



HAL
open science

Reflection on a hygiene and sexual health education project in the context of child prostitution in Madagascar

Célia Moncoiffé

► **To cite this version:**

Célia Moncoiffé. Reflection on a hygiene and sexual health education project in the context of child prostitution in Madagascar. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03321452

HAL Id: dumas-03321452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03321452>

Submitted on 17 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée par

Célia Moncoiffé

**Réflexion sur un projet
d'éducation à l'hygiène
et à la santé sexuelle
dans un contexte de
prostitution infantile à
Madagascar.**

**Thèse soutenue à Rennes
le mercredi 20 mai 2020**

devant le jury composé de :

Anne GOUGEON

PhD Pharmacienne / UFR de pharmacie-Université
Rennes 1 / Présidente

Pierre-Yves DONNIO

PU-PH Pharmacien / UFR de pharmacie-Université
Rennes 1 / CHU de Rennes / Directeur de thèse

Patricia LEROUX

PhD Pharmacienne / PHI Pharmacie Humanitaire
Internationale / examinateur

Liste des enseignants-chercheurs de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Rennes 1

PROFESSEURS

BOUSTIE Joël
DONNIO Pierre Yves
FAILI Ahmad
FARDEL Olivier
FELDEN Brice
GAMBAROTA Giulio
GOUGEON Anne
LAGENTE Vincent
LE CORRE Pascal
LORANT (BOICHOT) Elisabeth
MOREL Isabelle
PORÉE François Hugues
SERGENT Odile
SPARFEL-BERLIVET Lydie
TOMASI Sophie
VAN DE WEGHE Pierre
VERNHET Laurent

PROFESSEURS ASSOCIES

BUREAU Loïc
DAVOUST Noëlle

PROFESSEURS EMERITES

CILLARD Josiane
GUILLOUZO André
URIAC Philippe

MAITRES DE CONFERENCES

ABASQ-PAOFAL Marie-Laurence
ANINAT Caroline
AUGAGNEUR Yoann
EGRICHE Karima
BOUSARGHIN Latifa
BRANDHONNEUR Nolwenn
BRUYERE Arnaud
BUNETEL Laurence
CHOLLET-KRUGLER Marylène
COLLIN Xavier
CORBEL Jean-Charles
DELALANDE Olivier
DELMAIL David
DION Sarah
DOLLO Gilles
GICQUEL Thomas
GILOT David
GOUAULT Nicolas
HITTI Eric
JEAN Mickaël
JOANNES Audrey
LEUREUR Valérie
LE FERREC Eric
LE GALL-DAVID Sandrine
LE PABIC Hélène
LEGOINGARGADENNEC Béatrice
LOHEZIC-LE DEVEHAT Françoise
MARTIN-CHOULY Corinne

NOURY Fanny

PINEL-MARIE Marie-Laure

PODECHARD Normand

POTIN Sophie

RENAULT Jacques

ROUILLON Astrid

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES (AHU)

AUTIER Brice

BACLE Astrid

BOUVRY Christelle

MENARD Guillaume

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE (ATER)

KOWOUVI Koffi

LRU

AFONSO Damien

BELLAMRI Nessrine

GUILLORY Xavier

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier particulièrement les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à ce travail, notamment **Serge** qui a été d'une aide extrêmement précieuse pour la rédaction et la préparation de la soutenance, **Mi** en qui j'ai pu avoir confiance pour me fournir des renseignements utiles depuis Madagascar, ainsi que les pharmaciens et autres professionnels de santé, en France ou à Madagascar, avec qui j'ai pu m'entretenir et qui m'ont fait part de leurs expériences diverses et des réalités du terrain.

Je remercie également l'association **Espoirs d'Enfants** de m'avoir permis de prendre conscience du problème de la prostitution infantile à Madagascar et de m'avoir fait confiance en m'autorisant à travailler sur ce projet en leur nom.

Je tiens à remercier les membres de mon jury : **M Donnio** pour sa disponibilité et son écoute attentive, **Mme Gougeon** pour sa disponibilité et sa grande réactivité, ainsi que **Mme Leroux** pour l'intérêt porté à mon travail et sa contribution.

Je remercie particulièrement **Maman, Willy, Sofia et Amandine** qui ont toujours été présents pour me soutenir malgré les périodes de stress qui ne m'ont pas rendue constamment agréable. Merci pour votre patience et pour tous nos bons moments passés et à venir.

Je remercie tout particulièrement **Nicolas** pour son soutien sans faille, ses encouragements, ses conseils et sa grande patience, également pour sa participation photographique de qualité. A nos prochaines aventures...

Et enfin, à mes copines de promo, **Chloé, Meryem, Marlène, Constance et Laëtitia**, merci pour ces bons souvenirs sur les bancs de la fac et dans les bars Rennais, ces fous rires et ces moments de « galère » où l'on a su se serrer les coudes et s'accompagner. Merci d'avoir été là et de continuer à l'être.

Pensée particulière à **Papa** (tu ne pouvais pas ne pas figurer sur cette page).

Serment de Galien

« Je jure, en présence des maîtres de la Faculté et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit dans Les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

Table des matières

Liste des acronymes.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des documents annexés.....	10
Introduction.....	11
PARTIE 1 Contexte	14
I. Madagascar.....	14
I. A. Géographie.....	14
I. A. a. Localisation.....	14
I. A. b. Relief et environnement.....	16
I. A. c. Découpage administratif.....	17
I. A. d. Antsirabe.....	17
I. B. Economie et développement.....	18
I. B. a. La politique à Madagascar et les crises politiques.....	18
I. B. b. Economie.....	19
I. B. c. Le problème de la pauvreté.....	20
I. C. La société.....	21
I. C. a. Données démographiques.....	21
I. C. b. Conditions de vie.....	22
I. D. Situation sanitaire.....	29
I. D. a. Acteurs et organisation du système de santé.....	29
I. D. b. Epidémiologie.....	35
II. La prostitution à Madagascar.....	41
II. A. Etat des lieux.....	41
II. A. a. Qui elles sont.....	41
II. A. b. Où les rencontrer.....	42
II. A. c. Les acteurs et intermédiaires impliqués.....	42
II. A. d. Qui sont les clients.....	42
II. A. e. L'attrait des clients pour les enfants.....	43
II. A. f. Perception de la prostitution infantile par la population.....	43
II. B. Le cadre législatif et réglementaire.....	44
II. B. a. Les textes normatifs.....	44
II. B. b. En pratique.....	47
II. C. Lutte contre la prostitution des mineurs.....	50
II. C. a. L'Etat.....	50

II. C. b. Les ONG et associations.....	53
III. L'association Espoirs d'Enfants.....	56
III. A. Présentation.....	56
III. B. Les projets.....	57
PARTIE 2 Mise en place d'un projet d'aide aux petites filles prostituées.....	61
I. Témoignages.....	61
II. Définition de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et de la prostitution infantile.....	63
III. Les causes.....	63
IV. Conséquences de la prostitution.....	64
V. Quelques chiffres de la prostitution à Antsirabe.....	65
VI. Obstacles à la lutte contre la prostitution infantile.....	66
VII. Les actions à élaborer dans le cadre de ce projet à Antsirabe.....	68
VII. A. Un lieu d'accueil.....	68
VII. B. Education.....	69
VII. C. Hygiène et santé.....	70
VII. D. Lutte contre la pauvreté des familles.....	71
VII. E. Agir sur la communauté et l'environnement.....	72
PARTIE 3 Réflexions sur le projet d'éducation à l'hygiène et à la santé sexuelle.....	74
Conclusion.....	79
Annexes.....	80
Bibliographie.....	83

Liste des acronymes

CHD : Centre hospitalier de district

CHRR : Centre hospitalier régional de référence

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSB : Centre de soins de base

ENSOMD : Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement

ESEC : Exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales

IDH : Indice de développement humain

INSTAT : Institut national de la statistique

MNU : Médicaments non utilisés

PIB : Produit intérieur brut

PMA : Pays les moins avancés

PMPM : Police des mœurs et de la protection des mineurs

UNFPA : United Nations Fund for Population Activities

Liste des figures

Figure 1 - Les principales villes de Madagascar.....	15
Figure 2 - Reliefs de Madagascar.....	15
Figure 3 - Diagramme représentant la répartition du budget de l'Etat en 2017.....	20
Figure 4 - Diagramme représentant la proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante selon leur niveau d'instruction.....	25
Figure 5 - Proportion des garçons et filles ayant eu des rapports sexuels monnayés classés selon leur niveau d'instruction.....	25
Figure 6 - Organisation des soins à Madagascar.....	29
Figure 7 - Obstacles limitant l'accès aux soins chez les 15 - 19 ans.....	32
Figure 8 - Proportions de travailleurs du sexe en fonction de l'âge.....	36
Figure 9 - Proportion des 15 - 19 ans ayant déjà été enceinte.....	38
Figure 10 – Proportion des différents moyens de contraception utilisés en 2016.....	39
Photo 1 – Paysage rural entre Antananarivo et Antsirabe par Nicolas Belhomme.....	17
Photo 2 – Habitation en périphérie de la ville d'Antsirabe par Nicolas Belhomme.....	18
Photo 3 – Vendeuse de fruits et légumes à Antsirabe par Nicolas Belhomme.....	18
Photo 4 – Enfants jouant dans les ruelles des quartiers d'Antsirabe par Nicolas Belhomme.....	26
Photo 5 – Moment de prière avant le repas au sein d'un foyer à Antsirabe par Nicolas Belhomme.....	28
Photo 6 – Prise lors de l'interview de deux petites filles prostituées par Nicolas Belhomme.....	62

Liste des documents annexés

Annexe 1 – Exemple d'affiche pour la promotion du dépistage du VIH

Annexe 2 – Pancarte de prévention pour la lutte contre le SIDA

Annexe 3 – Affiche proposée par l'Association de lutte contre le tourisme pédophile

Annexe 4 – Affiche proposée par l'ECPAT France informant que les relations sexuelles avec mineures sont passibles de 10 ans d'emprisonnement

Annexe 5 – Affiche proposée par le Ministère du Tourisme, en anglais et en français, pour lutter contre le tourisme sexuel

Annexe 6 – Affiche élaborée par l'Etat malgache en collaboration avec l'UNICEF pour la lutte contre le tourisme sexuel impliquant des enfants

REFLEXION SUR UN PROJET D'EDUCATION A L'HYGIENE ET A LA SANTE SEXUELLE DANS UN CONTEXTE DE PROSTITUTION INFANTILE A MADAGASCAR

INTRODUCTION

L'association Espoirs d'Enfants est une ONG française de solidarité internationale spécialisée dans le développement de l'enfant. La mission qu'elle s'est fixée est d'aider les enfants de la planète à mieux grandir et à se construire. Elle intervient actuellement dans plusieurs actions au bénéfice principalement des enfants, mais parfois au-delà, des familles, au Bénin, en Inde et à Madagascar.

Implantée à Madagascar depuis plusieurs années, l'association a constaté dans cette île de l'océan indien un accroissement exponentiel du nombre de petites filles victimes de l'ESEC, phénomène malheureusement fortement implanté dans plusieurs pays en développement, notamment de l'hémisphère sud. Ainsi, dans la ville d'Antsirabe où, au cours d'un séjour à Madagascar en 2019, nous avons pu, par l'intermédiaire de l'association Espoirs d'Enfants, constater la réalité du phénomène qui, par son ampleur et ses conséquences néfastes voire extrêmement dangereuses pour les petites victimes, ne pouvait décemment nous laisser insensible.

Quelques travaux ont été menés afin de comprendre le phénomène de la prostitution infantile ainsi que les tenants et les aboutissants à l'origine de son inquiétant développement sans cesse croissant dans la société malgache. Les enquêtes menées sur la question sont encore assez récentes. On citera celles conduites par l'ECPAT France qui ont fait notamment l'objet d'un « *Rapport global de suivi de la mise en œuvre des actions de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales* » publié en 2015. L'ECPAT France est d'ailleurs l'une des rares ONG à avoir mis en place des programmes d'aides aux petites filles prostituées dans la Grande Île.

L'une des difficultés pour les enquêtes, à laquelle nous avons été nous-même confrontée dans nos recherches, réside dans l'insuffisance voire l'inexistence des données épidémiologiques actualisées au niveau du pays. Cette lacune, outre le fait de la situation de sous-développement chronique de Madagascar depuis son indépendance, s'explique aussi par les nombreuses crises politiques qui ont déstabilisé ses différentes institutions, notamment celle qui a la charge du secteur du recensement et des statistiques, en l'occurrence, l'Institut National de la Statistique (INSTAT) en rendant particulièrement difficile sinon impossible sa mission.

Outre la collecte et la compilation de données bibliographiques disponibles, nous avons opté pour la solution d'enquêter directement sur place pour rassembler les éléments ainsi que les témoignages avec l'objectif d'évaluer dans quelle mesure un projet conduit par l'association Espoirs d'Enfants pour venir en aide aux petites filles prostituées dans la ville d'Antsirabe pourrait-il être mis en place et mené avec efficacité. En effet, l'association y est déjà présente et l'objectif du projet serait de permettre, à terme, aux enfants bénéficiaires des actions menées par elle de s'extirper de la prostitution infantile pour entamer un meilleur avenir.

Il conviendra alors dans un premier temps d'étudier le contexte de l'évolution et de l'intégration du phénomène de la prostitution infantile dans un pays où, en 2019, 75% de la population, selon la Banque Mondiale, en grande majorité agricole, vit sous le seuil de pauvreté. Cette pauvreté touche plus particulièrement les jeunes sachant que les moins de 15 ans représentent, en 2016, 44,7% de la population, toujours selon les données de la Banque Mondiale. Pour ce faire, il importe d'insister sur l'analyse des éléments afférents à l'ESEC dans le modèle de société malgache, du système éducatif existant dans le pays, du cadre étatique mis en œuvre pour la lutte contre le phénomène ainsi que des difficultés, dysfonctionnements et freins qui limitent ou annihilent ladite lutte.

Nous nous attellerons ensuite à l'étude de la mise en place d'un projet d'aide par l'association Espoirs d'Enfants, avec pour objectif l'aide aux petites filles prostituées de la ville d'Antsirabe et, par incidence, à leurs familles. Nous rappellerons les diverses actions de l'association en cours dans le monde, avant d'étudier la faisabilité d'un tel projet en rapport aux réalités locales et nationales. Nous y relaterons les témoignages que nous avons collectés et analyserons l'urgente nécessité, la faisabilité d'un tel projet. Mais seront aussi recensés les blocages, dysfonctionnements et autres complications qui pourraient limiter ou annihiler les réalisations à mettre en œuvre par l'association au bénéfice des filles mineures prostituées et, dans une certaine mesure, de leurs familles.

Une dernière partie de l'étude portera sur une approche de l'éducation à l'hygiène et à la santé sexuelle, domaines particulièrement négligés car on a pu relever que ces notions sont manifestement méconnues par les jeunes filles prostituées. Dans l'espoir d'extirper ces jeunes filles de la prostitution infantile, l'acquisition de notions d'hygiène de base, la connaissance de leurs corps et la maîtrise de données relatives à la contraception constitueront un premier pallier favorable à leur éventuelle réinsertion, par leur maintien dans un état de santé un tant soit peu acceptable à défaut d'être normal, par la gestion du temps dans le but d'éviter une grossesse non désirée et potentiellement dangereuse pour elle et pour leur enfant.

La formation et la sensibilisation des petites filles, de leurs familles mais aussi de la communauté dans son ensemble seront alors l'un des axes fondamentaux du projet au sein duquel le pharmacien, par son expertise professionnelle et son accessibilité, a toute sa place lors des séances d'éducation à l'hygiène et à la santé sexuelle adaptées à un auditoire de mineures placées en grande situation de précarité.

Ainsi, les informations récoltées et le constat directement effectué sur le terrain quant aux conditions de vie précises des petites filles prostituées d'Antsirabe, sur la réalité de la société malgache, de sa situation politique et de son contexte économique nous permettent d'apporter un éclaircissement utile, pouvant constituer les bases d'une discussion pour des initiatives, des projets d'aide aux petites filles qui se prostituent pour leur survie. Les solutions apportées, telles la création d'un lieu d'accueil, l'assistance apportée aux familles, n'évident toutefois pas les questions qui subsistent, telles celles liées à la moralité d'une aide au bénéfice de parents qui incitent leurs propres enfants à la prostitution.

PARTIE 1 - CONTEXTE

Madagascar, pays riche par sa surface cultivable, son sous-sol encore sous-exploités et les potentialités de sa diversité touristique, abrite une population d'une grande pauvreté. Le pays qui n'a pourtant subi ni conflit ni guerre civile, outre les récurrents mouvements socio-politiques ayant entraîné les changements de régime, n'a pas réussi à se développer depuis l'Indépendance, en 1960. La grande majorité de la population, en situation permanente de survie, est face aux difficultés liées aux dysfonctionnements et autres manques relevés à différents niveaux : l'éducation, la santé, la nutrition et l'hygiène, la sécurité. Ainsi, les familles, trop pauvres, ne sont pas en mesure de subvenir aux besoins et aux Droits de leurs enfants. Ceux-ci sont forcés de travailler pour aider leurs parents, parfois même de se prostituer. Nous allons voir l'engrenage du phénomène de la prostitution infantile à Madagascar, pour tenter de le comprendre et de réfléchir à des solutions pour aider, avec l'association Espoirs d'Enfants, le plus efficacement possible les populations touchées dans la ville d'Antsirabe.

I. Madagascar

I. A. Géographie

a. Localisation

Madagascar est une île située dans l'Océan Indien, à 400km à l'Est du continent africain et entourée de différentes îles : les Seychelles, Maurice, Mayotte, les Comores, la Réunion. Elle fait partie du continent africain duquel elle est séparée par le Canal du Mozambique. Sa superficie est de 587 041km², soit l'équivalent de la France et du Benelux réunis. Elle s'étend sur 1580km du Cap d'Ambre au Nord au Cap Sainte Marie au Sud et 575km d'Est en Ouest. Madagascar est la cinquième plus grande île du monde.



Figure 1 - Les principales villes de Madagascar



Figure 2 - Reliefs de Madagascar

b. Relief et environnement

L'île se compose de cinq régions géographiques différentes par leurs climats et leurs reliefs (Figure 2).

Dans les **Hautes terres** (1), plutôt au centre de l'île, le paysage est vallonné composé de pics et de volcans éteints (origine volcanique), paysages montagneux, collines. Les températures y sont plus froides en raison de l'altitude. C'est dans cette région que l'on produit la plus grande partie des réserves de riz de Madagascar (agriculture et riziculture). Cette région s'étend du Massif du Tsaratanana au Nord dans lequel se trouve le Mont Maromakotra, qui est le point culminant de l'île, à 2 876m d'altitude, jusqu'au Massif de l'Isalo au sud.

La capitale, Antananarivo, est située au centre de cette région (Figure 1). Un peu plus au Sud, se trouve Antsirabe, la troisième plus grande ville du pays en terme de population (après Antananarivo et Tamatave).

La **région Est** est plus humide, le climat y est tropical. Le paysage se compose de forêts et de falaises et on y retrouve une grande production de vanille. Dans cette région se trouve Toamasina (Tamatave) la deuxième plus grande ville du pays.

Tandis que, dans la **région Sud**, la sécheresse règne, donnant naissance à des étendues semi-désertiques et steppes, et le long des côtes, à de longues plages paradisiaques.

Dans la **région Ouest**, les savanes, fleuves et mangroves dessinant le paysage et les fortes températures valent, à cette région, le surnom de Far West dans certains guides touristiques.

Dans la **région Nord**, on retrouve des forêts tropicales florissantes vers l'Est, des savanes, plages de sable blanc et également des montagnes.

On constatera que l'île offre donc des paysages extrêmement variés, soumis à des conditions climatiques difficiles telles que les cyclones, les grandes sécheresses, les inondations. De telles catastrophes naturelles ont des conséquences désastreuses dans un pays où 80% de la population est agricole.



Photo 1 – Paysage rural entre Antananarivo et Antsirabe par Nicolas Belhomme

c. Découpage administratif

Administrativement, le pays comprend 6 provinces, 22 régions (1). Les régions sont elles-mêmes subdivisées en districts, puis en communes et enfin en Fokontany. Le Fokontany représente ce qu'on appellerait en français un « quartier » ou un « secteur ». Il peut aussi s'agir, pour des communes plus isolées, de villages ou hameaux. Le chef du Fokontany est le premier interlocuteur auquel un villageois pourra s'adresser pour une requête ou un problème au niveau de la communauté.

d. Antsirabe

La ville d'Antsirabe, idéalement située au carrefour entre l'Est, l'Ouest, le Nord et le Sud du pays, est le chef-lieu de la région de **Vakinankaratra**, dans les hautes terres à 162,26km d'Antananarivo, soit environ 3h de route vers le Sud. C'est la 3^{ème} plus grande ville et compte 338 986 habitants en 2019. La région est à vocation agro-pastorale et industrielle (2). En effet, la plupart des habitants sont **agriculteurs**, le climat étant propice à cette activité. Le Vakinankaratra est une des régions les plus dynamiques de Madagascar : elle compte, entre 2010 et 2014, un nombre élevé (1250) de nouveaux établissements à vocation économique-industrielle, lesquels offrent de nouvelles opportunités à la région qui, en outre, est la deuxième la plus importante de l'île démographiquement (2).

Pourtant, le Vakinankaratra fait partie des régions les plus pauvres. L'indice de développement humain y est de 0,509 en 2016 (INSTAT), et classe la région parmi celles ayant le plus **fort retard de développement humain** (3). Seulement 4 régions dans tout le

pays ont un IDH (Indice de Développement Humain) supérieur à 0,550. Les autres sont classées dans les régions à IDH faible. L'IDH est calculé en fonction de 4 critères : l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation des adultes, le taux de scolarisation et le PIB (Produit intérieur brut) par habitant. Pour comparaison, l'IDH en France est de 0,901 en 2017, contre 0,519 à Madagascar cette même année. Un deuxième indicateur permet de donner une idée de l'état de pauvreté de la population du Vakinankaratra : c'est **l'indice de pauvreté multidimensionnelle** (3). Il est établi en fonction du nombre de privations que doit subir un individu. Il en est ainsi de l'accès à l'assainissement, à l'électricité, à la scolarisation, à un travail, aux soins... Le taux de pauvreté multidimensionnelle à Madagascar est de 70% et dans la région du Vakinankaratra, il est de 88,6% entre 2012 et 2013.

