



2012 - 2013  
Étude Nationale



FITIAVANA – TANINDRAZANA – FANDROSOANA  
VICE-PRIMATURE CHARGÉE DE L'ÉCONOMIE ET DE L'INDUSTRIE  
SECRETARIAT GÉNÉRAL

# ENQUÊTE NATIONALE SUR LE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE DÉVELOPPEMENT À MADAGASCAR



## Synthèse des différents thèmes







## AVANT-PROPOS

Ce rapport présente les principaux résultats de l'Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD) réalisée à Madagascar de septembre 2011 à août 2013 par l'Institut National de la Statistique, en collaboration avec l'Office National de Nutrition. Au niveau de l'INSTAT, les trois entités impliquées pour la réalisation de cette enquête sont la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales,

la Direction de la Statistique des Ménages et la Direction de la Relation Institutionnelle et de Diffusion. L'ENSOMD a été réalisée avec l'appui financier et technique des Agences du Système des Nations Unies, de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International, de la Banque Africaine de Développement et de la Banque Mondiale à travers le projet PGDI 2.

L'exécution de l'ENSOMD a été effectuée sous la supervision générale du Comité de pilotage et en étroite collaboration avec le comité technique. Cette enquête a bénéficié de l'assistance technique des consultants internationaux au niveau de la collecte, du traitement et de l'analyse des données.

## SIGNALÉTIQUE



Caractéristiques sociodémographiques de la population



Réduire l'extrême pauvreté et la faim



Assurer l'éducation primaire pour tous



Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes



Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans



Améliorer la santé maternelle



Combattre le VIH/sida, le paludisme et les autres maladies



Assurer un environnement durable





# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AFID**

Alphabétisation Fonctionnelle Intensive axée sur le Développement

**ENSOMD**

Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des OMD

**PPA**

Parité de Pouvoir d'achat





# SOMMAIRE



## CHAPITRE 01

### CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION 13



## CHAPITRE 02

### OMD 1 REDUIRE L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM 17



## CHAPITRE 03

### OMD 2 ASSURER UNE EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS 35



## CHAPITRE 04

### OMD 3 PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES 41



## CHAPITRE 05

### OMD 4 REDUIRE LA MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS 45



## CHAPITRE 06

### OMD 5 AMELIORER LA SANTE MATERNELLE 51



## CHAPITRE 07

### OMD 6 COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET LES AUTRES MALADIES 55



## CHAPITRE 08

### OMD 7 ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE 59







# INDEX



## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.1</b>	Indicateurs OMD en matière d'emploi .....	<b>19</b>
<b>Tableau 1.2</b>	Pourcentage des ménages cultivateurs et pourcentage de ayant cultivé chaque type de produit selon la région .....	<b>23</b>
<b>Tableau 1.3</b>	Proportion des ménages selon le type et l'intensité des conséquences du choc par région .....	<b>26</b>
<b>Tableau 1.4</b>	Indicateurs OMD sur la pauvreté. ....	<b>28</b>
<b>Tableau 1.6</b>	Indicateur OMD sur la pauvreté alimentaire. ....	<b>30</b>
<b>Tableau 1.7</b>	Indicateur OMD de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans. ....	<b>32</b>
<b>Tableau 2.1</b>	Indicateurs OMD 2 sur l'éducation. ....	<b>37</b>
<b>Tableau 3.1</b>	Indicateurs OMD dans le domaine de la parité hommes/femmes. ....	<b>43</b>
<b>Tableau 4.1</b>	OMD en mortalité et santé des enfants. ....	<b>47</b>
<b>Tableau 5.1</b>	Indicateurs OMD de la santé maternelle .....	<b>53</b>
<b>Tableau 6.1</b>	Indicateurs de l'OMD 6.....	<b>57</b>
<b>Tableau 7.1</b>	Indicateurs OMD sur l'environnement .....	<b>61</b>

<b>Graphique 1.4</b>	Ratio de pauvreté, selon l'opinion des ménages sur leurs conditions de vie .....	<b>33</b>
<b>Graphique 4.1</b>	Taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans) .....	<b>47</b>
<b>Graphique 4.2</b>	Taux de mortalité infantile (mois de 1 an) .....	<b>48</b>



## LISTE DES CARTES

<b>Carte 0.1</b>	Incidence des maladies par région .....	<b>16</b>
<b>Carte 1.1</b>	Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25\$ PPA par jour .....	<b>20</b>
<b>Carte 1.2</b>	Proportion des travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée.....	<b>20</b>
<b>Carte 1.3</b>	Revenu agricole annuel moyen par région (en millier d'Ar) ...	<b>22</b>
<b>Carte 1.4</b>	Pourcentage de la population ayant une carence alimentaire par région (apport énergétique inférieur à 2133 par tête et par jour) .....	<b>31</b>
<b>Carte 1.5</b>	Cartographie de la malnutrition à Madagascar .....	<b>32</b>
<b>Carte 2.1</b>	Taux Net de Fréquentation du primaire selon la région .....	<b>38</b>



## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>Graphique 0.1</b>	Pyramide des âges de la population (%).....	<b>15</b>
<b>Graphique 1.1</b>	Distribution des entreprises non agricoles des ménages par secteur .....	<b>24</b>
<b>Graphique 1.2</b>	Distribution de la masse de consommation par quintile.....	<b>27</b>
<b>Graphique 1.3</b>	Evolution de la pauvreté entre 2001 et 2012 .....	<b>29</b>





## INTRODUCTION

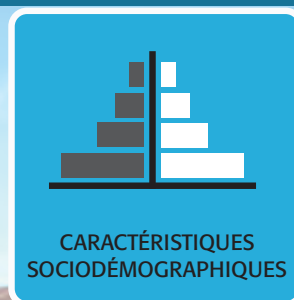
L'objectif principal de l'Enquête Nationale pour le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement (ENSOMD)-2012 était d'évaluer le chemin parcouru par Madagascar dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Cette enquête permet de mesurer les indicateurs sur 7 des OMD sur les 8, sachant que le huitième concerne entre autres la mobilisation des ressources financières et dépasse donc le cadre d'une enquête auprès des ménages. Pour rester cohérent avec l'objectif principal de l'enquête, le rapport a été organisé en 7 parties, chacune correspondant à un objectif du millénaire. Mais il convient de bien souligner que l'enquête va largement au-delà des indicateurs OMD au sens strict, pour fournir des informations riches et variées sur la situation socio-économique, démographique et sanitaire de la population malgache en 2012. En outre, une partie 0 sur les caractéristiques sociodémographiques de la population permet de dresser les portraits des ménages et de la population Malgache selon les données de l'enquête ENSOMD. Finalement, les huit parties du rapport sont les suivantes:

1. *Caractéristiques sociodémographiques de la population*
2. *Réduire l'extrême pauvreté et la faim*
3. *Assurer une éducation primaire pour tous*
4. *Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes*
5. *Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans*
6. *Améliorer la santé maternelle*
7. *Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies*
8. *Assurer un environnement durable*

Nous fournissons, ci-dessous, une synthèse des résultats issus des différents rapports. Pour chacun des OMD, nous commençons par produire un petit tableau synthétique du niveau des indicateurs de suivi, en

précisant, chaque fois que cela est disponible, la cible attendue en 2015, en fonction du niveau de référence des indicateurs lors de l'évaluation des OMD. Ensuite, nous produisons une synthèse qui va au-delà des indicateurs présentés, mais qui reste bien évidemment partielle par rapport à l'information contenue dans les rapports. Nous invitons par conséquent les lecteurs, intéressés par un thème particulier, à s'y référer pour de plus amples informations.





# CHAPITRE I

## Caractéristiques sociodémographiques de la population



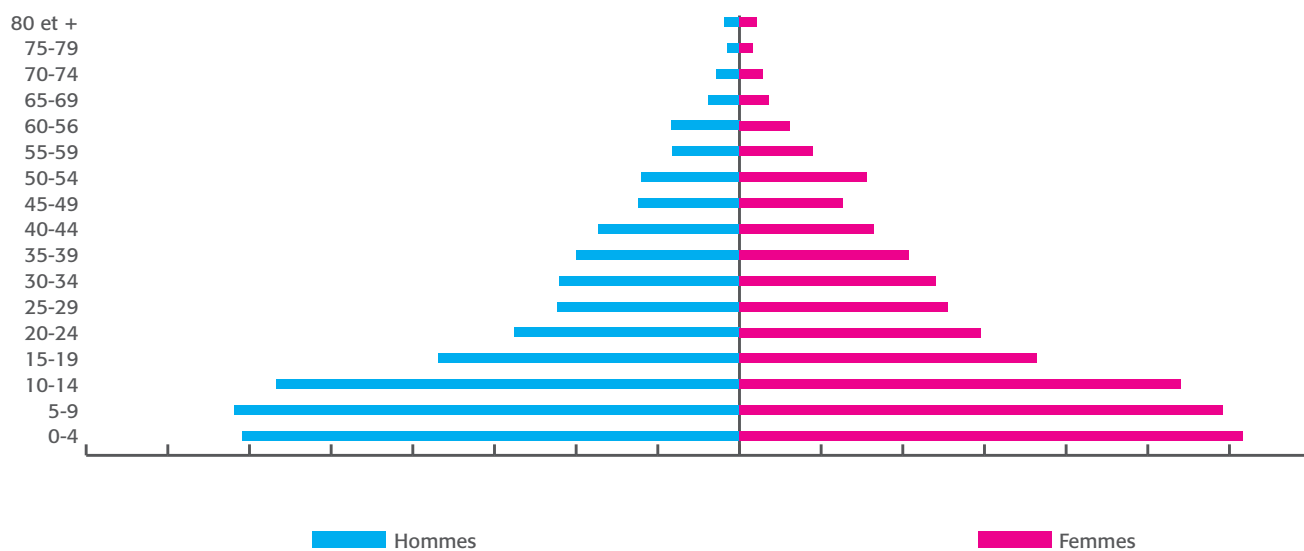


La population malgache se caractérise en général par sa très grande jeunesse, puisque près des deux tiers (64 %) ont moins de 25 ans et près de la moitié moins de 15 ans (47 %). Le rapport de masculinité est de 98,8 hommes pour 100 femmes. La majorité de la population vit en milieu rural (83%) et le milieu urbain

compte exceptionnellement plus de femmes que d'hommes (93 hommes pour 100 femmes). Les trois régions les plus peuplées de Madagascar, Analamanga, Vakinankaratra et Vatovavy Fitovinany regroupent près du tiers (31 %) de la population du pays.

## Pyramide des âges de la population (%)

 Graphique 0.1



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Un ménage à Madagascar compte, en moyenne, 4,5 personnes. Plus des trois quarts sont dirigés par des hommes (78 %). La proportion (22%) de chefs de ménage femmes n'a pas évolué au cours des dix dernières années. Les ménages dirigés par les femmes sont plus fréquents en milieu urbain (27 %) qu'en milieu rural (21 %). L'âge moyen des femmes chefs de ménage est plus élevé que celui de leurs homologues hommes (46 ans contre 41 ans). La majorité des chefs de ménage (64%) exercent leur activité principale dans l'agriculture, 13% sont des petits indépendants dans le secteur non agricole, environ 8% ouvriers ou manœuvres non qualifiés et seulement 2% cadres moyens ou supérieurs. Le nombre moyen de personnes dépendantes est de 2,7 par ménage. Environ 30% des chefs de ménage sont sans instruction.

Au niveau de la nuptialité, l'âge médian à la première union des femmes de 20-49 ans est de 18,0 ans environ. Il s'agit quasiment de la même valeur qu'au moment de l'indépendance. Si l'âge à la première union des femmes n'a pas évolué depuis 1966, son niveau n'en est pas moins hétérogène au niveau national. Certains individus entrent en union plus tardivement que d'autres, en raison de leurs caractéristiques socio-économiques ou culturelles. On

peut citer par exemple le niveau d'instruction de la femme. Ainsi, les femmes de niveau secondaire ou plus se marient à 21 ans en moyenne, soit trois ans plus tard que celles de niveau primaire ou sans éducation. Au niveau des formes de conjugalités, les analyses montrent qu'environ un couple sur 4 vit en union libre. Certes, cette proportion est plus élevée chez les jeunes que chez les plus âgés, mais elle demeure importante dans tous les groupes d'âge.

Par rapport à la morbidité de la population durant les deux dernières semaines précédant l'enquête, 11% de la population ont déclaré avoir contracté une maladie, très souvent la fièvre (42%), suivie de la diarrhée (12%) et des infections respiratoires aiguës (7%). L'incidence des maladies est la plus élevée dans la région de Vatovavy Fitovinany. Elle y est de l'ordre de 16,7%, contre environ 7% à Itasy et à Amoron'i Mania.



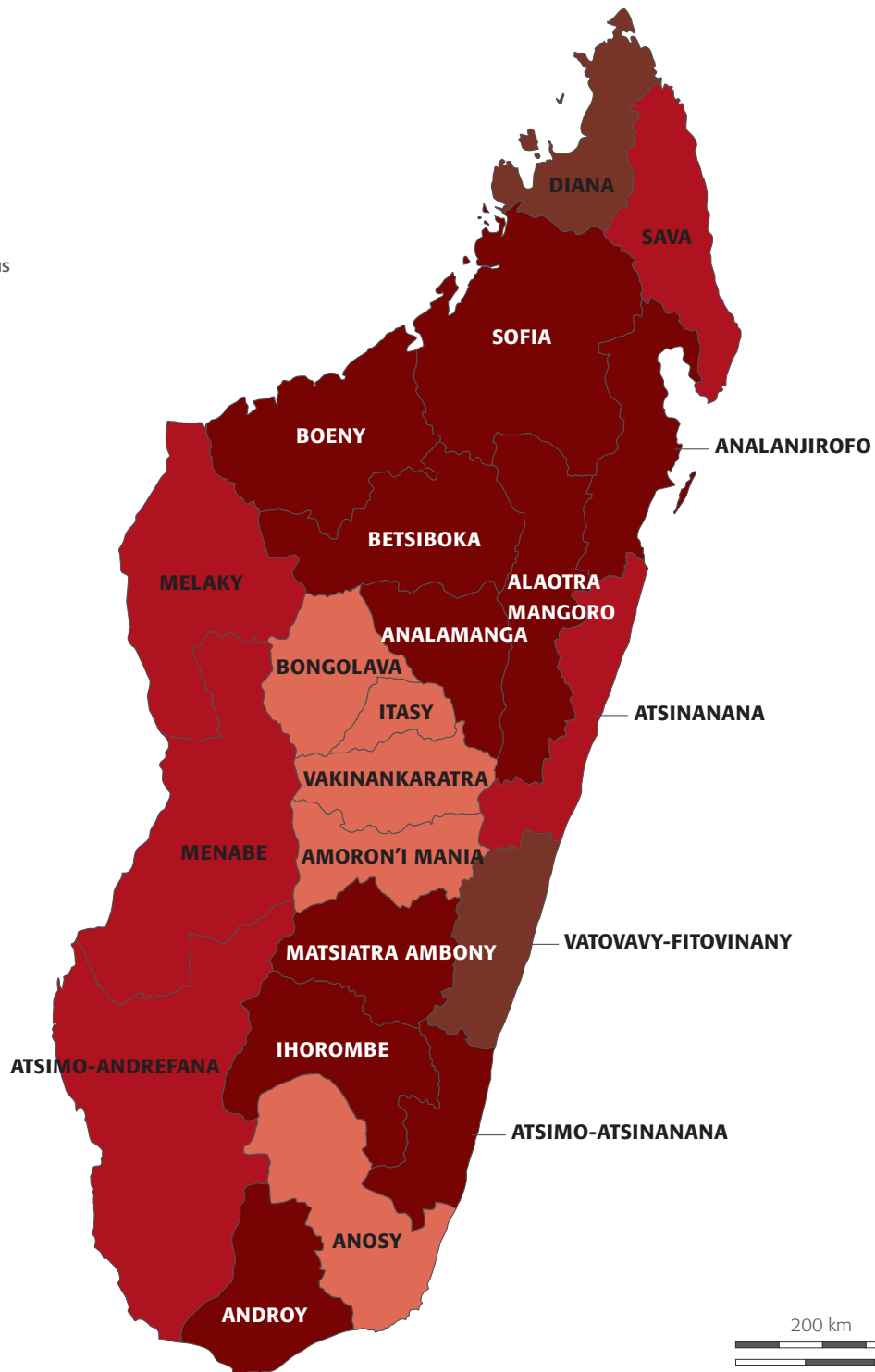
## Incidence des maladies par région



Carte 0.1

### Légende

- < 9
- 9 - 12
- 12 - 15
- 15 et plus



Source : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Seulement 37,7% ont consulté un personnel de santé, mais les disparités régionales sont substantielles, avec des taux de consultation variant de 23,7% à Itasy à 50% à Atsimo Atsinanana. L'incidence des maladies varie également selon l'âge, les enfants de moins de cinq

ans et les personnes âgées de plus de 60 ans étant plus affectés (avec un taux d'incidence d'environ 20%) que les autres tranches d'âges.





