Repoblikan'I Madagasikara
Tanindrazana — Fahafahana - Fandrosoana

MINISTERE DES FINANCES ET DE LECONOMIE

SECRETARIAT GENERAL

MADAGASCAR
CRING 2004

INSTAT
INSTITUT
NATIONAL DE
LA STATISTIQUE

DIRECTION DE LADEMOGRAPHIE ET
DES STATISTIQUES SOCIALES

ENQUETE A INDICATEURS MULTIPLES

MICS 2000

MADAGASCAR

Novembre 2001

Remerciements 1

Résumé des indicateurs 2

I. Introduction 4

Contexte de l'enquête MICS 4

Situation de Madagascar 5

Objectifs de l'enquête MICS 5

II. Méthodologie de l'enquête et qualité des données 5

par RABEZA Rafaralahy Victor

Plan de sondage 6

Base de sondage 6

Caractéristiques de l'échantillon-maître 6

Caractéristiques générales de l'échantillon de MICS 2000 7

Questionnaires 8

Collecte et traitement des données 9

Formation des agents 9

Collecte des données 9

Exploitation et traitement des données 9

Couverture de l'échantillon 10

Qualité des données 10

Structure par sexe et par âge 10

Les non-réponses 11

Les erreurs de sondage 13

Caractéristiques des répondants 13

Structure par âge 13

Etat matrimonial 13

Niveau d'instruction 13

III. Résultats

Indicateurs pour le suivi des Objectifs du SME 15

Mortalité 15

Par RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel

Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans 15

Méthodologie 15

Qualité des données 15

Nombre moyen d'enfants par femme 16

Hypothèses et procédures de calcul 17

Niveaux et tendances de la mortalité infantile et infanto-juvénile 18

Les déterminants proches de la mortalité infanto-juvénile 20

Mortalité maternelle 22

Recommandations 22

Etat nutritionnel 23
par RAKOTONIRINA Simon
Principaux programmes et activités en faveur de la nutrition des enfants 23
Méthodologie 24
Niveaux et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans 24
Niveaux 24
Tendances 27
Degré d'atteinte de l'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance 28
Recommandations 29
Allaitement maternel 30
Programme et politique nationaux en matière d'allaitement maternel 30
Méthodologie 30
Résultats 31
Niveaux 31
Tendances 35
Degré d'atteinte des objectifs fixés lors du Sommet Mondial de l'Enfance 36
Recommandations 36
Supplémentation en Vitamine A 37
Méthodologie 37
Résultats 37
Iodation du sel 38
Principaux programmes et activités de lutte contre les TDCI à Madagascar 38
Méthodologie 39
Niveaux et tendances de la consommation de sel iodé 39
Niveaux 39
Tendances 40
Degré d'atteinte de l'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance 41
Recommandations 41
Fortification alimentaire 41
Méthodologie 41
Résultats 42
Situation vis-à-vis de la consommation de sucre au niveau des ménages 42
Fréquence d'approvisionnement des ménages en sucre 43
Niveau de consommation de sucre au niveau des ménages 44
Situation vis-à-vis de la consommation d'huile au niveau des ménages 45
Fréquence d'approvisionnement des ménages en huile 47
Niveau de consommation d'huile au niveau des ménages 48
Carence en vitamine A et consommation en sucre/huile 49

Ménage - Habitat - Eau et Assainissement 51
par RAZAFIMIARANTSOA Tovonirin a Théodore et MAFILAZA Victor
Ménage 51
Habitat 53
Nature du plancher 53
Chambres à coucher 54
Eau et Assainissement 55
Principales sources d'approvisionnement en eau de boisson 55
Installations sanitaires 57
Evolution de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement 59
Recommandations 61
Niveau socio-economique des ménages 61
Education de base 64
par RAZAFIMANDIMBY Jules
Education préscolaire 65
Education primaire 67
Education non-formelle 70
Alphabétisation 70
Programme organisé d'éducation non formelle 73
Tendances de l'éducation 76
Education préscolaire 76
Education primaire 76
Alphabétisation 77
Education non formelle 77
Principales réalisations 78
Pour le système formel 78
Pour le système non formel 78
Recommandations 78
Education préscolaire 78
Fréquentation scolaire dans le primaire 79
Programme d'éducation non formelle 79
Santé maternelle et infantile 80
par RABIALAHY Célestine
Santé et nutrition des filles et des femmes enceintes/allaitantes 80
Analyse de la situation 80
Revue des politiques 81
Autres approches utilisées pour la mise en œuvre du Projet Nutrition 81
Etat nutritionnel des filles et des mères 81
Anémie chez les mères 82
Cécité nocturne chez les femmes enceintes 83
Principaux obstacles à la lutte contre les carences en micro-nutriments 84
Conclusion 85

Planification familiale 86
par † RASOLOARISON Claude
Introduction 86
Méthodologie 87
Niveaux et tendances de la contraception 87
Niveaux actuels 87
Tendances 90
Conclusions et recommandations 96
Soins prénatals et à la naissance 97
par RAZANATSOARILALA Hélène
Soins prénatals 97
Vaccination antitétanique des femmes 99
Rappels 100
Analyse de la situation 100
Couvertures vaccinales des mères en antitétanique 100
Soins prénatals et vaccination antitétanique 101
Assistance lors de l'accouchement 102
Les contraintes 102
Evolution de l'assistance lors de l'accouchement de 1992 à 2000 103
Insuffisance pondérale à la naissance 104
Poids à la naissance selon l'estimation de la mère 106
Conclusion 106
Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an 107
Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant 110
Diarrhée 111
Infections respiratoires aiguës 113
Rougeole 114
Situation actuelle 114
Prévalence de la rougeole 115
Reconnaissance des signes 116
Paludisme 117
Prévalence de la fièvre 117
Prise en charge des cas 118
Utilisation des moustiquaires 120
Conclusions et recommandations 121
Santé de la mère 122
Pratique des soins au niveau des ménages 122
Indicateurs supplémentaires pour le suivi des Droits de l'Enfant 124
Enregistrement des naissances 124
par ANDRIAMIADANA Jean
Introduction 124
Cadre légal et institutionnel de l'enregistrement des naissances 124

Objectifs 126
Résultats 126
Couverture de l'enregistrement des naissances 126
Raisons de non-enregistrement des naissances 129
Conséquences 131
Recommandations 133
Arrangements concernant la résidence des enfants 134
Introduction 134
Résultats 134
Orphelins dans les ménages 137
Incapacités chez les enfants 138
par RAMBININTSOA José
Introduction 138
Objectifs 138
Définition opérationnelle des termes-clés 138
Résultats 139
Profil du risque d'incapacité chez les enfants de 2-9 ans 140
Formes d'incapacité 141
Situation par rapport aux objectifs fixés 144
Contraintes internes et externes expliquant les insuffisances 145
Les réponses institutionnelles 145
Contraintes et difficultés 145
Structures privées 146
Mesures d'aide aux parents pour la prise en charge de l'enfant ? 146
Sommaire des conclusions et des recommandations 146
Travail des enfants 148
par RAKOTONIAINA Barbara
Conventions internationales et législation en matière de travail des enfants 148
Convention internationale relative aux droits de l'enfant (20 novembre 1989) 148
Convention internationale sur les droits fondamentaux au travail 148
Législation nationale 149
Informations sur les politiques en matière de travail des enfants 149
Objectifs en matière de travail des enfants 149
Objectifs sectoriels 149
Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants (SME) : 150
Objectifs pour le suivi des droits de l'enfant (Article 32 de la convention) : 150
Résultats de l'analyse des données MICS 150
Définition des mots-clés en matière de travail des enfants 150
Ampleur du phénomène " travail des enfants " 151
Impact du travail des enfants 155
Causes du travail des enfants 156
Autres données disponibles 158

L'incidence du phénomène 160
Risques posés aux enfants travailleurs 160
Contraintes et recommandations 161
Système de suivi 161
Orientations stratégiques 161
Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/SIDA 162
par RANAIVO Adéline
Introduction 162
Connaissance des modes de transmission 162
Connaissance des conceptions erronées sur la transmission du VIH 163
Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant 165
Connaissance de la prévention 166
Fidélité à un partenaire sexuel non infecté 166
Utilisation des préservatifs 167
Abstinence sexuelle 167
Comportements et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA 168
Comportement sexuel 168
Age au premier rapport sexuel 168
Partenaires sexuels réguliers 169
Rapports sexuels occasionnels 169
Incidence déclarée des écoulements génitaux chez les hommes 173
Comportement et attitude envers les personnes vivant avec le VIH SIDA 174
Prendre soin d'un membre de la famille qui a le sida 175
Droit à la confidentialité 175
Droit de continuer à travailler 176
Droit aux soins 177
Principales réalisations 177
Recommandations 178

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon de grappes selon les strates, Madagascar, 2000 7
Tableau 2 : Taille et couverture de l'échantillon, Madagascar, 2000 10
Tableau 3 : Répartition par groupe d'âges des femmes éligibles et des femmes enquêtées, proportion de femmes enquêtées, Madagascar, 2000 12
Tableau 4 : Taux de non-réponse des répondants par module, Madagascar, 2000 12
Tableau 5 : Répartition des répondants par caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000 14
Tableau 6 : Répartition des femmes selon l'âge et le nombre moyen d'enfants, Madagascar, 2000 17
Tableau 7 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans, Madagascar, 2000 18
Tableau 8 : Mortalité des enfants selon les caractéristiques de la mère Madagascar, 2000 ...21
Tableau 9 : Répartition de l'état nutritionnel des enfants malgaches de moins de 5 ans en fonction de quelques paramètres, Madagascar, 2000 26
Tableau 10 : Indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en début et à la fin de la décennie 28
Tableau 11 : Répartition des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu ou non une dose élevée de vitamine A, Madagascar, 2000 38
Tableau 12 : Pourcentage de ménages consommant du sel iodé, Madagascar, 2000 40
Tableau 13 : Répartition des ménages selon le type de sucre consommé, Madagascar, 2000 .43
Tableau 14 : Répartition des ménages selon la fréquence d'approvisionnement en sucre, Madagascar, 2000 44
Tableau 15 : Répartition des ménages selon la consommation hebdomadaire de sucre, Madagascar, 2000 45
Tableau 16 : Répartition des ménages par province et selon le type d'huile consommée, Madagascar, 2000 46
Tableau 17 : Répartition des ménages selon la fréquence d'approvisionnement en huile, Madagascar, 2000 48
Tableau 18 : Répartition des ménages selon la consommation hebdomadaire d'huile, Madagascar, 2000 49
Tableau 19 : Taux d'héméralopie et consommation moyenne en sucre /huile 50
Tableau 20 : Répartition (%) des ménages par caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000 53
Tableau 21 : Pourcentage des ménages par nature du plancher selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 54
Tableau 22 : Répartition (%) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et le milieu de résidence, Madagascar, 2000 55
Tableau 23 : Répartition (%) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et selon la province, Madagascar, 2000 55
Tableau 24 : Répartition (%) de la population par source d'approvisionnement en eau à boire et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 57
Tableau 25 : Répartition (%) de la population par source d'approvisionnement en eau à boire et selon la province, Madagascar, 2000 57
Tableau 26 : Répartition (%) de population par système d'évacuation des excréta et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 59
Tableau 27 : Répartition (%) de population par système d'évacuation des excréta et selon la province, Madagascar, 2000 59
Tableau 28 : Evolution de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, Madagascar, 2000 ...60

Tableau 29 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique et le milieu de résidence, Madagascar, 2000.....63
Tableau 30 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique et la province, Madagascar, 2000.....63
Tableau 31 : Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent un programme organisé d'éducation préscolaire, Madagascar, 2000.....66
Tableau 32 : Pourcentage d'enfants (5 à 12 ans) qui fréquentent actuellement l'école primaire, Madagascar, 2000.....67
Tableau 33 : Pourcentage de population âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, Madagascar, 2000.....71
Tableau 34 : Pourcentage d'enfants qui ont suivi un programme d'éducation non formelle, Madagascar, 2000.....74
Tableau 35 : Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....82
Tableau 36 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont présenté des symptômes de cécité nocturne lors de leur dernière grossesse, Madagascar, 2000.....83
Tableau 37 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive par caractère socio-démographique et selon la méthode contraceptive, Madagascar, 2000.....88
Tableau 38 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive moderne, Madagascar, 2000 89
Tableau 39 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive traditionnelle, Madagascar, 2000 90
Tableau 40 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union par province et selon le type de méthode, Madagascar, 2000.....91
Tableau 41 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union par milieu de résidence et selon le type de méthode, Madagascar, 2000.....92
Tableau 42 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15- 49 ans en union par groupe d'âge et selon le type de méthode, Madagascar, 2000.....93
Tableau 43 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union selon le niveau d'instruction et le type de méthode, Madagascar, 2000.....94
Tableau 44 : Prévalence contraceptive de quelques pays selon les années.....95
Tableau 45 : Répartition des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de l'année ayant précédé l'enquête par type de personnel dispensant des soins prénatals selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....98
Tableau 46 : Calendrier de vaccination antitétanique (VAT) en vigueur et durée de protection conférée, Madagascar, 2000.....100
Tableau 47 : Evolution de l'incidence du tétanos néonatal depuis 1991, Madagascar, 2000.....100
Tableau 48 : Répartition (%) des naissances survenues au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, selon le nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....101
Tableau 49 : Répartition (en%) des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....103
Tableau 50 : Répartition (en%) des naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 grammes, Madagascar, 2000.....105

Tableau 51 : Répartition (en%) des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête selon l'estimation par la mère de la grosseur de l'enfant à la naissance, Madagascar, 2000 106
Tableau 52 : Couverture vaccinale selon les sources d'information, Madagascar, 2000 108
Tableau 53 : Pourcentage d'enfants âgés de 12 - 23 mois ayant reçu des vaccinations contre les maladies de l'enfance quel que soit l'âge avant l'enquête et les sources d'information (carte de vaccination et déclaration de la mère), Madagascar, 2000.....109
Tableau 54 : Taux de déperdition pour DTCoq 1 et DTCoq 3, et BCG - rougeole.....109
Tableau 55 : Répartition des enfants ayant eu la diarrhée par niveau socio-économique des ménages, Madagascar, 2000 112
Tableau 56 : Répartition des enfants par niveau socio-économique ayant eu la diarrhée et n'ayant reçu aucun traitement, Madagascar, 2000 112
Tableau 57 : Répartition (en%) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu une SRO/TRO, Madagascar, 2000.....113
Tableau 58 : Répartition (%) des enfants de moins de 5 ans ayant eu des IRA durant les 2 dernières semaines qui ont eu recours aux services de santé, Madagascar, 2000 114
Tableau 59 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant eu la rougeole au cours des trois derniers mois, Madagascar, 2000.....116
Tableau 60 : Pourcentage des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans connaissant les signes évocateurs et de complications de la rougeole, Madagascar, 2000.....117
Tableau 61: Pourcentage des enfants de 0-59 mois souffrant de fièvre qui ont été pris en charge à domicile avant d'avoir recours au centre de Santé, Madagascar, 2000 119
Tableau 62 : Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec un antipaludéen, Madagascar, 2000.....120
Tableau 63 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée ou non d'insecticides la nuit dernière, Madagascar, 2000.....121
Tableau 64 : Répartition des enfants selon les motifs de non enregistrement des naissances, Madagascar, 2000.....131
Tableau 65 : Répartition des enfants âgés de 0 - 17 ans par âge et selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000.....132
Tableau 66 : Répartition des enfants de 0-14 ans selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le même ménage, Madagascar, 2000.....137
Tableau 67 : Répartition de l'incapacité chez l'enfant selon les caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....140
Tableau 68 : Répartition des enfants selon le statut d'activité et selon les caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000.....151
Tableau 69 : Pourcentage d'enfant âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement, Madagascar, 2000.....152
Tableau 70 : Pourcentage d'enfants qui ont effectué des tâches durant la dernière semaine selon le type d'activité, Madagascar, 2000.....154
Tableau 71 : Prévalence d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois selon la rémunération.....155
Tableau 72 : Répartition des enfants 5 à 14 ans qui travaillent selon la tranche d'âge par rapport aux parents biologiques, Madagascar, 2000.....157
Tableau 73 : Les raisons du travail des enfants.....157
Tableau 74 : Proportion d'enfants 5 à 14 ans selon le niveau socio-économique des ménages, Madagascar, 2000.....158
Tableau 75 : Connaissance des conceptions erronées sur la transmission du SIDA selon le sexe, Madagascar, 2000.....164

Tableau 76 : Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel autre que leur partenaire habituel au cours des 12 derniers mois, Madagascar, 2000 ..... *171*
Tableau 77 : Utilisation de préservatif au cours du dernier rapport avec un partenaire sexuel occasionnel, Madagascar 2000 ..... *172*
Tableau 78 : Répartition en pourcentage des hommes en fonction du nombre d'épisodes déclarés d'urétrites, Madagascar, 2000 ..... *173*
Tableau 79 : Pourcentage des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des épisodes d'urétrite au cours des 12 derniers mois, Madagascar, 2000 ..... *174*
Tableau 80 : Attitudes discriminatoires vis à vis des personnes vivant avec le VIH, Madagascar, 2000 ..... *175*
Tableau 81 : Erreurs de sondage-les variables choisies, Mics Madagascar, 2000 ..... *184*
Tableau 82 : Erreurs de sondage-National, Mics Madagascar, 2000 ..... *185*
Tableau 83 : Erreurs de sondage-Province Antananarivo, Mics Madagascar, 2000 ..... *185*
Tableau 84 : Erreurs de sondage-Province Fianarantsoa, Mics Madagascar, 2000 ..... *186*
Tableau 85 : Erreurs de sondage-Province Toamasina, Mics Madagascar, 2000 ..... *186*
Tableau 86 : Erreurs de sondage-Province Mahajanga, Mics Madagascar, 2000 ..... *187*
Tableau 87 : Erreurs de sondage-Province Toliary, Mics Madagascar, 2000 ..... *187*
Tableau 88 : Erreurs de sondage-Province Antsiranana, Mics Madagascar, 2000 ..... *188*
Tableau 89 : Répartition par année d'âge de la population, Madagascar, 2000 ..... *189*

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des grappes de l'enquête MICS, Madagascar 2000 8
Figure 2 : Pyramide des âges de la population 11
Figure 3 : Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère et le sexe des enfants 16
Figure 4: Nombre moyen d'enfants par femme 17
Figure 5 : Tendances de la mortalité infantile, Madagascar, 2000 19
Figure 6 : Tendances de la mortalité juvénile, Madagascar, 2000 20
Figure 7 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Poids/Age 24
Figure 8 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Taille/Age 25
Figure 9 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Poids/Taille 25
Figure 10 : Répartition des enfants de moins de 5 ans malnutris selon l'âge 27
Figure 11 : Tendances de la malnutrition modérée et sévère chez les enfants de moins de 5 ans, Madagascar 2000 28
Figure 12 : Evolution du taux de croissance démographique et du PIB entre 1990 et 1999 29
Figure 13 : Prévalence de l'allaitement chez les enfants de moins 6 mois, Madagascar, 2000 ..31
Figure 14 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon les provinces, Madagascar, 2000 32
Figure 15 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon le milieu, Madagascar, 2000 32
Figure 16 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000 33
Figure 17 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon les provinces, Madagascar, 2000 33
Figure 18 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon le milieu, Madagascar, 2000 34
Figure 19 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000 34
Figure 20 : Répartition des enfants selon la pratique de l'allaitement maternel et selon l'âge, Madagascar, 2000 35
Figure 21 : Evolution de quelques indicateurs de la pratique de l'allaitement maternel, Madagascar, 2000 36
Figure 22 : Pourcentage de ménages consommant du sel iodé selon les provinces, Madagascar, 2000 39
Figure 23 : Evolution du taux de consommation du sel iodé, Madagascar 2000 40
Figure 24 : Répartition des ménages par province et selon le type de sucre consommé, Madagascar 2000 42
Figure 25 : Répartition des ménages par province et selon la fréquence d'approvisionnement en sucre, Madagascar, 2000 44
Figure 26 : Répartition des ménages par province et selon la consommation hebdomadaire de sucre, Madagascar, 2000 45
Figure 27 : Répartition des ménages par province et selon le type d'huile consommée, Madagascar, 2000 46
Figure 28 : Répartition des ménages par province et selon la fréquence d'approvisionnement en huile, Madagascar, 2000 47
Figure 29 : Répartition des ménages par province et selon la consommation hebdomadaire d'huile, Madagascar, 2000 49

Figure 30 : Répartition des ménages selon la taille et le milieu de résidence, Madagascar, 2000....52
Figure 31 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique, Madagascar, 2000.....62
Figure 32 : Structure de l'éducation, Madagascar, 2000.....64
Figure 33 : Pourcentage d'enfants de 36-59 mois ayant suivi un programme d'éducation préscolaire selon la province, Madagascar, 2000.....65
Figure 34 : Pourcentage d'enfants de 36-59 mois ayant suivi un programme d'éducation préscolaire selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000.....66
Figure 35 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulièrement l'école selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000.....68
Figure 36 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulierement l'école selon la province, Madagascar, 2000.....68
Figure 37 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulièrement l'école selon l'âge, Madagascar, 2000.....69
Figure 38 : Pourcentage d'enfants entrant en 1ère année et qui atteignent par la suite la 5ème année, Madagascar, 2000.....69
Figure 39 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon la province, Madagascar, 2000.....72
Figure 40 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000.....72
Figure 41 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon l'âge, Madagascar, 2000.....73
Figure 42 : Pourcentage d'enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon l'âge, Madagascar, 2000.....75
Figure 43 : Répartition des enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon le type de programme suivi et selon le sexe, Madagascar, 2000.....75
Figure 44 : Pourcentage d'enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon le type de programme suivi et selon le milieu, Madagascar, 2000.....76
Figure 45 : Evolution de la proportion d'enfants de 6-10 ans qui sont inscrits en primaire, Madagascar, 2000.....77
Figure 46 : Pourcentage des femmes enceintes présentant des symptômes de cécité nocturne selon les provinces, Madagascar, 2000.....84
Figure 47 : Pourcentage des femmes enceintes présentant des symptômes de cécité nocturne selon la tranche d'âge, Madagascar, 2000.....84
Figure 48 : Evolution de la cécité nocturne de 1997 à 2000 selon les provinces, Madagascar, 2000.....85
Figure 49 : Evolution de la prévalence contraceptive selon le type de méthode, Madagascar, 2000 91
Figure 50 : Evolution de la prévalence contraceptive par province et selon le type de méthode, Madagascar, 2000.....92
Figure 51 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15- 49 ans en union par groupe d'âge et selon le type de méthode, Madagascar, 2000.....94
Figure 52 : Pourcentage d'utilisation des produits contraceptifs chez les femmes en union selon la période d'enquête, Madagascar, 2000.....95
Figure 53 : Répartition (en%) des femmes par type de personnel dispensateur de soins prénatals, Madagascar, 2000.....98
Figure 54 : Evolution des soins prénatals dispensés par des personnels qualifiés et des accoucheuses traditionnelles de 1992 à 2000, Madagascar, 2000.....99
Figure 55 : Evolution de l'assistance lors de l'accouchement, Madagascar, 2000.....104

Figure 56 : Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccins avant l'âge de 12 mois, Madagascar, 2000 ..... *110*
Figure 57 : Pourcentage des enfants vaccinés de moins de 12 mois et 12 à 23 mois selon la carte, Madagascar, 2000 ..... *110*
Figure 58 : Répartition des enfants âgés de 0-59 mois par province selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000 ..... *127*
Figure 59 : Répartition des enfants âgés de 0- 59 mois par milieu de résidence selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000 ..... *127*
Figure 60 : Répartition des enfants de 0-59 mois par sexe selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000 ..... *128*
Figure 61 : Répartition des enfants de 0-59 mois par tranche d'âge selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement des naissances, Madagascar, 2000 ..... *129*
Figure 62 : Répartition des enfants de 0-59 mois selon les motifs de non enregistrement de la naissance, Madagascar, 2000 ..... *131*
Figure 63 : Pourcentage des enfants de 0-17 ans dont la naissance n'a pas été enregistrée, Madagascar, 2000 ..... *133*
Figure 64 : Répartition des enfants de 0-14 ans par le sexe et selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le ménage et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 ..... *136*
Figure 65 : Répartition des enfants de 0-14 ans par le sexe et selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le ménage et selon l'âge, Madagascar, 2000 ..... *136*
Figure 66 : Répartition des risques d'incapacité chez l'enfant selon le sexe, Madagascar, 2000 ..... *141*
Figure 67 : Répartition des enfants selon le risque d'incapacité et selon la province, Madagascar, 2000 ..... *141*
Figure 68 : Répartition des risques de l'incapacité chez l'enfant la forme et selon le sexe, Madagascar, 2000 ..... *142*
Figure 69 : Répartition des risques de l'incapacité chez l'enfant la forme et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 ..... *143*
Figure 70 : Répartition des risques positifs d'incapacité chez l'enfant selon les formes et le niveau socio-économique, Madagascar 2000 ..... *144*
Figure 71: Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement selon l'âge, Madagascar, 2000 ..... *152*
Figure 72 : Schéma qui représente les types d'activité des enfants qui travaillent *153*
Figure 73 : Proportion d'enfants qui travaillent selon le niveau d'instruction par région, Madagascar, 2000 ..... *156*
Figure 74: Connaissance de trois conceptions erronées sur la transmission du VIH selon le niveau d'instruction, Madagascar, 2000 ..... *165*
Figure 75 : Connaissance des 3 moyens de préventions de la transmission du VIH selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000 ..... *166*
Figure 76 : Connaissance des 3 moyens de prévention par groupe d'âges, Madagascar, 2000 ..... *168*
Figure 77 : Age au premier rapport sexuel selon le sexe, Madagascar, 2000 ..... *169*
Figure 78 : Pourcentage des personnes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels par province, Madagascar, 2000 ..... *170*
Figure 79 : Utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels chez les hommes selon l'âge, Madagascar, 2000 ..... *172*
Figure 80: Comportements et attitudes des femmes vis à vis des personnes vivant avec le VIH, selon le niveau d'instruction à Madagascar, 2000 ..... *176*
Figure 81 : Comportements et attitudes des hommes vis à vis des personnes vivant avec le VIH suivant le niveau d'instruction, Madagascar, 2000 ..... *177*

SIGLES ET ABREVIATIONS

JIRAMA	Jiro sy Rano Malagasy
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
ONG	Organisme Non Gouvernemental
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
FIKRIFAMA	Fikambanana Kristianina Fampandrosoana Malagasy
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EPM	Enquête Permanente auprès des Ménages
BCG	Bilié de Calmette et Guérin (vaccin antituberculeux)
DTCoq	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (vaccin)
AVA	Andron'ny Vakisiny
PEV	Programme Elargie de Vaccination
SRO	Sel de Réhydratation par voie Orale
ODIVA	Odi-Valana
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
PAEPAR	Projet Pilote d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement en milieu Rural
AEPSPE	Assainissement, Eau Potable, Soins Primaires de l'Environnement
IEC	Information Education Communication
INSTAT	Institut National de la Statistique
SME	Sommet Mondial pour l'Enfance
PADEPP	Partenariat pour le Développement des Ecoles Primaires Publiques
IPEC	International Program for Elimination Childwork
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Remerciements

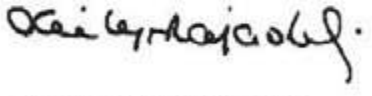
L'enquête à Indicateurs Multiples (MICS) réalisée en août - septembre 2000 sur l'ensemble du territoire s'inscrit dans le cadre du Programme de Coopération Madagascar-UNICEF. Cette opération a parfaitement atteint ses objectifs dans la mesure où nous sommes actuellement en possession de données et de principaux indicateurs nécessaires au suivi des objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants (SME).

La réussite de cette opération de grande envergure et d'une importance primordiale pour le développement social du pays n'a été possible que grâce aux efforts louables et à la collaboration fructueuse de divers protagonistes que je tiens à remercier.

Mes remerciements s'adressent particulièrement :

- à l'UNICEF pour sa contribution financière et logistique ;
- à l'équipe de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales pour la conception, la mise en úuvre, la coordination des activités ainsi que pour l'exploitation et traitement des données;
- aux divers cadres chercheurs multidisciplinaires qui ont réalisé l'analyse des données ;
- aux équipes de terrain (enquêteurs, enquêtrices, superviseurs, chauffeurs,) qui n'ont pas ménagé leurs efforts malgré les conditions physiques parfois difficiles;
- aux ménages enquêtés qui, de bonne grâce ont bien voulu répondre aux nombreuses questions parfois indiscrètes.

Le Directeur Général de l'Institut National
de la Statistique



RAJAOBELINA Philippe

Résumé des indicateurs

Sommet Mondial pour les Enfants		
Taux de mortalité des moins de 5ans	Probabilité de décéder avant le cinquième anniversaire	142%
Taux de mortalité infantile	Probabilité de décéder avant le premier anniversaire	85%
Prévalence de l'insuffisance pondérale	Proportion d'enfants de moins de 5ans qui sont trop minces pour leur âge	33%
Prévalence du retard de croissance	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui sont trop petits de taille pour leur âge	49%
Prévalence de l'émaciation	Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui sont trop minces pour leur taille	14%
Accès à une eau de boisson saine	Proportion de la population qui s'approvisionne à partir d'une source d'eau de boisson saine	24,6%
Utilisation d'un moyen d'évacuation des excreta	Proportion de la population qui utilise une installation adéquate d'évacuation des excreta	6,8%
Taux de survie scolaire	Proportion des enfants entrant en première année du primaire qui atteignent la dernière année	39,8% [1]
Taux net de fréquentation scolaire	Proportion d'enfants de 5-12ans qui fréquentent une école primaire	47,0%
Taux d'alphabétisation	Proportion de la population de 15 ans et plus capable de lire une lettre ou un journal	70,6%
Soins prénatales	Proportion de femmes de 15-49ans qui ont bénéficié d'au moins une consultation prénatale par un personnel qualifié durant leur dernière grossesse	71,2%
Prévalence contraceptive	Proportion de femmes de 15-49ans en union qui utilisent une méthode contraceptive	18,8%
Soins à la naissance	Proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié	46,2%
Faible poids à la naissance	Proportion de naissances vivantes ayant un poids inférieur à 2500 grammes	10,6%
Consommation de sel iodé	Proportion de ménages consommant du sel adéquatement iodé	76,0%
Taux de supplémentation en Vitamine A : Enfants	Proportion d'enfants de 6-59mois qui ont reçu une supplémentation en Vitamine A au cours des six derniers mois	23,5%
Taux de supplémentation en Vitamine A : Mères	Proportion de mères qui ont reçu une supplémentation en Vitamine A au cours des deux mois ayant suivi l'accouchement	12,0%
Taux d'allaitement exclusif	Proportion des enfants âgés de 0-23mois qui sont allaités exclusivement	51,5%
Taux d'alimentation complémentaire à temps	Proportion d'enfants de 6-9mois allaités et qui reçoivent une alimentation de complément	82,2%
Taux d'allaitement continu	Proportion d'enfants âgés de 12-15mois (respectivement 20-23mois) qui sont allaités	82,6%(12-15) 42,9%(20-23)
Couverture en DTC3	Proportion d'enfants de 12-23mois vaccinés contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche avant l'âge de 1an	36,6%
Couverture en Antirougeoleux	Proportion d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la Rougeole avant l'âge de 1an	29,1%
Couverture en Polio3	Proportion d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre la Poliomyélite avant l'âge de 1an	36,6%

Couverture en BCG	Proportion d'enfants de 12-23 mois vaccinés contre le Tuberculose avant l'âge de 1an	42,5%
Enfants protégés contre le Tétanos néonatal	Proportion d'enfants âgés de 0-11 mois protégés contre le Tétanos néonatal à travers la vaccination de leur mère	47,8%
Taux d'utilisation de la TRO	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des quinze derniers jours et qui ont été traités avec du Sel de Réhydratation Orale ou avec une solution à domicile appropriée	22,2%
Prise en charge à domicile de la diarrhée	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant eu la diarrhée au cours des quinze derniers jours et qui ont reçu plus de liquide que d'habitude et ont continué à être nourris durant l'épisode diarrhéique	35,1%
Recours aux soins pour les IRA	Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant souffert d'IRA au cours des quinze derniers jours et qui ont été amenés à un prestataire de services de santé approprié	30,8%
Développement préscolaire	Proportion d'enfants de 36-59 mois qui suivent un programme organisé d'éducation du jeune enfant	5,5%
Indicateurs pour le suivi des Droits de l'enfant		
Développement préscolaire	Proportion d'enfants de 36-59 mois qui suivent un programme organisé d'éducation du jeune enfant	5,5%
Enregistrement des naissances	Proportion d'enfants de moins de 5ans dont la naissance est enregistré	72,3%
Arrangement concernant la résidence des enfants	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans ne résidant pas avec un parent biologique	7,6%
Orphelins dans les ménages	Proportion d'enfants âgés de 0-14 ans qui sont orphelins	0,4% (les deux parents) 6,0% (un parent)
Travail des enfants	Proportion d'enfants de 5-14ans qui travaillent actuellement Of children aged 5-14 years who are currently working	5,0%
Indicateurs pour le suivi de la PCIME et du Paludisme		
Prise en charge à domicile des maladies	Proportion d'enfants de moins de 5 ans déclarés malades au cours des quinze derniers jours qui ont reçu plus de liquide que d'habitude et qui ont continué à être nourris	35,1%
Connaissance du recours au soins	Proportion de personnes responsables d'enfants de moins de 5ans qui connaissent au moins 2 signes nécessitant un recours immédiat aux soins	30,3%
Moustiquaires	Proportion d'enfants de moins de 5ans qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide	30,3%
Traitement du paludisme	Proportion d'enfants de moins de 5ans ayant eu de la fièvre au cours des 15 derniers jours qui ont reçu des médicaments anti-paludéens	59,4%
Indicateurs pour le suivi du VIH/SIDA		
Connaissance de la prévention du VIH/SIDA	Proportion de femmes (respectivement d'hommes) de 15-49ans qui connaissent les 3 principaux moyens de prévenir l'infection au VIH	29,9%(femmes) (hommes)
Connaissance des conceptions erronées sur le VIH/SIDA	Proportion de femmes de 15-49ans qui identifient correctement 3 conceptions erronées sur le VIH/SIDA	14,8%(femmes) (hommes)
Connaissance de la transmission mère-enfant	Proportion de femmes de 15-49ans qui identifient correctement les moyens de transmission mère-enfant du VIH/SIDA	35,1%(femmes) (hommes)
Attitude vis-à-vis des personnes infectées par le VIH/SIDA	Proportion de femmes de 15-49ans qui ont une attitude discriminatoire vis à vis des personnes infectées par le VIH/SIDA	60,7%(femmes) (hommes)

I. Introduction

Contexte de l'enquête MICS

A l'issue du Sommet Mondial pour les Enfants (SME) tenu à New-York en 1990, le gouvernement de Madagascar s'est engagé à la déclaration du Plan d'Action pour les Enfants. Par la suite, un Programme National d'Action a été développé et mis en œuvre à travers le Programme National d'Action pour le Redressement Social (PNARS) et dont les objectifs intègrent ceux du SME adaptés pour Madagascar. Les objectifs globaux du PNARS pour la période 1994-2000 sont les suivants :

- Réduire la mortalité infantile de 114‰ à 66‰ et la mortalité des enfants de moins de 5 ans de 166‰ à 110‰ ;

- Réduire le taux de mortalité maternelle de 570 pour 100.000 à 285 pour 100.000 ;

- Réduire le taux de malnutrition modérée et sévère chez les enfants de 0-5 ans de 40% (1993) à 20% (2000).

