainsi que, les enfants/adolescents handicapés sont 1,85 fois plus exposés à la privation en éducation/

formation professionnelle, comparativement à leurs camarades non handicapés.

L'analyse selon le milieu de résidence fait ressortir des statistiques encore plus criards en milieu rural. En effet, 48,9% des enfants/adolescents handicapés interviewés en milieu urbain sont scolarisés/en formation contre 39,33% des enfants/enfants handicapés du milieu rural interviewés. En d'autres termes, un enfant/adolescent handicapé en milieu urbain a 24% plus de chance d'être scolarisé/être en formation que son compère handicapé en milieu rural et 38% moins de chance que celui vivant en milieu urbain non handicapé.

Ce constat est conforté par les résultats des régressions économétriques. En effet, le milieu de résidence agit positivement (0,096) et significativement à 5% sur l'accès des enfants handicapés à l'éducation. Ainsi, les enfants handicapés voient leur probabilité

d'être inscrit à l'école s'augmenter de 0,096 lorsque ces derniers vivent en milieu urbain et ce, comparativement à leurs camarades handicapés vivant en milieu rural (cf. annexe 4).

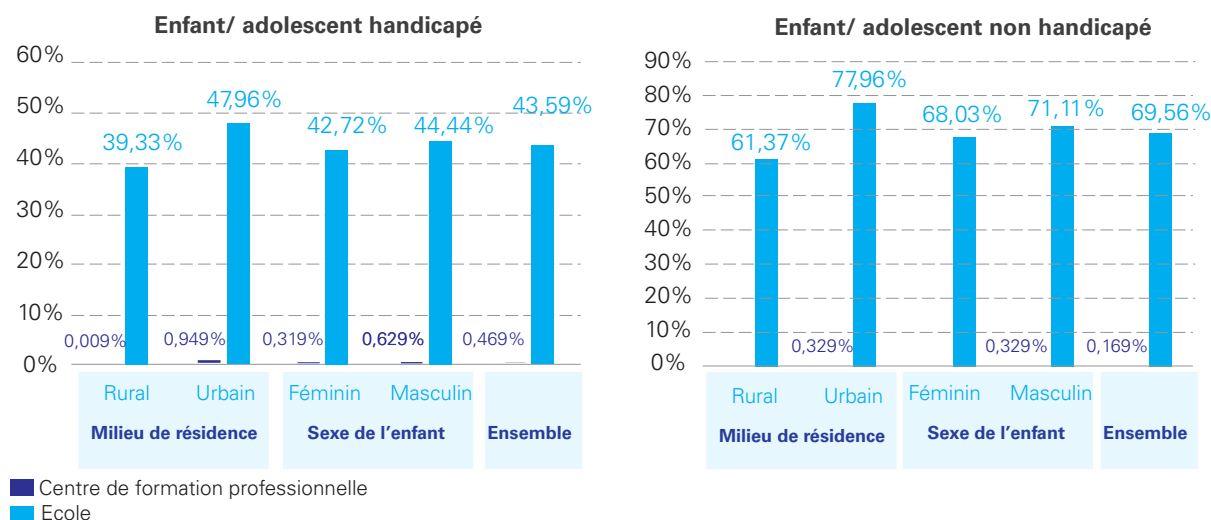
...les chances d'être scolarisé des enfants/adolescents handicapés baissent encore plus lorsqu'il s'agit d'une fille

L'enquête terrain a révélé que le taux des filles handicapées scolarisées (43,03%) est relativement inférieur à celui des garçons handicapés (45,06%). En d'autres termes, les filles ont 4,51% moins de chance d'être scolarisées/en formation que leurs

homologues de sexe masculin.

L'annexe 3 donne les détails par localité visitée de l'accès à la scolarisation des enfants et adolescents handicapés interviewés.

Graphique 2 : Scolarisation des enfants/adolescents interviewés selon le milieu de résidence et le sexe



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les résultats des **régressions économétriques** réalisés avec le modèle probit révèlent que le type de handicap est un facteur significatif sur l'accès des enfants handicapés à l'éducation. Il s'agit des handicaps du type moteur, communication et psychique. En effet, le handicap du type moteur a un effet marginal négatif (-0,14) et significatif à 5% sur l'accès des enfants à l'éducation. Pour un enfant en situation de handicap moteur, la probabilité d'être inscrit à l'école diminue de 0,14. Similairement, le handicap du type communication a un effet marginal négatif (-0,17) et significatif à 5% sur l'inscription scolaire des enfants. Ainsi, la probabilité pour un enfant malgache d'être

inscrit à l'école diminue de 0,17, lorsque ce dernier a un handicap de communication. Aussi le handicap psychique a une influence négative (-0,27) et significatif à 5% sur l'accès des enfants malgaches à l'éducation. En effet, pour un enfant vivant dans une situation de handicap psychique, la probabilité d'avoir accès à l'éducation diminue de 0,27.

Les résultats du test de régression sont présentés en annexe 4.

Les filles handicapées sont plus susceptibles d'abandonner l'école/formation que leurs camarades handicapés du sexe opposé

L'analyse du tableau 12 nous révèle deux tendances au niveau de la scolarisation des enfants et adolescents handicapés interviewés : à l'âge enfant, les filles handicapées sont plus scolarisées que les garçons handicapés tandis que c'est l'inverse à l'âge adolescent. En effet, 43,04% des filles handicapées interviewées de 0-10 ans sont scolarisées contre 41,42% des garçons handicapés interviewés du même âge.

Par contre en ce qui concerne les adolescents handicapés, 43,82% des filles interviewées sont scolarisées/en formation

tandis que 50,27% des garçons interviewés sont scolarisés/en formation.

Cette situation s'explique en partie par le fait qu'à Madagascar, les filles avec des difficultés fonctionnelles sont données en mariage à un jeune âge. En effet, selon le rapport MICS, 57,1% des femmes de 20-24 ans avec des difficultés fonctionnelles se sont mariées ou ont été en union avant l'âge de 18 ans. Ce taux est même plus élevé que celui des femmes du même âge sans difficultés fonctionnelles (39,4%).

Tableau 11 : Scolarisation des enfants/adolescents handicapés selon le sexe

Centre de formation professionnelle	Enfants (0-10 ans)			Adolescents (10-19 ans)			Enfants/Adolescents (0-19 ans)		
	Féminin	Masculin	Ensemble	Féminin	Masculin	Ensemble	Féminin	Masculin	Ensemble
				0,56%	1,10%	0,84%	0,31%	0,62%	0,46%
Ecole	43,04%	41,42%	42,20%	43,26%	49,17%	46,24%	42,72%	44,44%	43,59%
Non	56,96%	58,58%	57,80%	56,18%	49,72%	52,92%	56,97%	54,94%	55,95%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Le sexe & le niveau d'études du chef de ménage et les aides sociales sont entre autres des facteurs qui influencent la scolarisation/formation professionnelle des enfants et adolescents handicapés

Outre la situation du handicap des enfants et adolescents, plusieurs autres facteurs influencent leur scolarisation/formation professionnelle. Ce sont entre autres, le sexe & le niveau d'études du chef de ménage, le bénéfice d'une aide (cf. tableau 12).

L'enquête a révélé que les enfants/adolescents handicapés issus de ménages dirigés par des femmes ont plus de chances (6,31% de chance en plus) d'être inscrits à l'école/centre de formation que ceux issus de ménages dirigés par des hommes. Dans 45,8% des cas, les enfants handicapés interviewés issus de ménages dirigés par des femmes étaient scolarisés/en formation

tandis que cette proportion est de 43,08% dans les ménages dirigés par les hommes. Ce qui montre l'importance de la prise en compte de la femme dans la planification et la mise en œuvre des différentes politiques de développement du pays.

Par ailleurs, le niveau d'études du chef de ménage, les données terrain ont révélé que plus le niveau d'études du chef de ménage est élevé, plus l'enfant/adolescent handicapé a de chances d'être scolarisé/en formation. En effet, 52,63% des ménages dont le chef de ménage a un niveau d'études supérieur ont leurs enfants scolarisés/en formation contre 48,17% des ménages dont le chef

de ménage a un niveau secondaire (1^{er} et 2nd cycle). Ce taux est de 43,38% pour les ménages dont le chef de ménage a un niveau primaire et de 36,45% pour les ménages dont le chef de ménage a été alphabétisé ou est sans niveau d'études.

En ce qui concerne les aides sociales, elles ont également une influence positive sur

la scolarisation/la formation des enfants/adolescents handicapés. Les analyses révèlent que les enfants/adolescents handicapés bénéficiant des aides sociales ont 1,14 fois plus de chance d'être scolarisé que leurs camarades qui n'en bénéficient pas.

Tableau 12 : Quelques facteurs influençant la scolarisation des enfants/adolescents handicapés

	Centre de formation professionnelle	Ecole	Non	Total
Sexe du chef de ménage				
Féminin	0,42%	45,38%	54,20%	100,00%
Masculin	0,49%	42,54%	56,97%	100,00%
Moyenne	0,46%	43,59%	55,95%	100,00%
Niveau de scolarisation du chef de ménage				
Supérieur	0,00%	52,63%	47,37%	100,00%
Secondaire (1 ^{er} et 2 nd cycle)	0,00%	48,17%	51,83%	100,00%
Primaire	0,33%	43,05%	56,62%	100,00%
Sans instruction/alphabétisation	1,87%	34,58%	63,55%	100,00%
Moyenne	0,46%	43,59%	55,95%	100,00%
Aides du gouvernement et des ONG/associations				
Oui	0,00%	49,17%	50,83%	100,00%
Non	0,57%	42,31%	57,12%	100,00%
Moyenne	0,46%	43,59%	55,95%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les abus et violences des enfants/adolescents handicapés dans les écoles et les centres de formation sont plus accentués en milieu rural et au niveau des filles

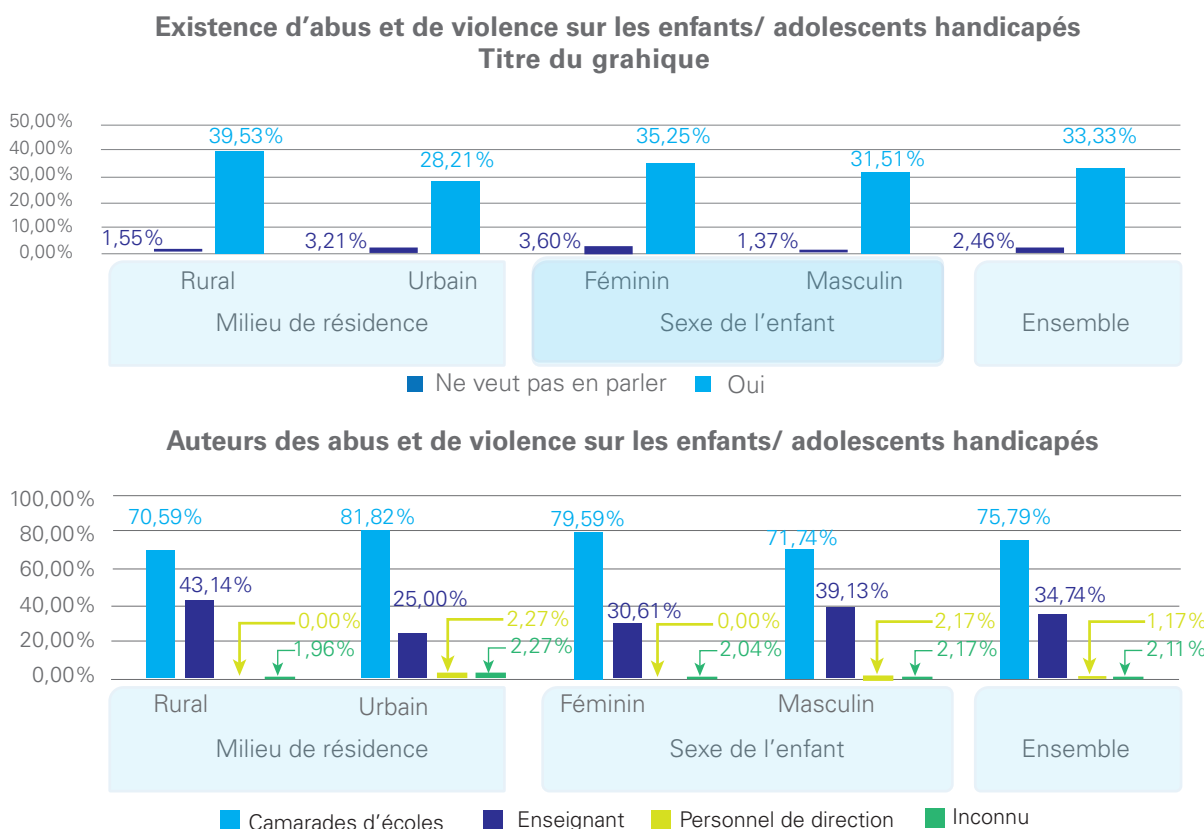
L'enquête terrain a révélé qu'un tiers (33,33%) des enfants/adolescents handicapés scolarisés de l'échantillon sont ou ont été déjà victimes d'abus ou de violence de la part de leurs camarades de classe (75,79%), de leurs enseignants (34,74%) et dans une moindre mesure de la part d'inconnus (2,11%) ou encore du personnel de direction (1,05%).

L'analyse selon le milieu de résidence

fait ressortir que les enfants/adolescents handicapés en milieu rural sont plus susceptibles (1,4 fois plus) de subir les abus et violences à l'école/centre de formation que leurs camarades en milieu urbain.

De même, l'analyse selon le sexe fait ressortir que les filles handicapées sont 1,12 fois plus exposés aux abus et violences à l'école/centre de formation que les garçons handicapés.

Graphique 3 : Abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés à l'école/formation



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Par ailleurs, les abus et violences dont sont victimes les enfants/adolescents handicapés à Madagascar sont de diverses natures bien que les violences physiques soient les plus fréquentes (69,47% des enfants/adolescents scolarisés ou en formation). Les menaces et les préjudices psychologiques (36,84%), les discriminations (11,58%) sont les autres formes d'abus et de violences les plus fréquentes que subissent les enfants/adolescents handicapés dans les écoles et centres de formations qu'ils fréquentent.

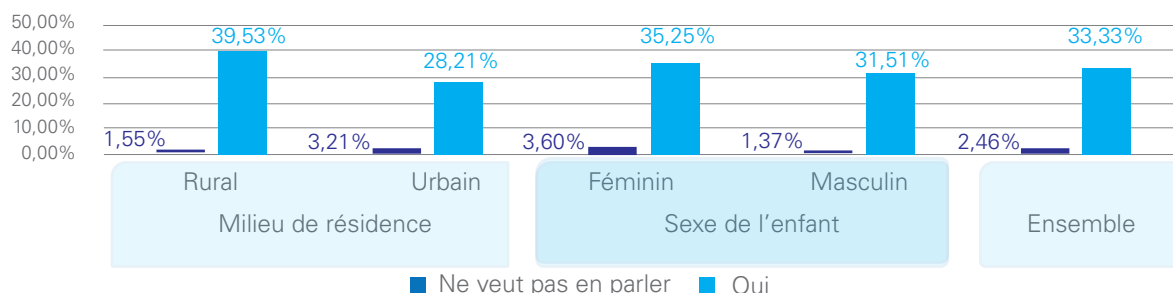
L'analyse selon le milieu de résidence fait ressortir que les enfants/adolescents handicapés en urbain ont 1,23 fois plus de risque de subir les violences physiques à l'école/centre de formation que leurs camarades handicapés en milieu rural. Ces risques sont de 1,16 et de 1,39 respectivement en ce qui concerne les abus financiers, fraudes & vols d'effets et les discriminations. Par contre, pour ce qui est des menaces et préjudices psychologiques,

le risque est plus élevé (1,15 fois plus) lorsque l'enfant/adolescent handicapé est scolarisé/en formation en milieu rural.

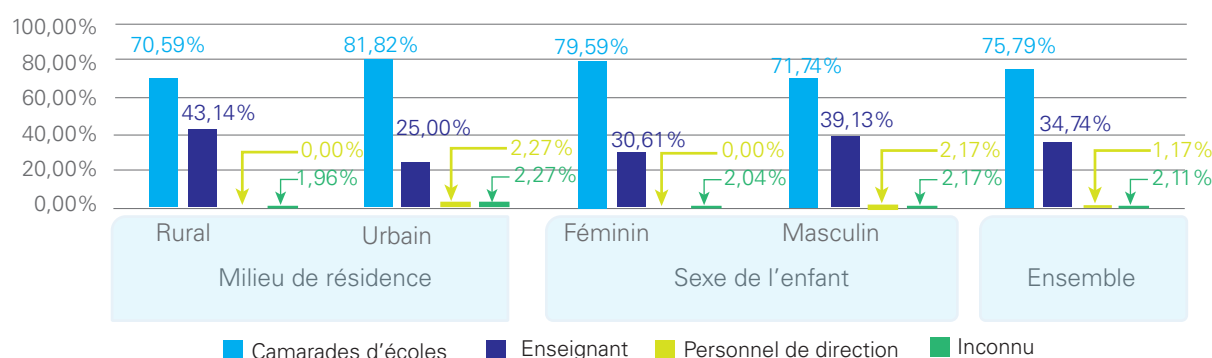
Quant à l'analyse selon le sexe, elle révèle que le risque de subir les violences physiques et les abus financiers, fraudes & vols d'effets est plus élevé (respectivement 1,13 fois et 3,20 fois) lorsque l'enfant/adolescent scolarisé est de sexe masculin. Par contre, les filles handicapées scolarisées sont un peu plus exposées aux menaces & préjudices psychologiques (1,41 fois) et discriminations (1,64 fois) comparativement aux garçons.

Graphique 4 : Types d'abus et violences sur les enfants/adolescents handicapés

Existence d'abus et de violence sur les enfants/ adolescents handicapés
Titre du graphique



Auteurs des abus et de violence sur les enfants/ adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

5.3. ACCÈS AUX SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

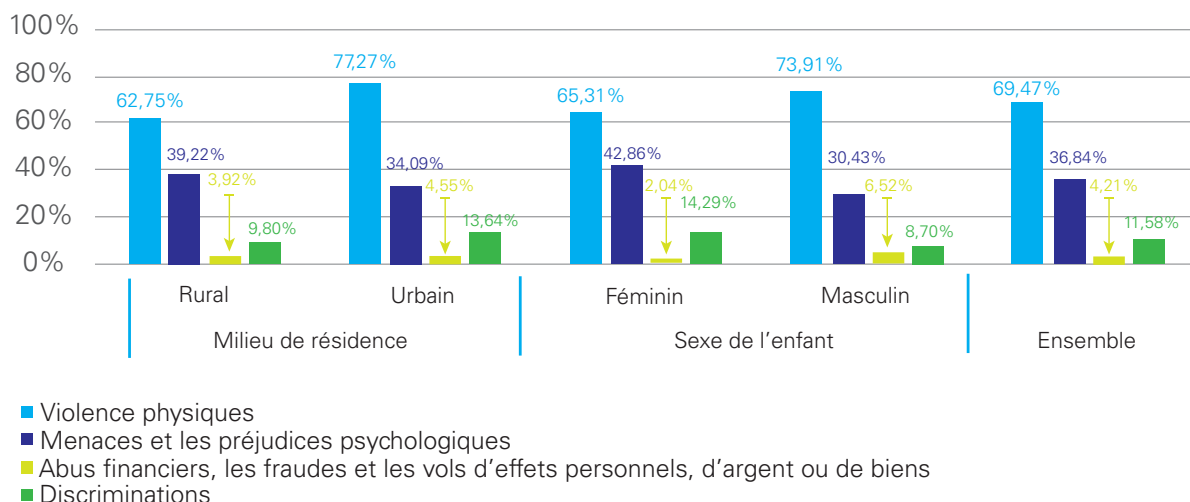
Les enfants/adolescents handicapés malgaches, plus particulièrement les filles, ont un accès aux soins de santé plus limité que leurs camarades non handicapés

À MADAGASCAR, l'accès des enfants aux soins de santé diffère selon que ces derniers soient handicapés ou non. Les chiffres du rapport MODA montrent 57% des enfants malgaches de 12 à 35 mois sans handicap n'ont pas reçu tous les vaccins de base. Ce chiffre est encore plus alarmant chez les enfants de la même tranche d'âge mais vivant avec un handicap (66,6%). Ainsi, les enfants/adolescents handicapés seraient 1,16 fois plus exposés à la privation des vaccinations, comparativement à leurs camarades qui ne sont pas en situation d'handicap.

aux enfants non handicapés, les enfants/adolescents handicapés seraient 1,15 fois plus exposés au paludisme. Ce niveau d'exposition, comparativement aux enfants non handicapés paraît plus élevé en ce qui concerne la diarrhée non traitée (1,43 fois) ainsi que l'IRA non traitée (1,45 fois).

La tendance est la même en ce qui concerne les autres indicateurs de santé chez les enfants de 0 à 59 mois notamment le **paludisme non traité**, la **diarrhée non traitée**, l'infection respiratoire aigüe non traitée (**IRA non traitée**). En effet, par rapport

Graphique 5 : Privation en santé des enfants de moins de 5 ans, selon le handicap



Source : Madagascar, Rapport MODA 2020

Le rapport sur la vie des enfants handicapés à Madagascar (Avril 2022) révèle que cette discrimination est encore plus accentuée en ce qui concerne la vaccination et le paludisme quand il s'agit des filles handicapées. En effet, plus de 55% et 15% des filles

handicapées sont respectivement privées de vaccination et de soins de paludisme (contre respectivement un peu moins 50% et un peu moins de 15% chez les garçons handicapés)³⁴.

Une grande partie des enfants ne fréquentent pas les centres de santé surtout ceux handicapés et en milieu rural

A la question de savoir s'ils bénéficiaient de faveur à l'hôpital, 17,16% des enfants/adolescents handicapés ont répondu qu'ils ne fréquentaient pas les centres de santé. Ce taux est encore plus élevé lorsqu'il s'agit des enfants/adolescents vivant en milieu rural (19,51%). Chez les enfants/adolescents non handicapés, 12,93% ont déclaré ne pas fréquenter les centres de santé dont 15,89% en milieu rural.

L'analyse par les rapports de chance (Odds ratio) montre que les enfants non handicapés ont 1,33 fois plus de chances de fréquenter les centres de santé que leurs camarades handicapés. De même, les enfants/adolescents vivant en milieu urbain ont plus de chance de fréquenter les hôpitaux que

leurs camarades en milieu rural (1,32 pour les enfants/adolescents handicapés et 1,61 pour les non handicapés).

De plus, seulement 7,42% des enfants/adolescents handicapés dont 4,88% en milieu rural et 10,03% en milieu urbain reçoivent des faveurs quand ils se rendent dans les centres de santé pour des soins. Ce taux est de 6,94% pour les enfants/adolescents non handicapés dont 4,98% en milieu rural et 8,95% en milieu urbain.

En outre, les données de l'enquête terrain révèlent que 17,28% des garçons handicapés interviewés ne fréquentent pas les centres de santé contre 17,03% des filles handicapées interviewées.

... toutefois, les rares faveurs faites dans les hôpitaux (prise en charge de certains médicaments, consultation gratuite, etc...) le sont généralement en milieu urbain

Du fait de la pauvreté des ménages à Madagascar, l'une des causes non négligeables de la non fréquentation des

centres de santé surtout en milieu rural pourrait être l'absence de faveurs au niveau des hôpitaux. En effet, Seulement 7,42% des

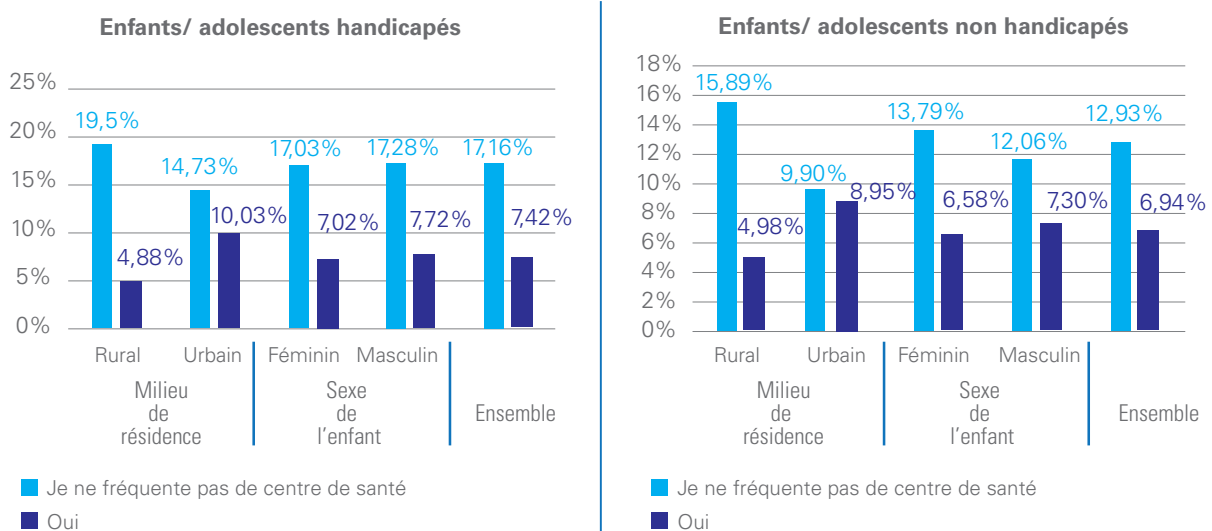
³⁴ <https://www.unicef.org/madagascar/media/8681/file/La%20vie%20des%20enfants%20en%20situation%20de%20handicap%20C3%A0%20Madagascar.pdf>

enfants/adolescents handicapés ont affirmé recevoir ou avoir reçu des faveurs à l'hôpital (prise en charge de certains médicaments, consultation gratuite, etc...) contre 6,94% au niveau des enfants/adolescents non handicapés. En milieu rural, ces proportions sont encore plus faibles (4,88% et 4,98% respectivement pour les enfants/adolescents handicapés et non handicapés) qu'en milieu urbain (10,03% et 8,95% respectivement pour les enfants/adolescents handicapés et non handicapés).

Par ailleurs, seulement 7,12% des filles handicapées fréquentant les centres de santé reçoivent ou ont déjà reçu des faveurs à l'hôpital contre 7,72% pour les garçons handicapés. Au niveau des enfants/adolescents non handicapés, ces proportions sont de 6,58% au niveau des filles et 7,38% au niveau des garçons.

Le graphique 6 ci-après illustre les analyses faites ci-haut.

Graphique 6 : Réception de faveurs à l'hôpital par les enfants/adolescents



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

L'automédication et/ou la consultation de tradipraticiens est une pratique de soins courante pour les personnes handicapées à Madagascar surtout en milieu rural et dans les ménages gérés par les femmes

L'automédication/la consultation des tradipraticiens est une pratique courante à Madagascar. En effet, plus d'un tiers des ménages avec des enfants/adolescents (36,19%) se réfèrent entièrement ou de temps à autre à cette pratique dont 41,67% des ménages ruraux et 30,88% des ménages urbains. En outre, les ménages avec des enfants/adolescents handicapés vivant en milieu rural sont plus susceptibles (1,35 fois) d'adopter ces pratiques que les ménages avec des personnes handicapées en milieu urbain.

pratiquée par 38,43% des filles handicapées contre 33,96% pour les garçons handicapés. En termes de rapport de chances, les filles handicapées sont plus exposées (1,13 fois) à ces pratiques que les garçons handicapés.