Cette pauvreté a des conséquences notamment sur la scolarisation des enfants. Le taux d'abandon scolaire est élevé à Antsirabe (40%) eu égard au manque de moyens des parents. Les enfants sont ainsi envoyés en ville où ils y sont exploités pour travailler voire pour se prostituer.



Photo 2 - Habitation en périphérie de la ville d'Antsirabe par Nicolas Belhomme



Photo 3 - Vendeuse de fruits et légumes à Antsirabe par Nicolas Belhomme

I. B. Economie et développement

a. La politique à Madagascar et les crises politiques

En 2013, la République de Madagascar émerge d'une crise politique qui a débuté en 2009. Les crises politiques ralentissent énormément l'économie du pays et aboutissent à un remodelage du paysage politique. C'est donc, à chaque sortie de crise, un retour à zéro

dans les efforts de croissance et de développement économique. Les crises mettent à mal la situation en matière d'infrastructures (4).

Lors de la dernière crise politique, celle de 2018, un gouvernement provisoire a été mis en place dans l'attente de nouvelles élections en Novembre de la même année. Le Président élu le 18 janvier 2019 pour une durée de 5 ans, Andry Rajoelina, était déjà à la tête du gouvernement provisoire entre 2009 et 2013 suite à un coup d'Etat militaire.

A chaque fin de crise, il y a un perpétuel recommencement. La croissance annuelle moyenne de 2,7% pendant la crise de 2009 à 2013 est passée à 4% en 2016. Aujourd'hui, le PIB est en augmentation mais la crainte d'une nouvelle crise politique lors des prochaines élections présidentielles plane toujours sur l'île (4).

b. Economie

L'unité monétaire malgache est l'ariary (Ar). Pour avoir une idée de ce que représente cette monnaie : 1 € équivaut en avril 2020 à 4069 Ar.

Madagascar fait partie des pays les moins avancés (PMA). La reprise économique a été amorcée après la période de transition politique de 2009-2013. Elle reste néanmoins insuffisante (4,7 % en 2017) pour assurer un véritable essor économique du pays et le développement social de sa population. En découle un sentiment d'instabilité et d'incertitude permanente parmi la population qui la pousse à un phénomène de corruption généralisé. A cela se juxtaposent les catastrophes naturelles qui détruisent les cultures et les infrastructures, entraînant une hausse des prix des produits de première nécessité (en particulier le riz). Ce qui explique l'appauvrissement toujours croissant de la population et le frein au développement économique du pays (4).

On constatera dès lors l'insuffisance, tant en quantité qu'en qualité, des infrastructures, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé et ce, nonobstant un budget alloué aux publiques et aux infrastructures représentant 16,2% du PIB en 2016. Ces chiffres sont en augmentation depuis la dernière crise politique, sachant que la moyenne en Afrique est bien supérieure à 20% du PIB. Avant la crise de 2009, les dépenses étaient supérieures à 21% du PIB (en 2006) ce qui est une perspective d'espoir pour le développement du pays dans les années à venir grâce aux efforts du gouvernement (4).

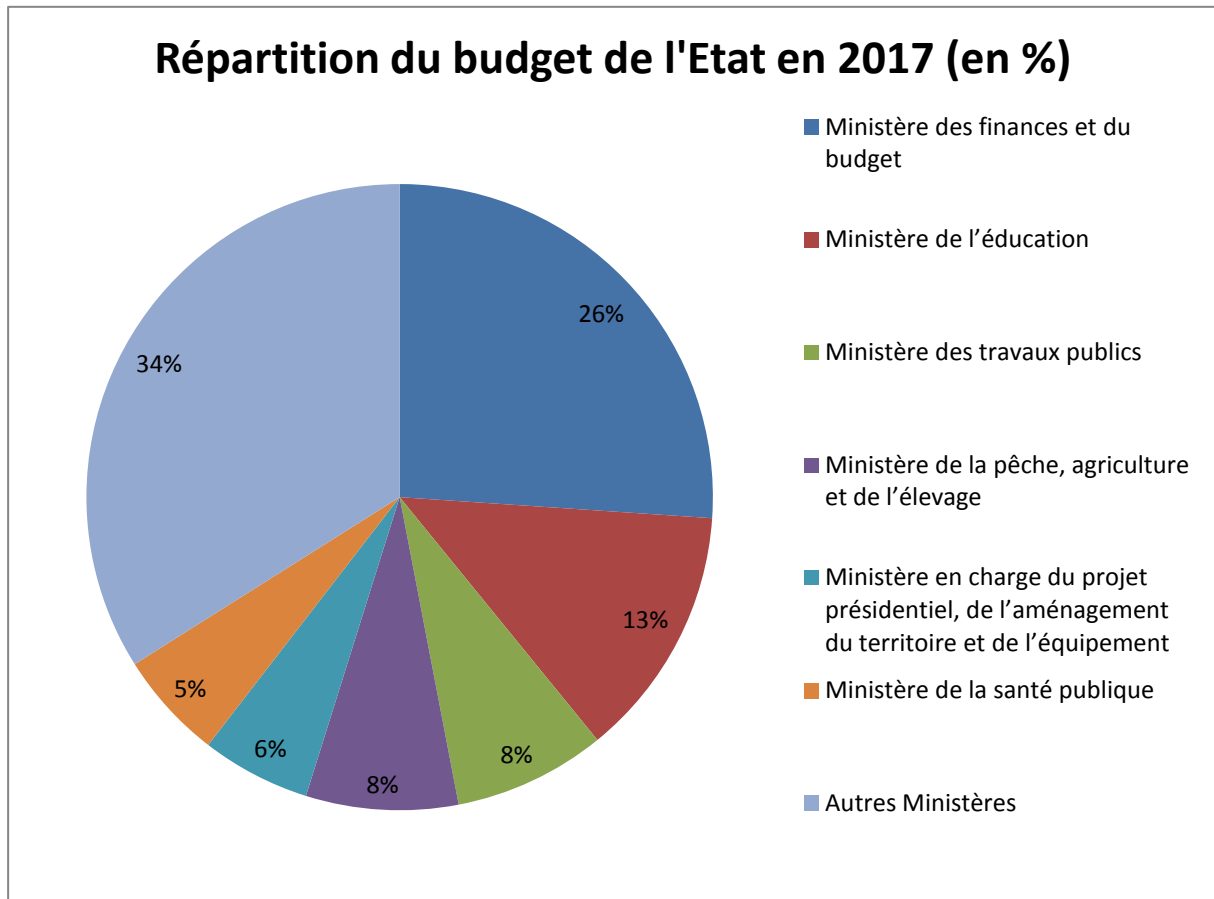


Figure 3 - Diagramme représentant la répartition du budget de l'Etat en 2017 (chiffres extraits du Rapport National sur le Développement humain à Madagascar en 2018)

Sur le plan budgétaire, les secteurs de l'éducation et de la santé figurent parmi les six départements ministériels les mieux abondés. Le budget alloué à l'éducation nationale (13%) atteste de la nette volonté de l'Etat d'améliorer l'accès à l'éducation et d'accroître le taux d'alphabétisation de la population. En revanche, le financement étatique du secteur de la santé (5%) est plus faible nonobstant les difficultés d'accès aux soins rencontrées dues à différents facteurs : éloignement géographique des centres de soins (3), insuffisance en qualité et en quantité des moyens matériels et humains, problèmes d'infrastructures, notamment des communications terrestres...

c. Problème de la pauvreté

En conclusion de cette partie de notre étude, il importe de rappeler que depuis son accession à l'Indépendance en 1960, Madagascar n'a pas réussi son développement aussi bien que d'autres pays du même niveau malgré, d'une part, l'inexistence de guerre ou de conflit, d'autre part, la richesse de son sol et de son sous-sol (fer, bauxite, cultures de riz et de

vanille...). L'explication a des causes physiques, plus précisément météorologiques (5), caractérisées par la survenance annuelle de cyclones et de grandes sécheresses. A cela se juxtaposent les crises politiques cycliques, la corruption généralisée et le piteux état, voire le manque d'infrastructures. C'est ainsi que le pays a été maintenu dans un niveau de sous développement qui, eu égard à la prédominance du secteur rural, n'a fait qu'accentuer la paupérisation du monde paysan.

Une telle situation affecte particulièrement les jeunes. Ainsi, on relèvera qu'au niveau des enfants :

- 83,2% des 0 à 5 ans sont pauvres et 71% sont extrêmement pauvres (vivent avec moins de 1 dollar par jour) (6)

- les moins de 15 ans constituent 51% de la pauvreté absolue (donc qui n'a pas les moyens de se procurer des biens ou des services indispensables à sa survie) et 52% de la pauvreté extrême (6)

- 20% des 5 à 14 ans sont, en 2010, dans l'obligation de travailler, soit pour survivre seuls, soit pour aider leur famille (6)

I. C. La société

Afin de mieux appréhender la réalité socio-économique de Madagascar, il est nécessaire de maîtriser certaines données démographiques et économiques qui influent sur le niveau de vie de la population.

Le seuil international de pauvreté est 1,90 dollar par jour par habitant. En 2019, 75% de la population à Madagascar vit en-deçà de ce seuil de pauvreté selon les données de la Banque Mondiale, sachant que la même année, le SMIC local est passé de 41€ à 50€ par mois. Les inégalités sociales et géographiques (80 % de population vivent en zones rurales, parfois très enclavées) y sont très marquées.

Le pays se classe au 158^{ème} rang sur 187 du classement mondial 2018 de l'indice du développement humain (d'après la Banque Mondiale « Madagascar measuring the impact of the political crisis »).

a. Données démographiques

Données démographiques	Valeurs à Madagascar	Valeurs en France
Population	en 2019 = 26,4 millions d'habitants (Banque Mondiale)	En 2019 = 66,99 millions d'habitants (Eurostat)
Croissance démographique	en 2019 = 3,01% (Banque Mondiale)	En 2019 = 0,3% (INSEE)
Espérance de vie	en 2016 = de 65 à 68 ans (Banque Mondiale)	En 2018 : 85,3 ans pour les femmes et 79,4 ans pour les hommes (INSEE)
PIB	en 2019 = 12,73 milliards de dollars (Banque Mondiale)	En 2019 = 2 418 997 euros (INSEE)
PIB/hab	en 2019 = 471 Dollars (INSTAT)	En 2019 = 36 060 euros (INSTAT)
Taux de chômage	en 2017 = 15,6% (Enquête périodique auprès des ménages)	En 2017 : 9,4% (INSEE)
Population de moins de 20 ans	en 2016 = 53,8% (Rapport national sur le développement humain) Les moins de 25 ans représentent 64% de la population (ENSOMD 2012-2013).	En 2016 : 24,3% (INSEE)
Enfants de moins de 15 ans	En 2016 = 44,7% (Rapport National sur le Développement Humain) Donc on a une population jeune !	
Taux de scolarisation	Primaire = 146% et Secondaire 1^{er} cycle = 54% ; 2^{ème} cycle = 19,3% (garçons et filles confondus entre 2012 et 2013) (Rapport économique et financier 2012 – 2013) Estimation de la population scolarisable en 2016 : 9,2 millions soit : → Préscolaire (de 3 à 5 ans) : 2,4 millions (10,1% de la population) → Primaire (de 6 à 10 ans) : 3,2 millions (13,6% de la population) → Secondaire 1 ^{er} cycle (de 11 à 14 ans) : 2,4 millions (10% de la population) → Secondaire 2 ^{ème} cycle (de 15 à 17 ans) : 1,2 millions (6,9% de la population) (Rapport national sur le développement humain)	
Taux de mariage d'enfants	2008 – 2009 = 48% des femmes de 20 à 24 ans ont été mariées ou en union avant 18 ans (Enquête démographique et de santé, Madagascar 2008-2009 par l'INSTAT)	
Taux de pauvreté des enfants de moins de 5 ans	en 2010 = 84,5% (Enquête auprès des ménages)	

b. Conditions de vie

Les conditions de vie sont particulièrement difficiles. Les retards voire les manques au niveau de l'éducation, de la santé et de l'hygiène sont considérables. Ainsi, les habitants, surtout en zone rurale, ne disposent pas de latrines ou, lorsque celles-ci existent, les conditions d'hygiène correspondantes sont exécrables. De même, les réseaux d'eau et d'électricité, perturbés par de récurrents délestages, n'existent que dans certaines grandes agglomérations. Enfin, des traditions et autres pratiques ancestrales encore très ancrées mettent à mal l'effectivité des droits de l'enfant.

- **Hygiène et assainissement**

Dans l'île, 70% de la population n'a pas accès à un assainissement adéquat et 89% ne disposent pas de toilettes améliorées (6). Ces mauvaises conditions de vie expliquent la faible espérance de vie et la propagation des maladies infectieuses. Les habitants qui vivent près d'une source d'eau tels un fleuve ou une rivière y lavent leurs linges et leur vaisselle. Ils s'en servent aussi pour leur toilette et s'y baignent. La

même source d'eau est puisée pour la cuisine et sert de boisson. Il arrive dans certains cas que des habitants se servent des mêmes cours d'eau pour faire leurs besoins. Il est alors sans conteste que ces eaux constituent un risque très important d'attraper des maladies diarrhéiques. Il est primordial que l'eau soit traitée avant d'être utilisée et consommée mais les habitants, par manque de patience pour la bouillir ou par manque de moyens pour acquérir des produits de purification comme le Sur'eau (7), négligent la strict minimum notion d'hygiène. De plus, ils n'ont pas toujours les connaissances qui permettent de comprendre l'intérêt du traitement de l'eau. En 2017, seulement 43% de la population malgache a accès à l'eau potable et 70% des ménages en zone urbaine ne traite pas l'eau (8).

Quelques aménagements collectifs sont prévus dans les villes : ainsi on relèvera une borne fontaine pour 1663 habitants et 1 connexion pour 17 habitants à Antananarivo en 2011 (7). L'un des problèmes des bornes fontaines est constitué par le transport de l'eau jusqu'au domicile ainsi que sa conservation (7), outre le risque de contamination de l'eau et de la propagation rapide des maladies dans la ville. En effet, il faut éviter de laisser l'eau stagner, or c'est souvent le cas dans de nombreux ménages. L'eau de pluie peut constituer la solution, cependant elle peut être contaminée dans les mêmes conditions, d'où la nécessité de la faire bouillir (7).

Il existe un produit de désinfection dénommé Sur'Eau (7) qui est un comprimé à utiliser 30 minutes avant l'utilisation de l'eau : il faut alors 1 comprimé pour 20 litres d'eau. Pour une meilleure conservation, il faut nettoyer le récipient qui va contenir l'eau et le couvrir une fois rempli.

Un deuxième type de problème existe : la quasi-inexistence de système d'assainissement ; l'intégralité des eaux est rejetée à l'extérieur, dans la nature, les cours d'eau, les plans d'eau ou l'océan (6).

51% de la population en 2010, dont la grande majorité de la population rurale, ne dispose pas de toilettes fait ses besoins dans la nature, n'importe où (7). Lorsque des latrines extérieures sont mises en place, il s'agit dans la majorité des cas d'un simple trou au sol avec deux planches, et cette structure sommaire est partagée par plusieurs familles (8). Parmi les autres obstacles à la construction de latrines, on peut relever les croyances dont celle selon laquelle la terre est sacrée car on y enterre les ancêtres. Certains endroits, principalement à la campagne, sont dits « fady » ou tabous et il est formellement interdit d'y uriner ou d'y déféquer. Par ailleurs, les latrines, par les odeurs nauséabondes qui en émanent, peuvent provoquer des conflits de voisinage (8). Enfin, le coût de la construction, assez onéreux au regard du niveau de vie local, notamment en zone rurale, conduit les propriétaires à mettre

en location des logements non équipés de latrines. L'espace, de surcroît, non extensible en zone urbaine, peut en limiter la construction et de même, des logements sont livrés sans latrines.

En ce qui concerne la règle d'hygiène du lavage des mains, les ménages sont généralement informés de son importance mais en ignorent le motif. Ils la mettent alors peu en pratique, d'autant plus que l'eau, denrée rare, est précieuse et que le savon commercial est perçu comme un article de luxe vu son prix. Ils le substituent par un succédané à base de cendre. Ainsi, le lavage des mains n'est pas un réflexe dans la population (8).

Dans la capitale, il existe 78 douches communautaires, sinon les habitants utilisent des douches extérieures aux maisons qui sont, elles aussi, partagées par plusieurs familles lorsqu'elles sont construites en dur (7).

Leur utilisation dépend aussi du niveau d'instruction. Ce niveau permet une meilleure notion de l'hygiène et de la santé et sa compréhension.

Dans la langue malgache, il y a un amalgame entre les notions d'hygiène et de propreté ; un seul terme désigne d'ailleurs ces deux notions, « fahadioavana », l'acception duquel tend plus vers le vocable plus simple et plus restreint de « propreté ».

- **Education**

Le taux d'alphabétisation est de 65% des adultes en 2015 selon la Banque Mondiale.

La langue officielle à Madagascar est le malgache, parlé par toute la population. Le français y est parlé couramment mais surtout dans les villes ou par les personnes qui ont été scolarisées.

Systeme éducatif (6):

Issu du système hérité de l'administration française, le système éducatif en a gardé les grandes lignes quant à son organisation.

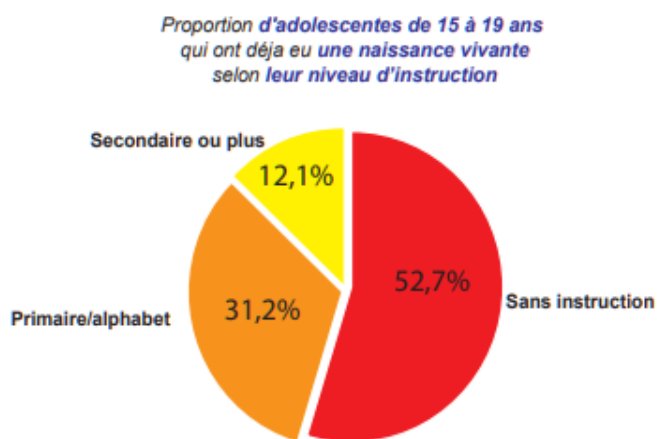
Le niveau primaire dure 5 ans. Il est obligatoire pour les 6-10 ans. Le niveau secondaire comprend en 2 cycles : le 1^{er} cycle qui correspond au collège dure 4 ans et accueille les 11-14 ans. Le 2^{ème} cycle correspond au lycée et dure 3 ans, pour les enfants de 15 à 17 ans. L'école est obligatoire de 6 à 14 ans. Le 3^{ème} niveau d'études, après l'obtention du baccalauréat, est constitué par les études supérieures dispensées par les différentes universités et autres instituts supérieurs privés, agréés ou non. La durée des études supérieures varie en fonction

de la filière choisie ; elle est globalement de 4 à 8 ans. Un vaste choix de filières est proposé aux futurs étudiants cependant, comme pour le second cycle du secondaire, les études supérieures sont quasiment inaccessibles aux enfants issus des zones rurales ainsi qu'à ceux d'une grande partie des familles citadines pauvres dont les moyens financiers ne permettent pas de subvenir aux études de leurs enfants.

Certains enfants n'ont pas accès à l'éducation à cause du coût du matériel scolaire. On parle de « fausse gratuité » de l'école puisque si elle est censée être gratuite (5), elle engendre des frais et des dépenses que les parents n'ont pas toujours les moyens d'assurer. Les enfants restent alors au domicile pour aider la famille dans les tâches domestiques, pour mendier ou pour travailler. Cependant, qu'ils soient scolarisés ou non, dès 4 – 5 ans, les enfants participent aux travaux. Les 6 – 10 ans font environ 19h de travaux domestiques par semaine. Il n'y a pas de différences entre garçons et filles outre à la nature des tâches. Les garçons sont chargés de la collecte du bois, porter les courses etc... Les filles s'occupent du ménage, de la collecte de l'eau, de la surveillance des frères et sœurs plus jeunes etc... Les heures de travail varient : environ 17 heures pour des enfants scolarisés et environ 23 heures pour des enfants non scolarisés (5).

En milieu rural, le taux de scolarisation est moins élevé du fait d'une plus grande pauvreté. Le niveau primaire y est cependant accessible, même si la qualité des structures et des enseignements y est moins bonne qu'en zone urbaine. Le budget moyen par enfant scolarisé par an est de 39 000Ar (soit environ 10€) en 2010. Cette somme est ainsi répartie : 17% de fournitures, 33% de transport (pour les zones urbaines) et 22% de nourriture (6).

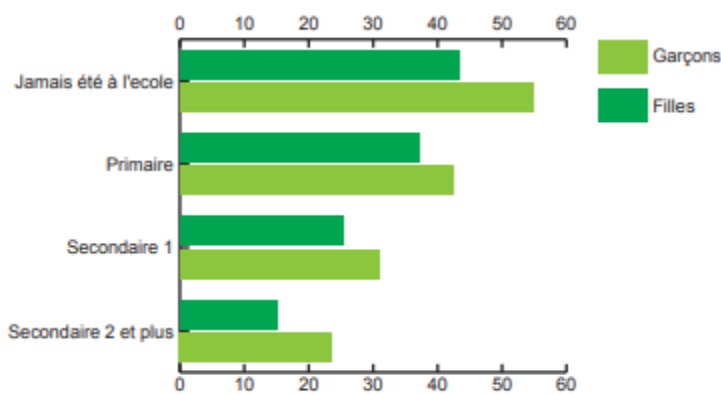
En 2010, 40% de la population n'a pas accès à un établissement d'enseignement secondaire du second cycle, à l'opposé du niveau primaire qui a une bonne répartition, donc une meilleure accessibilité.



Source : EDSMD IV Madagascar 2008-2009

Figure 4 – Diagramme représentant la proportion d'adolescentes de 15 à 19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante selon leur niveau d'instruction (Les Jeunes à Madagascar)

Proportion des garçons et filles ayant eu des rapports sexuels monnayés classés selon leur niveau d'instruction



Source: ESC 2008

Figure 5 – Proportion des garçons et filles ayant eu des rapports sexuels monnayés en fonction de leur niveau d'instruction (Les Jeunes à Madagascar)

L'éducation est ainsi confrontée à trois types problèmes : le manque criant de financements pour scolariser les enfants, la difficulté liée à l'accessibilité géographique et la qualité des structures et de l'enseignement. Il y a une grande inégalité des chances en matière d'éducation en fonction du lieu de résidence ou de la situation socio-économique du foyer.