© Photo: © FNUI, 2012



## CHAPITRE 2

# OMD 1

Réduire l'extrême pauvreté et la faim





L'objectif général de l'ODM 1 est « Eliminer l'extrême pauvreté et la faim ». Il s'agit d'un objectif ambitieux ayant des ramifications dans de multiples domaines, la pauvreté étant, par essence, multidimensionnelle. L'enquête ENSOMD2021-2013 couvre deux grands groupes de thème en relation, plus ou moins directe, avec les conditions de vie des ménages et donc la pauvreté. Le premier (l'emploi, l'agriculture, les entreprises non agricoles des ménages, les transferts et la vulnérabilité) concerne l'ensemble des facteurs

pouvant influencer, d'une manière ou d'une autre, la réalisation de l'objectif général de l'ODM1. On peut donc dire qu'il s'agit des opportunités (ou de contraintes selon les cas) qui influent sur les conditions d'existence des ménages. Le second (les biens durables des ménages, la pauvreté monétaire, la pauvreté alimentaire, nutrition des enfants et la pauvreté subjective) constitue les réalisations des ménages.

## L'EMPLOI

Le premier OMD a intégré une nouvelle cible, la cible 1B qui est d'assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif. En

effet, le travail décent et productif est le meilleur moyen pour les ménages pauvres de sortir de la pauvreté.

### Indicateurs OMD en matière d'emploi



Tableau 1.1

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD2012
Indicateur 1.5 : Ratio emploi/population	83,3%
Indicateur 1.6 : Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25 dollar PPA (*) par jour	68%
Indicateur 1.7 : Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée	86,1%

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013  
 (\*) LE DOLLAR PPA A ÉTÉ CALCULÉ SUIVANT LA MÊME MÉTHODOLOGIE QUE POUR LE SEUIL DE PAUVRETÉ. EN 2012, LA VALEUR DU 1,25 DOLLAR PPA EST DE 610 496 AR.

Le ratio emploi/population (de 15 ans et plus) mesure la capacité d'une économie à pourvoir des emplois à ses populations. A Madagascar, le taux global se situe à 83,3%. Ce taux assez élevé n'indique pourtant pas la qualité du travail à Madagascar. En effet, en considérant d'autres indicateurs (part des travailleurs pauvres, taux de sous-emploi, le taux de pauvreté, précarité des emplois,...), on remarque que le pays présente les caractéristiques des pays en voie de développement. En effet, le taux élevé indique plutôt que les pauvres travaillent par nécessité dans des emplois précaires

pour survivre. Il est donc plutôt pertinent de s'intéresser aux autres indicateurs qui mesurent la qualité du travail.

Proportion de la population occupée disposant de moins de 1,25\$ PPA par jour. L'indicateur mesure la proportion de personnes occupées mais qui vivent avec très peu de moyens dans le pays. Au niveau national, cet indicateur est de l'ordre de 68%. Ce taux assez élevé traduit le fait qu'à Madagascar il manque clairement de travail décent pour presque 7 actifs occupés sur 10.

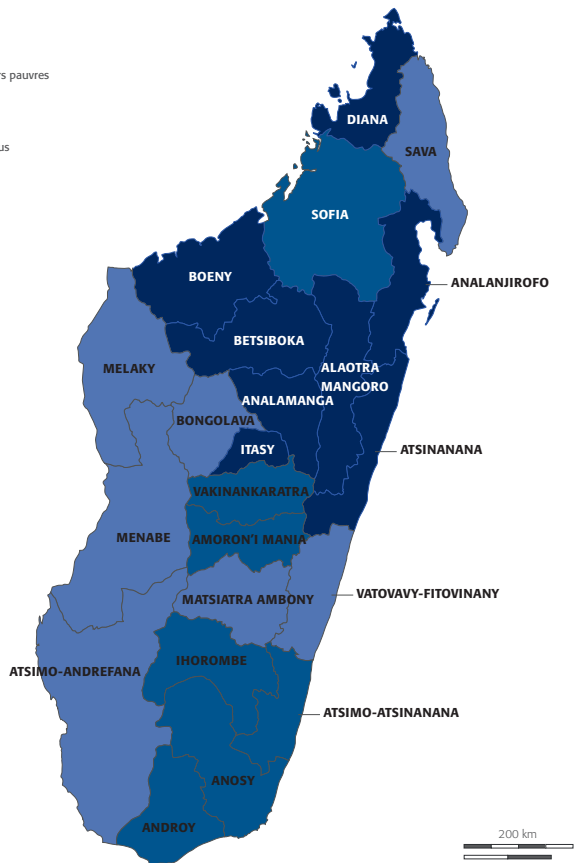
### Proportion de la population occupée dispo- sant de moins de 1,25\$ PPA par jour

Carte 1.1

Légende

% de travailleurs pauvres

- < 65
- 65 - 78
- 78 et plus



Source : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

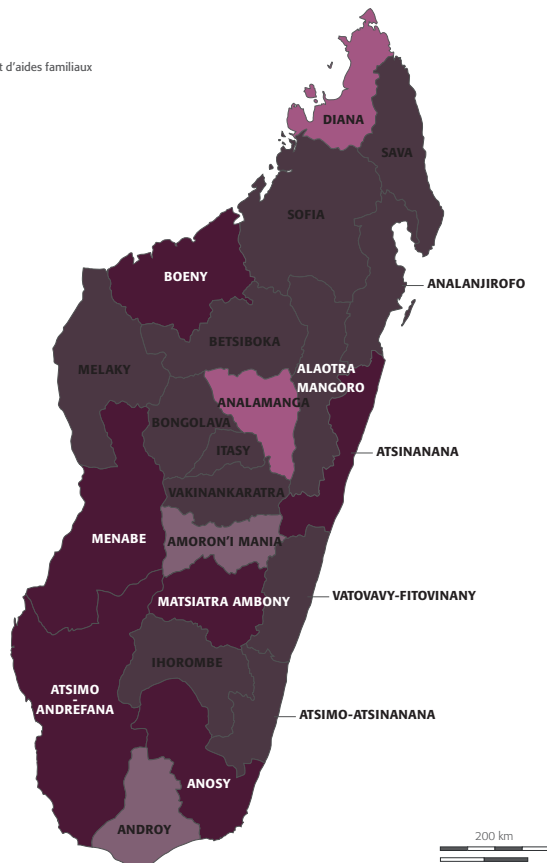
### Proportion des travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée

Carte 1.2

Légende

% d'indépendants et d'aides familiaux

- < 80
- 80 - 90
- 90 - 95
- 95 et plus



Source : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La cartographie nous montre la variation de cette situation par région à Madagascar. De façon générale, toutes les régions présentent des niveaux élevés de travailleurs pauvres. Mais certaines régions (coloriées en rouge) présentent des niveaux particulièrement préoccupants (avec des taux supérieurs à 80%).

L'indicateur est aussi appelé taux d'emploi vulnérable car l'écrasante majorité des indépendants et des aides familiaux se trouvent dans les secteurs de subsistance agricole ou dans l'informel non agricole. Au niveau national, cet indicateur est de l'ordre de 86,1%. Le fait que les travailleurs familiaux non rémunérés et les travailleurs indépendants ne bénéficient pas en général de régime d'avantages sociaux ou du programme de protection sociale les expose plus dans des situations dites « vulnérables ». Ici donc, plus de 8 actifs occupés sur 10 se retrouvent dans cette situation de vulnérabilité



## PORTRAIT GÉNÉRAL DU MARCHÉ DU TRAVAIL À MADAGASCAR

Au-delà des indicateurs de l'OMD, l'enquête permet de dresser un tableau complet du marché du travail.

Le taux d'activité des personnes de 5 ans ou plus est de l'ordre de 60,6%. Il atteint son niveau maximal entre 30 et 49 ans avec un taux d'activité global toujours supérieur à 94%, avoisinant les 99% pour les hommes et les 93% pour les femmes. Cette situation n'a pas bougé au cours de la période 2010-2012. L'agriculture reste toujours archi-dominante dans la structure des emplois. Elle compte plus de sept actifs occupés sur dix. Hormis l'agriculture, les activités les plus répandues se trouvent, d'une part, dans les activités de commerce tant en milieu urbain qu'en milieu rural, et d'autre part, dans les services privés autres que l'éducation et la santé. La valorisation du capital humain sur le marché du travail se traduit par la faculté d'accéder aux emplois salariés ainsi que par l'orientation vers les activités non agricoles, en particulier l'administration publique, les services privés et le commerce.

En 2012, le niveau de revenus salariaux annuels moyen est estimé à 1 813 000 Ar contre 1 388 000 Ar en 2010. Le niveau d'instruction influe positivement sur le niveau de salaire : les individus de niveau universitaire touchent trois fois plus de revenu salarial que ceux non instruits. Les femmes restent lésées, ne touchant que 72% de ce que leurs homologues masculins gagnent.

Le taux de chômage a connu une baisse de deux points par rapport à 2010. Il est de l'ordre de 1,7% de la population active du pays. Le chômage est un phénomène essentiellement urbain : le taux est de 4,5% dans le milieu urbain et de 1,1% dans le milieu rural. En fait, les tensions sur le marché du travail ne se manifestent pas par un chômage ouvert, mais par un sous-emploi massif du facteur travail. En effet, le sous-emploi lié à la durée du travail (moins de 35 heures par semaine contre leur gré) et la situation d'emplois inadéquats (salaire horaire inférieur au minimum admis), touchent respectivement 39,5% et 44,8% des actifs occupés.

### L'AGRICULTURE

L'atteinte des OMD, en particulier l'OMD1, ne peut pas se dissocier de la problématique de l'Agriculture. En effet, dans un pays à très fort taux de ruralité comme Madagascar, la population rurale dépend presque intégralement des activités agricoles, d'élevage et de pêche. En termes d'emploi, le secteur agricole constitue de loin le principal pourvoyeur d'emplois. De plus, concernant la pauvreté, grâce à la production agricole, les ménages agricoles peuvent générer des revenus pour subvenir à leurs besoins non alimentaires. Enfin, et c'est le plus important, l'agriculture permet de fournir l'essentiel de la consommation alimentaire non seulement des ménages ruraux mais également des ménages urbains. Ainsi, tenir compte des caractéristiques et des performances de l'agriculture est indispensable pour l'atteinte des OMD.

Cette étude a permis de dégager quelques résultats saillants : d'abord les ménages des exploitants agricoles dirigés par des chefs dont l'emploi principal est l'agriculture (au sens strict) représentent 63,1% de l'ensemble des ménages en 2012, contre près de 67,8% en 2010. Etant donné que l'agriculture peut être pratiquée à titre secondaire par un membre quelconque d'un ménage, les « ménages agricoles », au sens large, sont constitués des ménages qui ont pratiqué l'agriculture en tant qu'activité principale, ou à titre secondaire, et cela, non seulement par le chef du ménage, mais aussi par d'autres membres du ménage. Les ménages agricoles, pris dans cette perspective, représentent 72,7% par rapport

à l'insertion des enfants dans le marché du travail n'est pas négligeable, particulièrement en milieu rural, où 24,6% des enfants âgés de 5 à 17 ans sont économiquement actifs. En comparant ces résultats par rapport à l'enquête EPM 2010, on observe une petite diminution du taux d'emploi des enfants (près de 2 points d'écart). A première vue, ce résultat remet en cause les idées véhiculées selon lesquelles le travail des enfants résulte essentiellement de la dégradation des conditions de vie des ménages. Mais une analyse plus poussée de l'évolution de la situation économique peut expliquer ce phénomène. En effet, la contraction des activités économiques dans le secteur formel, la baisse généralisée du pouvoir d'achat, donc de la demande globale, et l'entrée relativement facile dans le secteur informel, pourvoyeur exclusif d'emplois aux enfants, ont provoqué l'apparition de contraintes au niveau de la demande adressée au secteur informel, et plus de « concurrence » entre le travail des adultes et le travail des enfants dans ce secteur. Ce qui conduit à des retraits « forcés », et « timides » à la fois, des enfants, du marché du travail. Il faut mentionner aussi les résultats concrets obtenus grâce aux efforts déployés dans le cadre des programmes pour l'éradication du travail des enfants à Madagascar ces dernières années.

Le travail des enfants influe négativement sur la situation scolaire. En effet, environ 12% des enfants inscrits à l'école au cours de l'année 2011-2012, ont exercé en parallèle une activité économique. La proportion ne dépasse pas 18% même dans la tranche d'âges de 15 à 17 ans. Les enfants travailleurs exercent principalement des activités agricoles dans le contexte de l'aide familiale.

Finalement, au vu de la forte proportion des travailleurs indépendants et agricoles et des actifs en situation de sous-emploi, il est certain que Madagascar n'atteindra pas d'ici 2015 le plein emploi avec du travail « décent et productif ».

à l'ensemble des ménages, contre 80,6% en 2010 selon l'EPM. Comme celle de la catégorie des ménages agricoles au sens strict, elle a connu une légère baisse.

En général, l'exploitation agricole est de petite taille. La superficie économique moyenne exploitée est de 1,7 Ha au niveau national, contre 1,4 Ha en 2010. La superficie médiane est plus basse, mais plus stable par rapport à la moyenne : 1,0 Ha. D'une façon générale, à Madagascar, l'exploitation agricole se base sur la polyculture, soit environ 82% des ménages agricoles. La monoculture se rencontre surtout en milieu urbain. Le nombre moyen de cultures par ménage, tourne autour de 3 par campagne. Les cultures les plus pratiquées sont le paddy/riz, le manioc, la patate, le maïs, les légumes feuilles et le haricot, dans un ordre d'importance décroissante. Ainsi, en plus du riz, ce sont les produits de substitution de ce riz qui sont les plus cultivés.

Le revenu agricole annuel moyen d'un ménage agricole malgache s'élève à environ 978 000 Ar ; soit un revenu mensuel de 81 000 Ar par ménage. On remarque que par rapport à 2010, ce revenu agricole a augmenté de 7% en valeur nominale, avec comme référence l'inflation de 14% au niveau national. L'augmentation atteint

40 à 60% chez les plus pauvres, par rapport à 2010. Le riz <sup>(1)</sup> reste la principale source de revenus agricoles, à raison de 41,9% du total des revenus agricoles générés. En fait, les ventes contribuent au revenu agricole moyen, à raison de 143 000 Ar. par an et par ménage agricole.

Le montant moyen de l'équivalent monétaire de l'autoconsommation est de 519 000 Ar par an et par ménage agricole.

L'importance du revenu agricole généré dépend des caractéristiques des ménages : plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, et plus la superficie exploitée est grande, plus le montant du revenu agricole est élevé.

(1) L'évolution des prix à la consommation du riz blanc et du riz paddy indique, d'après les statistiques de l'Observatoire du Riz (ODR2012), une augmentation depuis 2010, boostant ainsi les revenus agricoles.