Conformément aux dispositions du Plan d'Action relatives à la mise en place d'un mécanisme de suivi des progrès faits sur les buts et objectifs du SME, l'UNICEF a développé l'Enquête à Indicateurs Multiples (MICS) afin de mettre à la disposition des pays un outil d'enquête de ménage pratique et adaptable et pouvant fournir des indicateurs fiables. Une première enquête MICS a été réalisée à Madagascar en 1995 en vue de mesurer le niveau des indicateurs relatifs aux objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Cette évaluation de la mi-décennie a permis de renforcer l'expérience acquise tout en assurant le suivi de l'exécution du Plan d'Action, notamment sur 13 objectifs du SME touchant des domaines spécifiques qui sont particulièrement importants pour la survie et le développement de l'enfant. Par la suite une deuxième enquête MICS a été mise en œuvre à Madagascar afin de fournir le niveau de ces indicateurs à la fin de la décennie ainsi que celui d'autres indicateurs supplémentaires pour le suivi des Droits de l'enfant, de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) ainsi que du VIH/SIDA.

L'enquête MICS 2000 de Madagascar a été effectuée par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS/INSTAT), en collaboration avec les ministères sectoriels concernés qui ont participé à diverses étapes: la préparation méthodologique, l'identification des modules, la conception des questionnaires, l'analyse des données collectées et la rédaction des rapports. Il convient de citer notamment les Ministères de la Santé, l'Education de Base et l'Enseignement Secondaire, la Population, l'Energie et les Mines, la Recherche Scientifique, l'Agriculture.

Le Bureau UNICEF de Madagascar a principalement fourni le financement ainsi que l'assistance technique pour le traitement et l'analyse des données, conjointement avec l'USAID qui a fourni un appui technique en matière d'échantillonnage et contribué au renforcement de l'équipement informatique de la DDSS.

Le présent rapport fournit la mesure des principaux indicateurs issus du Sommet Mondial pour l'Enfant ainsi que les résultats essentiels de l'analyse qui a été faite sur les différents thèmes couverts par l'enquête. Eu égard aux objectifs de l'enquête MICS, une appréciation de la situation est faite à travers l'analyse des thèmes en termes de niveaux et tendances des indicateurs, de bilan des interventions sectorielles permettant d'interpréter l'évolution des indicateurs. Des recommandations sont formulées pour les actions futures, sur la base des interprétations et des conclusions obtenues.

Situation de Madagascar

Située dans l'Océan Indien entre les 12ème et 24ème parallèles, et séparée du continent africain par le Canal de Mozambique, l'île de Madagascar s'étend sur une longueur de 1600 km du nord au sud, couvrant une superficie de 587041 km². Le territoire est subdivisé en six provinces devenues autonomes depuis peu, en application de la nouvelle Constitution.

Les projections démographiques issues du RGPH (1993)[1] fournissent une estimation de la population malgache à 15 085 000 habitants en 2000, avec une espérance de vie à la naissance de 53 ans. Cette population est inégalement répartie aussi bien dans les six provinces autonomes que dans les milieux urbain et rural.

Une région centrale constituée de plateaux prédomine le relief du pays, longeant la falaise orientale. A l'origine volcanique en partie, les hautes terres s'élèvent jusqu'au sommet de Maromokotro, atteignant une altitude de 2876 m. La végétation est caractérisée par une zone de forêts tropicales s'étendant sur la partie orientale et contrastant d'une part avec la savane et la prairie qui prédominent dans le bassin versant occidental, et d'autre part avec la zone aride du sud. L'isolement naturel de Madagascar a favorisé l'épanouissement d'une faune et d'une flore uniques au monde, mais qui subissent une dégradation continue à cause de l'action humaine.

En liaison avec le relief, le climat varié que l'on retrouve dans les différentes parties de Madagascar rend possible la pratique de cultures différentes.

La localisation géographique de Madagascar en fait une zone subissant périodiquement le passage des cyclones tropicaux.

Objectifs de l'enquête MICS

L'enquête MICS a été réalisée en vue des principaux objectifs suivants:

- Fournir des informations actualisées en vue d'évaluer la situation des enfants et des femmes à Madagascar à la fin de la décennie et d'envisager la décennie suivante;

- Fournir des données nécessaires au suivi des progrès relatifs aux buts établis lors du Sommet Mondial pour les Enfants et pouvant servir de base aux actions futures;

- Contribuer à améliorer les données ainsi que les systèmes de suivi à Madagascar et à renforcer l'expertise technique dans la conception, la mise en œuvre et l'analyse de tels systèmes.

II. Méthodologie de l'enquête et qualité des données

RABEZA Rafaralahy Victor

L'enquête à indicateurs multiples - Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) - de Madagascar a prévu un échantillon national de 6500 ménages. Cette enquête est destinée à fournir des résultats pour la mesure des indicateurs, mère-enfant, fixés par le programme national de suivi pour la décennie 1990-2000.

La partie sur la "Méthodologie et Qualité des données" présente les démarches pour la réalisation de l'enquête et l'évaluation de la qualité de l'échantillon, des données et des résultats obtenus.

1 Recensement Général de la Population et de l'Habitat (DDSS/INSTAT)

Plan de sondage

L'élaboration du plan sondage de l'enquête MICS a tenu compte des trois principaux points suivants :

- Produire des résultats avec une marge d'erreur raisonnable pour atteindre les objectifs fixés par l'enquête
- Tenir compte des circonstances et des réalités du pays
- Produire des résultats au niveau national.

Les deux enquêtes MICS et EDS effectuées à Madagascar ont des objectifs assez voisins. De plus, elles ont pratiquement les mêmes démarches sur le plan méthodologique : sondage aréolaire et stratifié à deux degrés, l'utilisation des zones de dénombrement issues du Recensement Général de la Population et de l'Habitat. Pour ces principales raisons sus citées, le plan de sondage utilisé pour l'EDS paraît plus approprié pour le MICS-2000.

Néanmoins, certaines considérations ont été apportées. Etant donné que le principal objectif de MICS est de produire des indicateurs sur la santé des enfants, les recommandations2 issues des deux dernières enquêtes, EDS-97 et l'EMP-99 ont été prises en compte. Une taille d'environ 250 enfants de 12-23 mois par domaine d'étude est nécessaire pour une meilleure estimation du taux de couverture vaccinale et d'autres indicateurs y afférents. Cette modification supplémentaire permet d'obtenir des données exploitables au niveau des provinces avec une marge d'erreur raisonnable. Comme le nombre de grappes tiré est assez élevé, le nombre de ménages échantillons tirés ne doit pas dépasser 24 ménages par grappe quel que soit le milieu de résidence.

Le même nombre de grappes que l'EDS-97 a été donc retenu pour une meilleure comparabilité des résultats issus des deux enquêtes.

L'enquête à indicateurs multiples a considéré dix domaines d'études pour lesquels on peut effectuer des analyses issues des données recueillies : la Capitale, urbain-rural, les six provinces et le national.

Base de sondage

A Madagascar, le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1993 (RGPH-93) a permis de créer un échantillon-maître (EM)[3]. La création de l'EM est une opportunité pour le pays. L'échantillon maître est un échantillon national servant de base de sondage pour toutes enquêtes menées auprès des ménages.

Caractéristiques de l'échantillon-maître

L'échantillon-maître est un échantillon stratifié et tiré à deux degrés aréolaires. Une stratification par catégorie socio-économique et géographique est effectuée au niveau des grands centres urbains (Chefs lieu de Province et la ville d'Antsirabe). Dans les centres urbains secondaires (villes moyennes) et en milieu rural, une simple stratification géographique a été appliquée.

Les unités primaires de sondage (UPS) de l'EM sont constituées par les zones de dénombrement (ZD) ou segments lors du dernier RGPH de 1993. Ces ZD peuvent être entières ou groupées selon le nombre de ménages dénombrés dans les ZD lors du RGPH-93. Les ZD de grande taille étaient segmentées pour être facilement utilisées et contrôlées lors des enquêtes. Les unités secondaires de sondage (USS) correspondent à une seule ZD ou à une partie d'une ZD.

2 Raport : Sampling considerations for 2000 Multiple Indicators Cluster Survey, David J. Megill, januars 1999, US Bureau of Census
3 Preliminary recommendations on designing the master sample for the Madagascar Household Survey Program, David J. Megill, 1996, US Bureau of Census.

L'EM est constitué de 760 ZD tirées avec des probabilités proportionnelles à la taille des UPS et à la taille des USS. L'EM est formé de quatre sous-échantillons de 190 ZD chacun. Ceci dans le but de mieux gérer et utiliser les 760 ZD. Ainsi, pour une meilleure comparabilité des résultats et pour une standardisation méthodologique, l'EM a servi de base de sondage pour MICS-2000, et trois sous échantillons de l'EM ont été utilisés.

Caractéristiques générales de l'échantillon de MICS 2000

L'échantillon de MICS 2000 est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés.

- Au premier degré, 270 ZD sont tirées d'une manière systématique avec des probabilités égales à partir de l'EM. Le milieu urbain est constitué de 110 ZD et le milieu rural de 160 ZD. Chaque province est constituée de deux strates (urbain-rural), la Capitale constitue une strate à part. Le tirage des ZD est fait indépendamment à l'intérieur de chaque strate. Le tirage systématique permet d'assurer une bonne dispersion des grappes dans les strates. On appelle grappe, l'unité finale de sondage qui correspond soit à une ZD en entier, soit à une partie d'une ZD.

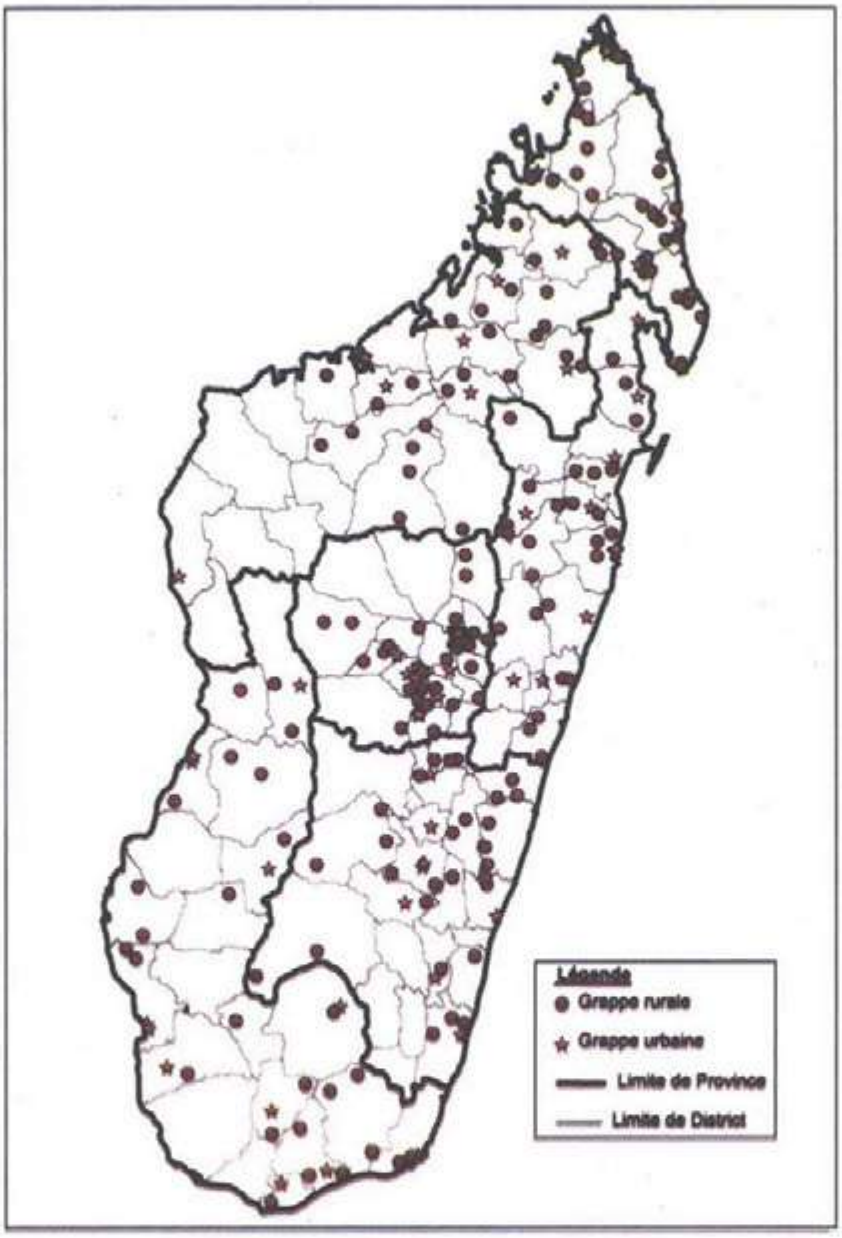
- Au deuxième degré, le dénombrement des ménages dans chacune des grappes a fourni la liste des ménages à partir de laquelle a été tiré un échantillon de ménages.

La répartition des grappes selon les strates est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon de grappes selon les strates. Madagascar, 2000

	Milieu		
Province	Urbain	Rural	Total
Capitale	50	-	50
Antananarivo- sans la Capitale	8	28	36
Fianarantsoa	8	28	36
Toamasina	12	26	38
Mahajanga	10	26	36
Toliary	12	26	38
Antsiranana	10	26	36
Ensemble	110	160	270

Figure 1: Répartition des grappes de l'enquête MICS, Madagascar 2000



Questionnaires

Les questionnaires utilisés sont basés sur le standard de Multiple Indicator Cluster Survey développé par l'UNICEF en collaboration avec l'OMS, l'UNESCO et le BIT. L'utilisation de ces questionnaires permet d'effectuer une comparaison internationale au niveau des indicateurs issus des différents pays. Cependant, quelques modifications y ont été apportées pour répondre aux circonstances et aux besoins particuliers du pays et notamment sur les modules: " Travail des enfants ", " Education ". D'autres modules ou questions ont été insérés à savoir la connaissance sur les IST/SIDA pour les hommes, la fortification alimentaire, le sucre et l'huile.

Les questionnaires traitent 4 grandes sections présentant chacune un certain nombre de modules et pour des cibles déterminées:

1- Questionnaire ménage: caractéristiques socio-démographiques des membres du ménage, eau et assainissement, iodation du sel, travail des enfants, éducation des enfants, incapacité, fortification alimentaire.

2- Questionnaire-femme: mortalité des enfants, vaccin-antitétanique, santé maternelle et infantile, planification familiale, VIH/SIDA.

3- Questionnaire-enfant: enregistrement des naissances et éducation préscolaire, vitamine A, allaitement maternel, prise en charge des maladies de l'enfant, paludisme, rougeole, vaccination.

4- Questionnaire-homme: VIH/SIDA

Pour une meilleure utilisation du questionnaire et dans le souci d'uniformisation, les questions ont été formulées dans la langue nationale. Un pré test de l'outil de collecte a été réalisé auprès d'un effectif réduit de la population afin d'assurer l'adaptation et l'adéquation du questionnaire.

Collecte et traitement des données

Formation des agents

Les agents de terrain ont reçu une formation bloquée de 15 jours en régime d'internat. Cette option a été prise pour une meilleure assimilation des questionnaires d'une part, et pour préparer les agents à mieux se connaître, à comprendre l'importance du travail et à consolider l'esprit d'équipe, d'autre part. Une formation théorique sur les questionnaires, module par module, a été dispensée par l'équipe de la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). Des séances de simulation ont clôturé la formation.

Les contrôleurs ont reçu une formation supplémentaire sur les questions administratives, la préparation matérielle, l'organisation de l'équipe sur terrain, le contrôle des questionnaires remplis et la bonne marche de l'opération de collecte.

Vingt équipes de 5 agents et d'un contrôleur chacune ont été formées pour couvrir les 270 grappes. Une descente sur terrain réel a été effectuée par toutes les équipes avant de rejoindre leur zone respective. Cette première descente a permis d'apporter les dernières recommandations techniques et administratives.

Collecte des données

Le dénombrement des ménages et la collecte des données ont été menés parallèlement. Les travaux de terrain ont débuté le 4 août pour se terminer le 11 octobre 2000.

Au cours du dénombrement des grappes échantillons, tous les ménages avec et sans enfants âgés de 12 à 23 mois ont été identifiés. Un nombre de ménages échantillons fixe a été tiré par grappe. Tous les membres des ménages échantillons sont dénombrés avec un questionnaire ménage. Les femmes, les hommes et les enfants éligibles identifiés ont été enquêtés avec leurs questionnaires respectifs.

Des missions de supervision ont été effectuées au cours de cette période pour contrôle, vérification des questionnaires remplis, ramassage et acheminement des questionnaires au bureau central.

Exploitation et traitement des données

Les questionnaires remplis parvenus au bureau central étaient soumis à une dernière vérification précédant la saisie. Les données ont été saisies et traitées sur PC avec le logiciel Epi Info, version 6.

Afin de permettre d'effectuer les travaux de saisie parallèlement à la collecte, un mécanisme d'acheminement des questionnaires remplis a été mis en place. Les travaux de saisie ont démarré une

semaine après le début de la collecte et se sont achevés le 17 octobre 2000 (une semaine après la collecte)

Le logiciel SPSS n'ayant été disponible qu'après l'atelier MICS organisé par le Bureau Régional de l'UNICEF (Nairobi, 6-12 novembre 2000), une majeure partie des tableaux d'analyse ont été produits avec le logiciel IMPS. La tabulation a été ensuite faite alternativement avec SPSS version 10 une fois le logiciel disponible.

Couverture de l'échantillon

Au total 6480 ménages ont été sélectionnés et enquêtés. La réalisation en parallèle du dénombrement des ménages et de la collecte proprement dite a beaucoup contribué à un taux de réponse élevé au niveau des ménages.

L'enquête ménage a permis d'identifier 7589 femmes éligibles dont 7097 interviewées avec succès, soit un taux de réponse de 93,5%. Pour les hommes, 6847 ont été identifiés parmi lesquels 5984 ont présenté des questionnaires complètement remplis, soit un taux de réponse de 87,4%. L'enquête a pu trouver également 6588 enfants de moins de 5 ans dont 6562 avec des questionnaires remplis, présentant un taux de réponse de 99,6%.

Tableau 2 : Taille et couverture de l'échantillon, Madagascar, 2000

	Milieu			
Enquête	**Capitale**	**Autre urbain**	**Rural**	**Total**
MENAGE				
Nombre de ménages sélectionnés	1 200	1 440	3 840	6 480
Nombre de ménages identifiés	1 200	1 440	3 840	6 480
Nombre de ménages enquêtés	1 200	1 440	3 840	6 480
Taux de réponse des ménages (%)	100	100	100	100
FEMME				
Nombre de femmes éligibles	1 506	1 831	4 252	7 589
Nombre de femmes enquêtées	1 423	1 728	3 946	7 097
Taux de réponse (%)	94,5	94,4	92,8	93,5
HOMME				
Nombre d'hommes éligibles	1 386	1 542	3 919	6 847
Nombre d'hommes enquêtés	1 260	1 354	3 370	5 984
Taux de réponse (%)	90,9	87,8	86,0	87,4
ENFANT				
Nombre d'enfants éligibles	936	1 384	4 268	6 588
N/bre enfants à interview complet	932	1 376	4 254	6 562
Taux de réponse (%)	99,6	99,4	99,7	99,6

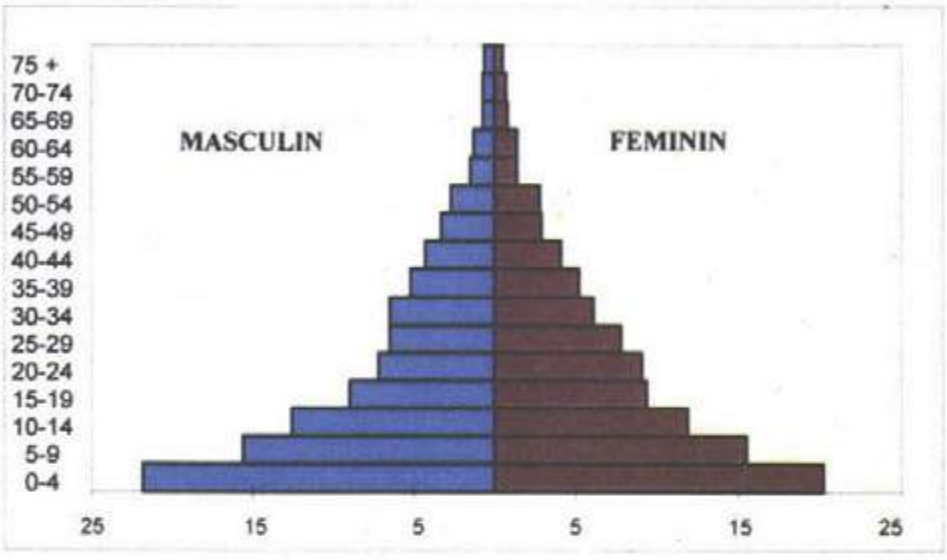
Qualité des données

L'évaluation de la qualité des données est une étape nécessaire et indispensable. Elle permet non seulement de vérifier la fiabilité des données obtenues mais aussi de prévenir ou de mettre en garde les utilisateurs potentiels dans l'utilisation éventuelle des résultats publiés.

Structure par sexe et par âge

Dans les 6480 ménages enquêtés avec succès, on a trouvé 33035 résidents. La répartition de la population par sexe est équilibrée, 49,2% sont constitués par des hommes et 50,8% par les femmes. La répartition est semblable à celle du RGPH de 1993 et aux autres enquêtes récentes (EDS-97, EPM-99).

Figure 2 : Pyramide des âges de la population



La pyramide présente une base large avec un rapport de masculinité égal à 105% à 0 an révolu. De par sa définition, le rapport à cet âge définit un léger surnombre du sexe masculin et se situe généralement entre 102% et 105%. Le rapport de masculinité est aussi considéré comme un indicateur de qualité des données. La population malgache est une population jeune, les moins de 15 ans représentent près de la moitié de la population (48%). La pyramide présente une certaine irrégularité dans les grands groupes d'âges 25-34 ans. Cette irrégularité est attribuable certainement à un transfert d'âge vers le groupe d'âges supérieur. La pyramide présente ensuite une allure décroissante au fur et à mesure que l'âge avance, et les plus de 65 ans ne constituent que 3% de la population.

Les tests appliqués sur la répartition par âge de la population issue du RGPH-93, de l'EDS-97, de l'EPM-99 et de MICS-2000 ne présentent pas de différences significatives. Ces résultats traduisent que les données sont de meilleure qualité.

Les non-réponses

Il y a deux types de non-réponses qui affectent souvent les données d'enquête:

- les éligibles non atteints par l'enquête,
- les informations manquantes pour une question posée, un module donné pour un individu concerné.

Tableau 3 : Répartition par groupe d'âges des femmes éligibles et des femmes enquêtées, proportion de femmes enquêtées. Madagascar, 2000

Groupe d'âges	Effectif		Pourcentage des femmes enquêtées
	Femmes dans l'enquête ménage	Femmes enquêtées	
10-14	1971	-	-
15-19	1581	1372	86,8
20-24	1515	1397	92,2
25-29	1314	1250	95,1
30-34	1022	970	94,9
35-39	864	834	96,5
40-44	674	651	96,6
45-49	487	458	94,0
50-54	469	-	-
Total 15-49 ans	7456	6933	93,0

Pour le premier type, son importance risque de compromettre la validité des résultats obtenus. L'ampleur des informations manquantes, pour le second type, porte atteinte au degré de précision d'un indicateur donné.

Le tableau 3 fait apparaître la répartition par groupe d'âges des femmes éligibles et des femmes enquêtées, ainsi que le pourcentage des femmes enquêtées. D'après ce tableau, à part le groupe d'âges 15-19 ans, la proportion des femmes enquêtées dépasse les 90% dans les autres groupes d'âges. Ce qui nous amène à dire que les taux de réponse par groupe d'âges sont acceptables. La taille de l'échantillon de femmes par groupe d'âges est suffisante pour servir de base dans l'analyse des phénomènes. Par contre, pour le groupe d'âges 15-19 ans, le taux de non-réponse avoisine les 12%, laissant supposer un nombre assez important de femmes éligibles non-enquêtées dans ce groupe d'âges.

Les taux de non-réponse des individus par module et pour certains indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous. Les non-concernés par le module ou par les questions ne sont pas pris en compte.

Tableau 4 : Taux de non-réponse des répondants par module. Madagascar, 2000.

Module	Répondants éligibles	Non-réponses	Taux de non-réponse (%)
- Fréquentation scolaire	5595	1	0,0
- Date de la dernière dose Vaccin TT	324		
Jour		210	64,8
Mois		178	54,9
Année		171	52,8
- Date de naissance	6562	48	0,7
Jour		897	3,7
Mois		110	1,7
- Diarrhée	6562	18	0,2

D'après les taux de non-réponses présentés dans le tableau 4, les données manquantes ou les non-réponses sont minimes. Si on se réfère à la date de naissance des enfants de moins de 5 ans, dans 0,7% des cas la date de naissance des enfants n'est pas obtenue, dans 1,7% des cas seul l'année de naissance est déclarée. Le mois et l'année de naissance sont déclarés pour 86,3% des enfants. Ces résultats indiquent que les données sont de bonne qualité.

Cependant, pour la date de vaccination antitétanique de la dernière grossesse, le taux de non-réponse est très important, plus de 50%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes ne se rappellent plus de cette date ou qu'elles n'ont pas du tout effectué ce vaccin pour une raison ou une autre.

Les erreurs de sondage

Dans toute enquête, l'estimation des erreurs de sondage est aussi indispensable que nécessaire. L'erreur de sondage permet de mesurer le degré de variation des réponses d'un échantillon à un autre. Cette estimation a été effectuée à l'aide de EPI INFO, version 6. Quelques indicateurs clés, surtout ceux des enfants de moins de cinq ans ont été retenus pour l'estimation des erreurs de sondage. Les variables utilisées ainsi que les tableaux des erreurs de sondage sont présentés en annexe de ce rapport.

Caractéristiques des répondants

L'enquête MICS a pu recueillir des informations sur quelques caractéristiques des répondants, notamment sur l'âge, l'état matrimonial et le niveau d'instruction. Ces variables revêtent chacune une extrême importance :

- l'âge, une variable fondamentale dans l'analyse des phénomènes démographiques,
- l'état matrimonial, le niveau d'instruction, variables souvent considérées dans toutes les enquêtes comme des variables de différenciation et d'explication des phénomènes étudiés.

Structure par âge

La répartition par groupe d'âges quinquennal des répondants (femmes et hommes enquêtés) présente respectivement une allure régulière (Tableau 5). La distribution décroît constamment avec l'âge des répondants, passant de 20% à 15-19 ans et ne représentant plus que 7% dans le groupe d'âges 45-49 ans pour les femmes, et 8% dans le même groupe d'âges pour les hommes.

Etat matrimonial

La question sur l'état matrimonial actuel a été posée à toutes les femmes enquêtées et à tous les hommes de 15-49 ans. Dans l'enquête MICS, la notion de "mariage" fait toujours référence aussi bien aux unions formelles qu'aux unions informelles, comme les unions consensuelles. Les résultats de l'enquête montrent que plus de 60% des répondants sont actuellement en union. La proportion des célibataires est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes enquêtées, 32% contre 19%. Quant aux ruptures d'union (veufs, divorcés et séparés), la proportion des femmes est quatre fois plus élevée que celle des hommes, 14% contre 3%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les hommes se remarient beaucoup plus que les femmes. Ces dernières, par contre, ont tendance à ne plus se remarier et conservent de ce fait, leur statut de divorcée et de veuve. Par ailleurs, les résultats des différentes enquêtes ont révélé que près de 20% des femmes sont chef de ménage (EDS-97, EPM-99), un autre élément d'explication plausible de cette proportion élevée.

Niveau d'instruction

La question sur la fréquentation scolaire a été posée aux membres de ménage. A fréquenté ou fréquente encore l'école, toute personne inscrite dans un établissement scolaire appliquant le programme officiel. Pour ceux qui ont répondu " oui " à la question, le niveau d'instruction correspondant à la dernière classe achevée a été demandé : primaire, secondaire, supérieur. Les résultats du tableau 5 montrent que le quart des femmes enquêtées n'ont aucune instruction, 25% contre 19% chez les hommes. L'enquête révèle par la suite qu'en règle générale, les hommes ont effectué des études plus poussées que les femmes, 32% contre 25%.

Tableau 5 : Répartition des répondants par caractéristiques socio-démographiques. Madagascar, 2000

	Femmes de 15-49 ans			Hommes de 15-49 ans		
	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré	Pourcentage pondéré	Effectif pondéré	Effectif non-pondéré
Province						
Antananarivo	28,4	2015	2327	29,6	1769	2083
Fianarantsoa	19,4	1377	961	19,2	1150	794
Toamasina	17,0	1203	1042	16,6	993	895
Mahajanga	11,5	816	914	11,4	685	721
Toliary	15,7	1114	939	15,5	926	741
Antsiranana	8,1	573	914	7,7	460	750
Groupe d'âges						
15-19	19,8	1405	1410	19,7	1178	1154
20-24	20,1	1430	1442	17,1	1022	1023
25-29	18,0	1281	1259	15,5	930	957
30-34	14,0	992	1015	16,1	961	949
35-39	12,0	854	833	12,7	760	772
40-44	9,4	666	666	10,7	642	649
45-49	6,6	469	472	8,2	491	480
Etat matrimonial						
Actuellement Marié	66,4	4709	4600	64,6	3867	3799
Etait marié	14,4	1022	1018	3,2	192	191
Célibataire	19,2	1366	1479	32,1	1920	1990
Niveau d'instruction						
Aucun	25,1	1780	1501	19,4	1163	931
Primaire	49,7	3525	3165	48,7	2914	2616
Secondaire I	17,1	1217	1465	19,8	1187	1400
Secondaire II	6,5	463	727	9,2	552	716
Supérieur	1,5	109	236	2,5	150	301
ND	-	3	3	0,3	18	20
Total	100	7097	7097	100	5984	5984

III. Résultats

Indicateurs pour le suivi des Objectifs du SME

Mortalité

RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel

Les indicateurs requis pour le suivi des objectifs du Sommet Mondial des Enfants en matière de mortalité sont le quotient de mortalité infantile ($_1q_0$), qui mesure la probabilité pour un nouveau-né de décéder avant d'atteindre le premier anniversaire, et le quotient de mortalité infanto-juvénile ou des moins de 5 ans ($_5q_0$), mesurant la probabilité pour un nouveau-né de décéder avant d'atteindre le 5è anniversaire. Enfin le troisième indicateur pour le suivi des objectifs de la décennie est le taux de mortalité maternelle-qui est mesurée à partir du nombre de décès des mères lors ou autour de la période de l'accouchement, rapporté à 100.000 naissances vivantes.