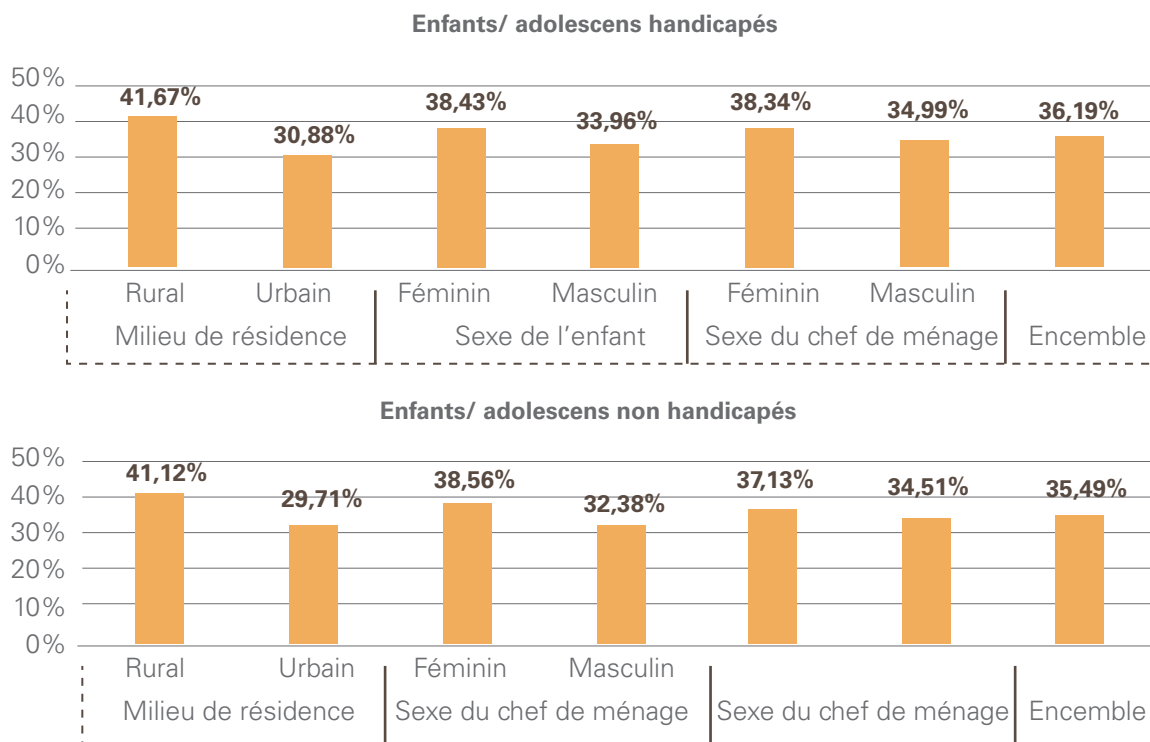
De même, cette pratique est plus fréquente dans les ménages avec des enfants/adolescents handicapés gérés par les femmes (38,34%) que dans ceux gérés par les hommes (34,99%). En termes de mesures de risques d'adoption de ces pratiques, les ménages gérés par les femmes sont 1,10 fois plus exposés.

L'analyse selon le genre montre des disparités. En effet, la consultation des tradipraticiens et/ou l'automédication est

Par ailleurs, les mêmes tendances sont observées dans les ménages sans enfants/ adolescents handicapés.

Le graphique 7 ci-après illustre les analyses faites ci-haut.

Graphique 7 : Consultations de tradipraticiens et/ou adoption de l'automédication



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Une prise en charge sanitaire inadéquate pour les enfants et adolescents handicapés

Les personnes handicapées présentent une vulnérabilité particulière. Leurs problèmes de santé, qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent très souvent par un cumul de pathologies et de fragilités qui nécessite généralement une prise en charge particulière.

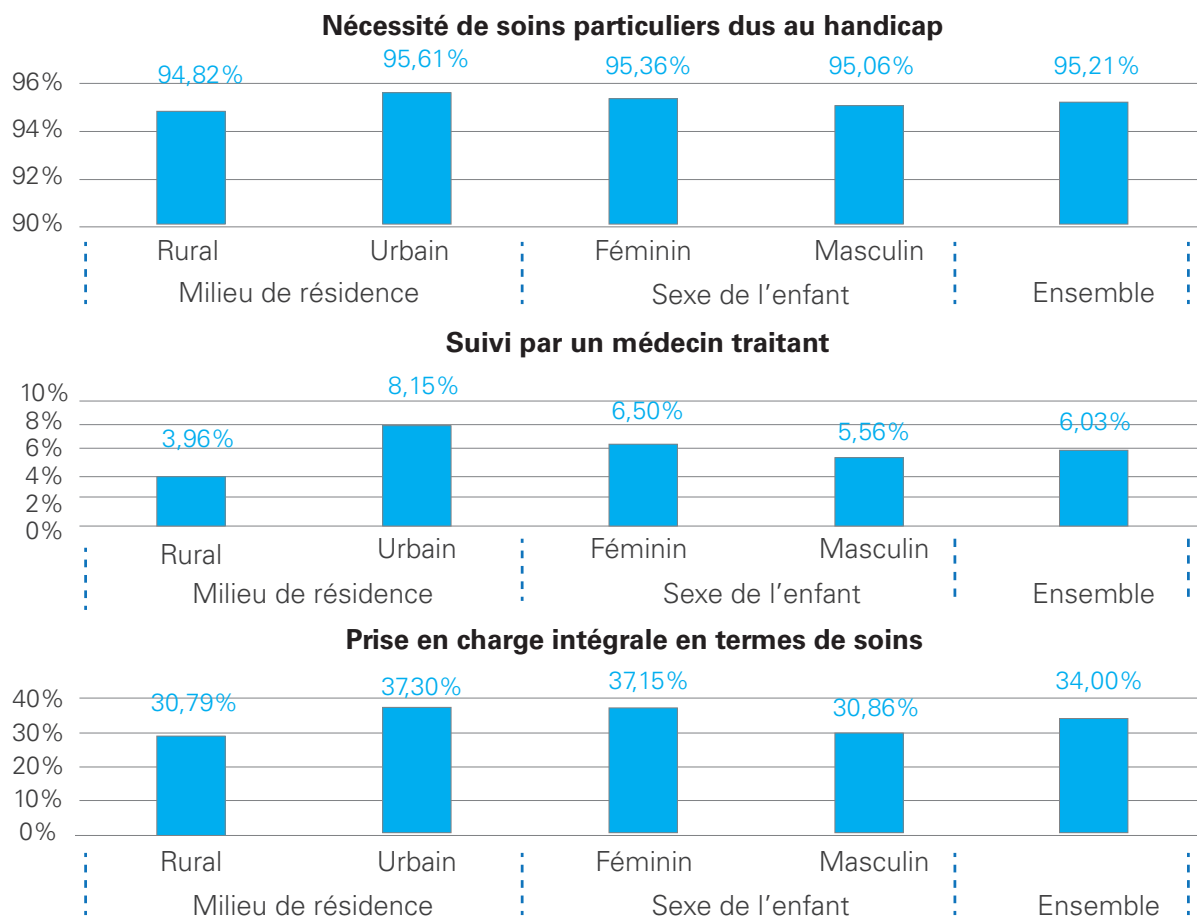
urbain ont plus de chance d'être suivi par un médecin traitant (2,06 fois) et de bénéficier d'une prise en charge intégrale en matière de soin (1,21 fois) comparativement à leurs camarades en milieu rural. Par ailleurs, une fille handicapée a plus de chance (1,20) de bénéficier de tous les soins dont elle a besoin qu'un garçon handicapé.

Par ailleurs, l'enquête terrain a révélé que seulement 34% des enfants/adolescents handicapés interviewés reçoivent tous les soins dont ils ont besoin bien que la quasi-majorité (95,21%) de l'échantillon a des besoins de soins spécifiques dus à leur handicap.

L'enquête a également révélé que seulement 6,03% des enfants/adolescents interviewés ont un médecin traitant.

L'analyse du rapport de chance selon le milieu de résidence révèle que les enfants/adolescents handicapés vivant en milieu

Graphique 8 : Besoins en santé des enfants/adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Le type de handicap (communication), le niveau d'instruction du chef de ménage et de l'accès de l'enfant lui-même à l'éducation sont entre autres des facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé des enfants handicapés malgaches

Les résultats des régressions économétriques, réalisés avec le modèle probit indiquent que d'une part, l'accès des enfants handicapés aux soins de santé est significativement influencé par le handicap du type communication d'une part et le niveau d'instruction du chef de ménage auquel appartient l'enfant ainsi que l'accès de ce dernier à l'éducation d'autre part. En effet, le handicap de communication a un effet marginal négatif (-0,09) et significatif à 5% sur l'accès des enfants aux soins de santé. En d'autres termes, pour un enfant/adolescent en situation de handicap de communication, la probabilité d'avoir accès aux soins de santé diminue de 0,09. Cela pourrait s'expliquer par les difficultés que ce dernier a à communiquer et exprimer ses éventuels états de maladie. Par contre, le

niveau d'instruction du chef de ménage a un effet marginal positif (0,043) et significatif sur l'accès des enfants handicapés aux soins de santé. Ainsi, la probabilité pour les enfants handicapés d'avoir accès à des soins de santé s'accroît de 0,043 avec le niveau d'instruction du chef de ménage auquel appartiennent ces enfants. Similairement, l'instruction de l'enfant handicapé lui-même agit positivement (0,073) et significatif à 5% sur l'accès aux soins de santé. Ainsi, les enfants handicapés voient leur probabilité d'avoir accès aux soins de santé s'accroître de 0,073 lorsque ces derniers sont inscrits à l'école (cf. annexe 4).

5.4. ACCÈS AUX SERVICES D'EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT (EHA)

À Madagascar, les personnes handicapées ont un accès bien plus limité à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène que le reste de la population bien que le plan national pour l'inclusion des personnes en situation de handicap intègre un volet spécifique sur l'accès aux services d'eau, d'assainissement et d'hygiène.

Les résultats de l'enquête terrain révèlent que de nombreux ménages et écoles/centres de formation à Madagascar ne prennent pas en compte les enfants/adolescents handicapés dans l'installation de leurs dispositifs d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Cette exclusion témoigne des difficultés dont font face les enfants/adolescents handicapés au quotidien pour leur inclusion et leur bien-être.

L'accès des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs d'eau de boisson est limité et influencé par le type de handicap

En effet, l'enquête a révélé que le dispositif en eau de boisson dans les ménages n'est pas accessible ou est difficilement accessible aux enfants et adolescents handicapés dans 53,94% des cas contre seulement 19,15% des cas pour les enfants sans handicap. Ainsi, l'accès aux dispositifs de boisson serait près de trois fois (2,82) plus difficile pour les enfants/adolescents handicapés comparativement à leurs camarades non handicapés et ce, au sein des ménages.

milieu de résidence montre des proportions plus élevées d'enfants/adolescents vivant en milieu rural qui ont plus facilement accès au dispositif d'eau de boisson des ménages comparativement à leur camarade vivant en milieu urbain. Par ailleurs, l'écart est plus encore plus grand dans le cas des enfants/adolescents handicapés.

De même, l'analyse selon le sexe de l'enfant donne les mêmes tendances que précédemment mais en faveur des filles.

La désagrégation des données selon le

Tableau 13 : Accessibilité aux dispositifs d'eau de boissons dans les ménages/centres d'accueil

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	38,11%	12,50%	49,39%	100,00%
	Urbain	43,57%	13,79%	42,63%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	39,32%	13,62%	47,06%	100,00%
	Masculin	42,28%	12,65%	45,06%	100,00%
Ensemble		40,80%	13,14%	46,06%	100,00%
Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	12,15%	6,85%	81,00%	100,00%
	Urbain	12,86%	6,43%	80,71%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	10,97%	7,52%	81,50%	100,00%
	Masculin	14,06%	5,75%	80,19%	100,00%
Ensemble		12,50%	6,65%	80,85%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Le constat est également le même au niveau des écoles et des centres de formation mais la situation reste moins alarmante comparativement à la situation au sein des ménages. En effet, un peu moins de la moitié des enfants et adolescents handicapés scolarisés ou en formation (48,07%) affirment ne pas pouvoir avoir accès ou a difficilement accès au dispositif d'eau de la structure contre 32,75% des enfants/adolescents non handicapés. En termes de risque relatif

rapproché (odds ratio), l'accès aux dispositifs d'eau de boisson serait 1,47 fois plus difficile pour les enfants/adolescents handicapés, relativement aux enfants non handicapés au niveau des écoles/centres de formation.

A l'inverse des statistiques selon le milieu de résidence et le sexe de l'enfant au sein des ménages, celles au niveau des écoles sont respectivement en faveur des populations urbaines et des filles.

Tableau 14 : Accessibilité aux dispositifs d'eau de boissons dans les écoles/centres de formation

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	38,76%	12,40%	48,84%	100,00%
	Urbain	35,26%	10,26%	54,49%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	35,97%	12,95%	51,08%	100,00%
	Masculin	37,67%	9,59%	52,74%	100,00%
Ensemble		36,84%	11,23%	51,93%	100,00%
Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	33,33%	5,62%	61,04%	100,00%
	Urbain	22,99%	3,83%	73,18%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	31,40%	5,81%	62,79%	100,00%
	Masculin	24,60%	3,57%	71,83%	100,00%
Ensemble		28,04%	4,71%	67,25%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Le tableau 15 montre que les enfants/adolescents les plus affectés par l'inaccessibilité aux dispositifs d'eau de boisson (accès difficile et inaccessibilité) dans les ménages/centres d'accueil sont ceux souffrant du handicap psychique (56,70%), du handicap moteur (61,90%) et du handicap de communication (63,80%). En effet, plus de la moitié des enfants/adolescents souffrant de ces types de handicap affirment n'avoir pas accès ou difficilement aux dispositifs d'eaux de boisson du ménage.



A Madagascar, 43.6% des enfants n'ont pas accès à des toilettes et doivent donc faire leurs besoins à ciel ouvert ou dans les champs.

Tableau 15 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs d'eau de boisson selon le handicap dans les ménages et centres d'accueil

	Oui, facilement	Oui mais difficilement	Non	Total
Visuel (malvoyants, aveugles...)	52,3%	14,0%	33,7%	100,00%
Auditif (malentendants, sourds...)	75,6%	6,7%	17,8%	100,00%
Moteur (membres inférieurs, membres supérieurs, colonne vertébrale...)	38,1%	15,1%	46,8%	100,00%
Communication (muet, déficient mental, ...)	36,2%	14,6%	49,2%	100,00%
Psychique (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité...)	43,3%	11,3%	45,4%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

L'accès des enfants/adolescents handicapés aux toilettes/lieux d'aisance est limité et déterminé par le type de handicap

À MADAGASCAR, 43,6% des enfants n'ont pas accès à des toilettes et doivent donc faire leurs besoins à ciel ouvert ou dans les champs. Les filles et les garçons handicapés se heurtent à des difficultés encore plus grandes en ce qui a trait à la gestion de leur hygiène avec dignité³⁵.

Les données de l'enquête terrain montrent également cet état de fait. En effet dans 38,64% des cas, les enfants/adolescents handicapés affirment que les toilettes et lieux d'aisance du ménage et/ou du centre d'accueil ne leur sont pas accessibles ou leur sont accessibles mais difficilement. Ces proportions sont moins élevées quand il s'agit des enfants et adolescents non handicapés (11,36%). Le calcul du risque relatif rapproché indique que l'accès aux toilettes des ménages/centres d'accueil serait plus de trois fois (3,40) plus difficile pour les enfants/adolescents handicapés que pour les enfants non handicapés.

Par ailleurs, l'analyse des données selon le milieu de résidence montre qu'il y a plus d'enfants/adolescents handicapés en milieu rural (64,02%) qui ont un accès plus facile aux toilettes et lieux d'aisance que les enfants/adolescents handicapés en milieu urbain (58,62%). Ceci pourrait s'expliquer par le fait de la pratique de la défécation à l'air libre en milieu rural.

De même, l'analyse selon le sexe indique une plus forte proportion des filles (63,16%) qui a accès plus facilement aux toilettes/lieux d'aisance que les garçons handicapés (59,57%). Ainsi donc, cette disparité pourrait être l'effet des différentes mesures (sensibilisation, etc.) engagées dans le but de réduire les inégalités entre les deux sexes.

³⁵ UNICEF, Avril 2022, La vie des enfants handicapés à Madagascar

Tableau 16 : Accessibilité aux toilettes/lieux d'aisance dans les ménages/centres d'accueil

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	29,27%	6,71%	64,02%	100,00%
	Urbain	29,78%	11,60%	58,62%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	28,48%	8,36%	63,16%	100,00%
	Masculin	30,56%	9,88%	59,57%	100,00%
Ensemble		29,52%	9,12%	61,36%	100,00%
Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	7,79%	2,49%	89,72%	100,00%
	Urbain	7,99%	4,47%	87,54%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	8,46%	3,45%	88,09%	100,00%
	Masculin	7,30%	3,49%	89,21%	100,00%
Ensemble		7,89%	3,47%	88,64%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Au niveau des écoles et des centres de formation, les tendances sont toujours en défaveur également des enfants et adolescents handicapés. En effet, ils sont 23,50% d'enfants et adolescents handicapés scolarisés qui n'ont pas accès aux toilettes et lieux d'aisance de leurs écoles/centres de formation (17,89%) ou y sont accés mais difficilement (5,61%). Cette proportion est de 9,50% pour les enfants et adolescents non handicapés (6,33% pour l'inaccessibilité et 3,17% pour l'accès difficile). Ainsi, dans les écoles et centres de formation, l'accès aux toilettes pourrait être 2,47 fois plus difficile

pour les enfants/adolescents handicapés que pour les enfants non handicapés.

En ce qui concerne les enfants/adolescents handicapés scolarisés, l'accès aux toilettes et lieux d'aisance de l'école/centre de formation est plus facile pour 81,40% en milieu rural et 72,44% en milieu urbain.

De même, la désagrégation des données selon le sexe de l'enfant montre également une légère discrimination en faveur des filles handicapées (76,98% contre 76,03% chez les garçons handicapés).

Tableau 17 : Accessibilité aux toilettes/lieux d'aisance dans les écoles/centres de formation

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	15,50%	3,10%	81,40%	100,00%
	Urbain	19,87%	7,69%	72,44%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	17,27%	5,76%	76,98%	100,00%
	Masculin	18,49%	5,48%	76,03%	100,00%
Ensemble		17,89%	5,61%	76,49%	100,00%

Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	8,12%	2,03%	89,85%	100,00%
	Urbain	4,90%	4,08%	91,02%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	7,37%	3,23%	89,40%	100,00%
	Masculin	5,33%	3,11%	91,56%	100,00%
Ensemble		6,33%	3,17%	90,50%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Comme au niveau des dispositifs d'eau de boisson des ménages, les enfants/adolescents les plus affectés par l'inaccessibilité aux toilettes et lieux d'aisance

dans les ménages/centres d'accueil sont ceux souffrant du handicap moteur (44,70%), du handicap psychique (45,40%), et du handicap de communication (53,80%).

Tableau 18 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux toilettes/lieux d'aisance selon le handicap dans les ménages et centres d'accueil

	Oui, facilement	Oui mais difficilement	Non	Total
Visuel (malvoyants, aveugles...)	67,4%	15,1%	17,4%	100,00%
Auditif (malentendants, sourds...)	87,8%	2,2%	10,0%	100,00%
Moteur (membres inférieurs, membres supérieurs, colonne vertébrale...)	55,3%	8,7%	36,0%	100,00%
Communication (muet, déficient mental, ...)	46,2%	12,3%	41,5%	100,00%
Psychique (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité...)	54,6%	9,3%	36,1%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Accès limité des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs de lavage de mains

En ce qui concerne l'accès à l'hygiène, il y est également plus limité pour les enfants et adolescents handicapés que pour leurs camarades non handicapés. En effet, selon les données de l'enquête terrain, 25,01% des enfants et adolescents handicapés n'ont pas accès ou ont difficilement accès aux dispositifs de lavage des mains dans les ménages ou centres d'accueil contre seulement 5,88% chez les enfants/adolescents non handicapés. En termes de risques relatifs, les enfants/adolescents handicapés ont 0,2 fois moins de chance d'accéder aux dispositifs de lavage de mains dans les ménages/centre d'accueil que les enfants/adolescents non handicapés.

Les données de l'enquête terrain en ce qui concerne l'accès aux dispositifs de lavage de mains par les enfants et adolescents handicapés révèlent également des disparités selon le lieu de résidence et le sexe de l'enfant. En effet, 79,07% des enfants et adolescents handicapés en milieu rural ont un accès facile au dispositif de lavage des mains des ménages contre 71,70% en milieu urbain. Aussi, 86,05% des filles handicapées ont accès facilement aux dispositifs d'eau contre 66,04% au niveau des garçons handicapés.

Tableau 19 : Accessibilité aux dispositifs de lavage de mains dans les ménages/ centres d'accueil

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	13,95%	6,98%	79,07%	100,00%
	Urbain	16,98%	11,32%	71,70%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	11,63%	2,33%	86,05%	100,00%
	Masculin	18,87%	15,09%	66,04%	100,00%
Ensemble		15,63%	9,38%	75,00%	100,00%
Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	2,04%	6,12%	91,84%	100,00%
	Urbain	0,00%	3,77%	96,23%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	0,00%	7,50%	92,50%	100,00%
	Masculin	1,61%	3,23%	95,16%	100,00%
Ensemble		0,98%	4,90%	94,12%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Au niveau des écoles/centre de formation, le taux d'enfants et adolescents handicapés ayant facilement accès aux dispositifs de lavage de mains est en inférieure (73,33%) comparativement à l'accès dans les ménages/centre d'accueil (75%). En comparaison avec les enfants non handicapés, les enfants/adolescents handicapés ont 0,25 fois moins de chance d'avoir un accès facile

aux dispositifs de lavage de mains dans les écoles/centres de formation.

Par ailleurs, tout comme au niveau des ménages, la comparaison inter-handicap révèle également des disparités tant au niveau du milieu de résidence (en faveur du milieu urbain) que du sexe de l'enfant handicapé (en faveur des filles handicapées).

Tableau 20 : Accessibilité aux dispositifs de lavage de mains dans les écoles/centres de formation

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Enfants/adolescents handicapés					
Milieu de résidence	Rural	25,58%	1,55%	72,87%	100,00%
	Urbain	21,79%	4,49%	73,72%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	23,02%	1,44%	75,54%	100,00%
	Masculin	23,97%	4,79%	71,23%	100,00%
Ensemble		23,51%	3,16%	73,33%	100,00%
Enfants/adolescents non handicapés					
Milieu de résidence	Rural	1,89%	1,89%	96,23%	100,00%
	Urbain	2,37%	0,00%	97,63%	100,00%

		Non	Oui mais difficilement	Oui, facilement	Total
Sexe de l'enfant	Féminin	3,05%	1,53%	95,42%	100,00%
	Masculin	1,39%	0,00%	98,61%	100,00%
Ensemble		2,18%	0,73%	97,09%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

L'analyse du tableau 21 montre que les enfants/adolescents souffrant du handicap visuel (31,60%), du handicap moteur (32,00%) et du handicap de communication (42,10%) sont les plus affectés par le type

et l'emplacement des dispositifs de lavage de mains dans les ménages et centres d'accueil. Leurs camarades souffrant du handicap auditif ont toutefois moins de difficultés (6,70%).

Tableau 21 : Accessibilité des enfants/adolescents handicapés aux dispositifs de lavage de mains selon le handicap dans les ménages et centres d'accueil

	Oui, facilement	Oui mais difficilement	Non	Total
Visuel (malvoyants, aveugles...)	68,4%	15,8%	15,8%	100,0%
Auditif (malentendants, sourds...)	93,3%		6,7%	100,0%
Moteur (membres inférieurs, membres supérieurs, colonne vertébrale...)	67,9%	9,4%	22,6%	100,0%
Communication (muet, déficient mental, ...)	57,9%	15,8%	26,3%	100,0%
Psychique (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité...)	80,0%		20,0%	100,0%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

5.5. NIVEAU DE VIE ADÉQUAT ET PROTECTION SOCIALE

Madagascar se classe 164ème sur 189 pays selon l'Indice de Développement Humain 2019 (IDH), le plaçant dans la catégorie de développement humain la plus basse. En termes de pauvreté monétaire, 74,3 % de la population vivent avec moins de 1,90 USD par jour et cette situation pourrait s'accroître en fonction de l'intensité que prendrait la

crise économique liée à la COVID-19.

La protection sociale à Madagascar est peu développée, ce qui rend encore plus difficile les conditions de vie des couches sociales vulnérables comme les enfants, en particulier ceux vivant avec un handicap.

En plus d'être faible, les soutiens reçus par les enfants/adolescents plus particulièrement ceux vivant avec un handicap sont orientés vers le milieu urbain et les handicapés de sexe féminin

Les résultats de l'enquête mettent en évidence le faible soutien de la part de l'Etat et des ONG/associations en faveur des enfants vulnérables notamment ceux vivant

avec un handicap. Il est en effet ressorti qu'un quart des enfants non handicapés interviewés (25,87%) ont déjà bénéficié d'aide du gouvernement contre seulement

9,27% des enfants handicapés interviewés. L'analyse suivant les rapports de chance révèle que par rapport aux enfants non handicapés, ceux qui sont en situation de handicap ont 0,64 fois moins de chance de bénéficier de l'aide de l'Etat.

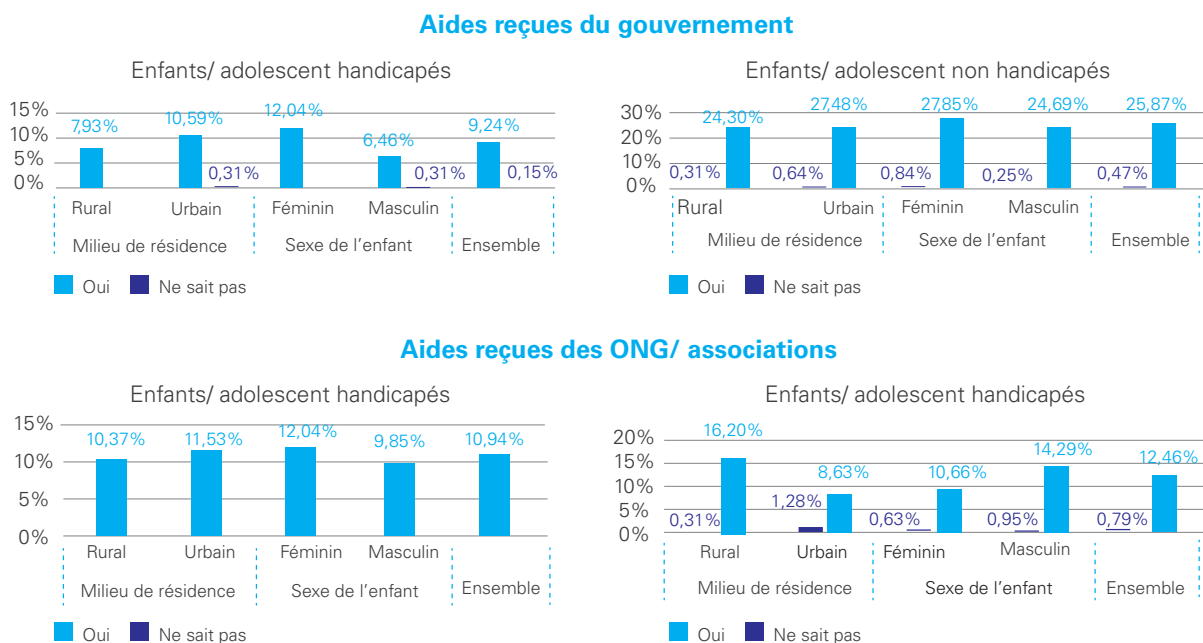
La même situation est observée en ce qui concerne les aides venant des ONG et associations, mais avec une nette amélioration du rapport de chance. En effet, les enfants/adolescents handicapés ont 0,12 fois moins de chance de bénéficier d'aides des ONG et associations comparativement aux enfants et adolescents non handicapés. En outre, ils sont 10,97% des enfants/adolescents handicapés interviewés qui ont affirmé avoir déjà reçu des aides des ONG et associations contre 12,46% des enfants et adolescents non handicapés interviewés.

En considérant le milieu de résidence des enfants/adolescents ayant reçu les aides du gouvernement et des ONG, il apparaît que ceux -ci sont principalement en milieu urbain. En effet, 7,93% des enfants/

adolescents interviewés ayant reçu des aides du gouvernement habitent en milieu rural contre 10,59% qui sont en milieu urbain. Des tendances similaires sont plus ou moins obtenues en ce qui concerne les aides octroyées par les ONG et associations (11,53% en milieu urbain et 10,37% en milieu rural).

Des disparités existent également au niveau des statistiques des aides reçues par sexe. En effet, en ce qui concerne le cas des enfants/adolescents handicapés, les aides sociales sont beaucoup plus vers les filles handicapées que ce soit les aides venant du gouvernement ou des ONG/associations. En effet, 12,04% des filles handicapées interviewés reçoivent des aides sociales du gouvernement mais aussi des ONG/associations tandis que 9,85% des garçons handicapés reçoivent des aides des ONG/associations. Cette proportion de garçons handicapés diminue lorsqu'il s'agit des aides venant du gouvernement (6,46%).