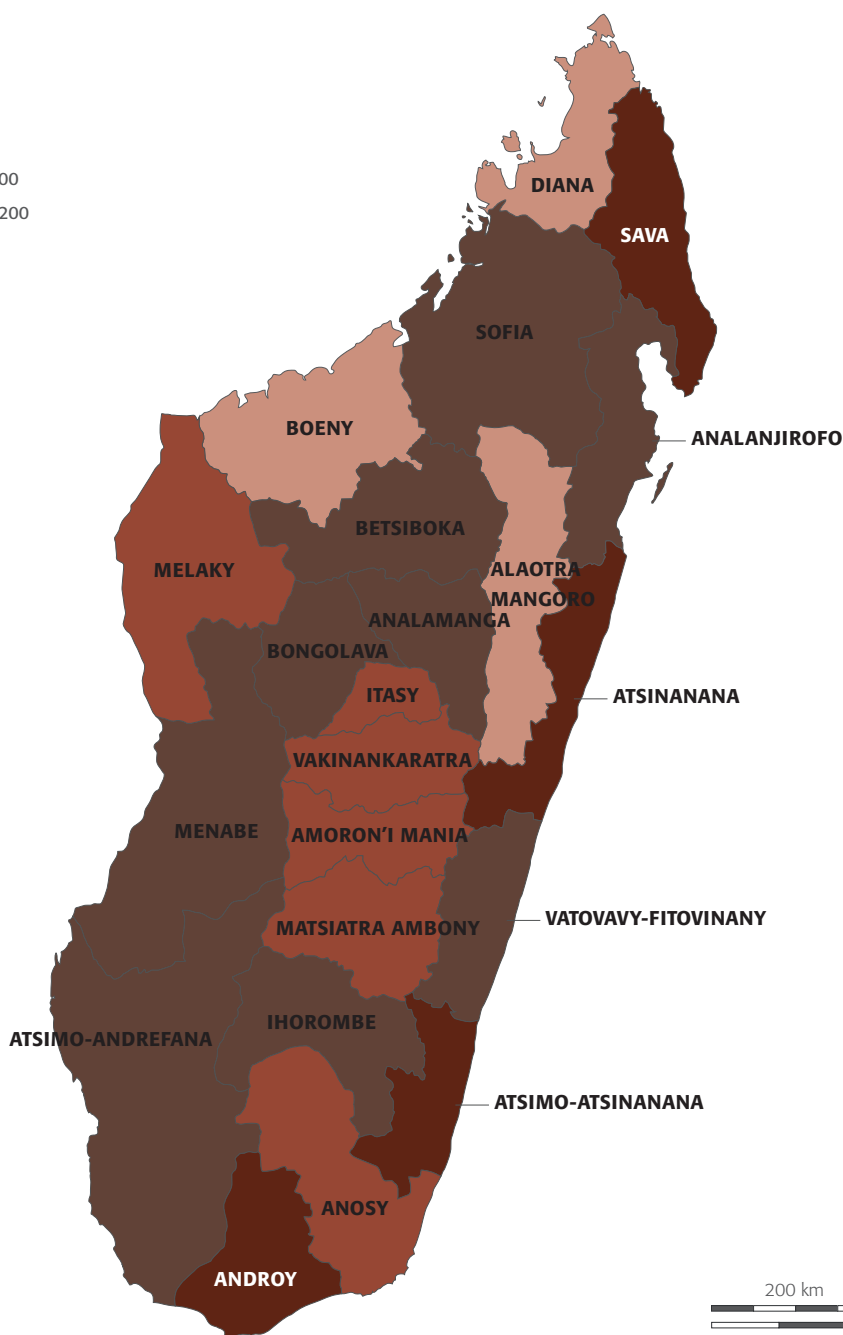
Les régions où l'on observe un niveau de revenu agricole particulièrement élevé sont celles d'Alaotra Mangoro, Boeny, Betsiboka, DIANA, Bongolava et Itasy.

## Revenu agricole annuel moyen par région (en millier d'Ar)

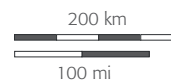
Carte 1.3

### Légende

- < 800
- 800 - 1000
- 1000 - 1200
- > 1200



Source : INSTAT/ENSOMD 2012-2013





La proportion des ménages qui ont cultivé du riz au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête, monte jusqu'à 63,3%. En général, la taille de l'exploitation et la production de ces riziculteurs restent faibles. En effet, le niveau moyen de production par ménage exploitant est moins de 1 tonne de paddy. Le rendement moyen de la production rizicole est de 1,1 tonne à l'hectare. De plus, 54,4% de la production en riz est autoconsommée par le

riziculteur lui-même, alors que les 24,0 % de la production destinée à la vente. La vente de riz est essentiellement regroupée dans la région d'Alaotra Mangoro (20% des ventes environ), ce qui témoigne de ce que cette région constitue le grenier à riz de Madagascar. Les greniers secondaires sont Boeny (7,9%) avec sa plaine de Marovoay, Sofia (7,4%) et Vakinankaratra (6,9%) qui sont des zones à haute productivité agricole.

## Pourcentage des ménages cultivateurs et pourcentage de ayant cultivé chaque type de produit selon la région



Tableau 1.2

RÉGION	CULTIVATEUR	À CULTIVÉ				
		RIZ	MAÏS	MANIOC	PATATE	AUTRES TUBERCULES
Analamanga	32,3	27,5	6,3	16,1	6,0	6,7
Vakinankaratra	88,4	80,0	70,2	53,7	45,0	43,6
Itasy	90,4	85,6	69,1	70,1	29,7	50,1
Bongolava	92,3	90,4	45,8	61,2	4,7	2,6
Matsiatra Ambony	79,6	69,8	40,2	68,8	44,9	15,2
Amoron'i Mania	96,5	91,9	49,9	81,0	60,4	24,9
Vatovavy Fitovinany	91,4	88,5	4,0	81,0	17,2	3,9
Ihorombe	78,1	73,6	23,8	61,5	18,1	2,8
Atsimo Atsinanana	87,0	82,2	3,8	73,8	44,2	2,9
Atsinanana	60,5	57,0	15,6	37,5	16,7	4,0
Analanjirifo	90,4	87,5	2,5	43,5	5,7	6,0
Alaotra Mangoro	77,9	74,2	16,7	39,7	7,8	4,6
Boeny	59,6	58,7	16,2	8,3	1,3	0,2
Sofia	89,3	87,6	34,9	33,4	3,0	3,0
Betsiboka	84,5	82,4	32,9	30,7	8,3	5,0
Melaky	91,0	88,3	31,9	61,3	2,9	4,4
Atsimo Andrefana	68,4	24,2	40,6	57,3	15,9	0,3
Androy	94,0	19,5	74,9	91,4	37,1	0,0
Anosy	76,7	52,3	35,4	67,2	23,1	2,5
Menabe	78,3	69,9	25,6	29,6	9,8	0,5
DIANA	54,5	49,4	12,0	9,3	2,4	0,8
SAVA	83,5	81,7	10,9	25,6	4,7	3,3
<b>ENSEMBLE</b>	<b>72,7</b>	<b>63,3</b>	<b>26,2</b>	<b>44,7</b>	<b>17,6</b>	<b>9,3</b>

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Après le riz, le produit agricole le plus prisé est le manioc. Environ un ménage malagasy sur deux en pratique. Ensuite vient le maïs (26,2%) et la patate (17,6%). Le manioc présente son importance dans la région d'Androy car plus de 90% des ménages en pratiquent ce qui équivaut à la quasi-totalité des ménages agricoles. La région de Vakinankaratra et d'Itasy figurent parmi les régions les plus fertiles de Madagascar avec leurs sols volcaniques récentes et

sont très adaptées pour la culture des autres tubercules comme la pomme de terre.

La faiblesse de la productivité agricole à Madagascar peut être attribuée à de multiples causes sous-jacentes dont quelques-unes sont citées par les unités productrices malgaches à savoir les problèmes environnementaux, les conditions climatiques, l'enclavement, l'in-

sécurité, la disponibilité limitée et le coût élevé des intrants améliorés, les problèmes de financement et le foncier.

A côté de l'agriculture, l'élevage est aussi très pratiqué par les ménages malagasy. Près de 60% ont élevé au moins un type d'animal. En milieu rural, environ deux tiers des ménages sont des éleveurs.

L'animal le plus élevé par les ménages est le poulet (44% des ménages malagasy), suivi des zébus (19%), des porcins (16%) et des zébus de traits (12,4%). Le nombre moyen de zébus possédés par les ménages éleveurs est de 9 têtes. Avec une valeur actuelle monétaire d'environ 500 000 Ar par tête.

## LES ENTREPRISES NON AGRICOLES DES MÉNAGES

En plus de l'agriculture, la création de petites unités de production fait partie des stratégies adoptées par les ménages pour améliorer leurs conditions de vie. Il faut en effet dire que face à l'atonie du secteur privé moderne (qui n'emploie qu'une part infime de la population active), une large partie des ménages est obligée de développer de petites activités de subsistance dans le secteur non agricole.

L'enquête ENSOMD2012 permet d'appréhender les entreprises non agricoles, qui regroupent les unités de production exerçant des activités de transformation, de commerce, et de service, dirigées par des ménages particuliers, et dont la fonction production est fortement liée à la fonction consommation du ménage propriétaire. Ainsi, 35,7% des ménages malagasy possèdent au moins une unité de production familiale non agricole. La proportion de ménages dirigeant une entreprise non agricole ne varie pas en fonction du milieu de résidence (36% en milieu urbain et 35,6%

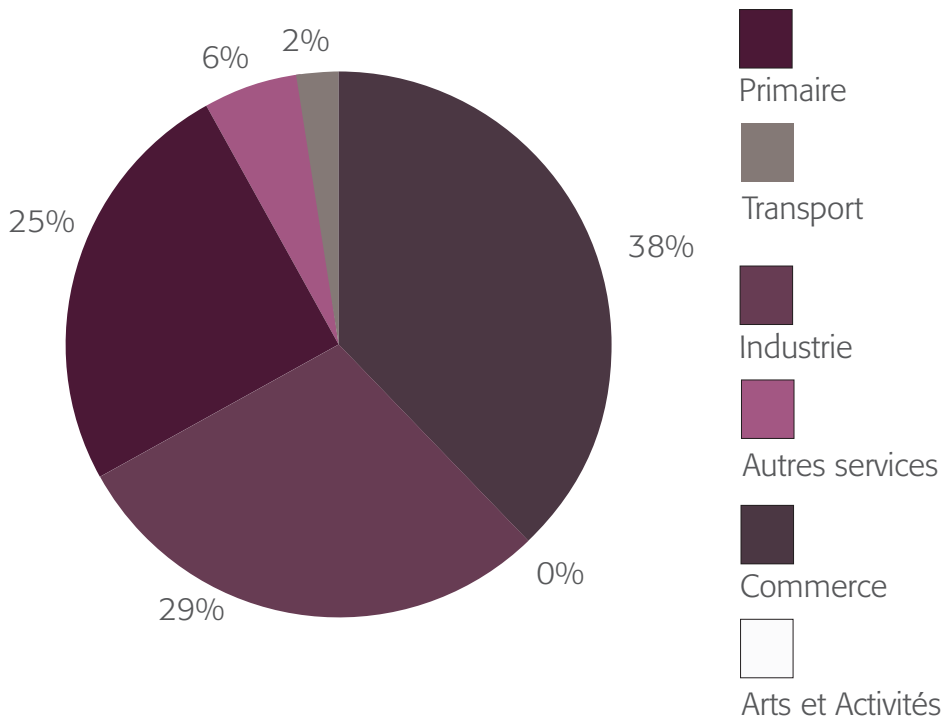
en milieu rural).

Ces unités économiques de production se livrent principalement à des activités de commerce (38% des cas), plus faciles à créer et n'exigeant pas de qualification spécifique<sup>(2)</sup>. Ce poids a changé entre 2010 et 2012. Il existe une sorte d'orientation vers le secteur primaire et les unités de transformation et de fabrication artisanale (industries) qui représentent à eux deux 54,3% de l'ensemble. Les résultats de l'enquête montrent également le développement considérable des activités minières : Plus 25,4% des entreprises non agricoles sont dans ce secteur, alors qu'elles ne représentaient que 12,1% en 2010.

(2) Les statistiques de l'INSTAT/DES de juillet 2013 indiquent que consécutivement à la réduction du nombre de sociétés anonymes depuis 2009, on a assisté depuis 2010 à une forte hausse du nombre des établissements formels nouvellement créés, surtout dans le secteur tertiaire et davantage dans le secteur primaire.

### Distribution des entreprises non agricoles des ménages par secteur

Graphique 1.1



Avec une durée moyenne de l'ordre de 6 ans, les entreprises non agricoles ont des activités assez stables, contrairement aux idées véhiculées à leur sujet. La flexibilité des techniques de production

qui y sont pratiquées leur donne la faculté de s'adapter et de supporter les effets des conjonctures économiques. Mais il se peut aussi que les ménages qui y exercent n'aient aucune autre alterna-





tive que d'y rester même si la productivité y est faible.

L'effectif des employés est faible dans les entreprises non agricoles : il est de l'ordre de 1,7, y compris le chef de l'unité de production. Cela n'a pratiquement pas changé par rapport aux chiffres de 2010. Confrontés aux problèmes de demande ou d'écoulement des produits, aux difficultés d'accès au crédit, au renouvellement du capital, ces types d'unités de production ont une trajectoire qui suit une sorte de dynamique « bloquée », laquelle atteint un certain seuil en termes de nombre d'employés. Par ailleurs, conscients de l'importance des fluctuations et des risques encourus dans l'exercice de ces types d'activités, leurs chefs adoptent une stratégie de croissance expansive, plutôt qu'une croissance intensive, en multipliant le nombre d'unités de production et en diversifiant les activités. De plus, afin d'éviter les problèmes liés à l'administration et à la réglementation des activités, ils essaient également de minimiser l'effet de visibilité en réduisant au minimum le nombre d'employés mobilisés.

Les entreprises non agricoles génèrent un revenu annuel médian estimé à 300 000 Ar. Leurs performances économiques sont fonction du niveau d'instruction du chef de ménage, et du niveau de vie du ménage. Cette situation résulte, d'une part du capital humain et du talent entrepreneurial des chefs de ménage qui sont souvent à la tête des unités de production. D'autre part, le niveau d'édu-

## LES TRANSFERTS

L'objectif de ce chapitre était d'analyser les transferts Malagasy. Les transferts émis et/ou reçus par les ménages peuvent servir de mécanismes amortisseurs dans un contexte de pauvreté généralisée et d'absence d'une politique publique de sécurité sociale. La proportion des ménages malagasy qui ont émis des transferts (de biens, de services ou d'argent), est de 36%, contre 33% pour ceux qui ont reçu. La masse totale des émissions s'élève à 968 milliards Ar., contre 1374 milliards Ar. pour le volume des transferts reçus. Les émissions proviennent en grande partie des ménages « les plus riches », au bénéfice, surtout, des membres de la famille. Les cadres supérieurs et les cadres moyens constituent les principaux

## LA VULNÉRABILITÉ

Compte tenu de la situation géographique et des conditions socio-économiques de Madagascar, il est important d'étudier les différents chocs ou catastrophes que peuvent subir les ménages, d'autant plus que, s'agissant de la pauvreté, il existe un lien étroit entre les deux phénomènes (vulnérabilité et pauvreté). L'objectif de ce point est d'identifier les chocs subis par les ménages, d'appréhender leurs impacts et d'étudier les moyens de compensation adoptés par les ménages pour amortir ces chocs multiples. Il est ressorti des analyses les principaux résultats suivants :

Au niveau national, 31% des ménages ont déclaré avoir subi au moins un choc durant les 12 derniers mois. La proportion de ces ménages passe de 38,5% chez les extrêmement pauvres à 21,9% chez les non pauvres. Toujours d'après leur déclaration, les ménages résidant en milieu rural (34,6%), et dont le chef est exploitant agricole (37,4%), sont les plus vulnérables.

Lorsqu'un ménage a déclaré avoir subi un choc, il lui est demandé d'en préciser le type. Il en ressort que les principaux problèmes des ménages malagasy sont liés au climat et à l'environnement. En effet, les chocs liés au climat et à l'environnement ont été évoqués

par le chef et les disponibilités financières du ménage ont des effets positifs sur les dotations initiales et le capital des entreprises non agricoles. Les performances des entreprises non agricoles, en général, se sont améliorées dans la mesure où l'augmentation du revenu total en terme nominal est de 12% par rapport à 2010. Cette augmentation oscille entre 25 et 40% chez les plus pauvres, par rapport à 2010. Toutefois, vu sous l'angle subjectif, plus de 43,1% d'entre elles ont répondu avoir connu une baisse de leur revenu par rapport à l'année dernière et seulement 20,5% l'ont vu augmenter.

Une des cibles de l'objectif 1 des OMD est de réaliser le plein emploi décent et productif. Or ce chapitre a montré que les Entreprises non agricoles des ménages qui, avec le secteur agricole, constituent les principaux pourvoyeurs d'emploi pour la population malgache (et le demeurera sûrement à moyen terme) est loin d'offrir du travail décent et constitue en général une trappe à sous-productivité. Afin d'accroître la productivité de ce secteur, l'Etat et les PTF devraient investir dans des formations professionnelles adaptées à chaque type d'activité et généraliser l'accès au capital dans ce secteur, afin d'accroître la compétitivité et la croissance soutenue du secteur. Si ces deux activités sont réalisées, les opérateurs de ce secteur pourront alors sortir de la dynamique involutive dans laquelle ils sont piégés.

agents émetteurs.

Par ailleurs, ce sont les ménages disposant de plus d'actifs occupés qui participent davantage aux opérations d'émission. Aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain, les transferts sont principalement stimulés par la nécessité de soutenir la famille. On notera que les us et coutumes constituent aussi un motif de transfert important en milieu rural. Ceux qui reçoivent le plus souvent des transferts sont surtout les inactifs, les chômeurs et les petits exploitants agricoles. La région de D'Amoron'i Mania détient la plus grande proportion de ménages qui ont émis des transferts, tandis que celle d'Atsimo Andrefana comporte le plus de ménages récepteurs.

par un cinquième des ménages. Ceux vivant en milieu rural y sont davantage exposés (25%). Les problèmes de sécurité, quant à eux, concernent environ 5% des ménages ; ce taux est plus élevé en milieu urbain (5,4%) par rapport à celui en milieu rural (2,7%).