Ces indicateurs sont directement liés au niveau de développement économique et social d'un pays : en effet, ils peuvent à l'instar du PIB d'un pays, figurer parmi des indicateurs de performances sur le plan économique et social. Le niveau de mortalité infantile est la résultante d'un certain nombre de facteurs qui déterminent la survie de l'enfant tel que l'emploi et le revenu des parents, la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la pratique des soins et la prévention des maladies. La valeur de ces indicateurs ainsi que leur évolution sont considérées comme une évaluation des interventions entreprises dans la mise en œuvre des programmes ou projets entrepris en vue d'améliorer les conditions de vie de la population en général et de la femme et de l'enfant en particulier.

Les objectifs nationaux visent à réduire la mortalité infantile de 96‰ en 1997 à 72‰ en 2003 et de faire passer le niveau de mortalité infanto-juvénile de 159‰ en 1997 à 111‰ en 2003. Enfin, le gouvernement vise à réduire de plus de la moitié, le niveau de mortalité maternelle entre cette période (488 décès à 285 décès pour 100.000 naissances vivantes).

Mortalité chez les enfants de moins de cinq ans

Méthodologie

Lors de l'enquête, on a collecté les données portant sur la proportion d'enfants décédés parmi le total d'enfants nés vivants. Il n'y a pas eu lors de l'enquête de questions portant sur l'observation "directe"[4] de la mortalité. Les données recueillies sont classées par groupe d'âges des femmes et permettent une estimation indirecte du niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Qualité des données

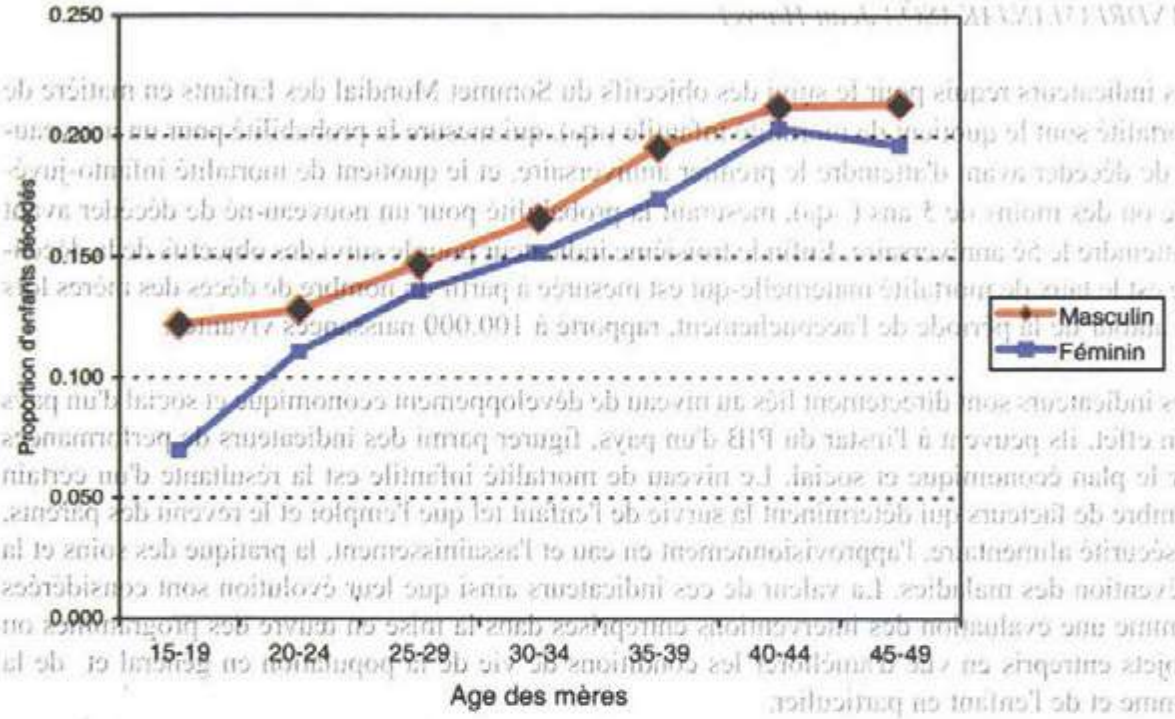
Il est généralement admis que sur l'ensemble des femmes, celles plus âgées ont démarré plus-tôt leur fécondité que les femmes plus jeunes. De ce fait, elles ont dans le contexte de faible pratique de PF, des enfants plus âgés que leurs congénères. Or, l'exposition au risque de décéder s'accroît avec le temps. Par conséquent, la proportion d'enfants décédés devrait normalement augmenter au fur et à mesure que l'âge de la femme augmente. Par ailleurs, sauf dans des conditions très particulières, à âge égal, la mortalité est plus élevée pour les garçons que pour les filles.

Sur le graphique n°3 ci-après, nous pouvons constater que la proportion d'enfants décédés augmente sensiblement avec l'âge des mères sauf au dernier groupe d'âges- où l'on peut admettre que les femmes âgées ont omis volontairement ou non de déclarer une partie de leur naissance surtout si cette

4 L'observation directe de la mortalité consiste à relever les décès qui se sont produits durant les 12 derniers mois précédant l'enquête.

naissance est suivie de décès- et que par ailleurs, pour tous groupes d'âges des femmes, la proportion de garçons décédés est toujours supérieure à celle des filles.

Figure 3 : Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère et le sexe des enfants



Tous ces résultats montrent bien que les données qui vont servir à l'estimation des indicateurs de la mortalité infanto-juvénile sont relativement de bonne qualité.

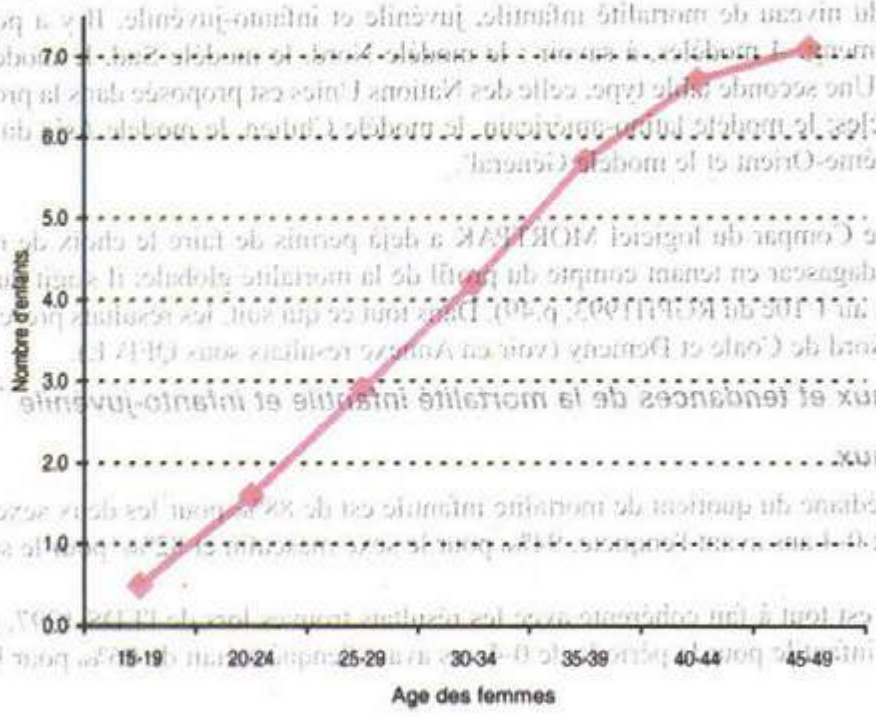
Nombre moyen d'enfants par femme

La structure de la fécondité passée des femmes permet aussi d'apprécier la qualité des données recueillies. En règle générale, compte tenu du faible impact des actions en faveur de la planification familiale - la prévalence contraceptive touche environ une femme mariée sur dix - on devrait avoir un nombre moyen d'enfants par femme sensiblement croissant selon l'âge ; c'est ce qui est montré dans le tableau n°6 ci-après et illustré par la figure 4.

Tableau 6 : Répartition des femmes selon l'âge et le nombre moyen d'enfants, Madagascar, 2000

Age des femmes	*Effectif des femmes*	*Total d'enfants*	*Nombre moyen d'enfants*
15-19	*1405*	*693*	*0,5*
20-24	*1430*	*2354*	*1,6*
25-29	*1281*	*3721*	*2,9*
30-34	*992*	*4134*	*4,2*
35-39	*854*	*4872*	*5,7*
40-44	*666*	*4444*	*6,7*
45-49	*469*	*3309*	*7,1*

Figure 4: Nombre moyen d'enfants par femme



Hypothèses et procédures de calcul

Les données collectées peuvent être utilisées pour estimer le niveau de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (infanto-juvénile) en tirant des quotients de mortalité à partir de la proportion des enfants décédés parmi le total des enfants nés vivants et classée par âge des mères. La méthode d'estimation dérive de celle de W. Brass, utilisant le logiciel QFIVE. Pour cela, des hypothèses doivent être formulées et adoptées afin de pouvoir appliquer la méthode.

Par ailleurs, à chaque groupe d'âge de la mère, l'estimation de la mortalité infantile (respectivement infanto-juvénile) est accompagnée d'une date de référence qui, en règle générale s'éloigne de la date de l'enquête au fur et à mesure que l'âge de la femme augmente.

Hypothèses

Les données collectées sont uniquement relatives aux enfants dont les mères sont en vie au cours de l'enquête. De ce fait, on ne dispose pas d'information sur le décès ou la survie des enfants dont les

mères sont décédées. On devrait donc admettre que le niveau de mortalité des enfants orphelins n'est pas sensiblement différent de celui des enfants dont les mères sont en vie.

Deux hypothèses supplémentaires doivent être considérées pour pouvoir appliquer la méthode:

i- la qualité de la déclaration des âges des femmes est satisfaisante; autrement dit, il n'y a pas de transfert erroné de femmes d'un groupe d'âges vers un autre groupe d'âges. Cette hypothèse a été vérifiée dans l'évaluation de la qualité des données (cf chapitre précédent);

ii- la probabilité de décéder pour un enfant ne dépend que de son âge et non de son rang de naissance.

Procédures de calcul

La procédure mise en œuvre montre qu'à une même distribution de données relative à la proportion de décédés par âge des mères correspond au niveau de chaque modèle proposé, des valeurs différentes du niveau de mortalité infantile, juvénile et infanto-juvénile. Il y a pour la table de Coale et Demeny 4 modèles, à savoir : le modèle Nord, le modèle Sud, le modèle Ouest et le modèle Est. Une seconde table type, celle des Nations Unies est proposée dans la procédure et propose 5 modèles: le modèle latino-américain, le modèle Chilien, le modèle Asie du Sud-Ouest, le modèle Extrême-Orient et le modèle Général[5].

La procédure Compar du logiciel MORTPAK a déjà permis de faire le choix de modèle le plus adapté à Madagascar en tenant compte du profil de la mortalité globale: il s'agit du modèle Nord (voir rapport au 1/10è du RGPH1993, p.49). Dans tout ce qui suit, les résultats présentés sont issus du modèle Nord de Coale et Demeny (voir en Annexe résultats sous QFIVE).

Niveaux et tendances de la mortalité infantile et infanto-juvénile

Niveaux

La valeur médiane du quotient de mortalité infantile est de 88‰ pour les deux sexes réunis, pour la période de 0-4 ans avant l'enquête, 94‰ pour le sexe masculin et 82‰ pour le sexe féminin.

Cette valeur est tout à fait cohérente avec les résultats trouvés lors de l'EDS 1997, où le quotient de mortalité infantile pour la période de 0-4 ans avant l'enquête était de 96‰ pour les deux sexes réunis.

La valeur du quotient de mortalité infanto-juvénile est de 142‰ pour la période de 0-4 ans avant l'enquête.L'EDS1997 donnait une valeur de 159‰ pour la période de 0-4 années avant l'enquête.

Le tableau ci-après montre les différentes valeurs des indicateurs par année de référence.

Tableau 7 : Mortalité des enfants de moins de 5 ans, Madagascar, 2000

Année de référence	Mortalité infantile	Mortalité Juvénile	Mortalité infanto-juvénile
1998	85	56	136
1996	91	62	148
1994	95	66	155
1992	102	73	168
1989	105	77	174

5 cf Manuel X des Nations Unies pour la méthode de base de W.Brass

Tendances

Les graphiques 4 et 5 ci-dessous permettent de comparer les tendances de la mortalité infantile et juvénile depuis les 15 dernières années en utilisant les données de l'EDS97 et celles de MICS 2000. Outre le fait que la mortalité a connu une baisse relativement lente notamment depuis les dix dernières années, on peut apprécier également la cohérence des données issues des deux enquêtes.

En résumé, les tendances passées du niveau de mortalité infantile et infanto-juvénile exprimées par les résultats de l'EDS97 et du MICS2000, montrent que le quotient de mortalité infantile passe de 96 pour 1000 à 88 pour 1000 en moins de 5 ans, soit une baisse d'environ 2 pour1000 en moyenne tous les ans. On peut observer sur le graphique deux phases bien distinctes d'évolution de la courbe de représentation du niveau de la mortalité infantile : la période allant de 1984 à 1990 montre une baisse relativement plus rapide de la mortalité infantile, contrairement à la période de 10 ans précédant l'enquête coïncidant avec la Décennie faisant l'objet de notre étude. Il en est de même pour la mortalité juvénile où durant le quinquennat précédant 1984-1989, la mortalité a connu une baisse plus marquée que la période 1991-1999. Cette évolution relativement lente de la mortalité infanto-juvénile durant la décennie découle d'un certain nombre de facteurs, eux-mêmes liés aux troubles socio-politiques de 1991 et 1992 et à la désorganisation des services de santé et des infrastructures sociales qui s'ensuivit.

Si cette tendance se prolonge dans le futur, sans une amélioration renforcée des interventions en matière de santé et de nutrition, on devrait s'attendre à l'horizon 2003 à un niveau de mortalité infantile aux alentours de 80‰ et de mortalité infanto-juvénile voisin de 120‰, c'est à dire à un niveau légèrement plus élevé que les objectifs prévus.

Figure 5 : Tendances de la mortalité infantile, Madagascar, 2000

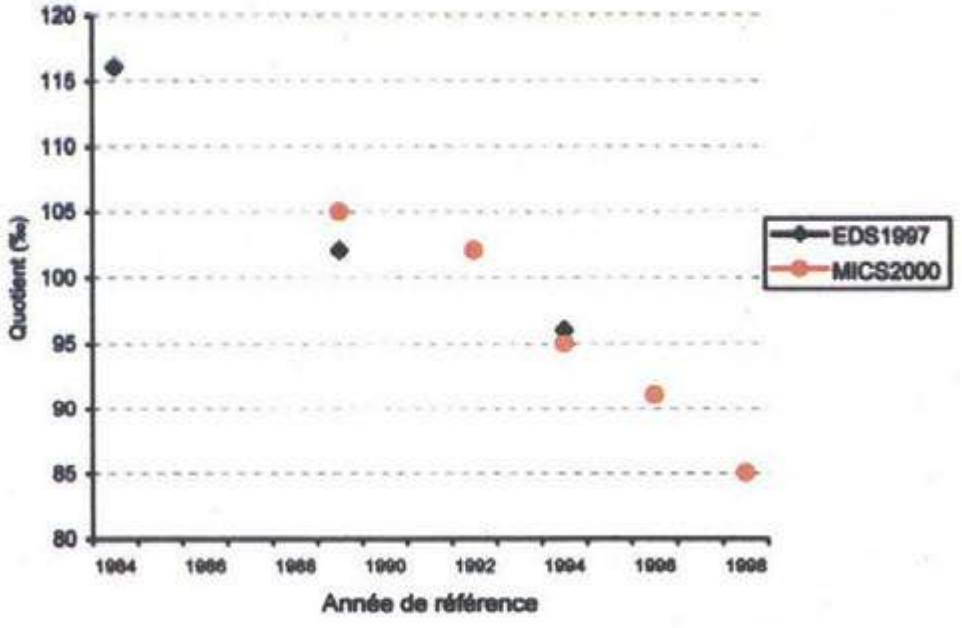
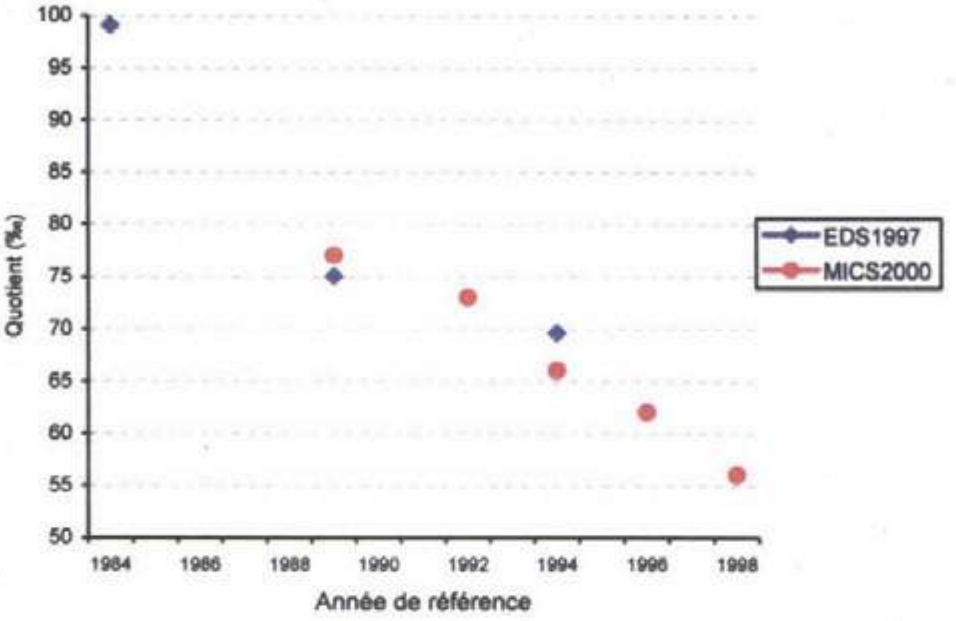


Figure 6 : Tendances de la mortalité juvénile, Madagascar, 2000



Les déterminants proches de la mortalité infanto-juvénile

La malnutrition est une des causes majeures de mortalité des jeunes enfants. En effet, plus de la moitié des décès (54%) des enfants serait imputable à la malnutrition[6]. Les autres causes "directes" de décès d'enfants sont essentiellement les maladies infectieuses comme le paludisme, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës (IRA), la rougeole. Toutefois, des causes sous-jacentes sont à la base de la mortalité des enfants dont les plus importantes sont l'utilisation des services de santé ainsi que les pratiques de soins et d'hygiène au niveau des ménages, en relation avec l'accès aux médias et à l'information, à l'eau potable et à l'assainissement, le niveau d'instruction de la mère. Les causes considérées comme fondamentales étant le sous-emploi des forces productives, la non-sécurisation foncière- donc l'instabilité de l'appropriation des terres-, l'accessibilité aux services sociaux essentiels et la pauvreté des ménages. Cette situation engendre des ménages vulnérables où malheureusement, la probabilité de rencontrer le plus d'enfants à risque positif d'incapacité est le plus élevé tel que développé dans le chapitre sur les "Incapacités chez les enfants".

Par ailleurs, les catastrophes naturelles en général ont des effets non négligeables sur la survie de l'enfant aussi bien sur le court que sur le moyen/long terme. En particulier, les dépressions tropicales qui affectent périodiquement Madagascar accentuent la situation d'insécurité alimentaire des ménages, d'isolement vis-à-vis des services de santé en cas de maladie, de détérioration de l'environnement- notamment l'insalubrité de l'eau. Les infrastructures hydroagricoles et les terroirs de culture sont détruits, compromettant la production de la campagne agricole en cours. On assiste ainsi à une accumulation de l'insuffisance de production d'une campagne agricole à l'autre et à une aggravation de l'état d'insécurité alimentaire surtout dans les zones enclavées.

Ces causes sous-jacentes et fondamentales de la mortalité infantile sont par ailleurs à la base de la différentiation du niveau de mortalité. Le tableau ci-après met en évidence la variation de la mortalité des enfants selon certaines caractéristiques sociales et culturelles.

6 Nutrition et santé des jeunes enfants et de leur mère à Madagascar, Résultats de l'enquête Démographique et de Santé, Madagascar 1997, US Agency for International Development/MACRO, Janvier 1999.

Tableau 8 : Mortalité des enfants selon les caractéristiques de la mère Madagascar, 2000

Caractéristique	Mortalité infantile	Mortalité juvénile	Mortalité infanto-juvénile
Milieu de résidence			
Urbain	74	46	116
Rural	91	62	147
Sexe			
Masculin	94	60	135
Féminin	82	58	142
Province			
Antananarivo	63	37	98
Fianarantsoa	118	91	198
Toamasina	102	73	168
Mahajanga	84	55	133
Toliary	92	63	149
Antsiranana	71	43	111
Niveau d'instruction de la mère			
Sans instruction	111	83	185
Primaire	83	54	132
Secondaire ou plus	66	39	102
Catégorie socio-économique			
Pauvre	95	66	155
Moyen	86	57	137
Aisé	57	31	87
Ensemble	88	59	142

D'après le tableau, un nouveau-né dont la mère a atteint au moins le niveau d'instruction Secondaire a presque deux fois plus de chance de survivre qu'un nouveau-né dont la mère n'a aucun niveau d'instruction.

De même un enfant dont la mère réside dans le faritany d'Antananarivo a deux fois plus de chance d'atteindre le 5è anniversaire qu'un enfant dont la mère réside dans le faritany de Fianarantsoa. Le classement des faritany par niveau de mortalité est à peu de chose près comparable à celui trouvé lors de l'EDS 1997.

Un certain nombre de critères ont été établis en vue de caractériser les ménages selon la catégorie socio-économique. Il s'agit essentiellement de caractéristiques relatives au confort du ménage, particulièrement l'accès à l'eau potable, l'assainissement et la nature du plancher. Ces divers indicateurs ont des impacts plus ou moins directs sur la survie de l'enfant. Ainsi, les ménages ont été regroupés suivant ces critères en trois grandes catégories socio-économiques à savoir Pauvres, Moyens et Aisés. Les résultats montrent que la mortalité infantile est de 95 pour mille dans la catégorie Pauvre alors qu'elle n'est que de 57 pour mille dans la catégorie Aisé. L'écart entre catégorie Moyenne et catégorie Aisée est assez marqué (86 pour mille contre 57 pour mille). Par ailleurs, pour la mortalité juvénile, il est à noter un écart significatif entre ménage moyen ou pauvre d'une part et ménage aisé d'autre part: un enfant âgé de 1 à 4 ans, vivant dans un ménage aisé a deux fois plus de chance de survivre qu'un enfant du même groupe d'âge issu de classe pauvre voire de classe moyenne (66 pour mille contre 31 pour mille).

Mortalité maternelle

L'enquête MICS 2000 n'a pas collecté des informations permettant d'évaluer le taux de mortalité maternelle. Mais compte tenu du fait que la valeur de cet indicateur n'évolue pas trop rapidement, on peut toujours se référer aux résultats de l'EDS 97 où le taux de mortalité maternelle se situait à 488 pour 100.000 naissances vivantes pour la période 1990-1997.

Recommandations

La participation de la communauté dans la prise en charge à domicile des maladies de l'enfance est une activité méritant un certain renforcement. En effet, il y a tout lieu de croire que la sensibilisation des parents en vue de la prise en charge à domicile des principales maladies de l'enfance devrait contribuer à une baisse notoire de la morbidité et de la mortalité des jeunes enfants. Mais il faudra toujours raisonner en terme d'activités intégrées telles que: offre d'un minimum de services de santé, facilitation de l'accès à la terre et de sa mise en valeur en vue d'une disponibilité alimentaire et de la sécurisation de l'emploi, éducation des mères pour une alimentation équilibrée des enfants à partir des produits qui sont disponibles et sensibilisation de la population pour l'amélioration des conditions d'hygiène, d'assainissement et de participation pour accéder à l'eau potable. Il s'agit donc d'améliorer la situation des ménages ou des femmes qui sont défavorisées. Les projets de type NAC/PCIME représentent une des voies que l'on peut renforcer ou améliorer.

Etat nutritionnel

RAKOTONIRINA Simon

L'état nutritionnel de l'être humain est conditionné essentiellement par ses relations avec son environnement physique, biologique et culturel. Ainsi, une nutrition adéquate dans les premières années de la vie permet aux enfants de développer au maximum leurs potentialités. A l'inverse, un mauvais état nutritionnel se répercute sur différents aspects de la vie de la société: la morbidité, la mortalité, le développement intellectuel, la capacité de travail... , et constitue ainsi un handicap majeur au développement humain et économique de la nation.

Principaux programmes et activités en faveur de la nutrition des enfants

Suite à la souscription de Madagascar aux engagements issus des différents sommets mondiaux sur l'Alimentation et la Nutrition, des programmes en faveur de la promotion de la nutrition des enfants ont été initiés dans le pays dès les premières années de cette décennie notamment dans le cadre du Plan National d'Action pour le Redressement Social (PNARS):

a) Le projet Nutrition à Assise Communautaire (NAC), financé par l'UNICEF a été mis en place en 1994, à la suite du passage du cyclone GERALDA. Il est cogéré par le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Agriculture, et le Ministère de la Recherche Scientifique avec la collaboration des ONG's. Les principales composantes du projet sont: la mise en place du processus Triple A (Appréciation - Analyse - Action), la Surveillance et Promotion de la Croissance à assise communautaire, la promotion des soins des enfants et des femmes, et la promotion de la Sécurité Alimentaire au niveau des Ménages. Ce projet compte actuellement 360 sites communautaires et couvre 14 Districts situés dans 4 provinces : Toamasina, Antananarivo, Fianarantsoa et Toliary.

b) Financé par la Banque Mondiale, le projet Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle Elargie (SECALINE) démarra en 1992 sous la tutelle de la Primature. Son principal objectif est la réduction de façon durable du nombre de personnes souffrant d'insécurité alimentaire et de malnutrition. Les principales composantes du projet sont : le Programme Communautaire de Nutrition (PCN), le Fonds d'Intervention pour le Développement (FID), les Travaux à Haute Intensité de Main d'œuvre (HIMO), le volet Information-Education-Communication (IEC). Cette première phase du projet travaillait dans les 2 provinces les plus vulnérables, à savoir Toliary et Antananarivo. La deuxième phase du projet, dénommé Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'ALImentation et de Nutrition Elargie (SEECALINE) a été initiée en 1999. Le projet compte cette année 719 sites oeuvrant dans les 6 provinces.

c) D'autres organismes interviennent également dans le domaine de la nutrition communautaire : CARE, Linkages, Catholic Relief Services (CRS), ADRA, diverses ONG's et organisations confessionnelles ...

d) La Prise en Charge des Enfants Sévèrement Malnutris (PCESM) est assurée depuis 1999 par le Ministère de la Santé, au niveau des CRENI's de 39 Centres Hospitaliers de Districts (CHD) avec l'appui de l'UNICEF et de la Banque Mondiale.

e) Par ailleurs, d'autres projets sectoriels, notamment dans le domaine de l'agriculture, l'élevage et la santé, ont un impact sur la nutrition infantile : Programme National de Vulgarisation Agricole (PNVA) appuyé par la Banque Mondiale, Programme Spécial de Sécurité Alimentaire (PSSA), Programme National de Surveillance Alimentaire et Nutritionnelle (PNSAN), Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance (PCIME)...

Méthodologie

Les données sur l'état nutritionnel utilisées dans ce document proviennent de l'Enquête Prioritaire auprès des Ménages 2000 (EPM). En effet, quelques mois seulement ont séparé l'EPM 2000 et le MICS 2000. Aussi, a-t-on jugé pertinent de ne plus inclure des données anthropométriques lors du MICS 2000. La population de référence utilisée dans l'évaluation de l'état nutritionnel des enfants lors de cette enquête est le standard NCHS (National Center for Health Statistics) recommandé par l'OMS et l'UNICEF. Trois indicateurs de la malnutrition, exprimés en unités écarts-type (Z-score), ont été ainsi définis:

- Le rapport Poids/âge qui est largement utilisé lors des séances de surveillance nutritionnelle, aussi bien dans les formations sanitaires que dans les sites communautaires.
- Le rapport Taille/âge pour apprécier le retard de croissance, lequel reflète la malnutrition chronique;
- Le rapport Poids/Taille pour apprécier l'émaciation ou maigreur lequel traduit une malnutrition récente ou malnutrition aiguë;

Pour chaque indicateur, selon l'ampleur de la maladie, deux degrés de gravité peuvent être distingués:

- la forme modérée, pour les valeurs comprises entre la médiane - 2ET et la médiane - 3ET; et
- la forme sévère, pour les valeurs inférieures à la médiane - 3 ET.

Niveaux et tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans

Niveaux

Près de la moitié des enfants examinés (49%) présentent un retard de croissance. La forme sévère de ce type de malnutrition est également très élevée: 26%. Concernant l'émaciation, 14% des enfants en souffrent dont 5% de la forme sévère. Quant à l'insuffisance pondérale, 33% en sont atteints dont 11% de façon sévère. Les graphiques nos 7, 8, 9 montrent l'état nutritionnel des enfants malgaches de moins de 5 ans selon les trois indicateurs, tandis que le tableau no 9 présente leurs variations en fonction de certains paramètres socio-démographiques.

