



12 ans auprès des enfants en situation difficile à Tananarive

Les raisons de la fermeture et le bilan du programme

MSF

Dossier de presse rendu public le 9 mai 2005

Document en provenance du site internet de Médecins Sans Frontières

<http://www.msf.fr/>

Tous droits de reproduction et/ou de diffusion, totale ou partielle, sous quelque forme que ce soit, réservés pour tous pays, sauf autorisation préalable et écrite de l'auteur et/ou de Médecins Sans Frontières et/ou de la publication d'origine. Toute mise en réseau, même partielle, interdite.



12 ANS AUPRES DES ENFANTS EN SITUATION DIFFICILE A TANANARIVE

Les raisons de la fermeture
et le bilan du programme



© Rip Hopkins / Agence VU

SOMMAIRE

- **Entretien avec Graziella Godain, directrice adjointe des opérations**p.3

- **Bilan d'un programme :**
 - 12 ans auprès des enfants vivant dans les rues de Tananarive ..p.6
 - 10 ans auprès des mineurs placés en institution et en détention.....p.8

- **Les points qui restent critiques :**
 - Les difficultés d'accès aux soins de santé primairep.11
 - Les difficultés d'accès aux soins médicaux, chirurgicaux et nutritionnels en urgencep.12
 - Les difficultés pour obtenir un état civilp.13

- **Conclusion**.....p.14

- **MSF à Madagascar, les dates clés**.....p.15

ENTRETIEN AVEC GRAZIELLA GODAIN, DIRECTRICE ADJOINTE DES OPERATIONS DE MSF

Quelles sont les raisons de la fermeture du programme de MSF auprès des enfants en situation difficile à Tananarive ?

Tout d'abord nous fermons car nous avons rempli une partie des objectifs que nous nous étions assignés il y a dix ans, en ouvrant ce programme auprès d'une population spécifique, celle des enfants et des familles vivant dans les rues de Tananarive. Ensuite, notre programme ne touche plus aujourd'hui cette population spécifique mais une population plus large, dont la caractéristique est de vivre dans la pauvreté.

Cette évolution est un des effets de la politique d'assainissement menée depuis 2002 par les autorités de Tananarive, qui a consisté à chasser du centre ville les personnes en situation précaire vivant dans la rue pour les « réinsérer » dans des sites ruraux. Nombre de ces familles, refusant d'être déplacées ou ne voyant pas leurs conditions de vie s'améliorer sur les sites prévus à cet effet, sont revenues assez vite en ville, poussées par le manque de nourriture, le manque d'argent, ou des problèmes de santé.

Les sans-abris restés en ville s'efforcent d'éviter les harcèlements de la police municipale et sont de ce fait moins visibles dans la rue. Mais leur sort ne s'est pas vraiment amélioré, puisqu'ils n'ont au mieux pour tout abri provisoire que des cartons ou des sachets en plastique.

De plus, ces dernières années, la détérioration de la situation socio-économique à Madagascar a renforcé la paupérisation, en particulier à Tananarive. Aujourd'hui 70% de la population de la capitale vit en dessous du seuil de pauvreté. La différence entre les familles pauvres qui vivaient dans la rue et les autres s'estompe. Si les gens n'ont plus accès aux soins, c'est parce qu'ils sont pauvres et non plus parce qu'ils vivent dans la rue et sont discriminés. Or la prise en charge médico-sanitaire de la population pauvre est une question d'ordre politique, économique et sociale, qui relève des pouvoirs publics. Il s'agit aujourd'hui de lutte contre la pauvreté... Il n'est ni dans le mandat, ni dans les compétences d'une organisation humanitaire comme Médecins Sans Frontières de se substituer aux autorités et de prendre en charge l'accès aux soins de l'ensemble la population pauvre d'une ville.

Vous avez déjà été confrontés à ce type de problématique sur d'autres missions, pourquoi remettre en question le rôle de MSF aujourd'hui dans ces contextes ?

En effet, dans les dix ou quinze dernières années, MSF a mis en place des projets visant à améliorer l'accès aux soins des plus pauvres, en participant aux réformes des systèmes de santé publics. Ce fut le cas par exemple au Yémen et en Guinée. Malheureusement, ces expériences ont été des échecs et nous ont montré que nous étions incapables, en tant qu'organisation humanitaire privée, de peser d'une quelconque manière sur l'amélioration de l'accès aux soins.