L'incidence des groupes de chocs n'est pas uniforme selon les régions. C'est dans la région d'Atsimo Andrefa et d'Androy que les problèmes climatiques et environnementaux sont les plus fréquents. De plus, la sécheresse est très caractéristique de la région d'Androy depuis plusieurs années. Par contre, les régions d'Analamanga, de Boeny et de DIANA sont moins exposées aux chocs climatiques.

## Proportion des ménages selon le type et l'intensité des conséquences du choc par région



Tableau 1.3

RÉGION	PERTE DE BIENS			PERTE DE REVENUES		
	POURCENTAGE AFFECTÉ (%)	VALEUR MOYENNE (MILLIERS D'AR.)	VALEUR MÉDIANE (MILLIERS D'AR.)	POURCENTAGE AFFECTÉ (%)	VALEUR MOYENNE (MILLIERS D'AR.)	VALEUR MÉDIANE (MILLIERS D'AR.)
Analamanga	3,4	386,9	200,0	13,0	463,2	200,0
Vakinankaratra	19,0	287,6	120,0	24,8	465,1	200,0
Itasy	2,7	633,4	150,0	16,6	322,5	120,0
Bongolava	16,0	494,6	100,0	23,9	501,2	150,0
Matsiatra Ambony	8,4	711,5	200,0	30,7	561,2	200,0
Amoron'i Mania	13,7	415,8	80,0	37,7	232,3	90,0
Vatovavy Fitovinany	17,9	395,9	133,0	30,2	258,4	150,0
Ihorombe	16,1	333,7	60,0	23,9	553,3	200,0
Atsimo Atsinanana	19,4	280,9	100,0	44,3	440,1	100,0
Atsinanana	27,2	279,3	144,0	20,8	350,7	140,0
Analanjirifo	6,8	191,7	50,0	12,6	279,8	70,0
Alaotra Mangoro	16,1	354,5	130,0	23,1	427,0	100,0
Boeny	5,0	801,1	400,0	15,8	615,3	280,0
Sofia	4,8	1246,5	220,0	15,7	418,2	90,0
Betsiboka	10,6	369,3	200,0	16,8	692,2	300,0
Melaky	5,9	587,9	140,0	36,3	396,8	140,0
Atsimo Andrefana	22,0	773,6	400,0	48,1	845,7	460,0
Androy	27,1	974,5	100,0	52,1	711,0	150,0
Anosy	20,0	924,6	100,0	29,1	865,3	150,0
Menabe	16,6	603,9	150,0	19,1	720,5	200,0
DIANA	3,2	244,7	120,0	4,9	351,9	200,0
SAVA	19,5	280,8	160,0	38,6	343,0	200,0
<b>ENSEMBLE</b>	<b>13,1</b>	<b>484,0</b>	<b>150,0</b>	<b>24,4</b>	<b>500,1</b>	<b>175,0</b>

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

En ce qui concerne les problèmes de sécurité et les problèmes individuels, la région d'Androy est toujours la plus vulnérable. La région de Menabe n'est pas épargnée des problèmes de sécurité. C'est dans cette région que la proportion des ménages ayant rencontré des problèmes d'insécurité atteint un niveau maximal de 12,2%. Avec les régions d'Atsimo Andrefana (10,6%), d'Atsimo Atsinanana (10,6%) et d'Anosy (8,8%), ils constituent les zones à risque, en relation avec le phénomène de « Dahalo » qui règne dans le Sud.

Environ 13% des ménages ont déclaré avoir perdu des biens à cause des chocs. La perte médiane est évaluée à plus de 150 000 Ar. Par ailleurs, la perte de revenus a été évoquée par 24% des ménages. La valeur médiane de ces pertes est estimée à 175 000 Ar.

Il a été demandé aux ménages qui n'ont pas encore récupéré les dégâts subis après un choc donné, le temps nécessaire pour re-

trouver le niveau d'avant. Environ huit ménages concernés sur dix pensent pouvoir le réaliser dans plus d'un an, ou jamais. Les ménages vulnérables vivant en milieu urbain ont plus de difficultés à se remettre du choc par rapport à ceux résidant en milieu rural.

Quel que soit le milieu de résidence, la principale stratégie adoptée par les ménages pour se remettre d'un choc est l'augmentation du volume de travail, si on ne se réfère qu'au premier type de choc cité par les ménages. Ceci peut se présenter de diverses façons :

- embauche dans un programme HIMO,
- augmentation des heures de travail,
- entrée d'autres membres du ménage dans le monde du travail, ou encore,
- arrêt de l'école, suivi d'une
- entrée dans le monde du travail, pour les enfants.

Les ménages ayant connu un choc ont été interrogés si après



l'avoir subi, ils ont reçu des aides ou pas venant de la famille, du gouvernement ou des organisations internationales. On constate que moins de 3% des ménages malgaches ont reçu de l'aide sous forme de dons dans le cadre du rétablissement. Le niveau moyen

de ces aides varie selon le milieu de résidence : en milieu rural, il est plus élevé. Par contre, la moitié des ménages recevant des aides ont déclaré une valeur inférieure à 75000Ar alors que ce chiffre s'élève à 100000Ar en milieu urbain.

## LES BIENS DURABLES POSSÉDÉS PAR LES MÉNAGES

Dans le cadre de la mise à jour et du suivi des principaux indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement, le volet « avoirs » rentre dans les éléments indispensables aux analyses microéconomiques des conditions de vie du ménage, ainsi que de la pauvreté. Par rapport aux résultats de l'EPM 2010, l'ENSOMD 2012 a montré une même structure des avoirs des ménages à quelques modifications près. Il s'agit principalement de la diminution de la durée moyenne de possession de certains biens comme les meubles, les appareils électroménagers, les appareils audiovisuels ainsi que les moyens de transport à deux roues. Par contre,

cette baisse se fait au détriment des équipements agricoles dont la durée moyenne de possession a augmenté entre 2010 et 2012. En termes de bien durables, le taux de privation des moyens de transport (71,7 %) et celui des appareils électroménagers (87,9 %) restent élevés. L'analyse spatiale de la possession de certains biens comme le poste radio, le poste télévision et le téléphone portable montre d'importantes disparités entre les 22 régions de Madagascar, puisque les régions d'Analamanga, de Boeny et de Diana sont les plus dotées, contrairement aux autres régions.

## CONSOMMATION

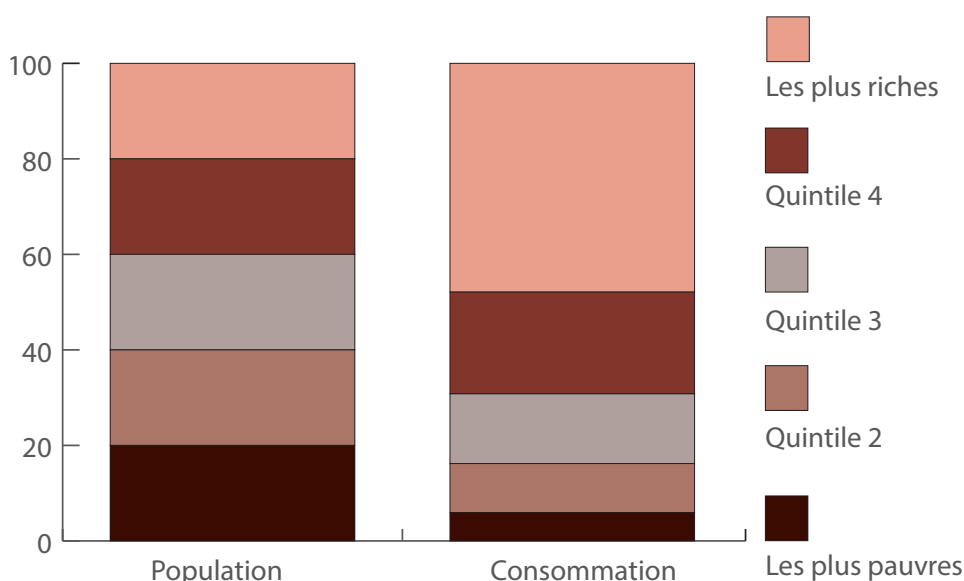
Le niveau de la consommation constitue la principale mesure du niveau de vie des ménages. La moyenne annuelle, par tête, de ce niveau de consommation, est estimée à 495 000 Ar à Madagascar, en 2012. Il a crû de 22% en valeur nominale (et environ 7,7% en valeur réelle) entre la période 2010-2012. Mais comme nous l'avons souligné dans la partie méthodologique, l'ENSOMD a eu lieu pendant la période des fêtes (entre Novembre-2012 et janvier 2013), ce qui pouvait surestimer le niveau de consommation issu de l'ENSOMD2012-2013. C'est pour cette raison qu'un traitement spécifique des prix et des quantités a été appliqué pour en tenir compte. Toutefois, il est difficile, en dehors d'une analyse plus approfondie, de savoir si les effets ont été entièrement gommés ou pas. Il ressort de la méthodologie de calcul que le ménage moyen

vit en dessous du seuil national de pauvreté qui est 535603 Ar par an en 2012.

Comme attendu, ce niveau de consommation est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, passant presque du simple au double. Plus le niveau d'instruction du chef de ménage est élevé, plus la consommation de son ménage l'est aussi. On passe ainsi de 343 000 Arriary chez les ménages sans niveau d'instruction à 1 525 000 Arriary dans les ménages dont le chef a fait l'enseignement supérieur. La distribution de la masse de consommation montre l'importance des inégalités sociales à Madagascar. En effet, les 20%, les plus riches, consomment près de 48% de la masse totale, et les 20%, les plus pauvres, seulement 6%.

## Distribution de la masse de consommation par quintile

 Graphique 1.2



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

La part relative de l'alimentation dans la consommation totale est de 68% pour l'ensemble du pays. En milieu rural, elle atteint 72% (dont près de 42% de l'autoconsommation). Cette proportion est fortement corrélée avec le niveau de vie, confirmant en partie la loi d'Engel. Elle varie d'environ 57% (cinquième quintile) à environ 78 % (pour les deux premiers quintiles). Après l'alimentaire, le logement constitue l'autre grand poste de dépenses des

ménages car il représente jusqu'à 21% du budget des ménages. Les dépenses en éducation, qui constituent le troisième poste budgétaire, ne représentent que 4,1%. Enfin, les dépenses en loisirs, la communication, les transports, la santé, l'ameublement, les hôtels et autres biens et services ont des parts relativement négligeables (moins de 2% chacune).

## PAUVRETÉ MONÉTAIRE

Une des caractéristiques de Madagascar est le niveau très élevé de la pauvreté, quel que soit le seuil adopté. En 2015, aucune des cibles fixées ne sera atteinte. Pire, la situation a eu tendance à se

dégrader, comme le montre l'analyse sur une longue période plus bas.

### Indicateurs OMD sur la pauvreté



Tableau 1.4

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD 2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 1.1: Proportion de la population vivant en dessous du seuil national de Pauvreté, (seuil : 535 603 Ar.)	71,5%	35%
Indicateur 1.1 : Extrême pauvreté, nationale (seuil : 374 941 Ar.)	52,7%	14%
Indicateur 1.1 : Proportion de la population disposant de moins de 2 \$ PPA par jour (Pauvreté, seuil international; 2 \$US PPA : 976,794 Ar.)	91,0%	
Indicateur 1.1 : Proportion de la population disposant de moins de 1,25 \$ PPA par jour (Extrême Pauvreté, seuil international; 1,25 \$ \$US PPA : 610,496Ar.)	77,1%	
Indicateur 1.2 : Indice d'écart de la pauvreté (Ecart moyen par rapport au seuil de pauvreté de 535603 Ar.)	32,8%	
Indicateur 1.3 : Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	6,1%	

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

## EVOLUTION DE LA PAUVRETÉ À MADAGASCAR

Quel que soit le seuil de pauvreté considéré, l'évolution de la pauvreté suit la même tendance : une forte hausse du ratio de pauvreté entre 2001 et 2002, puis une baisse importante entre 2002 et 2005, une nouvelle forte hausse entre 2005 et 2010, et, finalement, une légère baisse entre 2010 et 2012. Ces résultats sont, en grande partie, corrélés avec les évolutions des agrégats macroéconomiques et mettent en lumière les effets néfastes des crises sociopolitiques répétées sur les conditions de vie des ménages.

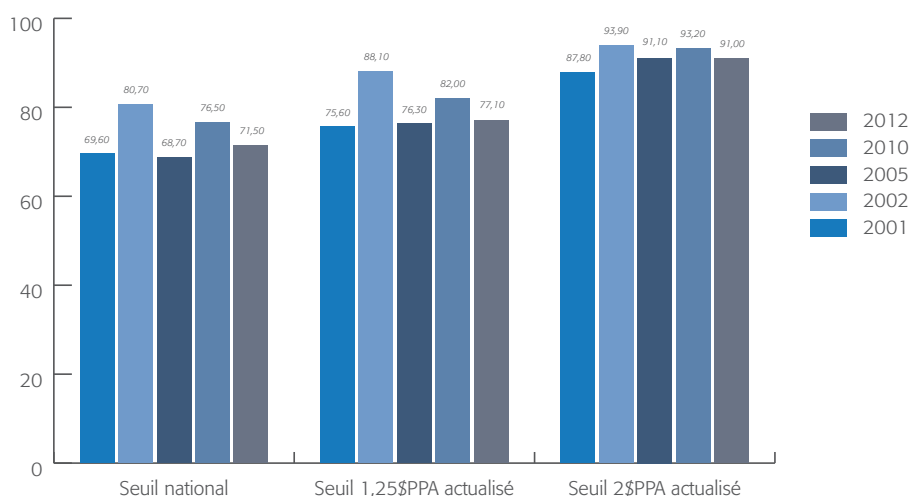
Les variations sont moins accentuées avec le seuil de 2 \$PPA, phénomène dû au fait que la distribution de la consommation par tête est très étalée vers les niveaux faibles (à gauche) et indique la disparition petit à petit de la classe moyenne au sein de la société malgache.



## Evolution de la pauvreté entre 2001 et 2012



Graphique 1.3



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Entre 2002 et 2010, les répercussions économiques et sociales des crises politiques de 2002 et de 2009 ont été extrêmement lourdes au niveau national. Les chocs négatifs induits par ces crises politiques, ayant provoqué une forte contraction de l'économie, se sont fait sentir au niveau des conditions de vie des ménages avec des aggravations de la pauvreté aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les ménages pauvres ont pu bénéficier en partie des fruits de croissance soutenue du PIB réel entre 2002 et 2008. L'amélioration est visible surtout en milieu urbain. En milieu rural, les conditions de vie des ménages sont surtout liées aux activités agricoles, elles-mêmes dépendantes des conditions climatiques et de la qualité de la campagne agricole, plutôt qu'aux chocs sur les revenus hors exploitation.

Entre 2010 et 2012, après le choc brutal de 2009 et 2010, un phénomène d'ajustement ou d'adaptation stabilise la situation des ménages. La baisse significative du niveau de l'inflation au cours de cette période surtout en 2012 (5,8%) a profité certainement aux salariés pauvres qui ont vu leur salaire nominal augmenté de plus de 10% par an. L'essor spectaculaire des activités fortement concentrées dans des régions spécifiques aurait fait sortir une part non négligeable des ménages de ces régions dans la situation de pauvreté et a provoqué l'apparition des « nouveaux riches ».

Toutefois, comme nous l'avons déjà souligné plus haut, des aspects méthodologiques devraient être aussi pris en compte. D'un côté, il est fort probable que du fait que l'ENSOMD ait été réalisée pendant la période de fêtes (de novembre 2012 à Janvier 2013), la consommation ait été surestimée. D'un autre côté, le fait d'utiliser l'indice global des prix à la consommation pour l'actualisation du seuil de pauvreté présente des limites en ce sens qu'il peut masquer les effets des variations des prix relativement importantes dans des produits spécifiques à faible pondération dans l'indice comme l'éducation (baisse des subventions pour aider les parents pour les frais de scolarité et les fournitures scolaires) et la santé (baisse des subventions pour aider les patients pour les frais médicaux). Tous ces aspects méritent des études plus approfondies ultérieures pour confirmer cette tendance.

La pauvreté présente également d'importantes disparités socio-économiques et spatiales qu'il importe de mettre en évidence. Pour ce faire, nous recourons exclusivement au seuil national.