Figure 7 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Poids/Age

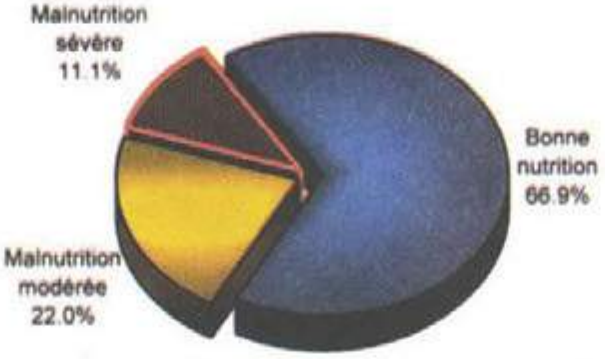


Figure 8 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Taille/Age

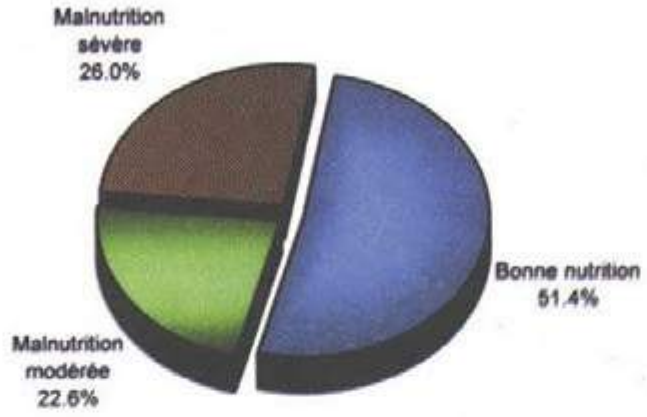


Figure 9 : Répartition des enfants en fonction de leur état nutritionnel selon l'indicateur Poids/Taille

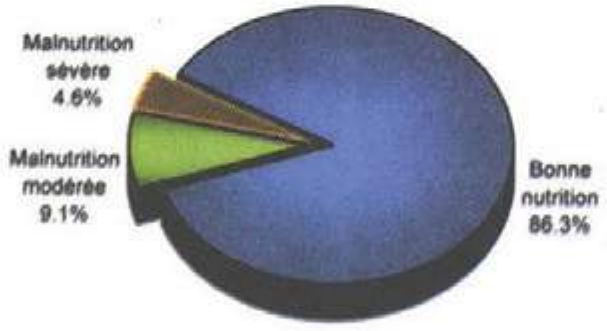
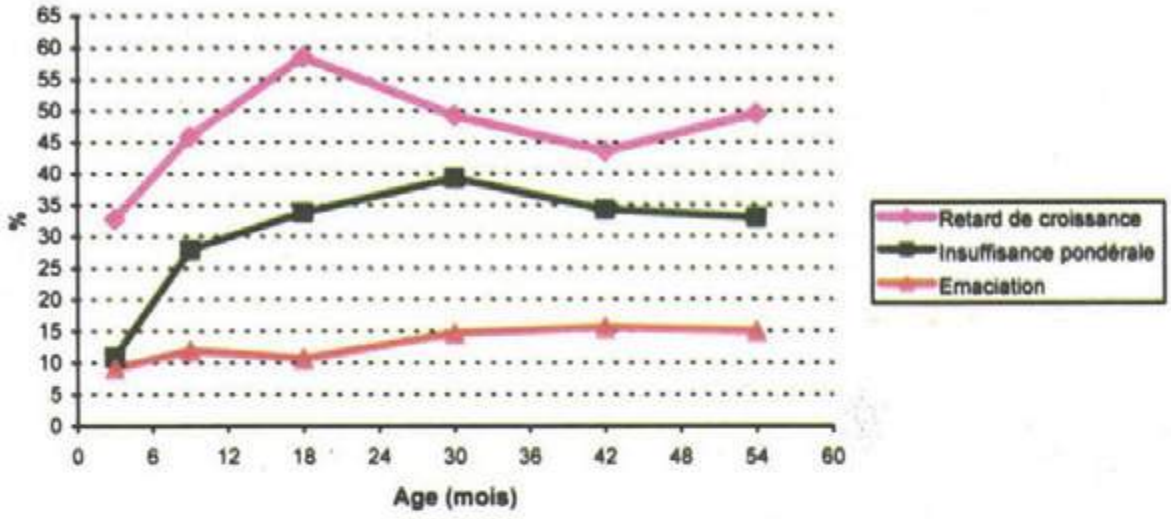


Tableau 9 : Répartition de l'état nutritionnel des enfants malgaches de moins de 5 ans en fonction de quelques paramètres, Madagascar, 2000

	Taille pour âge inférieur à		Poids pour Taille inférieur à		Poids pour âge inférieur à		Effectif
	- 3 ET	- 2 ET	- 3 ET	- 2 ET	- 3 ET	- 2 ET	
Province							
Antananarivo	28,3	47,9	3,8	12,6	8,2	32,8	914
Fianarantsoa	27,4	54,1	5,0	14,2	14,7	36,1	599
Toamasina	24,4	50,3	2,6	9,9	12,1	34,9	505
Mahajanga	18,8	40,6	4,0	13,2	8,7	28,7	446
Toliary	29,6	53,1	7,8	18,7	13,6	34,2	550
Antsiranana	23,0	42,1	4,4	13,6	10,0	30,5	361
Milieu de résidence							
Capitale	22,7	44,6	4,1	11,9	5,6	28,6	269
GCU	26,8	45,8	4,2	12,6	7,4	29,4	310
CUS	24,5	45,7	5,6	14,4	10,5	31,9	611
Rural	26,6	50,3	4,4	13,8	12,4	34,6	2185
Groupe d'âges							
3-5 mois	16,7	32,8	1,7	9,2	1,1	10,9	174
6-11 mois	24,2	46,0	3,7	12,0	7,7	27,9	326
12-23 mois	35,1	58,6	3,4	10,7	10,3	33,7	643
24-35 mois	31,1	49,3	4,6	14,7	17,1	39,2	737
36-47 mois	19,2	43,6	5,7	15,6	10,6	34,2	793
48-59 mois	22,9	49,6	5,6	15,0	10,1	32,9	702
Sexe							
Masculin	27,9	51,0	4,8	13,3	11,8	35,1	1691
Féminin	24,0	46,2	4,3	14,0	10,4	31,2	1684
Ensemble	26,0	48,6	4,6	13,7	11,1	33,1	3375

Pour l'indicateur taille/âge, la tranche d'âge des 12-23 mois, avec une prévalence de 58,6%, est celle la plus à risque (Cf figure n°10). Cette période correspond à celle du sevrage. Les enfants du milieu rural semblent également être plus défavorisés par rapport à ceux des villes. De même une légère différence est observée au détriment des garçons. Par ailleurs, l'état nutritionnel des enfants des provinces de Mahajanga et d'Antsiranana est relativement meilleur par rapport à celui des autres provinces.

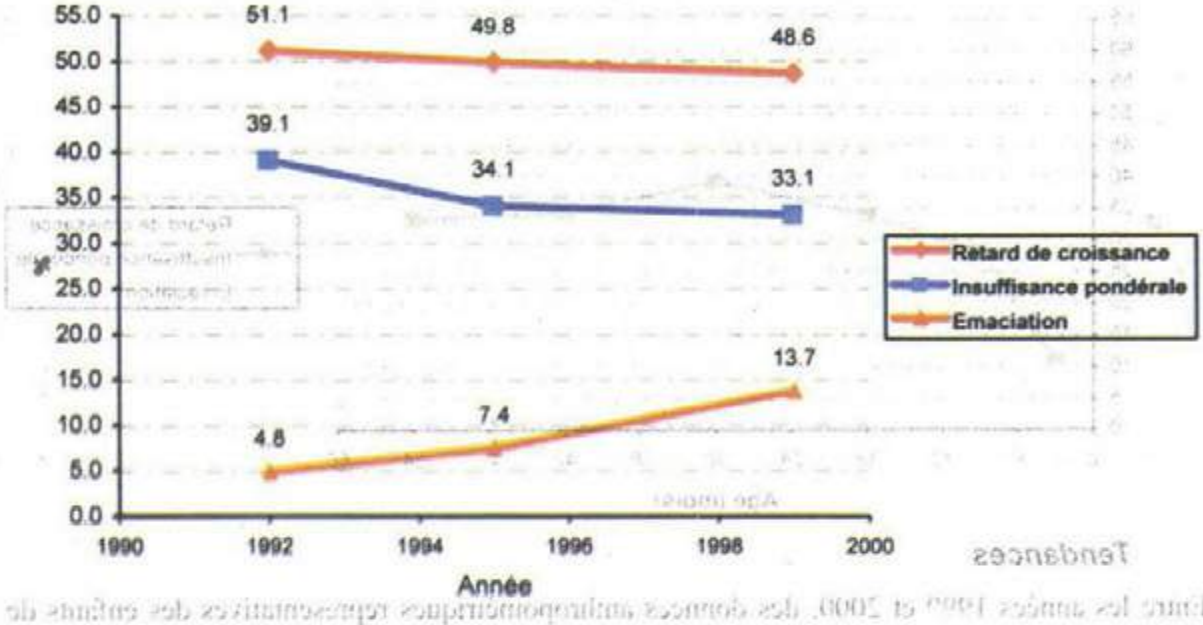
Figure 10 : Répartition des enfants de moins de 5 ans malnutris selon l'âge



Tendances

Entre les années 1990 et 2000, des données anthropométriques représentatives des enfants de moins de 5 ans ont été recueillies lors des enquêtes EDS 92, MICS 95 et EPM 2000. La figure n° 11 ainsi que le tableau n° 10 présentent l'évolution de la malnutrition chez les enfants malgaches pendant cette période. Nous n'avons pas pris en considération les données de l'EDS 97 pour laquelle l'échantillon est composé d'enfants de moins de 35 mois. En effet, la malnutrition est habituellement beaucoup plus fréquente pendant cette période qu'entre 35 et 59 mois, créant ainsi un biais dans la comparaison des données. Au cours de cette décennie, la prévalence de la malnutrition chronique est restée relativement stable, à un niveau très élevé (autour de 50%). De même, la forme sévère de la malnutrition chronique a toujours été importante, avec une prévalence de 23,7%, 26,9% et 26% respectivement en 1992, 1995 et 2000. Quant à l'émaciation, on a noté une augmentation progressive de sa prévalence, laquelle a presque triplé entre 1992 et 2000.

Figure 11 : Tendances de la malnutrition modérée et sévère chez les enfants de moins de 5 ans, Madagascar 2000



Degré d'atteinte de l'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance

L'objectif fixé lors du Sommet Mondial de l'Enfance est la réduction de moitié, entre 1990 et 2000, de la malnutrition sévère et modérée chez les enfants de moins de 5 ans. Le tableau ci-dessous, montrant la comparaison des différents indicateurs de la malnutrition en début et à la fin de la décennie, laisse apparaître clairement que l'objectif n'a pas été atteint.

Tableau 10 : Indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans en début et à la fin de la décennie

Indicateur	1992	2000[7]
Insuffisance pondérale : Poids/âge< médiane – 2 écarts-type	39,1%	33,1%
Retard de croissance: Taille/âge< médiane – 2 écarts-type	51,1%	48,6%
Émaciation: Poids/taille< médiane – 2 écarts-type	4,8%	13,7%

Un certain nombre de facteurs intervenant à l'échelon national sont susceptibles d'être à l'origine de l'évolution des indicateurs:

- la survenue, presque chaque année, de cataclysmes naturels : sécheresse dans le Sud (1992 à 1994), cyclones dans les régions côtières (Geralda 1994, Bonita 1996, Gretelle 1997, Eline, Gloria, et Hudah en 2000), inondations, invasion acridienne (1998, 1999)... Ces conditions climatiques défavorables ont occasionné des pertes de cultures importantes et freiné les performances du sous-secteur vivrier, réduisant ainsi la disponibilité alimentaire de la population;
- le contexte économique difficile qui prévaut pour la grande majorité de la population malgache. En effet, pendant la décennie, à l'exception des trois dernières années, le taux de croissance économique a toujours été inférieur à la croissance démographique. (Cf figure ci-après). Le revenu par habitant qui était de 430 USD en 1960 est tombé à 240 USD en 1999. Plus des deux tiers de la population vivent au-dessous du seuil de pauvreté, n'étant pas en mesure d'assurer la consommation de 2133 calories par jour, le minimum censé être nécessaire pour soutenir une vie active et normale;

7 Source : EPM 99

- la dégradation de l'environnement qui a eu une répercussion sur la productivité et, par conséquent sur la disponibilité alimentaire. Le taux annuel de déforestation a été estimé à 3%. De 7,6 millions d'hectares en 1950, il ne subsistait plus lors de cette décennie que 3,8 millions d'hectares. Le taux de disparition annuel de la forêt malgache a été estimé entre 12 à 30%[8] (source : ONE);
- les troubles sociaux et l'instabilité politique des premières années de la décennie qui ont contribué à une nette détérioration de la situation économique du pays.

Figure 12 : Evolution du taux de croissance démographique et du PIB entre 1990 et 1999



Source: INSTAT

L'effet cumulatif de ces différents facteurs expliquerait, entre autres, la non atteinte de l'objectif fixé par le Sommet Mondial de l'Enfance, concernant la nutrition de l'enfant malgache. Néanmoins, il convient de noter une amélioration sensible de l'état nutritionnel des enfants dans les sites d'intervention communautaire. Ainsi, une réduction de la malnutrition de 10 à 15% a pu être observée dans les sites NAC (Source : SNUT/MinSan). Malheureusement, la couverture géographique de ces sites est encore limitée pour avoir un impact réel sur le statut nutritionnel de l'ensemble des enfants malgaches.

Recommandations

Compte-tenu des contraintes et des résultats obtenus lors de cette décennie, quelques recommandations s'imposent:

- L'ampleur et l'étendue de la malnutrition à Madagascar découlent de causes fondamentales qui ne pourront être sensiblement améliorées à court ou à moyen terme. Dès lors, une intervention qui s'attaque aux causes sous-jacentes, au niveau même de la communauté, s'avèrera plus efficace. A cet effet, une meilleure harmonisation des activités et le développement d'un partenariat efficace entre tous les intervenants potentiels dans le domaine de la nutrition communautaire, s'avèrent nécessaires afin d'en améliorer la couverture géographique et augmenter les chances d'impact sur l'état nutritionnel de l'ensemble des enfants malgaches ;
- Le nourrisson souffre d'une chute aiguë de sa croissance durant la période de sevrage pendant que ses frères et sœurs plus âgés arrivent à maintenir un rapport poids/taille plus ou moins correct. Prévenir cette chute de croissance durant la première année contribuerait à réduire la malnutrition après cette période critique de la vie d'un nourrisson. Ainsi, du point de vue stratégique, il est préférable de concentrer les actions sur les deux ou trois premières années de la vie de l'enfant ;
- Des activités de développement communautaire sont menées déjà dans diverses régions dans le domaine de l'agriculture, l'épargne-crédit, l'environnement etc. Ainsi, dans le choix de l'implantation des sites de nutrition communautaire, il serait plus judicieux de rechercher la

8 Source : Office National pour l'Environnement (ONE)

synergie avec les autres interventions de développement de manière à en maximiser l'impact sur l'état nutritionnel de la population ;

- Devant l'ampleur de la prévalence de la malnutrition sévère, il convient d'améliorer la prise en charge des enfants sévèrement malnutris par la mise en place de CRENI's au niveau des CSB2 des régions nutritionnellement vulnérables ainsi que des CSB2 de rattachement des sites de nutrition communautaire.

Allaitement maternel

Le lait maternel est l'aliment idéal pour le nourrisson. Le lait des mères normalement nutries est en mesure de satisfaire, qualitativement et quantitativement les besoins nutritionnels du nourrisson. Par ailleurs, le lait maternel, et particulièrement le colostrum, renferme des anticorps qui renforcent la résistance de l'enfant aux maladies infectieuses. Une pratique optimale de l'allaitement maternel s'avère ainsi être un élément majeur pour le développement harmonieux et la survie de l'enfant pendant les premiers mois de la vie.

Programme et politique nationaux en matière d'allaitement maternel

La promotion de l'allaitement maternel constitue une des priorités du Ministère de la Santé en matière de nutrition. A cet effet, un Code National sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel[9] a été adopté en 1996. Ce code prévoit l'interdiction :

i)- des publicités en faveur des produits substituts du lait maternel destinés aux enfants de moins de 6 mois;
ii)- de la distribution gratuite d'échantillon de lait dans les maternités et autres formations sanitaires;
iii)- de la distribution de cadeaux à visée publicitaire à l'endroit des agents de santé; et
iv)- de la valorisation du biberon ou de l'allaitement artificiel par les médias.

Des directives ont été données à tous les agents de santé opérant sur le territoire national, aussi bien dans le secteur public que privé, à savoir œuvrer pour la promotion de l'allaitement maternel par l'octroi de conseils :

- À toutes les femmes qui viennent en consultation prénatale (CPN) pour leur permettre de se préparer techniquement et psychologiquement à la pratique optimale de l'allaitement maternel;
- Aux femmes accouchées et allaitantes afin de les aider à surmonter les éventuels problèmes auxquels elles ont à faire face durant l'allaitement de leur bébé.

Ces directives ont été matérialisées par le démarrage en 1994 du programme « Initiative des Hôpitaux Amis des Bébés » (IHAB), appuyé par l'UNICEF et l'USAID. Actuellement, on compte 56 hôpitaux Amis des bébés. Par la suite, cette approche a dépassé le cadre des formations sanitaires et ainsi, le premier label « Lieu de travail Ami des Bébés » a été remis en 1998.

Méthodologie

Le statut d'allaitement est basé sur les déclarations des femmes concernant la consommation des enfants dans les 24 heures précédant l'enquête. L'allaitement exclusif se réfère aux enfants qui reçoivent seulement du lait maternel et des vitamines, des suppléments en minéraux ou des médicaments. Les aliments de complément se réfèrent aux enfants qui reçoivent du lait maternel et des aliments solides et semi-solides en bouillie.

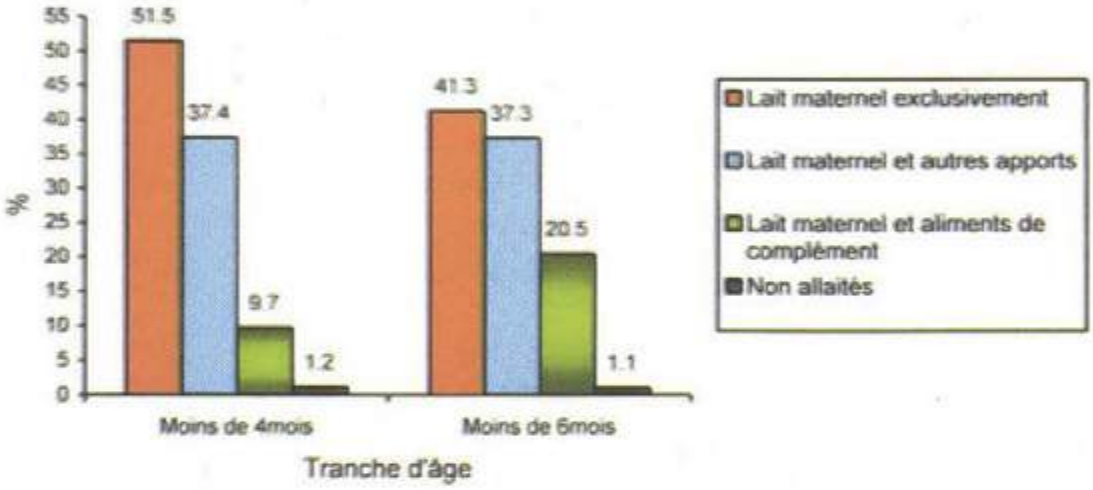
9 Décret n°96-322 du 21/05/96

Résultats

Niveaux

L'allaitement maternel est encore une pratique courante chez la mère malgache. En effet, seuls 1% des nourrissons de moins de 6 mois n'ont pas été allaités au sein. Cependant, comme le recommande la Politique Nationale de Santé à Madagascar, l'alimentation adéquate du nourrisson préconise la pratique de l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie. Lors de cette enquête MICS 2000, la prévalence de l'allaitement maternel chez les enfants de moins de 4 mois est de 52%. Ainsi, près de la moitié des enfants (48%) reçoivent déjà à cet âge des compléments alimentaires, lesquels ont une valeur nutritionnelle nettement inférieure à celle du lait maternel.

Figure 13 : Prévalence de l'allaitement chez les enfants de moins 6 mois, Madagascar, 2000



La pratique de l'allaitement maternel exclusif, chez les moins de 4 mois, subit des variations en fonction des provinces et selon le milieu de résidence. Par contre, le niveau d'instruction de la mère ne semble pas avoir une influence sur le niveau de cet indicateur. En effet, avec respectivement un taux de 31% et 43%, la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les enfants de moins de 4 mois est manifestement plus faible dans la province de Toliary et dans le milieu urbain autre que la capitale.

La prévalence, au niveau national, de la pratique de l'allaitement maternel chez les enfants de moins de 6 mois est de 41,3%. Ce taux est nettement moins élevé dans la province de Toliary (28%) et en milieu urbain (35%).

Figure 14 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon les provinces, Madagascar, 2000

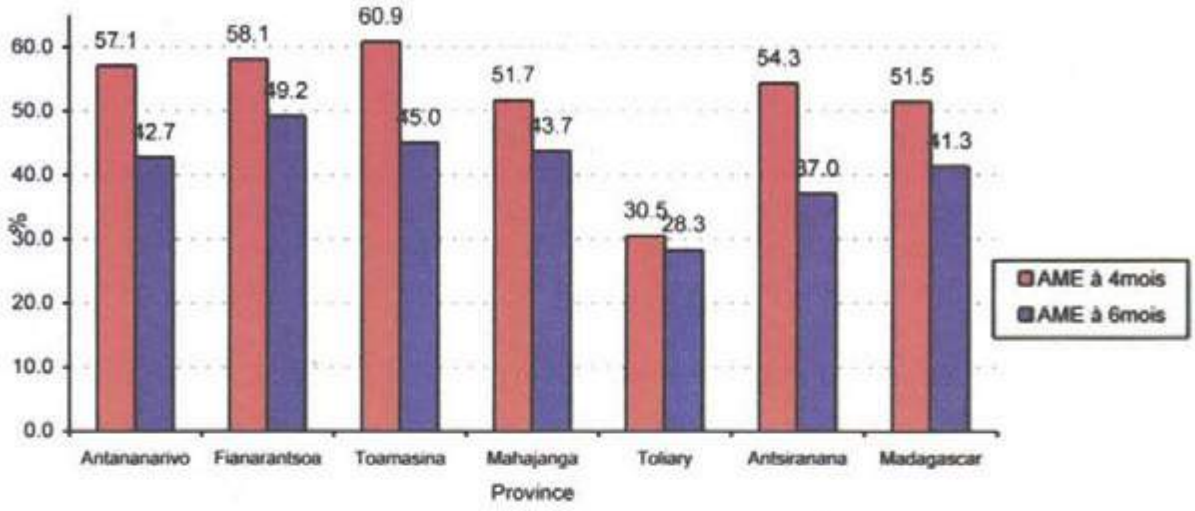


Figure 15 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon le milieu, Madagascar, 2000

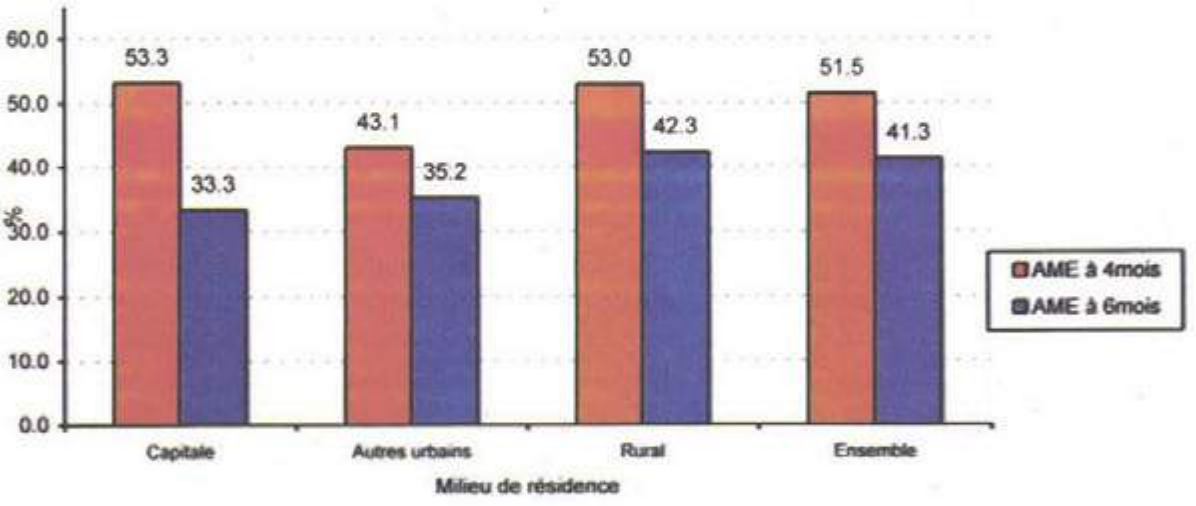
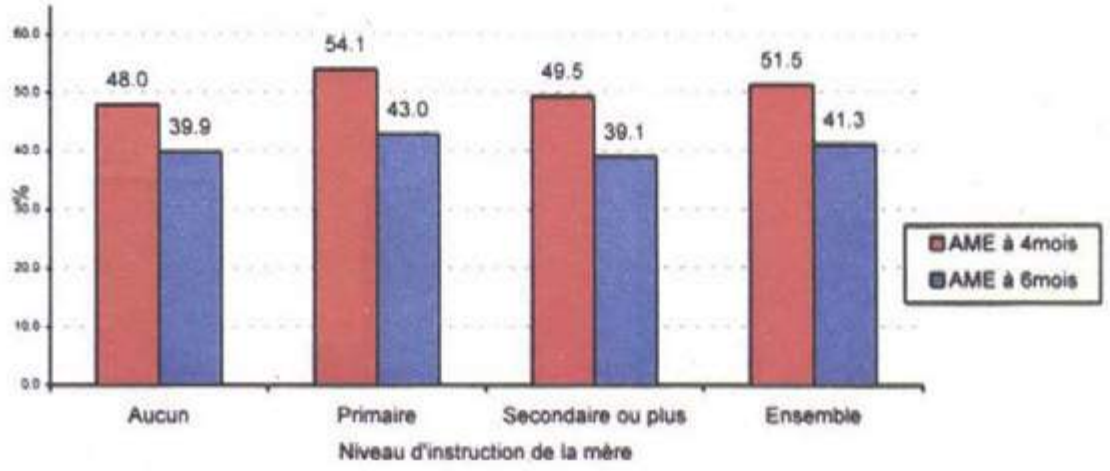
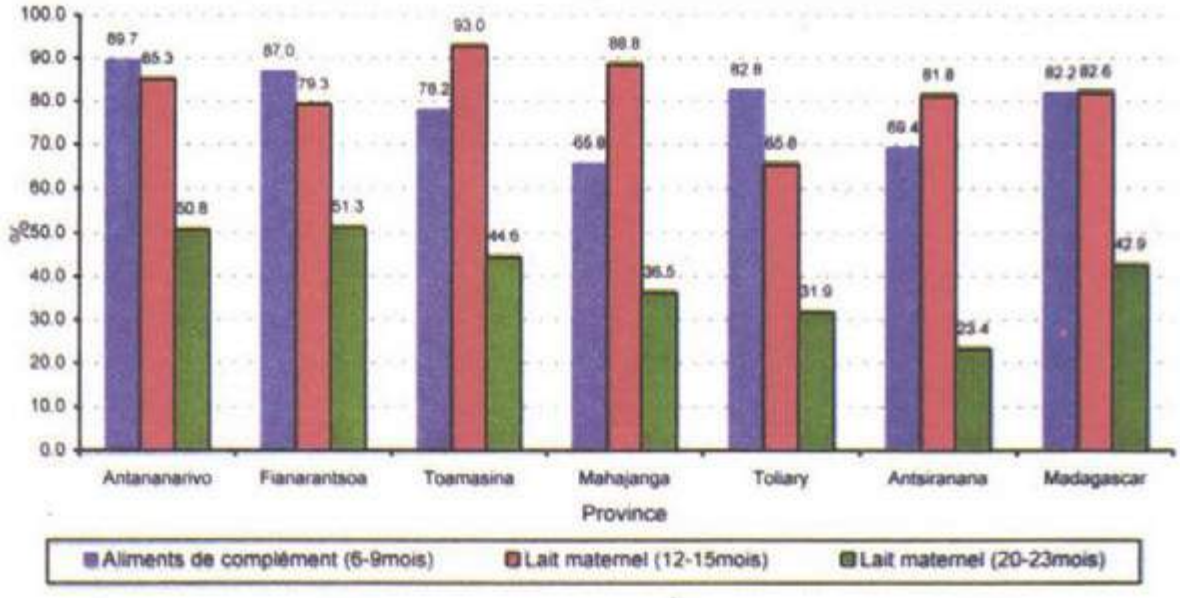


Figure 16 : Prévalence de l'AME à 4 mois et à 6 mois selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000



A partir du sixième mois, l'enfant doit commencer à recevoir une alimentation de complément, facile à consommer, riche en énergie, protéines, vitamine A, fer et préparée dans de bonnes conditions d'hygiène. Selon l'enquête MICS 2000, 82% des enfants âgés de 6 à 9 mois ont été nourris selon cette recommandation. La complémentation correcte de l'allaitement maternel est mieux respectée dans les provinces d'Antananarivo (90%) et de Fianarantsoa (87%) que dans celles de Mahajanga (66%) et d'Antsiranana (69%).

Figure 17 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon les provinces, Madagascar, 2000



La Politique Nationale de Santé et l'OMS préconisent la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà. A cet effet, 83% des enfants âgés de 12 - 15 mois et 43% de ceux âgés de 20-23 mois étaient encore allaités au moment de l'enquête. Le niveau de pratique de l'allaitement maternel entre 12 -15 mois est relativement identique quel que soit la province, le milieu de résidence ou le niveau d'instruction de la mère. Par contre, des variations régionales ont été observées : la fréquence d'enfants encore mis au sein entre 20-23 mois est plus faible dans les provinces

...ntsiranana (23%), de Toliary (32%), et de Mahajanga (37%). De même, un certain contraste apparaît entre la capitale (49%) et les autres villes (33%).

Figure 18 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon le milieu, Madagascar, 2000

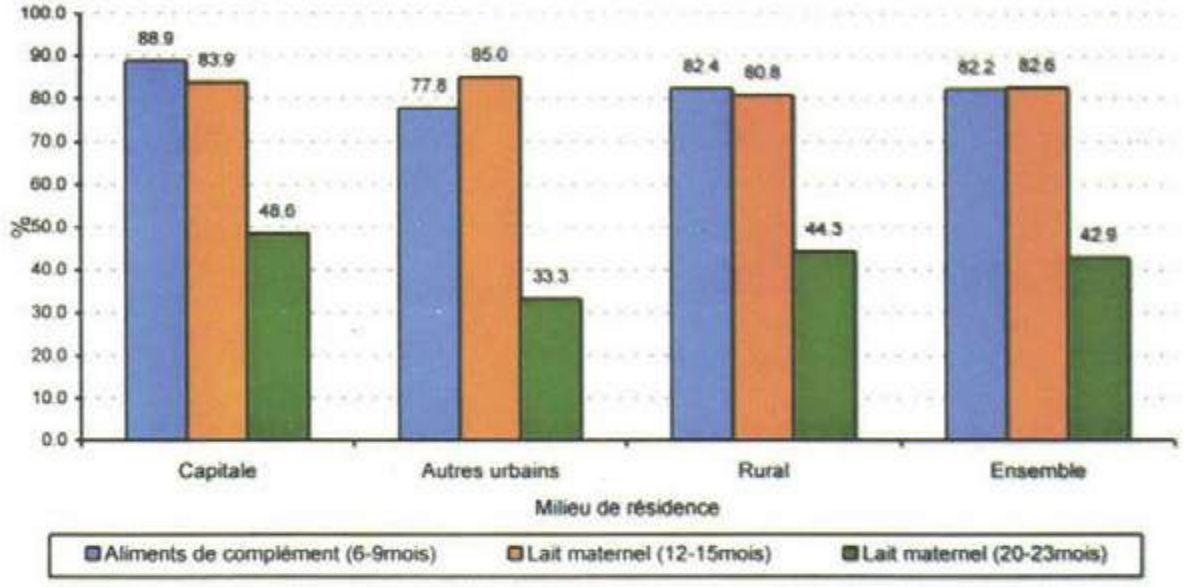
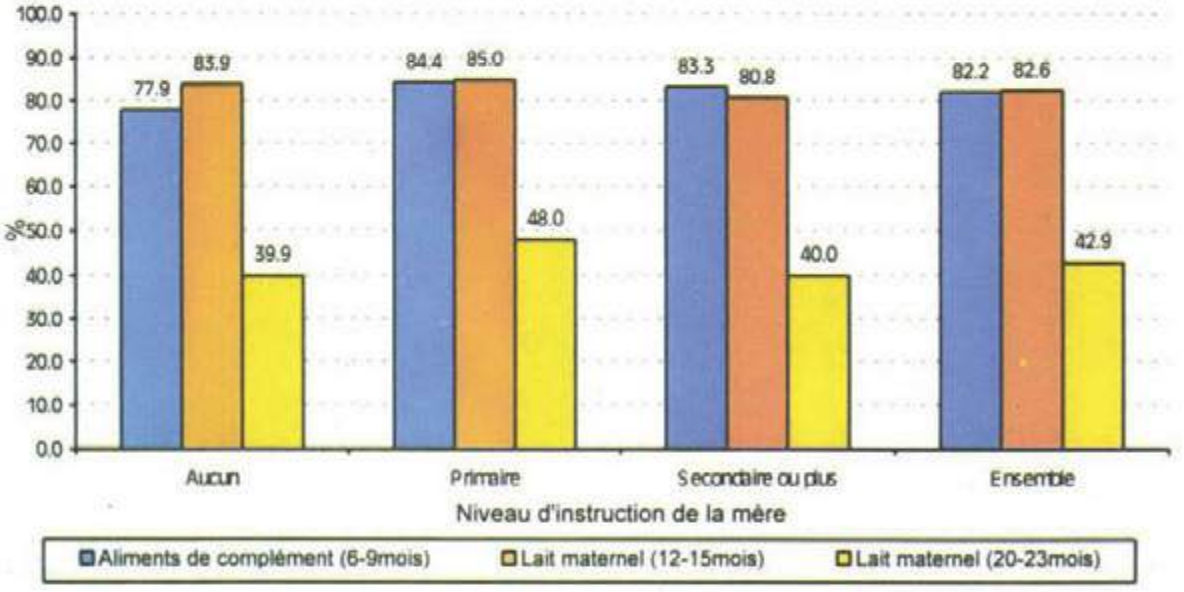


Figure 19 : Indicateurs supplémentaires sur la pratique de l'allaitement selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000



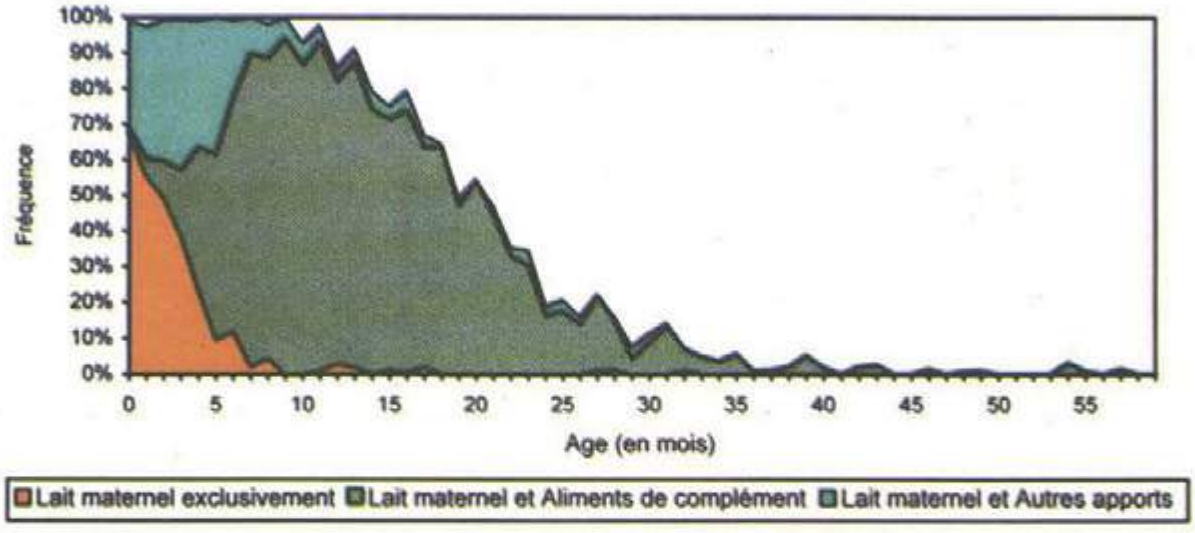
De l'analyse du graphique n°20, qui illustre le mode d'alimentation des enfants, ressortent les remarques suivantes :

- L'introduction prématurée d'aliments en complément du lait maternel, entraîne une moindre consommation de lait maternel et expose, l'enfant aux microbes pathogènes provoquant des maladies diarrhéiques.