Graphique 9 : Aides reçues du gouvernement et des ONG/associations



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Inégale répartition des aides sociales en faveur des enfants/adolescents handicapés

L'analyse des résultats de l'enquête terrain met également en évidence l'existence de disparités entre les différentes provinces couvertes par l'enquête en matière d'aides

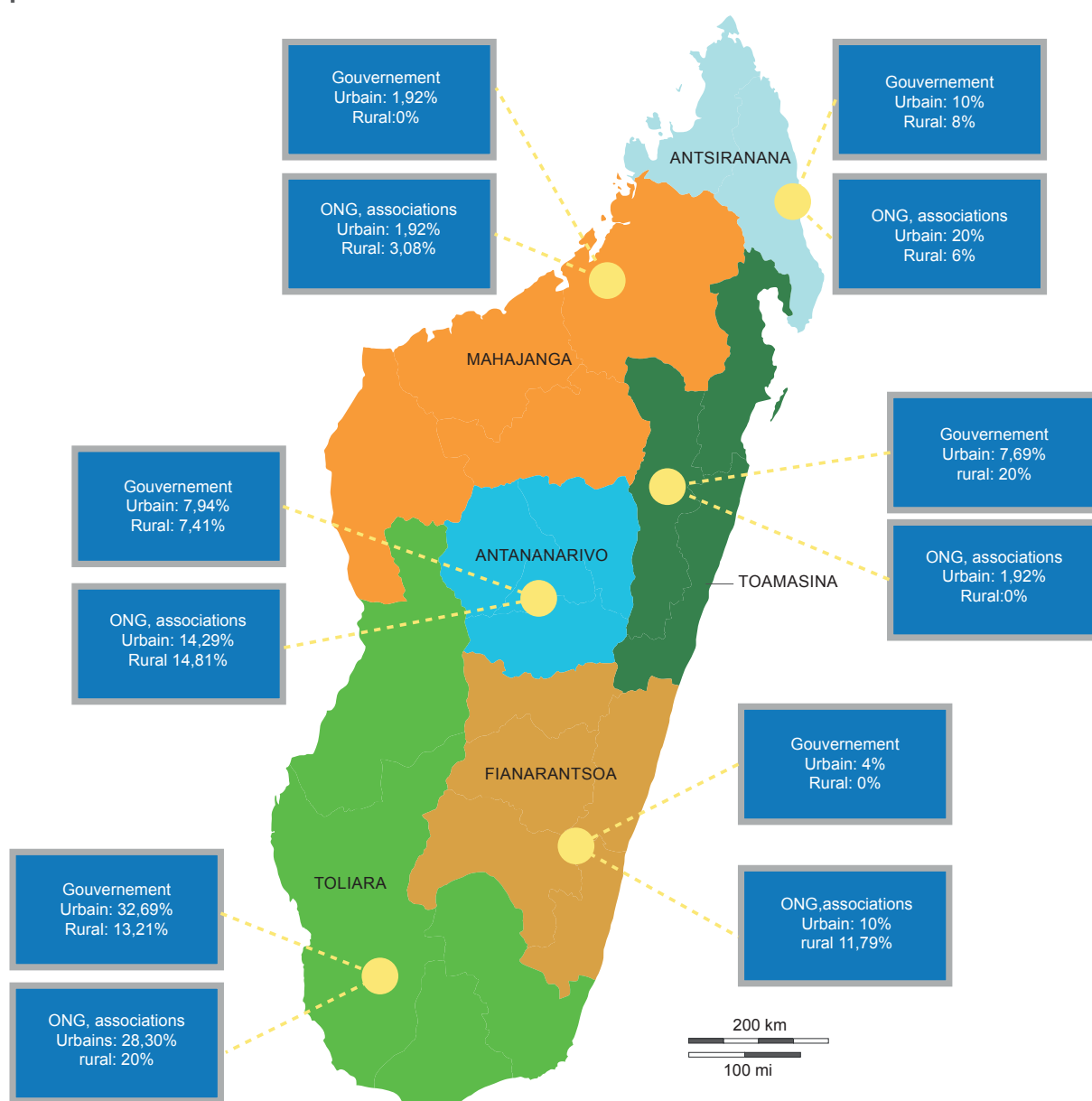
reçues par les enfants et adolescents handicapés. De façon générale, il ressort que parmi les différentes localités couvertes par l'enquête, Toliara est la province bénéficiant

le plus de l'aide en faveur des enfants et adolescents handicapés. En effet, dans cette province, environ 22,95% des enfants handicapés interrogés déclarent bénéficier de l'aide du gouvernement et environ 24,15% d'entre eux de l'aide d'une ONG ou une association. Ces résultats contrastent avec ceux de la province de Mahajanga qui reçoit quant à elle très peu d'aide en faveur des enfants et adolescents handicapés. Avec seulement 0,96% des enfants et adolescents handicapés qui affirment avoir déjà bénéficié

de l'aide du gouvernement et seulement 2,5% d'entre eux bénéficiant de l'aide d'une ONG ou d'une association, cette province est, de toutes celles concernées par l'enquête, celle qui reçoit le moins d'aide en faveur des enfants et adolescents handicapés.

La carte 2 ci-dessous donne les différentes tendances des aides reçues par les enfants/adolescents handicapés dans les différentes provinces de Madagascar.

Carte 2 : Répartition des aides reçues par les enfants et adolescents handicapés par province



Source : Auteur

5.6. IMPACT DE LA COVID-19 SUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

L'avènement de la COVID-19 risque de détériorer à moyen terme la situation déjà difficile des enfants et adolescents handicapés à Madagascar et en particulier celle des filles handicapées

La dernière enquête par grappe à indicateurs multiples (MICS-6) révèle qu'en 2018 Madagascar comptait près de 14 millions d'enfants dont 11,6 millions (82,9%) vivant sous le seuil de pauvreté monétaire (avec moins de 1,90 dollars US par jour)³⁶. Par ailleurs, les effets de la COVID-19 risquent d'augmenter le nombre d'enfants vivant sous le seuil de pauvreté du fait de la crise économique générée par la pandémie et la récession globale.

Outre l'aspect financier, le confinement risque d'avoir des effets néfastes sur la scolarisation

Le confinement (COVID-19) a eu des effets néfastes sur l'état psychologique des enfants/adolescents handicapés

Les premières études réalisées sur les effets du confinement et l'impact de la baisse de l'activité économique, montrent que le confinement peut également affecter psychologiquement certains jeunes qui sont enfermés chez eux avec tous les membres de la famille³⁸.

En effet, l'enquête terrain a révélé que le confinement dû à la COVID-19 n'a eu aucun effet sur l'état psychologique de 45,75% des enfants et adolescents handicapés (46,44% des filles handicapées et 45,75% des garçons handicapés). Toutefois, la majorité (53,73%) a attesté avoir été affectée psychologiquement par le confinement. En outre, la peur (36,48%), le sentiment d'être emprisonné (17,47%), l'anxiété (16,38%) étaient les principaux effets du confinement sur l'état psychologique des enfants et adolescents handicapés interviewés.

des enfants et augmente les risques de violences domestiques et violences sexuelles envers les filles et particulièrement envers celles en situation de handicap en ce qui concerne les violences domestiques et sexuelles (20,2% des filles handicapées de 15-17ans ont subi des violences sexuelles contre 15,5% de moyenne nationale)³⁷.

La pandémie risque également d'accroître la charge de morbidité sur le moyen terme à cause de l'interruption des campagnes de vaccination et autres soins préventifs.

Le graphique 10 ci-dessous donne les différents effets du confinement sur l'état psychologique des enfants/adolescents handicapés selon le genre.



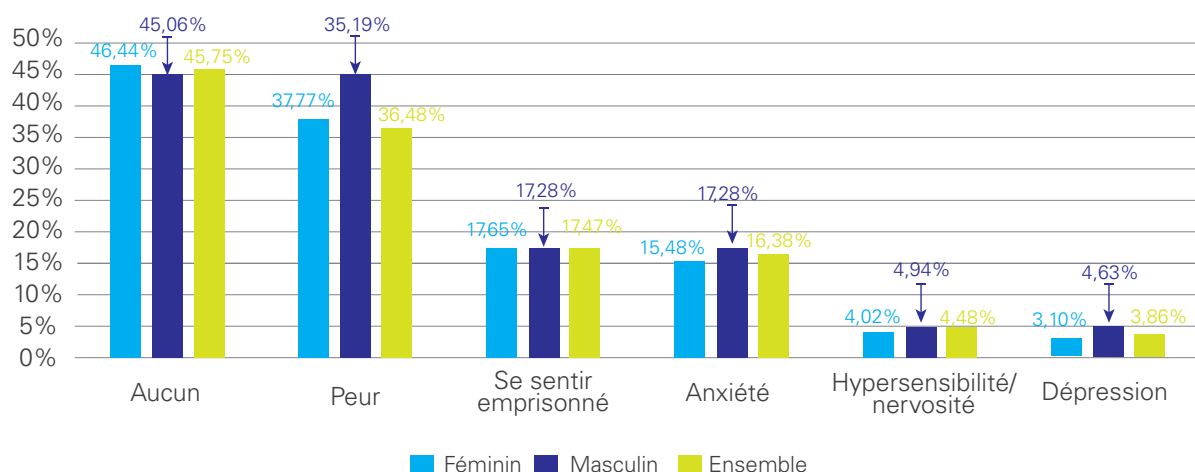
l'enquête terrain a révélé que le confinement dû à la COVID-19 n'a eu aucun effet sur l'état psychologique de 45,75% des enfants et adolescents handicapés (46,44% des filles handicapées et 45,75% des garçons handicapés).

³⁶ UNICEF, Avril 2021, Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar (Note d'information n° 2021.01, avril 2021)

³⁷ UNICEF, Avril 2021, Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar (Note d'information n° 2021.01, avril 2021)

³⁸ Avril 2021, Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar

Graphique 10 : Effets du confinement (COVID-19) sur l'état psychologique des enfants/adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

La pandémie (COVID-19) aurait diminué les aides sociales reçues par les enfants malgaches et plus particulièrement les enfants/adolescents handicapés

La pandémie de la COVID-19 a également eu un effet sur les aides sociales reçues par les enfants et adolescents handicapés de Madagascar. L'enquête a ainsi révélé que dans 71,66% des cas, les enfants et adolescents handicapés interrogés trouvaient que les aides qu'ils reçoivent du gouvernement depuis l'avènement de la pandémie sont restées inchangées ou ont baissé en comparaison à la situation d'avant COVID-19 contre 62,8% des cas chez ceux sans handicap. Il en est de même pour les aides venant des ONG. En effet, dans 54,93% des cas, les enfants et adolescents handicapés interrogés jugent les aides qui leur sont octroyées par les ONG constantes ou inférieures à leur niveau d'avant la pandémie. Leurs camarades non

handicapés font également le même constat dans 44,30% des cas. L'analyse suivant les risques relatifs indique que les enfants handicapés ont été plus exposés aux effets néfastes de la pandémie de la COVID-19, comparativement à leurs camarades non handicapés. En effet, cette analyse révèle que les enfants/adolescents handicapés auraient été 1,14 fois (ou 1,23 plus) plus exposés aux effets de la pandémie selon que l'analyse de l'effet de la pandémie est faite sur les aides reçues de l'Etat ou que l'analyse de l'effet de la pandémie est faite sur les aides reçues des ONG/associations.

Les tableaux 22 et 23 présentent les effets de la COVID-19 sur respectivement les aides reçues du gouvernement et celles reçues des ONG/associations

Tableau 22 : Effets de la COVID-19 sur les aides sociales reçues du gouvernement

		Constantes par rapport à la période d'avant COVID-19	En baisse par rapport à la période d'avant COVID-19	En hausse par rapport à la période d'avant COVID-19	Ne sait pas	Total
Enfant/adolescent handicapé						
Milieu de résidence	Rural	57,69%	15,38%	19,23%	7,69%	100,00%
	Urbain	32,35%	38,24%	23,53%	5,88%	100,00%

		Constantes par rapport à la période d'avant COVID-19	En baisse par rapport à la période d'avant COVID-19	En hausse par rapport à la période d'avant COVID-19	Ne sait pas	Total
Sexe de l'enfant	Féminin	46,15%	17,95%	30,77%	5,13%	100,00%
	Masculin	38,10%	47,62%	4,76%	9,52%	100,00%
Ensemble		43,33%	28,33%	21,7%	6,67%	100,00%
Enfant/adolescent handicapé						
Milieu de résidence	Rural	35,90%	16,67%	44,87%	2,56%	100,00%
	Urbain	46,51%	25,58%	24,42%	3,49%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	37,88%	25,76%	31,82%	4,55%	100,00%
	Masculin	43,88%	18,37%	35,71%	2,04%	100,00%
Ensemble		41,46%	21,34%	34,15%	3,05%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Tableau 23 : Effets de la COVID-19 sur les aides sociales reçues des ONG/associations

		Constantes par rapport à la période d'avant COVID-19	En baisse par rapport à la période d'avant COVID-19	En hausse par rapport à la période d'avant COVID-19	Ne sait pas	Total
Enfant/adolescent handicapé						
Milieu de résidence	Rural	8,82%	35,29%	50,00%	5,88%	100,00%
	Urbain	43,24%	21,62%	27,03%	8,11%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	33,33%	23,08%	38,46%	5,13%	100,00%
	Masculin	18,75%	34,48%	37,50%	9,38%	100,00%
Ensemble		26,76%	28,17%	38,03%	7,04%	100,00%
Enfant/adolescent handicapé						
Milieu de résidence	Rural	19,23%	13,46%	55,77%	11,54%	100,00%
	Urbain	22,22%	44,44%	25,93%	7,41%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	23,53%	35,29%	32,35%	8,82%	100,00%
	Masculin	17,78%	15,56%	55,56%	11,11%	100,00%
Ensemble		20,25%	24,05%	45,57%	10,13%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

5.7. RÉADAPTATION À BASE COMMUNAUTAIRE (RBC)

La RBC est une stratégie pratique multisectorielle qui contribue à la mise en œuvre de la convention relative aux droits des personnes handicapées et vise l'inclusion des personnes en situation de handicap et de leur famille dans les initiatives de développement.

Les services communautaires permettent de faire face aux pénuries de main-d'œuvre, à la dispersion géographique de la population, à l'évolution de la démographie et aux innovations technologiques.

Les programmes de réadaptation à base communautaire (RBC) visant à garantir aux personnes handicapées l'égalité d'accès aux services et possibilités liés à la santé, à l'éducation et aux moyens de subsistance peuvent s'avérer efficaces pour lutter contre de multiples privations auxquelles font face les personnes handicapées, qui vivent dans des communautés rurales et autochtones.

À MADAGASCAR, la RBC est une stratégie adaptée surtout avec le niveau de pauvreté élevé d'une grande frange de la population. Les structures de réadaptation et spécialisées présentes qu'au niveau de quelques chefs-lieux de région ont des coûts élevés. La RBC apparaît donc comme une stratégie complémentaire et adaptée au contexte malgache, surtout en milieu rural. Toutefois, elle ne concerne que quelques sites. Les soins de réadaptation restent donc difficilement accessibles pour la plupart. Par ailleurs, la chronicité des soins, le coût des consommables et des appareillages orthopédiques souvent à la charge des patients, constituent un frein à l'autonomisation des personnes handicapées en particulier des enfants et adolescents handicapés.

En 2013, un atelier de réflexion et d'échanges sur le handicap, le développement inclusif et la réadaptation à base communautaire avec le ministère en charge des affaires sociales³⁹, CBM et les partenaires travaillant dans la RBC relevait les besoins et les défis

pour développer et mettre en place la RBC et le développement inclusif à Madagascar. La présente mission a notamment identifié quelques besoins et défis encore d'actualité de nos jours. Il s'agit entre autres de :

- Base de données fiables sur les personnes handicapées
- Plan national RBC
- Standardisation des outils de gestion RBC
- Renforcement du plaidoyer et de la communication
- Implication de toutes les institutions locales
- Appui à la promotion et au développement des associations pour personnes handicapées
- Appui financier et technique avec suivi et évaluation
- Appui matériel des personnes handicapées et des agents communautaires
- Etc.

³⁹ Ministère de la Population et des Affaires Sociales, CBM Madagascar, Octobre 2013, atelier de réflexion et d'échanges sur le handicap, le développement inclusif et la réadaptation à base communautaire

En collaboration avec le BNGRC, les situations d'urgence en faveur des personnes handicapées notamment des enfants et adolescents handicapés sont généralement gérées par les partenaires au développement (annexes 6 et 7) œuvrant pour la promotion et la protection de ces derniers à travers des mécanismes de financement tels que le fonds CLERC.

Le fonds CLERC est un outil de financement, pour les pays insulaires comme Madagascar, permettant de financer les assistances humanitaires dès la survenance d'une catastrophe. A la suite de la COVID-19, l'assistance multisectorielle du fonds a permis de prendre en charge 201 726

personnes dont directement 16 084 enfants moins de 5 ans, 35 078 femmes enceintes et jeunes filles et 5 210 personnes handicapées ; et parmi ces personnes, 3 000 ménages ont bénéficié de transfert monétaire.

L'allocation anticipative du fonds CERF a permis de démarrer les réponses multisectorielles bien même avant l'élaboration du plan de réponse nationale et le lancement de l'Appel Eclair. Les interventions ont ainsi effectivement permis de contribuer à sauver des vies pendant les deux pics de la crise, respectivement entre septembre et décembre 2020 et entre février et avril 2021.



© UNICEF/JUNI459473/

6. GOULOTS D'ETRANGLEMENT ET OBSTACLES A L'INCLUSION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS À MADAGASCAR

L'analyse de la situation des enfants et adolescents handicapés (filles et garçons) à la section 5 du rapport révèle que ces derniers ont des accès limités aux services sociaux de base ; ce qui affecte leur épanouissement.

Cette section analyse les goulots d'étranglement et obstacles qui affectent l'inclusion des enfants/adolescents handicapés malgaches dans les services sociaux (éducation, santé, eau

assainissement, protection sociale, etc.). Cette analyse est faite à partir de la revue documentaire et des données de l'enquête terrain. Elle est structurée suivant les axes

suivant (i) l'environnement, (ii) la demande, (iii) l'offre et la qualité des services / interventions pour les enfants/adolescents handicapés.

6.1. GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET OBSTACLES LIÉS L'ENVIRONNEMENT

Les goulots d'étranglement et obstacles liés à l'environnement à Madagascar sont de deux ordres : (i) cadre juridique et réglementaire et (ii) social.

Malgré les acquis⁴¹, l'inclusion des enfants/adolescents handicapés à Madagascar dans les secteurs sociaux de base (éducation, santé, protection sociale, etc.) reste

confrontée à des goulots d'étranglement et des obstacles liés au **cadre juridique & réglementaire**. Il s'agit principalement de la non prise en compte de certaines dispositions de la CDPH, le manque de texte d'application des dispositions relatives aux personnes handicapées, la non prise en compte de façon explicite des enfants handicapés.

AU NIVEAU DU CADRE JURIDIQUE ET RÉGLEMENTAIRE

... Une mise à jour des textes relatifs à l'éducation inclusive pour les aligner aux dispositions de la CDPH est nécessaire

Ordonnance n° 60-044 du 15 juin 1960 sur les droits et devoirs respectifs de l'État et de la famille dans l'éducation

Elle lance les fondamentaux de l'éducation et la Gratuité de l'enseignement public pour les écoles primaires élémentaires. Toutefois, elle ne contient pas de dispositions spécifiques en faveur des enfants handicapés sur la gratuité.

Loi No 2008-011 modifiant certaines dispositions de la loi numéro 2004-004 du 26 juillet 2004 portant orientation générale du Système d'Éducation, d'Enseignement et de Formation à Madagascar

Cette loi rend obligatoire l'enseignement primaire pour tous les enfants à partir de 6 ans. Cependant, elle ne contient pas de dispositions spécifiques en faveur des enfants handicapés. Par ailleurs, la loi n'est pas contraignante en ce qui concerne les

mécanismes d'aide aux élèves handicapés.

Décret No 2008-532 du 18 juin 2008 fixant le régime général de l'école infantile

Relatif à l'éducation infantile, le décret reconnaît le droit à l'éducation pour tous et porte notamment sur les jardins d'enfants. Aussi, à l'image des deux précédents textes, le décret ne contient pas de dispositions spécifiques en faveur des enfants handicapés.

Décret No 2009-1147 du 04 septembre 2009 fixant la politique générale de l'éducation inclusive

Des progrès sont observés dans ce décret. En effet, le décret couvre l'éducation des enfants handicapés. Cependant, il n'y a pas de mesures sur l'offre éducative en faveur des enfants handicapés dans les collectivités territoriales.

... manque de textes d'application des dispositions relatives aux personnes handicapées dans la loi n° 2011-002 portant Code de la santé

La loi n° 2011-002 portant Code de la santé est le texte juridique principal qui régit les droits des citoyens malgaches en matière

de santé. En référence à ladite loi, la santé est le droit de toute personne et le devoir de l'État. Par conséquent l'accès à la santé est

⁴¹ Volonté politique (existence de textes, etc.)

un droit pour les personnes handicapées et un devoir pour l'État.

La loi prévoit à son article 248 bis, des mesures en vue d'éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées. Cependant, il n'y a pas de dispositions juridiques adoptées par le pays pour mettre en application cet article.

Elle prévoit également les créations de

programmes de soins préventifs et spécialisés pour handicapés moteurs, sensoriels ou mentaux, mais qui n'ont toujours pas été mis en place.

Le code fait référence à d'autres textes pour la prise en charge des coûts des services de soins fournis aux personnes handicapées qui n'ont toujours pas été adoptés par le pays.

... les enfants handicapés ne sont pas explicitement pris en compte dans la loi n° 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants.

La protection des enfants est régie par la loi n° 2007-023 du 20 août 2007 sur les droits et la protection des enfants. Cette loi couvre tous les enfants en leur garantissant la jouissance de tous les droits fondamentaux inhérents à tout être humain, et de toutes les libertés fondamentales. Cependant, au regard de la

vulnérabilité des enfants handicapés, elle ne contient pas de prescriptions spécifiques aux enfants handicapés.

Pour les secteurs concernant la nutrition, l'assainissement ou les TIC, il n'existe pas de lois couvrant les enfants handicapés.

AU NIVEAU DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Au niveau de l'**environnement social**, les goulots d'étranglement et obstacles se

manifestent principalement par le manque d'adaptation et les préjugés.

Manque d'adaptations (rampes d'accès, mains courantes, etc.), surtout en milieu rural dans les installations des domiciles et administrations pour faciliter l'accès des personnes handicapées

L'une des formes de l'exclusion des personnes handicapées se manifeste dans leur non-prise en compte dans l'installation des infrastructures. À MADAGASCAR, les installations dans les domiciles ne prennent généralement pas en compte les personnes handicapées surtout en milieu rural. L'enquête terrain illustre parfaitement cet état de fait. En effet, seulement 1,39% des enfants/adolescents handicapés interviewés affirment l'existence d'adaptations pour faciliter l'accès à leur domicile.

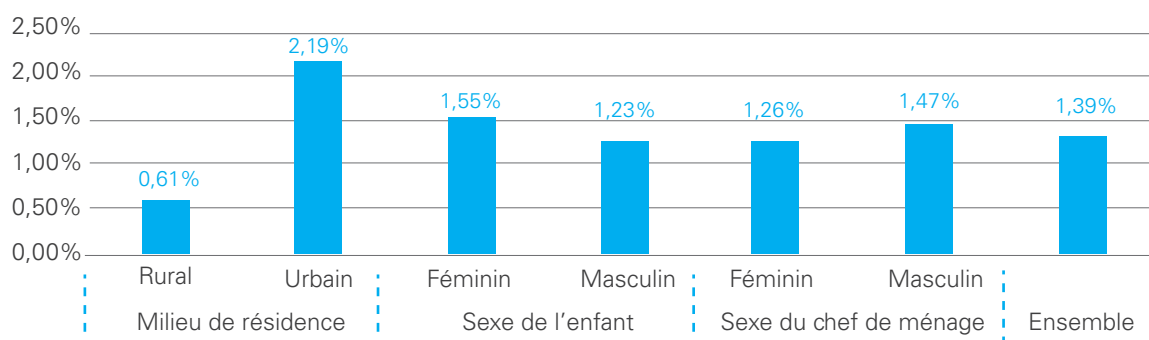
atteste de la non-existence d'adaptations dans leurs domiciles. Ce qui pourrait signifier que les rares adaptations identifiées dans les domiciles des enfants/adolescents handicapés auraient été faites après l'identification du handicap des enfants/adolescents. Cette situation montre la grande nécessité de sensibilisation des sociétés quant à la prise en compte des personnes handicapées dans leurs choix de vie.

Les données de l'enquête terrain laisse voir que la prise en compte des personnes handicapées dans les installations est encore plus problématique en milieu rural (0,61%) et au sein des ménages dirigés par les femmes (1,26%).

Le graphique 11 illustre la situation sur les adaptations faites dans les ménages comportant les enfants/adolescents handicapés interviewés.

Par ailleurs, la totalité des enfants/adolescents non handicapés interviewés

Graphique 11 : Existence d'adaptations dans les domiciles des enfants/adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

De plus même dans les bâtiments administratifs, les installations sont conçues

et construites sans tenir compte des personnes handicapées.

Les perceptions vis-à-vis des enfants handicapés sont diverses et peuvent dissuader la demande des services sociaux de base surtout pour les filles handicapées

Les préjugés et croyances erronés au sujet du handicap sont très courants à Madagascar. Dans de nombreuses communautés locales, les personnes handicapées continuent d'être perçues différemment. Dans les sociétés malgaches, les enfants/adolescents (filles et garçons) handicapés continuent de faire face à des attitudes marginalisantes, ce qui crée un environnement où il est difficile pour eux de jouir d'un accès égal aux services au même titre que leurs camarades non handicapés. En effet, une moindre valeur est accordée à l'éducation de l'enfant handicapé en général. Les investissements dans les adaptations pour ces derniers sont très souvent jugés inutiles. Cette situation est encore plus alarmante lorsqu'il s'agit des filles car elles subissent les préjugés d'un double handicap : le handicap lui-même et le fait d'être une fille.

En effet, lors de l'enquête terrain, 32,97% des enfants/adolescents non handicapés interviewés perçoivent leurs camarades handicapés comme tout autre personne alors que seulement 21,64% des enfants/adolescents handicapés pensent que les gens les perçoivent comme tout autre personne. Ainsi, 78,36% des enfants/adolescents handicapés pensent que les gens les perçoivent différemment des autres personnes contre 67,03% de cas où ces derniers (enfants/adolescents handicapés) sont réellement perçus (par les autres enfants non handicapés) comme étant différents des

autres personnes. Parmi les 67,03% des enfants non handicapés, 26,03% considèrent les enfants/adolescents handicapés comme des personnes très différentes des autres et 23,50% les perçoivent comme des personnes vulnérables.

Ces différentes perceptions créent à leur tour une diversité de sentiments vis-à-vis des enfants et adolescents handicapés. En effet, 69,09% des enfants et adolescents handicapés pensent que les gens éprouvent de la sympathie à leur égard. Par contre, jusqu'à 81,86% des enfants/adolescents non handicapés interviewés affirment ressentir de la sympathie envers leurs camarades handicapés. Aussi, dans 5,10% des cas, les enfants/adolescents handicapés pensent que les gens ont peur d'eux, comparé à 6,47% de leurs camarades non handicapés qui ont effectivement peur de leurs camarades présentant un handicap. En outre, dans 5,26% des cas, les enfants/adolescents handicapés estiment que les gens éprouvent de l'admiration à leur égard pendant que 6,94% de leurs camarades non handicapés ont affirmé avoir un sentiment d'admiration à l'endroit de leurs camarades handicapés. Par ailleurs, pour 18,55% des enfants/adolescents handicapés interviewés, les gens seraient indifférents à leur situation d'handicap contre 13,41% des enfants non handicapés qui affirmaient être indifférents à la situation de leurs camarades handicapés.

6.2. GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET OBSTACLES LIÉS À LA DEMANDE

L'enquête terrain a révélé que les enfants/adolescents handicapés ont des accès limités aux services sociaux de base (cf. section 5 du rapport). Cette exclusion peut être liée aux contraintes extérieures (offre) mais aussi à celles intérieures (demande).