Quels étaient les objectifs du programme de MSF ? Ont-ils été remplis ?

Nous nous étions donné comme objectifs généraux de limiter la mise en danger d'une population exclue et stigmatisée dans les espaces de violence que sont la rue et les

institutions fermées, et de la rétablir dans le droit commun, en particulier en matière d'accès aux soins.

Nous avons démontré que ces personnes vivant dans la rue connaissaient de véritables problèmes de santé, et pas seulement des problèmes économiques et sociaux, et qu'il était possible de les soigner. Aujourd'hui, elles ne sont plus particulièrement stigmatisées et devraient pouvoir être accueillies dans le dispositif médical commun au même titre que le reste de la population malgache.

Nous avons participé à la relance des procédures d'acquisition d'un état-civil pour toutes ces personnes qui vivaient sans identité, donc sans pouvoir exercer leurs droits.

Enfin, en collaboration avec les pouvoirs publics, nous avons œuvré à l'amélioration des conditions de vie dans les centres de détention pour mineurs, voire à la fermeture des plus maltraitants. En identifiant les dysfonctionnements du système judiciaire à l'encontre des mineurs, nous avons pu faire diminuer le nombre de détentions arbitraires et ainsi soulager les effectifs des centres et des prisons.

Quels sont les points qui restent critiques ?

En pratique, les personnes indigentes ont encore beaucoup de mal à avoir accès gratuitement aux soins de santé primaire dans le système de santé public. Si les consultations sont gratuites, les médicaments restent indisponibles ou trop coûteux pour les plus pauvres.

Mais le problème le plus aigu reste celui de l'accès aux soins d'urgence médicale ou chirurgicale dans les hôpitaux. En l'absence d'un système public de gratuité des soins d'hospitalisation pour les indigents, les personnes qui, jusqu'ici étaient prises en charge par MSF, n'ont aujourd'hui aucune alternative. Pas plus d'ailleurs que les 70% de la population de Tananarive qui vivent dans la pauvreté et n'ont pas les moyens de payer les médicaments, les examens complémentaires et les repas qui restent à leur charge en cas d'hospitalisation.

Malgré une nette amélioration ces dernières années, les procédures d'obtention des états-civils restent encore trop complexes. Les mairies de quartier ne les prennent pas suffisamment en charge et se reposent trop sur les associations. C'est pourtant le rôle des pouvoirs publics d'enregistrer gratuitement les citoyens dès leur naissance.

Enfin, un certain nombre de garde-fous doivent être mis en place pour que le dispositif légal, qui protège désormais les mineurs délinquants, soit réellement fonctionnel. Il ne faudrait pas que les placements arbitraires reprennent et ré-engorgent de nouveau les prisons

Est-ce que MSF envisage de continuer à intervenir à Madagascar ?

Comme partout ailleurs, MSF continuera à intervenir dans la mesure du possible lors de situations de catastrophes naturelles ou d'épidémies qui pourront surgir à Madagascar, car cette activité est au cœur de notre mission humanitaire. Nos expériences passées nous permettent aujourd'hui de mieux comprendre la dimension médico-nutritionnelle de ces situations et de pouvoir y répondre. Le fait d'avoir ou pas un programme ouvert en permanence à Madagascar ne change rien à notre volonté de venir en aide aux populations malgaches en cas de crise majeure.

Bilan d'un programme

12 ANS AUPRES DES ENFANTS VIVANT DANS LES RUES DE TANANARIVE

En 1993, plusieurs milliers d'enfants et leurs familles vivaient dans les rues de Tananarive, livrés à la précarité et à la violence. Stigmatisés, ils n'étaient pas acceptés dans les structures de soins publiques, victimes de préjugés de toutes sortes : ils étaient considérés comme peu fiables, incapables de se tenir correctement dans une salle d'attente, incapables de suivre des traitements, soupçonnés de les revendre, etc.

Une grande partie de cette population n'avait pas d'état-civil, donc pas d'identité, ce qui la rendait encore plus vulnérable et contribuait à l'exclure du droit commun.

Enfin, les enfants étaient soumis à la violence de la rue, à celle des réseaux mafieux (d'adoption illégale, d'exploitation sexuelle, de travail forcé) et aux rafles menées par la police.

Les équipes de MSF ont entrepris un travail de proximité de longue haleine, de jour comme de nuit, dans les rues de Tananarive afin d'identifier les enfants, comprendre leurs problèmes et mettre en place des solutions adaptées.