- La fréquence assez élevée d'enfants qui sont exclusivement allaités au sein, au cours du premier semestre, particulièrement jusqu'à 4 mois. Cette pratique assure à l'enfant un apport nutritionnel optimal et expliquerait le bon statut nutritionnel observé chez les nourrissons de moins de 6 mois.

- L'existence d'une proportion non négligeable (5,5%) d'enfants, entre 6 et 9 mois, qui sont nourris au lait maternel, soit exclusivement, soit en complément d'aliments à faible densité nutritionnelle. Cependant, à partir de l'âge de 6 mois, le lait maternel seul n'arrive plus à couvrir les besoins nutritionnels. Ces enfants sont ainsi exposés à la malnutrition, comme le reflète la prévalence de la malnutrition aiguë sévère dans cette tranche d'âge.

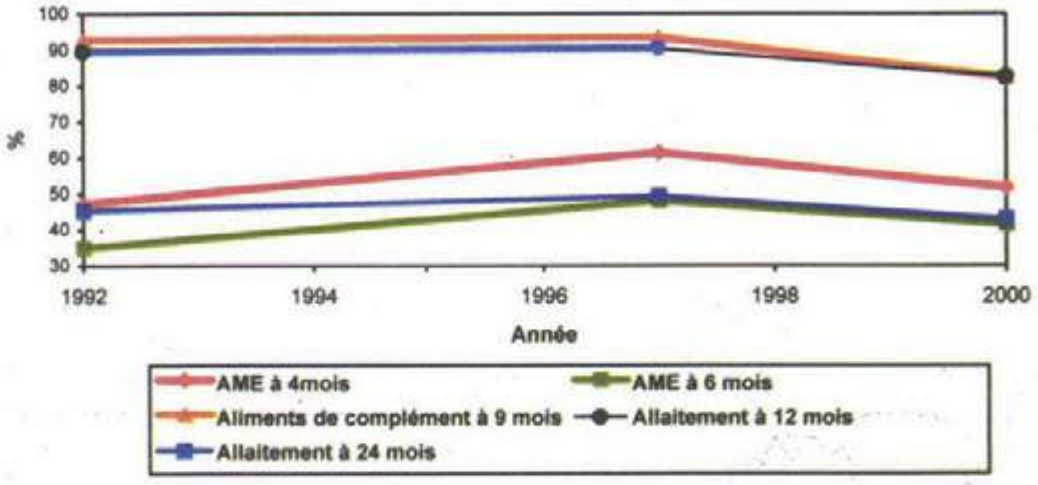
Figure 20 : Répartition des enfants selon la pratique de l'allaitement maternel et selon l'âge, Madagascar, 2000



Tendances

Les données recueillies lors des enquêtes EDS92, EDS97 et MICS2000 nous permettent de suivre l'évolution de la pratique de l'allaitement au cours de la décennie (Figure n°21). Les courbes représentant les 5 indicateurs que nous avons choisis pour apprécier l'évolution de la pratique de l'allaitement maternel (prévalence de l'allaitement maternel chez les moins de 4 mois et les moins de 6 mois, la proportion d'enfants de 6-9 mois qui reçoivent une alimentation solide de complémentation de l'allaitement maternel, le pourcentage d'enfants de 12-15 mois puis de 20-23 mois qui sont encore mis au sein), n'ont pas subi de variation importante au cours de la décennie.

Figure 21 : Evolution de quelques indicateurs de la pratique de l'allaitement maternel, Madagascar, 2000



Degré d'atteinte des objectifs fixés lors du Sommet Mondial de l'Enfance

L'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance, concernant l'alimentation infantile est de « permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments de complément jusqu'à la deuxième année ».

Dans l'ensemble, l'objectif n'a pas été atteint. Néanmoins, le degré de réalisation des différents aspects de l'objectif n'est pas homogène. En effet, si l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois n'a pu être atteint qu'à 50%, par contre, l'allaitement maternel prolongé et la complémentation correcte de l'allaitement maternel l'a été jusqu'à 80%.

Etant conditionnée par le changement de comportement des mères dans la prise en charge des soins de leurs enfants, la réalisation de cet objectif nécessite des activités IEC intenses et rationnelles dispensées, entre autres, par les agents de santé. Cependant, au cours de la décennie, la fréquentation des formations sanitaires par les femmes enceintes et les mères allaitantes a encore été insuffisante. En effet, la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié a été seulement de 46%[10], le taux d'utilisation des maternités a été de 21% et le pourcentage de consultation post-natale par rapport aux accouchements au niveau des CSB n'ont été que de 47%.

Recommandations

Devant ce constat, certaines recommandations méritent d'être émises:

- La formation et le recyclage périodiques des agents de santé en matière de Nutrition-Alimentation devraient être faits. La connaissance des bases scientifiques et des informations récentes en matière d'allaitement sont indispensables pour assurer des activités IEC percutantes et efficaces. Elle peut être acquise, selon les circonstances, dans le cadre d'une formation formelle, d'une formation par Auto-Apprentissage-Assisté ou par l'amélioration du système de documentation pour les travailleurs de la santé.
- La formation/recyclage des accoucheuses traditionnelles et des agents communautaires devraient être réalisés. En effet, en 1999, 46% des accouchements ont été effectués par des accoucheuses

10 Annuaire des Statistiques du Ministère de Madagascar, 1999

traditionnelles[11]. Par ailleurs, étant plus proches des mères, elles ont une meilleure chance d'être plus écoutées que les travailleurs de santé conventionnels.

- L'extension de l'approche « Amis des Bébés » aux lieux de travail et aux collectivités, afin de couvrir le plus grand nombre de mères possible. En effet, on assiste actuellement à un développement des entreprises. D'autre part, la synergie entre approche communautaire et approche « Ami des bébés » aurait un meilleur effet sur l'état nutritionnel des enfants.

Supplémentation en Vitamine A

La carence en vitamine est un facteur important de cécité. On estime que 25% des survivants d'une xérophtalmie grave restent complètement aveugles, 50 à 60% conservent des lésions oculaires définitives et ont une vision diminuée. Un enfant aveugle restera toute sa vie en marge de toute activité économique et ne pourra pas participer pleinement au développement de la communauté. La carence en Vitamine A s'accompagne également d'une forte mortalité : bien qu'elle occasionne rarement la mort à elle seule, sa présence y contribue fortement Des études récentes indiquent que, même légère, la carence en vitamine A augmente de façon significative la morbidité et la mortalité infantile. En outre, la carence en vitamine A rend les enfants plus vulnérables aux séquelles graves de maladies comme la rougeole, la diarrhée et les infections respiratoires.

L'enquête EDS97 montre que le taux d'héméralopie chez les enfants de moins de 3 ans est supérieur au taux de 1% fixé par l'OMS comme indiquant l'existence d'un problème de santé publique.

Des activités de supplémentation en Vitamine A ont été entreprises dans le pays depuis 1995, dans les formations sanitaires publiques et privées. Une politique nationale en supplémentation en vitamine A a été adoptée en 1998. La supplémentation systématique en vitamine A a été intégrée à la politique nationale PEV de façon à améliorer la couverture de la supplémentation en vitamine A dans les activités de routine des centres de santé et dans les sites de nutrition communautaire. Une couverture de presque 100% des enfants âgés de 6-59 mois a été réalisée lors des JNV 98 et JNV 99.

Méthodologie

Trois questions ont été posées à la mère :

i)- Est-ce que l'enfant a reçu une capsule de vitamine A comme ceci ? Une capsule-modèle est présentée à la mère pour l'aider à se rappeler.
ii)- Depuis combien de mois l'enfant a-t-il pris la dernière dose ?
iii)- Où a-t-il reçu cette dernière dose ?

Résultats

Les résultats de l'enquête MICS 2000 sont présentés dans le tableau n° 11. Le niveau de supplémentation des enfants de 6-59 mois dans les 6 derniers mois, tel que le préconise le protocole actuellement en vigueur, est seulement de 23,5%. Le pourcentage des enfants qui n'ont jamais reçu de la vitamine A est très élevé : 51,5%

Ces résultats ne concordent pas avec les statistiques sanitaires. Ils seront considérés avec prudence. En effet, environ 20% des enfants qui ont déclaré n'avoir jamais reçu de capsule de vitamine A ont déjà participé à au moins une journée AVA.

11 Source : SISG, MinSan

Tableau 11 : Répartition des enfants âgés de 6-59 mois selon qu'ils ont reçu ou non une dose élevée de vitamine A, Madagascar, 200

	Effectifs enfants 6-59 mois	Pourcentage ayant reçu de la vitamine A				
		Dans les 6 derniers mois	Avant 6 derniers mois	Pas sûres quand	Pas sûres s'ils ont reçu	Jamais reçu
Province						
Antananarivo	1595	33,7	26,5	3,8	1,8	34,3
Fianarantsoa	1049	18,8	19,6	1,7	1,1	58,8
Toamasina	1056	23,2	23,6	0.5	1,1	51,7
Mahajanga	705	19,0	17,3	1,7	2,7	59,4
Toliary	979	11,3	17,9	3,8	2,2	64,8
Antsiranana	489	31,5	10,6	3,3	1,2	53,4
Milieu de résidence						
Capitale	258	17,1	22,1	7,8	1,6	51,9
Autres urbains	923	17,9	27,4	2,6	2,6	49,5
Rural	4692	24,9	19,5	2,2	1,5	51,8
Groupe d'âges						
6-11 mois	581	31,0	2,4	,7	,3	65,6
12-23 mois	1900	25,8	17,5	2,4	1,6	52,8
24-35 mois	1068	23,5	26,8	3,5	1,4	44,8
36-47 mois	1201	21,6	25,8	2,9	1,3	48,4
48-59 mois	1124	17,5	25,4	2,4	3,0	51,7
Niveau d'instruction						
Aucun	1528	14,5	17,0	2,4	1,3	64,9
Primaire	2831	28,5	20,8	2,6	1,2	46,8
Secondaire et +	1102	26,8	27,9	2,1	1,0	42,1
ND	413	13,1	16,9	3,1	8,2	58,6
Ensemble	5874	23,5	20,9	2,5	1,7	51,5

Iodation du sel

La malnutrition, tout particulièrement les Troubles Dus à la Carence en Iode (TDCI), entraîne des conséquences néfastes sur le développement intellectuel de l'enfant. L'iode est essentiel au développement du cerveau dès la conception de l'enfant. Les résultats de plusieurs études montrent qu'environ 3% des bébés des mères carencées en iode naissent crétins, 10% souffrent d'un retard mental sévère et 87% présentent un déficit intellectuel. L'adjonction d'iode, sous-forme d'iodure ou d'iodate de potassium, au sel de cuisine constitue une méthode de prévention très efficace et peu coûteuse dans toutes les régions dans lesquelles l'Administration peut contrôler le commerce du sel et enrichir systématiquement ce dernier.

Principaux programmes et activités de lutte contre les TDCI à Madagascar.

La lutte contre les TDCI à Madagascar a démarré avec la publication en 1992 du rapport de l'Enquête Nationale établissant que les TDCI constituent un problème de Santé Publique et mettent à risque 9.000.000 de malgaches. Le Taux de Goitre Total (TGT) au niveau des sept postes sentinelles TDCI était alors de 45,2%. Face à ce fléau, Madagascar a adopté une politique nationale de lutte contre les TDCI dont les stratégies comprennent la supplémentation en capsules iodées, comme mesure transitoire d'urgence, et l'iodation du sel comme solution à long terme.

De 1993 à 1995, on a procédé à une distribution de capsules iodées aux groupes cibles (enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer) vivant dans les zones endémiques. 1.100.000

capsules ont été ainsi distribuées. Parallèlement à la supplémentation iodée, les activités de mise en place de l'iodation du sel ont été entreprises :

- Sensibilisation des sauniers ainsi que du public sur le bien-fondé de l'iodation du sel;
- Regroupement des petits sauniers afin de mieux suivre le processus d'iodation;
- Formation des sauniers sur la technique d'iodation et de gestion de l'unité d'iodation;
- Commande et mise en place des matériels d'iodation ainsi que de l'iodate de potassium;
- Adoption de divers textes régissant l'iodation du sel à Madagascar: arrêté interministériel no2413/94-MPCA/MINSAN/MRAD du 02 juin 1994 portant fixation de la Norme Malagasy sur le sel alimentaire et le sel iodé ; décret no95-587 du 05 septembre 1995 portant adoption de la politique nationale de lutte contre les TDCI et sa réglementation; arrêté interministériel no409/96 du 6 février 1996 portant application des dispositions du décret n°95-587 ;
- 7 laboratoires d'analyse et de contrôle de sel iodé ont été mis en place dans les six provinces.

Le lancement de l'iodation du sel a eu lieu en Avril 1995.

Méthodologie

L'objectif du module est de connaître si le ménage consomme du sel iodé. Un échantillon du sel utilisé pour cuire le repas principal pris par la famille, le jour précédant l'interview, a été demandé par les enquêteurs au niveau des 6.480 ménages inclus dans cette enquête MICS 2000. 94% des ménages ont pu fournir un échantillon pour être soumis au testing-kit. Il s'agit d'un test qualitatif sur la présence ou non d'iode dans le sel.

Niveaux et tendances de la consommation de sel iodé

Niveaux

La prévalence de la consommation du sel iodé par les ménages, à Madagascar, est de 76%. Cette prévalence globale masque cependant une certaine disparité régionale. Antsiranana et Toliary sont les deux provinces productrices de sel dans le pays : le taux de consommation de sel iodé est de 93% pour la première et seulement 36% pour la seconde (Figure 22). En effet, la production de sel à Antsiranana est assurée par une compagnie industrielle qui ravitaille plus de 75% du marché national. Par contre, les multiples petits producteurs opérant à Toliary, qui ravitaillent les 2 régions endémiques de Fianarantsoa et Antananarivo, ont à faire face à différents problèmes d'ordre technique et commercial.

Figure 22 : Pourcentage de ménages consommant du sel iodé selon les provinces, Madagascar, 2000

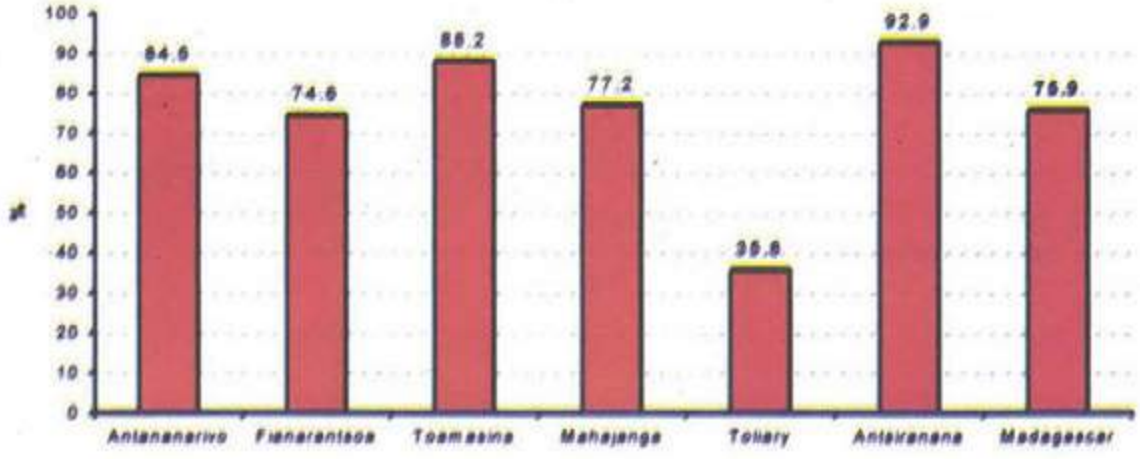


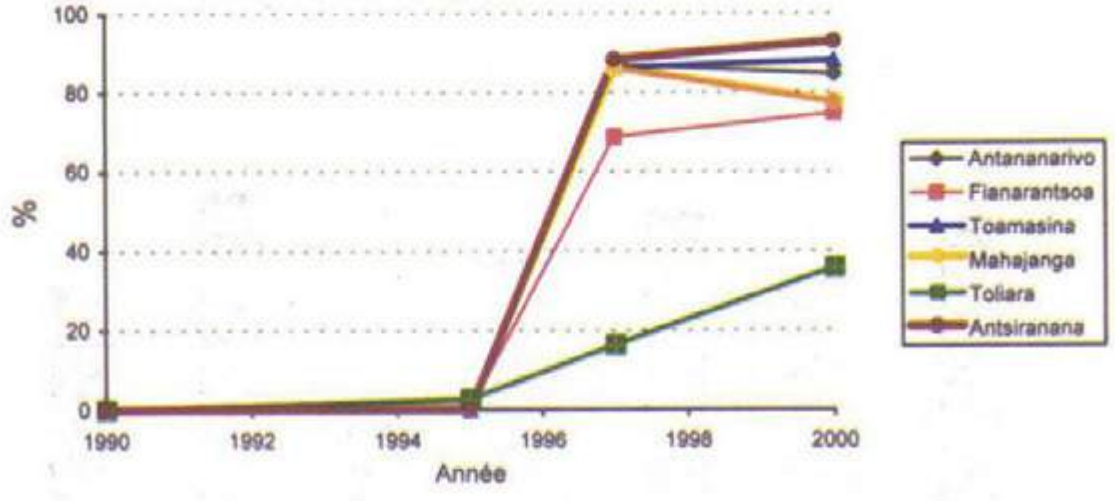
Tableau 12 : Pourcentage de ménages consommant du sel iodé, Madagascar, 2000

	Effectif des ménages interviewés	Pourcentage de ménage avec sel testé		
		Non iodé	Iodé	Effectif de ménage dont le sel a été testé
Province				
Antananarivo	1844	15,3	84,6	1721
Fianarantsoa	1194	25,3	74,6	1101
Toamasina	1090	11,6	88,2	1048
Mahajanga	760	22,8	77,2	
	724			
Toliary	1029	64,2	35,8	921
Antsiranana	563	7,1	92,9	553
Milieu de résidence				
Capitale	381	3,3	96,7	369
Autres urbains	1108	20,0	80,0	1057
Rural	4992	26,7	73,3	4641
Total	6480	24,0	76,0	6067

Tendances

Les proportions de ménages ayant consommé du sel iodé ont régulièrement augmenté depuis 1995, date de démarrage de l'iodation universelle du sel à Madagascar : 0% de 1990 à 1994, 0,7% en 1995, 73% en 1997 et 76% en 2000. Paradoxalement, le niveau de la consommation de sel iodé, au cours de la décennie, a toujours été nettement inférieur à Toliary, zone productrice de sel iodé, comparativement aux autres provinces (Figure no23).

Figure 23 : Evolution du taux de consommation du sel iodé, Madagascar 2000



Degré d'atteinte de l'objectif du Sommet Mondial de l'Enfance

L'objectif fixé lors du Sommet Mondial de l'Enfance est l'"élimination quasi-totale de la carence en iode".

Actuellement, 17 unités d'iodation ont été installées sur tout le territoire avec une capacité d'ioder la totalité de la production nationale, estimée à 95.000 tonnes par an. Un système d'assurance de la qualité du sel iodé dans les zones productrices du sel et d'endémie goitreuse a été mis en place. Ainsi, 96,2% du sel disponible sur le marché sont actuellement iodés[12]. Par ailleurs, 76% des ménages consomment effectivement du sel iodé (MICS 2000). Les divers indicateurs de suivi, recueillis lors des évaluations entreprises durant ces années, témoignent d'une nette amélioration de la situation. Effectivement le Taux de Goitre Total (TGT) qui était de 42,5% en 1992, est actuellement à 6,3%, la valeur médiane du taux d'excrétion d'iode urinaire a accusé une progression régulière (70,2µg/l en 1995 - 156,8µg/l en 1998) se trouvant ainsi dans la fourchette acceptable (100µg/l-200µg/l).

Néanmoins, des problèmes persistent encore, notamment:

- la difficulté à faire ioder le sel par certains petits sauniers
- le faible application de la législation sur le sel iodé
- la grande variabilité de la teneur en iode trouvé dans le sel disponible sur le marché.

Recommandations

Malgré les quelques problèmes auxquels nous avons encore à faire face, les résultats obtenus par la lutte contre les TDCI sont actuellement des plus encourageants. Néanmoins, pour maintenir ces résultats, les efforts doivent être maintenus, notamment dans le domaine de l'assurance de la qualité du sel iodé, la mise en place de structure de pérennisation de l'iodation du sel dans le pays et les activités IEC en faveur de la promotion de la consommation et de la conservation adéquate du sel iodé par les ménages.

Fortification alimentaire

Outre la malnutrition protéino-énergétique, les carences en micronutriments ont également un impact important sur la morbidité et la mortalité des enfants. La fortification alimentaire constitue l'une des stratégies les plus efficaces pour la prévention des carences en micronutriments. A Madagascar, elle est déjà appliquée pour la prévention des TDCI. Les autorités sanitaires envisagent actuellement de l'utiliser dans le cadre de la lutte contre la carence en vitamine A. Le véhicule à utiliser à cet effet doit être accessible et consommé régulièrement par le groupe cible et être produit ou traité en quelques endroits pour faciliter l'assurance- qualité du produit. Compte-tenu des résultats des enquêtes alimentaires antérieures, deux denrées sont susceptibles d'être enrichis en Vitamine A dans le pays : le sucre et l'huile.

Méthodologie

L'objectif de cette section est de connaître le pourcentage de ménages consommant du sucre ou de l'huile, afin de pouvoir fortifier en vitamine A les deux produits cités, si nécessaire. A cet effet, quatre questions ont été posées respectivement pour chacun de ces deux produits à un membre adulte du ménage :

i)- Avez-vous utilisé du sucre (respectivement de l'huile) depuis le [*jour de la semaine*] dernier ?

12 Source : Service de la Nutrition, Ministère de la Santé

ii)- Quel type de sucre (respectivement d'huile) utilisez-vous d'habitude ?
iii)- Fréquence d'achat du sucre (respectivement de l'huile) ?
iv)- Combien de kilos (respectivement de litres) avez-vous l'habitude d'acheter ?

Selon leur origine, les denrées ont été classées en 3 catégories :
i)- les produits importés;
ii)- les produits artisanaux; et
iii)- les produits locaux. Ces derniers sont ceux produits par les usines locales.

Les fréquences d'achat des denrées ont été classées en 4 catégories :
i)- quotidien (tous les jours);
ii)- hebdomadaire (1-2 fois par semaine);
iii)- mensuel (1-3 fois par mois); et
iv)- rare (moins d'une fois par mois).

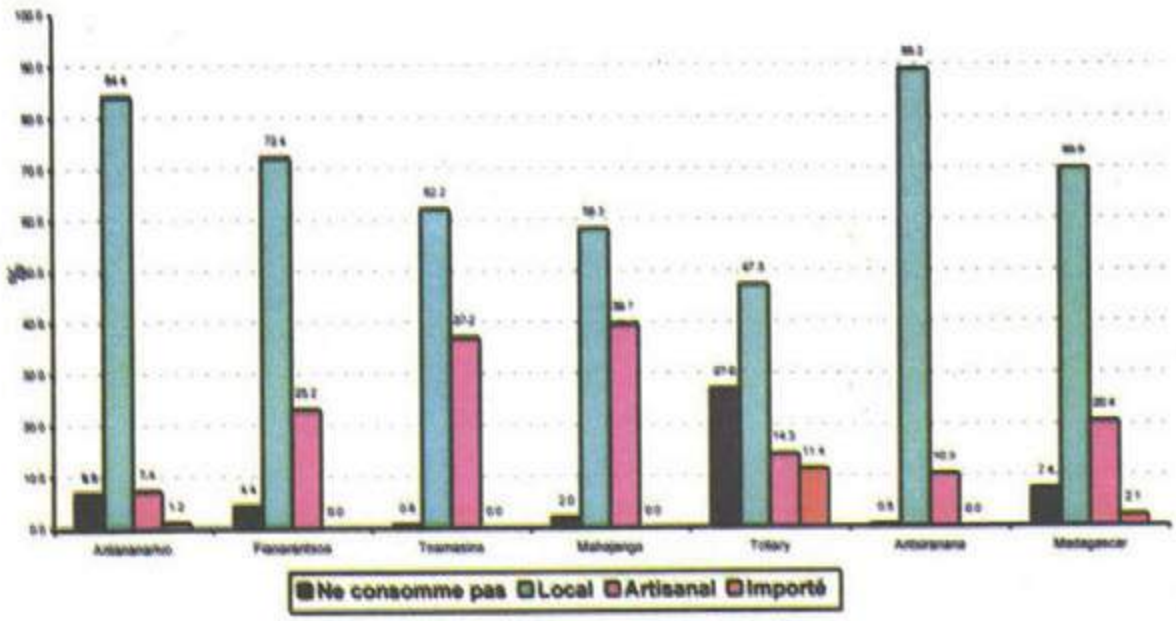
La consommation hebdomadaire a été calculée à partir du rythme d'approvisionnement et de l'estimation donnée par le répondant pour la quantité de denrée par achat.
Diverses raisons conditionnent le rythme et le volume de l'approvisionnement ainsi que la quantité de denrées consommée par les ménages. Parmi ces facteurs figurent notamment la disponibilité financière et l'accessibilité au système d'approvisionnement. Ce sont autant de paramètres à prendre en considération pour la mise en place éventuelle d'un programme national de fortification alimentaire.

Résultats

Situation vis-à-vis de la consommation de sucre au niveau des ménages

La majorité des ménages enquêtés (93%) ont consommé du sucre dans la semaine qui a précédé l'enquête. C'est dans la province de Toliary qu'on rencontre le plus fort pourcentage de ménages qui n'ont pas consommé de sucre (27%).

Figure 24 : Répartition des ménages par province et selon le type de sucre consommé, Madagascar 2000



Le sucre produit par les usines malgaches est le plus fréquemment consommé (71%). Les plus forts pourcentages de ménages consommant du sucre local se rencontrent dans les provinces d'Antsiranana (89%), et d'Antananarivo (84%). Néanmoins, la consommation de sucre artisanal n'est pas négligeable (20%) particulièrement dans les provinces de Mahajanga (40%) et Toamasina (37%). La consommation de sucre local est courante en milieu urbain (80%), particulièrement dans la capitale (93%).

Tableau 13 : Répartition des ménages selon le type de sucre consommé, Madagascar, 2000

	Total ménages	Consommation de sucre et type de sucre				
		OUI			NON	NSP/ND
		Importé	Local	Artisanal		
Province						
Antananarivo	1884	1,2	84,4	7,4	6,9	0,1
Fianarantsoa	1194	-	72,4	23,1	4,4	0,1
Toamasina	1090	-	62,2	37,2	0,6	-
Mahajanga	760	-	58,3	39,7	2,0	-
Toliary	1020	11,4	47,3	14,3	27,0	-
Antsiranana	563	-	89,2	10,3	0,5	-
Milieu de résidence						
Capitale	381	2,9	93,4	2,6	0,8	0,3
Autres urbains	1108	3,2	79,8	10,7	6,3	-
Rural	4992	1,9	65,9	24,0	8,2	-
Total	6480	2,1	69,9	20,4	7,4	0,2

Fréquence d'approvisionnement des ménages en sucre

Dans toutes les provinces, la majorité (61%) des ménages enquêtés s'approvisionnent hebdomadairement en sucre. Cette pratique se rencontre essentiellement en milieu rural (64%). L'approvisionnement quotidien est surtout pratiqué par les ménages urbains : 36% dans la capitale et 22% dans les autres villes.

Figure 25 : Répartition des ménages par province et selon la fréquence d'approvisionnement en sucre, Madagascar, 2000

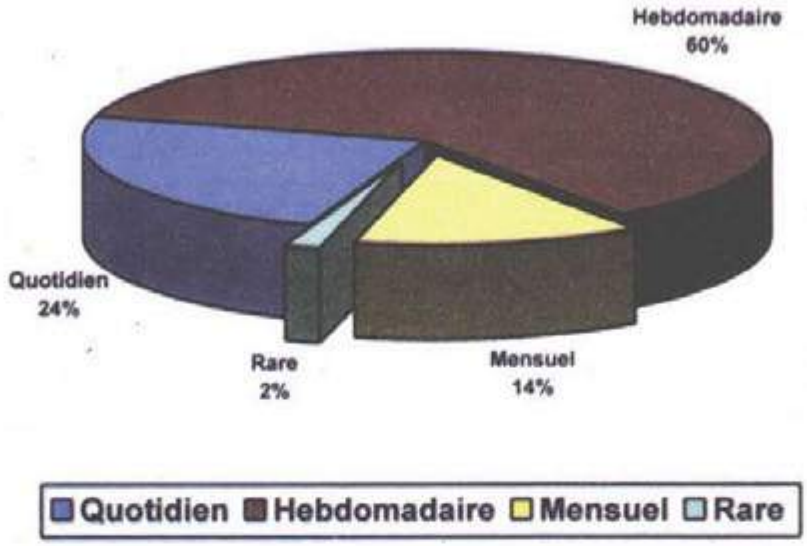


Tableau 14 : Répartition des ménages selon la fréquence d'approvisionnement en sucre, Madagascar, 2000

		Fréquence d'approvisionnement en sucre			
	Total ménages	Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Rare
Province					
Antananarivo	1844	26,9	60,0	12,3	0,7
Fianarantsoa	1194	27,6	57,0	13,6	1,8
Toamasina	1090	29,5	54,0	15,4	1,0
Mahajanga	760	11,3	68,9	16,7	3,4
Toliary	1029	22,8	63,5	10,1	3,6
Antsiranana	563	12,0	69,7	17,2	1,2
Milieu de résidence					
Capitale	381	37,3	44,9	17,5	0,3
Autres urbains	1100	27,7	56,5	13,8	1,7
Rural	4992	21,3	63,8	13,2	1,8
Ensemble	6480	23,8	60,8	13,6	1,7

Niveau de consommation de sucre au niveau des ménages

Pour 84% des ménages enquêtés, la consommation hebdomadaire en sucre ne dépasse pas 750 grammes. Près du quart des familles consomment moins de 250 grammes de sucre par semaine, et ce particulièrement en milieu rural (28%), dans les provinces de Fianarantsoa (34%) et Toamasina (33%).