Les principaux goulots d'étranglements et

obstacles liés à la demande des services sociaux (éducation, santé, protection sociale, etc.) par les personnes handicapées à Madagascar sont la pauvreté, la sous-information/opacité des droits des personnes handicapées en particulier des enfants et adolescents handicapés, le non-enregistrement des naissances, etc.

La pauvreté (ressources limitées) limite considérablement la demande des services sociaux tels que la santé, la nutrition et l'éducation, perpétuant ainsi le cycle de pauvreté et de vulnérabilité des ménages ayant les enfants/adolescents handicapés

Les personnes handicapées courent un plus grand risque de pauvreté que le reste de la population. En effet, le manque de moyens oriente les dépenses des ménages des handicapés vers les biens et services vitaux et limite considérablement leurs investissements⁴² notamment en matière d'éducation, de santé, d'EHA perpétuant ainsi le cycle de pauvreté et de vulnérabilité des ménages.

Très souvent, les parents des enfants/adolescents handicapés ne voient pas l'intérêt de scolariser leurs enfants handicapés, étant donné les coûts supplémentaires⁴³ auxquels ils seront confrontés et les retours attendus

de leur scolarisation.

Lors de l'enquête terrain, 17,68% des enfants/adolescents non scolarisé/en formation ont argué leur non-scolarisation par le manque de moyens (cherté).

Au niveau rural, cette proportion était de 17,09% tandis qu'au niveau urbain, elle était de 18,40%. Par contre, la proportion des enfants/adolescents non scolarisés/en formation dans les ménages dirigés par les femmes est relativement élevée (27,13%) comparativement à celle des ménages dirigés par les hommes (12,45%).

... les filles handicapées subissent plus les effets de la pauvreté monétaire notamment en ce qui concerne la scolarisation/formation professionnelle, l'accès aux soins de santé dans les hôpitaux, etc.

L'analyse selon le genre montre que comparativement aux garçons handicapés, une proportion plus élevée de filles handicapées n'est pas scolarisée faute de moyens financiers. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les familles et les communautés favorisent généralement la scolarisation des garçons au détriment de celles des filles. Ce qui entraîne des

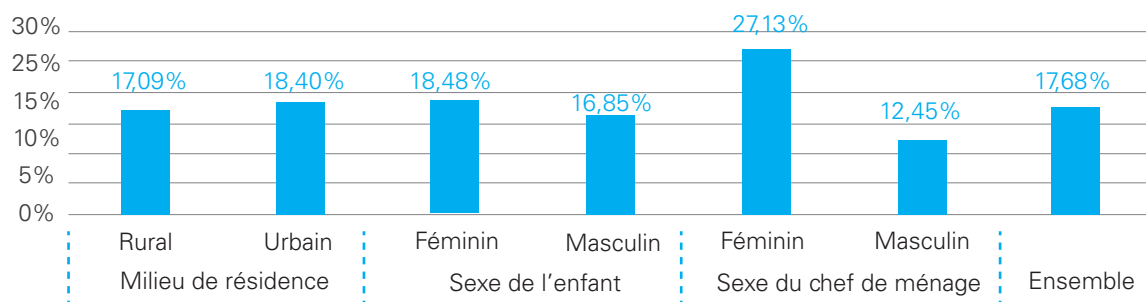
différences d'opportunités et de résultats sur le plan de l'éducation.

L'éducation des filles handicapées est parfois même considérée comme une perte économique car elles contribuent activement à la survie du foyer notamment à travers les activités génératrices de revenus, les tâches domestiques, etc.

⁴² Les préjugés envers les personnes handicapées favorisent leur exclusion

⁴³ Ces coûts peuvent être aussi physiques, financiers ou être évalués en termes de temps

Graphique 12 : Raison financière de non scolarisation/non formation professionnelle des enfants/adolescents handicapés

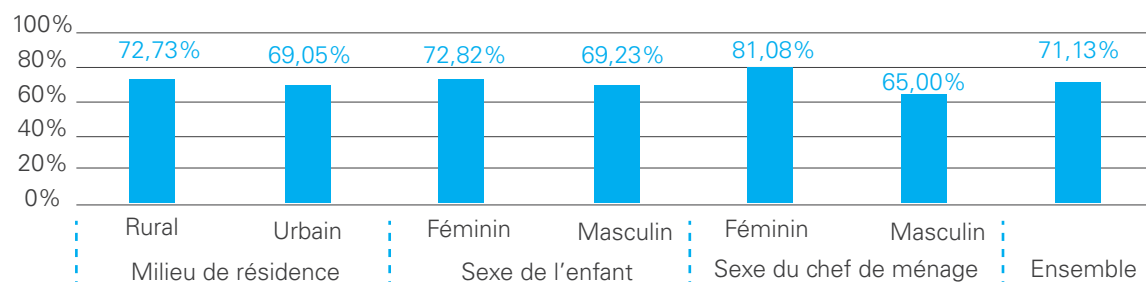


Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Face à des besoins en soins de santé plus importants pour les enfants handicapés que pour les autres, les inégalités économiques ont tendance à se renforcer. Pour les familles des enfants/adolescents, les coûts des traitements et des services sont lourds si bien qu'elles ont très souvent recours à l'automédication ou aux tradipraticiens handicapés.

Ainsi donc, l'enquête terrain révélait que 71,13% des ménages où les enfants/adolescents handicapés ont recours à cette pratique justifiaient cette pratique par le manque de ressources. Ces proportions sont relativement plus élevées en milieu rural (72,73%), chez les filles handicapées (72,82%) et dans les ménages dirigés par les femmes (81,08%).

Graphique 13 : Raison financière du recours à l'automédication ou aux tradipraticiens



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Pour le secteur de l'eau et de l'assainissement, une mauvaise perception des acteurs du secteur en ce qui concerne la faisabilité

d'infrastructures inclusives peut laisser croire que ces adaptations sont exagérément chères ou que la prise du handicap doit être réservée à des spécialistes.

Les droits des personnes handicapées sont méconnus non seulement par les communautés mais aussi par les personnes handicapées elles-mêmes

Malgré les insuffisances des textes régissant les droits des personnes handicapées (cf. sous-section 6.1), ceux-ci sont méconnus non seulement du grand public et des personnes handicapées elles-mêmes mais aussi de certains représentants politiques. Ceci constitue un énorme frein à la jouissance de leurs droits. Il faudra, au-

delà de réviser les textes, sensibiliser les populations sur les droits des personnes handicapées en organisant notamment des journées nationales d'inclusion où il sera rappelé à chaque partie prenante son rôle et sa responsabilité dans l'épanouissement des filles et garçons handicapés.

Le non-enregistrement des naissances peut constituer un frein pour la jouissance des droits des personnes handicapées

Le droit à un nom et le droit d'acquérir une nationalité sont inscrits dans la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE).

L'enregistrement des enfants à la naissance constitue la première étape pour assurer leur reconnaissance devant la loi, sauvegarder leurs droits et s'assurer que toute violation de ces droits ne passe inaperçue. À MADAGASCAR, l'enregistrement des enfants de façon général à la naissance constitue est un véritable défi. Malgré les avancés notées en la matière, une bonne partie des enfants handicapés de moins de 5 ans n'est pas enregistrée. En effet, l'enquête MICS 2018 révèle que 82,8% des enfants/

adolescents malgaches handicapés étaient enregistrés à l'état civil dont 14% n'avaient pas d'acte de naissance. En d'autres termes, 31,2% des enfants handicapés malgaches n'avaient pas d'actes de naissance lors de l'enquête MICS 2018.

Les nouvelles dispositions légales relatives à l'état civil à Madagascar (Loi n° 2018- 027 du 2 février 2019 relative à l'état-civil) mises en place dont par exemple l'extension du délai d'enregistrement des naissances de 12 à 30 jours pourront être d'une grande utilité pour faire davantage baisser le taux de non enregistrement des naissances et de non possession d'acte de naissance.

6.3. GOULOTS D'ÉTRANGLEMENT ET OBSTACLES LIÉS À L'OFFRE ET À LA QUALITÉ

Outre les facteurs qui limitent voire empêchent la demande des services sociaux par les personnes handicapées, il existe aussi des facteurs liés à l'offre et la qualité qui ne

favorisent pas ou ne facilitent pas l'inclusion des personnes handicapées. Cette sous-section analyse ces facteurs.

EDUCATION

Les goulots d'étranglement et obstacles liés à l'offre et la qualité qui affectent l'inclusion des enfants/adolescents handicapés dans le **secteur de l'éducation** sont notamment : l'inadaptation des infrastructures, des

équipements et des matériels pédagogiques, l'insuffisance de compétences des enseignants à prendre en charge les enfants/adolescents handicapés, le manque de programmes aménagés et flexibles, etc.

L'inclusion à Madagascar (scolarisation dans les structures classiques) est limitée par une prise en charge insuffisante des enfants/adolescents handicapés par les acteurs du système scolaire surtout en milieu rural

La forme la plus évidente d'exclusion scolaire des enfants/adolescents handicapés est l'inaccessibilité aux bâtiments scolaires, salles de classes et dans les toilettes, particulièrement pour les filles qui doivent gérer leur hygiène menstruelle. En outre, les enfants/adolescents ne peuvent pas fréquenter les écoles/centres de formation s'ils ne peuvent pas y accéder physiquement. Ainsi donc, certaines adaptations comme des rampes d'accès, l'élargissement des portes, etc. s'imposent pour favoriser l'inclusion des

enfants/handicapés.

L'enquête terrain a révélé que seulement 3,51% des structures fréquentées par les enfants/adolescents handicapés ont des rampes d'accès. Ceci dénote d'une prise en compte très insuffisante des enfants/adolescents handicapés par les acteurs intervenant dans le système scolaire à Madagascar en particulier par l'Etat.

La situation est encore plus criarde en milieu rural. En effet, seulement 0,78% des enfants/

adolescents handicapés scolarisés en milieu rural affirment avoir des rampes d'accès dans leurs établissements contre 5,77% qui sont inscrits en milieu urbain. En d'autres termes, une école/centre de formation en milieu urbain a 7,40 fois plus de chances d'avoir des rampes d'accès qu'une école/centre de formation en milieu rural. En outre, 4,32% des filles handicapées scolarisées/en formation indiquaient l'existence de rampes d'accès dans leur école/centre de formation. Cette proportion était de 2,74% chez les garçons handicapés scolarisés.

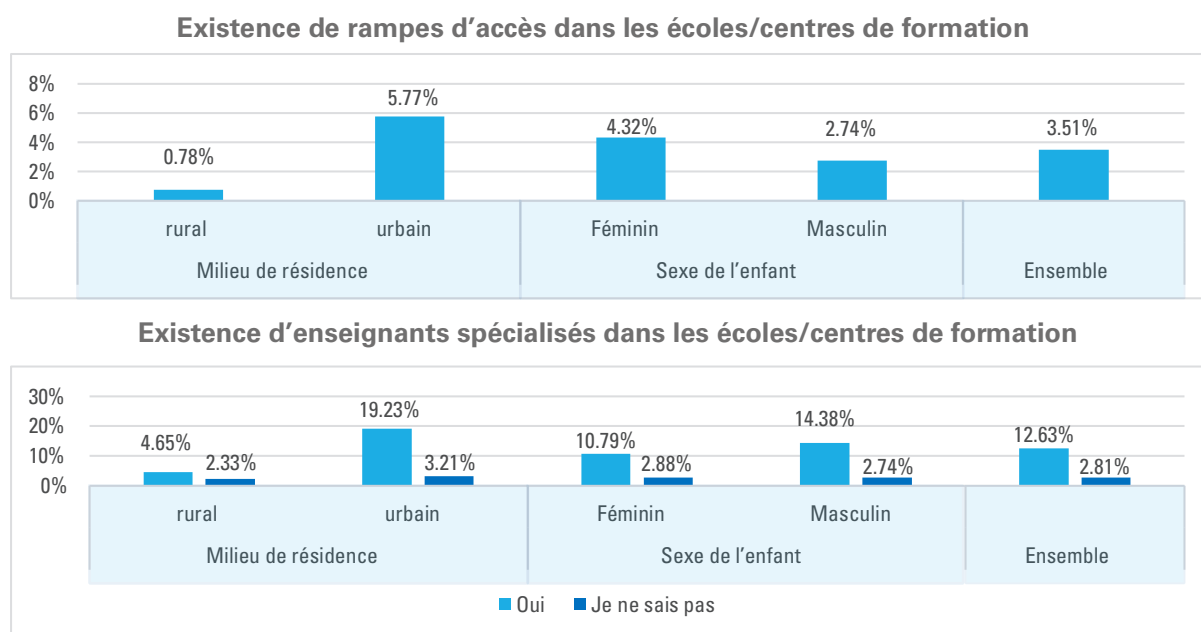
Une autre forme de l'exclusion des enfants/adolescents handicapés par les acteurs du système scolaire est le manque ou l'insuffisance de formation des enseignants à l'éducation inclusive. En effet, le manque de compétence des enseignants peut favoriser une non-fréquentation scolaire ou un abandon scolaire si l'enfant/adolescent handicapé n'a pas une bonne expérience positive de l'école.

Cependant, lors de l'enquête terrain, seulement 12,63% des enfants/adolescents handicapés ont affirmé que

les établissements qu'ils fréquentaient ne disposaient pas d'enseignants spécialisés. L'analyse selon le milieu de résidence révèle des disparités. En effet, seulement 4,65% des enfants/adolescents handicapés scolarisés en milieu rural ont indiqué l'existence d'enseignants spécialisés dans leur école/centre de formation contre et 19,23% pour ceux scolarisés en milieu urbain. En d'autres termes, les enfants/adolescents handicapés scolarisés en milieu urbain ont 4,16 fois plus de chances d'être tenus par un enseignant spécialisé que leurs camarades handicapés en milieu rural. Cette situation s'explique notamment par l'offre réduite en matière de scolarisation en milieu rural constaté lors des analyses.

De même, l'analyse selon le genre indique que les garçons handicapés ont plus de chance (1,33) d'être tenus par des enseignants spécialisés que les filles handicapées. Cette situation pourrait s'expliquer notamment par la double discrimination subie par la fille handicapée du fait de son handicap mais aussi par sa condition de femme⁴⁴.

Graphique 14 : Cadre d'apprentissage et existence d'enseignants spécialisés dans les écoles/centres de formation



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

⁴⁴ Les communautés malgaches priorisent moins l'éducation des filles

Quasi-inexistence de programmes aménagés pour les enfants/adolescents handicapés malgaches surtout en milieu rural et dans les structures classiques

La notion de programmes d'études aménagés est une des caractéristiques de l'éducation inclusive. Elle permet aux enseignants d'adapter le contenu et les moyens d'apprentissage aux besoins et forces de l'enfant/adolescent handicapé. Toutefois, dans de nombreux pays africains, les programmes d'études consistent généralement en un programme d'apprentissage rigide qui ne peut être adapté aux besoins spécifiques des enfants. Cette approche peut créer des barrières pour l'apprentissage des enfants handicapés qui ont besoin d'aménagements pour réussir leur cursus scolaire.

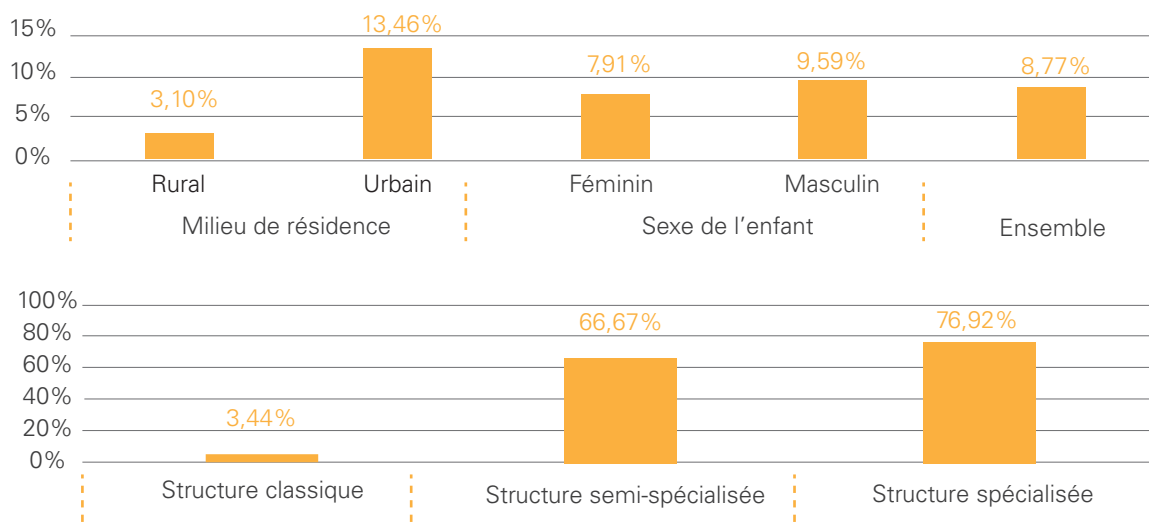
Lors de l'enquête terrain auprès des enfants/adolescents handicapés scolarisés, il est ressorti que seulement 8,77% d'entre eux ont des programmes aménagés pour eux dont

3,10% d'entre ceux qui sont en milieu rural contre 13,46% d'entre ceux qui sont en milieu urbain. En d'autres termes, la probabilité d'avoir des programmes aménagés pour enfant handicapés se multiplie par 4,34 en milieu urbain.

Les statistiques selon le sexe montrent que ce sont seulement 7,91% des filles handicapées scolarisées qui bénéficient de programmes aménagés à l'école contre 9,59% au niveau des garçons.

Les statistiques révèlent également que ce sont au niveau des structures spécialisées (79,92%) et semi-spécialisées (66,67%) que les enfants/adolescents handicapés ont plus de chances de bénéficier de programmes aménagés.

Graphique 15 : Programmes aménagés pour les enfants/adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Le bon suivi et la compréhension des cours par les enfants/adolescents handicapés principalement entravés par des insuffisances d'adaptation des techniques d'apprentissage et de l'organisation des salles de classes et d'équipements

La conséquence logique à cette insuffisance dans la prise en compte des enfants handicapés dans le système scolaire est les difficultés d'apprentissage de ces derniers. En effet, 43,51% des enfants/adolescents handicapés scolarisés/en formation qui ont

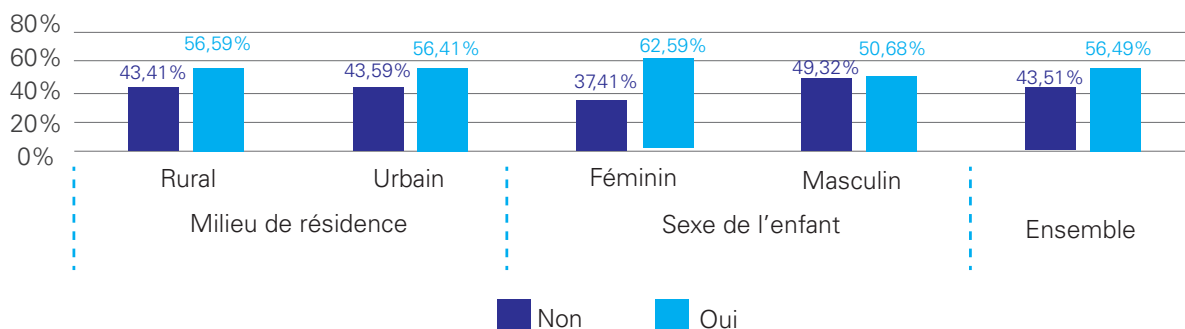
été interviewés ont affirmés ne pas bien suivre/comprendre les cours, et ce, principalement à cause des insuffisances dans (i) l'adaptation des techniques d'apprentissage (56,45%) et (ii) l'adaptation de l'organisation des salles de classes et des équipements (36,06%).

... une attention particulière doit être portée à la scolarisation/formation professionnelle des filles handicapées

L'analyse selon le genre fait ressortir que les filles handicapées (62,59%), malgré les conditions d'apprentissage difficiles, arrivent à mieux assimiler les cours que les garçons handicapés (50,68%). Ce qui montre qu'il faut

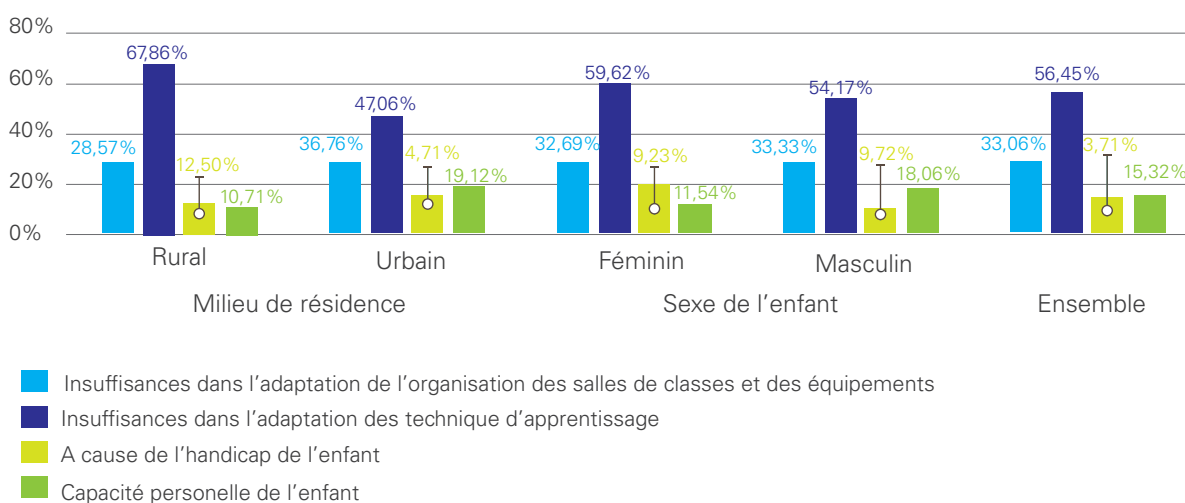
porter une attention particulière à l'éducation scolaire des filles qui sont plus susceptibles d'abandonner que leurs homologues masculins (cf. sous-section 5.2).

Graphique 16 : Suivi et compréhension des cours chez les enfants/adolescents handicapés



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Graphique 17 : Raisons évoquées par les enfants/adolescents handicapés qui n'arrivent pas à bien suivre et comprendre les cours



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

La majeure partie des enfants/adolescents handicapés sont inscrits dans des écoles classiques et étatiques

La majeure partie des enfants et adolescents handicapés enquêtés (91,93%) est inscrite dans les structures classiques⁴⁵ contre seulement 4,56% dans les structures

spécialisées⁴⁶ et 3,16% dans les structures semi-spécialisées⁴⁷. Toutefois, des disparités existent selon le milieu de résidence et le sexe de l'enfant handicapé.

⁴⁵ Une école/centre de formation d'enseignement général/ordinaire dans une classe sans enfants handicapés

⁴⁶ Une école/centre de formation distincte qui n'éduque que des enfants handicapés (par exemple, une structure pour aveugles, pour sourds, etc.)

⁴⁷ Une classe autonome/intégrée pour les enfants handicapés dans une école ordinaire (par exemple, une structure ordinaire mais l'enfant passe la majeure partie de la journée dans une classe avec d'autres enfants handicapés)

En effet, la quasi-totalité des enfants/adolescents handicapés scolarisés/en formation en milieu rural le sont dans des écoles classiques (99,22%). Ceci pourrait s'expliquer par l'offre limitée en matière d'éducation en milieu rural.

De même, 94,24% des filles handicapées sont inscrites dans des structures classiques, 2,88% le sont dans des structures semi-spécialisées et 2,16% dans des structures spécialisées. Au niveau des garçons handicapés scolarisés, ce sont 89,73% d'entre eux qui sont inscrits dans des structures, 3,42% dans des structures semi-spécialisées et 6,85% dans les structures spécialisées.

Un autre aspect concernant les structures fréquentées par les enfants et adolescents handicapés interviewés est le fait qu'elles sont dans la majeure partie des structures

de l'Etat (63,86%). Les structures privées confessionnelles (20,35%) et le privé formel (13,33%) sont les autres types de structures les plus fréquentées par les enfants/adolescents handicapés interviewés.

Les enfants et adolescents handicapés, suivant le type de handicap qu'ils présentent, ont généralement plus de difficultés pour apprendre et assimiler leurs cours que les enfants non handicapés. Ainsi donc, les structures spécialisées ou semi-spécialisées pourraient être celles qui prennent en compte le mieux les difficultés d'apprentissage particulières des enfants et adolescents handicapés pour certains types de handicap. Toutefois, les frais de scolarité élevés pour ces structures font que les parents sont obligés de scolariser leurs enfants dans des structures classiques ou à ne pas les scolariser du tout.

Tableau 25 : Type et statut de structures fréquentées par les enfants handicapés

		Milieu de résidence		Sexe de l'enfant		Ensemble
		Rural	Urbain	Féminin	Masculin	
Type de structure	Structure classique	99,22%	85,90%	94,24%	89,73%	91,93%
	Structure semi-spécialisée	0,00%	5,77%	2,88%	3,42%	3,16%
	Structure spécialisée	0,78%	7,69%	2,16%	6,85%	4,56%
	Autre	0,00%	0,64%	0,72%	0,00%	0,35%
Statut de la structure	Etatique	79,07%	51,28%	64,03%	63,70%	63,86%
	Groupement/ Association	0,00%	0,64%	0,72%	0,00%	0,35%
	Privé Confessionnel	10,85%	28,21%	17,27%	23,29%	20,35%
	Privé formel	7,75%	17,95%	15,83%	10,96%	13,33%
	Privé non formel	2,33%	1,92%	2,16%	2,05%	2,11%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Au vu des différentes difficultés dont se plaignent la majorité des enfants/adolescents handicapés notamment le manque

d'adaptations, d'enseignants spécialisés, etc. et du fait qu'ils sont principalement inscrits dans des structures classiques de l'Etat, il

est évident que le gouvernement malgache ne prend pas suffisamment en compte les

enfants/adolescents handicapés en matière d'inclusion scolaire.

Les difficultés d'accès à l'éducation rencontrées par les enfants ont également été évoquées par les parents des enfants et adolescents ayant participé aux focus group. En effet, il est principalement ressorti des focus group que le **manque de structures spécialisées** voire l'**absence** dans certaines zones ainsi que la **cherté** des frais de scolarisation/formations des enfants et adolescents handicapés sont les principaux facteurs qui limitent l'accès à l'éducation des enfants et adolescents handicapés



SANTÉ

L'accès aux soins de santé permet de lutter contre la vulnérabilité et d'une certaine manière contre la pauvreté. En Afrique, surtout dans les pays à faible revenu, l'accès aux soins de santé représente un véritable défi pour les personnes handicapées notamment les filles et garçons handicapés. En effet, ils rencontrent beaucoup d'obstacles quand ils tentent d'accéder aux soins de santé. Au-delà des coûts généralement

élevés pour les soins de santé des enfants/adolescents handicapés, ils sont confrontés généralement à une offre de service sanitaire limitée (l'éloignement/manque des centres de santé), les obstacles physiques d'accès aux bâtiments des centres de santé, l'insuffisance de compétences du personnel soignant, le mauvais traitement aux patients handicapés (discrimination), etc.