Les figures 4 et 5 mettent en évidence un lien entre le manque d'éducation et celui d'accès à une scolarisation, dû à la trop grande pauvreté qui conduit à la recherche d'argent contre un rapport sexuel, souvent non protégé. Ainsi, le nombre de naissances chez les adolescentes n'ayant jamais fréquenté l'école peut s'expliquer de plusieurs façons : l'absence de connaissances sur les méthodes contraceptives et le manque de moyens pour y accéder, ou encore, les mariages précoces, encore répandus à Madagascar (4), notamment dans les zones rurales, souvent motivés par l'appât du gain économique, comme nous allons le voir dans la partie suivante.

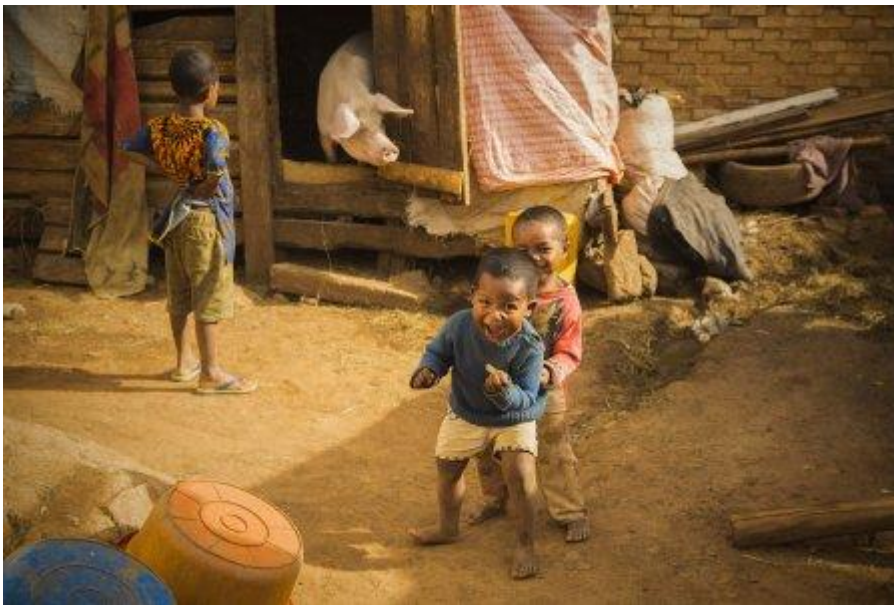


Photo 4 – Enfants jouant dans les ruelles des quartiers d'Antsirabe par Nicolas Belhomme

- **Culture, traditions et religion**

Les schémas familiaux à Madagascar peuvent être très variés en fonction des événements que traverse la famille. Il existe des ménages « grands-parents/petits enfants » lorsque, par exemple, les parents sont décédés ou selon leur capacité ou non à s'occuper de leurs enfants ou également en cas de divorce (situation de crise ou d'entraide) (5). Le divorce est donc accepté dans la société. Il y a des familles

monoparentales, des familles recomposées, et les générations ne cohabitent pas. La taille moyenne des ménages est d'environ six personnes par foyer, que ça soit pour les plus pauvres ou les non pauvres. Pour 37,5% de la population, le foyer compte sept membres ou plus. Les familles les plus nombreuses sont souvent les plus pauvres ; les jeunes sont la tranche de la population la plus touchée par la pauvreté (5).

Le mariage se fait très tôt pour une partie de la population, une fille sur deux est mariée ou en relation avant l'âge de 18 ans. Madagascar figure parmi les pays où la fréquence de mariages précoces est la plus élevée. Ce phénomène s'explique par la pratique courante de certaines traditions qui encouragent les parents à marier leurs filles à des hommes souvent plus âgés et plus riches pour qu'ils puissent s'occuper d'elles et que les parents se déchargent d'un membre de la famille à nourrir. Ainsi, les grossesses précoces concernent une fille sur trois et la contraception n'est pas utilisée pour ne pas empêcher la naissance d'enfants considérés comme sacrés puisque ce sont eux qui perpétuent la lignée familiale. Il y a une réelle sacralisation des liens familiaux. Ainsi, selon la tradition, tous les membres de la famille sont enterrés dans le même caveau familial. Les liens sont solides, en particulier autour de l'enfant pour qui le maillage familial et la protection de la famille sont importants pour se construire. Lorsqu'un drame familial survient (parent disparu ou inconnu, union non acceptée par la famille...) il existe une vulnérabilité sociale pour l'enfant (3).

A Madagascar, l'évocation de la sexualité est encore un tabou. La circoncision est toujours pratiquée mais de façon plus traditionnelle qu'en lien avec une religion (9). Les religions dominantes sont le culte des ancêtres pour 55%, une religion traditionnelle malgache, et le christianisme (principalement le catholicisme et le protestantisme) pour 41% et une petite partie de musulmans (6). Souvent, les deux pratiques, religieuses et cultes des ancêtres, peuvent coexister.



Photo 5 – Moment de prière avant le repas au sein d'un foyer à Antsirabe par Nicolas Belhomme

Pratiques traditionnelles pouvant conduire à l'ESEC

- **Moletry** : C'est un type de mariage où le futur époux doit offrir aux parents de la jeune fille bœufs et argent pour qu'ils acceptent l'union. La décision revient donc entièrement aux parents, parfois au futur époux et l'avis de la jeune fille reste mineur.
- **Valifofo** : C'est un mariage arrangé entre des filles mineures ayant atteint la puberté et un homme plus âgé. Ces traditions sont encore de mise lorsque les familles ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins. Les parents choisissent alors un homme qui pourra s'occuper de la fille à marier ce qui fera une charge en moins dans la famille.
- **Mariage Diajoko ou mariage original Tsimihety** : Il s'agit ici d'un « essai » d'une durée de un an en vue d'un mariage arrangé. La jeune fille va passer une année entière dans la famille du supposé fiancé pour apprendre à connaître celui-ci ainsi que son éventuelle future belle-famille ; la famille du jeune homme appréciera si la future épouse peut convenir à leur fils. Les rapports sexuels entre les jeunes gens sont interdits pendant cette période. A la fin de la période d'essai, les deux familles se rencontrent et l'issue de l'union est décidée. Là aussi, le consentement des mariés est ignoré.
- **Tsenan ampela** : Littéralement « marché aux femmes » : ce marché succède au marché aux zébus. Les hommes « essayent » des jeunes filles avant de s'engager

pour le mariage. Il est évident que cette pratique dérive sans conteste vers la prostitution.

- **Jiromena** (terme provenant des lumières ou spots de boîtes de nuits) : Littéralement « lumières rouges » : C'est une sorte de bal des jeunes où les moins de 18 ans peuvent se rencontrer. Cette manifestation est cependant source de multiples dérives liées aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues, violences, viols et prostitution.

Ces traditions vont s'amplifier avec la crise économique car elles permettent une certaine circulation et redistribution des richesses (5).

I. D. Situation sanitaire

a. Acteurs et organisation du système de santé

- **Organisation et composition**

Le système de santé s'organise en différents niveaux : les Centres de santé de base (CSB1 et CSB2), les Centres hospitaliers de district (CHD1 et CHD2) et les Centres hospitaliers universitaires (CHU).

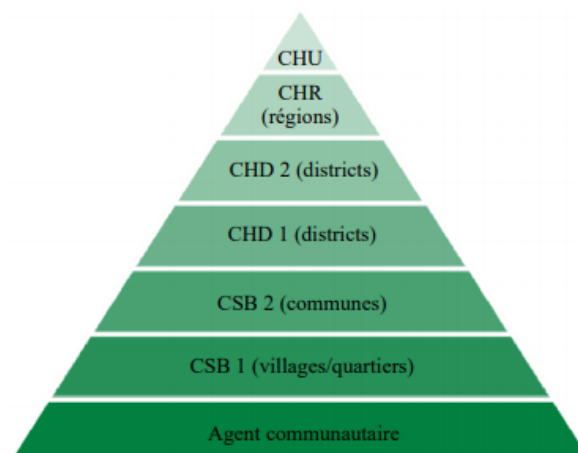


Figure 6 - Organisation des soins à Madagascar

Les CSB1 (Centres de soins de base de niveau 1) et CSB2 (Centres de soins de base de niveau 2) constituent les portes d'entrée dans le parcours de soins. Les CSB sont des centres publics (dispensaires) ou privés dirigés par des religieux. De petite taille, disposant souvent de quelques lits et matelas, avec eau courante, électricité et toilettes. Les consultations sont gratuites, les médicaments vendus à bas coût ; il y a un suivi prénatal et des consultations de médecine générale.

- Le **CSB1** est le premier niveau d'accès où intervient 1 infirmier et 1 second infirmier ou 1 sage femme. Y sont pratiqués les soins de base ou de premier recours et la vaccination (1).
- Le **CSB2** et le **Centre Hospitalier de district 1^{er} échelon** : le CSB2 oeuvre au niveau de la commune et le CHD1 au niveau du district et procure des soins obstétricaux en plus de ce qui est pratiqué au niveau du CSB2. C'est là aussi une porte d'entrée dans le parcours de soins. Le CSB2 se compose d'un médecin et d'un professionnel de santé paramédical (infirmier ou sage femme généralement). On trouve 2134 CSB2 et 1072 CSB1 (*Service des statistiques sanitaires de Madagascar*) en 2015 (1).
- Il y a aussi les **Hôpitaux de 1^{ère} référence** : le CHD2 ou le CHRR qui signifie Hôpitaux Régionaux de Référence. Les soins sont plus spécialisés : chirurgie d'urgence, soins obstétricaux complets avec personnel adapté.
- Tout en haut de la chaîne du soin on retrouve les **CHU** : les Hôpitaux de 2^{ème} référence. Les soins sont complets avec du personnel de toutes les spécialités. Les CHU sont principalement situés dans les six chefs lieux de province (« Farida y ») et ne sont pas toujours accessibles aux paysans des zones rurales, soit par leur éloignement, soit par les coûts des soins (6).

Le personnel médical au service de la population

Les médecins libéraux sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes n'intervenant qu'en milieu hospitalier. En générale la consultation du médecin généraliste s'effectue à son cabinet, souvent situé au sein même de son domicile, dans un espace réservé. Souvent il travaille seul ; il arrive que son conjoint ou un membre de la famille l'assiste pour l'accueil des patients et le secrétariat. En ville, il existe tout de même de petites structures médicales et quelques cliniques privées. Certains médecins libéraux consultent également en CSB en plus de leurs activités en cabinet (1).

Les agents communautaires ou travailleurs sociaux sont formés pour assurer des soins de premier recours et orienter, en tant que de besoin, les patients vers les CSB. Ils participent à la sensibilisation de la population sur l'hygiène et apportent une assistance non négligeable à l'Etat lors des procédures de recensements et autres enquêtes. Ils ont été formés par les CSB2 et par l'UNICEF. Ils ne prennent en charge que les enfants de moins de 5 ans et incitent notamment au suivi de la grossesse, à la vaccination, à la construction de latrines. Leur rôle est aussi d'orienter les adultes,

les enfants de plus de 5 ans et les femmes enceintes vers les CSB2. Ils ont donc principalement une mission de santé publique et de prévention. Ils se déplacent au domicile des gens ou les reçoivent à leur propre domicile pour des consultations et pour donner un début d'explication sur une maladie de même que les moyens de prévention (1).

- **Le secteur de la pharmacie**

Il y a une prédominance du **marché informel**. Dans le secteur informel, les médicaments sont vendus en épiceries. Ils peuvent aussi être vendus par des colporteurs itinérants qui se déplacent dans les communes avec leur sacoches de médicaments. Ils les vendent étalés à même le sol, sur les marchés. Il n'existe aucun contrôle sanitaire des produits vendus de la sorte et les contre-façons sont nombreuses. Les médicaments peuvent ainsi être falsifiés, soit avec des produits potentiellement dangereux pour la santé de la population, ou alors tout simplement inefficaces et sans effets. Ces produits peuvent être vendus à l'unité, ce qui ne permet pas, dans la majorité des cas, aux clients d'obtenir ni notice y afférent, ni l'indication de la date de péremption. Aucune spécification, aucune posologie n'est ainsi vérifiable. C'est ce qui pousse certains clients à réclamer la notice en guise de garantie de la qualité, ce qui en soi ne constitue en rien un gage d'authenticité de l'efficacité du médicament.

Il existe néanmoins des **points de vente formels ou officiels** que sont les pharmacies et les dépôts. Le dépôt de médicaments sert à compenser l'insuffisance des pharmacies, notamment leur inexistence en zone rurale. Son installation est autorisée par décret ministériel. Les vendeurs sont formés durant une période de trois mois au sein d'une officine ; cependant, ils n'ont aucune autre formation pharmaceutique.

Il arrive aussi que des médecins libéraux détiennent des stocks de médicaments destinés à être vendus directement à leurs patients lors des consultations. La quasi-totalité des médicaments vendus en officine, soit 90%, sont importés de Chine, d'Inde et une petite partie d'Europe ; cela explique leurs coûts élevés pour la population en général et surtout pour la population rurale. Une grande partie de ceux-ci s'approvisionnent alors auprès des revendeurs du circuit informel (1).

- **Les manques, problèmes et défailances de ce système de santé**

La population malgache se caractérise par un manque d'autonomie et de prise de conscience quant à la nécessité de l'accès aux soins. Ainsi, une femme ne se rendra pas d'elle-même dans un centre de soin tant que son état de santé ne présente pas de gravité manifeste. De plus, en 2010, un quart de la population pauvre (2) en zone rurale ne bénéficie pas de CSB accessible en termes de coût et de localisation. Ce chiffre n'a pas beaucoup évolué en dix ans. Ainsi, l'accès aux soins, principalement pour les gens de la campagne, est rendu très difficile par l'insuffisance de moyens financiers et par la distance géographique ou l'isolement.

Par ailleurs, le pays compte un nombre insuffisant de professionnels de santé. On dénomblera 1 médecin public pour 10 500 habitants selon les statistiques du ministère malgache de la santé publique en 2014 (2), alors que l'OMS préconise un

Accès aux services de santé

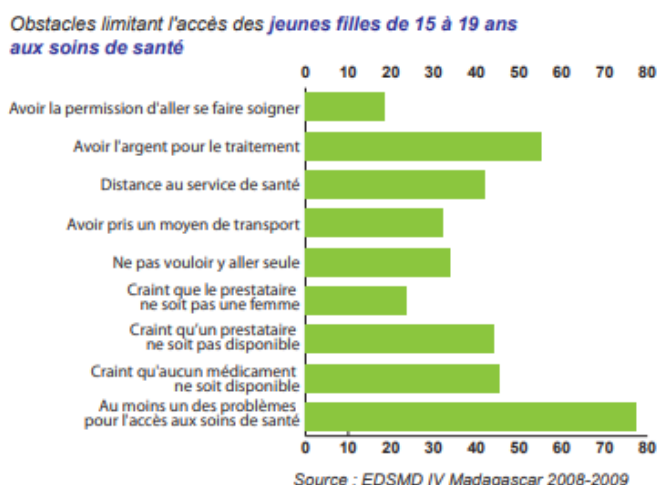


Figure 7 - Obstacles limitant l'accès aux soins chez les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans (*Les Jeunes à Madagascar*)

seuil minimum de 1 médecin pour 10 000 habitants. On constatera une mauvaise répartition (2) qui, comme ailleurs dans le monde, instaure un phénomène de désert médical : les médecins ne veulent pas s'installer en zone rurale. Sur près de 6000 médecins inscrits à l'Ordre des Médecins, les deux tiers exercent à Antananarivo, ce qui ne laisse qu'un tiers pour tout le reste du territoire. On trouve alors dans l'île des contrées extrêmement isolées qui n'ont aucune possibilité d'accès aux centres de soins. Enfin, les médecins qui doivent y être installés sont des fonctionnaires lesquels sont, nonobstant la durée des études effectuées, moins bien rémunérés qu'un officier de police par exemple. Ce qui provoque chez certains praticiens un manque de motivation (9). On dénomblera dès lors une concentration de médecins généralistes

libéraux dans les grandes agglomérations au détriment des médecins fonctionnaires lesquels auraient dû être envoyés dans les campagnes.

On dénombre aussi 1 infirmier pour 8 400 habitants et 1 sage femme pour 15 000 habitants (1).

En ce qui concerne le matériel médical adéquat et les produits de santé, il est particulièrement difficile de s'en procurer et ils sont simplement inexistantes en zone rurale. Comme pour les produits pharmaceutiques, le matériel médical existant dans les grands centres urbains est essentiellement importé d'Asie lorsqu'il ne s'agit pas de matériel de « seconde main » ou d'occasion provenant de La Réunion, d'Europe (principalement de France) ou d'Afrique du Sud (10).

Les financements publics alloués à la santé sexuelle sont trop faibles. Par ailleurs, les multiples crises politiques successives ont fortement déstabilisé et désorganisé le peu d'infrastructures déjà très peu entretenues (4).

Vu que les médicaments et le matériel de santé étant importés (10), donc hors de portée du niveau de vie local, il est primordial que la puissance publique abonde le budget affecté à la santé sexuelle pour permettre l'acquisition des produits de base nécessaires, en particulier des contraceptifs (4).

Le domaine public de la santé compte dans l'île parmi les plus vulnérables : 80% de son budget dépend de financements extérieurs (3). Enfin, il est important de relever qu'un tiers des dites dépenses de santé sont destinées aux CHU, structures hospitalières que la frange de la population la plus démunie, soit une large majorité de malgaches, ne fréquente pas.

Les interventions/prévention et sensibilisation auprès des jeunes contre le VIH

L'Etat malgache a rendu obligatoire, depuis la rentrée de Septembre 2019, des enseignements sur la sexualité dans les écoles (11). Ceux-ci étaient déjà dispensés dans des établissements privés. Ces enseignements concernent donc les jeunes intégrés dans le système éducatif : ceux des zones rurales enclavées ou éloignées sont les laissés-pour-compte de ce programme. Les us et coutumes ancestraux relatés plus haut y restent alors parfois la règle. Quand au programme étatique dont il s'agit, nous relèverons l'anachronisme du discours dispensé et retenu par les jeunes malgaches, encore influencés par les préceptes religieux, notamment chrétiens, qui intègrent les notions de fidélité, abstinence et, en dernière position, de préservatif. Ce sont alors les maître-mots de la « campagne » de sensibilisation. L'abstinence est beaucoup prônée et conseillée aux jeunes ; elle protège des grossesses précoces, des MST et « fait durer plus longtemps les relations amoureuses ». Ainsi, la

contraception est malheureusement peu abordée. Enfin, il est important de relever la très mauvaise considération sociale à l'égard des filles célibataires qui ont ou qui auraient des rapports sexuels. Elles sont mal perçues au sein de la société (11).

- **Croyances et rapport de la population avec leur système de santé**

Le recours aux soins tient compte de trois critères : la perception du recours aux soins en lui-même, la connaissance de la maladie (gravité, nécessité de soins...) et l'accessibilité physique et financière (1).

En cas de survenue de maladie, différents comportements peuvent être rencontrés : absence de soins, l'automédication, le recours à la médecine traditionnelle ou le recours aux soins.

La personne malade cherche alors à se rapprocher d'un responsable au niveau du fokontany ou d'un professionnel de santé au niveau d'une structure de soins qui peut être un Centre de soins de base (CSB1 ou CSB2), un centre privé ou une clinique privée, un médecin libéral, un hôpital.

Toutefois, dans les campagnes, les paysans ont une certaine méfiance à l'égard des médecins. Ils s'adressent plus habituellement aux tradi-praticiens que sont le rebouteux (« mpitsabo Gasy ») et le « sorcier » (« Mpanao ody »). Sans guérison, la maladie est alors interprétée comme une malédiction. Elle est vécue comme une fatalité et les populations ne se soignent plus (9). Le recours au médecin n'interviendra qu'en ultime recours. Par ailleurs, l'insuffisance de personnel soignant de même que la non précision de leurs tournées ou de leur passage dans les contrées éloignées crée une véritable difficulté d'accès des habitants des zones rurales à la médecine classique.

Différents types de « praticiens traditionnels » existent dans la culture malgache : il y a les guérisseurs malgaches stricto-sensu, les masseurs, les astrologues, les voyants, les matrones pour les accouchements, les circonciseurs, les guérisseurs d'entorses, les guérisseurs de brûlures, les prêtres, les pasteurs... Ils n'ont aucune formation professionnelle. Leurs connaissances sont censées être transmises par « les esprits » ou par « les ancêtres », de génération en génération. Certains les expliquent comme étant des dons ou des talents (1).

Ainsi, en 2013, seuls 31% des malades (6) ont recours aux soins. Une majorité d'habitants pratique l'automédication et s'approvisionne auprès des points de vente informels lorsqu'ils n'utilisent pas de médicaments déjà stockés au domicile. D'autres ont recours aux tradi-praticiens. Seuls 22% des malgaches les plus pauvres vont consulter pour des problèmes de santé (6). Ce qui est très peu !

Les ménages les plus pauvres dépensent en soins annuellement, en moyenne :

- en soins hospitaliers : 16000 ariary (environ 4 euros)
- au niveau des CSB : 7 000 ariary (environ 1,75 euro)
- pour des soins privés formels : 8 500 ariary (environ 2,10 euros)
- pour les soins privés informels : 4 500 ariary (environ 1,10 euros) (6)

La problématique de la perte de revenus en cas de maladie, juxtaposée à la difficulté liée à l'accessibilité et au coût des soins, accentue la situation de pauvreté. C'est dès lors un perpétuel enfoncement social, un cercle vicieux inextricable : la misère sociale empêche et bloque l'accès aux soins mais, et inversement, le manque de soin accentue l'extrême pauvreté. Cette situation est particulièrement criante en zones rurales mais elle existe aussi dans les zones périurbaines pauvres (9).

b. Epidémiologie

- **Quelques chiffres en santé publique**

Du 1^{er} août 2018 au 6 janvier 2019 : on a recensé 160 cas suspects de peste pulmonaire dont 69 confirmés (12).

Du 1^{er} août 2018 au 30 décembre 2018 : 417 cas de rougeole + virus de la grippe A et B avec prédominance du B. Les cas de typhoïde sont en augmentation. On a toutefois constaté une diminution des cas de diarrhée, dysenterie et paludisme (12). On a par ailleurs relevé 11 tests positifs au VIH sur 9790 tests effectués. Quelques cas de rage ont aussi été mentionnés.

On notera en revanche une nette baisse de la malnutrition (12).

Le taux de besoins non satisfaits en planification familiale est de 16,4% (TRAC PF 2017).

Le pourcentage de femmes ayant eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans est de 14% (ENSOMD 2012-2013).

- **Comportement sexuel**

L'Etat projette, en lien avec l'UNFPA (United Nations Fund for Population Activities), d'améliorer l'accessibilité des jeunes aux informations, au planning familial et à un programme d'éducation sexuelle. Des centres de la Santé de la Reproduction des Adolescents et des Jeunes ont été créés (4).