Figure 26 : Répartition des ménages par province et selon la consommation hebdomadaire de sucre, Madagascar, 2000

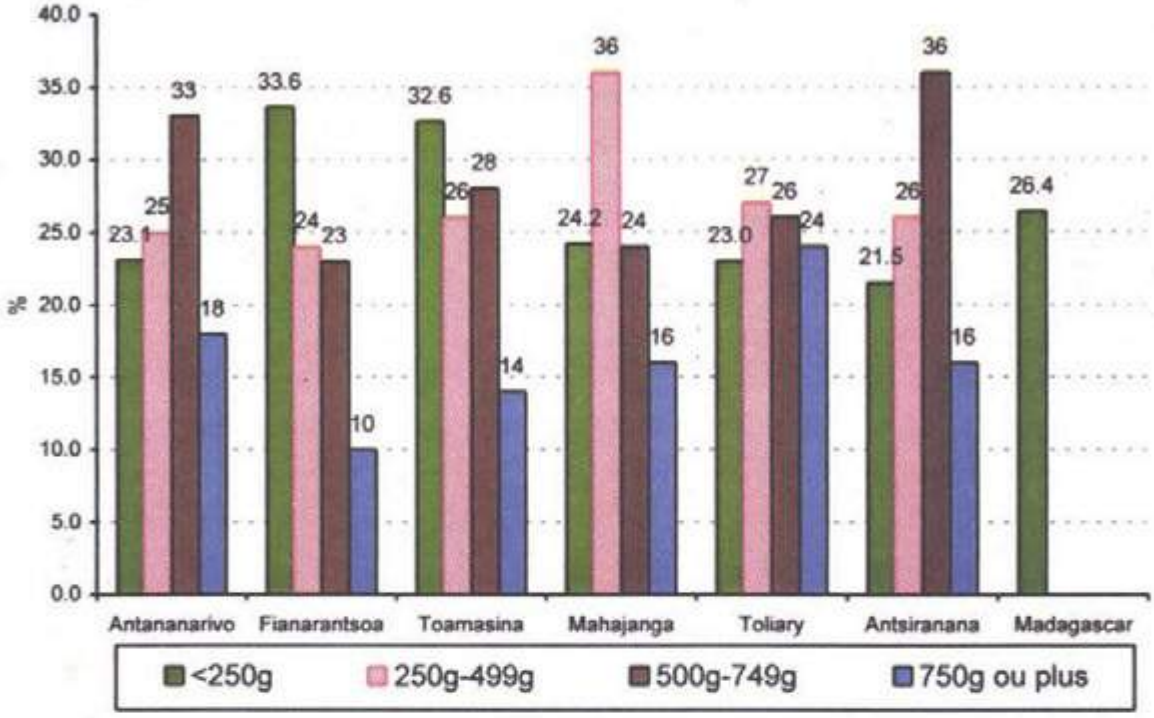


Tableau 15 : Répartition des ménages selon la consommation hebdomadaire de sucre, Madagascar, 2000

	Total ménages	Quantité hebdomadaire (en grammes)			
		< 250	250-499	500-749	750 +
Province					
Antananarivo	1.844	23,1	25,2	21,1	30,3
Fianarantsoa	1.194	33,6	33,5	16,0	16,9
Toamasina	1.090	32,6	25,5	18,4	23,2
Mahajanga	760	24,2	35,7	18,5	22,0
Toliary	1.029	23,0	27,3	20,5	29,3
Antsiranana	563	21,5	26,3	24,3	27,7
Milieu de résidence					
Capitale	381	17,4	23,2	17,2	42,5
Autres urbains	1.100	22,7	25,6	18,9	32,6
Rural	4.992	28,3	29,4	20,4	21,9
Ensemble	6.480	26,4	28,2	19,8	25,6

Situation vis-à-vis de la consommation d'huile au niveau des ménages

Plus de 90% des ménages enquêtés ont consommé de l'huile dans les sept jours qui ont précédé l'interview. Il s'agit presque exclusivement d'huile produite dans le pays, de façon artisanale (13%)

ou industrielle (78%). L'huile artisanale est consommée essentiellement par les ménages ruraux (15%) ainsi que ceux des provinces de Mahajanga (28%) et Toliary (16%).

Figure 27 : Répartition des ménages par province et selon le type d'huile consommée, Madagascar, 2000

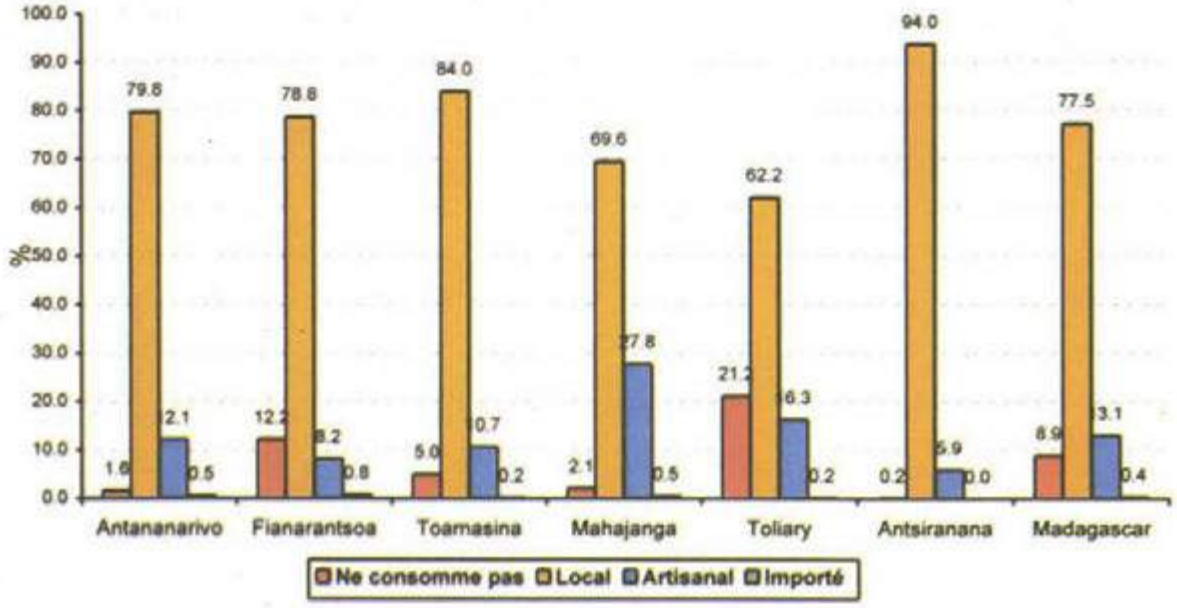


Tableau 16 : Répartition des ménages par province et selon le type d'huile consommée, Madagascar, 2000

	Total ménages	Consommation d'huile et type d'huile				
		OUI			NON	NSP/ND
		Importé	Local	Artisanal		
Province						
Antananarivo	1844	0,5	79,8	12,1	7,6	0,0
Fianarantsoa	1194	0,8	78,8	8,2	12,2	0,0
Toamasina	1090	0,2	84,0	10,7	5,0	0,0
Mahajanga	760	0,5	69,6	27,8	2,1	0,0
Toliary	1029	0,2	62,2	16,3	21,2	0,1
Antsiranana	563	0,0	94,0	5,9	0,2	0,0
Milieu de résidence						
Capitale	381	0,0	99,5	0,5	0,3	0,0
Autres urbains	1108	0,5	85,1	8,2	6,0	0,1
Rural	4992	0,4	74,2	15,2	10,2	0,0
Total	6480	0,4	77,5	13,1	8,9	0,0

Fréquence d'approvisionnement des ménages en huile

Près des trois-quart des ménages s'approvisionnent en huile, au moins une fois par semaine. De même que pour le sucre, on s'approvisionne quotidiennement en huile dans la capitale (36%), les autres villes (22%) et la province d'Antananarivo (23%). L'approvisionnement hebdomadaire est pratiqué surtout en milieu rural (59%) et dans les provinces de Toamasina (60%), Fianarantsoa (60%) et Toliary (59%).

Figure 28 : Répartition des ménages par province et selon la fréquence d'approvisionnement en huile, Madagascar, 2000

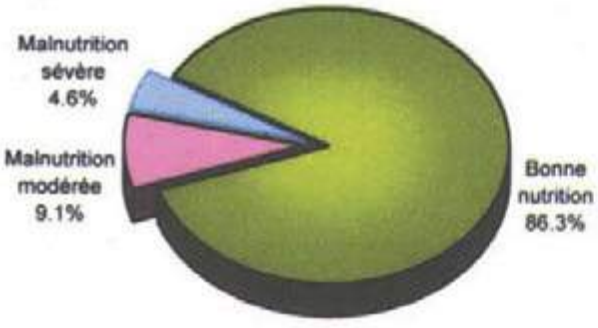


Tableau 17 : Répartition des ménages selon la fréquence d'approvisionnement en huile, Madagascar, 2000

	Total ménages	Fréquence d'approvisionnement en huile			
		Quotidien	Hebdomadaire	Mensuel	Rare
Province					
Antananarivo	1844	22,8	51,5	24,3	1,5
Fianarantsoa	1194	12,5	57,1	26,3	0,8
Toamasina	1090	16,4	59,5	22,9	1,1
Mahajanga	760	9,2	47,9	24,4	8,6
Toliary	1029	19,2	59,4	19,1	2,2
Antsiranana	563	9,3	56,0	32,0	3,0
Milieu de résidence					
Capitale	381	36,1	32,2	30,6	0,8
Autres urbains	1100	22,0	51,1	25,5	1,3
Rural	4992	12,9	59,2	25,1	2,7
Ensemble	6480	16,4	55,7	25,6	2,3

Niveau de consommation d'huile au niveau des ménages

La consommation hebdomadaire moyenne en huile des ménages enquêtés est de 366 ml. Ce sont les ménages de la province d'Antananarivo qui consomment le plus l'huile (438ml/semaine). Dans la capitale, pour la moitié des ménages, les quantités d'huile achetées dépassent le demi-litre. La quantité d'huile consommée par les ménages ruraux (282 ml/semaine) équivaut à la moitié de celle des ménages urbains: 684 ml/semaine pour la capitale et 567 ml/semaine pour les autres villes. Près de la moitié des ménages (52%) consomment moins de 250 ml d'huile par semaine et ce, particulièrement en milieu rural (60%) et dans les provinces de Fianarantsoa (60%), Mahajanga (55%) et Toliary (52%). Comparativement aux autres provinces, la consommation hebdomadaire moyenne en huile est plus faible pour Toamasina (252 ml) et Fianarantsoa (295 ml).

Figure 29 : Répartition des ménages par province et selon la consommation hebdomadaire d'huile, Madagascar, 2000

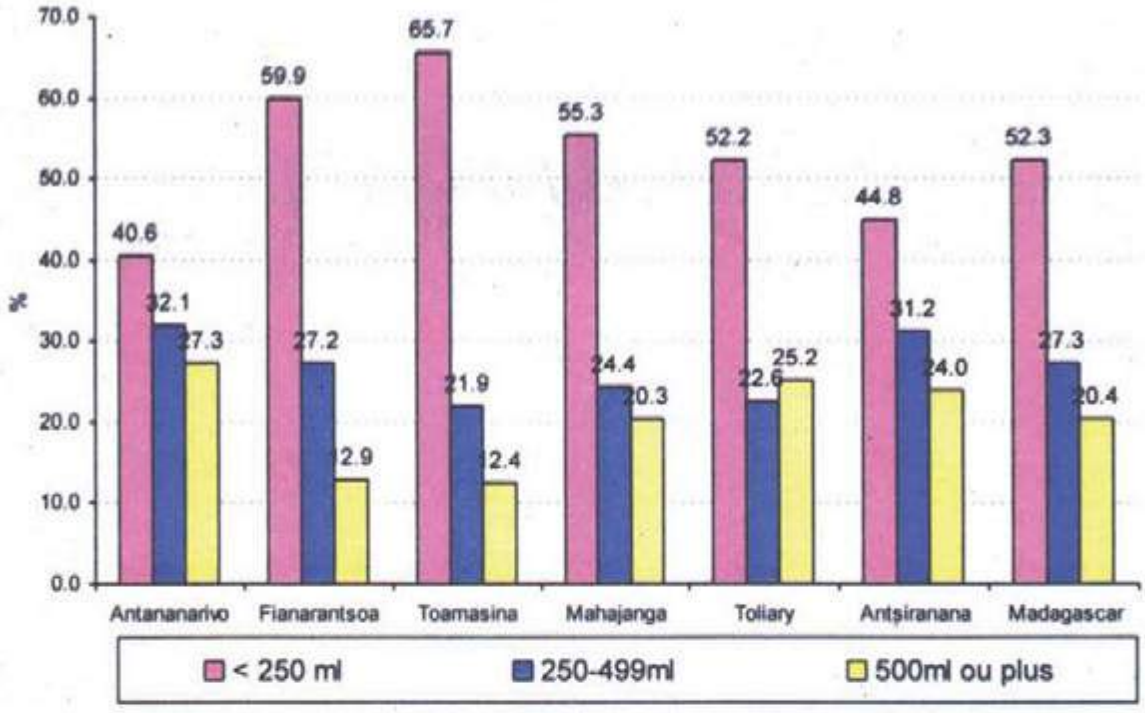


Tableau 18 : Répartition des ménages selon la consommation hebdomadaire d'huile, Madagascar, 2000

		Consommation hebdomadaire d'huile (en millilitres)			
	Total ménages	Moyenne	< 250 ml	250-500 ml	500 ml +
Province					
Antananarivo	1844	438,1	40,6	32,1	27,3
Fianarantsoa	1194	295,4	59,9	27,2	12,9
Toamasina	1090	252,4	65,7	21,9	12,4
Mahajanga	760	402,5	55,3	24,4	20,3
Toliary	1029	405,8	52,2	22,6	25,2
Antsiranana	563	399,2	44,8	31,2	24
Milieu de résidence					
Capitale	381	683,9	17,4	32,5	50,1
Autres urbains	1100	566,7	37,3	29,8	32,
Rural	4992	281,9	59,6	26,1	14,3
Ensemble	6480	365,6	52,3	27,3	20,4

Carence en vitamine A et consommation en sucre/huile

Les données nationales sur la carence en vitamine A actuellement disponibles concernent les taux d'héméralopie chez l'enfant de 18-35 mois et chez la femme enceinte (EDS 97). Le tableau n°19 montre une comparaison entre ces indicateurs et ceux relatant la consommation en sucre et huile dans le pays. Les ménages urbains, y compris la capitale, et la province d'Antananarivo qui présentent les plus fort taux d'héméralopie sont aussi les plus grands consommateurs de sucre et d'huile.

Cependant, on note une grande variabilité dans la consommation en huile entre le milieu urbain et le milieu rural, d'une part et entre les provinces d'autre part. Cette variabilité est moins accentuée pour le sucre.

Il apparaît dans le tableau qu'une fortification du sucre en vitamine A profiterait à 72% des ménages malgaches, particulièrement ceux de la capitale, des provinces d'Antsiranana et d'Antananarivo dont respectivement 93%, 89% et 84% consomment du sucre produit par les usines locales. Ainsi, de par sa production industrielle centralisée dans quelques usines techniquement bien équipées et bien administrées, son coût relativement modique, ses caractères organoleptiques et son acceptabilité, le sucre pourrait servir efficacement de bon véhicule pour l'enrichissement en vitamine A.

Tableau 19 : Taux d'héméralopie[13] et consommation moyenne en sucre /huile

	Héméralopie chez l'enfant (%)	Héméralopie chez la femme enceinte (%)	Consommation moyenne de sucre/semaine (g/personne)	Consommation moyenne en huile/semaine (ml/personne)
Province				
Antananarivo	2,2	3,2	182,5	87,9
Fianarantsoa	1,7	0,8	138,9	56,3
Toamasina	1,6	8,6	109,9	49,9
Mahajanga	1,9	1,0	141,4	78,7
Toliary	2,4	3,3	145,1	76,5
Antsiranana	1,1	0,0	132,7	83,5
Milieu de résidence				
Capitale	3,0	10,0	172,1	149,0
Autres urbains	2,9	4,6	186,0	112,4
Rural	1,6	2,4	137,9	54,8
Ensemble	1,9	3,1	149,7	71,9

13 Source : EDS

Ménage - Habitat - Eau et Assainissement

RAZAFIMIARANTSOA Tovonirina Théodore et MAFILAZA Victor

Cette partie sera présentée en quatre sections. La première section porte sur quelques caractéristiques des ménages et certains de leurs membres (les personnes concernées par l'enquête individuelle) ; la deuxième aborde les questions sur l'habitat qui permettent d'évaluer les conditions du logement du ménage ; la troisième section sera consacrée à la source d'eau utilisée par le ménage et l'assainissement du milieu ; la dernière et quatrième section concerne la mesure du niveau socio-économique des ménages enquêtés. Cette mesure se fait à l'aide d'un indicateur composite associant le confort de l'habitat, la qualité de l'eau utilisée par le ménage et le niveau d'assainissement du milieu dans lequel vit le ménage.

Ménage

Comme les autres opérations de collecte de données, l'enquête MICS a permis de recueillir des informations sur le ménage en plus des enquêtes individuelles. Ainsi, il a été nécessaire que chaque agent enquêteur comprenne ce que l'on entend par « ménage ». La définition qui a été retenue est la suivante : « Un ménage correspond à une personne ou groupe de personnes, avec ou sans lien de parenté, qui vivent sous le même toit et mangent habituellement ensemble. Les membres du ménage reconnaissent l'autorité d'une seule personne appelée « Chef de ménage » ».

Il se dégage du tableau 20 que, parmi les 6480 ménages enquêtés près du tiers (29%) se trouvent dans la province d'Antananarivo et presque la moitié (47%) se répartissent à travers les Hautes Terres Centrales c'est-à-dire dans les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa. C'est la province d'Antsiranana qui détient la plus faible proportion de ménages (9%). Si l'on s'en tient aux résultats de l'enquête EPM 99 avec laquelle l'on a pu également recueillir des informations sur les caractéristiques des ménages, on constate que la répartition des ménages selon la province n'a pratiquement pas changé.

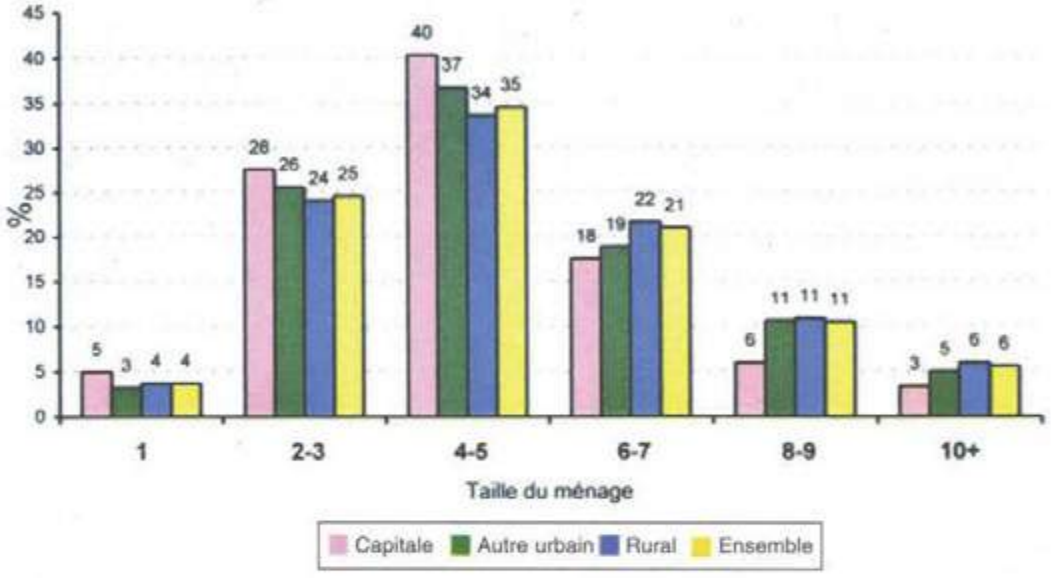
Cette inégale répartition des ménages au niveau des provinces est la conséquence d'une inégale répartition géographique de la population malgache. En effet, les données sur l'état de la population[14] (RGPH, 1993) montre que les Hautes Terres Centrales constituent des zones à forte densité de peuplement (>40 habitants/km≤).

Pour ce qui concerne la taille des ménages, il ressort des données que l'on rencontre rarement des ménages d'une seule personne à Madagascar (4%). C'est dans la capitale que cette catégorie de ménages est prépondérante (5%). La situation matrimoniale des chefs de ménages pourrait, en partie, expliquer ce phénomène (RGPH, 1993). On trouve, par exemple, beaucoup plus de chefs de ménage célibataires dans la capitale que dans les autres régions du pays. Par contre, les ménages de 4 à 5 personnes sont les plus répandus à travers le pays (35%). Les proportions des ménages de cette catégorie suivant le milieu de résidence sont les suivantes : 40% dans la capitale, 37% en milieu urbain autre que la capitale et 34% en milieu rural. Par ailleurs, ainsi qu'il apparaît dans le tableau 20 et à travers le graphique, c'est en milieu rural que l'on rencontre des ménages dont la taille est élevée (plus de 6 personnes). Quant à la taille moyenne des ménages, elle est de 5,1 personnes pour l'ensemble du pays. Comparée aux résultats de l'enquête EDS'97 (4,9 personnes), elle a légèrement augmenté. On constate également que la taille moyenne des ménages est pratiquement la même en milieu rural et en milieu urbain autre que la capitale (5,2 contre 5,0).

Le graphique ci-dessous illustre la répartition des ménages enquêtés par milieu de résidence suivant leur taille.

14 RGPH 1993

Figure 30 : Répartition des ménages selon la taille et le milieu de résidence, Madagascar, 2000



L'enquête ménage a permis également de dénombrer les enfants de moins de 15 ans, les enfants de moins de 5 ans et les femmes de la tranche d'âges 15 à 49 ans, lesquels étaient concernés par l'enquête individuelle.

Pour l'ensemble du pays, près de 9 ménages sur 10 (86%) ont au moins un enfant âgé de moins de 15 ans. Cette situation reflète bien la structure par âge de la population malgache qui est qualifiée de « population jeune ». En effet, un peu moins de la moitié de la population (45%) a moins de 15 ans[15]. Mise à part la capitale, le milieu urbain présente à peu près la même structure que le milieu rural quant au nombre d'enfants de moins de 15 ans (86% et 87%).

Comme mentionné plus haut, il a été dénombré également les enfants de moins de 5 ans. Outre les informations qui ont été recueillies sur ces enfants afin d'obtenir les indicateurs de suivi des objectifs du SME, la connaissance de leur nombre a permis d'examiner leur importance par rapport à l'ensemble de la population. Ainsi, les résultats contenus dans le tableau 20 font apparaître que dans 70% des ménages enquêtés, l'on a rencontré les enfants de cet âge, ce qui traduirait un signe de fécondité élevé des femmes malgaches. Du point de vue du milieu de résidence, dans les ménages ruraux on a trouvé plus d'enfants de la tranche d'âge en question que dans les ménages urbains (sans la capitale) (69% contre 65%). Cet écart devient encore plus important quand on fait la comparaison avec la situation des ménages de la capitale où la proportion des enfants de moins de cinq est de 56%.

Quant aux femmes âgées de 15 à 49 ans, il se dégage des résultats que dans 9 ménages sur 10, l'on a pu trouver au moins une femme éligible, et cela quel que le soit le milieu de résidence.

15 RGPH 1993

Tableau 20 : Répartition (%) des ménages par caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

	Milieu			
	Capitale	Autre urbain	Rural	Ensemble
Province				
Antananarivo	100,0	17,4	25,4	28,5
Fianarantsoa	-	18,0	19,9	18,4
Toamasina	-	21,3	17,1	16,8
Mahajanga	-	14,6	12,0	11,7
Toliary	-	19,6	16,3	15,9
Antsiranana	-	9,1	9,2	8,7
Taille des ménages				
1	5,0	3,2	3,7	3,7
2-3	27,6	25,6	24,1	24,6
4-5	40,4	36,8	33,7	34,6
6-7	17,6	18,9	21,7	21,0
8-9	6,0	10,6	10,9	10,5
10+	3,4	5,0	6,0	5,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Moyenne	4,6	5,0	5,2	5,1
Au moins un enfant âgé <15 ans	78,0	85,8	87,0	86,3
Au moins un enfant âgé <5 ans	55,6	65,4	69,4	67,9
Au moins une femme âgée de 15-49 ans	88,7	90,8	88,1	88,6
Effectif pondéré	381	1.108	4.992	6.480
Effectif non pondéré	1.200	1.440	3.840	6.480

Habitat

Dans le questionnaire ménage, des questions concernant l'habitat ont été insérées. Elles portent sur les deux caractéristiques suivantes : nature du plancher et nombre de chambres à coucher.

Nature du plancher

Le tableau 21 montre les conditions de vie du ménage du point de vue de la nature du plancher. De ce tableau, il ressort que dans les logements, les matériaux de plancher qui s'imposent largement à travers le pays, notamment en milieu rural, sont constitués de « palme/ bambou/natte ». Il est établi que dans 63% des cas, le plancher des ménages malgaches est fait à l'aide des matériaux sus-cités. C'est dans les ménages ruraux que l'on trouve surtout ces types de plancher (73%). Ensuite, à l'exception du milieu rural, vient en deuxième rang le plancher en ciment qui est le plus utilisé dans les logements urbains : 36% dans la capitale et 35% dans les autres milieux urbains.

Par ailleurs, tel qu'il ressort des données, il existe de grandes disparités entre les ménages de la capitale et ceux des autres régions en ce qui concerne les matériaux utilisés pour le sol du logement. Ainsi, la grande majorité des ménages de la capitale (70%) occupent des logements dont le plancher est fait en parquet/bois ciré ou carrelage ou ciment ou moquette. La proportion des ménages rentrant dans la même catégorie est de 44% dans les autres centres urbains. C'est dans le monde rural que la situation est la plus préoccupante dans la mesure où 10% seulement des ménages ont accès à des matériaux de plancher considérés comme confortables.

Au regard des résultats relatifs à la nature du plancher, on peut dire déjà que la situation des ménages malgaches est loin d'être brillante. Le fait qu'une proportion assez importante des ménages soit mal équipée en matière de matériau de sol du logement nous amène à conclure qu'une couche importante

de la population est exposée aux divers risques de propagation de maladies notamment chez les enfants en bas âge.

Tableau 21 : Pourcentage des ménages par nature du plancher selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000

Nature du plancher	Milieu de résidence			
	Capitale	Autre urbain	Rural	Ensemble
Sol nu/Terre/Sable	11,5	6,3	9,3	9,0
Planche en bois	8,1	9,8	7,0	7,5
Palme/Bambou/Natte	5,2	40,0	72,7	63,2
Parquet/Bois ciré	34,6	8,1	2,6	5,5
Carrelage	2,4	0,7	0,1	0,3
Ciment	36,2	34,7	7,7	14,0
Moquette	0,5	0,1	-	-
Autres	1,0	0,1	0,5	0,5
ND	-	0,2	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	381	1108	4992	6480

Chambres à coucher

Comme pour la nature du plancher, la connaissance du nombre de chambres à coucher trouve son intérêt dans le fait qu'elle permet de mesurer, quoique de façon approximative, le statut socio-économique des ménages enquêtés. En règle générale, plus le ménage est pauvre, moins il dispose d'assez d'espace pour abriter ses membres. Par contre, le ménage de la catégorie des nantis devrait connaître un degré d'entassement moins important.

Il ressort des résultats que dans l'ensemble du pays, plus de 9 ménages sur 10 (94%) occupent des logements à une ou deux chambres à coucher seulement. Avec une taille moyenne de ménage de 5,1 personnes, on peut dire qu'il y a une situation de promiscuité très marquée dans les ménages malgaches. Cet indicateur est à peu près le même quel que soit le milieu de résidence : 96% en milieu rural, 90% dans l'ensemble du milieu urbain et 89% dans la capitale. Les données selon les provinces font apparaître également que l'ampleur de la promiscuité est la même dans toutes les provinces. Cet état de fait suggère que la promiscuité est généralisée dans le pays et n'épargne qu'une catégorie de minorité.

Les résultats sur le nombre de chambres à coucher ne font que confirmer ceux sur la nature du plancher. Sans aucun doute, des efforts considérables sont à déployer afin de permettre au plus grand nombre de vivre dans des conditions adéquates de logement. Par ailleurs, de par l'importance des conditions d'habitat sur la santé des enfants, ces résultats montrent l'ampleur des tâches à accomplir en matière de réduction de la morbidité et de la mortalité d'origine hygiénique. En effet, il est peu probable que l'on puisse progresser en matière de santé des enfants si ces derniers grandissent encore dans des conditions de promiscuité.

En un mot, la situation sur les conditions de l'habitat nous amène à conclure que la précarité des conditions de vie des ménages malgaches privent les enfants de leurs droits fondamentaux notamment ceux liés à leur développement intégral. Ces droits sont évoqués dans la Convention relative aux Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 1989 et à laquelle l'Etat malgache a adhéré. Ainsi, il est stipulé dans l'article 27 al.1 de ladite convention que : « Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social ».

Tableau 22 : Répartition (%) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et le milieu de résidence, Madagascar, 2000

Nombre de chambres à coucher	Milieu de résidence			Ensemble
	Capitale	Autre urbain	Rural	
1	66,1	61,8	75,2	72,4
2	22,8	27,8	20,5	21,9
3	7,9	6,8	2,6	3,6
4	1,6	2,6	0,8	1,1
5	0,3	0,4	0,0	0,1
6	0,3	0,1	_	0,0
ND	1,0	0,5	0,9	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	381	1108	4991	6480

Tableau 23 : Répartition (%) des ménages selon le nombre de chambres à coucher et selon la province, Madagascar, 2000

Nombre de chambres à coucher	Province						Ensemble
	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliary	Antsiranana	
1	68,5	72,7	74,8	73,4	75,9	71,7	72,4
2	25,2	21,8	20,8	20,9	17,2	23,0	21,9
3	4,6	3,5	2,7	3,6	3,5	3,0	3,6
4	1,0	1,0	1,3	0,8	1,6	1,1	1,1
5	0,1	0,3	-	0,1	0,2	-	0,1
6	0,1	-	-	-	0,1	-	0,0
ND	0,6	0,8	0,4	1,2	1,6	1,2	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1.845	1.195	1.091	760	1.029	562	6480

Eau et Assainissement

Conformément aux objectifs 4 et 5 du SME, il a été recueilli lors de l'enquête des informations sur l'eau et assainissement afin d'obtenir les indicateurs de suivi dans ce secteur.

Dans cette section, il sera question d'examiner les principales sources d'eau utilisée par le ménage et l'évacuation des excréments. Ces éléments permettent de cerner l'alimentation en eau potable et l'hygiène publique qui sont essentielles à la santé de la population et en particulier celle des enfants.

Principales sources d'approvisionnement en eau de boisson

L'indicateur relatif à l'eau potable et qui reflète les objectifs du SME est « l'accès universel à l'eau à boire salubre ». Aussi, une définition standardisée de l'eau potable a-t-il été adoptée lors du SME. D'après la définition contenue dans le manuel sur l'enquête MICS de l'Unicef, l'eau est considérée comme « potable » lorsqu'elle provient des sources d'approvisionnement suivantes : eau du robinet dans le logement ou dans la cour/parcelle, borne fontaine publique, puits tabulaire ou trou de sonde, puits protégé ou source protégée, eau en bouteille et captage des eaux de pluie.

Afin d'obtenir l'indicateur sur l'accès à l'eau potable, l'enquête MICS a posé une question sur la principale source d'eau utilisée par le ménage pour boire et préparer les repas.

Au vu des résultats, il est établi que dans l'ensemble du pays, seul le quart de la population a accès à l'eau potable à Madagascar si l'on se réfère au critère ci-dessus. Du point de vue du milieu de résidence, on peut admettre que dans la capitale l'accès de toute la population à l'eau potable est sur le point d'être définitif. En effet, 98% de la population se trouvant dans la capitale bénéficient de l'eau potable. Dans les autres centres urbains 60% de la population utilisent des sources d'approvisionnement en eau potable. Par contre, la situation demeure préoccupante en milieu rural où seule une minorité a accès aux sources d'eau potable (12%). La plupart des ménages ruraux (70%) s'approvisionnent encore en eau de surface (lac, rivière, ruisseau, source). Ils sont de ce fait exposés aux diverses contaminations et pollutions de l'environnement. Une proportion importante de ménages, soit 24%, vivant en milieu urbain autre que la capitale s'approvisionne également en eau de surface.

Au niveau des provinces, on peut noter un déséquilibre marqué en ce qui concerne l'accès à l'eau potable. C'est la province de Fianarantsoa qui est la plus vulnérable dans la mesure où seulement 10% de la population possède une installation en eau potable. Dans la province de Toliary, malgré la difficulté de trouver de l'eau à cause des conditions climatiques marquées par une faible pluviométrie (moins de 380 mm par an), un peu plus du tiers de la population (27%) a accès à l'eau potable. L'argument qui peut être avancé pour expliquer cet état de fait concerne les diverses actions qui ont été entreprises aussi bien par l'Etat que par les autres structures en faveur de cette partie de l'île. En effet, compte tenu de ces conditions climatiques particulièrement défavorables, nombreux sont les organismes, notamment privés, qui oeuvrent pour l'alimentation en eau potable dans cette province. Parmi ces initiatives, on peut citer entre autres le programme d'Alimentation en Eau dans le Sud (AES) pour l'alimentation en eau potable (AEP) par pompage, l'action de la Jirama pour quelques AEP soit gravitaires, soit par pompage, les activités des ONGs (Fikrifama, Caritas, Saf-Fjkm) pour les AEP gravitaires des zones des hauts plateaux, etc.[16]

La situation dans les provinces restantes est également préoccupante du fait que la proportion de la population qui s'approvisionne en sources d'eau potable est largement inférieure à la moyenne nationale : 14% pour Toamasina, 19% pour Mahajanga et 21% pour Antsiranana.