Selon le milieu de résidence, la pauvreté est généralisée en milieu rural, avec 77% des individus concernés. Dans les villes secondaires, elle touche 56% des habitants alors que la capitale du pays s'en sort mieux avec « seulement » 31% de pauvres.

La profondeur de la pauvreté rurale (36%) est très forte, comparée à celle de la capitale (9%). Autrement dit, les pauvres du milieu rural connaissent un degré de dénuement plus important que ceux de la capitale. Ceux des villes secondaires occupent une position intermédiaire.

Sur les 22 régions, neuf présentent un taux de pauvreté supérieur à 80%, la plus touchée étant Androy avec quasiment toute sa population (97%) vivant dans la pauvreté. Cinq régions ont des taux de pauvreté compris entre 70 et moins de 80% de leur population. Les seules régions qui s'en sortent un peu mieux sont celles de Diana et d'Analamanga où moins de 50% des habitants vivent dans la pauvreté. En général, les régions les plus pauvres sont aussi celles où les pauvres vivent dans les conditions les plus difficiles, si on se réfère à la profondeur de pauvreté. Elle atteint ainsi 64% à Androy, contre seulement 14% à Diana.

Bien évidemment, la pauvreté est fortement corrélée au statut socio-économique du chef de ménages : les taux de pauvretés sont ainsi relativement faibles chez les personnes vivant dans les ménages de cadres supérieurs, moyens et salariés qualifiés, mais très élevés chez celles vivant dans les ménages dont le chef ont un statut socio-économique moins favorable. De même, les risques de pauvreté baissent avec l'augmentation du niveau d'instruction du chef de ménage, passant de plus de 80% chez les personnes vivant dans les ménages dont le chef n'a pas fait d'études à environ 10% chez celles dont le chef de ménage a fait des études supérieures.

Les mesures des inégalités montrent une très forte concentration de la consommation. Ainsi, les 10% les plus aisés (en termes de consommation par tête) ont un niveau de vie 6,1 fois supérieur



à celui des plus pauvres. Les inégalités semblent s'être creusées, puisque ce rapport était de 5,4 en 2010. De même, l'indice de Gini se situe à un niveau très élevé (0,41 en 2012 contre 0,40 en

2010). Ces inégalités, associées au niveau structurellement élevé de la pauvreté, appellent à des réponses politiques fortes.

## PAUVRETÉ ALIMENTAIRE

L'objectif de la pauvreté alimentaire est d'analyser l'accès aux aliments en quantité (au moins 2133Kcal/unité de consommation) et en qualité (au moins de 75% des céréales et féculents) suffi-

santes. Les analyses montrent que sur ces deux aspects, la situation est très dégradée à Madagascar.

### Indicateur OMD sur la pauvreté alimentaire



Tableau 1.6

NOM DE L'INDICATEUR	EN-SOMD2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 1.9 : Proportion de la population n'atteignant pas le niveau mi-nimum d'apport calorique (2133Kcal par jour)	76%	

SOURCE: INSTAT/DSM – PNUD – BIT IRD/DIAL – ENEMPSI 2012 – NOS PROPRES CALCULS

Pour ce qui est de la quantité, 76% de la population souffrent d'une carence alimentaire. Il existe de fortes variations régionales, avec des taux allant de 89,7% (Atsimo Astinanana) à 63,4% (Atsimo Andrefana). Les disparités socio-économiques sont également très importantes : aussi bien pour ce qui est du quintile de pauvreté que de la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage. Les personnes vivant dans les ménages les plus défavorisés sont les plus exposées à la carence en quantité d'aliments.

Du point de vue de la qualité, plus de quatre Malagasy sur cinq (84) consomment des aliments de faible qualité (riz, féculents, etc.). Comme pour la quantité, les catégories socio-économiques les plus défavorisées sont les plus touchées, même si l'ampleur du phénomène est telle qu'aucune couche sociale n'est véritablement épargnée. Quant aux disparités spatiales, les taux varient de

78% à Anosy et Sava, à 92% à Atsimo Atsinanana. Cette dernière région cumule donc les plus forts taux de carence quantitative et qualitative. Par ailleurs, c'est surtout le milieu rural (86%) qui est relativement plus touché par la carence qualitative des aliments, que le Grand centre urbain (73%) et la capitale (70%).

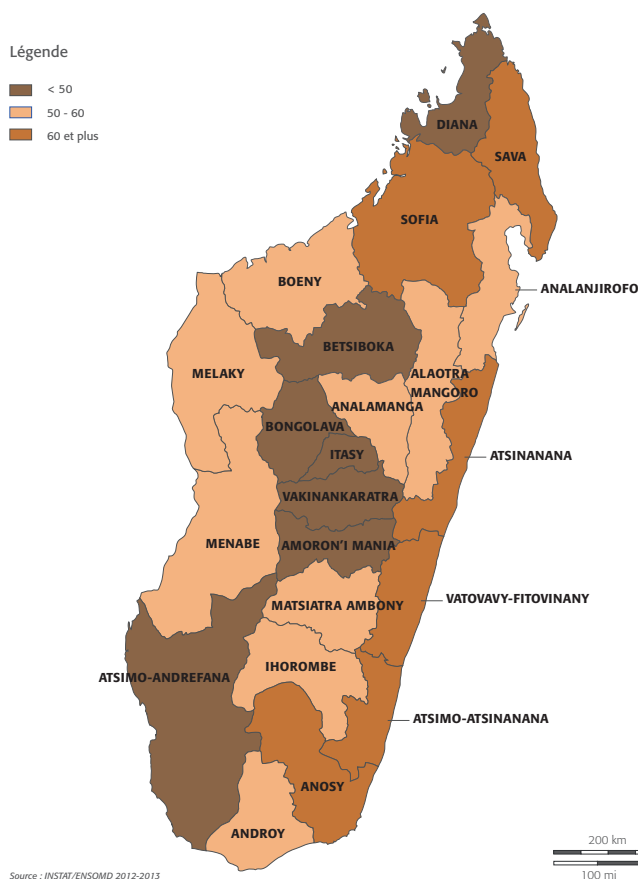
Au total, on peut retenir de cette analyse que les carences quantitative et qualitative touchent une très large part de la population malgache, aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Il s'agit d'une situation structurelle car les données des enquêtes antérieures (2005 et 2010 en l'occurrence) aboutissent à la même conclusion préoccupante.



## Pourcentage de la population ayant une carence alimentaire par région (apport énergétique inférieur à 2133 par tête et par jour)



Carte 1.4



## NUTRITION DE L'ENFANT

En complément des analyses précédentes qui s'intéressaient à l'ensemble de la population, il s'agit plus spécifiquement ici de se focaliser sur la nutrition des jeunes enfants de moins de 5 ans. En effet, le forte taux de carence alimentaire en quantité et en qualité rend indispensable une analyse restreinte au niveau des enfants qui constituent un groupe particulièrement vulnérable. Par ailleurs, la malnutrition chez les enfants est particulièrement grave en ce sens qu'outre les conséquences immédiates en termes de morbidité, voire de mortalité, elle peut impacter aussi bien leur développement physique que mental, sur le long terme. L'approche

adoptée est celle des mesures anthropométriques, qui combinent différentes mensurations (poids, taille, périmètre brachial) avec l'âge pour déterminer l'état nutritionnel des enfants. Une autre démarcation avec la section précédente est que le phénomène est mesuré au niveau de l'enfant et non plus du ménage comme pour la pauvreté alimentaire et la pauvreté monétaire. Le pays est très loin d'atteindre la cible des OMD, qui est la réduction à 19% de la proportion des enfants souffrant d'insuffisance pondérale.

## Indicateur OMD de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans

Tableau 1.7

NOM DE L'INDICATEUR	EN-SOMD2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 1.8 : Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans	32,0%	19%
SOURCE : INSTAT/DSM – PNUD – BIT IRD/DIAL – ENEMPSI 2012 – NOS PROPRES CALCULS		

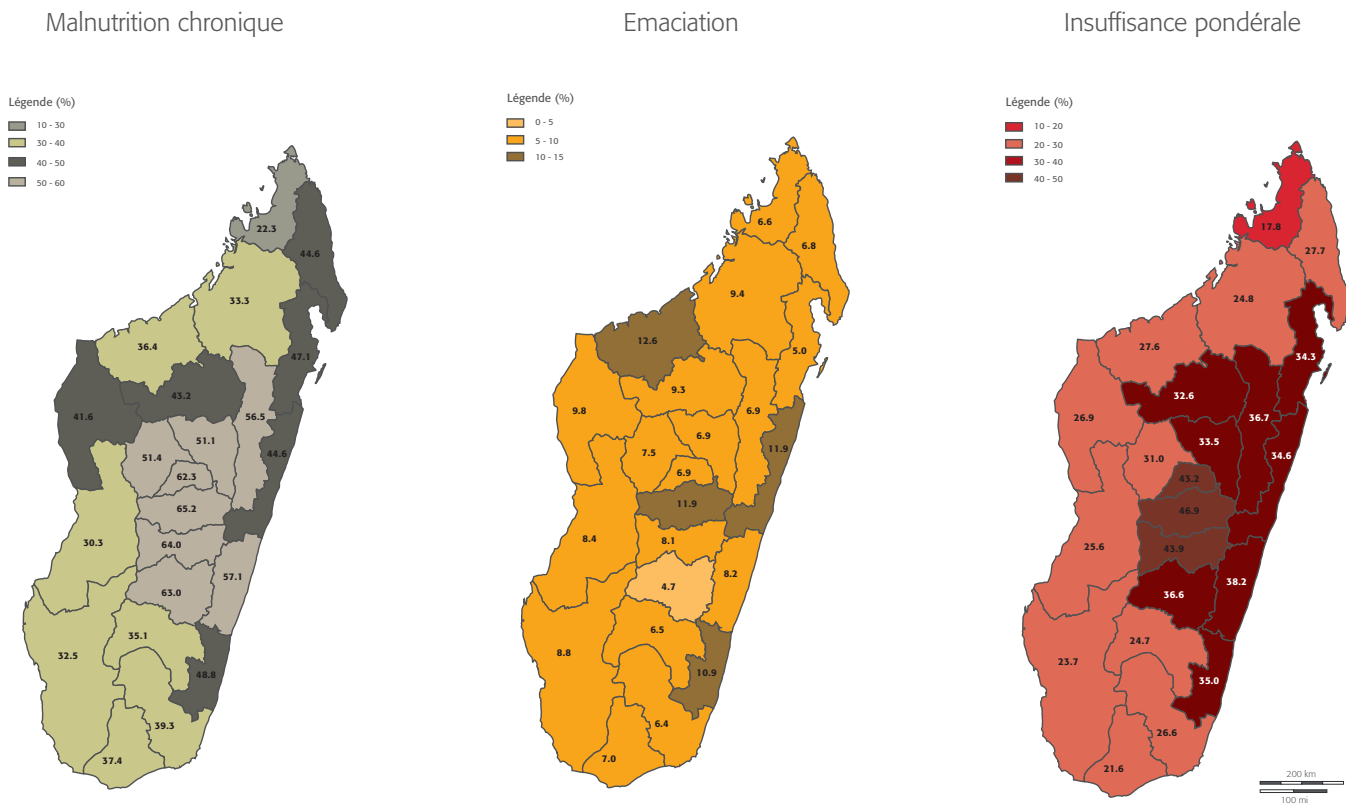
En ce qui concerne la malnutrition chronique, la situation nutritionnelle est préoccupante car un peu moins de la moitié des enfants de moins de 5 ans (47,4%) souffrent d'une malnutrition chronique. Elle est particulièrement élevée dans les régions des hautes terres (Vakinankaratra, Amoron'i Mania, Haute Matsiatra, Itasy). Ainsi, une attention particulière doit être portée à la lutte contre la malnutrition chronique car elle impacte sur le capital humain, les capacités d'apprentissage et le devenir de l'enfant.

Quant à la malnutrition sévère, elle touche 18,1% de ces enfants. Les régions de Sofia, Diana et Menabe sont les plus épargnées,

avec des taux inférieurs à 10%. A l'inverse, les régions de Vakinankaratra, Itasy, Haute Matsiatra et Amoron'i Mania figurent parmi les régions à plus fort taux de malnutrition sévère. Les pratiques d'allaitement (allaitement maternel précoce et exclusif avant l'âge de 6 mois), et d'alimentation (poursuite d'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus accompagnée d'une alimentation complémentaire optimale dès l'âge de 6 mois), constituent les interventions préventives présentant un fort impact sur la mortalité infantile avec une réduction près de 19 %, à condition que la couverture de ces interventions atteignent au moins les 90% d'enfants.

## Cartographie de la malnutrition à Madagascar

Carte 1.5







## PAUVRETÉ SUBJECTIVE

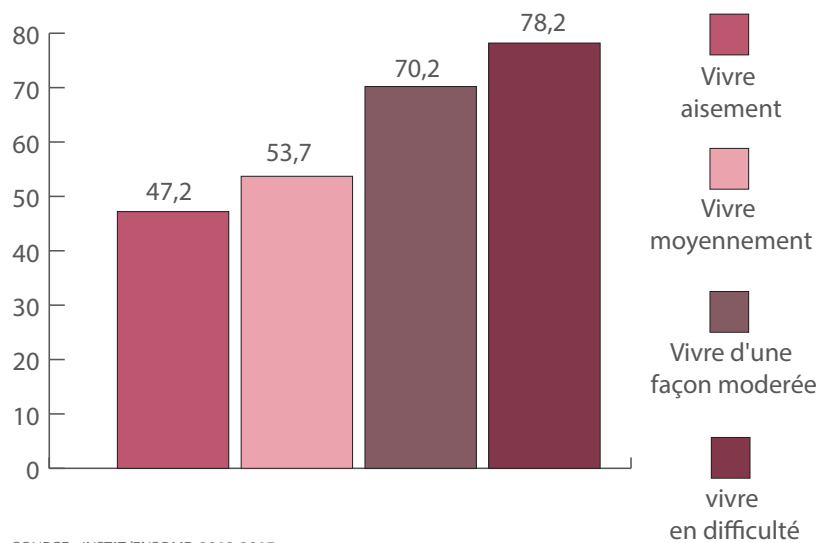
Interrogés sur la perception de leur propre situation, la majorité des ménages malagasy se classent parmi les pauvres. Plus de la moitié (55,7%) de la population déclarent vivre en difficulté. En milieu rural, plus de la moitié (57,7%) se classent dans la catégorie des plus démunis. Ce taux est nettement supérieur à celui du milieu urbain (44,2%). Les régions les plus touchées par cette pauvreté subjective sont Androy et Sava.

Les classements selon les deux approches, subjective et objective, de la pauvreté sont relativement cohérents. En effet, la majorité de la population se rangent soit dans la « bonne » catégorie soit dans les catégories voisines. En 2012, les ménages estiment que le revenu annuel minimum pour subvenir aux besoins vitaux (seuil de pauvreté subjective) est évalué à environ 391 548 Ar par tête.

### Ratio de pauvreté, selon l'opinion des ménages sur leurs conditions de vie



Graphique 1.4



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Quant à la situation financière des ménages, il s'avère que la plupart des ménages malagasy éprouvent des difficultés. En effet, près de 89% des ménages ont un revenu inférieur ou, au mieux, égal à leurs besoins fondamentaux. Les ménages résidant à Androy, Anosy et Vatovavy Fitovinany sont les plus touchés par ces problèmes.

Les ménages malagasy déclarent que, comparée à la situation de l'année dernière, leur condition de vie n'a pas connu d'évolution significative. Près de 78,7% déclarent avoir éprouvé soit une légère amélioration, soit une légère dégradation, soit une stabilité. Il convient toutefois de noter que la proportion des ménages déclarant une dégradation (58,1%) est supérieure à celle des ménages déclarant une amélioration (11,9%).

Enfin, l'opinion des ménages sur leurs conditions de vie par rapport à leurs attentes a été analysée. Généralement, les ménages malagasy se considèrent comme ménages malheureux ou « moyens ». Très peu se déclarent comme heureux (3,1%) ou très heureux (0,2%). En effet, environ 43,5% des ménages se considèrent malheureux et 40,1% comme moyens. C'est dans les régions d'Androy, d'Anosy et d'Atsimo Andrefana que la proportion des individus insatisfaits de leur vie est plus élevée (plus de 7 ménages sur dix sont malheureux ou très malheureux de leur vie).