On relèvera que 11,2% des jeunes ayant eu des rapports sexuels monnayés

déclarent avoir utilisé un préservatif en 2011 (13). Ce taux est manifestement peu élevé d'autant que la pratique des rapports sexuels monnayés, c'est-à-dire la prostitution, en font une population à risque.

Parmi les 14-24 ans, 40% des hommes et seulement 20% des femmes ont déjà utilisé un préservatif en 2011 (13). Ces pourcentages sont très faibles et reflètent un réel manque d'information sur les MST, IST et le VIH.

Les familles paysannes malgaches sont des familles nombreuses : les mères ont 7 à 10 enfants. Les femmes n'utilisent pas de moyens de contraception car à la campagne, une femme qui utilise un moyen de contraception est une femme qui « s'apprête à tromper son mari ».

Sur la figure 8 il est démontré qu'en 2008, 18,6% (2) des prostituées sont âgées de moins de 19 ans. Ce chiffre est relativement élevé bien qu'à interpréter avec précautions car il est particulièrement difficile de comptabiliser le nombre exact de petites filles et d'adolescentes prostituées. Leurs activités étant interdites par la loi, elles se cachent. La majorité d'entre elles évitent d'en parler par honte. Une réelle estimation du nombre d'adolescentes et de filles prostituées ne peut ainsi être établie (2).

- **MST et VIH**

Le taux de prévalence du VIH en 2010 chez les 15-24 ans est de 0,16% (4). Ce taux est relativement faible dans la population malgache en général. Il est d'ailleurs, par rapport aux autres pays d'Afrique, l'un des plus bas (4). Cependant, son évolution est à surveiller et à ne pas négliger car on constate une augmentation des cas laquelle serait vraisemblablement due à une trop faible utilisation du préservatif ainsi qu'à une méconnaissance manifeste de la population du sujet. La faible prévalence du VIH à Madagascar en comparaison aux autres pays africains peut s'expliquer par son insularité ; la majorité des habitants étant peu nomades et n'ayant pas de moyens suffisants pour voyager hors du pays par avion ou par bateau. De plus, la présence chrétienne influence fortement la population et introduit largement les notions d'abstinence et de fidélité. Notons toutefois que si la prévalence SIDA/VIH n'est pas

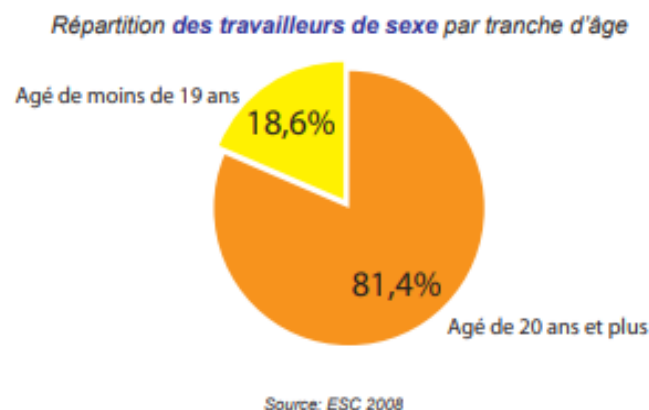


Figure 8 - Proportions de travailleurs du sexe en fonction de l'âge en 2008

élevée, ce n'est pas le cas des autres MST (chlamydiae, gonocoques, syphilis...) (6). Les professionnels du sexe font partie des populations les plus exposées. A Antananarivo, en 2009, on estime que 77,5% des prostituées ont une MST et 2,5% sont atteintes du VIH (14).

Une étude menée par l'institut Pasteur à Diego Suarez sur 299 prostituées pour le dépistage des MST en 1996 montre les résultats suivants (15):

- 22,7% ont présenté au moins un signe de MST, malgré les visites de dépistage mensuel des MST qui leurs sont imposées pour pouvoir renouveler leur carte professionnelle,
- 39% sont positives à la Syphilis
- 1,3% sont positives au VIH,

L'âge moyen de ces femmes incluses dans l'étude est de 27 ans ; Les prostituées prises en compte ont entre 14 ans et 49 ans et 59,2% se trouvent dans la tranche d'âge 20/29 ans.

Quelles IST ont été retrouvées :

- association trichomonas et gonococcies = 14,7%
- gonocoques = 7%
- trichomonas = 9,4%
- candida = 2,7%

Les symptômes décrits : brûlures, pertes vaginales, prurit, douleurs.

A propos du nombre de partenaires par semaine

- 1 = 20,7%
- 2 = 57,9%
- 3 = 17,7%
- plus de 3 = 3,7%

Prise en charge des MST, enquête de l'Institut Pasteur en 2000 (16)

Les femmes enquêtées ont décrit des douleurs abdominales basses. On retrouve surtout des cas de gonocoques associés à chlamydiae, ensuite on a le trichomonas et le moins fréquemment retrouvé est la candidose.

Les femmes qui vivent en ville sont mieux informées sur les MST que celles qui vivent en campagne. Cette connaissance dépend aussi du niveau d'instruction, donc on retrouve bien là l'importance du facteur « éducation » (17). Majoritairement, on retrouve des comportements sexuels à risques du fait de ce manque d'accès à

l'éducation.

A propos du SIDA/VIH, c'est la maladie sexuelle la mieux connue et qui a la plus faible prévalence. La principale source d'information est constituée par les stations de radio(17). De nombreuses croyances et informations erronées sont aussi véhiculées sur la transmission du SIDA : par les piqûres de moustiques, par les baisers, par l'alimentation ou en touchant une personne atteinte.

Selon l'enquête menée par Georges Gonzales, Jocelyne Andriamiadana et Adeline Ranaivo pour l'INSTAT en 1997, un tiers des femmes interrogées ayant connaissance du SIDA savent que des moyens existent pour se protéger de sa transmission. Cependant, un autre tiers des femmes interrogées croit qu'il n'y a pas de moyen d'éviter la transmission, alors qu'un tiers n'a aucune idée sur la question. Il n'y a pas de traitement, c'est une maladie mortelle et il existe une transmission mère-enfant. Malheureusement, 61% des femmes de l'enquête ne savent pas où trouver des préservatifs pour s'en protéger (17).

- **Maternité**

D'après l'ENSOMD, « en 2012, 37% des jeunes filles de 15 à 19 ans ont commencé leur vie féconde. Ce chiffre est 2,5 fois plus élevé en milieu rural (42%) qu'en milieu urbain (17%) ». Le nombre de grossesses précoces entre les 15 à 19 ans est de 27,9% (4).

Décès maternel et néonatal

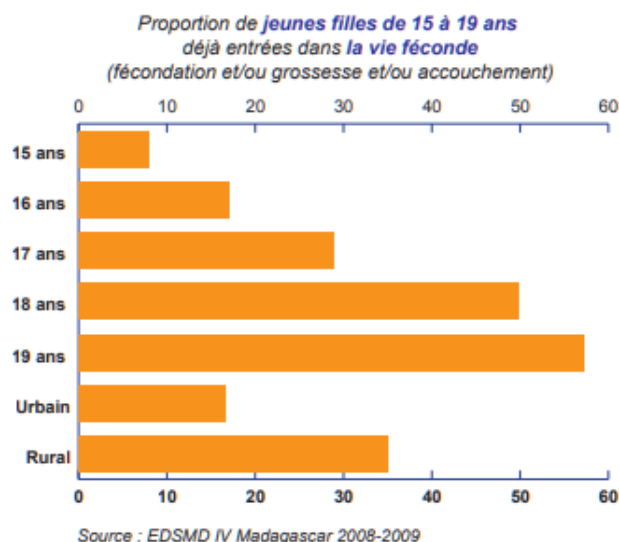


Figure 9 - Proportion des 15 - 19 ans ayant déjà été enceinte de 2008 à 2009 (*Les Jeunes à Madagascar*)

Il a été relevé 22 cas de décès maternel dans 10 districts en décembre 2018 : lesdits décès sont dus à 60% aux cas d'infections puerpérales et à 40% à des hémorragies post-partum (12).

Selon l'ENSOMD (2012-2013) : 34% des grossesses sont des grossesses adolescentes, 61% des accouchements se passent à domicile, et en 2018, on compte 40,9% de prévalence contraceptive (4).

Moins de 45% des accouchements se font en présence d'un personnel qualifié en 2012 selon l'INSTAT (1). L'accouchement se déroule souvent au domicile des parents de la femme selon la coutume, et elle doit y rester pendant 3 mois. La famille fait alors appel à un professionnel en cas de complications ; une matrone peut aussi être présente. L'âge moyen pour la première grossesse est de 18 ans et les femmes ont environ 4,8 enfants.

Une mère âgée de moins de 20 ans aura un bébé de petit poids et un risque de mortalité avant un an, élevé (9).

La grossesse et l'accouchement sont les causes majeures de décès chez les adolescentes. Le manque d'assistance lors d'un accouchement compliqué peut causer le décès de la mère et de l'enfant, la mère peut souffrir de séquelles telles que les fistules obstétricales par exemple. On estime que dix femmes décèdent suite à des complications liées à la grossesse chaque jour. Parmi elles, trois ont entre 15 ans et 19 ans (4). Le manque d'argent, le manque de personnel qualifié et l'isolement géographique de certaines familles sont des barrières à l'accès à un système de santé adéquat.

Il est important de préciser que 163 grossesses sur 1000 concernent des adolescentes de 15 à 19 ans (4).

- **Contraception**

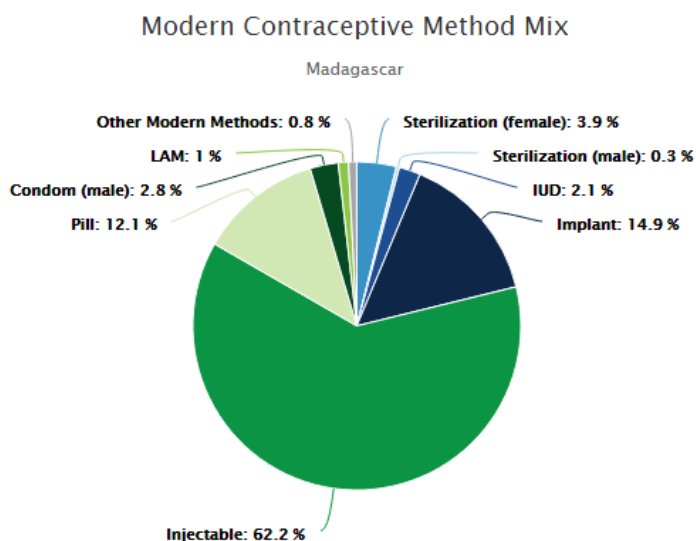


Figure 10 - Les différents moyens de contraception utilisés en 2016 à Madagascar (Enquête TraC 2017)

En 2018, le taux de prévalence contraceptive est de 40,9% à Madagascar. L'objectif fixé est de 50% pour 2020 (4). Il reste ainsi encore un effort à parcourir pour atteindre cet objectif. Pour cela, l'Etat prévoit de développer les centres de planning familial et une augmentation du budget alloué à l'achat de contraceptifs.

La méthode de contraception la plus utilisée (figure 10) est l'injection de progestatif, puis l'implant et enfin la pilule. L'injection de progestatif se fait une fois tous les trois mois et assure une contraception fiable.

Pour l'accès à la pilule, la difficulté est de pouvoir s'en procurer à bas coût mais aussi de trouver des produits de qualité, donc non falsifiée.

- **Autres pathologies**

On dénombre de nombreux cas de rougeole alors qu'il existe bien un moyen de prévention par la vaccination.

Les autres pathologies les plus couramment retrouvées sont le paludisme, la tuberculose et les infections respiratoires aiguës.

En 2010, les maladies les plus souvent répertoriées sont :

- 40% de fièvre et paludisme,
- 12,4% de diarrhée,
- 8,8% de toux persistante (plus de 3 semaines),
- 7% d'infections respiratoires aiguës

En 2010, on retrouve les IST à 0,4% par rapport aux autres maladies/symptômes (6). On notera aussi la présence d'autres pathologies tels que les problèmes bucco-dentaires, les maladies de la peau, les hypo ou hypertensions, les maladies de l'œil, les troubles gynécologiques, la rougeole et les maladies mentales (9). La cause principale du fort taux de diarrhée et de fièvre est le péril fécal, le contact avec la terre, l'alimentation et l'eau souillées : tout cela provoque des gastro-entérites. Les logements surpeuplés et mal ventilés facilitent la contamination et la transmission de la rougeole, de la tuberculose, des infections respiratoires. On retrouve aussi des cas de fièvre typhoïde, d'hépatite virale, de choléra, d'amibiases. En saison sèche, on rencontre plus d'infections respiratoires alors qu'en saison des pluies, il y a une prédominance de diarrhées.

Il est important de relever que Madagascar est l'un des 10 pays au monde où la lèpre est toujours présente. Il y a eu notamment une réémergence de la peste en 2013 (9).

II. La prostitution infantile à Madagascar

II. A. Etat des lieux

Malgré les vies différentes de ces petites filles et leurs situations, on constate à Madagascar deux types de prostitution :

- une prostitution de **survie** qui concerne les classes de population les plus pauvres, et qui est la majorité des cas (2) ;

- un autre type de prostitution, plus « matérialiste », qui concerne **des classes moyennes voire aisées** : les jeunes adolescents souhaitant acquérir les derniers produits à la mode, ou accéder à plus de confort ; ils vont avoir recours à la prostitution, même si celle-ci est moins régulière et déguisée, qui serait, de plus, favorisée par l'utilisation des réseaux sociaux. Il y a souvent une incitation de l'entourage, des amis proches. Les jeunes filles vont rencontrer leurs clients dans des lieux privés ou à la sortie de l'école. Les parents ignorent ou font semblant d'ignorer la situation par honte vis-à-vis de la communauté (5). L'exploitation sexuelle se banalise également à la sortie des écoles. On observe des voitures aux vitres teintées qui récupèrent les enfants à l'école. La prostitution représente pour les jeunes adolescentes de l'argent facilement gagné.

a. Qui elles sont

Les chiffres de la prostitution sont en constante augmentation : on dénombre de plus en plus de petites filles prostituées même s'il est difficile de donner leur nombre exact car elles ne se laissent pas approcher ; elles se cachent même parfois. Il existe le problème du rapport entre l'« offre » et la demande : le nombre de petites filles et jeunes filles prostituées étant en constante augmentation, elles acceptent des tarifs bas, sinon très bas ainsi que des conditions inhumaines dans les pratiques. Il y a ainsi un risque et des dangers de mauvais traitements (5).

L'âge d'entrée dans la prostitution est d'environ 13 ans (5) pour les filles et plus tard pour les garçons qui, eux aussi, sont concernés. Les faits de prostitution chez les garçons sont liés à l'homosexualité, depuis peu, dépénalisée mais il persiste un rejet de la part de la population. C'est pourquoi, cette prostitution est très mal vue et honteuse. Contrairement à la prostitution des jeunes filles mineures post-pubères, elle n'est pas acceptée par la population d'où la rareté des informations la concernant.

La grande partie visible des jeunes filles qui se prostituent sont celles de 15 ans environ (5). En effet, cela ne choque pas si la jeune fille a un corps de femme. Mais des filles plus jeunes se prostituent également en se cachant car la prostitution des petites filles reste un tabou pour la population.

Ces enfants n'ont, pour la plupart, pas eu accès à une scolarité complète et ne sont pas scolarisés : 38% des prostituées n'ont pas terminé l'école primaire. C'est une population très difficile à atteindre (14).

b. Où les rencontrer

Les lieux où les petites se prostituent sont les suivants : les trottoirs, les restaurants, les bars, les établissements karaokés, les salons de massage, les boîtes de nuit... Ce sont normalement des lieux interdits aux mineurs mais il existe des trafics de fausses cartes d'identité qui permettent aux jeunes filles mineures d'entrer dans ces lieux. Les propriétaires ou les gérants des lieux ne procèdent pas aux contrôles nécessaires et ferment parfois les yeux quant à l'âge des jeunes filles pour attirer plus de clients dans leurs établissements. Il y a en outre la gratuité de l'entrée pour ces jeunes filles et les vazaha (le vazaha est le « blanc » en malgache). On constate alors qu'il existe tout un système avec une réelle forme de complicité.

c. Les acteurs et intermédiaires impliqués

Différents intervenants et intermédiaires peuvent participer au système : les chauffeurs de taxi, certains gérants d'hôtels, parfois même certains guides touristiques... Ceux-ci reçoivent souvent des commissions. Mais il peut arriver qu'il y ait l'intervention des amis, des femmes adultes prostituées, voire des membres de la famille ou des parents.

d. Qui sont les clients

On relèvera de prime abord le tourisme sexuel : les clients sont alors souvent des hommes de plus de 40 ans (5), des **nationaux** en mission professionnelle, des conducteurs de camions ou de taxis. Mais il peut s'agir parfois des touristes étrangers en vacances pour

quelques jours et, plus exceptionnellement, des marins qui arrivent dans les ports de l'île (Toamasina, Diégo Suarez, Mahajanga).

Les touristes sexuels nationaux¹ sont plus nombreux que les touristes étrangers. Des réseaux de prostitution se mettent même en place entre les différentes agglomérations. Les villes les plus touristiques et les lieux d'exploitation minière sont les plus concernés. Il faut savoir que seulement 10% des clients sont des touristes et 90% sont des voisins, des connaissances, des hommes des environs.

e. L'attrait des clients pour les enfants

Les jeunes adolescentes sont plus vulnérables, plus discrètes mais aussi plus naïves, donc plus influençables, plus accessibles ; elles pratiquent aussi des tarifs moins élevés (5). Mais force est de constater, en tenant compte de l'importance de la prostitution infantile, qu'il existe chez certains clients de plus de 40 ans, surtout chez les plus de 60 ans, une tendance à la pédophilie, un net attrait pour les jeunes adolescentes.

f. Perception de la prostitution infantile par la population

Il y a peu d'enquêtes policières et de poursuites judiciaires dans le cas de la prostitution infantile. Bien que très mal perçue dans la société, l'exploitation des enfants est acceptée par certains parents, familles et amis, particulièrement dans la classe de population pauvre et dans les zones rurales, car elle représente un gain et une rentrée d'argent non négligeables eu égard à la misère des familles.

Ainsi, la prostitution n'est pas considérée comme une violence sexuelle dans le sens où il est supposé qu'il y a le consentement de l'enfant. Il n'existe aucune sensibilisation sur l'impact de ces pratiques sur la psychologie de l'enfant.

Perception de la majorité sexuelle par la population

On a pu relever que les hommes ont plus tendance à regarder le corps de la jeune fille que l'âge de celle-ci. Dès lors, une relation sexuelle avec une jeune fille pré-pubère, qui n'a donc pas le corps d'une femme, choque car constitue un tabou, et ce peu importe son âge. Inversement, une relation sexuelle avec une jeune fille mineure mais post-pubère, donc avec

¹ On qualifie de touriste, selon les normes internationales retenues par la Commission statistique de l'ONU, toute personne effectuant un voyage hors du domicile habituel pour au moins une nuit et au plus un an, peu importe le motif du voyage : il peut s'agir d'un motif professionnel.

un corps de femme, sera acceptée et ne choquera pas, malgré son jeune âge (2). Ce phénomène est encore plus accentué avec des vazaha. Les relations sexuelles avec ceux-ci sont même encouragées par la famille qui voit en eux une source d'enrichissement, par le biais éventuel d'un mariage ou, pour le moins, par l'apport de ressources financières. A ce niveau, il est utile, car parlant, de rapporter les cas anecdotiques et spécifiques que l'on dénomme dans les régions Nord (Diégo-Suarez) et Nord Ouest (l'île de Nosy Be) « couple soixante-quinze », appellation un tant soit peu ironique du couple mixte composé d'un homme, vazaha, d'environ la soixantaine et d'une adolescente malgache âgée autour de 15 ans (d'où « soixante » et « quinze »).

La prostitution infantile et l'exploitation sexuelle des enfants dans le tourisme font incontestablement partie des formes d'Exploitation Sexuelle des Enfants à des finalités Commerciales et mercantiles (ESEC) des plus dominantes à Madagascar. Ces formes sont ancrées dans la culture des villes côtières, notamment touristiques (Nosy Be, Diégo Suarez, Mahajanga...) (5). Pourtant, la loi pénale malgache interdit et réprime la prostitution des mineurs ; ceux qui en sont à l'origine, qui la favorisent ou l'incitent, ceux qui en tirent un profit, sont en principe punis. Or, la population est globalement au courant de la prostitution infantile qui est un phénomène bien connu de tous. Il existe ainsi une forme de banalisation qui fait qu'il est facile de rencontrer ou de se faire conduire jusqu'à des petites filles prostituées parce qu'elles sont connues (2).

II. B. Le cadre législatif et réglementaire

a. Les textes normatifs

Madagascar a participé à différents congrès, conférences et assemblées majeurs se rapportant, soit spécifiquement à la protection de l'enfance, soit intégrant un cadre plus général visant l'humanité dans sa globalité. Des conventions et autres accords internationaux et régionaux ont alors été ratifiés par l'Etat malgache. On citera :

1- la Convention internationale relative aux Droits de l'Enfant : adoptée en 1989 à New York par la quasi-totalité des Etats membres lors de l'Assemblée Générale des Nations Unies, met en avant notamment la protection des enfants contre toute forme de maltraitance.

2- la Charte africaine relative aux Droits et au Bien être de l'Enfant adoptée en juillet 1990 par l'Organisation de l'unité Africaine (OUA, aujourd'hui Union Africaine). Les droits qui y sont déclinés sont identiques à ceux de la Convention internationale de 1989, interprétés

dans le contexte africain. Relevons spécifiquement les dispositions de son article 27 relatif à la protection de l'enfant contre l'exploitation sexuelle aux termes desquelles :

Art. 27 : « *les Etats parties à la Charte s'engagent à protéger l'enfant contre toute forme d'exploitation ou de mauvais traitements sexuels et s'engagent en particulier à prendre des mesures pour empêcher :*

a) L'incitation, la coercition ou l'encouragement d'un enfant à s'engager dans toute activité sexuelle ;

b) L'utilisation d'enfants à des fins de prostitution ou toute autre pratique sexuelle ;

c) L'utilisation d'enfants dans des activités et des scènes ou publications pornographiques. »

3- la Convention de l'OIT n°182, adoptée en 1999 : elle vise l'interdiction des pires formes de travail des enfants et la mise en place d'actions immédiates en vue de leur élimination ; la prostitution, prévue par l'article 3 de la Convention, fait partie des pires formes de travail.