En somme, on retiendra que « l'accès à l'eau à boire salubre » attendu pour l'an 2000 n'a pas été atteint pour Madagascar. En effet, les résultats sur l'eau de boisson montrent que l'accès à l'eau potable reste encore un problème crucial notamment en milieu rural. Ainsi, les actions déjà entreprises en matière d'approvisionnement de la population en eau potable méritent d'être renforcées davantage du fait que l'inaccessibilité à l'eau potable favorise l'émergence d'environnements morbides, et partant l'augmentation de la mortalité infanto-juvénile en particulier

16 Rakotondrainibe Herivelo, Analyse de la situation du secteur de l'eau et de l'assainissement. Décembre 99.

Tableau 24 : Répartition (%) de la population par source d'approvisionnement en eau à boire et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000

Source d'approvisionnement	Milieu de résidence			Ensemble
	Capitale	Autre urbain	Rural	
Robinet dans le logement	23,1	6,6	0,3	2,6
Robinet dans la cour	4,7	8,5	0,1	1,7
Borne fontaine	68,9	37,0	5,7	14,3
Puits à pompe	0,7	7,9	5,7	5,8
Eau en bouteille	-	-	-	-
Eau de pluie	-	-	0,3	0,3
Puits non protégés	0,4	13,5	16,8	15,3
Camion citerne	-	0,5	0,2	0,2
Lac/rivière/ruisseau	0,2	12,5	38,4	32,0
Source	1,7	11,7	31,5	26,6
Autre	0,2	1,9	1,1	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Total avec eau à boire salubre	97,5	59,9	12,1	24,6
Effectif	1748	5544	25762	33054

Tableau 25 : Répartition (%) de la population par source d'approvisionnement en eau à boire et selon la province, Madagascar, 2000

Source d'approvisionnement	Province					
	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliary	Antsiranana
Robinet dans le logement	5,9	0,7	2,3	1,7	0,2	1,8
Robinet dans la cour	1,4	0,6	0,5	2,7	3,5	3,2
Borne fontaine	26,5	8,0	5,2	12,8	12,5	10,8
Puits à pompe	9,3	0,5	6,1	2,0	8,7	5,3
Eau en bouteille	-	-	-	-	-	-
Eau de pluie	-	-	-	-	1,6	-
Puits non protégés	2,2	12,5	12,7	30,2	27,0	28,4
Camion citerne	-	-	-	-	1,2	0,1
Lac/rivière/ruisseau	4,8	26,7	63,3	47,4	35,5	45,5
Source	49,7	51,0	9,9	2,1	4,3	3,5
Autre	0,3	-	-	1,0	5,5	1,2
ND	-	-	-	-	-	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total avec eau à boire salubre	43,1	9,8	14,1	19,2	26,6	21,1
Effectif	9302	6320	5499	3862	5389	2684

Installations sanitaires

« L'utilisation des moyens sanitaires de traitement des excréments » est un des indicateurs requis pour le suivi des objectifs du SME. Elle contribue dans une large mesure à l'amélioration des conditions d'hygiène de la population, en particulier celles des enfants qui, s'ils n'utilisent pas d'installations sanitaires, sont plus exposés aux différentes maladies.

Le ménage est considéré comme utilisant un système de traitement des excréments, qu'il soit installé dans le logement ou dans la cour/parcelle, s'il dispose de l'un des types de toilette suivants : toilette connectée au système d'égouts, toutes les autres toilettes à chasse d'eau, latrines améliorées et latrines traditionnelles. Ainsi, une question sur les types de toilette a été insérée dans le module eau et assainissement afin de pouvoir cerner le niveau d'assainissement du ménage, et par conséquent, d'obtenir l'indicateur y afférent. Une autre question additionnelle sur le traitement des excréments des petits enfants a également été posée.

Le tableau des résultats indique que seulement 7% de la population a accès aux installations d'évacuation d'excréta à Madagascar. Entre milieu urbain et milieu rural, les disparités sont très marquées. Dans la capitale, près de la moitié de la population (47%) utilisent des latrines adéquates contre 2% seulement dans le monde rural. Parmi les ménages qui n'utilisent pas de latrines hygiéniques, 41% d'entre eux font leurs besoins dans la nature et 52% utilisent la fosse improvisée ou perdue. Les ménages ruraux sont toujours dominants dans cette catégorie. En effet, presque la moitié (48%) des ménages ruraux n'ont pas du tout de latrines et 50% utilisent la fosse improvisée ou perdue. Par ailleurs, quel que soit le milieu de résidence, la fosse improvisée ou perdue est la plus utilisée par les ménages qui n'ont pas d'installation sanitaire hygiénique.

L'examen de la situation par province montre une fois de plus la gravité du problème de latrines à Madagascar. Outre les provinces d'Antananarivo et de Toamasina où respectivement 13% et 18% de la population n'ont pas du tout de latrines, toutes les provinces connaissent un problème de disponibilité de latrines qu'elle soit hygiénique ou non. C'est la province de Toliary qui est la plus défavorisée, 79% de la population n'utilise pas de latrines. Comme pour le milieu de résidence, les données au niveau des provinces font apparaître que la fosse perdue ou improvisée est l'installation la plus utilisée.

Il se dégage de ces résultats que la situation observée dans le pays en matière de latrines est préoccupante si tous les ménages devraient faire usage de système hygiénique de traitement des excréments. Ainsi, des actions s'avèrent nécessaires pour que toute la population ait accès au système sanitaire adéquat. Mais avant d'entreprendre n'importe quelle action, il faut connaître les raisons de la non-utilisation ou de la non disponibilité des infrastructures d'assainissement aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. La raison économique est parmi les plus importantes dans la mesure où les ménages ne peuvent pas supporter le coût d'installation de latrines hygiéniques. La barrière socioculturelle, et qui n'est pas des moindres, est également à la base de la non-utilisation de latrines par certains ménages. Il n'est pas toujours évident de faire accepter à certaines catégories de population d'abandonner leur habitude d'hygiène ; d'où, par exemple, la proportion élevée notamment en milieu rural de ménages qui font leur besoin dans la nature.

Tableau 26 : Répartition (%) de population par système d'évacuation des excréta et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000

	Milieu de résidence			
	Capitale	Autres urbain	Rural	Ensemble
Fosse septique	15,9	5,4	0,5	2,2
Latrine avec dalle ventilée	1,3	0,6	-	0,2
Latrine avec dalle non ventilée	2,6	0,9	-	0,3
Tout à l'égout	0,6	1,1	0,1	0,3
Latrine traditionnelle	27,3	8,5	1,6	4,1
Fosse improvisée/perdue	50,7	61,4	50,1	52,0
Aucun	1,6	22,1	47,6	40,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Total avec un système sanitaire de traitement des excréments	47,1	15,4	2,2	6,8
Effectif	1748	5544	25762	33054

Tableau 27 : Répartition (%) de population par système d'évacuation des excréta et selon la province, Madagascar, 2000

	Province					
	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliary	Antsiranana
Fosse septique	4,8	0,4	2,8	1,0	0,3	1,3
Latrine avec dalle ventilée	0,2	-	-	0,3	0,1	0,6
Latrine avec dalle non ventilée	0,7	0,1	0,2	-	0,4	0,1
Tout à l'égout	0,4	0,1	-	0,1	0,1	1,8
Latrine traditionnelle	6,6	3,0	0,9	5,8	3,5	3,2
Fosse improvisée/perdue	74,7	42,8	77,9	29,1	16,9	46,1
Aucun	12,7	53,5	18,2	63,7	78,7	46,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total avec un système sanitaire de traitement des excréta	12,3	3,5	3,9	7,1	4,3	5,3
Effectif	9302	6320	5499	3862	5389	2684

Evolution de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement [17]

Les données issues de quatre enquêtes nationales, à savoir ENDS 1992, MICS 1995, EDS 1997 et MICS 2000, permettent d'analyser la tendance générale de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement durant la dernière décennie. Les résultats figurant dans le Tableau 28 reflètent la situation générale qui est caractérisée par une faible couverture durant toute la période. On constate qu'au niveau national les taux ont évolué jusqu'en 1995 pour régresser ensuite.

17 Ce point fait largement référence au document sur "La situation du secteur de l'eau et de l'assainissement" élaboré par RAKOTONDRAINIBE Herivelo, décembre 1999.

Tableau 28 : Evolution de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, Madagascar, 2000

Année	Urbain		Rural		Ensemble	
	Eau potable	Assainissement	Eau potable	Assainissement	Eau potable	Assainissement
1992	79,9	16,6	5,2	0,2	16,0	3,0
1995	68,0	77,0	21,0	28,0	34,0	41,0
1997	68,3	59,2	12,4	26,7	26	34,7
2000	68,9	23,0	12,1	2,2	24,6	6,8

Cette tendance trouve ses explications à divers niveaux. En matière d'eau potable en milieu urbain, la plupart des installations ont été réalisées durant les années 60 et de ce fait, sont actuellement très vétustes. L'eau potable en milieu urbain est actuellement gérée soit par la JIRAMA, soit par les Collectivités Décentralisées (les communes), et de nouvelles réalisations ou extensions ont été faites mais à un rythme inférieur à l'accroissement urbain. Par conséquent les réseaux existants n'arrivent pas à couvrir suffisamment les périmètres nouveaux des villes qui sont constamment en extension, et où vit la majorité des pauvres.

Le milieu rural a bénéficié d'un certain nombre de projets de réalisation des infrastructures d'eau et d'assainissement dans le cadre de la décennie de l'eau potable (1981-1990). Par ailleurs, des actions ont été entreprises avec l'appui du PNUD[18], conduisant ainsi à une amélioration des taux de desserte en 1995. Il convient également de mentionner d'autres interventions en matière d'approvisionnement en eau potable. Elles sont appuyées par divers organismes bilatéraux ou multilatéraux tels que l'UNICEF, la Banque mondiale, la Coopération Japonaise, certaines ONGs telles que CARE, FIKRIFAMA.

Toutefois en général, les technologies appliquées et les diverses approches adoptées n'ont pas pu permettre de pérenniser les installations qui sont devenues par la suite non fonctionnelles ou hors d'usage, faute de maintenance et d'entretien ou de stratégie de retrait appropriée.

Tout ceci a entraîné la régression du taux de desserte en eau potable tant en milieu urbain que rural durant la période.

Quant à l'assainissement, la situation a également évolué de manière similaire. De plus des raisons d'ordre socio-culturel sont à l'origine du faible taux d'utilisation des installations d'évacuation des excréta. Toutefois, il convient de noter que la tendance observée à travers ces enquêtes est probablement liée en partie aux concepts utilisés pour la définition des indicateurs d'accès à l'assainissement.

Diverses actions ont été entreprises récemment en vue de développer le secteur et de lui accorder davantage de priorité :

- formulation de la Stratégie Sectorielle et Plan d'Actions (SSPA) du secteur de l'eau et de l'assainissement ;
- promulgation du Code de l'eau ;
- initiation de nombreux projets : PAEPAR , AEPSPE...
- augmentation du volume accordé au secteur.

Malgré les efforts fournis en matière d'investissement depuis 1995, les résultats obtenus jusqu'ici montrent que beaucoup reste encore à faire en vue de développer le secteur. En tout cas, le montant des investissements alloué au secteur reste encore faible, bien qu'il soit admis que le développement du secteur est une contribution fondamentale à l'amélioration de la santé de la population. En conclusion, l'objectif est donc loin d'être atteint.

18 Projet MAG/87 002 : "Promotion des ouvrages à faible coût en zone rurale"

De l'analyse de la situation qui a été faite en 1999, il ressort les principales faiblesses du secteur de l'eau et de l'assainissement qui peuvent être résumées de la façon suivante :

- Cadre institutionnel marqué par un engagement prépondérant de l'Etat et une implication insuffisante des autres acteurs, notamment les communautés, les secteurs privés et ONGs ;
- Insuffisance des ressources financières, humaines ;
- Utilisation peu rationnelle des moyens financiers disponibles ;
- Lacune au niveau de la mobilisation, de l'implication et de responsabilisation des communautés et des bénéficiaires, entrainant des problèmes de gestion, d'entretien des installations ;
- Absence de programme national d'approvisionnement en eau et d'assainissement ;
- Capacité insuffisante de la structure de coordination.

Recommandations

A partir de ce constat, les orientations générales suivantes sont recommandées pour les interventions futures :

- Allouer un budget plus conséquent pour le développement du secteur ;
- Mettre en place un programme visant le développement humain écologiquement durable et la réduction de la pauvreté, dans lequel le secteur de l'eau potable et de l'assainissement a un rôle fondamental du fait de ses impacts sur les conditions de vie, de santé et d'hygiène de la population ;
- Développer les actions d'IEC, de mobilisation communautaire, de renforcement des capacités nationales et locales ;
- Renforcer les outils et structures de suivi-évaluation du secteur de l'eau et de l'assainissement, pour permettre d'évaluer les efforts entrepris et d'apprécier objectivement les impacts ;
- Entreprendre une étude statistique spécifique de l'accès des populations aux structures d'évacuation des excréta, pour avoir une situation de référence communément adoptée, et ceci dans le cadre d'une collaboration entre l'INSTAT et les responsables techniques du secteur de l'eau et de l'assainissement.

Niveau socio-economique des ménages

Comme il a été indiqué auparavant, les informations sur l'habitat et l'eau et assainissement peuvent servir à apprécier de façon qualitative le statut socio-économique des ménages enquêtés. De ce fait, il est possible, grâce à un indicateur composite basé sur l'habitat et l'eau et assainissement, de faire une classification des ménages selon leurs catégories socio-économiques. Les variables qui ont été introduites sont les suivantes :

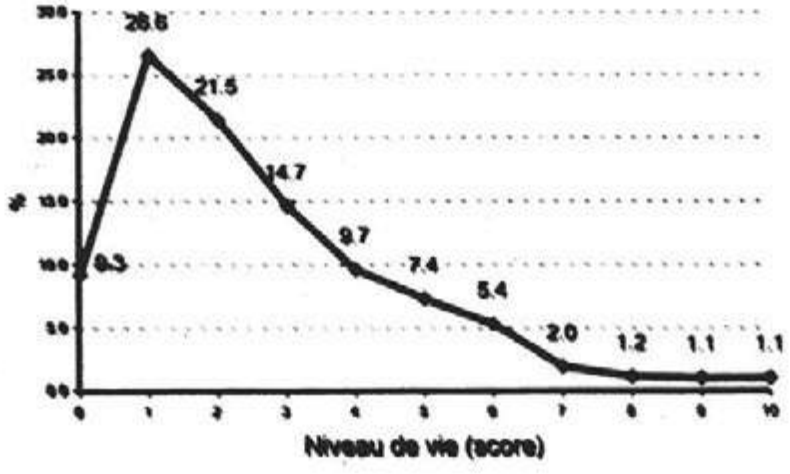
- nature du plancher;
- nombre de personnes par chambre à coucher;
- principale source d'approvisionnement en eau;
- temps qu'il faut pour aller chercher de l'eau et revenir;
- type d'aisance; et
- traitement des excréments des petits enfants.

Pour cela, un poids approprié a été défini pour chacune des variables citées ci-dessus, le choix de la pondération étant dicté par l'importance relative de la variable par rapport aux conditions de vie du ménage (la source d'approvisionnement en eau aurait, par exemple, un poids plus important que le traitement des excréments des petits enfants). De la même manière, une note a été définie pour chacune des modalités de ces variables. L'indicateur composite est la somme pondérée des notes affectées à chaque variable, définissant ainsi un score caractérisant le niveau de vie du ménage, et qui va du niveau le plus bas au plus élevé de l'échelle socio-économique. La classification des ménages a été faite en fonction de ce score.

Sur la base des scores, il a été constitué quatre catégories de ménages. Dans la première catégorie figurent les ménages les plus vulnérables. Ils représentent 36% des ménages enquêtés. Leur score varie de 0 à 1. Ensuite vient une deuxième catégorie dont le score se situe entre 2 et 3, elle correspond à la catégorie socio-économique moyenne. Les ménages de cette catégorie représentent également 36% du total. La troisième catégorie forme toujours la classe moyenne, mais avec une légère différence avec la deuxième catégorie c'est-à-dire constituée de ménages qui se situent dans la partie intermédiaire de la classe moyenne et de la classe élevée. Son score va de 4 à 6 et elle représente 22% des ménages. Enfin la dernière et quatrième catégorie a un score supérieur à 7. Elle constitue la catégorie des ménages qui vivent dans de bonnes conditions de vie du point de vue confort de l'habitat, de l'accès à l'eau potable et de l'utilisation de système adéquat de traitement des excréments, et représente seulement 5% de l'ensemble.

Le graphique ci-dessous illustre le profil socio-économique des ménages. Bien que ne permettant pas de voir les différentes catégories sus-mentionnées, il permet d'avoir une idée sur la forme de distribution des ménages.

Figure 31 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique, Madagascar, 2000



S'agissant des différences observées entre le milieu de résidence et les provinces, les tableaux ci-dessous montrent le contraste frappant entre milieu rural et milieu urbain quant aux conditions de vie des ménages. Avec respectivement 1% et 43% de ménages vivant dans de mauvaises conditions, la capitale et le milieu rural présentent deux situations nettement opposées. Inversement, 1% seulement des ménages ruraux sont classés dans la catégorie socio-économique aisée contre 35% dans la capitale. Quant aux ménages classés dans la catégorie moyenne et intermédiaire de l'échelle socio-économique, il n'existe pas assez de différence entre le milieu de résidence. Pourtant, on trouve beaucoup plus de ménages de catégorie moyenne en milieu rural que dans la capitale (40% contre 15%).

Comme pour la répartition des ménages suivant le milieu de résidence, celle au niveau des provinces présente également des disparités. Un peu plus de 1 ménage sur 10 (12%) vit dans de mauvaises conditions d'habitat et d'hygiène dans la province d'Antananarivo. Par contre, dans les provinces de Mahajanga et de Toliary la précarité des conditions de vie est très marquée dans respectivement 55% et 56% des cas. Pourtant, on note une répartition quasi-équilibrée des ménages des catégories moyenne et intermédiaire. La proportion de ménages bénéficiant de conditions idéales d'habitat et d'assainissement, est très minime dans toutes les provinces à l'exception d'Antananarivo où 11% des ménages vivent dans de bonnes conditions. Les proportions des ménages de la catégorie aisée sont

toutes inférieures à la moyenne nationale dans les cinq provinces : 1,4% pour Fianarantsoa, 3,3% pour Toamasina, 4,9% pour Mahajanga, 2,2% pour Toliary et 5,2% pour Antsiranana.

Somme toute, convient-il de rappeler que dans le cadre de cette enquête, il a été établi que la précarité des conditions de vie du ménage se manifeste à travers les caractéristiques de l'habitat et du niveau d'assainissement. Cela signifie qu'il y a effectivement des problèmes dans ces domaines mais dont l'ampleur varie suivant les régions et les provinces. S'agissant, par exemple de la disponibilité et utilisation des latrines, il y a une différence entre milieu urbain et milieu rural. Les raisons sont diverses et complexes mais les arguments généralement avancés se fondent sur les facteurs économiques et socio-culturels. Ainsi, le coût de la vie élevé ne permet pas au plus grand nombre d'améliorer ses conditions d'habitation. Malgré les efforts faits par le gouvernement dans ce sens, il se dégage des résultats de l'enquête que, pour ne citer que l'utilisation de latrines, 7% seulement de la population utilise des installations sanitaires adéquates.

Quant aux normes, croyances, valeurs et traditions, elles pèsent de leur poids sur la différence du niveau de vie entre milieu rural et milieu urbain. Les ruraux sont censés être plus proches de la tradition, de telle sorte qu'ils sont moins sensibles aux changements apportés par les nouvelles technologies. Il n'est donc pas surprenant que le pourcentage de ménages utilisant des latrines soit très faible dans certaines parties du pays malgré le risque que cela représente sur la vie du ménage, et en particulier celle des enfants.

Tableau 29 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique et le milieu de résidence, Madagascar, 2000

Niveau de vie des ménages	Milieu de résidence			Ensemble
	Capitale	Autre urbain	Rural	
Bas	1,1	16,2	42,9	35,9
Moyen	14,6	28,8	39,5	36,2
Intermédiaire	48,9	39,7	16,7	22,5
Elevé	35,4	15,3	0,9	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	378	1097	4962	6437

Tableau 30 : Répartition des ménages selon la catégorie socio-économique et la province, Madagascar, 2000

Niveau de vie des ménages	Province						Ensemble
	Antananarivo	Fianarantsoa	Toamasina	Mahajanga	Toliary	Antsiranana	
Bas	12,1	38,6	43,9	54,6	55,7	31,8	35,9
Moyen	42,4	42,5	33,7	24,5	28,8	36,3	36,2
Intermédiaire	34,2	17,4	19,1	16,0	13,3	26,8	22,5
Elevé	11,2	1,4	3,3	4,9	2,2	5,2	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectif	1840	1180	1087	755	1013	560	6435

Education de base

RAZAFIMANDIMBY Jules

L'éducation et la formation constituent un puissant levier pour le développement. La constitution de la IIIème République de Madagascar « reconnaît à toute personne - enfant adolescent ou adulte - le droit à l'instruction, à l'éducation et à la formation ». La réalisation de ce grand but nécessite le concours de plusieurs secteurs et la loi 94-033 du 13 Mars 1995 portant Orientation Générale du Système Educatif et de Formation y contribue avec ses objectifs concernant le préscolaire et l'enseignement primaire :

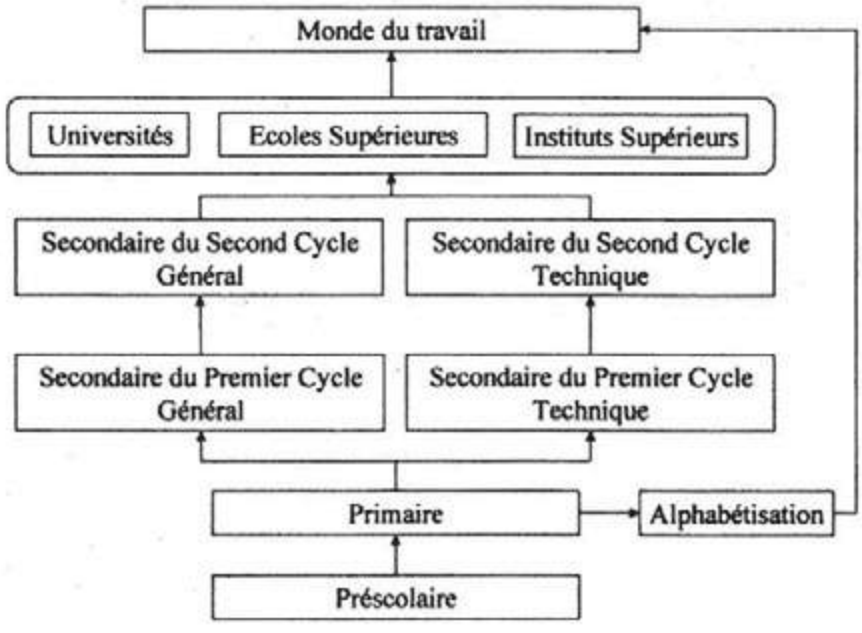
- Prioriser l'instauration de l'école maternelle ou préscolaire dans le système d'éducation et développer toutes les possibilités de l'enfant âgé d'au moins 3 ans,
- Universaliser l'enseignement primaire.

Le Programme National d'Amélioration de l'Education phase 2 (PNAE 2) stipule que les objectifs de l'universalisation de l'enseignement primaire sont entre autres :

- Atteindre un taux net de scolarisation de 70% en l'an 2000, et
- Amener 80% des élèves qui entrent en classe de 11ème en fin de cycle primaire.

La loi sus citée distingue l'éducation formelle (préscolaire, enseignement secondaire et éducation de base, enseignement technique et formation professionnelle, enseignement supérieur) et l'éducation non formelle (alphabétisation fonctionnelle, formation à la vie familiale et sociale, etc...). La structure de l'éducation est présentée dans le diagramme ci-dessous.

Figure 32 : Structure de l'éducation, Madagascar, 2000



L'éducation non formelle n'a pas d'organigramme bien défini. Elle comprend l'alphabétisation, l'éducation spécialisée, l'apprentissage professionnel pour les aspects les plus importants. Elle est dispensée par le biais d'associations ou de groupements de bénévoles. Faute de ressources allouées par l'Etat, ce programme est essentiellement pris en charge par les organismes non gouvernementaux avec l'appui de divers partenaires financiers.

Education préscolaire

L'enseignement préscolaire souffre d'un manque de texte clair dans la définition de l'entité responsable de la prise en charge de sa réalisation, situation dont l'impact principal est l'insuffisance de ressources allouées, ainsi que la disponibilité d'un programme officiel.

Les résultats de l'enquête MICS 2000 font ressortir que le pourcentage d'enfants de 36 à 59 mois ayant suivi un programme d'éducation préscolaire est de 5,5% au niveau national pour les deux sexes. Selon les données du Ministère de la Population, de la Condition Féminine et de l'Enfance, en 1998, cette proportion était de 8,34%. Une grande disparité existe pourtant entre les provinces. Si dans la province d'Antsiranana, près d'un enfant de 36 à 59 mois sur onze fréquente ou a fréquenté un programme d'éducation préscolaire, cette proportion passe à un enfant sur cinquante dans la province de Toliary et à près d'un enfant sur vingt cinq dans la province de Fianarantsoa.

Figure 33 : Pourcentage d'enfants de 36-59 mois ayant suivi un programme d'éducation préscolaire selon la province, Madagascar, 2000



Si la proportion d'enfants de 36 à 59 mois qui fréquentent ou qui ont fréquenté le préscolaire est de 29,3% dans la capitale, elle n'est plus que de 17,8% pour les autres centres urbains et seulement de 2,2% pour le milieu rural. Les enfants de moins de 4 ans sont moins touchés par l'éducation préscolaire que ceux de 4 et 5 ans. Ainsi, 3% seulement des 36 à 47 mois fréquentent ou ont fréquenté le préscolaire, contre 8,3% pour les 48 à 59 mois.

Le niveau d'éducation de la mère semble être un facteur de différenciation dans la décision d'envoyer l'enfant dans un centre d'activités préscolaires. Près de 40% des enfants dont la mère a au moins le niveau secondaire fréquentent ou ont fréquenté le préscolaire. Cette proportion tombe à 3,5% pour les enfants des mères qui ont le niveau primaire et à 0,8% pour les enfants des mères qui n'ont pas d'instruction.

Figure 34 : Pourcentage d'enfants de 36-59 mois ayant suivi un programme d'éducation préscolaire selon le niveau d'instruction de la mère, Madagascar, 2000

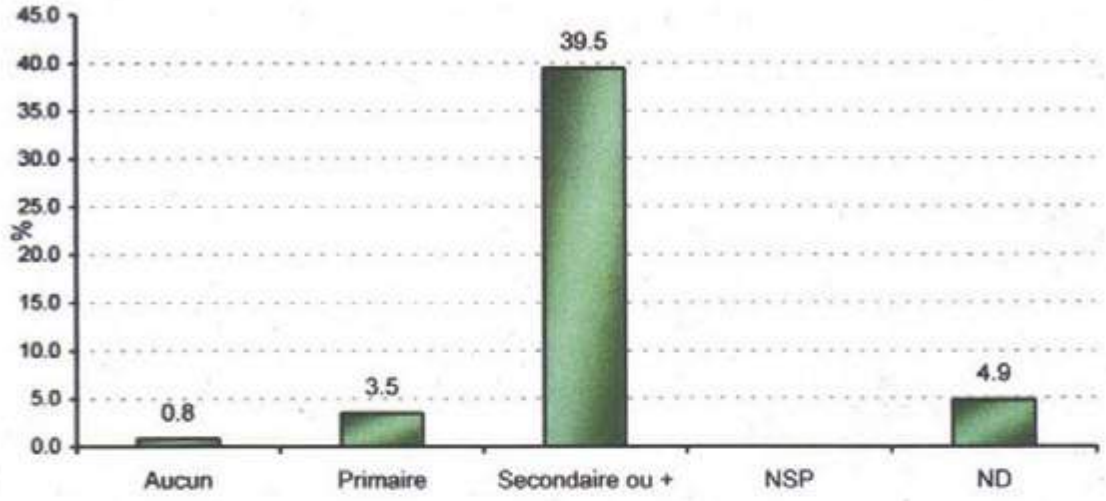


Tableau 31 : Pourcentage d'enfants âgés de 36-59 mois qui fréquentent un programme organisé d'éducation préscolaire, Madagascar, 2000

	Pourcentage fréquentant programme	Effectifs d'enfants	Enfants fréquentant programme
Sexe			
Masculin	5,5	1226	68
Féminin	5,5	1099	60
Province			
Antananarivo	7,0	599	42
Fianarantsoa	3,4	408	14
Toamasina	6,1	440	27
Mahajanga	5,5	275	15
Toliary	2,93	412	12
Antsiranana	8,9	191	17
Milieu de résidence			
Capitale	29,3	82	24
Autres urbains	17,8	360	64
Rural	2,2	1883	41
Groupe d'âges			
36-47 mois	3,0	1201	36
48-59 mois	8,3	1124	93
Niveau d'instruction			
Aucun	0,8	599	5
Primaire	3,5	1108	39
Secondaire et plus	18,5	395	73
ND	4,9	224	11
Total	5,5	2326	128

Education primaire

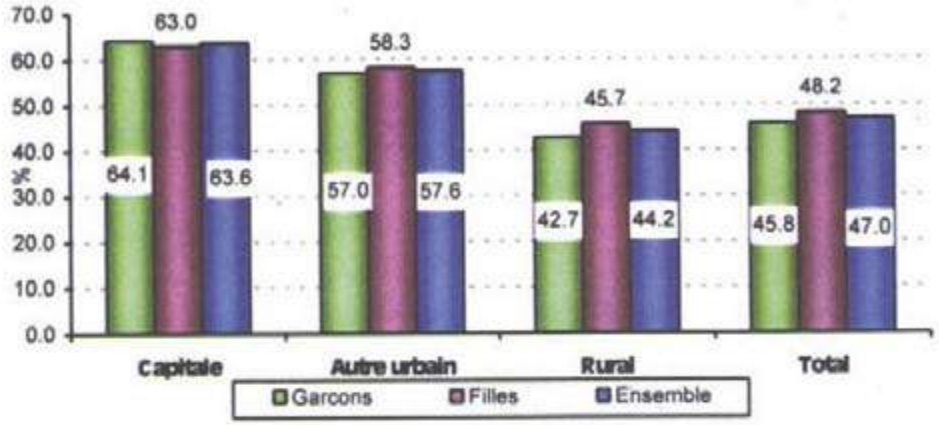
Les données du MICS 2000 portent sur la fréquentation régulière de l'école. L'enfant fréquente régulièrement l'école s'il est encore scolarisé un mois avant les examens officiels de fin d'année scolaire. Cette fréquentation régulière sera traitée selon sa répartition par province, par milieu de résidence et par âge.

Tableau 32 : Pourcentage d'enfants (5 à 12 ans) qui fréquentent actuellement l'école primaire, Madagascar, 2000

	Garçons		Filles		Ensemble	
	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Province						
Antananarivo	58,5	581	60,3	610	59,4	1191
Fianarantsoa	41,2	301	43,3	277	42,2	578
Toamasina	49,7	303	49,1	313	49,4	617
Mahajanga	39,9	170	43,2	198	41,7	368
Toliary	29,3	181	32,8	190	31,1	372
Antsiranana	49,2	150	53,2	167	51,2	317
Milieu de résidence						
Capitale	64,1	100	63,0	85	63,6	185
Autre urbain	57,0	334	58,3	320	57,6	654
Rural	42,7	1254	45,7	1351	44,2	2604
Age						
5	6,7	41	6,7	39	6,7	80
6	20,5	104	27,1	136	23,7	239
7	44,4	213	47,7	257	46,1	470
8	59,9	243	66,2	274	63,0	517
9	65,8	341	65,2	328	65,5	669
10	66,5	238	67,7	235	67,1	473
11	67,1	296	66,1	285	66,6	581
12	59,2	210	61,6	202	60,5	413
Total	45,8	1687	48,2	1755	47,0	3443

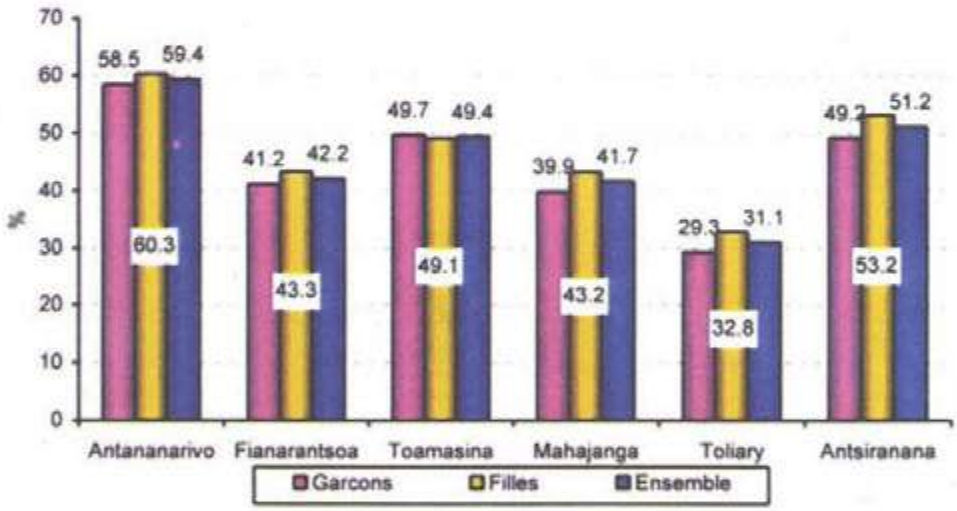
Les résultats de l'enquête MICS ont révélé qu'au niveau national, environ 47% des enfants de 5 à 12 ans fréquentent régulièrement l'école. Les filles semblent plus assidues que les garçons avec 48,2% contre 45,8%.