Eloignement et insuffisance des centres de santé pour la prise en charge des enfants/adolescents handicapés surtout en milieu rural

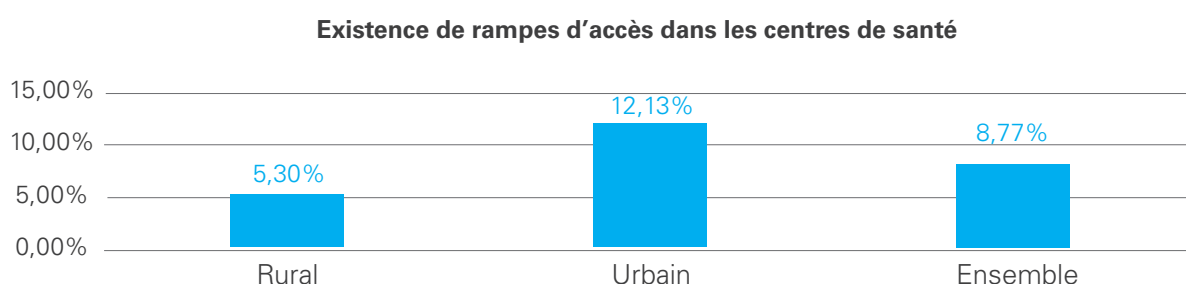
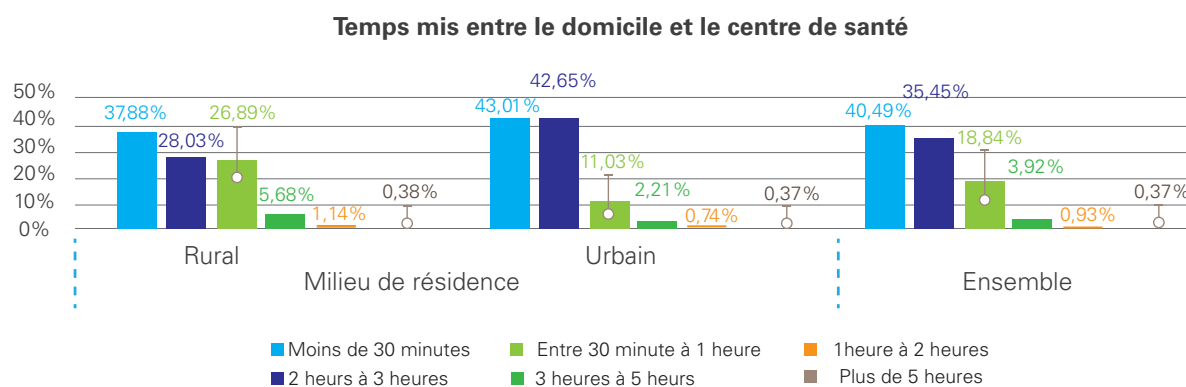
A cause de leurs besoins spécifiques en soins de santé, les personnes handicapées sont très souvent confrontées à des difficultés d'accès géographiques pour des soins adéquats. Il faut alors parcourir de longues distances pour pouvoir bénéficier de soins appropriés et très souvent dans des locaux qui leur sont difficilement accessibles.

En effet, l'enquête a révélé que plus de la moitié du groupe cible fréquentant les centres de santé (59,51%) mettent plus de 30 minutes pour se rendre dans le centre de santé le plus proche. En outre, ils sont 37,88% des enfants/adolescents (filles et garçons) handicapés en zone rurale qui mettent moins de 30 minutes pour atteindre le centre de santé le plus proche et 43,01% en zone urbaine. Ainsi donc, un enfant handicapé en

ville à 1,14 fois plus de chance d'atteindre un centre de santé en moins de 30 minutes que son camarade vivant en milieu rural.

De plus, dans la quasi-totalité des centres de santé fréquentés par les enfants/adolescents handicapés (91,23%), il n'existe pas de rampes d'accès. Seulement 8,77% des enfants/adolescents (filles et garçons) handicapés ont affirmé que les centres de santé qu'ils fréquentaient ne disposaient pas de rampes d'accès. Ce qui dénote de l'insuffisance de la prise en compte des personnes handicapées dans les constructions d'infrastructures sanitaires. Par ailleurs, en milieu rural, ce nombre s'élève à 5,30% et 12,13% en milieu urbain.

Graphique 18 : Accessibilité aux centres de santé



Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Par ailleurs, outre les moyens financiers (91,10%), les questions de l'éloignement/l'absence des centres de santé (17,567%) et des difficultés d'accès (8,20%) sont revenues lorsqu'il s'est agi de justifier les raisons pour lesquelles les enfants/adolescents handicapés n'arrivaient pas à bénéficier de prise en charge intégrale en termes de soins du fait de leur handicap. Toutefois, ces tendances sont encore plus alarmistes en milieu rural. En effet, les populations rurales souffrent beaucoup plus de l'éloignement/

absence de centres de santé à proximité (22,47%), de l'indisponibilité du personnel de santé (3,08%) et des difficultés d'accès (12,33%) que celles qui sont en milieu urbain.

Par ailleurs, l'analyse des raisons évoquées selon le genre laisse entrevoir une disparité en défaveur des filles handicapées en ce qui concerne le manque de moyen (91,63%), l'éloignement/absence de centre de santé à proximité (18,23%) et les difficultés d'accès (9,36%).

Tableau 26 : Raisons de la non prise en charge intégrale en termes de soins des enfants/adolescents handicapés

	Milieu de résidence		Sexe de l'enfant		Ensemble
	Rural	Urbain	Féminin	Masculin	
Manque de moyen	89,87%	92,50%	91,63%	90,63%	91,10%
Éloignement/absence de centre de santé à proximité	22,47%	12,00%	18,23%	16,96%	17,56%
Indisponibilité du personnel	3,08%	1,00%	0,99%	3,13%	2,11%
Difficultés d'accès	12,33%	3,50%	9,36%	7,14%	8,20%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les soins dans les centres de santé ne sont pas tout le temps appréciés par les enfants/adolescents handicapés surtout en milieu rural

Lorsqu'il a été demandé aux enfants/adolescents handicapés qui ont recours souvent à l'automédication ou aux tradipraticiens d'évoquer les raisons de leurs pratiques, il est principalement ressorti, mis à part les raisons financières et d'éloignement des centres de santé, la non satisfaction des soins dans les centres de santé (24,74%) suivie du mauvais accueil des patients handicapés dans les centres de santé (5,67%). Toutefois, ces réponses sont encore plus accentuées au niveau des enfants/adolescents au niveau rural.

Par ailleurs, la proportion des garçons handicapés se plaignant de la qualité des soins (27,47%) et du mauvais accueil des patients handicapés (6,59%) est plus

élevée que celle des filles handicapées (respectivement 22,33% et 4,85%).

Les raisons évoquées par les enfants/adolescents (insatisfaction des soins, mauvais et traitement et accueil des personnes handicapées) peuvent notamment s'expliquer par un manque de temps du personnel médical qui ne prend pas assez de temps pour comprendre les enfants/adolescents handicapés et aussi par une insuffisance de matériel adapté pour prendre en charge les personnes handicapées.

Le graphique 19 ci-dessous illustre les analyses faites ci-haut selon le milieu de résidence.

Graphique 19 : Quelques raisons évoquées par les enfants/adolescents handicapés qui ont recours à l'automédication ou aux tradipraticiens

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Les difficultés d'accès aux soins de santé auxquelles font face les enfants/adolescents handicapés ont été également évoquées par les parents des enfants/adolescents.

En effet, il y a un **manque de structures spécialisées** surtout dans les **localités rurales**. Le peu de structures spécialisées disponibles se trouvent en milieu urbain loin des communautés rurales où se trouvent une bonne partie de personnes handicapées. De plus, les **frais de soins élevés** sont également un facteur d'exclusion des personnes handicapées aux soins de santé.



EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT

Du fait de leur handicap, les enfants et adolescents handicapés peuvent avoir des besoins spécifiques en ce qui concerne l'accès à l'eau (potable), l'hygiène et l'assainissement. Toutefois, l'enquête terrain

a révélé que ces besoins spécifiques ne sont pas toujours pris en compte, surtout pour les filles handicapées⁴⁸, que ce soit au niveau des ménages ou des infrastructures publics.

⁴⁸ qui doivent en plus des besoins communs doivent gérer leur hygiène menstruelle

Dans le secteur de l'EHA, les principaux facteurs liés à l'offre qui influencent négativement l'inclusion des enfants/adolescents handicapés sont principalement

les infrastructures inadaptées, l'éloignement & le chemin d'accès difficile des infrastructures d'alimentation en eau et d'assainissement, etc.

Les infrastructures d'EHA disponibles sont généralement inadaptées aux besoins spécifiques des personnes handicapées surtout pour les filles handicapées

La non-adaptation des infrastructures liées au EAH matérialise la discrimination et l'exclusion des personnes handicapées. À MADAGASCAR, les droits des personnes handicapées en matière d'EHA ne sont pas respectée d'où généralement l'absence de fournitures d'EHA adaptées (pots, chaises percées, etc.) aux enfants et adolescents dans les installations tant au niveau des

ménages qu'au niveau des administrations publiques.

Ce problème est particulièrement grave pour les filles handicapées, qui doivent également gérer leur hygiène menstruelle dans des bâtiments non adaptés, ce qui peut porter atteinte à leur dignité, à leur santé, ainsi qu'à leur assiduité à l'école.

Les infrastructures d'alimentation en eau et d'assainissement sont souvent éloignées et difficile d'accès pour les personnes handicapées surtout en milieu rural

Les difficultés d'accès à des infrastructures d'alimentation en eau et d'assainissement (éloignement/absence, accès difficiles, etc.) surtout en zone rural peuvent contraindre les enfants et adolescents handicapés à déféquer dans des lieux mal éclairés ou isolés s'exposant ainsi à certains risques tels que notamment les blessures.

d'attendre à des heures tardives pour pouvoir utiliser les toilettes ou d'aller chercher de l'eau du fait des préjugés selon lesquels elles pourraient contaminer le point d'eau. Cette discrimination est encore plus alarmante au niveau des filles handicapées qui font face à une double stigmatisation par suite des normes sociales.

Dans certains cas, les personnes handicapées sont également obligées

Des focus group, il est ressorti que les personnes handicapées les plus affectées par les facteurs qui limitent l'accès aux services d'EHA sont ceux présentant un handicap moteur et visuel. Les principales difficultés qu'ils rencontrent sont du fait de la défectuosité et de l'obsolescence des infrastructures d'EHA. Dans certains ménages et écoles, il n'existe pas de latrines adaptées pour les personnes handicapées



PROTECTION SOCIALE

Comme signifié à la sous-section 5.5, les enfants/adolescents handicapés ont un accès limité aux programmes de protection sociale initiés par le gouvernement et les ONG et associations. Et ce, en grande partie

à cause des insuffisances du système de dépistage du handicap qui excluent une grande partie des enfants handicapés.

Un faible système de dépistage du handicap

À MADAGASCAR comme dans de nombreux pays à faible revenu, le handicap est généralement référencé au niveau des services sociaux de base (écoles, centre de santé, etc.). En outre, du fait de leur faible accès au niveau de ces services sociaux, plusieurs enfants/adolescents (filles et garçons) handicapés sont tenus à l'écart des initiatives de dépistage du handicap. Ainsi donc, ils sont privés des programmes de protection sociale visant les enfants/adolescents handicapés.

Il faudra alors trouver des moyens afin de

pouvoir renforcer et améliorer le système de dépistage des enfants/adolescents handicapés afin qu'ils touchent les enfants/adolescents handicapés n'ayant pas accès aux services sociaux de base. Toutefois, les préjugés sociaux ne faciliteront pas la tâche si bien que des campagnes de sensibilisation s'imposeront.

Une attention particulière doit être portée sur les filles handicapées car elles sont généralement encore plus exclues de la société du fait du poids déjà du handicap mais aussi de leur condition féminine.

... les aides au profit des enfants/adolescents interviewés sont généralement insuffisantes et inadéquates à leurs besoins

Une chose est d'aider, une autre est cette puisse être utile au bénéficiaire et lui permettre de subvenir à ces besoins. Si cette condition n'est pas respectée, l'aide sera sans effet sur la vie du bénéficiaire.

Lors de l'enquête terrain, plus de la moitié des enfants/adolescents handicapés interviewés (58,33%) sont moyennement satisfaits ou pas satisfaits des aides reçues du gouvernement. Les principales raisons de ces insatisfactions sont l'insuffisance de ces aides reçues et leur inadéquation par rapport à leurs handicaps. En effet, 94,29% des enfants/adolescents handicapés moyennement ou non satisfaits trouvent les aides du gouvernement insuffisantes et 22,86% d'entre eux les trouvent inadéquates.

Par ailleurs, l'analyse selon le milieu de résidence et le genre laisse entrevoir que les aides du gouvernement sont particulièrement plus appréciées⁴⁹ en milieu urbain (44,11%) qu'en milieu rural (38,46%) et aussi chez les bénéficiaires de sexe féminin (46,15%) que chez ceux de sexe masculin (33,33%).

Globalement, la quasi-majorité des enfants/adolescents handicapés se plaignent de l'insuffisance des aides quel que soit le milieu de résidence ou le sexe. Toutefois, l'inadéquation des aides est beaucoup plus mise en avant en milieu rural (43,75%) qu'en milieu urbain (5,26%) et au niveau des garçons handicapés (28,57%) qu'au niveau des filles handicapées (19,05%).

Tableau 27 : Appréciations des aides reçues du gouvernement par les enfants et adolescents handicapés

		Très insatisfait	Insatisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très Satisfait	Total
Milieu de résidence	Rural	3,85%	23,08%	34,62%	38,46%	0,00%	100,00%
	Urbain	2,94%	32,35%	20,59%	32,35%	11,76%	100,00%
Sexe de l'enfant	Féminin	2,56%	23,08%	28,21%	38,46%	7,69%	100,00%
	Masculin	4,76%	38,10%	23,81%	28,57%	4,76%	100,00%
Ensemble		3,33%	28,33%	26,67%	35,00%	6,67%	100,00%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

⁴⁹ Satisfait et très satisfait

Tableau 28 : Raisons de la satisfaction moyenne ou non satisfaction des aides reçues du gouvernement par les enfants et adolescents handicapés

		Aides insuffisantes	Aides inadéquates avec le handicap	Aides irrégulières
Milieu de résidence	Rural	100,00%	43,75%	0,00%
	Urbain	89,47%	5,26%	10,53%
Sexe de l'enfant	Féminin	95,24%	19,05%	4,76%
	Masculin	92,86%	28,57%	7,14%
Ensemble		94,29%	22,86%	5,71%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

En ce qui concerne les aides apportées par les ONG et associations, les tendances sont globalement les mêmes à une exception. En effet, la proportion d'enfants/adolescents

handicapés se plaignant de l'inadéquation des aides reçues des ONG/associations est plus élevée en milieu urbain (25%) qu'en milieu rural (11,76%).

Tableau 29 : Appréciations des aides reçues des ONG/associations par les enfants et adolescents handicapés

		Très insatisfait	Insatisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très Satisfait	Total
Milieu de résidence	Rural	0,00%	26,47%	23,53%	47,06%	2,94%	100%
	Urbain	8,11%	8,11%	27,03%	45,95%	10,81%	100%
Sexe de l'enfant	Féminin	2,56%	10,26%	23,08%	56,41%	7,69%	100%
	Masculin	6,25%	25,00%	28,13%	34,38%	6,25%	100%
Ensemble		4,23%	16,90%	25,35%	46,48%	7,04%	100%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Tableau 30 : Raisons de la satisfaction moyenne ou non satisfaction des aides reçues des ONG/associations par les enfants et adolescents handicapés

		Aides insuffisantes	Aides inadéquates avec le handicap	Aides irrégulières
Milieu de résidence	Rural	94,12%	11,76%	5,88%
	Urbain	81,25%	25,00%	12,50%
Sexe de l'enfant	Féminin	78,57%	14,29%	14,29%
	Masculin	94,74%	21,05%	5,26%
Ensemble		87,88%	18,18%	9,09%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain



© UNICEF/JUN0406723/Andrianantenaina

7. CAPACITE DES SERVICES SOCIAUX EN CHARGE DE LA PROMOTION ET DE LA PROTECTION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS HANDICAPÉS

L'engagement des autorités malgaches et des partenaires au développement en faveur de l'inclusion des enfants et adolescents handicapés dans les services sociaux est perceptible ces dernières années mais des défis restent encore à relever en termes de déploiement optimal des services sociaux pour améliorer le bien-être des enfants et adolescents handicapés. Pour faire face à ces défis, la disponibilité de capacités à la fois humaine, matérielles et financière est une nécessité.

L'analyse des capacités des services sociaux intervenant dans la promotion de l'inclusion des enfants et adolescents handicapés à Madagascar est structurée autour des principaux axes suivants (i) capacités en ressources humaines, (ii) capacités en matière d'offre de services, (iii) capacités en ressources financières et (iv) capacités organisationnelles et de pilotage des instances de gouvernance.

7.1. CAPACITÉS EN RESSOURCES HUMAINES

Insuffisances (plus prononcée en milieu rural et pour certains types de handicap⁵⁰) des ressources humaines aussi bien en nombre qu'en qualité au niveau des structures spécialisées et/ou inclusives

Le processus d'inclusion des enfants et adolescents handicapés est freiné par la

disponibilité et la qualification du personnel en charge des services sociaux.

⁵⁰ Intellectuel ou psychique...

En effet, la disponibilité d'encadreurs qualifiés dans les structures spécialisées et/ou inclusives en vue de l'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés, se pose avec acuité. Même si certaines structures disposent d'enseignants qualifiés leur nombre fait énormément défaut, toute chose qui ne facilite pas l'apprentissage scolaire des enfants et adolescents handicapés.

Les parties prenantes interviewées sont unanimes à reconnaître que la disponibilité de personnels qualifiés se pose avec acuité plus en milieu rural et pour certains types de handicap (intellectuel ou psychique...). Ainsi de nombreux enfants et adolescents handicapés se trouvent privés de prestations sociales (éducation, soins médicaux ...) adaptées à leurs besoins.

La formation du personnel, un enjeu pour une inclusion véritable des enfants et adolescents handicapés dans les services sociaux

La prise en charge (éducation, soins médicaux ...) efficace des enfants et adolescents handicapés à Madagascar passe par une formation du personnel (éducatif, sanitaire...) en phase à leurs besoins spécifiques.

Atitre illustratif, dans le secteur de l'éducation, tout enseignant, ne peut transmettre du savoir aux enfants et adolescents handicapés. L'acquisition d'une formation particulière dans les instituts spécialisés s'impose. En effet, dans la pédagogie, l'enseignant/encadreur est tenu de prendre en compte l'état physique et mental de l'apprenant en développant une approche particulière pour se faire comprendre.

À MADAGASCAR, il existe très peu de centre de formation de personnel pour la prise en charge des différentes catégories de handicap. Le personnel qui existe est généralement composés d'assistants sociaux ou d'enseignants qui ont appris sur le tas à prendre en charge les enfants et adolescents handicapés.

D'où la nécessité de mettre en place des centres de formation du personnel pour résorber le manque de personnel qualifié pour la prise en charge des enfants et adolescents handicapés.

... des efforts en matière de formation des ressources humaines sont consentis pour l'inclusion progressive des enfants et adolescents handicapés aux services sociaux

Pour faire face aux défis de la mise en place d'une pédagogie inclusive, les autorités malgaches avec l'appui des partenaires au développement mettent en place des initiatives.

A titre illustratif, en juillet 2021, l'UNICEF avec l'appui de la fondation Hempel a initié une

formation en éducation inclusive pour 267 enseignants⁵¹. Ces modules de l'initiation en éducation inclusive et le Projet Personnalisé de Scolarisation leurs ont permis d'acquérir des connaissances ainsi qu'un savoir-faire particulier. Toute chose qui contribue à offrir aux enfants et adolescents handicapés, un meilleur accès à une éducation de qualité.

... cependant des difficultés sont rencontrées

Les formations restent assez limitées pour diverses raisons. Il s'agit notamment :

- certains modules ne sont pas assez détaillés,
- insuffisance d'exercices pratiques, d'où la difficulté de certains enseignants de mettre en œuvre sur le terrain les connaissances apprises sur l'éducation inclusive,

- courte durée des formations,
- insuffisance de recyclages réguliers du personnel (éducatif, sanitaire ...). Le recyclage régulier du personnel est capital en ce sens que les méthodes d'apprentissage/de prise en charge évoluent et le personnel doit continuellement s'approprier des méthodes pour plus d'efficacité.

⁵¹ <https://www.unicef.org/madagascar/recits/%C3%A0-madagascar-le-handicap-nest-pas-un-frein-pour-acc%C3%A9der-%C3%A0-l%C3%A9ducation>

Lors de la plupart des entretiens avec les acteurs institutionnels et des institutions spécialisées, il est ressorti que des efforts sont faits mais les **insuffisances** en ce qui concerne la capacité en **ressources humaines** pour l'amélioration et la promotion des droits des enfants/adolescents handicapés subsistent. Il est globalement ressorti **l'insuffisance en quantité et en compétences** du personnel chargé de l'inclusion des enfants/adolescents handicapés.

Il est également constaté une situation de **mobilité** des acteurs sociaux qui n'aide vraiment pas dans la capitalisation des expériences pour une meilleure prise en charge des enfants/adolescents handicapés.



7.2. CAPACITÉS EN MATIÈRE D'OFFRE DE SERVICES

Des insuffisances dans les offres de services des structures spécialisées/inclusives

Les enfants et adolescents handicapés notamment les filles n'ont pas suffisamment accès à des services sociaux adaptés à leurs besoins.

Les capacités d'offre de services des structures spécialisées/inclusives sont limitées notamment en ce qui concerne (i) les programmes de formation offerts/prestations de services offertes et (ii) leur environnement d'apprentissage (matériels didactiques, pédagogiques, équipement, infrastructures...). Outre ces facteurs, le nombre et la qualité du personnel (cf. analyses de la sous-section précédente 7.1) limitent les capacités d'offre de services.

Programmes de formation offerts/prestations de services offertes : Les structures d'éducation spécialisées et/ou inclusives à Madagascar couvrent dans leur majorité l'ordre d'enseignement primaire.

Des analyses, il ressort une insuffisance criarde d'offre d'éducation spécialisée et/ou inclusive au préscolaire, post primaire, secondaire et supérieure.

Ces insuffisances restent perceptibles dans les offres de services au niveau des autres secteurs sociaux (santé, EAH...) et varient en fonction du type et de degré de handicap.

A titre illustratif, il existe à Madagascar très peu de moyens pour la prise en charge efficace des enfants autistes. En effet, très peu de structures offrent des services de prise en charge des enfants et adolescents souffrant de ce trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Des analyses documentaires, il ressort qu'il n'existe qu'environ 4 écoles spécialisées et environ 5 écoles inclusives à Madagascar. Ainsi, près de 95% des enfants souffrant du TSA ne vont pas à l'école.⁵²

⁵² <https://www.studiosifaka.org/articles/actualites/item/1661-enfants-autistes-quelle-prise-en-charge-aujourd-hui-a-madagascar.html>

Environnement d'apprentissage (matériels didactiques, pédagogiques, équipement, infrastructures...) :

Les offres de services des structures spécialisées/inclusives aux enfants et adolescents handicapés se caractérisent par un manque d'infrastructures, de matériels didactique, pédagogique et logistique.

Le matériel disponible est très insuffisant pour satisfaire les besoins des enfants et adolescents handicapés. L'insuffisance de matériel adapté ne permet pas aux structures d'apporter une prise en charge efficace des différentes catégories et degré de handicap.

Quant aux infrastructures, des efforts restent à faire pour les rendre plus accessible aux enfants et adolescents handicapés en opérant les adaptations nécessaires.

Malgré les efforts faits par les structures pour améliorer l'accessibilité des

infrastructures (certaines salles de classes dotées de rampes d'accès), au niveau des infrastructures sanitaires, les toilettes au niveau de certaines structures sont mixtes et surélevées sans rampe d'accès. Ces infrastructures sanitaires ne prennent pas ainsi en compte les besoins spécifiques de certains enfants et adolescents handicapés en particulier les filles.

En outre, l'étroitesse des portes d'entrée de certaines structures ne facilite pas le passage de fauteuil roulant. La mobilité de certains élèves handicapés (physique et visuel notamment) est souvent réduite par la disposition des tables-bancs.

D'où la nécessité d'engager urgemment les adaptations nécessaires sur le plan didactique, méthodologique et organisationnel.

Une quasi-absence en milieu rural d'offre de services des structures spécialisées/inclusives

Les structures spécialisées et/ou inclusives de prise en charge des enfants et adolescents handicapés sont majoritairement situées dans les localités abritant les grandes agglomérations.

Le milieu rural abritant une grande partie de la population malgache reste marginalisé.

A titre illustratif, les établissements de prise en charge des enfants et adolescents souffrant du TSA à Madagascar en plus de leur nombre limité (environ 4 écoles spécialisées et 5 écoles inclusives), ils se situent tous à Antananarivo.⁵³

Ces états de fait montrent que la volonté politique et sociale affichée pour le bien-être des enfants et adolescents handicapés n'est pas assez opérationnalisée par des actions concrètes.

Pour plus d'efficacité, des mesures devront être prises pour d'une part réduire les disparités entre milieu de vie et d'autre part rendre l'environnement d'apprentissage, les

équipements, les infrastructures plus inclusifs, et mettre à disposition des ressources humaines qualifiées et diversifiées.

L'annexe 10 présente (i) les moyens clés de compensation des handicaps clés et (ii) les prescriptions clés en termes d'adaptations pour un système éducatif et de formation professionnelle inclusif.

⁵³ <https://www.studiosifaka.org/articles/actualites/item/1661-enfants-autistes-quelle-prise-en-charge-aujourd-hui-a-madagascar.html>

7.3. CAPACITÉS EN RESSOURCES FINANCIÈRES

Les structures spécialisées et/ou inclusives, majoritairement privées, dépendent largement de financements de donateurs externes.

Le financement des structures spécialisées et/ou inclusive de prise en charge des enfants et adolescents handicapés dépend généralement de projets financés par des donateurs qui peuvent ne pas être durables.

A titre illustratif, certains enseignants dans les établissements spécialisés et/ou inclusifs ne sont pas payés par le gouvernement. D'où ils n'ont aucune durabilité si le financement des donateurs s'arrête⁵⁴.

L'accompagnement de l'Etat reste insuffisant

au regard des besoins des structures.

D'où la nécessité d'un engagement de financement du gouvernement dans un processus à long terme pour devenir inclusif à travers notamment (i) l'allocation de budget spécifique pour soutenir les structures spécialisées et/ou inclusive de prise en charge des enfants et adolescents handicapés et (ii) la prise en charge de la rémunération des enseignants dans les établissements spécialisés et/ou inclusifs.

Des entretiens avec les acteurs institutionnels et des institutions spécialisées, il est même ressorti l'insuffisance voire même le manque de ressources financières pour assurer les charges de fonctionnement des structures (visites terrain, etc.). Les acteurs sont souvent obligés d'utiliser leur propres ressources (financières et logistiques) : ce qui n'est pas approprié.

Il est évident que ces insuffisances ne favorisent pas des conditions de travail adéquates et pourrait dissuader d'autres personnes qui envisageaient de se lancer dans la promotion et protection des droites des personnes handicapées, en particulier des filles et garçons handicapés.



7.4. CAPACITÉS ORGANISATIONNELLES ET DE PILOTAGE DES INSTANCES DE GOUVERNANCE

À MADAGASCAR, Bien que plusieurs ministères/institutions soient impliqués dans la mise en œuvre des politiques de protection et de promotion des personnes handicapées, le MPPSPF, à travers le Service de l'Assistance aux Personnes Âgées et Personnes en situation de Handicap, reste l'entité ministérielle chef de file de la coordination des actions en faveur des

personnes handicapées y compris des filles et garçons handicapées. Toutefois, plusieurs insuffisances/blocages (institutionnel, organisationnel, financière et fonctionnel) l'empêchent de mener à bien ses missions notamment celles en matière d'inclusion malgré le soutien de bailleurs de fonds.

⁵⁴ Ministry of Education, Education Development Trust and the UNICEF ESARO, December 2014 and August 2015, "A study on children with disabilities and their right to education: Madagascar"

<https://www.unicef.org/esa/media/1696/file/UNICEF-EDT-Madagascar-2016-children-with-disabilities.pdf>

Une structure organisationnelle inadaptée du ministère chef de file de l'inclusion (MPPSPF) à la nature de ses activités et caractérisée par une l'inexistence de système formel de coordination des projets

La structure du MPPSPF est caractérisée par une bureaucratie verticale lourde qui n'est pas adaptée à la nature de ses activités et en particulier à la coordination et au suivi des projets sur le terrain dans le cadre de la gestion axée sur les résultats. De plus, le ministère ne dispose pas d'un système formel de coordination des activités, ce qui emmène les acteurs intervenant dans la promotion et protection des droits des personnes handicapées à évoluer en silo. En effet, le MPPSPF est très peu associé ou marginalement aux circuits de décisions concernant la conception, le financement et la mise en œuvre des programmes de protection sociale et donc de protection &

promotion des droits des enfants/adolescents handicapés et ne dispose pas de véritables leviers pour influencer les programmes qu'il doit coordonner et évaluer.

Par ailleurs, les faiblesses sur le plan organisationnel et des ressources humaines contribuent à cette impuissance institutionnelle du MPPSPF qui se traduit par des assignations budgétaires insuffisantes qui ne lui permettent pas de mettre en place les outils et les procédures nécessaires aux missions qui lui sont assignées et en particulier celles concernant les filles et garçons handicapés.