4- la Convention pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la prostitution d'autrui, adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies en décembre 1949 et signée par Madagascar en 2001.

5- le Congrès mondial contre l'exploitation sexuelle des enfants, le premier du genre, qui s'est tenu à **Stockholm du 27 au 31 août 1996**. Stockholm, qui est le premier congrès à des fins commerciales. Ont suivi les congrès de **Yokohama en 2001** et de **Rio en 2008** (5) sur le même thème, qui ont eu pour objectif d'évaluer les progrès et les lacunes de la mise en application des objectifs de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales.

6- le droit interne : le droit malgache intègre différents textes législatifs et réglementaires relatifs à la lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants et la prostitution. On notera particulièrement les dispositions suivantes :

- **le Code pénal** qui, en son article 333 ter, donne notamment les définitions, d'une part, de la notion d'enfant en droit positif malgache et, d'autre part, celle de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales laquelle présente l'intérêt de n'accorder aucune importance à l'existence ou non du consentement de l'enfant.

Art. 333 ter alinéa 1 : « Un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix huit ans. »

Art. 333 ter alinéa 4 : « L'exploitation sexuelle d'un enfant de l'un ou de l'autre sexe, à des fins commerciales, s'entend comme étant l'acte par lequel un adulte obtient les services d'un enfant pour faire des rapports sexuels en contrepartie d'une rémunération, d'une compensation ou d'une rétribution en nature ou en espèces versée à l'enfant ou à une ou plusieurs tierces personnes prévues par les articles 334 à 335 du code pénal avec ou sans le consentement de l'enfant. »

- **le décret n°2007-563 relatif au travail des enfants du 3 juillet 2007** qui, en son article 13, interdit l'exploitation sexuelle des enfants sous toutes ses formes et définit, notamment, la prostitution :

Art. 13. alinéa premier : « Le recrutement, l'utilisation, l'offre et l'emploi des enfants de l'un ou l'autre sexe à des fins de prostitution, de production de matériel pornographiques, l'exploitation sexuelle à des fins commerciales sont interdits »

2^{ème} tiret de l'alinéa 2 : « Le terme « prostitution des enfants » ou « exploitation sexuelle à des fins commerciales » désigne toute utilisation d'un enfants aux fins d'activités sexuelles contre rémunération ou autre forme d'avantage »

- **La loi n°2007-038 du 14 janvier 2008 modifiant et complétant certaines dispositions du code pénal sur la lutte sur la traite des personnes et le tourisme sexuel** qui prévoit, notamment, que le trafiquant et le client sont punis des mêmes peines ; les peines sont même plus lourdes lorsqu'il s'agit d'un membre de la famille :

Art.334 ter : « Quiconque embauche, entraîne ou détourne en vue de la prostitution, une personne même consentante est punie de la peine de deux (02) à cinq (05) ans et d'une amende de 1 000 000 Ar à 10 000 000 Ar.

Si l'infraction a été commise sur la personne d'un enfant, de l'un ou de l'autre sexe, au dessous de l'âge de quinze ans, l'auteur est puni des travaux forcés à temps. »

Art.334 quinto : « Quiconque aura consommé des rapports sexuels avec un enfant contre toute forme de rémunération ou tout autre avantage et puni de la peine d'emprisonnement de deux (02) à cinq (05) ans et d'une amende de 1 000 000 Ar à 10 000 000 Ar ou l'une des deux peine seulement.

La tentative est punie des mêmes peines.»

Art.335.2 : « Les pères et mères ou autres ascendants, qui encouragent directement ou indirectement la prostitution enfantine en la laissant mener un train de vie libéral et indépendant, favorisant l'exploitation et/ou le tourisme sexuel à son égard tant sur le plan national que dans le cadre international, sont punis de la peine cing (05) à dix (10) ans d'emprisonnement et d'une amende de 4 000 000 Ar à 20 000 000 Ar ou l'une de ces deux peine seulement.

Les mêmes peines sont appliquées si l'auteur est soit le frère ou la sœur de la victime mineure ou toute personne qui occupe une position similaire au sein de la famille, soit toute personne cohabitant habituellement ou occasionnellement avec elle et qui a autorité sur elle. »

b. En pratique

- **Sur l'application de la loi et l'accès à la justice**

On a relevé une méconnaissance manifeste de la loi par le citoyen. Cela entraîne des difficultés quant à l'application même de la loi et instaure un contexte de corruption majeur au sein de la société malgache. Ainsi, le traitement des affaires judiciaires en est fortement entravé et, malheureusement, la résolution des affaires, notamment celles relevant d'abus sexuels sur mineurs, ne fait pas d'exception. Les auteurs d'infractions monnaient le silence des familles pour éviter les plaintes. Il peut arriver que les familles elles-mêmes sollicitent cette voie pour éviter une honte au niveau de la communauté, pour obtenir de l'argent ou pour éviter d'être confronté face à une partie adverse plus influente (5). Cette pratique de la corruption, très présente dans le système politique et administratif, est couramment encouragée par les hommes politiques et les agents publics eux-mêmes. Les forces de l'ordre et le système judiciaire sont malheureusement aussi concernés (18).

Ces situations conduisent dans certains cas les victimes à éviter de porter plainte. La loi prévoit pourtant l'obligation de signalement pour lequel tout manquement constitue une infraction de non assistance à personne en danger. Les signalements sont reçus par différents organismes : les responsables du Fokontany, la Police des Moeurs et de la Protection des Mineurs (PMPM), les Centres d'écoute et de conseils juridiques, la ligne verte spécialisée dans la violence contre les mineurs, les cliniques juridiques (au nombre de 6, créées par le ministère de la justice et mises en place par des associations pour assister les personnes vulnérables dans les enquêtes de police et les procédures judiciaires) (2).

Il n'existe sur toute l'île que 14 juges pour enfants et un seul travailleur social attaché aux tribunaux (5). Par ailleurs, il n'y a quasiment aucune structure publique d'accueil et de réadaptation des enfants en danger.

Il existe bien des centres de rééducation mais ceux-ci ne sont pas adaptés. Les juges travaillent alors avec des centres privés et des ONG habilités par le Ministère de la Justice à accueillir des mineurs (4).

La PMPM ne dispose pas de salles d'audition adaptées pour accueillir des enfants. Les services d'aide sociale à l'enfance sont quasi-inexistants : des formations d'assistants sociaux et d'éducateurs spécialisés sont dispensées mais il y a très peu de structures leur permettant d'exercer. Aucun centre d'accueil pour les jeunes victimes d'ESEC n'a été mis en place.

Il y a eu en 2010 la création à Antananarivo d'un pool d'avocats gratuits (5) pour le traitement pénal des affaires concernant les femmes et enfants défavorisés. Mais la structure est confrontée au système judiciaire corrompu ainsi qu'au manque de temps et de moyens.

Enfin, le fond d'indemnisation des enfants victimes n'existe pas.

- **Sur la corruption**

La corruption publique et l'enrichissement illicite des agents publics, phénomènes rencontrés dans tous les pays du monde, sont condamnés par l'ONU dans le cadre des conventions ratifiées par la majorité des Etats membres. Cependant, vu la différence des systèmes juridiques desdits Etats, il n'est pas aisé de lutter de manière uniforme contre ces phénomènes. De même, il est souvent difficile de prouver les actes pouvant conduire à la condamnation des auteurs des agissements de corruption.

Madagascar a ratifié la convention de lutte contre la corruption le 19 août 2004 (18). L'Etat malgache a, par la suite, élaboré un « arsenal législatif anticorruption conforme » dans le but de mettre en place une pénalisation des infractions de corruption.

Le fléau de la corruption a pour effet de « rendre les politiques de développement inopérantes en soustrayant les financements de leurs destinations originales et en dérégulant le fonctionnement régulier des institutions chargées de les mener » (Conseil supérieur de lutte contre la corruption).

Malgré les normes législatives et réglementaires édictées, la corruption n'a pas diminué. En 2002, l'Etat a mis en place un Conseil Supérieur de Lutte Contre la Corruption dont le but est d'établir une stratégie permettant de lutter contre la

corruption par la création de nouvelles lois. Les lois n°2004-030 du 9 septembre 2004 et n°2016-020 du 1^{er} juillet 2016 sont les bases législatives du système anticorruption. Le chef d'Etat de l'époque avait, au nombre de ses conseillers spéciaux, Madame Eva Joly, ancienne juge d'instruction au pôle financier du tribunal de Paris et ancienne députée européenne, laquelle était spécifiquement chargée du domaine de la lutte anti-corruption.

Les élites avaient ainsi une obligation de déclaration de patrimoine. Cette obligation vise à contrecarrer le discours selon lequel si ces élites usaient de la corruption pour s'enrichir personnellement et de façon illicite, cela constituerait un exemple néfaste pour le peuple qui agira de même.

Les lois sur la lutte contre la corruption s'appliquent aussi à toute personne exerçant les fonctions d'officier de police économique et de police judiciaire. Il y a cependant une forte réticence de la part des personnes visées par les textes à déclarer leurs revenus même si cela constitue une obligation légale. On relèvera d'ailleurs que ces déclarations sont confidentielles, à l'opposé du système français où elles sont accessibles à tous. Cette règle de la confidentialité pose question et donne une impression de « l'entre-soi » nettement ressentie par l'opinion publique (18).

Pour valoriser la notion d'intégrité (18), l'Etat veut développer le « Système National d'Intégrité », pour éviter l'effet « boule de neige » et éviter l'impunité de la corruption. La base de cette notion est le principe de conscience, la sensibilisation du public et les valeurs de solidarité sociale. Cela implique une politique éducative nécessaire à la promotion des valeurs à l'opposé du système de corruption.

Les secteurs les plus touchés par la corruption sont le secteur exécutif, le législatif, les médias, les médiateurs, la justice, le secteur privé. Il est alors difficile de quantifier le taux de corruption. La gravité du phénomène est telle que les citoyens perdent confiance dans les institutions et peinent à dénoncer les infractions de corruption. C'est ainsi que la succession d'instabilités politiques a aggravé le phénomène de corruption qui, outre les élites, s'est répandu à l'ensemble de la société malgache du fait des incertitudes politiques à répétition et des conséquences économiques qui en découlent. Il est alors urgent de faire prendre conscience à la population des méfaits et de l'impact négatif du phénomène de la corruption. Dans cet objectif, la loi a aménagé une protection du dénonciateur par l'anonymat ; ce qui en pratique, n'est malheureusement pas appliqué.

En conséquence, il y a une impression, si ce n'est une réalité, d'une justice à deux

vitesses, fonction de la puissance, du statut ou de la renommée du justiciable concerné.

II. C. Lutte contre la prostitution des mineurs

a. L'Etat

L'Etat tente de lutter contre l'ESEC par l'aménagement, la rédaction et la publication de tout un arsenal législatif tendant à la protection des droits des enfants et particulièrement des filles. Ainsi, on a pu noter la promotion des droits par les campagnes de sensibilisation et les actions spécifiques telle l'obligation de scolariser les filles. Différents comités et commissions ont alors été mis en place pour assurer la pérennité de ces actions.

Dans la même finalité, la ligne téléphonique gratuite dite « ligne verte n°147 » a été activée en 2011 : elle permet de signaler aux services de police les cas de violence ou de maltraitance envers les enfants. Une autre ligne téléphonique dénommée « Allo Fanantenana » (5) (« Allo Espoir »), la ligne n°511, permet d'établir une écoute, de donner différentes informations, d'apporter un soutien, d'orienter les jeunes sur les IST, la santé sexuelle et reproductive, les abus et la violence, la dépendance à l'alcool et aux drogues, la prévention et la promotion des droits de l'enfant et des jeunes. Ces deux lignes sont cependant des initiatives privées.

Une coordination nationale de la prévention existe mais son action est de faible ampleur. Comme précédemment relevé, un pool d'avocats traitant gratuitement les affaires pénales concernant des femmes et des mineurs défavorisés victimes de violences, a été créé à Antananarivo avec l'aide de la Coopération française. Des formations continues sont proposées annuellement aux stagiaires de l'Ecole nationale de la Magistrature et des Greffes pour ceux traitant des affaires concernant les enfants. On dispense les mêmes formations aux magistrats, officiers de police judiciaire, avocats, responsables pénitentiaires, personnels de santé publique et travailleurs sociaux.

Le gouvernement a aussi pris l'initiative, avec l'assistance de l'UNICEF qui a déjà initié ce système dans d'autres pays, de former par le service pour la santé de la reproduction des adolescents de la Direction de la Santé de la mère et de l'enfant ce qu'on dénomme les jeunes pairs éducateurs (5) : ce sont des jeunes issus du même milieu que les petites filles prostituées, qui sont de leur tranche d'âge et qui pourront de ce fait approcher plus facilement et plus directement les petites filles en vue de leur sensibilisation. Par ailleurs, des formations sur la sexualité et le VIH/SIDA sont organisées dans les écoles

et intégrées au programme scolaire depuis septembre 2019. Des affiches pour l'information et la promotion du dépistage du VIH sont aussi exposées dans les villes (voir Annexes 1 et 2).

La société civile et le secteur privé sont, eux aussi, impliqués dans les différentes actions de prévention par la formation du personnel des établissements, l'information aux voyageurs, la distribution de brochures et de catalogues, la création de pages d'accueil de sites internet... Tout cela a été mis en place dans le but d'une prise de conscience générale du statut de victime des mineurs ainsi de la connaissance et la maîtrise de la législation en vigueur (2).

Le manque récurrent de ressources, tant en personnel qu'en matériel, entrave cependant le bon fonctionnement et la réussite de ces initiatives.

Les différents plans mis en place par l'Etat

- **Plan d'Action du Programme Pays 2015-2019** : ce plan tend à la diminution de la pauvreté en ciblant les femmes et les jeunes adolescentes ; il vise aussi à la baisse de la mortalité maternelle et néonatale. Quatre priorités ont alors été fixées :
 - améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité ;
 - accroître l'accès des jeunes à l'information, l'éducation sexuelle et aux services ;
 - prévenir et agir contre les violences basées sur le genre ;
 - rendre disponibles les données pour mettre en œuvre des programmes efficaces basés sur les évidences.

Le but fixé est de développer un cadre de protection sociale. Divers freins bloquent toutefois l'exécution du plan : le manque de financement, la rotation trop fréquente du personnel administratif, l'absence d'engagement et de motivation de la part des fonctionnaires, la corruption... Ainsi, il y a un manque manifeste de volonté et de compréhension des enjeux ; l'instabilité et les changements politiques ont contribué à rendre difficile la mise en application du Plan d'Action National contre l'ESEC.

Ce Plan d'Action est aujourd'hui expiré et il n'a pas été renouvelé. A partir de 2015, il y a une reprise des stratégies ministérielles et avant cette année, il n'y avait plus eu de document sur l'évaluation du programme (5).

- **Plan national d'action pour la lutte contre le travail des enfants à Madagascar** (PNALTE) dont le projet BIT/IPEC – TACKLE : son objectif est de réinsérer les enfants par la scolarisation et l'éducation afin de lutter contre le travail qu'on leur impose. Là encore, l'instabilité et les changements politiques ont rendu difficile sa mise en application et comme précédemment, il y a eu depuis 2015 une reprise des stratégies ministérielles. Avant cette année, il n'y avait plus eu de document sur l'évaluation du programme.

- **Plan d'action pour la lutte contre les violences faites aux enfants** : il comporte 9 objectifs constitués par la sensibilisation du public aux droits de l'enfant, la compatibilité entre législation nationale et les instruments juridiques internationaux, le renforcement des capacités des acteurs oeuvrant dans la protection de l'enfant, l'étendue sur l'ensemble du territoire des services de protection de l'enfance, la visibilité des services de protection de l'enfant, la mise en place du mécanisme national de coordination des activités de protection de l'enfance, l'inscription dans la loi des finances d'une ligne budgétaire pour la lutte contre la violence envers les enfants, la mise en place d'un service de collecte et de traitement des données et d'informations, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du plan.

- **Mise en place de structures et d'institutions pour garantir les droits des enfants**: divers structures, manifestations, stages et formations ont été créés tels la Commission de réforme des Droits de l'enfant, le Comité interministériel pour la jeunesse, la Journée internationale de la jeunesse du 12 août, le Comité national de lutte contre le travail des enfants, les Réseaux de Protection des Enfants (développé plus en détails plus bas). On relèvera aussi la formation des différents acteurs des droits de l'enfant (dont la lutte contre le tourisme sexuel dispensé par l'ECPAT à la police et gendarmerie nationale). On relèvera de même les actions spécifiques du ministère du tourisme par l'apposition d'affiches (voir Annexes 3, 4, 5 et 6), la distribution de flyers, la sensibilisation et la formations etc... dans les hôtels.

Des sessions de formations peuvent être initiées au niveau des districts pour les membres des services de police et de gendarmerie, pour les magistrats et les directeurs d'école. Il en est de même au niveau communal, à destination des médecins, des autorités locales, des enseignants, des chefs traditionnels, des associations, des représentants de groupes de jeunes...

- **Les Réseaux de Protection de l'Enfant (RPE)** : il a été créé 765 de ces RPE auprès des districts. Cependant, seulement 450 d'entre eux étaient actifs en 2014 (5) et les réunions des RPE qui devaient se tenir une fois par mois n'ont pas eu lieu. On citera l'exemple du Comité restreint du RPE de Diégo-Suarez qui, en principe, est ainsi composé : le Directeur régional de la population et des affaires sociales, de la PMPM, le juge pour enfants, le substitut chargé des mineurs, un représentant de l'ONG Population Service International, un représentant de l'ONG Cœur et Conscience et un médecin (5). Un comité composé d'autant de membres ne peut que rencontrer des difficultés de coordination liées, par exemple, à la mutation des responsables fonctionnaires, à la charge de travail, mais aussi à d'éventuels manques de motivation...

Pour résumer les actions du gouvernement pour lutter contre la prostitution infantile, nous comprenons qu'il insiste sur :

- la prévention à différents niveaux institutionnels et auprès des enfants et de leurs familles pour éviter l'accroissement du nombre d'enfants prostitués,
- le renforcement des capacités des acteurs institutionnels et privés, développement de mécanismes de signalement des cas de tourisme sexuel impliquant des enfants ou encore par le soutien direct des enfants victimes via les partenaires locaux,
- la lutte contre l'impunité face à l'exploitation sexuelle des enfants dans le tourisme,
- le renforcement des outils de signalement,
- la prise en charge des victimes de l'exploitation sexuelle.

b. Les ONG et les associations

Les associations et organisations non gouvernementales (ONG) originaires de divers pays du monde, présentes à Madagascar, agissent dans plusieurs domaines notamment celui de la santé où de nombreuses ONG tentent, tant bien que mal, de pallier à l'incapacité, aux difficultés et aux dysfonctionnements de l'Etat à conduire une politique de santé publique qu'il a lui-même définie et, de là, à maintenir la population dans de bonnes conditions de santé.

La lutte contre la prostitution des enfants n'est pas un combat facile du fait de plusieurs facteurs, le principal étant la grande précarité des familles voire l'extrême pauvreté dans les

zones rurales. Les ONG, malgré leurs apports réels même dans la lutte contre la précarité, ne sont pas et ne seront pas en mesure de supprimer à elles-seules cette pauvreté. Dès lors, la prostitution dans sa globalité mais aussi malheureusement la prostitution des enfants ne vont pas disparaître, de même que les clients. Il est ainsi nécessaire de reporter majoritairement les axes de lutte sur d'autres facteurs, le premier étant l'éducation et la formation professionnelle des petites filles.

Une seconde voie, elle aussi importante dans l'amélioration du quotidien de ces enfants et pour leur assurer un avenir en bonne santé, est de leur apporter une aide sanitaire et des conseils concernant l'hygiène au quotidien. Cela leur permettra préalablement d'avoir la force physique et leur assurer une santé nécessaire pour avoir une activité normale telle que suivre des études ou une formation professionnelle et éventuellement travailler. Mais accorder aux petites filles la possibilité d'accéder à une aide sanitaire et à une hygiène quotidienne adéquate leur permettra déjà tout simplement, de vivre sur une durée plus longue, sans handicap ni maladie.

Certaines ONG oeuvrent spécifiquement au bénéfice des femmes et des enfants exploités sexuellement. Nous citerons :

- l'ONG **Groupe Développement** : elle a créé un centre d'accueil de jour pour les femmes exploitées par la prostitution et leurs enfants à Isotry (Antananarivo) ainsi qu'un refuge de nuit et un foyer d'accueil. Groupe Développement et ECPAT France ont mené, en collaboration avec le gouvernement, des actions pour lutter contre le tourisme sexuel et la prostitution des mineurs au niveau des aéroports ainsi que dans les hôtels, les bars, les boîtes de nuit (2) ;

- les ONG **Centre Manda, Energie, Aïna, ManaoDE, Akany Avoko, Ambohidratrimo, Enda Oi, Don Bosco, Graine de Bitume** qui oeuvrent dans la réinsertion des victimes (5). Ainsi, l'association **ManaoDE** accueille les enfants dans un centre de jour et dans un gîte de nuit et travaille avec les familles sur le long terme en proposant des activités culturelles et artistiques, une éducation à l'hygiène et à la santé, la scolarisation ou la formation professionnelle.