Réouvrir l'accès aux soins

Trois centres socio-médicaux ont ainsi été implantés dans les quartiers de Tananarive à forte concentration de populations vivant dans la rue : Andravohangy, Anosibe et Isotry. Les enfants et leurs familles ont pu y recevoir des **soins médicaux de qualité**, être accompagnés et pris en charge en cas d'hospitalisation.

Par ailleurs, **un réseau de spécialistes** (dentiste, kinésithérapeute, psychologue) a accueilli pendant de nombreuses années les enfants nécessitant une prise en charge particulière.

En moyenne, chaque année, les équipes MSF ont effectué 15 000 consultations et pris en charge 300 hospitalisations.

Avec l'appui financier du CRESAN et en étroite coopération avec les équipes et le chef du service de pédiatrie, MSF a organisé un **centre de nutrition thérapeutique** dans l'hôpital de Befelatanana. Ses équipes ont aussi formé le personnel afin de favoriser la pérennité du programme.

Protéger en redonnant une identité sociale

MSF a contribué à faire accepter l'idée que **ce n'est pas la société qui doit se protéger de ces enfants, mais bien ces enfants, vulnérables, que l'on devrait protéger des violences de la société.**

MSF a mis en oeuvre un **appui socio-juridique** afin de répondre aux problèmes aigus posés par la situation d'exclusion sociale des personnes vivant dans la rue : obtention d'un état-civil et de papiers d'identité, protection, accompagnement et soutien en cas de violences, de maltraitance, de conflit avec la loi, accompagnement vers des projets de vie et orientations vers des partenaires.

La nuit, la présence physique des équipes MSF auprès des populations vivant dans la rue a contribué à réduire le niveau de violence qui s'exerçait contre elles. Le fait de pouvoir présenter la carte de bénéficiaire d'un programme MSF a aussi représenté, pour nombre d'enfants, une forme de protection face au harcèlement policier.

Avec l'appui des équipes de MSF, des mères dont les enfants ont été enlevés par les réseaux mafieux (adoption illégale, pédophilie...) ont eu le courage d'entreprendre des démarches auprès de la police et de la justice.

Au total, par leur travail de proximité, MSF et tous les partenaires publics et privés qui l'ont accompagné pendant toutes ces années ont contribué à montrer que **vivre dans la rue n'était pas une maladie** et à réduire la stigmatisation qui frappait ces populations les plus pauvres : **petit à petit il est devenu moins honteux, moins répréhensible de vivre dehors.**

10 ANS AUPRES DES MINEURS PLACES EN INSTITUTIONS ET EN DETENTION

Lorsque qu'en 1994, les équipes de MSF ont commencé à intervenir dans les centres de détention et les institutions de rééducation pour mineurs de Tananarive, elles y ont découvert des situations catastrophiques. Dans ces centres surpeuplés, les infrastructures étaient vétustes, les conditions d'alimentation et d'hygiène déplorables. Mauvais traitements, privations et travail forcé s'exerçaient au quotidien sur les mineurs.

Les centres souffraient de sureffectifs car la plupart des mineurs présents n'y avaient pas leur place : 90% d'entre eux étaient en détention préventive à la suite de petits délits, leur dossier bloqué par les dysfonctionnements du système judiciaire. D'autres étaient placés arbitrairement et oubliés, à la suite des grandes rafles opérées par la police dans les rues de Tananarive.

L'assistance médico-sanitaire

Dans la prison d'Antanimora, les centres de rééducation ou les centres sociaux (Ambohimangakely, Isotry, d'Anjanamassina, VNT, notamment), MSF a réhabilité et équipé les locaux des infirmeries, fourni les médicaments essentiels, formé et encadré le personnel médical ou paramédical, formulé des conseils d'hygiène et d'éducation sanitaire.

L'ouverture d'un dossier pour le suivi médical de chaque mineur a été systématisé. Des opérations de vaccination et de traitement systématique (déparasitage, vitaminothérapie) ont été mises en place.

MSF a également installé un système de surveillance nutritionnelle et organisé un réseau de partenaires (associations caritatives, églises) qui se chargent de fournir les compléments alimentaires.