... un besoin de renforcement des capacités des entités ministérielles en charge de l'inclusion des personnes handicapées surtout au niveau déconcentré

De façon globale, les entités ministérielles en charge de l'inclusion des personnes handicapées sont beaucoup concentrées dans la capitale avec peu de ressources humaines et financières au niveau de régions et de districts. Par ailleurs, les capacités de planification, gestion, mobilisation de ressources et coordination restent pour le moment assez limitées tant au niveau central que décentralisé.

Les contraintes financières au niveau de l'Etat sont aggravées par une concentration importante de la dépense publique au niveau central de l'administration et une faible

attirance des agents de la fonction publique à travailler en dehors d'Antananarivo. La capacité du gouvernement à fournir des services au niveau décentralisé reste très faible et la mise en œuvre et les résultats des politiques sur le terrain sont maigres en comparaison des besoins⁵⁵.

La lourdeur des procédures et la qualité de la gestion des finances publiques font également partie des multiples raisons limitant la capacité de mise en œuvre des politiques du pays en général et en particulier celle visant à promouvoir et à protéger les droits des filles et garçons handicapés.

Un important déficit de compétences techniques et un système informatique en souffrance

De façon générale, il y a un important déficit de compétences techniques, peu d'attention portée à la mémoire institutionnelle et au transfert de connaissances au niveau des entités ministérielles notamment en ce qui concerne la promotion et la protection des

droits des personnes handicapées. C'est dans ce contexte que le MPPSPF a établi un « Plan d'Amélioration de la Gestion des Ressources Humaines » fondé sur la Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences (GPEEC) et porté par la

⁵⁵ Jusqu'à l'exercice budgétaire de 2021, les directions régionales se sont vu allouer la même allocation budgétaire, ceci quel que soit le nombre ou les caractéristiques, tel que l'enclavement, des districts de la région. D'après le responsable de la DAAF, un nouveau système d'allocation dès 2022, distribuera une enveloppe minimale par district. Les régions avec un plus grand nombre de districts seront donc proportionnellement plus dotées (Act for performance, décembre 2021, Revue Organisationnelle et Institutionnelle du Ministère de la Population, de la Protection sociale et de la Promotion de la Femme et sa relation avec les autres organes de protection sociale à Madagascar, Analyse du cadre organisationnel et institutionnel).

Direction Générale de la Fonction Publique (DG FOP).

Également sur le plan informatique, il est constaté des insuffisances qui limite la sécurité et la sauvegarde des données. A titre illustratif, la Direction des Systèmes d'Informations (DSI) du MPPSPF n'a pas les moyens techniques et matériels pour engager les mesures nécessaires au bon fonctionnement de l'informatique et de la bureautique du ministère, de sa modernisation et de la création du réseau informatique capable de supporter l'ensemble

du système d'information de l'institution. Le système d'information dans son ensemble est mal sécurisé parce que la quasi-totalité des courriers électroniques du Ministère utilisent des adresses personnelles obtenues auprès de fournisseurs d'accès privés. Cette pratique est très dangereuse car, outre le fait qu'elle ne présente aucune garantie de sécurité et de sauvegarde centralisée, elle interdit au Ministère de pouvoir assurer une gestion rationnelle de ses échanges par courrier.

Des entretiens avec les acteurs institutionnels et des institutions spécialisées, il est même ressorti l'**insuffisance** voire même le **manque** de ressources techniques et logistiques (carburant, véhicules, etc.) pour assurer le **fonctionnement** des structures (gestion des mails, visites terrain, etc.).

De plus, les moyens logistiques (moyens de déplacement, ordinateur, imprimantes, etc.), s'ils existent, sont souvent défectueux ou obsolètes.

L'annexe 11 fait une analyse SWOT du ministère chef de file de la promotion de l'inclusion (MPPSF).





8. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

8.1. CONCLUSION

L'avenir d'une nation repose sur toute sa jeunesse et en particulier ses enfants car ces derniers constituent une main d'œuvre future pour le développement de la nation. Par conséquent, aucun enfant ne devrait être exclu de ce processus d'émergence et de développement perpétuel. Cependant, force est de constater que les enfants/adolescents handicapés en particulier les filles handicapées sont généralement exclues et/ou ont des accès limités aux services sociaux de base nécessaires à leur épanouissement social, moral, psychique et économique. À MADAGASCAR, cette situation est légion.

La présente étude a permis d'analyser la situation des enfants et adolescents handicapés à Madagascar notamment leurs conditions de vie et aussi les facteurs qui entravent et/ou limitent leurs accès aux services sociaux de base nécessaires à leur épanouissement.

Au plan juridique et règlementaire, Madagascar a signé et ratifié la CDPH.

Toutefois, de nombreuses dispositions fournies notamment celles de l'article 7 relative aux droits des enfants handicapés ne sont pas prises en compte dans la loi 97-044 du 02 Février 1998 régissant les droits des personnes handicapées.

L'analyse a révélé également que les filles et garçons handicapés à Madagascar sont souvent victimes de discrimination, d'abus et de violences dans leurs différents milieux de vie (social, scolaire, etc.) qui sont des facteurs ne leur permettant pas de s'épanouir et de jouir pleinement de leurs droits. En outre, ces derniers ne sont généralement pas pris en compte dans les installations (manque de rampes d'accès, adaptation des dispositifs d'EHA, etc.) dans les domiciles et dans les infrastructures privées et publiques (écoles, centres de santé, etc.).

Du fait de leur handicap, les enfants et adolescents handicapés ont un accès plus limité à de nombreux services de base par rapport à leurs camarades non handicapés.

Leur accès à l'éducation/formation professionnelle, aux services d'EHA ou encore à des soins de santé adéquats demeure un défi important aggravé par la situation de pauvreté de leurs familles et la pandémie de la COVID-19.

Le système de protection sociale pour les enfants et adolescents handicapés n'est pas assez développé et est principalement du fait des acteurs privés (ONG, associations, etc.). Les services de réadaptation à base communautaire manquent ou ne sont que fonctionnels que dans quelques communes urbaines.

Plusieurs insuffisances limitent les capacités des structures spécialisés/inclusives en charge de la promotion des personnes handicapées. En effet, leurs offres de

services sont limitées surtout en milieu rural et ne prennent en compte que quelques types de handicap. De plus, elles sont limitées financièrement et sont fortement dépendantes des financements extérieurs.

Par ailleurs, les programmations et planifications des politiques de promotion et de protection des personnes handicapées, et plus particulièrement des filles et garçons handicapés, sont limitées par le manque de données désagrégées par âge et par sexe et de statistiques fiables sur le handicap.

Enfin, la coordination des actions de promotion et protection des droits des personnes handicapées est en souffrance du fait de la faiblesse institutionnelle de l'entité ministérielle chargée de ces opérations.

8.2. RECOMMANDATION

Sur la base des analyses et constats, des recommandations ont été faites afin d'améliorer la situation des enfants et adolescents handicapés, de façon générale et plus particulièrement des filles handicapées, à Madagascar notamment dans l'accès aux services sociaux de base et la restauration de leur dignité. Ces recommandations sont structurées en 4 axes à savoir : (i) renforcement du cadre stratégique, (ii) accès aux services sociaux de base, (iii) Système d'informations et statistiques du handicap et (iv) changement des pratiques et accompagnement des familles.

Le tableau 31 ci-dessous présente les principaux constats faits et les recommandations spécifiques qui s'y affèrent.

Tableau 31 : Principaux constats, recommandations et actions prioritaires et responsables de mise en œuvre

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
Axe 1 : Renforcement de l'environnement protecteur				
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de la prise en compte des dispositions de la CDPH dans les instruments nationaux Méconnaissances et faible vulgarisation/ appropriation des textes 	<p>Compléter le cadre juridique et réglementaire avec des textes (décrets, arrêtés, etc.) en phase avec les conventions internationales</p>	<ul style="list-style-type: none"> Réviser la loi 97-044 en tenant compte des dispositions de la CDPH et plus particulièrement de l'article 7 relative aux droits des enfants handicapés et la mettre en application Réviser les textes relatifs à l'inclusion des enfants et adolescents handicapés en prenant en compte les dispositions de la CDPH et plus particulièrement de l'article 7 relative aux droits des enfants handicapés et la mettre en application Vulgariser les textes 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Assemblée nationale</p>	<p>Autres ministères sectoriels, Maires, PTF, Privé, OPH, etc.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Existence de préjugés socio-culturels/sous information, d'abus et de violences à l'égard des enfants et adolescents (filles et garçons) handicapés 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des mécanismes pour prévenir et lutter contre la violence envers les filles et garçons handicapés 	<ul style="list-style-type: none"> Préparer et mettre en place un plan de communication/ sensibilisation pour le changement de comportement en direction du public, des personnels, et des responsables des structures offrant les services sociaux de base en faveur des enfants/adolescents handicapés Punir sévèrement les auteurs d'abus, de négligence, de maltraitance et de violence envers un enfant ou adolescent handicapé Réaliser des films documentaires pour mettre en lumière les cas de réussite d'enfants et adolescents handicapés 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Ministère en charge de la Justice</p> <p>Mairies</p>	<p>Autres ministères sectoriels, PTF, OPH, Privé, etc.</p>

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> Non prise en compte des personnes handicapées dans les constructions des infrastructures et installations (Education, EHA, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Adapter le milieu de vie et les structures offrant des services sociaux de base aux personnes handicapées et plus particulièrement aux filles et garçons handicapés tout en assurant l'égalité de genre 	<ul style="list-style-type: none"> Faire des communications sur la nécessité d'adapter l'environnement aux filles et garçons handicapés Veiller au respect des normes prescrites en matière de construction des infrastructures 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Mairies</p>	<p>Autres ministères sectoriels, PTF, OPH, Privé, etc.</p>
Axe 2 : Facilitation de la demande des services sociaux de base				
<ul style="list-style-type: none"> Coûts élevés des services sociaux de base conjugués à la pauvreté des ménages 	<p>Accompagner les parents des enfants/adolescents handicapés pour faciliter l'accès de leurs enfants/adolescents aux services sociaux de base tout en assurant l'égalité de genre en ce qui concerne l'accès de ces services</p>	<ul style="list-style-type: none"> Préparer et mettre en œuvre un programme de subventions des services sociaux de base au profit des enfants et adolescents handicapés tout en assurant l'égalité du genre Effectuer un recensement des enfants/adolescents et centres bénéficiaires Définir des critères d'octroi des fonds pour financer l'accès aux structures de services sociaux de base Mettre à disposition des fonds pour l'accès aux services sociaux de base des enfants et adolescents handicapés Suivre et évaluer la subvention 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Mairies</p>	<p>Autres ministères sectoriels, PTF, OPH, Privé, etc.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Non enregistrement à l'état civil 	<p>Délivrer un acte de naissance à chaque enfant dès sa naissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> Donner à tous les parents, quel que soit leur genre, les moyens d'enregistrer leurs enfants à la naissance en diminuant ou supprimant les frais d'enregistrement Sensibiliser les communautés sur les raisons et avantages de l'enregistrement des naissances des enfants et plus particulièrement celui des enfants handicapés 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Mairies</p>	<p>PTF, Privé, etc.</p>

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
Axe 3 : Amélioration de l'offre et qualité des services sociaux				
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de structures offrant les services adaptés y compris de services de réadaptation à base communautaire Forte disparité régionale dans les offres de service en faveur des enfants/adolescents handicapés : en grande partie en milieu urbain et surtout dans les grandes agglomérations 	<ul style="list-style-type: none"> Doter davantage les localités de structures et de services de réadaptation à base communautaire offrant des services adaptés en tenant compte des dispositions de la CDPH 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en en place des programmes de réadaptation à base communautaire intégrant le handicap Impliquer les communautés locales dans la mise en place des services de ces services de RBC 	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme Ministères sectoriels	Maires, PTF, Privé, OPH, communautés, etc.
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance de personnels qualifiés dans les structures offrant des services sociaux inclusifs 	<ul style="list-style-type: none"> Former davantage de personnels qualifiés au profit des structures offrant les services sociaux de base en faveur des filles et garçons handicapés 	<ul style="list-style-type: none"> Développer et inclure dans les curricula des structures de formation initiale du personnel des services sociaux de base, des modules spécifiques sur l'inclusion des personnes handicapées Organiser des sessions de formations pratiques afin de favoriser l'appropriation des concepts théoriques 	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme Ministères sectoriels	PTF, Privé, OPH
	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la formation initiale et mettre en place un mécanisme de formation continue des personnels en poste dans les structures offrant les services sociaux de base en faveur des filles et garçons handicapés 	<ul style="list-style-type: none"> Recycler les personnels des structures offrant des services sociaux de base en intégrant des modules spécifiques sur l'inclusion des personnes handicapées Assurer le suivi des enseignants/formateurs participants à ces rencontres 		

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
Axe 4 : Amélioration de la gouvernance et renforcement du dispositif de pilotage et du système d'informations et statistiques du handicap				
<ul style="list-style-type: none"> Insuffisances dans le positionnement institutionnel et dans l'organisation du MPPSPF Manque de compétences techniques et perte de mémoire institutionnelle Manque de motivations des acteurs surtout à travers en milieu rural Insuffisance de données désagrégées sur la situation des enfants et adolescents handicapés 	<p>Renforcer le positionnement institutionnel et l'organisation du MPPSPF</p> <p>Renforcer les ressources techniques et humaines du MPPSPF et des autres ministères sectoriels en ce qui concerne l'inclusion des filles et garçons handicapés et les données statistiques s'y affèrent</p>	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la responsabilité institutionnelle du MPPSPF à coordonner les actions de protection sociale notamment celles en faveur des personnes handicapées en lui donnant les moyens d'assurer la coordination, le renforcement des capacités des acteurs et le contrôle qualité Renforcer la présence territoriale notamment dans les régions et districts Assurer l'expertise technique des cadres du MPPSPF et des autres ministères sectoriels par un plan de développement des compétences Prévoir la succession au sein du ministère et des autres ministères sectoriels notamment par un plan de succession et de transfert de compétences Redéployer/recruter de jeunes professionnels dans les régions pour renforcer l'adéquation besoins/ressources aux plans quantitatif et qualitatif et offrir une incitation (monétaire, matériels de travail, formation, progression de carrière) afin de rendre les sites éloignés plus attractifs Former le personnel du service à l'utilisation de la logistique de production de données en phase avec les prescriptions du Groupe de Washington selon l'âge et le sexe 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Assemblée nationale</p> <p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Assemblée nationale</p>	<p>Autres ministères sectoriels, Maires, PTF, Privé, OPH, etc.</p> <p>Ministère en charge de la fonction publique, Autres ministères sectoriels, Maires, PTF, Privé, OPH, etc.</p>

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> Un système de données pas assez sécurisé Une sauvegarde des données pas vraiment assurée 	Améliorer le système d'information et de gestion des données	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un Intranet en support du système d'information du Ministère Réhabiliter le système bureautique du MPPSPF et des autres ministères sectoriels Mettre en place un système de Gestion Electronique des Données et de circulation dématérialisée de l'information ; en sécurisant la gestion du courrier électronique. 	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme Ministères sectoriels	PTF, Privé, OPH, etc.
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'une volonté politique mais pas suffisamment matérialisée/opérationnalisée au regard des besoins des enfants et adolescents handicapés 	Opérationnaliser davantage les organes et mécanismes de surveillance et de veille existants en matière de promotion des droits des filles et garçons handicapés	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement du Service de l'Assistance aux Personnes Âgées et Personnes en situation de Handicap/Direction de la population Renforcer la coordination entre le Service de l'Assistance aux Personnes Âgées et Personnes en situation de Handicap et les autres acteurs (PTF, privé, institutions spécialisées, etc.) intervenant en faveur de la promotion des personnes handicapées notamment des enfants 	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme	Autres ministères sectoriels, Maires, PTF, Privé, OPH, etc.
<ul style="list-style-type: none"> Structures offrant les services en faveur des enfants/adolescents handicapés sont majoritairement financées par les dons extérieurs, l'accompagnement de l'Etat reste marginal (malgré les efforts) au regard des besoins 	Accroître les allocations budgétaires de l'Etat à la hauteur des besoins et consolider davantage l'appui des partenaires au développement	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer le coût global de l'inclusion Programmer dans le Document de programmation pluriannuelle des dépenses du Ministre de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la femme les dotations globales nécessaires pour l'inclusion Faire un plaidoyer pour une augmentation des ressources de l'Etat 	Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme Ministères sectoriels Ministère en charge de l'économie et des finances	PTF, Mairies, etc.

Principaux constats	Recommandations	Actions prioritaires	Responsable de mise en œuvre	Partenaires de mise en œuvre
<ul style="list-style-type: none"> Décentralisation insuffisante 	<p>Impliquer les communes dans la mise en place et la gestion de structures spécialisées de services sociaux de base</p>	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des sessions de communication/formation à l'endroit des responsables points focaux de services sociaux de base au sein des communes 	<p>Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme</p> <p>Mairies</p>	<p>Autres ministères sectoriels, Maires, PTF, Privé, OPH, etc.</p>

Source : Auteur

9. BIBLIOGRAPHIE

RAPPORTS

UNICEF, Juin 2022, « *Baseline Study and Analysis of Barriers/Opportunities Related to Children and Adolescents with Disabilities in Madagascar* »

CBM, *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*

UNICEF, Avril 2021, *Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar (Note d'information n° 2021.01, avril 2021)*

Avril 2021, Les effets potentiels de la pandémie du COVID-19 sur les enfants à Madagascar

Ministère de la Population et des Affaires Sociales, CBM Madagascar, Octobre 2013, *atelier de réflexion et d'échanges sur le handicap, le développement inclusif et la réadaptation à base communautaire*

UNICEF Madagascar, 2021, *Analyse de la situation des Enfants & Femmes à Madagascar*

ECPAT France et ECPAT Luxembourg, juin 2017, *Etude sur les Abus et Exploitation sexuels des enfants en ligne (AESEL)*

Ministère de la population de la protection sociale et de la promotion de la Femme, *Etude sur les violences envers les enfants à Madagascar*

Johnstone .C; Hayes. A; Dombrowski. E; Karr. V et Tjabane, December 2019, *A Report of a National Disability Situation Analysis Ministry of Social Development Government of Lesotho*

Institut National de la Statistique (INSTAT), 2018, *Madagascar Enquête par grappes à indicateurs multiples*

Ministère de L'enseignement Supérieur et de la recherche Scientifique, Juillet 2019, *rapport d'exécution et Financier du Plan Sectoriel de L'éducation*

Ministère de la population de la protection sociale et de la promotion de la Femme, Mars 2015, *Plan National D'inclusion du Handicap Madagascar*

Mattingly.J et Ratsifandrihamanana. L, Mars 2016, *Regional study on children with disability with focus on education in Eastern and Southern Africa*

Institut National de la Statistique (INSTAT), Décembre 2020, *Troisième Recensement Général de la Population et de L'Habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3) Tom1*

Institut National de la Statistique (INSTAT), Décembre 2020, *Troisième Recensement Général de la Population et de L'Habitation de 2018 de Madagascar (RGPH-3) Tom2*

Oxford Policy Management, Octobre 2020, *Les privations multiples des enfants à Madagascar*

Plateforme des Fédérations d'Organisations de Personnes Handicapées (PFPH) & Handicap International Programme Madagascar, *Etude Juridique comparative du cadre Juridique actuel et des obligations de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées*

LIENS INTERNET

<https://agencesat.com/modeles-theoriques-du-handicap-et-le-type-dintervention-privilegie/#:~:text=Dans%20un%20mod%C3%A8le%20fonctionnel%2C%20les.vivant%20une%20situation%20de%20handicap.>

<http://www.ethikos.ch/2415/handicap-selon-la-cif-definition?msclkid=d92a1bbca6ca11ec8a640dfd44f47975>

<http://www.rodra.co.za/index.php/countries/madagascar-all/50-countries/madagascar/181-country-report-madagascar>

<http://pshp-mada.org/la-grc/presentation-de-la-gestion-des-risques-et-des-catastrophes/>

TEXTES ET LOIS

Arrêté Interministériel n°23145 / 2004 Portant Application des droits des Personnes Handicapées Aux Formations Professionnelle et Professionnalisante, Madagascar

Décret n°2001-162 Portant application de la Loi 97-044 sur les Droits des Personnes Handicapées, Madagascar

Loi n° 2008-011 modifiant certaines dispositions de la Loi n° 2004-004 du 26 juillet 2004 portant orientation générale du Système d'Education, d'Enseignement et de Formation à Madagascar, Madagascar

Loi n° 97-044 sur les Personnes Handicapées, 19 décembre 1997, Madagascar

Ordonnance n° 60-044 du 15 juin 1960 sur les droits et devoirs respectifs de l'Etat et de la famille dans l'éducation, Madagascar

Arrêté Interministériel n°18036/2019 Portant Aménagement des Modalités des examens et concours organisés par le Ministère de l'éducation National et de L'enseignant technique et Professionnel et le Ministère de L'enseignement Supérieur et de Recherche Scientifique pour les candidats à besoins Spécifiques, Madagascar

ANNEXES

ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RESSOURCES MORALES RENCONTRÉES

Acteurs	Structures	
Association de promotion des personnes handicapées	Fédération des personnes handicapées	1
	FOMAFAP (Fikambanan'ny olona manana fahasembanana Port-Berger ou Association des personnes possédants d'handicape de Port-Berger)	1
	FISEA (FIkambanan'ny SEmbana Amboasary)	1
	Association Vahatra Vavatenina	1
	Association des handicapés de Manakara	1
	Associations des femmes handicapées à Manakara	1
	Fikambanan'ny Tanora Sembana	1
	FAAM (Fédération des associations des aveugles de madagascar)	1
	COPH ZANAHITA Sambava	1
	GRAPHAAV (Groupement Régional des Handicapés du région Vakinakaratra)	1
Institutions spécialisées	Orchidée blanche Centre pour déficiences mentale	1
	Centre National de Formation de Personnes Handicapées	1
	Centre d'éducation spécialisé Akany Soa Saint Vincent De Paul	1
	École Saint Joseph	1
	Centre d'éducation inclusive	1
	Centre régional pour la formation des personnes en situation d'handicaps Sambava	1
	Centre AKA-MA, Akanin'ny Marenina eto Madagasikara	1
	CRMM	1
PTF	Chritsophel Blinden Mission (CBM)	1
	Humanité et Inclusion (HI)	1
	Ambassade de la Norvège	1
	USAID	1
	OMS	1
Niveau central	Ministère en charge de la promotion sociale/ Direction Générale de la Population	1
	Ministère en charge de l'éducation/ Service Éducation Inclusive	1
	Ministère de la santé/Service de la protection des personnes vulnérables	1
	Assemblée Nationale / Commission sociale	1

Niveau déconcentré	Direction provinciale d'Antananarivo	1
	Direction provinciale de Fianarantsoa	1
	Direction provinciale de Toamasina	1
	Direction provinciale de Mahajanga	1
	Direction provinciale de Toliara	1
	Direction provinciale de Antsiranana	1
	Mairie de Antsirabe	1
	Mairie de Manakara	1
	Mairie de Vavatenina	1
	Mairie de Port-Berger	1
	Mairie de Amboasary-Atsimo	1
	Mairie de Sambava	1
	Mairie de Alakamisy	1
	Mairie de Marofarihy	1
	Mairie de Ambohibe	1
	Mairie de Port-Berger II	1
	Mairie de Behara	1
Mairie de Farahalana	1	
Leaders communautaires d'opinion	Commune urbaine Antsirabe	1
	Commune urbaine Manakara	1
	Commune urbaine Vavatenina	1
	Commune urbaine Port-Berger	1
	Commune urbaine Amboasary-Atsimo	1
	Commune urbaine Sambava	1
	Commune rurale Alakamisy	1
	Commune rurale Marofarihy	1
	Commune rurale Ambohibe	1
	Commune rurale Port-Berger II	1
	Commune rurale Behara	1
	Commune rurale Farahalana	1

ANNEXE 2 : PRINCIPALES QUESTIONS D'ANALYSE

Déterminants	Sous déterminants	Questions de recherche
Environnement Favorable	Normes Sociales	<ul style="list-style-type: none"> À quelles formes de discrimination/d'exclusion les personnes handicapées sont-elles confrontées? Quelles sont les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont-elles confrontées dans le milieu familial? Dans la communauté ?
	Législation / Politique	<ul style="list-style-type: none"> Les lois et les politiques en matière de promotion et protection des personnes handicapées à Madagascar sont-elles en adéquation avec les besoins de la population cible ?
	Budget / Dépenses	<ul style="list-style-type: none"> Les ressources allouées à la promotion et à la protection des personnes handicapées sont-elles suffisantes? Sont-elles utilisées de manière efficiente, efficace et équitable pour soutenir la mise en œuvre des activités de promotion et protection des personnes handicapées ?
	Management/ Coordination	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les obstacles qui entravent la coordination institutionnelle et la bonne mise en œuvre des politiques et programmes en matière de promotion et protection des personnes handicapées ?
Offre	Accès aux services adéquats et à l'information	<ul style="list-style-type: none"> Les offres de services publics ou privées (éducation, santé, protection, etc.) sont-elles en adéquation (physique, nature de la prestation, personnel) avec les besoins des enfants/ adolescents handicapés ?
Demande	Accès Financier	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les obstacles financiers (direct et indirect) auxquelles sont confrontés les enfants/ adolescents handicapés et leur famille pour accéder aux services en matière d'éducation, de santé, de protection sociale, etc.?
	Pratiques socio-culturelles et Croyances	<ul style="list-style-type: none"> Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques de la population générale à l'égard du handicap et des personnes handicapées ?
	Continuité de l'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> Dans quelles mesures les connaissances, les attitudes et les pratiques de la population générale à l'égard du handicap et des personnes handicapées affectent la demande des services des personnes handicapées ?
Qualité	Qualité	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les facteurs qui limitent la qualité des services sociaux de base (éducation, santé, protection sociale, etc.) offerts aux personnes handicapées ?