© UNICEF / UNICEF, 2013

2



ASSURER L'ÉDUCATION  
PRIMAIRE POUR TOUS

## CHAPITRE 3

# OMD 2

Assurer l'éducation primaire pour tous





L'État malgache s'est engagé en 2003 à réaliser la scolarisation primaire universelle en instaurant la gratuité de l'enseignement primaire. Ensuite en 2005, l'engagement portait sur l'atteinte des objectifs de l'Éducation Pour Tous (EPT) à l'horizon 2015. Les effectifs scolarisés dans le primaire ont dès lors beaucoup progressé, passant de 3,4 millions en 2003-2004 à 4,3 millions en 2009-2010.

Mais la crise qui prévaut à Madagascar depuis 2009 a fortement dégradé la situation de l'école. En effet, les effectifs scolarisés sont relativement stagnants. La progression du nombre de nouveaux entrants a fortement ralenti. Le nombre d'abandons a considéra-

blement augmenté. La qualité des apprentissages a régressé et les acquis des élèves à la fin du primaire sont très faibles. Dans ce contexte, Madagascar semble s'écarter de l'atteinte des OMD en matière d'éducation, depuis 2006<sup>(1)</sup>, comme le montre le tableau ci-dessous.

(1) Le second rapport officiel de suivi des OMD, édité en 2011 et analysant les indicateurs d'évolution des OMD pour la période 2004-2006, indiquait que Madagascar pourrait se rapprocher de ses engagements de 2015 sur quelques volets, si des mesures énergiques et immédiates sont prises, notamment l'universalisation de l'école primaire, étant donné que les taux net de fréquentation dans le primaire (6-10ans) oscillaient entre 99,3% en 2004 à 96,2% en 2006.

## Indicateurs OMD 2 sur l'éducation



Tableau 2.1

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD 2012-2013	CIBLE 2015
Taux net de scolarisation dans le primaire	69,4%	100%
Taux d'achèvement du primaire	68,8%	100%
Taux d'alphabétisation des 15 ans et plus	71,6%	100%

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Au-delà de la non réalisation des OMD en matière d'éducation, la dégradation des indicateurs d'éducation est particulièrement préoccupante. Ainsi, les taux de fréquentation du primaire accusent une baisse significative entre 2010 et 2012 (108% en 2012 contre 118% en 2010 pour le taux brut de fréquentation et 69,4% en 2012 contre 73,4% en 2010 pour le taux net de fréquentation).

Les disparités spatiales et socioéconomiques sont non négligeables. En effet, la fréquentation du primaire est nettement plus importante en milieu urbain (Taux Net de Fréquentation de 86%) qu'en milieu rural (Taux Net de Fréquentation de 66%). Plus le quintile de consommation et le niveau d'instruction du chef de ménage sont élevés, plus grande est la proportion d'enfants du ménage qui fréquentent le primaire. Le taux net de fréquentation scolaire passe ainsi de 54% chez les enfants des ménages les plus pauvres à 82% dans les ménages les plus aisés. Les disparités sont

du même ordre de grandeur quand on passe des ménages dont les chefs sont sans instruction (TNF de 54%) à ceux dont le chef a fait le secondaire ou le supérieur (TNF 84%).

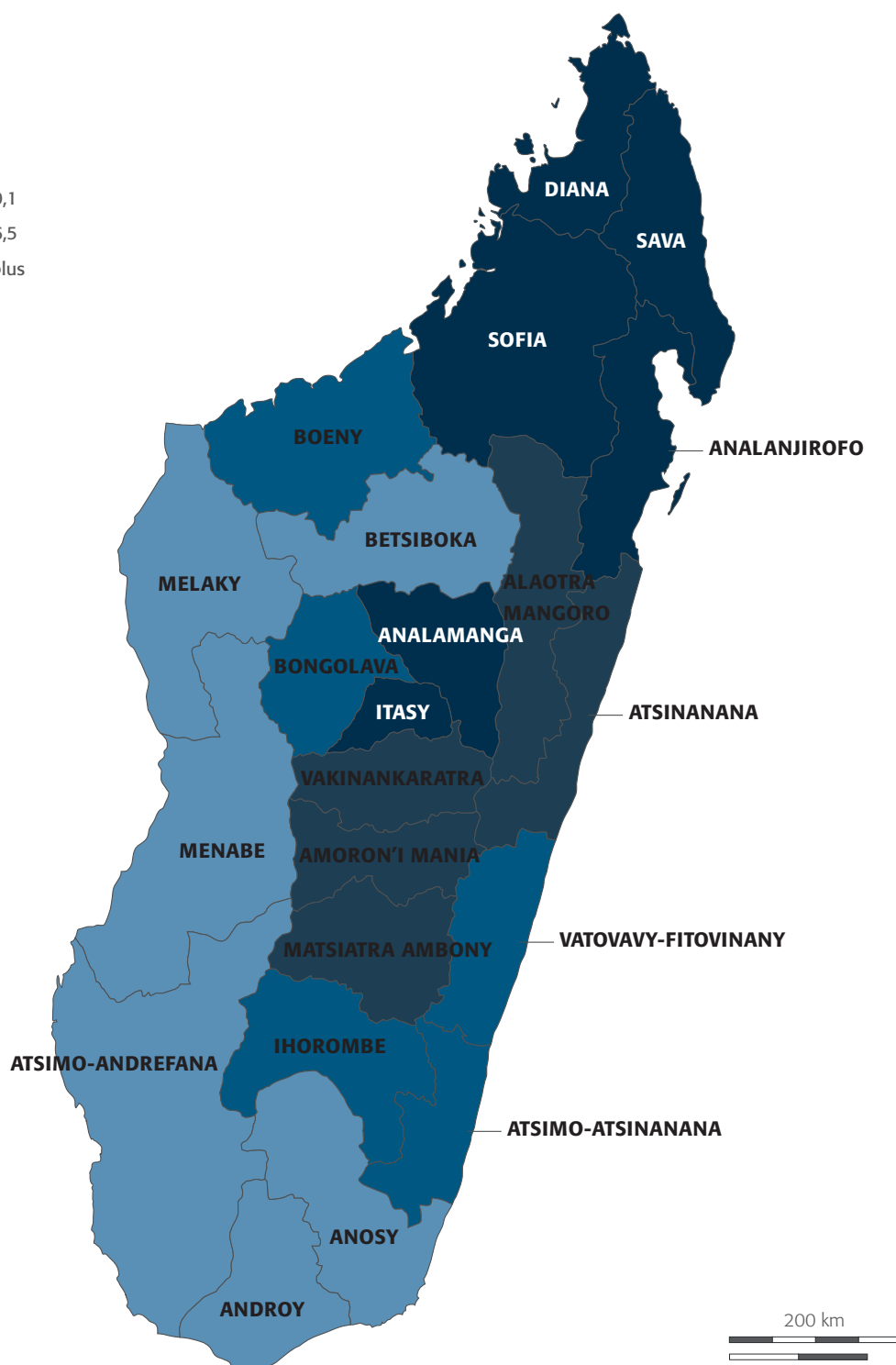
Il existe également d'importantes disparités selon les régions. Ainsi, sur les 22 régions, 11 ont des TNF inférieurs à la moyenne nationale de 69,4% à savoir : Androy, Anosy, Melaky, Menabe, Atsimo Andrefana, Betsiboka, Ihorombe, Boeny, Atsimo Atsinanana, Vavovavy Fitovinany et Bongolava. Ce sont des zones dont la majorité de la population sont des éleveurs ou des cultivateurs ou des pêcheurs. A l'inverse, les régions Analamanga, Analanjirofo, Itasy, Diana et Sofia, présentent des taux nets de scolarisation bien meilleurs.

## Taux Net de Fréquentation du primaire selon la région

Carte 2.1

### Légende

- < 53,4
- 53,4 - 70,1
- 70,1 - 76,5
- 76,5 et plus



Source : INSTAT/ENSOMD 2012-2013



Afin de mesurer la performance du système scolaire dans le cycle primaire, il est intéressant de voir, dans un premier temps, combien d'enfants inscrits en première année du primaire arrivent en dernière année du primaire (taux de survie du primaire) et dans

un second temps, combien arrivent à finir le cycle primaire (taux d'achèvement du primaire). En moyenne, sur 100 enfants inscrits en 1ère année primaire, 70 atteignent la 5ème année. Les proportions sont importantes dans la Capitale et le taux est légèrement



supérieur chez les filles par rapport aux garçons (72% contre 69%). Dans l'ensemble, environ 68% des enfants de 10 ans parviennent en dernière classe du primaire. Les régions Analamanga (89%), Alaotra Mangoro (80%) et Matsiatra Ambony (81%) présentent les taux de survie les plus élevés. En revanche, les régions Menabe (38%), Betsiboka (41%) et Boeny (49%) retiennent le moins d'enfants dans le système éducatif.

Le taux de transition de l'enseignement primaire au collège mesure le niveau de passage de l'enseignement primaire à l'enseignement secondaire du 1er cycle. Dans l'ensemble, sur 100 élèves qui terminent la 5ème année du primaire, 71 s'inscrivent en 1ère année ou classe de 6ème du collège. La proportion des garçons est légèrement supérieure à celle des filles (73% pour les garçons contre 68% pour les filles). Une différence est constatée entre les régions. En effet, c'est dans les régions Amoron'i Mania (83%) et Analamanga (81%) que le taux de transition du primaire au collège est le plus élevé. A l'opposé, c'est dans les régions de de Vatovavy Fitovinany (53%) et de Bongolava (48%) que le taux de transition du primaire au collège est le plus faible.

Au cours de l'enquête, en dehors des questions posées sur l'éducation et le niveau d'instruction de chaque membre des ménages, il a été question de savoir le niveau d'alphabétisation de la population de 15 ans et plus. Est déclarée alphabétisée toute personne de niveau secondaire ou plus ainsi que toute personne de niveau primaire ou sans instruction qui sait lire un petit texte. Dans l'ensemble, le taux d'alphabétisation des individus de 15 ans et plus est de l'ordre de 71,6%. Ce taux est de 76% pour les individus de 15 à 24 ans, 73,4% pour les individus de 15 à 49 ans et enfin 70,3% pour les individus se trouvant dans la tranche d'âge 15 à 59 ans. En général, l'alphabétisation des individus de 15 ans et plus est en faveur des hommes. L'alphabétisation est beaucoup plus un phénomène urbain que rural, quelle que soit la tranche d'âge considérée. De plus, elle est une fonction croissante du niveau d'instruction du chef de ménage et du quintile de consommation. En effet, plus le ménage est riche ou plus le chef de ménage est instruit, plus grand est le taux d'alphabétisation. C'est dans les régions Analamanga, Itasy et Vakinankaratra que le taux d'alphabétisation des individus de 15 ans et plus est le plus élevé, quelle que soit la tranche d'âge considérée.







© Photo @ GEF-PNUD, 2011



PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ  
DES SEXES ET  
L'AUTONOMISATION  
DES FEMMES

# CHAPITRE 4

# OMD 3

Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes





Madagascar s'est engagé à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD 3) : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes afin d'éliminer les disparités dans les enseignements primaire et secondaire d'ici 2015, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard. Mais il convient de souligner que la problématique de l'égalité des sexes et du statut des femmes va au-delà de l'éducation et

englobe l'égalité dans l'insertion sur le marché du travail, l'équilibre des rôles au sein du couple et l'absence de violence envers les femmes. L'enquête ENSOMD2012-2013 permet d'aborder ces différents points. L'analyse de la situation a permis de mettre à jour une image complexe et tissée de contrastes ; une image multiforme, reflétant la diversité des réalités vécues par les femmes Malagasy dans leur famille et dans la société.

## Indicateurs OMD dans le domaine de la parité hommes/femmes

 Tableau 3.1

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD 2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 3.1a : Rapport filles/garçons dans l'enseignement primaire	1,05	1
Indicateur 3.1b : Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire (Collège)	0,93	1
Indicateur 3.1c : Rapport filles/garçons dans l'enseignement secondaire (Lycée)	0,86	1
Indicateur 3.1d : Rapport filles/garçons dans l'enseignement supérieur	0,73	1
Indicateur 3.C1 : Indice de parité relatif au taux d'alphabétisation des 15-24 ans.	0,95	1
Indicateur 3.C2: Indice de parité relatif au taux d'alphabétisation des adultes (plus de 24 ans).	0,91	1
Indicateur 3.2 : Proportion des femmes salariées dans le secteur non agricole	38%	50%

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

En ce qui concerne l'éducation, la parité filles/garçons au niveau primaire est atteinte, puisque le ratio de filles-garçons est de 1,05 au profit des filles (Rapport des Taux brut de fréquentation des filles sur ceux des garçons). Mais au-delà de ce cycle, les filles sont défavorisées par rapport aux garçons et ce de manière croissante avec le niveau d'étude. Ainsi, dans le secondaire 1er cycle, on note une régression de la parité filles/garçons avec 0,93. Dans le secondaire du 2nd cycle, le ratio filles/garçons est de 0,86 et atteint 0,73 au supérieur.

S'agissant de l'alphabétisation, Madagascar présente un ratio d'alphabétisation femmes-hommes de 15 à 24 ans inférieur à 1. Aussi bien pour le primaire que pour le secondaire, on note d'importantes variations selon la région.

Pour ce qui est de la situation des femmes sur le marché du travail, les femmes sont moins nombreuses dans le secteur salarié non agricole que les hommes (38% contre 62%). Le chemin de l'égalité est donc encore long. L'accès des femmes en union au crédit fait partie des stratégies adoptées pour améliorer le niveau de revenu du couple au sein du ménage. La proportion des femmes en union qui participent actuellement au programme de micro finance est de 3,8%. Environ 14,4% d'entre elles rencontrent des problèmes pour le remboursement.

Parlant de la participation des femmes dans la prise de décision, d'après leurs déclarations, la décision est prise conjointement avec leur mari ou leur partenaire pour les trois sujets suivants: soins de santé personnels (56 %), grosses dépenses du ménage (65 %) et visites des parents de l'enquêtée (76 %). En ce qui concerne les décisions pour les achats quotidiens du ménage, c'est la femme qui dans 56 % des cas a le dernier mot.

S'agissant de la décision de l'utilisation du revenu des femmes qui ont travaillé au cours de 12 derniers mois, seulement moins d'un

tiers (30 %) d'entre elles décident principalement de l'utilisation de l'argent qu'elles gagnent. Dans 58 % des cas, cette décision est prise conjointement avec le mari/partenaire. Quant à la décision de l'utilisation de l'argent gagné par les hommes en union, 21 % d'entre eux ont déclaré que principalement c'est l'épouse/partenaire qui décide de l'utilisation de cet argent. Cette prise de décision revient principalement aux hommes dans 18 % des cas. Enfin, 60 % ont affirmé que la femme/partenaire est associé à la décision de l'utilisation de l'argent gagné.

L'implication et l'intégration des femmes dans une association figurent également parmi les étapes pour améliorer leur statut. Au niveau national, un peu plus de quatre femmes sur 10 (43%) ont déclaré être membres d'une association professionnelle, tandis qu'elles ne sont que 5,5% dans une association politique ou civique. Concernant le poste occupé, seules 4,6% des femmes membres d'une association occupent le poste de président ou de vice-président, 4,7% pour le poste de secrétaire et 5,1% pour les autres postes. Il faut noter que la quasi-totalité (85,0%) des femmes de 15 – 49 ans affiliées à une association quelconque sont des simples membres.

Pour apprécier la justification ou non des actes de violence commis par le mari au sein du ménage, on a demandé aux des femmes de 15 à 49 ans et aux hommes de 15 à 59 ans si le mari a le droit de battre sa femme pour certaines raisons. Près d'une femme sur deux déclarent qu'il existe des raisons pour lesquelles il est justifié pour le mari de battre sa femme. Le fait, pour la femme, de négliger les enfants (38,4% des femmes contre 38,9% des hommes), de sortir sans demander la permission au conjoint (23,0% des femmes contre 23,3% des hommes), de brûler la nourriture (13,5 % des femmes et 12,9% des hommes l'ont déclaré), de refuser d'avoir des rapports sexuels avec son conjoint (10,6% des femmes et 12,2% des hommes) ou d'« argumenter » avec son conjoint (8,1% des femmes contre 10,6% des hommes), constituent des

raisons justifiées pour le mari de battre sa femme.

La violence est un acte ou geste qui peut causer un préjudice moral, physique et matériel. Elle peut prendre différentes formes : la violence physique, sexuelle, psychologique et économique. Nombreuses sont les femmes qui ont subi plusieurs types de violences durant les 12 derniers mois précédant l'enquête (une femme sur trois dans tout Madagascar). La violence psychologique tient la première place parmi les violences les plus fréquentes (19,0% des femmes en ont été victimes). La violence physique quant à elle est endurée par 12,1% des femmes. La violence sexuelle et la violence économique sont respectivement supportées par 7,2% et 5,3% des femmes.