Le soutien socio-juridique en complément de l'activité médicale

Dans le même temps, MSF s'est efforcée de **faire sortir des institutions** les mineurs qui n'avaient rien à y faire en leur fournissant un suivi social et juridique individuel. En s'appuyant sur les textes de loi malgaches, MSF a permis de remettre de l'ordre dans les dossiers des mineurs, de régulariser leur situation administrative et judiciaire et de les faire libérer. **De 1996 à 2003, 351 mineurs en détention abusive ont ainsi été libérés avec l'appui de MSF.**

Tous ces efforts ont été développés en collaboration avec les pouvoirs publics qui ont écarté le personnel maltraitant des centres, voire fermé certains d'entre eux. Aujourd'hui aucune institution pour mineurs ne peut fonctionner sans l'agrément et le contrôle des autorités, et les signalements de maltraitance ou de privations aboutissent rapidement à des mesures visant à protéger le mineur.

La diminution des placements et des détentions arbitraires a permis de réduire considérablement le nombre de personnes dans les centres. Ces derniers fonctionnent désormais avec des effectifs en adéquation avec les moyens dont ils disposent.

A travers la mise en place d'un dispositif de soins, le programme MSF a **réduit la malnutrition et les problèmes de santé dans ces structures**. Son dispositif socio-juridique a, quant à lui, favorisé la libération de mineurs placés ou détenus abusivement.

Pérenniser et étendre le savoir-faire

En 2003, les objectifs posés au début du programme étaient globalement atteints. L'approche individuelle et pluridisciplinaire avait porté ses fruits. Une certaine normalité avait été rétablie, en matière de durée des placements, de conditions de vie et de limitation des violences et des maltraitances. MSF a donc décidé de mettre fin à son programme d'assistance aux mineurs placés en institution et en détention.

Au cours de ces années, une partie du savoir-faire des équipes MSF a été transmise à des individus au sein de l'administration malgache. Il reste cependant à le **pérenniser** et à l'étendre aux autres institutions du pays où la situation reste préoccupante.

Un suivi juridique individualisé, actif et rigoureux doit perdurer : les retards procéduraux, le délaissement judiciaire, les privations ont de graves conséquences sur les mineurs placés ou incarcérés. Il est donc primordial de mettre en place les moyens de mener à bien le travail d'accompagnement des mineurs autrefois réalisé par l'équipe de MSF. Aujourd'hui l'amélioration du système judiciaire est visible dans les procédures, mais les mineurs en conflit avec la loi et leurs familles ne sont à l'abri ni des abus de pouvoir ni des tentatives de corruption dont l'accompagnement de MSF contribuait à les protéger.

Les points qui restent critiques

LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DE SANTE PRIMAIRE

88% des personnes auparavant prises en charge gratuitement par MSF doivent aujourd'hui payer pour avoir accès aux soins.

Selon une évaluation réalisée par MSF en avril 2005 après la fermeture de deux de ses centres de soins, 12% seulement des personnes qui les fréquentaient ont maintenant accès à des soins gratuits auprès d'associations caritatives.

Dans les Centres de santé de base (CSB), où la consultation est gratuite mais les médicaments payants, plusieurs facteurs limitent l'accès aux soins pour les plus démunis :

- les critères d'attribution du statut d'indigent ne sont pas adaptés à cette population : la gratuité des soins est loin d'être toujours garantie à ceux qui en ont besoin.
- La limitation du nombre de consultations et les contraintes horaires : la distribution de tickets en début de consultation sanctionne les personnes qui se présentent trop tard. Or, pour cette population qui consacre la majeure partie de son temps à la recherche de maigres gains pour se nourrir, devoir se présenter à des heures fixes ou attendre des heures dans les files d'attente équivaut souvent à perdre un repas.
- Quand ils sont disponibles, ce qui n'est pas toujours le cas, les médicaments prescrits, quoique bon marché, restent à un prix inaccessible pour les patients indigents. Ainsi, bien souvent, ceux-ci ne peuvent se payer qu'une partie de leur traitement. Quand ils ne sont pas disponibles dans les centres de santé, les patients doivent acheter leurs médicaments dans les pharmacies privées qui pratiquent des prix inabordables.
- Les pansements et injections sont eux aussi payants.

Les personnes indigentes qui ont besoin de soins hésitent à se rendre dans les CSB car elles savent qu'elles ne pourront pas payer le traitement qui leur sera prescrit.

Le problème de l'accès aux soins des plus démunis reste donc avant tout financier.

LES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS MEDICAUX, CHIRURGICAUX ET NUTRITIONNELS EN URGENCE

Aujourd'hui, à Tananarive, les frais d'hospitalisation restent inabordables et les services sociaux des hôpitaux ne peuvent à eux seuls faire face à l'insolvabilité d'une grande partie de la population. Pourtant, il n'existe toujours aucun système d'exemption des frais des soins médicaux et chirurgicaux en urgence ni des hospitalisations pour les personnes indigentes.