ANNEXE 3 : ACCÈS AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE SELON LA LOCALITÉ

Accès à l'éducation/formation professionnelle

Provinces	Régions	Localités	Scolarisation/ formation	Non	Total
Antananarivo	Vakinankaratra	Antsirabe	39,68%	60,32%	100%
		Alakamisy/ Ambano	46,30%	53,70%	100%
Fianarantsoa	Vatovavy Fitovinany	Manakara	44,00%	56,00%	100%
		Marofarihy	23,53%	76,47%	100%
Toamasina	Analanjirifo	Vavatenina	51,92%	48,08%	100%
		Ambohibe	41,82%	58,18%	100%
Mahajanga	Sofia	Port-berger	55,77%	44,23%	100%
		Port-berger II/ Tsarahasina	40,00%	60,00%	100%
Toliara	Anosy	Amboasary- atsimo	46,15%	53,85%	100%
		Behara	43,40%	56,60%	100%
Antsiranana	SAVA	Sambava	58,00%	42,00%	100%
		Farahalana	40,00%	60,00%	100%
			44,05%	55,95%	100%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Accès aux aides sociales

Province	Localité	Gouvernement			ONG, associations		
		Ne sait pas	Non	Oui	Ne sait pas	Non	Oui
Antananarivo	Antsirabe	0,00%	92,06%	7,94%	0,00%	85,71%	14,29%
	Alakamisy/ Ambano	0,00%	92,59%	7,41%	0,00%	85,19%	14,81%
Fianarantsoa	Manakara	0,00%	96,00%	4,00%	0,00%	90,00%	10,00%
	Marofarihy	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	88,24%	11,76%
Toamasina	Vavatenina	0,00%	92,31%	7,69%	0,00%	98,08%	1,92%
	Ambohibe	0,00%	80,00%	20,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Mahajanga	Port-berger	0,00%	98,08%	1,92%	0,00%	98,08%	1,92%
	Port-berger II/ Tsarahasina	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	96,92%	3,08%
Toliara	Amboasary- atsimo	1,92%	65,38%	32,69%	0,00%	78,85%	21,15%
	Behara	0,00%	86,79%	13,21%	0,00%	71,70%	28,30%
Antsiranana	Sambava	0,00%	90,00%	10,00%	0,00%	80,00%	20,00%
	Farahalana	0,00%	92,00%	8,00%	0,00%	94,00%	6,00%
		0,15%	90,57%	9,27%	0,00%	89,03%	10,97%

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

ANNEXE 4 : DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS DES ENFANTS ET ADOLESCENTS AUX SERVICES SOCIAUX DE BASE

Déterminants de l'accès des enfants et adolescents handicapés à l'éducation

Variables	Effet marginal	P> z
Type d'handicap		
Moteur	-0,14	0,026
Communication	-0,17	0,001
Psychique	-0,27	0,000
Milieu de résidence		
Urbain	0,096	0,015

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

Déterminants de l'accès des enfants et adolescents handicapés aux soins de santé

Variables	Effet marginal	P> z
Type d'handicap		
Communication	-0,09	0,05
Instruction		
Chef du ménage	0,043	0,029
Enfant	0,073	0,014

Source : Auteurs à partir de l'enquête terrain

ANNEXE 5 : QUELQUES INDICATEURS ET VALEURS DES ODD RELATIFS AUX ENFANTS À MADAGASCAR

Indicateurs des ODD	Description de l'indicateur SDG	Valeurs
ODD 4 Éducation de qualité	4.1.1 Proportion d'enfants et de jeunes à la fin du premier cycle du secondaire atteignant au moins un niveau minimum de compétence en lecture (%)	Difficulté fonctionnelle : 39,8% Aucune difficulté fonctionnelle : 42.8%
	4.1.1 Proportion d'enfants et de jeunes à la fin du premier cycle du secondaire atteignant au moins un niveau minimum de compétence en mathématiques (%)	Difficulté fonctionnelle : 30,9% Aucune difficulté fonctionnelle : 34.9%
	4.2.1 Proportion d'enfants âgés de 36 à 59 mois qui sont sur la voie du développement en matière de santé, d'apprentissage et de bien-être psychosocial, par sexe (%)	Difficulté fonctionnelle : 10,2 % Aucune difficulté fonctionnelle : 11,5 %.
SDG 5 Égalité des sexes	5.3.1 Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en union avant l'âge de 18 ans (%)	Difficulté fonctionnelle : 57,1% Aucune difficulté fonctionnelle : 39.4%
ODD 8 Travail décent et croissance économique	8.7.1 Proportion d'enfants âgés de 5 à 17 ans engagés dans le travail des enfants (%)	Difficulté fonctionnelle : 47,7% Aucune difficulté fonctionnelle : 45.5%
SDG 16 Paix, justice et Institutions fortes	16.2.1 Proportion d'enfants âgés de 1 à 14 ans ayant subi un châtime nt physique et/ou une agression psychologique de la part des personnes qui s'occupent d'eux au cours du mois écoulé (%)	Difficulté fonctionnelle : 16,1% Aucune difficulté fonctionnelle : 9,4 %.
	16.9.1 Proportion d'enfants de moins de 5 ans dont la naissance a été enregistrée auprès d'une autorité civile (%)	Difficulté fonctionnelle : 79,8 Aucune difficulté fonctionnelle : 78,9 %.

ANNEXE 6 : ONG ŒUVRANT DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Action contre la Faim Madagascar	Une ONG internationale qui se concentre sur des programmes de nutrition et de santé, de sécurité alimentaire et de moyens de subsistance, de santé mentale et de pratique des soins de santé, et d'eau, d'assainissement et d'hygiène avec des actions transversales de plaidoyer tant dans une perspective humanitaire que d'urgence et de développement. Depuis 2016, Action Contre la Faim intervient au niveau des centres de santé de base, dans le cadre du projet de prise en charge des enfants de 6 mois à 59 mois souffrant de malnutrition aiguë modérée et sévère et au niveau communautaire. En outre, un appui au renforcement des capacités des agents de santé sur les pratiques de santé, de nutrition et de soins a également été réalisé en fonction des besoins. Action contre la Faim Madagascar a également une expérience dans les interventions d'urgence, notamment lors de l'épidémie de peste en 2017.	National
Action Socio-Sanitaire (ASOS)	ASOS promeut la santé communautaire et la protection sociale des plus défavorisés, entre autres les enfants handicapés. ASOS intervient dans plusieurs domaines : la survie des enfants, la santé des jeunes et des mères, la lutte contre les maladies transmissibles, la nutrition, l'eau, l'hygiène et l'assainissement, l'environnement et le développement communautaire. Présent dans 17 des 22 régions, ASOS est reconnue dans le domaine de la mobilisation et de l'engagement communautaire et est devenue l'un des premiers collaborateurs du Ministère de la Santé Publique en matière de promotion de la santé.	Infranational
Action Solidaire aux Paralysés Cérébraux (ASPC)	Soutenir les enfants atteints de paralysie cérébrale et leurs parents en les sensibilisant, en facilitant l'accès aux soins, en soutenant l'éducation des enfants atteints de paralysie cérébrale et en plaidant pour des écoles spécialisées.	Infranational
Akanin'ny Marenina Antananarivo (AKAMA)	AKAMA gère un centre de compétence pour les sourds à Antananarivo.	Infranational
Association Sœur Emmanuelle (ASMAE)	ASMAE aide ses partenaires à endiguer la non-scolarisation et à prévenir l'échec scolaire des enfants les plus vulnérables en les insérant dans l'école élémentaire publique ou dans des centres spécialisés (tutorat, centres d'éducation spéciale, développement de bibliothèques, alphabétisation) grâce au renforcement des capacités (mise en réseau, formation, appui-conseil), par une approche holistique, en promouvant, diffusant et partageant des outils de tutorat et d'alphabétisation.	Infranational
Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar (AMPR)	Un groupe de médecins qui se concentrent sur la médecine physique et la réadaptation (MPR) pour les personnes handicapées. L'AMPR sensibilise à la médecine physique et à la réadaptation, à la prévention des handicaps, au dépistage, au diagnostic précoce et à la gestion des handicaps.	National

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Association des étudiants handicapés de l'Université de Madagascar	L'Association des étudiants handicapés de l'Université de Madagascar défend les droits des étudiants handicapés de l'université de Madagascar.	Infranational
Association des Techniciens Orthoprothésistes de Madagascar (ATOM)	ATOM vise à améliorer la prise en charge des personnes handicapées par la formation de professionnels de la réadaptation, le plaidoyer et la sensibilisation.	Infranational
Association des Femmes Handicapées de Madagascar (AFHAM)	Ce réseau national de femmes vivant avec un handicap physique forme ses membres à développer des compétences de leadership et à connaître leurs droits humains. AFHAM s'engage dans des actions de plaidoyer auprès des autorités locales et nationales pour l'adoption et la mise en œuvre de politiques qui respectent les droits humains des femmes vivant avec un handicap. Par le biais d'efforts et d'initiatives d'éducation publique, AFHAM promeut une plus grande inclusion dans les communautés dans lesquelles elle travaille.	National
CARE International	CARE concentre ses interventions sur cinq domaines programmatiques : 1) résilience et réponse humanitaire, 2) sécurité alimentaire, 3) égalité des sexes et autonomisation des femmes, 4) gouvernance et 5) eau, assainissement et hygiène. CARE a une grande expérience dans la gestion des distributions d'urgence, y compris la distribution en nature et le transfert d'argent. Depuis 2015, CARE a mis en œuvre des projets soutenant l'assainissement, l'hygiène et l'accès à l'eau, le renforcement de la résilience des communautés les plus vulnérables aux catastrophes ainsi que des actions de réponse d'urgence dans la commune urbaine d'Antananarivo et les communes périphériques.	Infranational
Centre de rééducation motrice Madagascar (CRMM)	Le CRMM est le centre de rééducation physique de Madagascar.	Infranational
Centre ECAR Ephata	Le Centre ECAR Ephata est un centre spécialisé dans la prise en charge des enfants et des jeunes déficients visuels à Fianarantsoa, Madagascar. Il vise spécifiquement à répondre aux besoins d'éducation spécialisée et de soutien et à préparer les enfants malvoyants à atteindre le degré maximum d'indépendance professionnelle et sociale en fonction de leur handicap.	Infranational
Centre National de Formation Professionnelle des Personnes en Situation de Handicap (CNFPPSH)	Le Centre National de Formation Professionnelle des Personnes Handicapées (CNFPPSH) met en œuvre la politique gouvernementale et la Politique Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle sur les droits des personnes handicapées dans le domaine de la formation professionnelle et de l'insertion sociale. Le CNFPPSH est un centre national de formation professionnelle pour les personnes handicapées.	National

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Collectif des organisations Personnes en Situation de Handicap (COPH)	Le Collectif des organisations Personnes en Situation de Handicap et l'Union nationale des associations des Handicapés de Madagascar défendent les droits et intérêts généraux des personnes handicapées.	Infranational
Association FANARENANA	L'association a pour objectif de promouvoir les métiers de la réadaptation par l'échange d'expériences, la reconnaissance des métiers de la réadaptation, l'accès à une gamme de services et le développement d'un partenariat national et international. L'association renforce également les capacités des bénéficiaires (enseignants, éducateurs, paramédicaux, médecins) et crée des outils pour faciliter le diagnostic des enfants handicapés.	Infranational
FANILO	La vocation de FANILO est d'appuyer le développement des populations les plus démunies de sa commune et des communes voisines. Ils ont précédemment mené un projet d'appui aux ressources locales pour la promotion et la gestion durable de l'assainissement familial et collectif en milieu rural sur la côte Est de Madagascar. Ils sont financés par CBM.	Infranational
Fédération de l'autisme Madagascar (AFM - Autism Federation Madagascar)	La Fédération mène des actions de sensibilisation à l'autisme et produit un guide pratique de l'autisme.	
Fédération des professionnels de la Réadaptation à Madagascar (FPRMADA)	La Fédération des professionnels de la Réadaptation à Madagascar défend les droits des personnes handicapées dans le domaine professionnel. Cette Fédération mène des campagnes de sensibilisation, de plaidoyer et de lobbying en faveur de l'efficacité des structures, des mécanismes comportementaux et des mesures d'accompagnement pour faciliter les dialogues ; élabore et met en œuvre des programmes d'appui et de renforcement des capacités des fédérations et associations de personnes handicapées	National
Fédération des sourds (Fédération des sourds de Madagascar) (FMM)	Fédération pour les personnes ayant un handicap fonctionnel auditif et les sourds.	National
Fédération des organisations d'aveugles de Madagascar (FAAM)	Fédération pour les personnes souffrant de handicaps fonctionnels visuels et les aveugles.	National

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Fiangonana Loterana Malagasy (Église luthérienne malgache) (FLM)	Le FLM gère sept hôpitaux et 25 dispensaires dans tout le pays, deux léproseries et des écoles pour les sourds. L'église possède également trois grandes écoles agricoles et un programme de formation pour les paysans visant à promouvoir l'agriculture et l'élevage. Elle gère de nombreuses écoles primaires et secondaires et envisage de créer une université luthérienne dans le sud de l'île.	Infranational
Fiangonan'i Jesoa Kristy Eto Madagasikara (FKM)	En plus d'un centre pour enfants abandonnés et orphelins (Topaza), la FKM possède de nombreuses écoles qui sont financées par CBM. L'organisation ecclésiastique travaille à l'approvisionnement en eau de la commune rurale de Tsifajavona. Le projet vise l'approvisionnement en eau potable de plusieurs villages par le captage de sources, l'assainissement et la création de latrines. Le projet a débuté en 2007 et 5 villages en ont déjà bénéficié. 2 nouveaux villages sont en cours de construction.	Infranational
Fikamban'ny Ray Aman-drenin'ny Mpianatra (Association de parents) (FRAM)	Association de parents qui collecte des fonds pour financer les salaires des enseignants qui ne sont pas employés par le gouvernement. En outre, certains membres ayant un niveau minimum de connaissances et de compétences contribuent directement à la scolarisation des enfants en se portant volontaires comme enseignants et éducateurs.	National
Foibe Fanabeazana ny Jamba Antsirabe (FOFAJA)	FOFAJA gère un centre de compétences pour les aveugles à Antsirabe et défend les droits des personnes souffrant de déficiences visuelles.	Infranational
Foibe Fanabeazana ny Marenina Antsirabe (FOFAMA)	FOFAMA gère un centre de compétences pour les sourds à Antsirabe et défend les droits des personnes souffrant de déficiences auditives.	Infranational
Fraternité Chrétienne entre les Malades et les Handicapés	Groupe religieux international soutenant les personnes handicapées.	
Programmes Thérapeutiques pour la Croissance des Nations (GNTP)	GNTP propose des thérapies de réadaptation aux enfants handicapés et aux personnes handicapées, y compris des visites à domicile. En outre, elle assure la prévention, la promotion et le renforcement des capacités en matière de handicap.	

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Humanité & Inclusion	<p>HI a créé des centres d'appareillage orthopédique et mis en œuvre plusieurs projets de réadaptation, et facilite désormais l'accès aux soins des personnes handicapées, favorise leur inclusion sociale et fait progresser leurs droits. HI met également en œuvre un programme de santé maternelle et infantile pour réduire la mortalité maternelle et néonatale et améliorer l'accès aux services, et met en œuvre une stratégie de prévention et de réponse communautaire pour améliorer la santé mentale des personnes en détresse psychosociale et/ou souffrant de troubles mentaux. HI soutient la réponse humanitaire d'urgence et a aidé les gens à adapter leur comportement à la pandémie de COVID-19 tout en renforçant les capacités de réponse et de préparation et la résilience économique et psychologique des personnes affectées.</p> <p>HI à Madagascar intervient sur 15 projets en cours. Leurs domaines d'intervention sont basés sur 2 piliers principaux : L'accès aux services de base : c'est-à-dire l'accès à l'éducation, à la santé, à la formation professionnelle. - Accès au droit, à la justice et à la participation : la participation effective des personnes handicapées, Organisations des personnes handicapées dans la vie sociale et civique à Madagascar.</p>	National

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
	<p>Les projets actuels sont les suivants :</p> <p>Le projet de gouvernance inclusive, dans le cadre duquel nous aidons les organisations de personnes handicapées à poursuivre leur chemin et à être actives au niveau de la société civile.</p> <p>Projet d'éducation inclusive sur le continuum primaire, secondaire, formation professionnelle et insertion professionnelle</p> <p>Projet spécifique sur l'épilepsie</p> <p>Projet de santé mentale où nous intervenons auprès des hôpitaux psychiatriques et de tous les problèmes qui affectent les troubles de la santé mentale.</p> <p>Projet de prison</p> <p>Projet de réhabilitation, dans le cadre duquel nous fournissons des équipements et des services de réhabilitation (SAR) dans les villes de Diégo, Tamatave et Tuléar.</p> <p>Projet de santé maternelle et infantile pour tout ce qui est prévention et détection précoce du handicap et thérapie de stimulation qui vise tout ce qui est complémentaire en nutrition, malnutrition aiguë et sévère.</p> <p>Projet sur la santé sexuelle et reproductive dans le cadre d'un consortium avec Marie Stopes</p> <p>Gestion des risques et des catastrophes où nous nous positionnons dans l'assistance technique afin que les acteurs de la gestion des risques et des catastrophes aient une approche inclusive pour ne laisser personne de côté, notamment les personnes handicapées.</p> <p>Le projet COVID-19 a pris fin le 31 décembre 2021.</p> <p>Projet pilote avec le PNUD sur le développement de l'esprit d'entreprise pour les personnes handicapées, axé sur l'inclusion économique.</p> <p>Projet en Consortium avec le CRS (Catholic Relief Service) sur la sécurité alimentaire dans le Grand Sud. Ils plaident pour que les acteurs aient une approche inclusive dans leurs activités.</p>	
	<p>Pour certains projets, HI fournit une assistance technique, pour d'autres, ils mettent en œuvre les projets eux-mêmes. En tant qu'assistance technique, ils fournissent des conseils techniques aux équipes opérationnelles, sensibilisent au handicap et promeuvent une approche inclusive depuis l'identification des cibles jusqu'à la mise en œuvre des activités, en passant par l'information et la sensibilisation. Elles disposent d'équipes de conseillers techniques qui les accompagnent dans la mise en œuvre des activités. Lorsqu'elles réalisent elles-mêmes des activités, HI organise des formations et apporte un soutien économique et social.</p>	
Jacob's well (Appel)	<p>L'organisation caritative religieuse internationale aide les enfants handicapés par le biais de l'éducation et de la formation, mais accorde également des subventions à d'autres ONG telles que Sunrise Madagascar pour la mise en place du Sunrise Center.</p>	

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Les Orchidées Blanches (Association des amis et parents d'enfants handicapés mentaux à Madagascar)	Les Orchidées Blanches est une école spécialisée pour les enfants handicapés. La structure accueille des enfants souffrant de handicaps moyens et sévères. Parallèlement, elle tente d'intégrer les enfants souffrant de handicaps légers dans des environnements ouverts, tels que les écoles inclusives. L'organisation dispose d'un centre médical et éducatif. Ils ont mené des actions de sensibilisation auprès des parents d'enfants handicapés mentaux et ont créé un réseau dans les provinces pour les parents d'enfants handicapés.	
Comité paralympique de Madagascar (MPC)	Le MPC organise des activités sportives pour les personnes handicapées.	National
Médecins du Monde France	Médecins du Monde France (MdM) se concentre sur les questions de santé publique. Le renforcement de la société civile et le travail conjoint avec les autorités sanitaires font partie intégrante de toutes les interventions. Initialement centré sur la réduction des risques de catastrophes, avec les établissements pénitentiaires, en santé materno-infantile ou en chirurgie, MdM s'est élargi en 2017 vers des programmes de santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescents à Antananarivo (toujours en cours), et l'accès à la prise en charge du VIH dans cinq villes du pays (clôture en 2019). MdM reste également capable de mobiliser des ressources pour répondre rapidement aux urgences majeures.	
Mercy Ministries Tamatave	<p>Mercy Ministries Tamatave a commencé son travail en 2004 avec la vision d'apporter les réponses de Dieu aux besoins physiques et spirituels de la population, en comptant sur Dieu pour apporter la transformation aux communautés de brousse les plus éloignées de l'île.</p> <p>Pour réaliser sa vision, Mercy Ministries Madagascar utilise des projets communautaires de soins de santé. Ces projets visent à aider les communautés villageoises locales à établir leurs propres petites cliniques médicales dans les zones rurales éloignées autour de Tamatave (côte est de Madagascar) qui n'ont pratiquement aucun accès à une aide médicale immédiate. Les projets impliquent la formation de personnel médical professionnel local, le développement de comités de santé locaux, l'aide à la communauté locale pour la construction des cliniques. Ces cliniques sont conçues pour être autosuffisantes pour les communautés locales. En janvier 2008, 5 cliniques supplémentaires sont en cours de construction, 15 sont déjà opérationnelles, et 3 projets supplémentaires ont été demandés par les communautés locales et sont prévus pour être réalisés en 2008. Mercy Ministries assure un suivi continu de la formation du personnel des cliniques, ainsi que des visites mensuelles de médecins dans chacun des dispensaires en fonctionnement, pour voir les patients et consulter le personnel de la clinique en cas de questions et/ou de cas médicaux compliqués. Mercy Ministries Tamatave est financé par CBM.</p>	Infranational

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Coalition nationale pour l'éducation pour tous à Madagascar (CONAMEPT)	Organisation créée en 2012 qui regroupe 22 associations, syndicats et plateformes opérant dans le domaine de l'éducation. CONAMEPT reçoit des financements de donateurs internationaux et travaille sur la promotion de l'éducation inclusive (Education Pour Tous). Le CONAMEPT travaille avec le gouvernement et d'autres partenaires techniques et financiers pour soutenir l'adaptation de l'éducation universelle aux circonstances locales. Afin de renforcer les capacités de programmation des organisations locales de la société civile, le CONAMEPT a mis en place deux bureaux régionaux chargés de la collecte de données fiables concernant l'éducation.	National
Société missionnaire norvégienne (NMS)	Cette organisation religieuse sensibilise les gens aux enfants handicapés, facilite l'éducation inclusive et soutient les familles ayant des enfants handicapés.	
Plateforme des Fédérations des Personnes Handicapées (PFPH)	La PFPH est la Plateforme des Fédérations de Personnes Handicapées qui regroupe toutes les organisations pour les personnes handicapées. La plateforme mène des actions de plaidoyer et de sensibilisation sur les droits des personnes vivant avec un handicap à Madagascar.	National
Unités de service de réadaptation des hôpitaux universitaires de Toamasina, Toliara et Mahajanga.	Les unités de service offrent une réadaptation aux personnes et aux enfants handicapés.	Infranational
SAF/FJKM	SAF/FJKM est le Département pour le Développement créé par l'Eglise de Jésus-Christ à Madagascar en 1974. L'organisation est financée par CBM.	National
Save the Children	Save the Children a déployé une équipe dans le sud de Madagascar pour fournir un soutien en espèces à 1600 ménages à Ambovombe, dans le but d'aider au moins 30 000 personnes, dont au moins 18 000 enfants. L'organisation veillera à ce que les enfants et leurs familles aient accès à des aliments nutritifs et à la protection de l'enfance.	
Sunrise Madagascar (nom local) ou Learn Achieve Become (nom international)	Sunrise Madagascar, connu internationalement sous le nom de Learn Achieve Become, gère le Sunrise Centre, un centre d'éducation pour les enfants handicapés.	Infranational
Union nationale des associations des Handicapés de Madagascar (UNAHM)	L'Union Nationale des Organisations de Personnes Handicapées de Madagascar apporte une assistance aux associations membres, et se concentre sur les activités de sensibilisation et de plaidoyer pour l'application effective des droits des personnes handicapées. A côté de cela, l'UNAHM dispose d'un atelier de production de vêtements de travail où une quinzaine de personnes sont employées. L'UNAHM est financée par CBM.	National

Organisation	Objet des interventions	National ou infranational
Union Nationale des Associations œuvrant pour les personnes handicapées Mentales à Madagascar (UNAPHAMM)	UNAPHAMM offre un soutien aux personnes souffrant d'un handicap mental et promeut l'égalité des personnes handicapées.	
WaterAid	La mission de WaterAid est de vaincre la pauvreté en fournissant aux personnes les plus pauvres du monde un accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'éducation à l'hygiène. WaterAid est financé par CBM.	
ZANAKA	ZANAKA est une association qui favorise l'accès des personnes handicapées à la formation professionnelle.	Infranational

ANNEXE 7 : DONATEURS OU MULTILATÉRAUX ŒUVRANT DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DES PERSONNES HANDICAPÉES

Multilatéral ou donateur	Interventions
CBM (précédemment connu sous le nom de Christian Blind Mission)	<p>CBM est une organisation chrétienne de développement international. Son objectif est de soutenir les personnes handicapées afin qu'elles puissent être intégrées dans la communauté et jouir de leurs droits. À MADAGASCAR, elle soutient 17 projets qui sont mis en œuvre par des partenaires locaux dans 11 régions de Madagascar. Ils fournissent également des services de conseil en matière de handicap à diverses organisations internationales ou nationales, à l'État et aux organisations de personnes handicapées.</p> <p>Son plan stratégique national pour la période 2022 - 2024 inclut largement l'éducation inclusive basée sur le programme sectoriel d'éducation du gouvernement. Les acteurs locaux sont financés pour mettre en œuvre les projets.</p>
Département de la Coopération Internationale de Monaco	Interventions d'humanité et d'inclusion
Educate a child	Interventions d'humanité et d'inclusion
Union européenne (UE)	Interventions d'humanité et d'inclusion
Agence française de développement (AFD)	Interventions d'humanité et d'inclusion
Réhabilitation globale	Soutien le travail de l'Association de Médecine Physique et de Réadaptation de Madagascar (AMPR)
Humanité & Inclusion	Voir la matrice des ONG - Annexe 6.
Fondation Roi Baudoin	Interventions d'humanité et d'inclusion
Église luthérienne malgache (FLM)	Finance le ministère de l'éducation nationale pour mettre en œuvre l'éducation inclusive.
Ministère des affaires étrangères du Luxembourg	Interventions d'humanité et d'inclusion
Agence norvégienne pour la coopération au développement relevant du ministère norvégien des affaires étrangères (Norad)	Par l'intermédiaire de l'Église luthérienne malgache et de CBM, Norad est un important donateur du ministère de l'Éducation nationale. Il ne dispose pas d'un budget spécifique pour les enfants handicapés, mais il soutient l'éducation inclusive. Un autre projet est le projet Miara-Mianatra (Apprendre ensemble).
RTM	Finance le ministère de l'éducation nationale pour mettre en œuvre l'éducation inclusive.
UCB	Interventions d'humanité et d'inclusion

Multilatéral ou donateur	Interventions
UNICEF	<p>Le mandat de l'UNICEF est de soutenir le gouvernement malgache. Le travail intersectoriel de l'UNICEF sur l'inclusion a commencé il y a un an. La Section Inclusion de l'UNICEF s'occupe du développement, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme d'inclusion du gouvernement.</p> <p>Actuellement, l'UNICEF fournit au Ministère en charge les moyens d'une analyse de la situation nationale de l'éducation inclusive. Ceci afin d'avoir une meilleure compréhension de la situation, des progrès, des obstacles et de la perspective nationale de l'éducation inclusive à Madagascar. En outre, cela vise à fournir une base pour la stratégie et les activités. Cette base de données est disponible pour toutes les parties prenantes du programme d'inclusion, y compris le ministère, et devrait être la base d'une nouvelle politique pour l'éducation inclusive.</p> <p>UNICEF travaille également sur les barrières d'accès, en soutenant la construction de salles de classe répondant aux normes du ministère. L'UNICEF soutient également le ministère et la plateforme dans la mise à jour des règlements sur l'éducation afin de prendre en compte les besoins spécifiques des étudiants handicapés. Par exemple, nous avons mis à jour le décret sur la participation des étudiants handicapés aux examens et concours officiels.</p>
	<p>En ce qui concerne la qualité de l'éducation, l'UNICEF aide le ministère à développer des modules de formation à la pédagogie inclusive pour les formateurs et les enseignants, en collaboration avec Humanité & Inclusion et d'autres partenaires. Ces modules pour les enseignants sont maintenant disponibles. UNICEF soutient également la formation des formateurs et des enseignants à la pédagogie inclusive. De nombreux formateurs et enseignants ont bénéficié de cette formation afin d'améliorer la prise en charge des élèves handicapés dans les écoles et dans leurs classes. L'UNICEF appuie également le suivi et la supervision pédagogique des enseignants en pédagogie inclusive. UNICEF a contribué à la fourniture de matériel pédagogique au Ministère et à la DREN, de matériel d'apprentissage standard et de supports pouvant bénéficier aux élèves handicapés.</p> <p>En termes de renforcement du système, UNICEF soutient le renforcement des capacités de la plateforme nationale pour l'éducation inclusive afin qu'elle puisse mener à bien sa mission telle que le plaidoyer.</p> <p>UNICEF soutient également l'organisation et la mise en œuvre du plan d'action du ministère.</p> <p>Au niveau politique, UNICEF appuie le Ministère et la plateforme dans la mise à jour des décrets nationaux sur la politique nationale d'éducation inclusive. Ce décret actualisé est disponible auprès du Ministère et il permet de renforcer au niveau politique et stratégique la promotion de l'éducation inclusive à Madagascar.</p> <p>UNICEF intervient également dans d'autres secteurs de la protection sociale. En effet, il appuie le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme (MPPSPF) et le Ministère de la santé (MS) dans le développement d'outils d'identification fonctionnelle du handicap pour les enfants et adultes actuellement en expérimentation dans quelques localités du pays. Il appuie également, en collaboration avec le FID, la restructuration du programme de protection social pour le rendre plus sensible au handicap avec l'introduction d'une allocation d'égalité des chances pour les personnes handicapées également piloté dans certaines localités.</p>

ANNEXE 8 : ANALYSE COMPARATIVE DE LA CDPH ET DE LA LOI 97-044 DU 02 FÉVRIER 1998 RÉGISSANT LES DROITS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Définition du handicap

La CDPH définit les personnes handicapées comme des personnes qui présentent des **incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables** dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.

Quant à la loi 97-044, elle ne tient compte que de la capacité physique et mentale pour définir le handicap. En effet, elle considère comme personne handicapée toute personne qui présente une **déficience congénitale ou acquise dans ses capacités physiques ou mentales** et qui l'empêche d'assurer personnellement tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale.

Les obligations de l'état

L'article 4 de la CDPH fournit les obligations relatives aux droits des personnes handicapées que tout signataire devrait faire respecter. Toutefois, aucun article de la loi 97-044 ne fournit les obligations générales vis-à-vis des personnes handicapées.