Quant à l'association **Aïna**, elle apporte une aide à la professionnalisation et a mis en place une crèche solidaire pour les filles mères adolescentes et leurs bébés. Des cours de planning familial, d'éducation à la parentalité, de remise à niveau scolaire ou de formation professionnelle y sont dispensés ;

- l'**ECPAT** : cette ONG française qui lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants, notamment à Madagascar, a mis en place un projet pour aider les petites filles qui se prostituent. Elle suit trois axes : aider les petites filles directement en les protégeant, en leur apportant une éducation sexuelle et affective mais également, en sensibilisant la population masculine malgache à la lutte contre l'exploitation sexuelle de ces filles (2) ;
- l'**Association Française d'Aide aux Filles et aux Femmes en Détresse (AFFD)** et les **Sœurs de Tomboarivo** sont les deux seules associations répertoriées qui ont tenté d'aider les petites filles prostituées d'Antsirabe. Cela s'explique par le fait que ce genre d'opération comporte des risques et très peu d'associations osent s'y lancer. Ces deux institutions ont fait de lourds investissements dans des infrastructures, notamment par la création d'un foyer pour accueillir ces jeunes filles et les aider à se réinsérer par l'alphabétisation et par la formation professionnelle. Ces associations ont cependant rencontré deux principaux obstacles : le besoin de liberté et d'indépendance financière des enfants. Les jeunes adolescentes ont du mal avec le principe de l'internat et ses règles et ne respectent pas les horaires ainsi que la discipline imposés. Elles finissent par quitter le foyer pour retourner dans la rue où elles sont libres de vivre au rythme qu'elles souhaitent et, avec les gains financiers de leurs actes de jeunes adolescentes prostituées, de s'acheter ce dont elles ont envie ;
- l'association **AFAFI** : elle permet une prise en charge médicale des enfants et de leur famille;
- l'association **SISAL** : elle propose un accompagnement, une consultation et un suivi psychosocial des personnes séropositives au sein du foyer « Sambonaina ». Elle aide aussi à dépister d'autres IST, trichomonose, syphilis... et à lutter contre ces maladies;
- l'association **Tsiry** : elle se concentre sur la lutte contre l'illettrisme et sensibilise les familles à l'éducation, au développement social et économique ;
- le **Programme PASMI** (19) agissant à Toliary et Antananarivo, aborde la problématique de la santé sexuelle et reproductive, centrée sur les droits et l'égalité des genres, la sexualité des jeunes. Il aide à mieux connaître son corps et son fonctionnement. Ce programme aborde aussi le sujet des IST, du VIH et du dépistage. Il précise alors les services de soins accessibles et disponibles. Les hommes sont intégrés au programme ;
- l'association **SPV Felana** à Androvakely : elle œuvre depuis dix ans et participe à l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers par le biais de la formation professionnelle et du développement durable.

Il est un fait constaté que la voix des enfants n'est pas suffisamment entendue. Il est vraisemblablement nécessaire d'impliquer les enfants dans la réflexion pour qu'ils se sentent concernés par les mesures de protection qui leurs sont destinées (5). Des projets ont été mis en place tel le Parlement des enfants à Madagascar. De même, des Clubs des Jeunes Reporters ont été créés par l'UNICEF pour impliquer les mineurs dans la lutte pour la protection des droits des Enfants. Ces mineurs rédigent eux-mêmes des rapports et peuvent participer à la sensibilisation au niveau des établissements scolaires sur les questions liées aux MST et au VIH de même que les sujets sur l'ESEC (5).

III. L'association Espoirs d'Enfants

III. A. Présentation

L'association Espoirs d'Enfants est une ONG française créée fin 2011 par Isabelle Legendre dans le but de venir en aide aux enfants du monde sujets de mauvais traitements, exploités ou contraints de travailler et démunis ou exclus de la société. Les actions de l'association passent aussi par un soutien aux familles pour qu'elles puissent développer des activités économiques et subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants sur du long terme.

L'association permet aux familles, par ses actions, d'avoir des revenus réguliers, nécessaires à l'amélioration des conditions de vie. Ces familles sont alors en mesure de subvenir aux besoins de leurs enfants en termes d'alimentation variée, de santé et d'hygiène mais aussi de scolarité et, ainsi, d'assurer une meilleure santé et un avenir meilleur (20). L'association cherche à promouvoir la protection de l'enfance par des actions de sensibilisation à leur cause en France et également dans les pays représentés : le Bénin, Madagascar et l'Inde. Les actions sont menées dans le respect des cultures et des pratiques locales (20). Elles passent principalement par la formation et la transmission de connaissances, données immatérielles pérennes qui peuvent être valorisées, mises à profit et transmissibles dans le temps. Dès lors, il ne s'agit pas d'assistantat : les familles restent autonomes et peuvent développer leurs propres acquis.

Par ses projets, l'association met en exergue la durabilité, l'autonomie et le long terme. Elle apporte aux familles un soutien de manière à ce qu'elles puissent elles-mêmes créer leurs propres richesses. Ainsi, dans le cas où l'association ne sera plus en mesure d'apporter son

assistance, les familles seront capables de subvenir à leurs propres besoins grâce à un savoir, à des techniques et à des outils qu'elles auront acquis. Mais elle tend aussi à permettre aux familles d'avoir les moyens d'élever les enfants, de les nourrir, de leur assurer une santé et une hygiène de base et de leur payer une scolarité. L'objectif est alors d'éviter de les envoyer travailler dans les villes où ces enfants vont être victimes de maltraitances et d'abus.

L'association fonctionne grâce aux dons des particuliers et des entreprises. La gestion de son budget est parfaitement transparente. L'association reverse 1% de ses recettes à certaines associations environnementales (1% For The Planet) (20). C'est ainsi une association portée sur les problèmes qui préoccupent l'environnement et, de ce fait, elle préconise le développement d'une agriculture biologique, sans produits phytosanitaires. Yann Arthus Bertrand est d'ailleurs le parrain de l'association Espoirs d'Enfants.

III. B. Les projets

- **Bénin**

Cotonou et les enfants du marché Dantokpa : il s'agit de la création d'un lieu d'accueil pour des enfants travailleurs au marché de Dantokpa à Cotonou. Ce lieu, dénommé « la baraque » comporte différentes composantes : une aire de repos, un espace de jeux, un lieu d'écoute, un centre d'apprentissage et d'alphabétisation. Une assistance y est assurée pour ces enfants, avec la présence d'un animateur et d'un éducateur. Au Bénin, les enfants sont souvent envoyés par leurs parents en ville auprès de tuteurs ou de tutrices, pour travailler. Une action de sensibilisation est alors menée directement auprès de ces tuteurs. Les petites filles, dont 95% ne sont pas scolarisées (20), sont placées en « location » à des marchandes par leurs familles pour être vendeuses sur le marché. Plusieurs d'entre elles sont maltraitées. La baraque propose des activités socioculturelles, des divertissements, une sensibilisation à l'hygiène, une initiation à la couture et à différents types de métiers qui leur permettront de vendre leurs propres produits.

Parakou et les enfants du marché Arzeke : un projet de baraque similaire à celui de Dantokpa a été réalisé sur le marché de la ville de Parakou.

Parakou et les enfants sorciers de l'orphelinat : l'orphelinat du Père Hyaceinth recueille une vingtaine d'enfants. L'association leur apporte soutien et fourniture de matériel pour la scolarisation. Des séances de sensibilisation et d'éducation des populations alentours sont organisées pour faire évoluer les croyances et les

pratiques vis-à-vis des enfants dits « sorciers ». L'association leur apporte une aide financière et alimentaire ; elle a notamment procédé à la construction d'une boutique destinée à assurer les revenus des enfants.

Parakou et les femmes et enfants casseurs de pierres : il existe à Parakou une carrière où des femmes et des enfants cassent des cailloux à la main du lever au coucher du soleil. Ce travail, très dur sur le plan physique, est particulièrement pénible et dangereux car effectué sans protection, sous des abris en tôle. Afin d'améliorer les conditions de travail, l'association leur a fourni des masques et des lunettes de protection contre les éclats de pierre et la poussière ainsi que de l'eau de manière durable.

Guinagourou, production et commercialisation de soja : le but du projet est l'amélioration du rendement de la production de soja des agriculteurs béninois de cet arrondissement de la commune de Pèrèrè. Il s'agit de cultures biologiques et équitables de soja, sans utilisation de produits phytosanitaires, rendues possible suite à la fourniture par l'association de matériel de désherbage. Il y a alors préservation de l'environnement et, par voie de conséquence, de la santé des agriculteurs. Ces derniers ont été formés à l'amélioration des méthodes de production, de conservation et de commercialisation. Une coopérative a aussi été créée afin de rassembler les agriculteurs dans un objectif d'efficacité et de rentabilité. Enfin, l'écoulement de la production de soja, rachetée par les femmes transformatrices (voire *infra*) permet aux agriculteurs d'améliorer leurs conditions de vie par le biais d'une agriculture viable et durable.

Guinagourou et les femmes transformatrices de soja : le soja fait partie des habitudes alimentaires du pays, c'est une source de protéines pour la population. Il est caillé pour la production de tofu ou de fromage de soja ; il peut aussi être fermenté (tempeh) ou utilisé en sauce (20). Cependant, le savoir-faire et la maîtrise de la technique de la transformation du soja, principalement en fromage, par les femmes de la coopérative est quantitativement limitée par leur méthode artisanale : la production quotidienne ne dépasse pas 12kg (20). Par ailleurs, s'est posée la question du délai trop court de la conservation des produits lesquels nécessitaient une réfrigération. L'association a fourni aux femmes un matériel plus performant. Elle a en outre institué des formations afin d'optimiser les techniques de transformation et diversifier les produits dérivés du soja. Le procédé de fabrication du fromage étant complexe, il y a eu une amélioration de la productivité et une réduction de la pénibilité grâce à une mécanisation simple. Les produits sont aussi de meilleure qualité. Tout cela a permis de proposer une plus large gamme de produits à la vente. La

construction d'une boutique et d'un restaurant sont prévus. Rappelons que l'approvisionnement en soja se fait directement de l'exploitation de soja bio de Guinagourou, un autre projet de l'association (*supra*).

Les enfants de l'orphelinat de Ouidah : l'orphelinat abrite 63 enfants (20). L'élevage de poules et le maraîchage permettent de les nourrir et la commercialisation des produits de cette activité apporte une autonomie à l'orphelinat. Les responsables sont aussi formés au maraîchage et à l'élevage pour permettre la pérennisation du système de production.

L'internat de Guinagourou : il s'agit de permettre l'accès à la scolarité des enfants de villages éloignés. Une aide financière est apportée à 30 enfants de l'internat de Guinagourou en vue de financer leurs frais de scolarité et fournitures scolaires. Le placement en internat permet le rapprochement des enfants des lieux de scolarité puisque souvent, les villages sont trop éloignés des écoles pour des déplacements quotidiens. De même, une aide est aussi apportée pour l'alimentation.

- **Madagascar**

La réinsertion par le football à Antananarivo : 32 jeunes de la capitale, issus des quartiers défavorisés, sont intégrés dans ce projet. L'objectif est l'utilisation du sport pour redonner une fonction identitaire aux jeunes. Ainsi, deux équipes ont été constituées et elles suivent deux entraînements par semaine ; elles participent aux matchs officiels. Les jeunes composant les équipes de football suivent en outre une formation professionnelle. Le football, sport très prisé des jeunes garçons à Madagascar comme ailleurs, constitue pour les membres de l'équipe, issus des quartiers périphériques pauvres de la capitale, une sorte d'échappatoire à leur quotidien, leur permettant d'obtenir une formation professionnelle et de se projeter sur le long terme.

Antsobolo, la scolarisation et l'apport en nourriture des enfants d'une carrière : il s'agit d'assurer les frais de scolarité de 46 enfants dont les parents qui travaillent à la carrière de granit d'Antsobolo, sise à 20 kilomètres de la capitale et rendue célèbre dans le monde par les actions humanitaires du Père Pedro. En effet, les parents ne gagnent pas suffisamment d'argent, malgré la pénibilité de leur travail, pour assurer la scolarité de leurs enfants. De même, le financement d'une cantine devrait permettre à ces enfants d'avoir au moins un repas journalier pendant leur scolarité.

L'exploitation avicole d'Antsirabe : ce projet tend à aider des familles dans une précarité extrême grâce à l'élevage avicole. Cela concerne 9 familles qui ne possèdent ni terre, ni biens. Il leur est dispensé une formation qui leur permettra, à

terme, de construire leur propre élevage. C'est une formation pratique et théorique précédée de sessions d'alphabétisation et d'apprentissage des bases de calculs. La production et la vente d'œufs améliorera sans conteste les conditions de vie de ces familles.

- **Inde**

Tiruvannamalai, le développement du maraîchage bio et de l'élevage pour subvenir aux besoins d'un orphelinat : à 2h de Pondichéry, l'association intervient pour aider l'orphelinat de Wide Children'Home à subvenir aux besoins des 30 enfants qui y sont hébergés (20). Cette aide leur permettra d'avoir une autonomie financière et, notamment, de diversifier leur alimentation. Par ailleurs, il a été nécessaire de construire un abri pour vaches et d'en acquérir ; celles-ci produiront du lait pour les enfants. Le développement de l'activité de maraîchage bio permettra d'autonomiser l'orphelinat et la production de légumes apportera une diversification de l'alimentation des enfants.

Ce projet en Inde a été le point de départ d'un programme ayant pour but l'envoi de jeunes bénévoles français pour aider les enfants de l'orphelinat. Ces jeunes bénévoles vont s'investir auprès d'eux à travers une aide, par exemple, aux devoirs dans un cadre sécurisant. C'est une véritable aventure humaine enrichissante qui permet en outre aux jeunes français l'apprentissage et le perfectionnement de la langue anglaise (20).

PARTIE 2 – MISE EN PLACE D’UN PROJET D’AIDE AUX PETITES FILLES PROSTITUEES

L’objectif du projet est de sortir des jeunes filles de la prostitution par l’éducation et la formation ; elles seraient alors en mesure d’exercer un nouveau métier qui leur permettra de subvenir à leurs besoins en alimentation et en hygiène de base, ce qui préservera nécessairement leur santé. Il n’est cependant pas possible de les contraindre à adhérer au projet ni même de les empêcher de retourner dans la rue si telle est leur volonté. Il s’agira alors pour le moins de leur apprendre, par des gestes simples, à se protéger et à préserver leur santé. Cela permettra un gain de temps non négligeable eu égard aux risques et aux graves dangers de la prostitution tant sur leur santé que sur leur sécurité.

Il s’agira par la suite de donner les moyens à ces jeunes filles d’apprendre à gagner de l’argent autrement. C’est en reprenant confiance en elles qu’elles pourraient reprendre leur destinée en main et assurer leur avenir.

I. Témoignages

Lors d’un premier séjour à Madagascar en avril 2019, nous avons eu l’occasion d’entrer en contact avec les Sœurs de la congrégation Missionnaires de l’Immaculée Conception de Tomboarivo à Antsirabe. Elles nous ont autorisée à rencontrer la monitrice du foyer, qu’elles ont créé pour l’accueil des jeunes filles victimes de la prostitution. Nous découvrons une salle de classe avec une dizaine de jeunes filles occupées à la broderie et un petit garçon qui est le fils de la monitrice. Elles apprennent dans une ambiance calme, innocente où se mélangent rires et plaisanteries. On est alors à l’opposé de ce que l’on peut imaginer de ce que devait être leur vie d’avant. Nous rencontrons leur enseignante, une femme dont nous ignorons l’âge ; nous n’osons pas le lui demander mais elle paraît jeune bien que la discussion révélera déjà un lourd passé et une histoire difficile.

Entrevue avec la monitrice : de prime abord, on remarquera la gêne et la pudeur de notre interlocutrice. Il apparaît manifestement qu’il est difficile de rouvrir, de ressasser ce chapitre de sa vie. Elle se lance néanmoins et nous déclare que tout a débuté au décès de ses

parents lors d'un accident de la route. Elle était la plus jeune d'une famille de quatre filles qui vont se séparer. Recueillie par une famille qui n'avait besoin d'elle que pour aider aux travaux, et qui ne s'occupait pas d'elle, elle a manqué d'affection et d'éducation. Elle quitta alors la famille et tenta de survivre en se prostituant, dès l'âge de 15 ans. Tombée enceinte, elle a cherché des solutions pour s'en sortir mais elle n'a pas eu l'occasion ou la chance, à cette époque, de rencontrer une quelconque aide ni de la part d'ONG ni de personne. C'est alors que l'une de ses sœurs apprend sa situation et décide de l'aider en contactant les Sœurs de Tomboarivo. Celles-ci vont la recueillir avec son petit garçon.

La jeune fille a émis le souhait de recevoir une éducation et d'apprendre un métier : c'est principalement ce qu'elle attend de l'aide d'une association ou d'une ONG. Concernant les petites filles des rues et la santé, la monitrice nous informe que celles-ci ne bénéficient d'aucune aide médicale et n'ont pas la possibilité de contacter du personnel médical à Antsirabe. Livrées à elles-mêmes, ces petites filles ne sont pas au fait des risques qu'elles encourent pour leur santé et ignorent les moyens de prévention et toutes mesures d'hygiène.

Par la suite, nous avons échangé avec **une autre jeune fille** du foyer. Elle a commencé son histoire en déclarant qu'elle s'est enfuie de chez elle à l'âge de 13 ans après avoir été victime de viol par son père ; elle est alors tombée dans la prostitution pour pouvoir survivre.



Photo 6 - Prise lors de l'interview de deux petites filles prostituées par Nicolas Belhomme

En novembre 2018, trois membres de l'association ont pu, à Antsirabe, rencontrer deux petites filles ; les habitants n'ignoraient pas qu'elles se prostituaient. Ils ont alors obtenu un rendez-vous avec elles en leur proposant un repas. Leur but était d'entrer en contact pour avoir la narration de leur parcours et savoir ce qu'elles envisageaient pour leur avenir. Ces filles avaient 13 et 15 ans et ont expliqué avoir été chassées de chez elles pour aller travailler à Antananarivo. Maltraitées par leurs employeurs, elles ont décidé de s'enfuir et de rentrer à Antsirabe où leur mère et leur beau-père, n'acceptant pas qu'elles rentrent sans

rapporter d'argent les chassèrent. Pour leur survie, elles n'avaient d'autre choix que de se prostituer. Elles ont confié, non sans gêne, qu'elles se prostituaient dans un hôtel de Vatofotsy, le seul à accepter les mineures. Une relation sexuelle (« passe ») leur rapporte 50 000 francs malgaches, l'équivalent de 10 000 Ariary (un peu moins de 2,5€). Elles étaient logées provisoirement chez un ami et espéraient pouvoir trouver un logement. Ces filles ont alors explicitement déclaré qu'elles souhaitaient retourner à l'école, apprendre un métier telle de la couture par exemple, et trouver un travail dans l'artisanat, dans la restauration ou faire du ménage. Les membres de l'association les ont interrogées pour savoir si d'autres filles étaient dans la même situation qu'elles. Elles ont indiqué que, personnellement, elles n'en connaissaient que quatre qui étaient leurs amies, mais elles ont rajouté qu'il y en avait beaucoup à Antsirabe.

II. Définition de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et de la prostitution infantile

La prostitution des enfants est une forme de maltraitance de nature sexuelle.

- Définition par la loi malgache

Le décret n°2007-563 du 3 juillet 2007 relatif au travail des enfants, en son article 13, assimile l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales (ESEC) et la prostitution infantile. L'ESEC est constitué par des abus sexuels d'enfants avec contrepartie (espèce ou nature) avec ou sans consentement de l'enfant ; la prostitution infantile en fait partie. Elle constitue une infraction pénale prévue par le code pénal malgache. L'ESEC est cependant différenciée des violences sexuelles car celles-ci sont définies par des abus sexuels sans contrepartie. L'enfant est considéré comme objet sexuel et objet commercial (2).

III. Les causes

Diverses causes sont à l'origine de l'ESEC et de la prostitution infantile :

- La **pauvreté des familles**, dont les enfants qui sont les plus concernés (pour rappel, les moins de 15 ans constituent 51% de la pauvreté absolue), instaure une prostitution de survie ; c'en est d'ailleurs la principale cause. Le contexte de la pauvreté extrême des filles, l'acte de donner de l'argent, un repas, des vêtements etc... en contrepartie d'un acte sexuel

déculpabilise le client, voire lui donne presque le sentiment d'apporter une assistance quelque peu humanitaire envers les petites filles prostituées. Déculpabilisé, le client, en réalité abuseur, banalise son acte (2).

- **La non scolarisation et la déscolarisation des enfants** : elles mènent à la recherche de revenus, à l'appât du gain et au désir d'argent des enfants qui deviennent alors des proies faciles (2).

- **Le travail des enfants** : il constitue un fort risque de glissement vers l'ESEC. Un enfant envoyé en milieu urbain par ses parents pour travailler, et qui perd son travail, peut se retrouver livré à lui-même. Malheureusement, dans le pire des cas, la prostitution devient un moyen de survie (2).

- **L'environnement familial** : des problèmes familiaux, des conflits, des abus, l'éclatement familial peuvent conduire les enfants à fuguer, à fuir. Livrés à eux-mêmes, ils sont dans l'obligation de trouver un moyen de subvenir à leurs besoins, de survivre. Il peut cependant arriver que ce soient leurs propres parents qui les incitent à la prostitution pour des motifs financiers. Cette situation est notamment rencontrée dans les familles monoparentales qui se retrouvent en situation financière et matérielle précaire suite à un décès, un abandon (2).

- **Certaines pratiques traditionnelles** (2): nous avons précédemment révélé certaines de ces pratiques telles le Jiromena (soirées dansantes), le Tsenan'ampela (marché aux femmes), le Valifofo (unions pré-arrangées) ou le Moletry (mariage précoce arrangé contre une dot). La pratique de certaines de ces traditions peut constituer un prétexte pour la jeune fille pour rencontrer un vazaha, nécessairement fortuné dans la perception collective de la société, et éventuellement pour se marier avec lui.

- La **corruption** : rencontrée à divers strates du système administratif, sécuritaire et judiciaire, elle participe à la prolifération de l'ESEC par la méconnaissance des normes juridiques la prévoyant et la réprimant, par l'impunité quasi-totale des auteurs et des actes sexuels délictueux eu égard aux dysfonctionnements des enquêtes, à l'absence de répression.

IV. Conséquences de la prostitution

Les conséquences néfastes sont multiples sur le plan physique et psychologique des jeunes victimes. Celles-ci souffrent de graves troubles irréversibles au niveau de leur santé physique et mentale. Elles vont aussi avoir des troubles sexuels compulsifs et vont

développer une méfiance, voire une haine, envers les adultes. Certaines des victimes garderont des séquelles physiques de torture et de mauvais traitements. Par ailleurs, il existe un fort risque de contraction de maladies sexuellement transmissibles (VIH/SIDA, IST, Syphilis...) lesquelles, sans traitement, peuvent être mortelles ou rendre les victimes stériles. Notons aussi le cas de nombreuses grossesses précoces, risquées pour la santé de la mère et celle du bébé. Elles sont source d'abandon scolaire et de séquelles liées à un accouchement difficile et sans assistance aggravant la précarité de la mère et de l'enfant (21). Les jeunes victimes sont dans certains cas exposées à la toxicomanie.

Les jeunes filles qui se prostituent sont, sur les plans familial et social, totalement marginalisées, considérées comme étant responsables de leur situation et non victimes d'un problème de société (2).