A l'hôpital, l'hébergement et l'acte chirurgical sont gratuits, mais le matériel, les médicaments, les examens complémentaires et les repas, sont à la charge des patients. Les prescriptions sont coûteuses et ne sont pas adaptées au mode de vie de personnes vivant en grande précarité. Faute de moyens, les plus pauvres ne font pas les examens complémentaires et abandonnent les traitements.

En l'absence de MSF pour garantir les paiements des frais, l'administration des hôpitaux demande aux familles des patients de signer une lettre d'engagement ou de laisser des papiers d'identité. Souvent, faute de pouvoir payer, les patients quittent l'hôpital avant leur guérison, abandonnant leurs papiers.

A la maternité, les patientes doivent acheter le matériel d'accouchement, celui nécessaire aux soins du bébé ainsi que les traitements. Elles ne peuvent sortir de l'hôpital sans avoir remboursé tous ces frais. Pour cette raison, de nombreuses femmes indigentes préfèrent prendre le risque d'accoucher à domicile. De même, en cas de complication chirurgicale (césarienne), la prise en charge hospitalière est très coûteuse.

Les cas de malnutrition sévère devraient continuer à être pris en charge par le personnel du CRENI de Befelatanana, où l'ASERN (Association des organisations pour l'éducation et récupération nutritionnelle) a pris le relais de MSF. Mais l'information concernant cette offre de soins gratuite doit être plus largement diffusée auprès des populations les plus pauvres, qui sont le plus à risque de malnutrition.

Les personnes dont s'occupait MSF et qui n'ont pas les moyens de payer n'ont aujourd'hui que peu de chances de bénéficier de soins d'hospitalisation. Il est donc **impératif que les pouvoirs publics mettent en place des systèmes concrets permettant à ces personnes d'être soignées et prises en charge en cas d'urgence.**

LES DIFFICULTES POUR OBTENIR UN ETAT CIVIL

En théorie, le droit à un état-civil est inaliénable. Les pouvoirs publics sont garants de son application. Or, à Tananarive, si l'établissement des états-civils s'est globalement amélioré depuis dix ans, il est encore réalisé, dans 20% des cas, par l'intermédiaire des associations, car les démarches à mener auprès des mairies de quartier restent longues et complexes.

En 2004, des **dispositifs spéciaux** ont été mis en place par les mairies de quartier, afin d'empêcher toute acquisition et utilisation illégales d'un état-civil. Ils doivent permettre de garantir la véracité des déclarations et des pièces apportées aux dossiers. Malheureusement, ils **alourdissent considérablement le processus**, rendant très complexe, voire impossible, la démarche d'établissement d'un état-civil pour certains enfants.

Les pièces suivantes sont par exemple exigées. Elles sont particulièrement difficiles à obtenir pour des personnes vivant en situation de grande précarité :

- un certificat d'examen somatique (établissant l'âge de l'enfant) pour tous les enfants (dans le 1^{er} arrondissement),
- la carte d'identité de la mère (dans le 4^{ème} arrondissement et au tribunal),
- une lettre d'engagement de la mère devant le responsable de l'état civil (2^{ème} et 4^{ème} arrondissements pour tous les âges, 1^{er} arrondissement pour les enfants de plus de 10 ans).

Plus généralement, pour obtenir un état-civil, il faut fournir un **certificat de résidence**. Or un individu qui vit sans abri ne peut l'obtenir dans les quartiers où il dort, car il ne peut justifier d'une adresse fixe. Lorsqu'il trouve enfin une maison, il devrait pouvoir s'inscrire comme résident de son nouveau quartier. Mais pour cela, il doit produire un certificat de déménagement. Or, comme il n'était pas recensé comme résident dans son ancien quartier, il ne peut pas prétendre à un certificat de déménagement.

Conclusion

Après douze ans de présence auprès des enfants en situation difficile de Tananarive **MSF a décidé de fermer son programme**. Des années de travail ont permis à MSF de faire évoluer les pratiques et de montrer que, malgré la stigmatisation dont cette population est victime et contrairement aux préjugés, il est possible de lui faire intégrer un dispositif de soins.