En matière d'égalité et de non-discrimination

La loi 97-044 n'a pas pointé sur les mesures appropriées ou nécessaires pour assurer l'égalité et non-discrimination conformément aux dispositions de la CDPH qui stipule dans son article 5 que « ... Afin de promouvoir l'égalité et d'éliminer la discrimination, les **États Parties prennent toutes les mesures appropriées pour faire en sorte que des aménagements raisonnables soient apportés.** »

En matière d'accessibilité

La CDPH accorde des dispositions particulières à l'accessibilité. Ainsi donc, dans son article 9, la CDPH fournit des dispositions quant aux accessibilités **institutionnelle⁵⁶, économique⁵⁷ et social⁵⁸**.

Quant à la loi 97-044, elle ne met l'accent sur l'accessibilité que dans le domaine **professionnel, des infrastructures et transports**.

Genre

La loi 97-044 n'a pas apporté une attention particulière à l'égard des femmes handicapées comme préconisé par la CDPH. Elle ne parle que les personnes handicapées en général

Enfants handicapés

En ce qui concerne les enfants handicapés, c'est uniquement dans le domaine de l'éducation que la loi 97-044 a mis des accents notamment dans son article 9 qui stipule que « L'enfant handicapé a le droit d'apprendre tout autant qu'un enfant normal. En concertation avec les organismes non gouvernementaux, l'Etat assure à tout enfant handicapé l'accès à une éducation adéquate, à des activités récréatives pouvant garantir son épanouissement personnel, compris dans le domaine culturel et spirituel. »

Droits à la sensibilisation et dans les situations de risque et situation d'urgence humanitaire

Aucun article de la loi 97-044 n'a révélé ces droits conformément aux engagements pris par Madagascar par la signature et la ratification de la CDPH.

⁵⁶ La législation et l'ensemble des politiques publiques ne doivent pas contribuer à l'exclusion et à la discrimination de personnes handicapées.

⁵⁷ L'accès aux services doit être abordable pour les personnes handicapées

⁵⁸ Les personnes handicapées ne doivent pas être victimes de stigmatisation ou de préjugés

ANNEXE 9 : ODDS RATIO

Odds Ratio	Calcul	Résultat
Principales causes du handicap		
Risque d'exposition des enfants handicapés au handicap par accident en milieu rural comparativement à ceux en milieu urbain	$\frac{\text{Proportion d'enfants/adolescents handicapés en milieu rural (9,45\%)}}{\text{Proportion d'enfants/adolescents handicapés vivant en ville (6,90\%)}}$	1,36
Risque d'exposition des garçons handicapés au handicap par accident par rapport aux filles handicapées	$\frac{\text{Proportion d'enfants handicapés recevant de l'aide(9,57\%)}}{\text{Proportion d'enfants non handicapés recevant de l'aide(6,81\%)}}$	1,41
Environnement social de l'enfant/handicapé		
Probabilité de dépendance pour les enfants handicapés	$\frac{\text{Proportion d'enfants handicapés recevant de l'aide(61,79\%)}}{\text{Proportion d'enfants non handicapés recevant de l'aide(36,75\%)}}$	1,68
Risque d'exposition aux abus et violences des enfants handicapés	$\frac{\text{Proportion d'enfants handicapés subissant des violences (24,11\%)}}{\text{Proportion d'enfants non handicapés subissant des violences (17,67\%)}}$	1,36
Risque d'exposition aux abus et violences des garçons handicapés par rapport aux filles handicapées	$\frac{\text{Proportion de garçons handicapés subissant des violences (27,16\%)}}{\text{Proportion de filles handicapées subissant des violences (21,05\%)}}$	1,29
Accès à l'éducation/formation professionnelle		
Probabilité de non accès à l'éducation pour les enfants handicapés	$\frac{\text{Proportion d'enfants handicapés non inscrit(56,09\%)}}{\text{Proportion d'enfants non handicapés non inscrit(30,28\%)}}$	1,85
Chances d'un enfant/adolescent d'être inscrit à l'école lorsque le chef de ménage est une femme	$\frac{\text{Proportion d'enfants handicapés inscrit à l'école avec pour chef de ménage une femme(45,8\%)}}{\text{Proportion d'enfants handicapés inscrit à l'école avec pour chef de ménage un homme(43,08\%)}}$	6,36%

Odds Ratio	Calcul	Résultat
Influence des aides sociales sur la scolarisation des enfants et adolescents handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés inscrit recevant des aides sociales}(49,17\%)}{\textit{Proportion d'enfants handicapés inscrit ne recevant pas des aides sociales}(42,31\%)}$	1,14
Risque d'exposition aux abus et violences des enfants handicapés en milieu rural comparativement au milieu urbain	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés subissant des abus et violences en milieu rural à l'école}(39,53\%)}{\textit{Proportion d'enfants handicapés subissant des abus et violences en milieu urbain à l'école}(28,21\%)}$	1,4
Risque d'exposition aux abus et violences des aux filles handicapés par rapport aux garçons handicapés à l'école/centre de formation	$\frac{\textit{Proportion de filles handicapées subissant des abus et violences en milieu rural à l'école}(35,25\%)}{\textit{Proportion de garçons handicapés subissant des abus et violences en milieu urbain à l'école}(31,51\%)}$	1,12
Risque d'exposition des garçons aux violences physiques par rapport aux filles handicapées	$\frac{\textit{Proportion de garçons handicapés subissant des violences physiques à l'école}(73,91\%)}{\textit{Proportion de filles handicapés subissant des violences physiques à l'école}(65,31\%)}$	1,13
Accès aux soins de santé		
Probabilité d'exposition au paludisme pour les enfants handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés exposés au paludisme}(15,4\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés exposés au paludisme}(13,3\%)}$	1,15
Probabilité d'exposition à la diarrhée non traitée pour les enfants handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés exposés à la diarrhée non traité}(6,7\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés exposés à la diarrhée non traité}(4,7\%)}$	1,43
Probabilité qu'une fille handicapée consulte les tradipraticiens ou pratique l'automédication comparativement à un garçon handicapé	$\frac{\textit{Proportion de filles handicapées consultant les tradipraticiens ou pratiquant l'automédication}(38,43\%)}{\textit{Proportion de garçons handicapés consultant les tradipraticiens ou pratiquant l'automédication}(33,96\%)}$	1,13
Probabilité qu'un enfant handicapé consulte les tradipraticiens ou pratique l'automédication au sein des ménages	$\frac{\textit{Proportion des enfants handicapés consultant les tradipraticiens ou pratiquant l'automédication dans les ménages gérés par les femmes}(38,34\%)}{\textit{Proportion des handicapés consultant les tradipraticiens ou pratiquant l'automédication dans les ménages gérés par les hommes}(34,994\%)}$	1,10

Odds Ratio	Calcul	Résultat
Probabilité qu'un enfant handicapé soit suivi par un médecin selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion des enfants handicapés suivi par un médecin en milieu urbain (8,15\%)}}{\textit{Proportion des enfants handicapés suivi par un médecin en milieu rural (3,96\%)}}$	2,06
Probabilité qu'un enfant handicapé bénéficie d'une prise en charge complète selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion des enfants handicapés bénéficiant de prise en charge complète en milieu urbain (37,30\%)}}{\textit{Proportion des enfants handicapés bénéficiant de prise en charge complète en milieu rural (30,79\%)}}$	1,21
Probabilité qu'un enfant handicapé bénéficie d'une prise en charge complète selon le sexe	$\frac{\textit{Proportion des filles handicapées bénéficiant de prise en charge complète (37,15\%)}}{\textit{Proportion des garçons handicapés bénéficiant de prise en charge complète (30,86\%)}}$	
Accès aux services d'eau, d'hygiène et assainissement		
Probabilité de non accès aux dispositifs d'eau de boisson pour les enfants handicapés au sein des ménages	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès aux dispositifs(53,94\%)}}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès aux dispositifs(19,15\%)}}$	2,82
Probabilité de non accès aux dispositifs d'eau de boisson pour les enfants handicapés au sein des écoles/ centres de formation	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès aux dispositifs(48,07\%)}}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès aux dispositifs(32,75\%)}}$	1,47
Probabilité de non accès aux toilettes/ lieux d'aisance pour enfants handicapés au sein des ménages	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(38,67\%)}}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(11,36\%)}}$	3,40
Probabilité de non accès aux toilettes/ lieux d'aisance pour enfants handicapés au sein des écoles/ centres de formation	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(23,50\%)}}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(9,5\%)}}$	2,47
Probabilité de non accès aux dispositifs de lavage de main pour enfants handicapés au sein des ménages	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(25,01\%)}}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès(5,88\%)}}$	4,25

Odds Ratio	Calcul	Résultat
Probabilité de non accès aux dispositifs de lavage de mains pour enfants handicapés au sein des écoles/ centres de formation	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès}(26,67\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant des difficultés d'accès ou pas accès}(9,5\%)}$	2,89
Niveau de vie adéquat et protection sociale		
Probabilité de non accompagnement de la part de l'Etat aux enfant handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant bénéficié d'accompagnement de l'état}(9,27\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant bénéficié d'accompagnement de l'état}(25,87\%)}$	0,36
Probabilité de non accompagnement des ONGs aux enfant handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant bénéficié d'accompagnement des ONG, associations}(10,97\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés ayant bénéficié d'accompagnement des ONG, associations}(12,46\%)}$	0,88
Impact du COVID-19 sur les enfants et adolescents handicapés		
Probabilité d'exposition aux effets de la pandémie sur les aides du gouvernement aux enfants handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés jugant l'aide recue de l'état réduite}(71,66\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés jugant l'aide de l'état réduite}(62,8\%)}$	1,14
Probabilité d'exposition aux effets de la pandémie sur les aides des ONGs aux enfants handicapés	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés jugant l'aide des ONGs et associations réduite}(54,93\%)}{\textit{Proportion d'enfants non handicapés jugant l'aide des ONG et associations réduite}(44,3\%)}$	1,23
Goulots d'étranglement et obstacles liés à l'offre et à la qualité		
Probabilité des enfants handicapés ayant des rampes d'accès dans leurs établissements selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des rampes d'accès dans leur établissements en milieu rural}(0,78\%)}{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant des rampes d'accès dans leur établissements en milieu urbain}(5,77\%)}$	7,40
Probabilité des enfants handicapés ayant accès à un enseignement spécialisé dans leur centre de formation selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant accès à un enseignement spécialisé en milieu urbain}(19,23\%)}{\textit{Proportion d'enfants handicapés ayant à un enseignement spécialisé en milieu rural}(4,65\%)}$	4,16

Odds Ratio	Calcul	Résultat
Probabilité des enfants handicapés ayant accès à un enseignement spécialisé dans leur centre de formation selon le genre	$\frac{\textit{Proportion de garçons handicapés ayant accès à un enseignement spécialisé (14,38\%)}}{\textit{Proportion de filles handicapées ayant accès à un enseignement spécialisé (10,79\%)}}$	1,33
Probabilité des enfants handicapés bénéficiant de programmes aménagés selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés bénéficiant de programmes aménagés en milieu urbain (13,46\%)}}{\textit{Proportion d'enfants handicapés bénéficiant de programmes aménagés en milieu rural (3,10\%)}}$	4,34
Probabilité d'accès des enfants handicapés à un centre de santé en 30 mn selon le milieu de résidence	$\frac{\textit{Proportion d'enfants handicapés à accéder à un centre de santé en 30 mn en milieu urbain (43,01\%)}}{\textit{Proportion d'enfants handicapés à accéder à un centre de santé en 30 mn en milieu rural (37,88\%)}}$	1,14

Source : La mission, à partir des données terrain et de la revue documentaire

ANNEXE 10 : MOYENS CLÉS DE COMPENSATION DES HANDICAPS CLÉS ET PRESCRIPTIONS CLÉS EN TERMES D'ADAPTATIONS POUR UN SYSTÈME ÉDUCATIF ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE INCLUSIF

Moyens clés de compensation des handicaps clés

Type de handicap	Moyens clés de compensation
Handicap visuel (malvoyants, aveugles)	<ul style="list-style-type: none"> • Aides optiques <ul style="list-style-type: none"> • Verres filtrants (verres ORMA RT) • Loupes (manuelles, télescopiques, électroniques) • Vidéo-agrandisseurs • Aides informatiques <ul style="list-style-type: none"> • Ordinateurs munis de logiciel de lecture vocale • Ordinateurs spécifiques brailles • Logiciels de synthèse vocale • Autres aides et aménagements <ul style="list-style-type: none"> • Tables à plan incliné • Lampes • Documents en gros caractères ou en braille • Aides visuelles pour les déplacements <ul style="list-style-type: none"> • Cannes blanches • Cannes jaunes • Guides voyants • Aides visuelles pour la communication et l'information <ul style="list-style-type: none"> • Aides optiques • Systèmes braille • Magnétophones • Interfaces informatiques...)
Handicap auditif	<p>Personne ayant la capacité de comprendre la parole</p> <p>Aides techniques</p> <p>Communication directe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prothèses auditives <ul style="list-style-type: none"> • appareils auditifs • implant cochléaire. • Casque amplificateur de voix • Système haute fréquence : directement relié à la prothèse auditive (sans fil), • Boucle magnétique (fixe ou portable) <p>Communication à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amplificateur relié à un téléphone standard, • Téléphone avec boucle à induction, permet une écoute avec un volume amplifié, supérieur à celui d'un téléphone standard • Téléphone à conduction osseuse, sa particularité est de stimuler le nerf auditif par le biais de vibrations au niveau de la boîte crânienne
	<p>Personne sourde ou malentendante sévère</p> <p>Communication directe</p> <p>Aides techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ardoise effaçable : pour noter les mots, s'expliquer en direct, • vidéoprojecteur • logiciel de correction orthographique et syntaxique • logiciel de modélisation conceptuelle ; il permet de retravailler, schématiser, imager un cours.

	<p>Aide à la communication homme-machine (formation technique/ stage) ou aide à la détection des alarmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transformation des signaux sonores en signaux lumineux ou vibratoires (flashs lumineux, gyrophares), • Renforcement des retours visuels ou signaux au moyen de miroirs.
	<p>Utilisation de protections auditives :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casque permettant de laisser passer les fréquences de la voix et donnant la possibilité d'une amplification. • Communication à distance • Système de visio-interprétation qui permet de bénéficier des services d'interprètes en langue des signes à distance. • Aides humaines • Pour une personne maîtrisant la ASL : un interprète en langue des signes américains. Il traduit vers la langue des signes et vers le français oral tous les domaines dans lesquels une personne sourde, qui pratique la langue des signes, et une personne entendant souhaitent échanger. • Pour une personne maîtrisant la langue française et formée au décodage du langage parlé complété. Il répète en langue française, accompagnée du code LPC, le message oral adressé au sourd, lui permettant ainsi une réception plus confortable et sans ambiguïté. • Pour une personne ayant des difficultés au niveau du français (oral et/ou écrit) et/ou de la langue signes. Ce professionnel s'adapte aux différents modes de communication utilisés par la personne en fonction de la situation de formation. Il s'assure que le message transmis est bien compris (adaptation du message en ASL, codage en langage parlé complété, prise de notes en français écrit, aide à la rédaction, reformulation orale ou écrite, explication, utilisation de différents supports visuels de communication (schémas, photos, dessins...). • Pour une personne maîtrisant le français écrit, un preneur de notes. C'est un professionnel formé, dont le rôle est de prendre fidèlement en notes l'intégralité des échanges. Il existe également des vélotypistes qui, au moyen d'un clavier spécifique (le vélotype), saisissent plus rapidement (très sollicités pour les conférences).
Handicap physique ou moteur	<p>Aménagement technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siège ergonomique qui peut être complété par un repose-pied ou un écran sur bras articulé. <p>Aménagement pour faciliter l'accès au lieu de formation ou de travail ou l'accès aux locaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rampe d'accès homologué (pente inférieure ou égale à 5 %, palier de repos, suffisamment large pour accueillir un fauteuil roulant, revêtement non glissant, etc.) • Fauteuil roulant (simple, électrique, etc.) <p>Métiers de l'industrie,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outils d'aide au port de charge, complétés d'une réorganisation des tâches • Aménagements sur-mesure.
Handicap intellectuel, mental, psychique	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorat et accès au développement des compétences • Logiciels performants (Par exemple, la personne dyslexique qui confond le « b » et le « p » peut programmer le logiciel pour surligner ces lettres dans une couleur différente pour faciliter la lecture.) • Accompagnement thérapeutique avec un praticien ou un psychologue du travail • Organisation du travail
Autisme	<ul style="list-style-type: none"> • Tutorat et accès au développement des compétences • Accompagnement thérapeutique avec un praticien ou un psychologue du travail • Organisation du travail

Source : La mission à partir de l'exploitation documentaire

PRESCRIPTIONS CLÉS EN TERMES D'ADAPTATIONS POUR UN SYSTÈME ÉDUCATIF ET DE FORMATION PROFESSIONNELLE INCLUSIF

Type de handicap	Prescriptions clés en termes d'adaptations à opérer dans les écoles et centres de formation
Handicap visuel (malvoyants, aveugles)	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un chemin de guidage (marquage au sol par des zones rugueuses, par exemple) ; • Signalisation des angles et des changements de direction ; • Signalisation des escaliers, pose de mains courantes ; • Possibilité de consulter en braille les informations essentielles de sécurité ou d'orientation dans l'établissement ; • Étiquetage des portes en braille ; • Mise à disposition d'éclairages spécifiques, en fonction des besoins. • Aides techniques spécifiques : interfaces (télé agrandisseur, plage braille, synthèse vocale)
Handicap auditif (malentendants, sourds)	<ul style="list-style-type: none"> • Installation d'un système d'alarme visuel par feu gyrophare ; • Pose de bornes audio ; • Pose de boucles amplificatrices dans les salles de classe pour optimiser la compréhension des sons par les personnes porteuses de prothèses auditives. • Sensibilisation pour une implication pédagogique des formateurs et des autres acteurs • Aides à la communication permettent également de pallier le déficit de communication et de compréhension des messages oraux ou écrits (interfaces de communication, interprètes en ASL, codeurs Langage Parlé Complété - LPC...).
Handicap physique ou moteur (membres inférieurs, membres supérieurs, colonne vertébrale)	<ul style="list-style-type: none"> • Création de places de stationnement réservées. • Mise en accessibilité des sanitaires adaptés • Installation de portes automatiques • Pose d'ascenseurs • Création de rampes d'accès • Mise à disposition de tables réglables en hauteur, inclinables et munies d'une découpe, permettant à l'apprenant de s'installer avec son fauteuil
Handicap intellectuel (IMC, retard mental)	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation à la formation (Pédagogie adaptée, supports/contenus simplifiés, repères et codage de l'information, allègement des horaires, désignation d'un référent, etc.) • Allongement du cursus • Désignation de tuteurs • Sensibilisation de l'environnement • Appel à des intervenants externes (Psychologues, services hospitaliers, etc.)

Type de handicap**Prescriptions clés en termes d'adaptations à opérer dans les écoles et centres de formation**

Autisme

- Acceptation et intégration sociale
 - Développer l'entraide et la collaboration entre les élèves (pratiques de parrainage, pairage, tutorat dont la forme peut varier selon la répartition des responsabilités et du temps à disposition, etc.)
 - Conscientiser/sensibiliser les autres élèves : expliquer les particularités et difficultés spécifiques et les compétences de l'élève concerné en insistant sur le trouble de la communication et sur la difficulté à se socialiser, ses besoins particuliers et les raisons des aménagements mis en place
- Structuration de l'espace
 - Attribuer une/des place(s) fixe(s) à l'élève, ainsi qu'à ses camarades. Pour trouver la/les place(s) la/les plus adéquate(s), tenir compte de son handicap spécifique
 - Définir des aires dévolues à des activités spécifiques en classe (par ex. devant pour écouter, derrière pour travailler)
- Planification des activités
 - Décrire les différentes étapes d'une activité (par ex. « En arrivant à l'école : 1) d'abord je vide mon sac, 2) puis je donne mes devoirs, 3) finalement je sors ma trousse »)
 - Fixer un barème de temps précis pour l'accomplissement de l'activité proposée ou de ses étapes (l'utilisation d'un Time Timer peut être utile) ;
 - Expliquer à l'élève ce qu'il doit faire quand il a fini. Par exemple lors d'un « temps mort », lui expliquer qu'il doit « attendre ». S'il est trop difficile pour lui d'attendre, lui donner une petite activité à faire.
- Communication
 - Donner une information claire et bien structurée. Préférer des phrases simples, courtes et claires, éviter le langage figuré (par ex. « tu es chouette ») et l'implicite (par ex. « Nathan a fait du football à la récréation. Il est revenu en boitant. », l'implicite étant « Il s'est fait mal en jouant au football »)
 - Écrire les instructions ou explications données oralement ;
 - Étayer les instructions ou explications orales par des gestes ou indications. Par exemple lorsque l'enseignant demande aux élèves de sortir leur livre de mathématiques, l'enseignant accompagne l'instruction en montrant simultanément un exemplaire du livre ;
 - Illustrer les instructions ou explications orales ainsi que les consignes et textes écrits (voir point suivant, « Aides à la communication, supports visuels ») ;
 - Reformuler et clarifier les consignes lorsque nécessaire. Expliquer la consigne à l'aide d'un exemple ;
 - L'élève ne se sentira pas toujours concerné lorsqu'une consigne est donnée au groupe.

Type de handicap	Prescriptions clés en termes d'adaptations à opérer dans les écoles et centres de formation
	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation des documents de travail • Apprentissage et motivation <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'apprentissage par l'imitation • Veiller à ce que l'élève regarde ce qu'on lui propose • Ne pas hésiter à faire répéter plusieurs fois le même exercice • Partir de l'exemple concret et des expériences individuelles pour aller à la règle et permettre l'accès au sens • Enseigner à l'élève différentes façons de faire la même chose • Présenter une même compétence dans d'autres contextes, dans d'autres lieux ou avec un autre matériel • Privilégier la progressivité en structurant les apprentissages, en ajoutant une difficulté à la fois • Utiliser les intérêts particuliers de l'élève pour le motiver dans ses apprentissages • Adaptation du temps <ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte des difficultés spécifiques de l'élève lors de la planification des tests / examens • Prise en compte des difficultés spécifiques de l'élève lors de la planification des tests / examens • Division du travail / de l'examen en plusieurs séquences limitées dans le temps • Octroi de temps supplémentaire lors des travaux / examens • Octroi de temps supplémentaire pour la préparation des tâches à effectuer • Adaptation de la forme du travail / de l'examen <ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la forme écrite plutôt qu'orale, la mise à disposition d'informations visuelles plutôt qu'auditives • Varier, voire adapter la structure des travaux et évaluations • Varier, voire adapter les sujets et thèmes des travaux / examens, à condition que les objectifs d'apprentissage soient respectés • Réduire le volume des exercices à effectuer durant le temps imparti • Offrir une guidance plus marquée durant le travail / l'examen • Pendant l'examen ou le travail noté, l'enseignant ou l'examineur vérifiera, dans la mesure du possible, que pour des raisons inhérentes à son handicap, l'élève n'a pas omis de répondre à une question • Adaptations des modalités d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> • Appréciation séparée des domaines à évaluer • Plus grande tolérance liée à la qualité d'écriture et du dessin, à la tenue des cahiers, aux maladresses motrices en gymnastique ainsi qu'aux difficultés d'inattention consécutives au handicap de l'élève • Modulation de l'évaluation des habiletés

Source : La mission à partir de l'analyse des données d'enquête et de l'exploitation documentaire

ANNEXE 11 : ANALYSE SWOT DU MPPSPF DANS LE CADRE INSTITUTIONNEL ET STRATÉGIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE

Points Forts	Points Faibles
<ul style="list-style-type: none"> • Le rôle imparti au Ministère en charge de la protection sociale (le MPPSPF) par la loi est de (a) coordonner les acteurs institutionnels, de l'aide publique au développement et de la société civile désirant contribuer à ces politiques (b) évaluer leurs interventions et, (c) éventuellement proposer des adaptations • Le Ministère bénéficie du soutien des bailleurs, les outils de l'ingénierie de la protection sociale (registre des bénéficiaires, guichet unique, méthodes de suivi et évaluation etc.) se mettent en place • Le sous-groupe "Cash Transfer" du GTPS reste actif dans la mobilisation des ressources et la coordination des activités de protection sociale dans la mobilisation et la coordination de l'aide au développement dans les situations d'urgence Le MPPSPF est en train d'introduire plusieurs modèles de coordination intersectorielle (social, juridique et administrative) au niveau local à travers le développement de Réseaux de Protection de l'Enfant (RPE) et la mise en place sur tout le territoire de Centres d'Ecoute et de Conseil Juridique. Deux expériences pilotes se déroulent actuellement dans deux CECJ couvrant les domaines de la prise en charge des enfants et des femmes victimes de violence, le handicap et la lutte contre la pauvreté (transferts monétaires). Ces organes contribuent également à la mise en place d'un système de collecte et de remontée des informations et des données sur la violence infligée aux enfants ou basée sur le genre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les leviers dont disposent le MPPSPF pour influencer les programmes qu'il doit coordonner et évaluer sont faibles puisqu'il n'est associé que très marginalement aux circuits de décisions concernant la conception, le financement et la mise en œuvre de ces programmes. • Compte tenu de l'étroitesse des moyens financiers, les activités du MPPSPF sont développées et mise en œuvre en silo, il n'y a pas de programme qui organise la coordination des actions auprès des bénéficiaires et favorise le partage des moyens entre les intervenants des programmes spécifiques soutenus par les financeurs externes • Alors que les politiques de protection sociale portent essentiellement sur la mise en œuvre de programmes adaptés aux conditions socio-économiques et aux caractéristiques spécifiques des populations locales, le MPPSPF n'est pas un interlocuteur des régions. • L'ensemble des relations entre les parties prenantes du secteur de protection sociale donne l'impression "d'un magma confus d'acteurs et d'opérations sans leadership ». • Au niveau local, les réseaux et les centre d'accueil manquent de moyens financiers et humains pour dynamiser la coordination intersectorielle et une meilleure prise en charge des enfants et des femmes victimes de violence.

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Le comité technique multisectoriel et l'obligation des acteurs et des intervenants dans le domaine de la protection sociale d'obtenir du MPPSPF une autorisation de mise en œuvre • Les objectifs et les populations cibles des politiques de protection sociale et de GRC (gestion des risques et des catastrophes) ont beaucoup de points communs. La GRC jouit d'un cadre institutionnel plus structuré disposant d'organes d'orientation et de décisions forts. Le partage d'objectifs devrait favoriser l'appui des organes de gouvernance de la GRC au MPPSPF. • Le système d'information de la protection sociale que le MPPSPF est en train de développer, en particulier le développement d'un registre social, peut contribuer à combler le déficit d'information dont souffre la GRC et renforcer les liens de coopération avec les organes de gouvernance de la GRC 	<ul style="list-style-type: none"> • Sans aucun autre levier institutionnel ou financier, la capacité du MPPSPF à faire respecter son mandat de répertorier toutes les actions de protection sociale et d'en assurer la coordination semble limitée. • Des tensions entre partenaires sectoriels empêchent l'émergence d'une « vision » forte portée depuis le haut de l'État sur ce qu'est ou devrait être la protection sociale à Madagascar • Les moyens financiers et en ressources humaines octroyés au MPPSPF et aux DRPPSPF ne sont pas suffisants pour développer un registre social et un système de référencement • Les moyens financiers et en ressources humaines octroyés au MPPSPF et aux DRPPSPF ne sont pas suffisants pour mettre en place un modèle de guichet unique et apporter un soutien technique efficace aux intervenants locaux

Pour chaque enfant

Qui qu'il soit

Partout où il habite

Chaque enfant mérite une enfance

Un futur

Une chance équitable

C'est pourquoi l'UNICEF est là

Pour chaque enfant

Travailler jour après jour

Dans plus de 190 pays et territoires

Atteindre les plus difficiles à atteindre

Le plus éloigné de l'aide

Les plus exclus

C'est pourquoi nous restons jusqu'au bout

Et n'abandonne jamais



pour chaque enfant

UNICEF Madagascar

Maison Commune des Nations Unies Zone Galaxy
Andraharo, BP 732 101 Antananarivo, Madagascar.

Tel : +261 (0) 20 23 300 92

<https://www.unicef.org/madagascar/fr>