Il ressort de cette analyse qu'aucune catégorie de femme n'est épargnée par la violence bien que la prévalence varie légèrement selon certaines caractéristiques sociodémographiques. Les femmes jeunes sont beaucoup plus à risque que leurs aînées. Le fait d'appartenir aux quintiles des riches ne protège pas les femmes de la violence. L'indiscipline (78,2%) et le non respect des enfants (51,2%) sont les causes des actes de violence les plus citées par les femmes. Pourtant, la plupart des femmes (83,3%) ayant commis les actes de violence à l'égard des enfants ont déclaré que ces causes sont rarement rencontrées. Par contre, seulement environ 1 femme sur 10 ose riposter face à la violence du partenaire.

Les victimes de violences tentent de trouver de l'aide. Plus de la moitié des victimes qui ont tenté de trouver de l'assistance pour tout type de violence à un moment quelconque ont fait recours aux arrangements familiaux. En revanche 60% des femmes victimes de tout type de violence n'ont jamais tenté de trouver de l'assistance, en dehors des cas de violence économique.

Ces résultats ont des répercussions importantes en matière de prévention et de lutte contre la violence basée sur le genre. Ainsi, la poursuite et l'élargissement des actions de sensibilisation/plaidoyer aux droits de la femme auprès des communautés, des leaders d'opinion et des autorités. Il convient également de procéder à une révision des lois, notamment celles relatives à la famille, aux successions et à la nationalité, afin de supprimer toute disposition discriminatoire à l'égard des femmes et les mettre en application. De plus, la mise à l'échelle des Centres spécialisés, notamment le Centres d'Ecoute et de Conseil Juridique CECJ/Cliniques Juridiques, la promotion de la mise en place de centres d'accueil pour la réinsertion sociale des femmes victimes de violence, l'élaboration d'un plan d'action pour prévenir et lutter contre la VBG, notamment les formes de traite de personnes et l'action de mobilisation de ressources techniques et financières en appui aux interventions d'autonomisation des femmes et des survivants, sont indispensables pour redynamiser la lutte contre ce fléau social.



© Photo © UNICEF, 2011



## CHAPITRE 5

# OMD 4

Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans





## MORTALITÉ DES ENFANTS

L'objectif des OMD en matière de réduction de la mortalité infantile est de la réduire de 2/3 à l'horizon de 2015. L'enquête ENSOMD permet d'avoir un aperçu sur les efforts accomplis dans

ce domaine, mais aussi en matière de protection de l'enfance de manière générale.

### OMD en mortalité et santé des enfants

Tableau 4.1

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD 2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 4.1 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (‰)	62	53
Indicateur 4.2 : Taux de mortalité des enfants de moins d'un an (‰)	42	31
Taux de mortalité des enfants de moins d'un mois (‰)	26	21
Indicateur 4.3 : Proportion d'enfants de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole	61,7%	100
Indicateur 4.C1 : Proportion d'enfants de 12 à 23 mois complètement vaccinés	51,1%	100

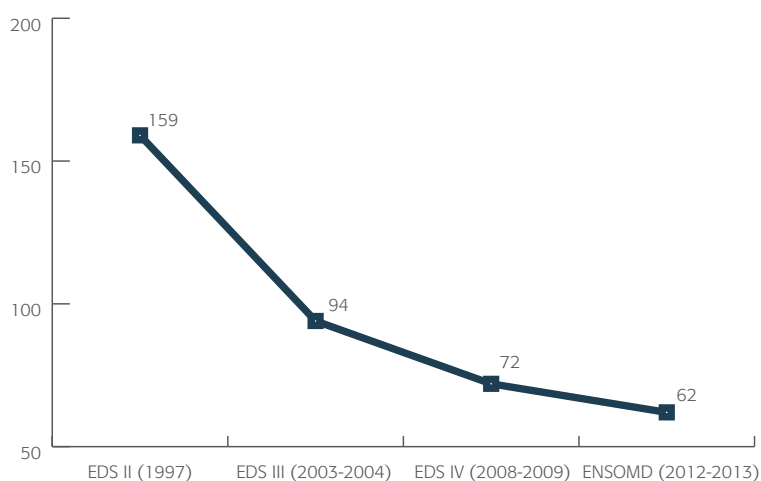
SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Après avoir connu une diminution depuis une dizaine d'années, les tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans semblent éprouver un essoufflement, comparativement aux résultats de l'enquête EDS 2008-2009. En effet, il ressort de l'analyse dynamique que la mortalité infanto-juvénile a subi une nette réduction de près

de 55% en passant de 159‰ en 1997 à 72‰ en 2009 (cf. graphique 4.1). La mortalité des enfants de moins de un an a connu également une diminution entre 1997 et 2009 passant respectivement de 93‰ à 48‰ (cf. graphique 4.2).

### Taux de mortalité infanto-juvénile (moins de 5 ans)

Graphique 4.1

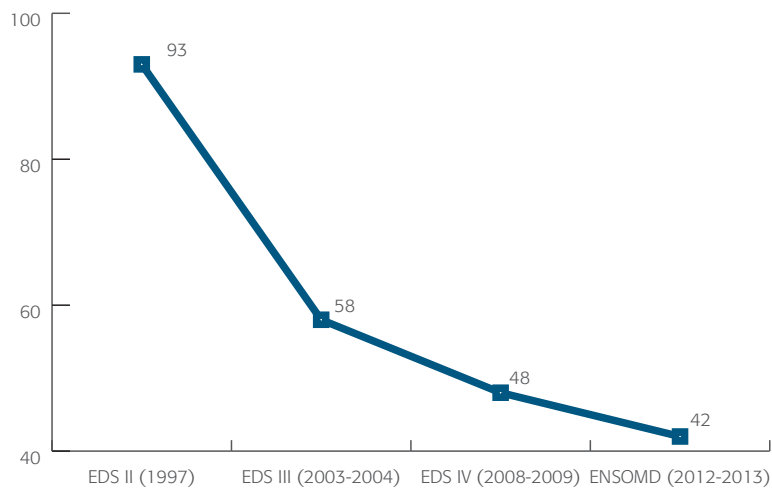


SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

## Taux de mortalité infantile (mois de 1 an)



Graphique 4.2



SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

L'ENSOMD 2012-2013 révèle également que le quotient de mortalité infanto-juvénile est passé de 72 ‰ à 62 ‰ tandis que le quotient de mortalité infantile est passé de 48 ‰ à 42 ‰. Cette tendance récente mérite beaucoup d'attention afin de ne pas compromettre les acquis. En effet, comme nous le montrons dans la suite, les indicateurs sur la santé des enfants ne sont pas très rassurants. Il est donc à craindre que les gains réalisés dans la survie des enfants ne soient compromis dans le futur si des actions fortes ne sont pas entreprises pour redresser la pente.

Par ailleurs, il est également observé que la mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus élevée en milieu rural qu'en milieu ur-

bain, avec les taux respectifs de 64 ‰ et 39 ‰. De plus cette mortalité diminue au fur et à mesure que le niveau d'instruction de la mère augmente, les taux passant de 74 ‰ à 46 ‰. Selon les caractéristiques sociodémographiques, force est de constater que les risques de décéder sont les plus élevés chez les enfants de rang 7 et plus, dont leurs mères avaient moins de 20 ans et 34-49 ans au moment de l'accouchement, et l'intervalle inter-génésique est moins de 2 ans. Selon les régions la mortalité des enfants de moins de cinq ans est la plus élevée dans la région de Betsiboka, tandis qu'elle est la plus faible dans la région d'Analamanga, avec les taux respectifs de 97 ‰ et 36 ‰.

## SANTÉ DES ENFANTS

Afin de garantir la santé de l'enfant et en même temps réduire la mortalité infantile, il faut instaurer la couverture universelle par des interventions essentielles, à la fois efficaces et peu coûteuses, notamment les soins du nouveau-né, la vaccination, la prévention et la prise en charge des cas d'infection respiratoire aiguë, de fièvre et de diarrhée. Par ailleurs, le poids des nouveau-nés à la naissance se présente comme les premiers déterminants de sa morbidité et de son avenir. Au cours de cette enquête, le maximum d'informations sur ces interventions ont été collectées.

Selon les résultats de l'ENSOMD, le pourcentage d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale à la naissance a régressé entre 2008 et 2012. En effet, si le taux était de l'ordre de 14% à l'EDS IV, il est descendu à 11% pour cette ENSOMD.

En ce qui concerne la nutrition, 8,6% des enfants souffrent de malnutrition aiguë et donc à forte risque de mortalité. Pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, force est de remarquer que les pratiques d'allaitement et d'alimentation constituent les interventions préventives présentant le fort impact sur la mortalité infantile. Pour le cas de Madagascar, il ressort de l'ENSOMD 2012-2013 que les pratiques d'ANJE sont insuffisantes avec seulement 65,5% des enfants ont été mis aux seins dans l'heure après leur

naissance, 41,9% des enfants de moins de 6 mois ont été allaités exclusivement et 30,9% des enfants de 6-23 mois ont bénéficié d'une alimentation de complément diversifiée. La supplémentation en Vitamine A réduit de 23 % la mortalité toutes causes confondues chez les enfants de six mois à cinq ans, cependant seulement 42,7% des enfants avaient reçu des suppléments de vitamine A.

Pour ce qui est de la couverture vaccinale, elle a cependant connu une baisse de 11 points par rapport à l'EDS IV. Cette baisse semble entrer en contradiction avec le volume d'activités élevé effectué par le Programme Elargi de Vaccination notamment les différentes campagnes de masse (rougeole, tétanos néonatal...), les stratégies avancées et mobile, les ratissages, la recherche de perdus de vue, l'intégration de la vaccination dans le « paquet minimum d'activités » (PMA) au niveau de chaque CSB. A cet effet, il conviendra de mieux cerner les dynamiques en œuvre en retraçant l'évolution de ces indicateurs au cours des 15 dernières années, notamment à partir des enquêtes EDS qui utilisent exactement la même méthodologie que l'ENSOMD 2012-2013. Parallèlement, il faudra voir en profondeur les blocages à l'efficacité et à l'efficience des activités de vaccination à savoir l'insuffisance de mobilisation sociale appropriée pour le programme de routine, la disponibilité permanente en vaccins et en fournitures d'injection, la disponibilité des res-





sources humaines et financières, l'approvisionnement du pays en vaccins et fournitures d'injection, l'enclavement de certaines zones et la fermeture des centres de santé.

S'agissant des principales maladies de l'enfant, une hausse de la prévalence a été observée au cours de cette ENSOMD. Le pourcentage d'enfants ayant eu des symptômes d'IRA est passé de 3 à 11%, celui de la diarrhée de 8 à 11% et celui de la fièvre de 9 à 14%. En outre, certaines problématiques régionales méritent d'être approfondies pour ne citer que la région de Vatovavy Fitovinany où les taux de prévalence sont très élevés pour les 3 maladies. Actuellement grâce à la mise en œuvre du programme prise en charge intégrée des maladies de l'enfance pour tous les enfants de moins de cinq ans au niveau communautaire, la prévention et le traitement de ces maladies doivent être à la portée des populations. Il convient maintenant de chercher les actions permettant une meilleure accessibilité des soins par la majorité de la population.

En somme, pour atteindre l'OMD 4, une meilleure accessibilité des services sanitaires de base par toute la population se pose comme une alternative incontournable. En outre, il faut abattre les barrières sociales et financières à la protection sociale, encourager l'innovation pour que les pauvres aient accès à des services cruciaux et responsabiliser davantage les systèmes de santé au niveau local. Ce sont autant de mesures qui peuvent accroître l'équité, avec les avantages que cela implique pour la survie de l'enfant. Sur le plan programmatique, le maintien voire le renforcement de la campagne intégrée (SSME) ou de vaccination seulement constitue un indicateur important de survie de l'enfant. La réalisation de l'objectif visant à la survie des enfants dépend d'efforts concentrés sur les causes principales de décès. Enfin, il faut savoir prioriser les « groupes cibles ». C'est dans cette optique également que réside l'intérêt de cet exercice de suivi des OMD.





© Photo @ UNFPA, 2011



## CHAPITRE 6

# OMD 5

Améliorer la santé maternelle





L'objectif de l'OMD5 est d'améliorer la santé maternelle. Deux cibles ont été alors définies : réduire de trois quart, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle et rendre l'accès à la médecine procréative universelle. Ces cibles sont soutenues par plusieurs indicateurs dont le taux de mortalité maternelle et la proportion d'accouchement assisté par du personnel qualifié pour la première et la prévalence contraceptive, le taux de fécondité des

adolescentes, la couverture de soins prénatals (au moins quatre visites prénatals), ainsi que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale pour la seconde. En plus de ces indicateurs, l'enquête a permis de collecter également les informations sur les fistules obstétricales, qui constituent un véritable problème de santé publique à Madagascar. Sur l'ensemble de ces indicateurs, la situation est loin d'être reluisante, comme le montre le Tableau 5.1.

## Indicateurs OMD de la santé maternelle

 Tableau 5.1

NOM DE L'INDICATEUR	ENSOMD 2012-2013	CIBLE 2015
Indicateur 5.1: Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances (ESD_IV : 498 avec IC = [402 ; 594])	478	122
Indicateur 5.2 : Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	44,3%	
Indicateur 5.3 : Taux d'utilisation de la contraception (moderne chez les femmes en union)	33,3%	
Indicateur 5.4 : Taux de natalité parmi les adolescentes (Taux spécifique de fécondité de 15-19 ans)	163 ‰	
Indicateur 5.5 : Couverture des soins prénatals (consultation personnel qualifié)	82,1%	
Indicateur 5.5a : au moins une visite :	86,7%	
Indicateur 5.5b : au moins quatre visites :	51,1%	
Indicateur 5.6 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale:	17,8%	
Connaissance fistule (En a entendu parler) : Homme & Femme	13% & 12%	
Parmi les femmes enquêtées, pourcentage des femmes de 15-49ans présentant des pertes urinaires et ou fécales par les voies génitales	5,3‰	

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Les résultats de l'enquête ENSOMD2012-2013 montrent que le taux de mortalité maternelle est resté quasi stationnaire depuis des dizaines d'années. Il est estimé à 478 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes pour la période 2006-2013 (contre 498 pour 100 000 naissances vivantes à l'EDSMD IV). En effet, son interprétation doit se faire avec beaucoup de prudence compte tenu du fait que l'amplitude de l'intervalle de confiance est assez large. Ce niveau révèle davantage une constance de la mortalité maternelle. Cette constance est d'ailleurs confirmée par les facteurs explicatifs qui n'ont pas eux aussi véritablement bougé, comme résumé ci-après.

Les soins préventifs connaissent une légère régression. En matière d'accès aux soins, il est noté une baisse d'environ 3 points entre 2008-2009 et 2012-2013. La proportion des femmes ayant eu au moins une consultation prénatale est passée de 90% en 2008-2009 (EDSMD IV) à 87% en 2012-2013 (ENSOMD).

Le nombre d'accouchements assistés par des personnels de santé qualifiés n'a pas varié par rapport à la situation de 2008-2009. En effet, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié est passée de 43,9 en 2008-2009 à 44,3 actuellement. Pour l'ensemble des accouchées, plus de la moitié sont revenues au bout du deuxième jour à la recherche de soins postnatals alors qu'elles étaient en deçà de 50% en 2008-2009.

La proportion d'accouchements qui ont eu lieu dans un établissement de santé s'est accrue de façon modérée pour passer de

35% en 2009 à 38% en 2012-2013. Près de 58 % des accouchements se font à domicile surtout dans les régions de Vatovavy Fitovinany (78%), Androy (72%) et Melaky (73%).

La prévalence de la fistule obstétricale est estimée à 5 pour 1 000 femmes ayant déjà eu une naissance. Si très souvent on a tendance à considérer cette maladie comme une maladie des pauvres, les résultats montrent qu'aucune couche sociale n'est épargnée. Elle se situe quand même à un niveau assez élevé pour les femmes qui n'ont effectué aucune visite prénatale au cours de la grossesse (9‰), les femmes moins instruites (14‰) et chez les femmes de moins de 20 ans (8‰).

L'âge médian au premier rapport sexuel n'a pas beaucoup évolué par rapport à l'EDSMD IV, mais indique que les femmes se lancent précocement dans les rapports sexuels. Il semble même se rajouer des anciennes aux jeunes générations. Il se situe à 17 ans pour les femmes de 25 à 49 ans. Quant à l'âge médian à la première union, il est plus élevé que celui au premier rapport sexuel, soit 19 ans pour les femmes de 25 à 49 ans au moment de l'enquête.