Dans le prolongement de son action médicale, MSF a également fourni un appui socio-juridique aux mineurs pris en charge dans son programme en cas de maltraitances, de conflit avec la loi, de placements ou de détention abusifs. Conseillés et suivis, ils ont été rétablis dans leurs droits.

A travers sa présence, MSF a également contribué à rendre cette population plus visible auprès des politiques et de l'opinion.

Mais depuis quelques années, MSF touche aux limites de son action.

Avec la politique d'assainissement et la paupérisation des habitants de Tana, la problématique des personnes vivant dans la rue a peu à peu rejoint celle de la grande pauvreté à Madagascar. Médecins Sans Frontières l'a constaté dans son programme en prenant en charge de plus en plus de personnes ne relevant pas de cette population spécifique. Les difficultés d'accès aux soins touchent aujourd'hui la majorité de la population de la capitale. Il s'agit aujourd'hui de lutter contre la pauvreté. C'est un enjeu économique, non plus humanitaire. Ceci relève de la responsabilité de l'Etat malgache.

Avec la fermeture du programme de MSF, les patients en situation de précarité qui consultent dans le système public ne bénéficient plus de l'approche individuelle et pluridisciplinaire, ni du suivi en cas de danger que leur garantissaient les équipes de l'association.

Il est donc urgent que les pouvoirs publics assurent la prise en charge médicale des indigents et s'efforcent de développer **une véritable politique sociale pour les plus démunis**.

De son côté, Médecins Sans Frontières reste prête à intervenir en urgence en cas de catastrophe naturelle ou d'épidémie, en s'appuyant sur son expérience passée à Madagascar, en particulier dans le domaine médico-nutritionnel.

MSF A MADAGASCAR : LES DATES CLES

1987

- Ouverture d'un **programme d'urgence dans le grand sud malgache** en réponse à une grave crise alimentaire liée à la sécheresse. Les activités évoluent vers **un soutien technique dans la province de Tulear** : vaccination, formation, réhabilitation, relance des laboratoires d'analyse médicale, etc. MSF restera impliquée durant 5 ans.

1988

- Début des **projets urbains** de MSF dans la capitale, en soutien aux acteurs et structures déjà existants.

1993

- **Ouverture du programme de MSF auprès des enfants vivant dans la rue** : prise en charge médicale des enfants, mise en place d'un réseau de solidarité et émergence d'une dynamique autour de cette problématique. L'idée d'une plate-forme municipale de l'enfance.

1994

- **Ouverture du programme MSF dans les prisons et centres de rééducation pour mineurs,**
- Développement des actions de témoignage auprès des autorités, compétentes autour de la problématique des enfants vivant dans la rue,
- Intervention d'urgence à la suite du **cyclone Geralda**.

1995

- Mise en place d'un programme de **prise en charge de la malnutrition sévère et modérée** à Tananarive : 21 CRENA (centre de récupération nutritionnelle ambulatoire) et 3 CRENI (centre de récupération nutritionnelle intensive), créés en collaboration avec des partenaires privés et les hôpitaux.
- Programme d'assainissement dans trois quartiers situés dans les zones inondables de Tana : collecte de déchets, construction de latrines familiales, réaménagement et protection des points d'eau, dératisation dans les foyers de pesteux.

1996

- Développement des volets sociaux et juridiques du programme, en lien avec les activités médicales dans les centres de détention et centres de placement pour mineurs.
- Actions de communication publique pour « rendre visible » la question des enfants des rues.

1997

- **Ouverture d'un programme auprès des enfants des rues d'Antsirabe, sur le même modèle que celui de Tana.**
- Intervention d'urgence après le passage du **cyclone Gretelle**.

1999- 2000

- Programmes d'**urgence** pour la prise en charge de **l'épidémie de choléra** et la mise en place de secours après le passage des **cyclones Gloria, Hudah, Eline**.

2001

- Travail sur la qualité des prises en charge dans le programme auprès des enfants vivant dans la rue.
- Résolution de nombreux dossiers juridiques de mineurs en détention abusive.

2002

- Estimant que ses objectifs de départ sont atteints, MSF se retire de plusieurs centres de rééducation.

2003

- MSF intègre dans son programme les femmes enceintes vivant dans la rue.

2004

- **Fermeture du programme de MSF auprès des mineurs en détention.**
- Intervention d'urgence après le passage du **cyclone Gafilo**.

2005

- **Après 18 ans de présence à Tananarive, MSF ferme son programme auprès des enfants vivant dans la rue.**