V. Quelques chiffres sur la prostitution à Antsirabe

Enquête de l'association en 2019

La ville d'Antsirabe, centre industriel, touristique et agricole située au centre de l'île, au carrefour de trois villes, Antananarivo au nord, Morondava à l'ouest et Fianarantsoa au sud, est traversée par la RN7, axe principal desservant l'île vers Toliary, à l'extrême sud. Lieu de passage, plusieurs chauffeurs routiers s'y rendent ou s'y reposent alors un ou plusieurs jours. Ceux-ci sollicitent à ce moment-là les services des petites filles prostituées. De ce fait, il n'est point étonnant que l'agglomération d'Antsirabe soit la deuxième zone rouge en MST et SIDA à Madagascar après Morondava, sur la côte Ouest.

Le taux d'abandon scolaire y est élevé (autour de 40% aux dires de l'assistante sociale de la mairie) en raison du manque de moyens financiers des familles qui vivent en majorité de l'agriculture.

Environ 1000 petites filles prostituées ont été recensées dans la commune urbaine d'Antsirabe qui compte environ 339 000 habitants la même année selon la même assistante sociale.

Le tableau qui suit montre la répartition d'âge des petites filles prostituées d'après les enquêtes de l'Association Espoirs d'Enfants :

Age	%
-----	---

13 ans	10
14 à 15 ans	30
16 à 17 ans	60

Certaines de ces petites filles peuvent, grâce à l'argent de la prostitution, louer un petit appartement.

Elles vivent en groupe souvent avec des prostituées plus âgées qu'elles. Le taux d'alphabétisation est quasi-nul. Elles ne sont pas toujours issues de familles nombreuses, cependant, 28.5% d'entre elles se prostituent en compagnie de leurs sœurs.

Elles gagnent environ 10 000 Ar (2,5€) par rapport sexuel, et pour une nuit, la somme peut aller jusqu'à 35 000 Ar (8,51€).

Une partie des gains est reversée au patron (proxénète) s'il y en a un, ce qui n'est pas nécessairement le cas. Une autre partie, environ 30%, est envoyée à la famille. Le reliquat leur revient. Leur revenu mensuel diffère en fonction du nombre de clients et du nombre d'heures qu'elles consacrent à leur activité de prostitution. Notons que le salaire minimum mensuel dans les entreprises malgaches est d'environ 42€ en 2019.

En général, les filles se prostituent entre 8 heures du soir et 4 heures du matin, ou le jour si un client habituel les contacte par téléphone. On note que lors du rapport sexuel, une majorité d'hommes refuse l'usage du préservatif. Les petites filles sont d'ailleurs mieux rémunérées lorsque le préservatif n'est pas utilisé. L'acte a lieu soit dans un camion ou dans un hôtel clandestin, situé à Vatofotsy, qui accepte les mineures.

VI. Obstacles à la lutte contre la prostitution infantile

La lutte contre la prostitution infantile menée par l'Etat et par les ONG se heurte à plusieurs éléments qui la contrecarrent.

Il y a en amont très peu de signalements effectués : les cas relevés sont les faits de quelques prostituées adultes pour des causes insignifiantes (telles la perte de client suite à de menus soucis de concurrence, les bagarres entre filles...). Si des mesures sont prises, elles sont rarement appliquées et les auteurs sont rarement poursuivis.

De même, la quasi absence d'enquêtes initiées par les services de police, de gendarmerie ou par le parquet du fait, comme il a été signalé dans notre développement sur la corruption du système, et ce nonobstant les mesures prises par l'Etat qui restent alors inefficaces. Ce qui constitue un frein majeur à la lutte contre l'ESEC et à la protection des mineures

victimes. Enfin, le phénomène de la corruption gangrénant aussi le système judiciaire, les rares affaires parvenant exceptionnellement en procédure de jugement, n'aboutissent à aucune condamnation des délinquants auteurs des infractions sexuelles contre les enfants mineurs.

Tout cela ne constitue pas un encouragement ou une motivation des familles à poursuivre les délinquants. Au motif d'absence de preuves, mais aussi par manque de personnel et de moyens et pour cause de corruption massive, les enquêteurs eux-mêmes incitent les arrangements et autres règlements amiables. Les auteurs monnaient dès lors le silence et le désistement des familles des victimes (2).

La question se pose quant à la possibilité de mettre en cause des hauts fonctionnaires et certaines autorités locales (2). Certains d'entre eux favorisent-ils la prostitution des mineurs, voire en profitent-ils ?

La méconnaissance et la difficile compréhension des normes législatives et réglementaires relatives aux droits des enfants ont pour conséquences le manque de sensibilisation des familles qui, dès lors, ne seront pas en mesure d'expliquer à leurs jeunes enfants les méfaits de la prostitution sur les enfants et ne sont pas dissuadées de les inciter à la prostitution. Si l'Etat a voulu mettre en place des actions de sensibilisation auprès des populations, dans les faits elles ont été compromises par le manque de moyens et de budget alloué pour mettre en place les actions voulues. Les infrastructures de mauvaise qualité, l'insuffisance de matériel et de personnel formé et qualifié ont mis à mal ces initiatives qui n'ont pas perduré dans le temps, ou qui n'ont pas simplement vu le jour. Dans ces décisions des pouvoirs publics, la parole de l'enfant n'est pas prise en compte ni entendue ; le pays manque de travailleurs sociaux et de juges des enfants aptes à prendre en charge ces cas spécifiques (2).

La loi malgache n°2007 – 023 du 20 août 2007 relative aux droits et à la protection de l'enfant stipule en son article 48 : *« lorsque la sécurité, l'intégrité physique, morale, la santé ou l'éducation d'un enfant sont compromise, le juge des enfants intervient avec l'aide des travailleurs sociaux »*

Le pays doit encore lutter contre l'insuffisance ou l'absence de scolarisation pour aider à endiguer le problème de la prostitution infantile. Des actions et les moyens attachés sont mis en place ; il est cependant trop tôt pour en voir les effets, alors même que le nombre de petites filles prostituées ne cesse de croître (5). La persistance de la pauvreté qui empêche les familles de financer la scolarité des enfants constitue un obstacle majeur à leurs études. Sans formation, les jeunes auront beaucoup de peine à trouver du travail et sortir de la

spirale de la précarité. La scolarisation des petites filles et la sensibilisation des familles mettraient pourtant à mal certaines traditions coutumières et ancestrales pouvant mener à des formes de prostitution ou de mariages précoces des jeunes filles.

Le système de santé ne permet pas non plus l'instauration d'une assistance efficace au bénéfice des enfants en danger. Récemment, l'Etat a dû fermer certains CSB par manque de moyens pour leur entretien et la prise en charge de la rémunération du personnel. Par ailleurs, les campagnes de sensibilisation pour le port du préservatif n'ont été ni efficaces ni efficients vu qu'une partie de la population utilise peu ou n'utilise pas de préservatif. Il y a encore, principalement en zone rurale, trop de croyances erronées autour du SIDA et du VIH.

Il importe de noter que les médicaments et autres produits pharmaceutiques sont essentiellement importés de Chine, d'Inde ou d'Europe. Des pénuries peuvent survenir et les coûts sont élevés. La population, surtout dans les campagnes et les zones péri-urbaines, n'a pas toujours les moyens de s'en procurer ; les habitants de ces zones décident alors de s'approvisionner auprès des marchés informels où les contrefaçons sont nombreuses. Des moyens de contraception ou des traitements contre certaines IST pourraient être obtenus auprès des ONG dans un cadre médical. Cependant, l'approvisionnement en médicaments par les ONG est aussi difficile.

Enfin, l'utilisation des médicaments non utilisés (MNU) n'est plus autorisée depuis le 31 décembre 2008, suite à l'interdiction par la loi française de leur distribution aux associations humanitaires (article 8 de la loi n°2008-337 du 15 avril 2008 ratifiant l'ordonnance n°2007-613 du 26 avril 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament).

VII. Les actions à élaborer dans le cadre de ce projet à Antsirabe

VII. A. Un lieu d'accueil

La création d'un lieu d'accueil permettra aux jeunes filles de se retrouver et pouvoir discuter entre elles. Il sera aussi une infrastructure logistique de base nécessaire à la réalisation des actions et autres activités mises en place par l'association pour assister ces petites filles dans leur reprise en main ; on pourra y proposer alors des activités culturelles et artistiques, des sessions de formations d'éducation à l'hygiène et à la santé.

Il importe ici de rappeler l'expérience des Sœurs de Tomboarivo : le lieu d'accueil est un espace ouvert où les filles gardent leur liberté d'aller et de venir, c'est-à-dire, partir lorsqu'elles le désirent. Il est alors primordial que les jeunes filles y trouvent un intérêt suffisant, palpable et immédiat car habituées à un contexte de grande précarité qui les conduit à ne tenir compte que de l'immédiat quotidien, elles ne sont pas sensibles à un intérêt possible, projeté sur le long terme. Ainsi, un repas ou un vêtement peut leur être offert. Ce lieu leur fera rencontrer d'autres enfants du même âge et leur permettra de se divertir, de sortir de leur quotidien et retrouver leur innocence d'enfants.

Une plateforme d'écoute et d'assistance psychologique (21) peut y être mise en place. Les petites filles pourront alors, en tant que de besoin, être orientées et accompagnées vers un centre de planning familial, un professionnel de santé. On pourra aussi y faire venir de manière régulière un professionnel de santé (infirmière, sage femme, médecin ou assistante sociale) pour rencontrer, conseiller, assister ou soigner les petites filles. Il est important de replacer l'enfant au cœur de ce processus d'aide et de lui donner la parole.

Chronologiquement, les actions devront débiter par une approche afférente à l'hygiène de base puis à la santé sexuelle des filles. Elles seront par la suite étendues à l'acquisition de connaissances par l'alphabetisation d'abord et par la scolarisation des enfants par la suite. L'association proposera enfin l'initiation à certaines activités professionnalisantes à travers des ateliers ludiques ayant pour but d'apprendre des activités utiles au quotidien et, de ce fait, éviter un discours moralisateur tendant à faire transparaître l'idée du « droit chemin » cause de découragement et de démission des petites filles au programme.

VII. B. Education

L'alphabetisation des petites filles constitue un enjeu premier et primordial : c'est la porte d'entrée à l'éducation, la scolarisation et l'apprentissage d'un métier, conditions sine qua non de la mitigation, voire de l'annihilation de leur vulnérabilité qui les conduisent à considérer leur situation de petites filles prostituées comme une fatalité. L'ouverture par l'éducation les conduira à adopter un changement de comportement et leur fera prendre conscience de la possibilité d'un autre mode de vie et d'un autre avenir.

Un soutien à la scolarisation, à la formation ainsi qu'à l'apprentissage d'un métier devra être proposé. Une telle action pourra être réalisée en partenariat avec d'autres associations qui oeuvrent dans la scolarisation et la formation professionnelle des enfants.

Le parrainage d'enfants, système déjà connu et pratiqué sur le plan national et international, sera proposé en vue du financement de la scolarité de certains enfants par la prise en charge notamment des frais de scolarité ou de l'aide aux familles pour les régler. Notons qu'en la matière, le coût moyen de l'année scolaire est d'environ 10€ par enfant en 2010 (6).

VII. C. Hygiène et santé

Sur le plan de l'hygiène et de la santé, des séances d'éducation seront proposées aux filles. Elles porteront sur l'hygiène corporelle en général, le lavage des mains, brossage des dents... Le principal obstacle portera alors sur la fourniture d'eau potable et d'autres matériels tels le savon, les produits d'hygiène, la brosse à dents...

Une interrogation est toutefois soulevée : qu'advient-il des enfants, habitués à ce type de produits (brosse à dents, pâte dentifrice, savon, serviette hygiéniques...) qui quittent le programme et, se retrouvant à nouveau dans une situation de précarité, n'y auront plus accès ? Ne serait-il pas plus réaliste de leur inculquer les principes d'une hygiène de base en fonction du matériel qu'ils peuvent acquérir par leurs propres moyens ? Des sessions de discussion sont éventuellement nécessaires afin d'évaluer les besoins, les préférences, désidératas des enfants.

La formation à l'hygiène et à la santé met en exergue l'importance du problème de l'eau, utile à l'hygiène globale dont le lavage des mains mais aussi à l'alimentation et à la cuisine. Cette question nécessite un rapprochement et une coopération avec les ONG, présentes dans la région, qui se chargent de l'accès à l'eau.

La problématique de l'hygiène soulève aussi celle de la création de latrines : les dépenses de santé sont récurrentes sinon permanentes. Celles afférentes à la construction de latrines constituent des dépenses ponctuelles bien que relativement importantes (9). Mais cette infrastructure, en évitant la survenance de maladies, sera source d'économies dans le long terme, par la réduction ou la suppression de certaines dépenses de santé. Et il existe enfin l'éventualité de récupérer, après traitements, certaines boues d'épuration des eaux usées qui pourraient servir à la culture maraîchère ou être revendues à cette fin aux agriculteurs. La construction de ces latrines peut se constituer d'un trou creusé au sol et surmonté d'une dalle avec deux planches, situé dans un espace permettant l'intimité et la circulation de l'air. Des cendres peuvent être utilisées pour éviter les mauvaises odeurs. Dans le meilleur des cas, un dispositif permettant le lavage des mains après avoir utilisé les latrines peut être installé à la sortie. La dalle et les planches doivent être lavés régulièrement (8).

Enfin, tenant compte du peu de connaissances voire de la parfaite méconnaissance des filles de leur propre corps, de l'anatomie plus globalement, du cycle menstruel... des séances d'éducation sexuelle pourront être instaurées.

Pour la compréhension des données, des actes et les conséquences de ceux-ci, les concernant telle la prévention des grossesses précoces ou, plus simplement par exemple, comprendre ce que sont les règles menstruelles, il serait intéressant que les jeunes filles apprennent et maîtrisent *a minima* le fonctionnement de leur corps. Des informations essentielles pourront de même être dispensées sur la transmission des maladies sexuelles, sur l'impérieuse nécessité du port du préservatif, masculin ou féminin, son mode d'utilisation, son accessibilité. Il est toutefois important de relever l'éventuel problème de son coût. Notons qu'une étude menée par l'OMS et l'ONUSIDA a démontré qu'en dessous de 5 utilisations du même préservatif, par une même personne évidemment, il n'y a pas de risque technique. Une autre étude a conclu que le préservatif masculin, plus accessible, serait moins utilisé que le préservatif féminin si ceux-ci étaient plus facilement accessibles à la population. Son large usage permettrait une réduction du risque de propagation des MST (14).

Sur la prévention des grossesses précoces non désirées, l'association pourrait aider les jeunes filles à utiliser des moyens de contraception en les dirigeant vers un centre de planning familial, ou en fournissant directement le centre d'accueil de l'association avec l'intervention d'un professionnel de santé pour en contrôler l'utilisation. Il n'est cependant pas facile de s'approvisionner ou de se procurer des médicaments et des produits de santé à but d'aide humanitaire. En France, différentes associations sont autorisées à fournir des médicaments à d'autres associations après examen des dossiers et des documents y annexés en vue de l'obtention de médicaments auprès de ces différentes associations : Pharmacie Humanitaire Internationale (PHI), Tulipe. Les médicaments peuvent aussi être achetés sur le lieu de la mission auprès de pharmacies ou de dépôts, ce qui confiera en outre à l'association une action de participation au développement local. Certains groupes pharmaceutiques tels MSD qui a fait don de médicaments contenant de l'ivermectine à des pays touchés par l'onchocercose en 1997 (24) ou Novartis qui a permis l'accès du Coartem, un médicament antipaludéen, à une partie de la population touchée par le paludisme en Afrique, par exemple, peuvent approvisionner directement les associations et les populations ciblées. Mais, dans la mesure du possible et en fonction de la réalité du terrain, il serait préférable de privilégier le cadre territorial et encourager alors le commerce local (10).

VII. D. Lutte contre la pauvreté des familles :

La réussite et l'efficacité du projet sont conditionnées par la pleine adhésion de l'enfant de même que celle de sa famille. Ainsi, outre les bénéfices directs pour les jeunes filles concernées quant à leur sécurité sanitaire et physique, leur scolarité, leur avenir professionnel, les parents trouveront pour leur part une assistance non négligeable dans leur rôle. L'idéal est de pouvoir traiter le problème de la prostitution infantile dès son origine en tentant de solutionner la pauvreté des familles. Il serait utile de réfléchir aux créations d'emplois, à l'élaboration d'activités rémunératrices pour les familles afin de les aider à sortir de manière durable et permanente de leurs situations de précarité. Ainsi, un projet inclusif assurera aux familles des conditions de vie acceptables et, aux petites filles, un meilleur avenir en dehors de l'ESEC et de la prostitution.

Des associations interviennent déjà dans l'aide aux familles pour les sortir de la pauvreté. C'est le cas de l'association KETSA (littéralement « plant ») qui a créé un centre pour accueillir des enfants des rues déscolarisés très tôt, délinquants ou ayant des troubles du comportement. Des activités ludiques sont proposées aux parents et aux enfants. Les parents peuvent venir travailler avec leurs enfants une demi-journée par semaine pour apprendre à cultiver, sur une parcelle appartenant à l'association, et ensuite vendre leurs produits. Cela permet la valorisation de la propriété agricole de l'association et génère un revenu qui revient à la famille d'agriculteurs, résidant dans la ville d'Antsirabe ou ses environs.

Une difficulté subsiste pour le cas des familles qui envoient elles-mêmes leurs propres enfants se prostituer : comment agir pour leur apporter une aide ? Est-ce d'ailleurs moral de leur apporter cette aide ou simplement de trouver un accord avec elles dans l'objectif d'une prise en charge de leurs enfants, en échange d'une activité rémunératrice par exemple ? Vu les causes de la prostitution infantile, il serait délicat de prétendre aider les victimes et ne pas agir pour aider les familles qui incitent à la prostitution.

VII. E. Agir sur la communauté et l'environnement

Des actions de sensibilisation menées au niveau plus globale de la communauté, corollaire de celles conduites par l'Etat à l'échelle du pays, sont nécessaires. Elles devront viser les enfants dès leur accession au système scolaire car ils peuvent être très tôt confrontés au problème de la déscolarisation et au phénomène de la prostitution infantile. De même, d'autres contextes (réunions familiales, manifestations culturelles, rassemblements culturels, fêtes laïques communautaires...) peuvent constituer des supports aux dites campagnes de sensibilisation afin d'atteindre un plus large auditoire. L'objectif tend à la prise de conscience des familles et de l'ensemble de la communauté des risques pour la santé de l'enfant et les

dangers qu'il encourt, d'introduire et d'expliquer son statut de victime et non de tenir l'enfant responsable de sa situation de prostituée. Il s'agira alors de mettre en avant la promotion et le respect du droit de l'enfant, notamment celui à l'éducation et à l'acquisition d'un métier.

La sensibilisation doit en outre, autant que faire se peut, viser les hommes qui sont les clients des petites filles en les incitant au port du préservatif, mais surtout de changer le regard qu'ils portent sur elles.

L'intervention du pool d'avocats mis en place par les pouvoirs publics pour l'assistance et l'accompagnement des jeunes victimes dans la phase d'enquêtes de police et de procédure judiciaire devra être développée par l'accroissement des moyens humains et matériels qui lui sont alloués. La présence d'un spécialiste du droit et d'un travailleur social est une garantie pour les victimes et leurs familles dans leur décision de poursuivre les auteurs d'infractions sexuelles à l'égard d'enfants et, vraisemblablement, réduirait le sentiment d'impunité générale qui règne.

Le rôle d'information et d'alarme des médias est majeur. Il est néanmoins important de ne pas procéder à la banalisation du phénomène de l'ESEC en évitant de considérer, ce qui est trop souvent le cas, les informations sur le phénomène comme de simples faits divers. Ainsi, un partenariat avec une école ou un centre de formation de communication, de journalisme ou d'audio-visuel doit être instauré en vue de former les futurs décideurs et intervenants dans le domaine médiatique à la diffusion des messages de prévention et de sensibilisation, mais aussi au choix éthique du contenu de l'information à diffuser.

Il s'agira enfin de lutter contre la méconnaissance des lois qui entraîne son inefficacité et son inapplicabilité. De vastes sessions de sensibilisation et d'information sur la qualification des infractions et les peines prévues en matière de commission, d'incitation, de complicité ou de non dénonciation de la prostitution infantile, insuffisantes en l'état, devront être accentuées. Rappelons que le signalement de tels actes est une obligation et que son défaut est sanctionné.

PARTIE 3 – REFLEXIONS SUR LE PROJET D'EDUCATION A L'HYGIENE ET A LA SANTE SEXUELLE

Le pharmacien, en sa qualité de professionnel de santé, devra avoir une participation active dans la mise en place des enseignements sur l'hygiène et la santé sexuelle de la population en général et des petites filles en particulier.

Ces enseignements seront les premiers cadres pour approcher les petites filles. Il est fondamental de créer un lien de confiance avec elles et acquérir, pour cela, des compétences psychosociales telles la maîtrise de la détermination et l'appréhension des problèmes ainsi que la prise de décisions pour leur résolution. Mais il s'agira en outre d'être créatif, critique, communicatif et habile dans les relations interpersonnelles. On insistera enfin sur la nécessité d'avoir de l'empathie, tout en sachant gérer le stress et les émotions (22).

Les **supports** utilisés seront sous forme iconographique car une approche par les dessins, les images et la photographie instaurera un cadre ludique pour les débats et les dialogues : les petites filles utiliseront ainsi leurs cinq sens pour développer curiosité et imagination. Les sujets seront abordés de façon très simple et le matériel médical y sera utile. La barrière de la langue ne constituera pas un obstacle avec l'assistance d'une personne maîtrisant le malgache et le français pour la traduction.

On sait, par divers retours d'expériences de pharmaciens ayant effectué des missions humanitaires similaires à Madagascar, que la sexualité reste un sujet tabou ; toutefois, il a été rapporté que le fait de se retrouver en comité restreint et entre femmes permet de libérer, peu ou prou, la parole. De même, comme il a été précédemment relevé, aborder le sujet de la contraception reste particulièrement délicat dans un pays où la venue d'un enfant est considérée, malgré l'impact financier qu'elle engendre, une bénédiction divine. Enfin, dans la croyance collective, surtout en zones rurales, il est largement répandu qu'une femme qui utilise la contraception s'apprête à tromper son mari.

Il est alors primordial d'insister sur la notion d'intérêt personnel et immédiat vu que les jeunes filles vivent ou survivent au jour le jour dans un contexte de très grande précarité, sans tenir compte des conséquences à moyen ou long terme de leurs actes, de leurs comportements ou de leurs croyances.