L'âge médian à la première naissance ne s'écarte pas trop de l'âge à la première union. Il est de 20,2 ans pour les femmes de 25-49 ans. En revanche, dès l'âge de 15-19 ans, une proportion assez élevée de femmes ont déjà eu une naissance (31,5%). Dans les régions Sofia et Androy, plus de la moitié des femmes de 15-19 ans ont déjà eu une naissance.



Se lancer précocement dans la vie sexuelle et/ou matrimoniale ne reste pas sans impact sur le niveau de fécondité. En effet dès l'âge de 15-19 ans, le taux de fécondité se situe déjà à 163 ‰ pour atteindre son maximum à l'âge de 20-24 ans (231‰). Ces taux relativement élevés tirent l'indice synthétique de fécondité à la hausse à 5 enfants contre 4,8 en 2008-2009. C'est dans la région d'Androy qu'on observe une fécondité des adolescentes la plus haute, doublée d'un ISF assez élevé, tous associés à une prévalence contraceptive la plus faible.

Malgré les efforts déployés pour répondre aux besoins de la population féminine en matière de planification familiale, les besoins non satisfaits en matière de planification ont légèrement décrochés entre 2009 et 2013 (18,9% en 2008-2009 et 17,7% en 2012-2013).

La prévalence contraceptive a également légèrement augmenté par rapport à ce qui a été observé à l'EDSMD IV (33 % contre 29 % en 2008-2009). Les injections restent la méthode favorite des femmes utilisatrices de la contraception (20% d'entre elles l'utilisent). Quant à la discussion avec le conjoint ou partenaire sur


l'utilisation de la contraception, dans 94% des cas, les femmes ont déclaré que leur mari sait qu'elles utilisent une méthode contraceptive.

En somme, en se référant aux résultats présentés, l'atteinte des objectifs de l'OMD5 constitue un challenge pour Madagascar. Néanmoins, les résultats de l'enquête ENSOMD2012-2013, concernant les soins pré et postnataux, l'état vaccinal des mères en matière de prévention du tétanos maternel et néonatal, les lieux et l'assistance des accouchements ainsi que les problèmes qui limitent l'accès des femmes aux soins de santé, ont permis d'identifier les problèmes les plus importants en matière de santé maternelle. Ces résultats permettront d'évaluer et de planifier les politiques et les programmes dans le domaine de la santé de la reproduction, particulièrement la santé maternelle pour la promotion d'une Maternité à Moindre Risque et dans divers domaines afin de mieux adapter les interventions à mener et agir ainsi de façon rationnelle et plus efficace.



© Photo © CNLS 2009

6



COMBATTRE LE VIH/SIDA,  
LE PALUDISME ET  
LES AUTRES MALADIES

# CHAPITRE 7

# OMD 6

Combattre le VIH/Sida, le paludisme et les autres maladies







L'OMD6 peut être cerné à travers deux cibles par l'ENSOMD: enrayer la propagation du VIH/Sida et maîtriser le paludisme ainsi

que d'autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle.

## Indicateurs de l'OMD 6



Tableau 6.1

NOM DE L'INDICATEUR	HOMMES	FEMMES	ENSEMBLE
Indicateur 6.2: Taux d'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (15-24ans)	7,3%	8,5%	7,9%
Indicateur 6.3 : Proportion de la population âgée de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/Sida	25,5%	22,9%	24,2%
Indicateur 6.7 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide	48,6%	50,8%	49,7%
Indicateur 6.8 : Proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre traités aux moyens de médicaments antipaludéens appropriés	12,3%	12,8%	12,5%
Indicateur 6.9 : Connaissance de la tuberculose	84%	80%	82%

SOURCE: INSTAT/ENSOMD 2012-2013

## LE VIH/SIDA

L'utilisation régulière de préservatifs dans des relations sexuelles occasionnelles réduit sensiblement le risque de transmission du VIH par voie sexuelle mais également des IST. Il sera ainsi mesuré dans le cadre de cette étude le taux d'utilisation d'un préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque.

Selon les résultats, la grande majorité des femmes et des hommes de 15-49 ans ont entendu parler du VIH/SIDA. Cependant, une baisse notable a été enregistrée entre 2009 et 2012. De plus, le niveau de connaissance des deux principaux moyens de prévention (utilisation de condom et limitation des rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et non infecté) a connu une nette régression pendant cette période, et ceci, quel que soit le genre du répondant. Les proportions des femmes et des hommes connaissant ces deux moyens de prévention sont passées respectivement de 65% à 54% et de 68% à 62% entre les deux enquêtes. Globalement, seulement 23% des femmes et 26% des hommes de 15-49 ans ont une connaissance considérée comme « complète » des modes de transmission et de prévention du VIH/sida.

Un peu moins de la moitié des femmes (47%) connaissent la possibilité de transmission par l'allaitement, mais peu d'entre elles (13%) savent que ce risque de transmission maternelle du VIH peut être réduit par la prise de médicaments spécifiques par la mère durant la grossesse. La pratique du multi partenariat est rare chez les femmes : au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, seulement 1% des femmes ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels parmi lesquelles 9% ont déclaré avoir utilisé un condom au cours du dernier rapport sexuel. Cette pratique est un peu plus fréquente chez les hommes : la proportion d'hommes ayant déclaré avoir eu de multiples partenaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (5%) est beaucoup plus élevée. Par contre, elle a connu une forte baisse entre 2008 et 2012, passant de 16% à 5%. Parmi les hommes pratiquant le multi partenariat, seulement 8% ont déclaré avoir utilisé un condom au cours de leur dernier rapport sexuel.

Ces résultats font ressortir que la connaissance des moyens de

prévention n'est pas toujours traduite par une pratique à moindre risque : en effet, l'utilisation de condom s'avère faible par rapport au niveau de connaissance.

On note une certaine réticence de la population à connaître son statut sérologique : seuls 11% des femmes et 7% des hommes âgés de 15-49 ans ont déclaré avoir déjà effectué le dépistage du VIH et reçu le résultat, alors que plus de deux femmes et d'hommes sur cinq ont déclaré connaître un endroit où effectuer un test du VIH. Elle l'est davantage chez les plus jeunes (15-19 ans) pour lesquels le pourcentage de ceux qui l'ont déjà fait et reçu le résultat, ne dépasse guère 5%, quel que soit le genre du répondant. Ceci pourrait être dû en partie à l'exigence d'un consentement des parents ou des tuteurs avant le dépistage du VIH chez les enfants mineurs, selon la loi 2005-040 relative au VIH. Seulement 2% de l'ensemble des enquêtés ont déclaré l'avoir fait au cours des 12 derniers mois et ont eu connaissance de leur statut. Le problème de disponibilité des réactifs de dépistage dans un grand nombre de centres de santé au cours de l'année 2012 pourrait en être la cause.

Le problème de discrimination et de stigmatisation demeure un défi à relever pour le pays. Globalement, comme pour l'EDSMD IV, en considérant les quatre situations nécessitant une tolérance vis-à-vis des PVVIH, une faible proportion de femmes et des hommes (4% et 5% respectivement) montreraient une attitude positive à l'égard de ces dernières.

Par rapport à la dernière enquête EDSMD IV, on note une augmentation non négligeable des proportions de femmes et d'hommes qui n'ont jamais entendu parler des IST, les pourcentages étant passés respectivement de 38% à 46% et de 30% à 35% chez les deux groupes. La méconnaissance de cette maladie, qui constitue pourtant un problème de santé publique si l'on se réfère aux données nationales disponibles, aurait une conséquence sur leurs comportements en matière de recherche de soins. En se basant sur la déclaration des enquêtés, seuls 2% des femmes et 4% des hommes ont déclaré avoir eu une IST au cours des douze derniers mois.



## LA TUBERCULOSE

Cette maladie représente un problème de santé majeur. Il s'est avéré important de collecter des données sur les attitudes et connaissances de la population sur la maladie et la situation de certains facteurs de risque. En moyenne, 82,5% de la population ont déclaré avoir entendu parler de la tuberculose (plus élevé chez les hommes). Plus de 9 personnes sur 10 d'entre eux ont déclaré que cette maladie peut être guérie (94%). Concernant la connaissance sur la mode de propagation de la tuberculose, plus de la moitié ont dit qu'elle se propage par l'air. Pour la confidentialité, moins de la moitié de ceux qui connaissent la tuberculose voudraient garder

secret l'information sur un membre atteint de la maladie.

A propos des facteurs de risque, l'enquête a également collecté des informations sur la consommation des tabacs. Le résultat montre que la proportion des hommes qui fument la cigarette est largement supérieure à celle des femmes (23% contre 1%). En revanche, le tabac à mâcher et le tabac à priser sont les plus utilisés par les femmes, avec une proportion de 14%. Concernant le nombre de cigarette fumée par les hommes, presque la moitié d'entre eux ont fumé 3 à 5 tiges au cours des dernières 24 heures précédant l'enquête.

## LE PALUDISME

Madagascar a déployé beaucoup d'efforts pour lutter contre le paludisme, avec diverses stratégies mises en oeuvre. Il s'agit notamment de la lutte anti-vectorielle mis en oeuvre par la distribution de MID et l'aspersion intra-domiciliaire, la prévention chez les femmes enceintes par le traitement préventif intermittent, et la prise en charge précoce des cas surtout chez les enfants de moins de 5 ans.

Après tant d'efforts déployés et menés pour lutter contre cette maladie, il s'est avéré important de collecter des données sur les moyens de prévention utilisés par la population. Il ressort que près de deux tiers des ménages possèdent des moustiquaires (64%). Ceux qui disposent de MID (recommandée par la politique nationale en vigueur) sont près de 60%. Plus d'un quart de ménages en possèdent plus d'une (34%). Le nombre moyen de moustiquaires par ménage s'élève à 1,15.

En ce qui concerne l'utilisation des moustiquaires, trois sous-groupes de population ont été analysés. Ce sont la population de fait de ménages, les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Pour le premier sous-groupe, le résultat montre que 48% de la population en situation de séjours hors de leur foyer ont dormi sous une moustiquaire quelconque, la nuit précédant l'enquête, contre 44% qui ont dormi sous une MID. Concernant le second sous-groupe, plus d'un enfant sur deux avaient dormi sous une moustiquaire (55%) la nuit précédant l'enquête, et à peu près la même proportion sous une MID (50%). Dans les ménages ayant au moins une MID, 88% d'enfants de moins de 5 ans avaient dormi sous une MID la nuit ayant précédé l'enquête, contre 71% dans l'EDSMD IV 2008-2009.

Pour les femmes enceintes, 48% avaient dormi sous une moustiquaire la nuit ayant précédé l'enquête, principalement sous une moustiquaire ayant été imprégnée (44 %). Dans les ménages ayant, au moins, une MID, 92% des femmes enceintes avaient dormi sous une MID la nuit ayant précédé l'enquête, contre 76% dans l'EDSMD IV 2008-2009. En outre, près d'une femme en-

ceinte sur deux (46%) a pris, à titre préventif, des antipaludéens au cours de sa grossesse. De plus, dans 5 % des cas, il s'agit d'un Traitement Préventif Intermittent (TPI) avec la prise d'au moins deux doses de SP/Fansidar au cours des visites prénatales.

A propos de l'aspersion intra-domiciliaire (CAID), la proportion des ménages bénéficiaire de cette intervention est de 19%. Dans l'ensemble, les ménages du milieu rural sont plus fréquemment bénéficiaires de l'AID par rapport ceux qui se trouvent en milieu urbain (22,6% contre 3,7%). En fonction du quintile de bien être, on note que la couche des ménages les plus riches est moins couverte par l'AID avec une proportion de 12,7% contre 22%, en moyenne, pour les autres couches.

En ce qui concerne les enfants, on constate que, parmi ceux de moins de cinq ans qui ont eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, moins de un enfant sur cinq a été traité avec des médicaments antipaludéens (14%) et 5% environ l'ont reçu de façon précoce (le jour même ou le jour suivant le début de la fièvre). Près de la moitié d'entre eux ont fait l'objet d'une recherche de conseil ou d'un traitement auprès d'un établissement ou d'un prestataire de santé ou d'une pharmacie et plus de 5% ont été prélevés du sang au doigt ou au talon pour une confirmation de diagnostic. Le médicament le plus fréquemment utilisé demeure la chloroquine et la quinine (autour de 3%). Les autres antipaludéens tels que l'Amodiaquine, la Sulfadoxine Pyriméthamine/ Fansidar et la CTA n'ont été utilisés que dans de faibles proportions.

Le taux de couverture en TPI est légèrement diminué de 8,2% contre 11% dans l'EDSMD IV 2008-2009. Quant à la prise en charge des cas de paludisme simple, le traitement par l'ACT n'a pas changé par rapport à l'EDSMD IV 2008-2009, avec un taux respectif de 0,9% et 1%. Il convient de noter que sur 112 couverts par les trois interventions de prévention, 41 sont couverts par le CAID, 93 par le MID et 87 par le TPI.



© Photo @ PNUD, 2012



## CHAPITRE 8

# OMD 7

Assurer un environnement durable





L'OMD7 s'est donné comme objectif principal d'assurer un environnement durable. Les indicateurs pris en compte sont (i) la proportion de la population ayant accès à l'Eau Potable améliorée (27,7% et 38,9% selon les définitions du Ministère de l'Eau) accusant une légère hausse respectivement de 8,1% et 6,3% par rapport à 2010; (ii) la proportion de la population utilisant des infrastructures d'Assainissement améliorées (7,1% et 50,1% selon les définitions du Ministère de l'Eau) montrant une augmentation

respectivement de 4,3% et de 27,4% par rapport 2008, (iii) la proportion de la population utilisant les principaux combustibles solides (99,2%) avec un taux demeurant inchangé par rapport à 2010 et enfin, (iv) la proportion des citoyens vivant dans des taudis (88,2% et 72,8% si on utilisait la définition du Ministère de l'Eau concernant l'accès insuffisant à l'eau potable améliorée et l'accès insuffisant aux infrastructures améliorées) qui reflète une très faible condition de vie en milieu urbain.

## Indicateurs OMD sur l'environnement



Tableau 7.1

NOM DE L'INDICATEUR	URBAIN		RURAL		ENSEMBLE		CIBLE
	OMD	MIN EAU	OMD	MIN EAU	OMD	MIN EAU	
<b>Indicateur 7.8: Proportion de la population utilisant une source d'eau potable améliorée</b>	77,40%	87,70%	17,70%	29,10%	27,7%	38,9%	68%
<b>Indicateur 7.9 : Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées (Toilettes)</b>	24,70%	87,1%	3,60%	42,7%	7,10%	50,1%	54%
<b>Indicateur 7.9 : Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées (ordures ménagères)</b>	43,7%		3,9%		10,5%		
<b>Proportion de la population utilisant des principaux combustibles solides</b>	96,9%		99,6%		99,2%		
<b>Indicateur 7.10 : Proportion des citoyens vivant dans des taudis</b>	88,2%	72,8%			88,2%	72,8%	

SOURCE : INSTAT/ENSOMD 2012-2013

Par ailleurs, les cibles pour 2015 en ce qui concerne l'accès à l'Eau Potable améliorée et l'accès aux infrastructures d'Assainissement sont respectivement de 68% et 54% d'après l'OMD. Pour le secteur Eau, cet objectif est loin d'être atteint que ce soit 27,7% ou 38,9% de la population seulement ont accès à l'Eau Potable améliorée bien que des efforts de la part du gouvernement aient été déployés durant les périodes antérieures. Pour le secteur Assai-

nissement de base, l'atteinte de l'objectif est envisageable avec le taux à 50,1% en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers sur la mise en œuvre du processus de l'échelle de l'assainissement à travers la l'opérationnalisation du Marketing de l'Assainissement (par l'approche CLTS). Quant à la gestion des ordures ménagères, plus de 57% de la population jettent leurs ordures dans la nature. Cette proportion est plus accentuée en milieu rural



avec 65,5% tandis qu'en milieu urbain c'est le ramassage public ou privé qui prédomine avec 43,7%.

En matière de gestion des ressources environnementales, les progrès sont peu palpables à Madagascar. En effet, le bois avec un taux de 69,9% et le charbon de bois avec 26,2% sont les plus utilisés en tant que premier type de combustible pour la cuisson. La stagnation de la tendance d'utilisation de ce combustible, à plus de 96%, traduit un risque de déperdition des ressources environne-

mentales dépendant des espèces ligneuses. Pour ce qui est de la sécurité d'occupation des logements des citoyens, l'objectif consistait à atteindre d'ici 2020 environ 100 millions d'habitants dans le monde. Or la part de Madagascar y est relativement négligeable car elle ne représente qu'environ 408 097 habitants avec des occupations sécurisées sur les ciblés.