Les supports utilisés peuvent, par exemple, être constitués par des affiches sans écriture, des grands dessins. Un pharmacien ayant effectué une mission humanitaire à Madagascar, a rapporté comme exemple manifestement parlant un dessin représentant une jeune fille de couleur qui ne sourit pas, accompagnée d'un homme blanc ventripotent qui la tient par la main et les parents, au loin, souriant et tenant une liasse de billets, qui font signe de la main comme pour dire à leur enfant « à bientôt ». Ce genre d'affiche a pour but de sensibiliser à la fois les jeunes et les familles. D'autres types de supports peuvent aussi être utilisés : des cartes à jouer comportant des dessins, une grande roue (ce que Médecins du Monde Guyane a réalisé) à faire tourner et qui s'arrête sur une image qu'il appartiendra aux enfants d'interpréter et d'évoquer ce qu'elle représente. On peut utiliser des images représentant différentes situations où il appartiendra aux filles de dire si telle ou telle situation comporte ou non des risques d'IST ; le support iconographique servira notamment à la sensibilisation et à l'apprentissage de l'utilisation des différents moyens de contraception pour démontrer leur mode d'emploi et expliquer leur rôle de protection contre les MST. En ce qui concerne la compréhension du cycle menstruel, la fabrication de bracelets spécifiques (23) est très intéressante. Le bracelet, composé de perles de trois couleurs différentes et numérotées, représente le cycle menstruel. Il peut être un outil pour savoir quand les règles doivent arriver par exemple. Cela aide à briser le tabou et le silence sur les règles pour que les jeunes filles apprennent que les règles sont naturelles et qu'il n'est pas justifié d'en ressentir de la honte.

L'objectif est de créer des discussions et des débats sur différents sujets et thèmes. Il est enfin imaginable d'instaurer des votes à main levée ou de manière anonyme pour instituer une plateforme de prise de décision commune, un tant soit peu démocratique.

Dans un premier temps, il semble plus judicieux de débiter les séances par les conseils de base en matière d'hygiène car il est constaté qu'une très large majorité des petites filles n'ont aucune notion sur le sujet.

Il est nécessaire de faire en sorte que les filles aient accès à un point d'eau et aux produits d'hygiène. Il faut ensuite leur inculquer les notions fondamentales de base tels se laver les mains avant les repas et après les toilettes, éviter de mettre les mains sales à la bouche, ne pas marcher les pieds nus, par exemple dans les lieux où il y a eu des excréments. Il importe de même d'insister sur la nécessité de faire particulièrement attention aux puits pouvant être contaminés en période des pluies, d'indiquer la manière de **traiter l'eau** pour la rendre potable, par l'utilisation par exemple du Sur'Eau, d'un filtrage par un filtre céramique, composite ou sable. La désinfection solaire est une méthode qui peut aussi être utilisée. Notons au passage qu'il est un usage à Madagascar de boire l'eau de cuisson du riz, eau

déjà bouillie riche en fibres et en amidon et qui permet de prévenir la diarrhée et la constipation. La conservation et le transport de l'eau doivent se faire dans des récipients propres avec un couvercle. Il a été constaté que faire bouillir l'eau avant de l'utiliser n'est pas un automatisme dans la population, principalement parce qu'elle ignore l'intérêt de cette pratique. Il serait donc judicieux d'insister, avec ces jeunes filles, sur la prévention des maladies diarrhéiques et sur les microbes que peut contenir l'eau et qui sont à l'origine de ces maladies.

Il est en outre important d'aborder la question de l'hygiène dentaire eu égard au très mauvais état de la santé bucco-dentaire des petites filles, source de douleurs, de difficultés de langage et d'élocution, donc de communication, mais qui provoque aussi diverses maladies telles les caries, les maladies parodontales, la fente palatine... et discuter de la meilleure façon de conserver une bonne hygiène bucco-dentaire (22) en fonction de leurs moyens. Des conseils pour se prémunir du **paludisme** (10) qui continue de sévir dans certaines régions de l'île devront être introduits. Il importera enfin de former les filles aux **gestes de premiers soins** (10) pour éviter tout risque d'infection : il s'agit là de l'apprentissage du traitement des plaies par le lavage à l'eau propre et par la désinfection.

En deuxième partie, la santé sexuelle peut être abordée en suivant un plan prédéfini, par exemple (21):

- **l'anatomie** : apprentissage de l'anatomie féminine et masculine, et des appareils génitaux,
- **la puberté** : les signes de son commencement, sa durée, ses divers effets physiques sur le corps (l'acné, le système pileux, la poitrine, les hanches, les changements de la voix, la transpiration...), ses conséquences psychologiques et émotionnelles, l'apparition des menstruations, la reconnaissance des symptômes prémenstruels (les douleurs abdominales, les diarrhées, les nausées, les maux de tête, la fatigue...) et la gestion de l'hygiène menstruelle. Il semble intéressant de réfléchir à la distribution de serviettes hygiéniques jetables ou à la fabrication de serviettes hygiéniques réutilisables. Car, en guise de serviettes hygiéniques, financièrement inabordables, dans un pays où le tampon est encore mal perçu voire tabou, les filles utilisent de simples chiffons, du tissu, du coton voire du papier toilette par manque de moyens. Il arrive qu'elles lavent les tissus, les sèchent (parfois en plein air au soleil, parfois non car elles ne souhaitent pas que ces tissus utilisés spécifiquement lors de la période des règles ou tachés soient exposés à la vue de tous). L'utilisation de tels moyens dans la gestion de l'hygiène menstruelle peut être source d'odeurs désagréables, de fuites ou d'irritations.

Les règles sont mal perçues par la population en général. Elles sont considérées comme impures. Les femmes ont alors un besoin d'eau pour la toilette plus important, ce qui soulève des difficultés d'approvisionnement dans les zones rurales et périurbaines où l'alimentation en eau est difficile. Se pose aussi la question de leur intimité vue l'exiguïté des lieux de vie. Les maladies entraînent un absentéisme scolaire mais également, chez les filles, la période des règles. Il est donc crucial de valoriser cette période pour qu'elle ne soit plus vécue comme une honte mais comme un phénomène naturel et qu'elle ne soit plus une source d'absentéisme scolaire comme le sont les maladies.

- **l'image du corps et intimité** : leur corps est-il source de gênes ou de tabous, et si oui, quelle en est la raison.

- **la santé sexuelle et reproductive** : cette partie permettra d'aborder la fécondation, la prévention des grossesses précoces et non désirées donc la contraception, reconnaître les signes de grossesse, la prévention des IST et VIH et intégrer la notion de risque liés aux infections et aux maladies : comment peut-on se contaminer et comment s'en protéger ? Quels sont symptômes et les alertes devant obligatoirement conduire à consulter un médecin ? En l'état de la situation, une sensibilisation sur le dépistage des IST, leurs risques et conséquences à long terme sur la santé est particulièrement primordial. Les motifs des blocages et obstacles sur l'usage du préservatif devront aussi être abordés face à son utilisation trop peu répandue.

- **les relations interpersonnelles** : les influences et les normes dans le comportement sexuel (apporter une aide à la confiance en soi, à la construction sociale et à l'apprentissage de leurs propres droits). Quelques questions peuvent être abordées à propos des rapports sexuels et pourront permettre les dialogues et les débats. A titre d'exemple, le sujet étant par nature exhaustif, nous avons listé quelques questions : à quel moment est-il approprié d'avoir des relations sexuelles ? Quelle sensation l'acte sexuel procure-t-il ? Sinon comment le rendre agréable ? Comment appréhender les sentiments amoureux ? Comment démontrer de l'affection ou de l'amour à son partenaire ? Quid de la notion d'abstinence ? Il semble approprié, dans cette partie abordant les relations interpersonnelles, de sensibiliser les jeunes filles sur les dangers de la prostitution, en compagnie des parents, et d'aborder les risques et les violences physiques et les pratiques nocives qu'elles peuvent subir avec les relations malsaines qu'elles ont lorsqu'elles sont livrées à elles-mêmes ainsi que sur les conséquences psychologiques pouvant être réversibles.

Avant de clore ces séances, il serait intéressant de les informer à propos du **système de santé** environnant ainsi que des structures pouvant les accueillir et leur apporter une assistance, par exemple, le planning familial.

Les diverses propositions tendant à l'assistance des jeunes filles versées dans la prostitution, et incidemment leurs familles, soulèvent néanmoins des interrogations qu'il conviendra de ne pas éluder :

- est-il concevable moralement d'aider des parents qui autorisent voire qui incitent eux-mêmes les enfants à la prostitution, d'engranger des ressources à partir d'une parcelle cultivable ? Est-il tout aussi concevable de ne pas leur apporter une assistance alors que nous en avons la capacité ?

- où est l'intérêt, l'utilité de l'assistance apportée aux jeunes filles, de l'apport de matériel et des conseils dispensés si celles-ci décident de quitter le projet et, à nouveau démunies, risquent de retourner à leur vie d'avant ?

- qu'en est-il de la vision que nous projetons sur la question de la prostitution infantile ? Ces petites filles voient-elles et vivent-elles la situation comme nous pouvons nous l'imaginer avec notre propre affect et notre culture ? Comme nous l'avons rappelé il existe une réalité différente et complètement à l'opposé de la nôtre baignant dans un contexte de très grande pauvreté qui a conduit toute une population à fermer les yeux et à voir une sorte de fatalisme hors de toute morale voire une acceptation coupable à voir ces petites filles dans les rues sans que cela ne choque ?

CONCLUSION

Pour la mise en place du projet, des moyens relativement importants mais nécessairement suffisants devront être mobilisés. L'élaboration d'un budget prévisionnel détaillé et précis est complexifiée par la détermination précise du nombre des petites filles à prendre en charge. Par ailleurs, l'importance du phénomène de la corruption dans le pays influe, dans une certaine mesure, la maîtrise des dépenses et nécessite la recherche de collaborateurs et d'intervenants locaux.

On ne peut prévoir la réussite ou non du projet. Il est en outre une évidence que cette unique initiative ne saura endiguer le problème grandissant de la prostitution infantile à Madagascar. Il est primordial que les divers responsables à tous niveaux, étatiques, économiques, éducationnels, communautaires... s'attellent sérieusement au développement de l'économie du pays pour entamer l'amélioration des conditions de vie de la population dans tous les secteurs et, a fortiori, ceux de l'éducation et de la santé mais aussi du système judiciaire qui souffre de la corruption.

Dans l'attente, une multitude d'associations et d'ONG installées dans la Grande île apportent une précieuse aide à la population. Le présent projet d'aide aux petites filles, objet de notre étude, peut s'inscrire dans un maillage plus large et projeter pour une meilleure efficacité d'éventuelles collaborations et coopérations avec d'autres associations d'aide qui oeuvrent, par exemple, dans le domaine de la scolarisation et la formation professionnelle, la santé, le développement rural...

Il est un fait indéniable que l'intervention d'organisations extra-étatiques permet de rendre, un tant soit peu, la situation d'une partie de la population moins dure et que, nécessairement, la mise en œuvre du projet visant les petites filles versées dans l'ESEC constituerait un salut qui les aidera à se projeter dans un avenir plus sécurisé, plus sain et plus en rapport avec leur statut d'enfant.

Annexes



Immeuble APO Ampeloha,
Porte B204 2ème étage
Antananarivo 101, Madagascar
033 11 382 86
secnls@moov.mg
www.aidsmada.mg

Annexe 1 - Exemple d'affiche pour la promotion du dépistage du VIH



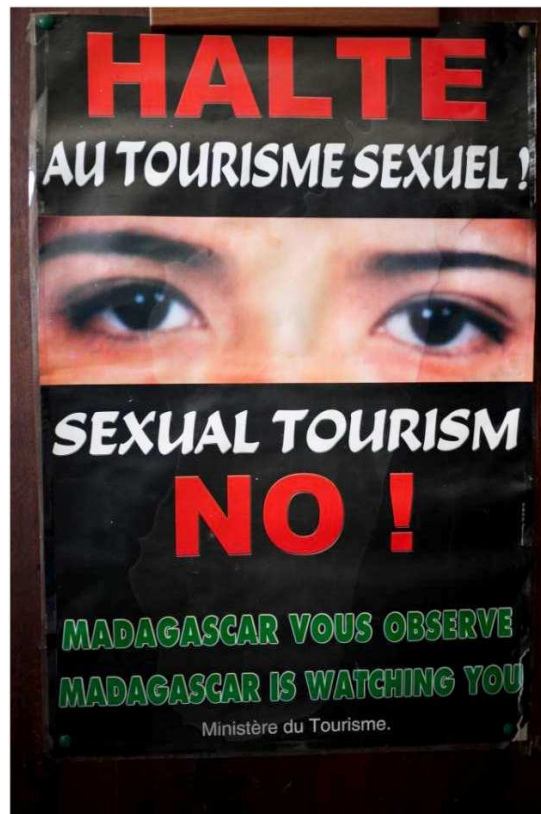
Annexe 2 - Pancarte de prévention pour la lutte contre le SIDA



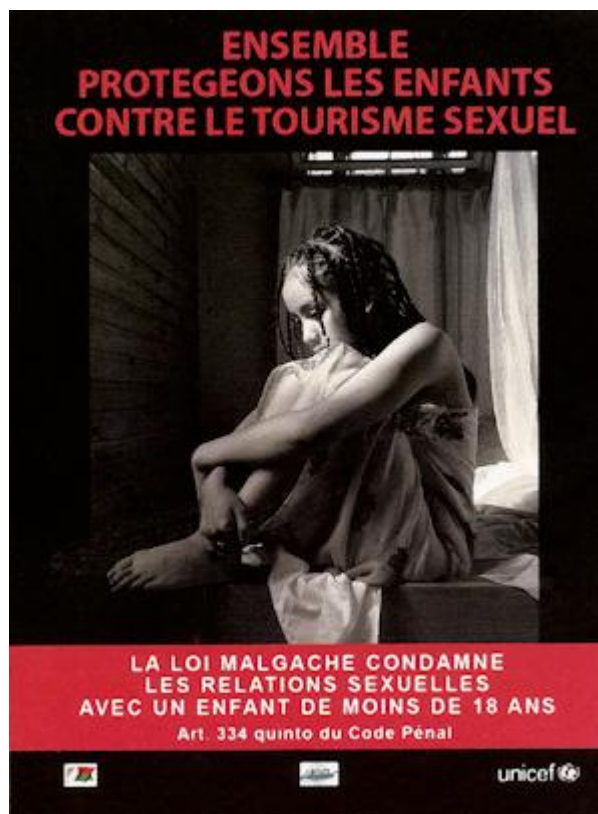
Annexe 3 - Affiche proposée par l'Association de lutte contre le tourisme pédophile



Annexe 4 - Affiche proposée par l'ECPAT France informant que les relations sexuelles avec mineures sont passibles de 10 ans d'emprisonnement



Annexe 5 - Affiche proposée par le Ministère du Tourisme, en anglais et en français, pour lutter contre le tourisme sexuel



Annexe 6 - Affiche élaborée par l'Etat malgache en collaboration avec l'UNICEF pour la lutte contre le tourisme sexuel impliquant des enfants

Références bibliographiques

1. Andrianasolo A. H. Comportements en cas de fièvre ou de toux dans quatre districts de Madagascar. Déterminants et implications pour l'accès à la santé. Université de Bourgogne Franche Comté ; 3 juillet 2017
2. Rakotomamonjy H. M. E. La protection des enfants contre L'Exploitation sexuelle à des fins commerciales à Madagascar : entre textes et réalités. Faculté d'Antananarivo ; 18 mars 2015
3. Programme des Nations Unies pour le Développement. Rapport sur le développement humain. Madagascar ; 2018. Available from : <https://www.instat.mg/category/rapport-national-sur-le-developpement-humain-rndh/>
4. Evaluation finale du 7^{ème} programme de coopération entre Madagascar et l'UNFPA 2015-2019. Madagascar ; Décembre 2018. Available from : [web2.unfpa.org > about > evaluations > docDownload](http://web2.unfpa.org/about/evaluations/docDownload)
5. ECPAT France. Rapport global de suivi de la mise en œuvre des actions de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales. 1^{ère} édition. Madagascar. 2015. Available from : <https://ecpat-france.fr/www.ecpat-france/wp-content/uploads/2018/10/rapport-global-de-suivi-2015-madagascar-ilovepdf-compressed.pdf>
6. Document de la Banque Mondiale. Visages de la pauvreté à Madagascar, évaluation de la pauvreté, du genre et de l'inégalité. Rapport n° 78131-MG. Madagascar. Avril 2014.
7. Ognard C. Approche de la complexité des risques sanitaires hydriques dans les quartiers précaires d'Antananarivo. Université de La Réunion ; 31 août 2018.
8. Ministère de l'eau, de l'énergie et des hydrocarbures de la République de Madagascar. Plan national de communication du secteur eau, assainissement et hygiène. Madagascar ; Juillet 2017
9. Kannapel P. Santé et système de soins en milieu rural. Université Paris ouest Nanterre La défense. 19 novembre 2015
10. Vergne M. Approvisionnement en médicaments au cours de leurs missions par les associations humanitaires en pharmacie : évolution du fonctionnement des associations

depuis l'interdiction de la redistribution des Médicaments Non Utilisés en France. Université de Poitiers. 8 décembre 2014

11. Gastineau B, Binet C. Sexualité prémaritale à Antananarivo (Madagascar) Comment les étudiant (e) s'affranchissent-ils des normes? Pages 169-185. Université Paris Ouest ; 2013.

12. Ministère de la santé publique de la République de Madagascar. Bulletin mensuel de surveillance de la santé publique de Madagascar. BMSSP n°9. Madagascar ; Janvier 2019

13. UNICEF Madagascar. Les jeunes à Madagascar, faits et chiffres. 2011. Available from : <https://www.unicef.org/madagascar/rapports/les-jeunes-%C3%A0-madagascar>

14. Green J. Tourisme sexuel et maladies sexuellement transmissibles dans les pays en développement : l'exemple de Madagascar. La Lettre de l'Infectiologue Vol. XXIV n°5. Université de Bristol, Royaume Uni. Septembre octobre 2009

15. Gateau T. Zeller HG. Approche épidémiologique des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) à Antsiranana (Nord de Madagascar), Entre préventif et curatif, le choix d'une stratégie face aux MST. Pages 8-11. Archives de l'Institut Pasteur Madagascar. 1996.

16. Gleize L. Randriamanga R. Ratsimbazafy N. Rakotonandrasana S. Durand P. Le Bot F. Prise en charge des Maladies Sexuellement Transmissibles par l'approche syndromique et le dépistage VIH volontaire dans un dispensaire spécialisé d'Antananarivo (Madagascar). Pages 46-49. Archives de l'Institut Pasteur Madagascar. 2000.

17. Georges Gonzales, Jocelyne Andriamiadana, et Adeline Ranaivo. Maladies sexuellement transmissibles et SIDA. Pages 161-178. Enquête Démographique et de Santé Madagascar 1997. Calverton, Maryland USA. Novembre 1998.

18. Serre B. La lutte contre la corruption à Madagascar. Université Toulouse Capitole. 29 septembre 2017.

19. Programme PASMI à Madagascar [en ligne]. Available from : <https://www.planning-familial.org/fr/le-programme-madagascar-pasmi-244>

20. Association Espoirs d'Enfants [en ligne]. Available from : <https://espoirdenfans.org/>

21. UNESCO. Stratégie de l'UNESCO sur l'éducation pour la santé et le bien-être. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Novembre 2016.

22. Defaut M. Mon corps au quotidien en promotion de la santé... En 180 minutes. IREPS Bourgogne Franche Comté. Février 2019.

23. Institute for reproductive health. Mon corps qui change, connaissance de la puberté et de la fertilité pour les jeunes. 2^{ème} édition. Georgetown University. 2011

24. Baaklini J. Les problèmes engendrés par les médicaments non utilisés en France et à l'étranger. Université Paris-Sud XI. 26 février 2009

MONCOIFFE, Célia. Réflexion sur l'élaboration d'un projet d'éducation à l'hygiène et à la santé sexuelle dans un contexte de prostitution infantile à Madagascar.

79 feuilles, 6 illustrations, 10 graphiques - Thèse : Pharmacie – Santé publique – Humanitaire ; Rennes 1 ; 2020 ; N° .

Résumé : Madagascar, pays riche par son sol et son sous-sol, sa population multiculturelle, ses paysages et l'absence de guerres et conflits, est classé parmi les pays les moins avancés. Des différentes crises politiques ainsi que des événements météorologiques découlent un sentiment d'insécurité et d'instabilité économique parmi la population en majorité rurale, dus à la corruption qui touche tous les secteurs de l'île, la mauvaise qualité des infrastructures, les manques de moyens et de personnel. C'est dans ce contexte d'extrême pauvreté que l'on relève chaque jour un nombre croissant de petites filles ayant recours à la prostitution de survie. Ces jeunes filles mineures sont exposées aux risques de grossesses précoces, de transmission de maladies sexuellement transmissibles et du VIH, en plus des violences physiques et psychologiques qu'elles subissent. En moyenne, leur scolarité atteint le niveau primaire quant à l'hygiène, la puberté et la sexualité, elles n'en ont pas de connaissances voire très peu. Si nous voulons apporter une aide à ces jeunes filles, il est nécessaire d'étudier dans quel engrenage naît ce phénomène pour pouvoir le comprendre et tenter de trouver des solutions efficaces et viables sur le long terme. Ces aides pourront donc prendre plusieurs formes, tant au niveau de l'éducation, de la santé que de la lutte contre la pauvreté des familles elles-mêmes.

Résumé anglais : Madagascar is a rich country in soil and subsoil, with a multicultural population, various landscapes and the absence of war and conflicts. However, the island is classified among the least developed countries. The various political crises as well as weather events have led to a sense of insecurity and economic instability among the mostly rural population, also due to corruption affecting all sectors of the island, poor infrastructures, lack of resources and staff. In this context of extreme poverty, every day an increasing number of young girls resort to survival prostitution. These under-age girls risk early pregnancy, sexually transmitted diseases and HIV transmission, in addition to the physical and psychological violence they can suffer. On average, their schooling reaches the primary level. In terms of hygiene, puberty and sexuality, they have little to no knowledge of these subjects. If we want to help these young girls, it is necessary to study how this phenomenon develops so that we can understand it and try to find effective and viable solutions in a long term. This aid could therefore take several forms, in terms of education, health and the fight against poverty of the families themselves.

Rubrique de classement : Santé publique – Epidémiologie – Humanitaire - Pharmacie

Mots-clés : aide humanitaire, hygiène, prostitution infantile, éducation sexuelle, éducation à l'hygiène, Madagascar

Mots-clés anglais MeSH : humanitarian aid, hygiene, child prostitution, sex education, hygiene education, Madagascar

Président : Madame Anne GOUGEON

JURY :

Assesseurs : Monsieur Pierre-Yves DONNIO

Madame Patricia LEROUX