Figure 35 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulièrement l'école selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000



La fréquentation régulière de l'école est plus importante en milieu urbain (63,6% pour la capitale et 57,6% pour les autres centres urbains) qu'en milieu rural (44,2%).

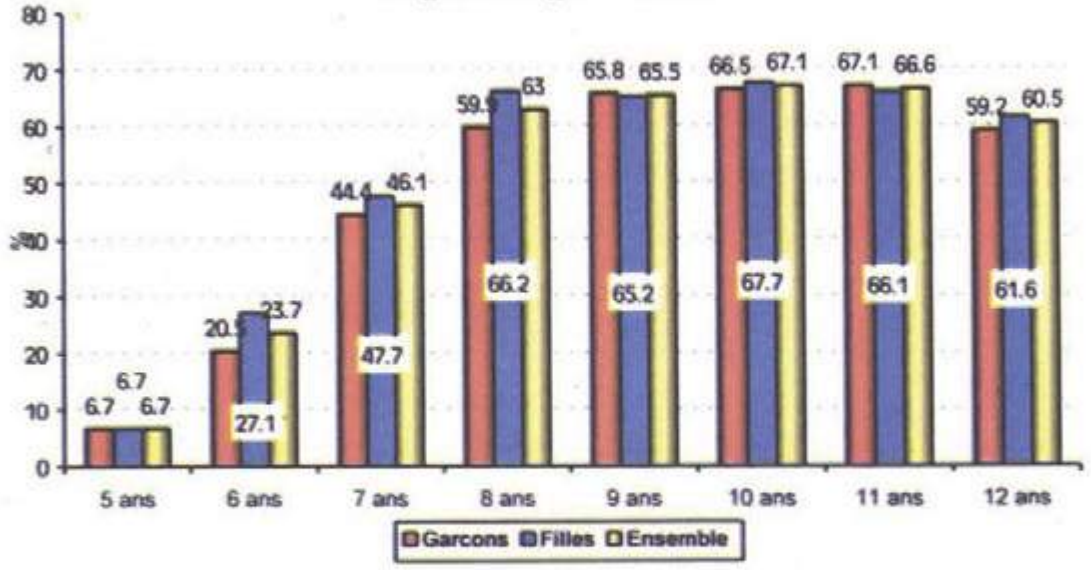
Figure 36 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulierement l'école selon la province, Madagascar, 2000



La fréquentation scolaire régulière se situe au dessus de la moyenne nationale dans les provinces d'Antananarivo, d'Antsiranana et de Toamasina. Elle reste assez faible pour la province de Toliary (31,1%).

La fréquentation régulière de l'école varie selon l'âge de l'enfant. Seule une faible proportion d'enfants de 5 et 6 ans ont une fréquentation régulière : 6,7% pour les 5 ans et 23,7% pour les 6 ans.

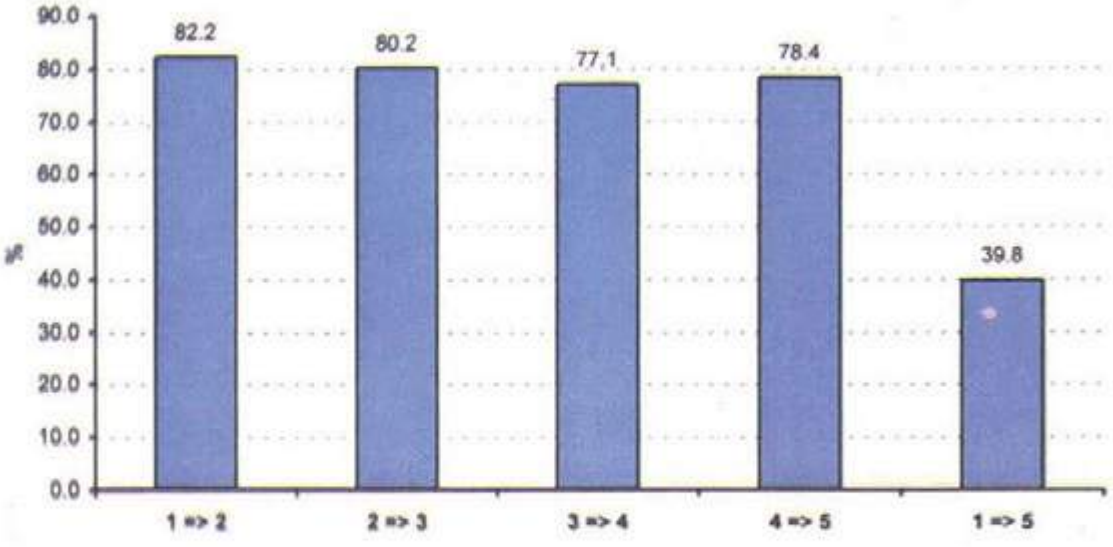
Figure 37 : Pourcentage d'enfants de 5-12 ans fréquentant régulièrement l'école selon l'âge, Madagascar, 2000



L'entrée tardive dans le système éducatif, d'une part, et le trajet scolaire difficile surtout en zone rurale d'autre part, pourraient expliquer en partie cette situation.

La survie scolaire mesurée par la proportion d'enfants qui, entrant en classe de 11ème atteignent la fin du cycle primaire, c'est à dire la classe de 7ème ou encore la cinquième année du primaire intègre dans son processus de production la déperdition scolaire (redoublement et abandon). L'enquête MICS 2000 ne donne pas de façon directe les données sur la survie scolaire. La technique de la cohorte reconstituée permet de l'estimer.

Figure 38 : Pourcentage d'enfants entrant en 1ère année et qui atteignent par la suite la 5ème année, Madagascar, 2000



Ainsi, selon la méthode de la cohorte reconstituée appliquée aux données du MICS, au niveau national, 82,2% des enfants qui étaient en 1ère année ont atteint la 2ème année du primaire avec ou sans redoublement. Cette proportion diminue légèrement jusqu'au passage de la 3ème année vers la

4ème année en passant de 82,2% à 77,1%. La proportion d'enfants qui entrent en 1ère année et qui atteignent la 5ème année du primaire est de 39,8%.

Les données du Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Education de Base autorisent deux redoublements pour une année d'étude donnée. Les résultats de l'étude ''Education Pour Tous, Bilan en l'an 2 000'' utilisent la technique de l'extinction de cohorte avec un nombre de redoublement allant jusqu'à sept. L'estimation de la proportion d'enfants entrant en première année et qui atteignent la cinquième année est de 39,8% selon l'étude Education Pour Tous de 1998. La proportion d'enfants entrant en 1ère année et qui atteignent la 5ème année du primaire est restée stationnaire de 1997/1998 à 1999/2000.

Education non-formelle

L'éducation non formelle regroupe un ensemble d'activités d'éducation et de formation généralement axé sur la pratique et dispensé par le biais d'associations. La prise en charge de ces activités est assurée par le Ministère de la Population, de la Condition Féminine et de l'enfance pour l'alphabétisation et diverses organisations non gouvernementales pour d'autres activités spécifiques.

Le MICS 2000 traitera de l'alphabétisation sans distinction des centres (l'adulte a pu être alphabétisé par une scolarisation normale ou encore dans un centre d'alphabétisation), mais aussi d'autres formes d'éducation et de formation du secteur non formel comme par exemple l'éducation religieuse.

Alphabétisation

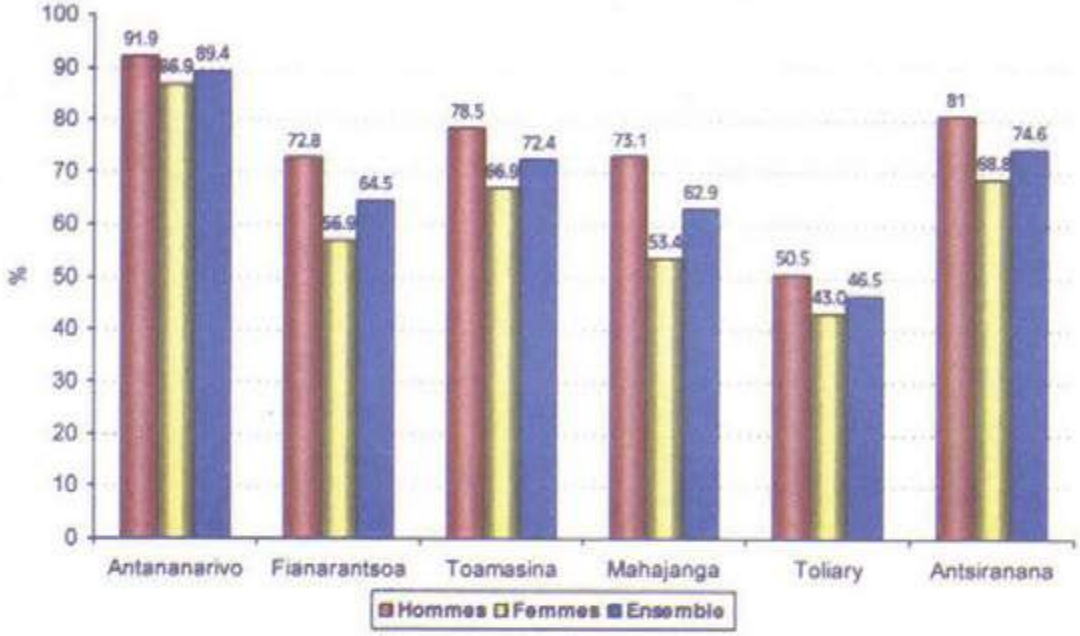
Les activités d'alphabétisation sont dispensées dans des centres d'alphabétisation, par des alphabétiseurs formés par le Ministère de la Population, de la Condition Féminine et de l'enfance. Dans le cas de l'enquête MICS 2000, la question relative à l'alphabétisation a concerné tous les adultes de 15 ans et plus. Est alors considéré comme alphabétisé, toute personne sachant lire un texte. Cette personne n'est pas tenue de savoir écrire. Cette particularité pourrait expliquer en partie la différence entre les proportions données par les résultats de l'enquête MICS 2000 et d'autres enquêtes effectuées à peu près à la même époque.

Tableau 33 : Pourcentage de population âgée de 15 ans et plus qui est alphabétisée, Madagascar, 2000

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Alphabétisé	Pas connu	Alphabétisé	Pas connu	Alphabétisé	Pas connu
Province						
Antananarivo	91,9	0,1	86,9	0`1	89,4	0,1
Fianarantsoa	72,8	0,1	56,9	0,1	64,5	0,1
Toamasina	78,5	0,2	66,9	-	72,4	0,1
Mahajanga	73,1	0,2	53,4	0,1	62,9	0,2
Toliary	50,5	0,3	43,0	0,1	46,5	0,2
Antsiranana	81,0	0,2	68,8	0,1	74,6	0,2
Milieu de résidence						
Capitale	97,9	0,4	97,0	0,2	97,4	0`3
Autres urbains	87,9	0,3	79,7	0,1	83,6	0,2
Rural	72,0	0,1	58,8	0,1	65,2	0,1
Groupe d'âges						
15-24	72,4	0,3	68,1	0,1	70,1	0,2
25-34	81,3	0,1	72,3	-	76,6	0,1
35-44	82,1	0,1	69,0	0,1	75,5	0,1
45-54	77,3	0,2	58,2	-	67,8	0,1
55-64	69,4	-	38,3	0,4	53,6	0,2
65 et +	60,5	0,3	30,7	0.3	46,4	0,3
Total	76,4	0,2	65,2	0,1	70,6	0,1

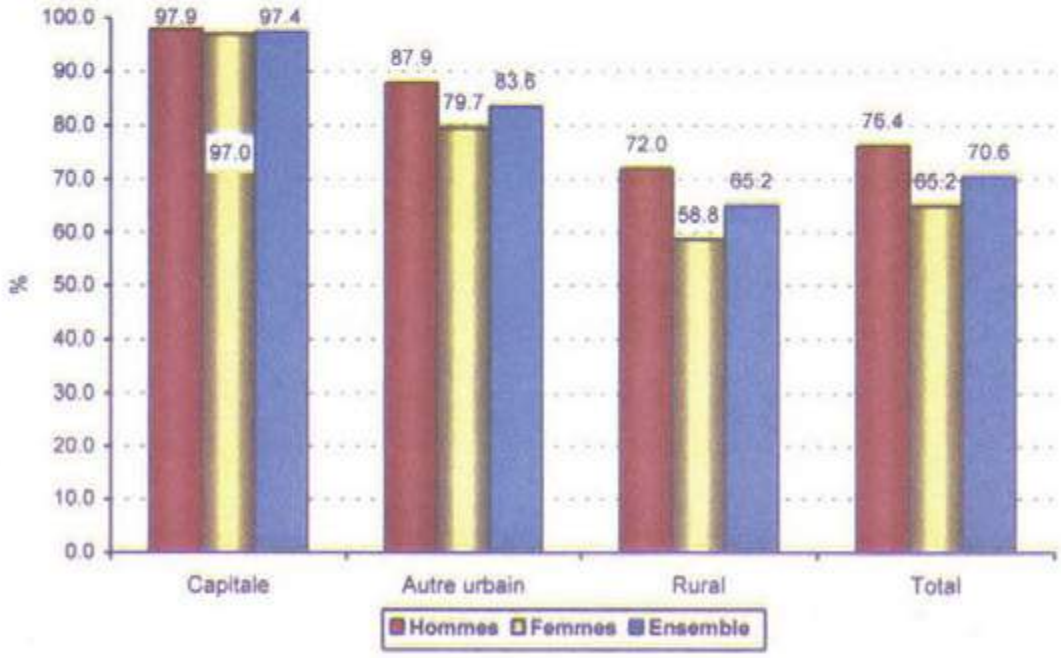
Au niveau national, 70,6% de la population déclare être en mesure de lire un texte ou un journal. Cette situation cache toutefois une grande disparité tant entre les sexes qu'entre les provinces. La proportion d'hommes sachant lire est de 76,4% contre 65,2% pour les femmes.

Figure 39 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon la province, Madagascar, 2000



Pour l'ensemble des deux sexes, les provinces d'Antananarivo, d'Antsiranana et de Toamasina ont des proportions d'alphabétisés supérieures à la moyenne nationale. Cependant, pour toutes les provinces, les proportions de femmes sachant lire restent inférieures à celles des hommes. La province de Toliary enregistre la plus faible proportion avec 46,5% d'adultes sachant lire.

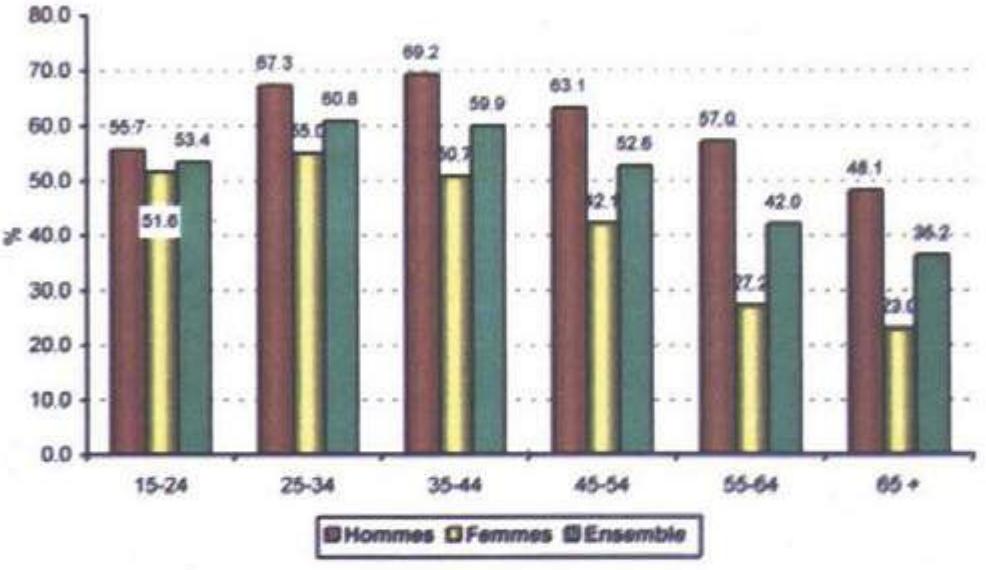
Figure 40 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000



La disparité entre le milieu urbain et le milieu rural est assez importante. La capitale compte une proportion de 97,4% d'individus sachant lire, contre 83,6% pour les autres centres urbains. Cette

proportion tombe à 65,2% dans le milieu rural. Quel que soit le milieu considéré, la proportion des femmes reste inférieure à celle des hommes. L'absence d'environnement lettré (bibliothèque, presse écrite,...) en milieu rural serait entre autres une des causes de la faiblesse de cette proportion (les deux sexes confondus)

Figure 41 : Pourcentage de population de 15 ans et plus alphabétisée selon l'âge, Madagascar, 2000



La proportion d'individus sachant lire varie avec la tranche d'âge. Seules les tranches d'âges des 25-34 ans et 35-44 ans ont des proportions dépassant la moyenne nationale. Quelle que soit la tranche d'âge considérée, la proportion de femmes sachant lire reste en dessous de celle des hommes.

Programme organisé d'éducation non formelle

Des enfants non scolarisés dans le système formel (enfants qui ont abandonné l'école de façon précoce ou qui n'ont jamais été scolarisés pour diverses raisons) peuvent suivre des formes organisées d'éducation non formelle. Ces formes d'éducation sont essentiellement assurées par des organisations non gouvernementales avec l'appui d'organisations internationales ou onusiennes ou encore d'autres donateurs.

Elles se font hors du système éducatif formel et ne font pas toujours appel au système d'évaluation traditionnel. Elles sont essentiellement axées sur la pratique et se font à travers des associations ou des groupes de bénévoles.

Les résultats de l'enquête MICS 2000 révèlent que 13% des enfants de 5 à 17 ans ont suivi un programme d'éducation non formelle. Ce programme comporte entre autres l'alphabétisation, l'éducation spécialisée, l'apprentissage professionnel, l'éducation religieuse, etc... Dans ce programme d'éducation non formelle, les filles sont plus représentées que les garçons (14,1% contre 12%).

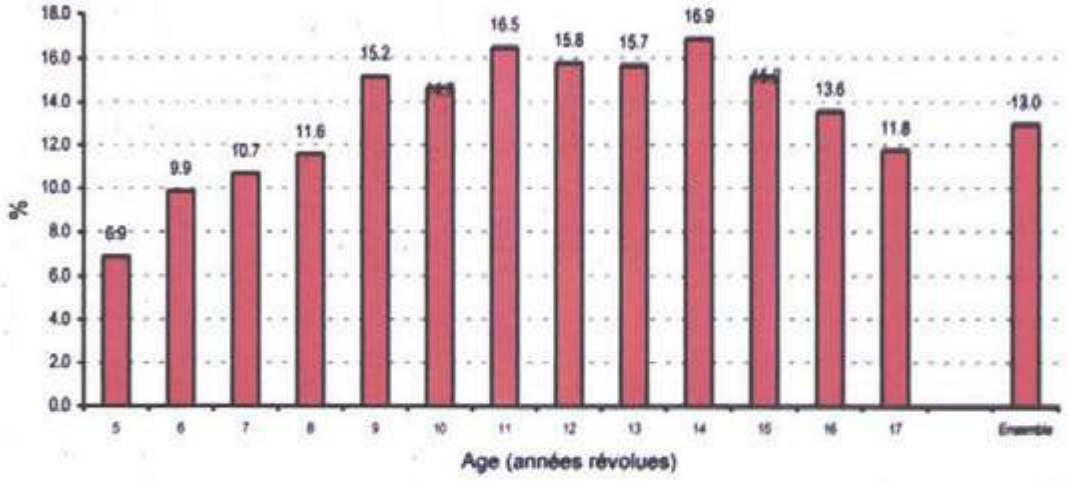
Tableau 34 : Pourcentage d'enfants qui ont suivi un programme d'éducation non formelle, Madagascar, 2000

	Programme d'éducation non formelle					
	Alphabétisation	Education spécialisée	Apprentissage professionnel	Education religieuse	Autres	% enfants ayant suivi programme
Sexe						
Masculin	0,1	0,1	0,6	10,8	0,7	12,0
Féminin	0,1	0,1	1,8	11,2	1,0	14,1
Province						
Antananarivo	-	-	0,8	16,3	1,6	18,7
Fianarantsoa	0,1	0,3	1,0	9,9	0,3	11,5
Toamasina	-	0,1	2,6	8,0	0,2	10,9
Mahajanga	0,1	0,3	1,3	9,5	0,5	11,2
Toliary	-	0,2	0,6	7,3	1,4	8,9
Antsiranana	1,1	-	1,3	9,9	0,4	12,5
Milieu de résidence						
Capitale		0,4	2,8	10,5	5,1	17,9
Autres urbains	0,1	0,4	3,0	14,3	1,2	18,4
Rural	0,1	0,1	0,7	10,2	0,6	11,7
Age						
5 ans	-	-	0,1	6,2	0,7	6,9
6 ans	0,1	-	0,1	9,4	0,5	9,9
7 ans	0,1	-	0,3	10,2	0,3	10,7
8 ans	-	-	0,9	10,2	0,6	11,6
9 ans	0,1	-	0,5	14,3	0,6	15,2
10 ans	0,3	-	0,5	13,7	0,3	14,7
11 ans	0,1	-	0,4	15,3	0,9	16,5
12 ans	0,2	0,1	1,3	13,6	0,8	15,8
13 ans	-	0,1	1,5	12,3	1,9	15,7
14 ans	-	0,8	2,5	13,1	1,0	16,9
15 ans	0,2	0,2	2,5	10,8	1,7	15,2
16 ans	0,3	0,5	4,2	7,6	1,5	13,6
17 ans	0,4	0,4	4,6	4,9	1,8	11,8
Total	0,1	0,1	1,2	11,0	0,9	13,0

Ce programme est surtout présent dans la province d'Antananarivo où 18,7% des enfants de 5 à 17 ans le suivent. Il est peu développé dans la province de Toliary car seulement 8,9% des 5-17 ans en bénéficient.

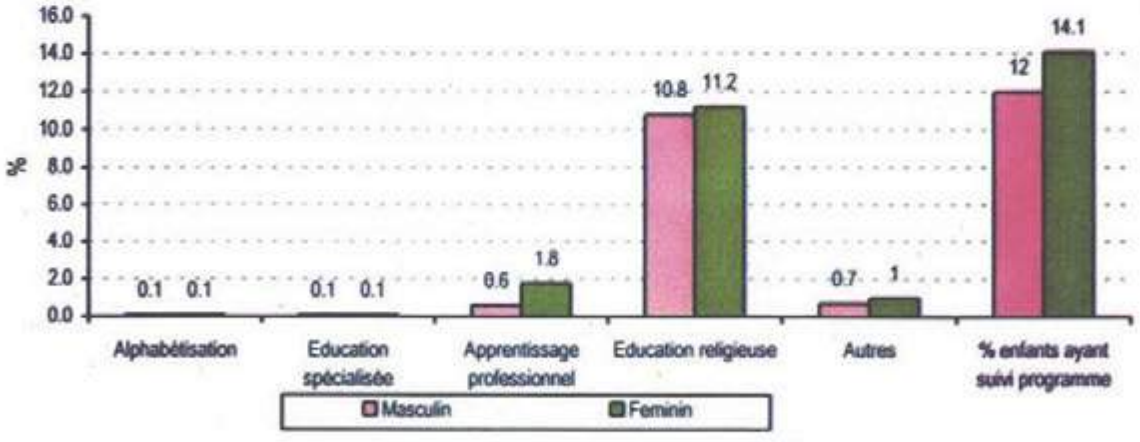
Il est surtout présent dans les centres urbains avec une participation supérieure à 17% contre moins de 12% en milieu rural. La tranche d'âge des 9-15 ans enregistre la plus forte participation.

Figure 42 : Pourcentage d'enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon l'âge, Madagascar, 2000



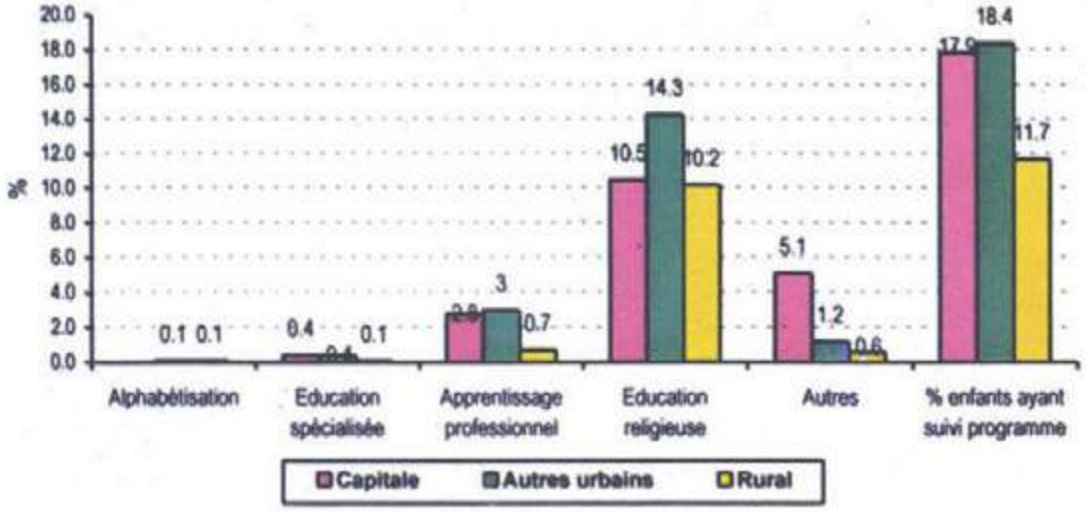
Dans le programme d'éducation non formelle, ce sont surtout l'éducation religieuse et l'apprentissage professionnel qui sont les plus suivis.

Figure 43 : Répartition des enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon le type de programme suivi et selon le sexe, Madagascar, 2000



L'offre d'éducation spécialisée et l'alphabétisation restent très limitées. En ce qui concerne l'éducation religieuse et l'apprentissage professionnel, l'offre d'éducation est plus importante en milieu urbain.

Figure 44 : Pourcentage d'enfants ayant suivi un programme d'éducation non formelle selon le type de programme suivi et selon le milieu, Madagascar, 2000



Tendances de l'éducation

Education préscolaire

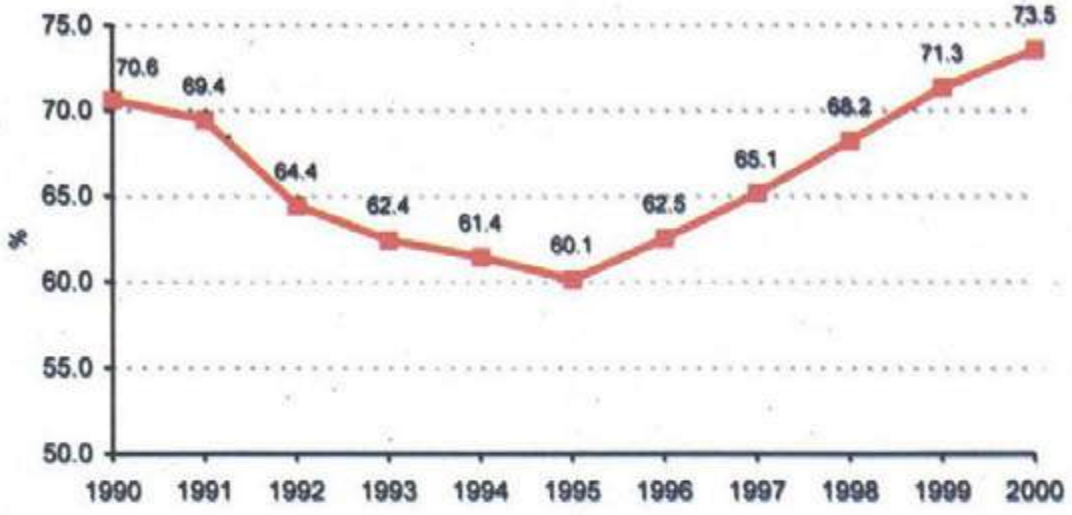
Compte tenu des problèmes de ressources disponibles, le préscolaire est essentiellement assuré par le secteur privé et des Organisations Non Gouvernementales qui oeuvrent dans le domaine de l'éducation. Ces organismes sont surtout présents dans la capitale et les autres centres urbains. Cela explique en partie la forte disparité qui existe entre les zones de résidence au détriment du milieu rural.

D'autre part, le développement du préscolaire n'arrive pas à suivre le rythme de croissance démographique de la population cible. Cela pourrait expliquer en partie la baisse du niveau de fréquentation du préscolaire.

Education primaire

La comparaison entre les résultats obtenus et les données officielles n'est pas aisée dans la mesure où la tranche d'âge légale du primaire à Madagascar est de 6 à 10 ans. D'autre part, les résultats obtenus concernent les enfants qui ont fréquenté régulièrement l'école jusqu'à la fin de l'année scolaire alors que les données officielles du Ministère de l'Enseignement Secondaire et de l'Education de Base se réfèrent à la photographie statistique du 31 octobre de chaque année scolaire qui recense surtout les inscriptions. Toutefois l'évolution des proportions d'enfants de 6 à 10 ans inscrits dans le primaire (Taux Net de Scolarisation) montre que l'objectif du gouvernement est atteint.

Figure 45 : Evolution de la proportion d'enfants de 6-10 ans qui sont inscrits en primaire, Madagascar, 2000



Les proportions d'enfants de 5 ans scolarisés dans le primaire sont faibles et une partie des 11-12 ans sont déjà dans le secondaire du premier cycle. Les données issues des résultats de l'enquête MICS 2000 sont légèrement inférieures à celles des données officielles.

Pour le milieu rural en particulier, les activités socio-économiques dominantes qui requièrent l'utilisation des enfants (culture de rente ou élevage extensif ou encore activités de pêche), les pratiques culturales (éloignement des champs de culture) et les aléas climatiques qui rendent le trajet scolaire difficile, voire impossible, durant une période plus ou moins longue de l'année, sont autant de facteurs qui sont responsables en partie de la faiblesse du niveau de fréquentation régulière.

Alphabétisation

L'enquête MICS 2000 a considéré comme alphabétisé tout individu sachant lire. La capacité à écrire n'a pas été demandée. Cette situation entraîne des difficultés de comparaison entre les résultats du MICS 2000 et ceux d'autres enquêtes.

Le déclin de l'ampleur des campagnes massives d'alphabétisation, le statut social de la femme dans la société traditionnelle pourraient expliquer en partie la faiblesse des proportions d'alphabétisées chez les femmes et les individus de plus de 45 ans.

Toutefois l'étude " Education Pour Tous, Bilan à l'an 2000" et l'Enquête Prioritaire auprès des Ménages de 1999 ont fait ressortir que la proportion de la population qui sait lire et écrire a légèrement augmenté en passant de 46,6% en 1998 à 50,1% en 1999.

Education non formelle.

Certaines formes d'éducation non formelle telle que l'éducation spécialisée nécessite une spécialisation poussée des formateurs ainsi que des infrastructures et des équipements adéquats. La non disponibilité de budget alloué limite l'offre dans le domaine.

L'absence de données relatives à ce domaine ne permet pas de voir l'évolution durant la décennie.

Principales réalisations

Malgré les multiples contraintes et limites sus énumérées, des actions touchant chaque domaine ont été réalisées au cours de la décennie.

Pour le système formel

- En vue d'améliorer l'accès scolaire, des actions de réhabilitation, d'extension, de construction de nouvelles écoles et d'équipement de salles de classe ont été entreprises.
- Pour la qualité de l'enseignement, des formations d'enseignants et d'encadreurs ont été faites. Un renforcement des capacités institutionnelles a été entrepris.
- La gestion des ressources financières a été décentralisée au niveau des districts (Circonscription scolaire).
- Un effort particulier a été entrepris en faveur de la réduction des disparités. Pour résoudre le problème posé par le nombre insuffisant d'enseignants et de salles de classes disponibles, des études sur la gestion des classes multigrades ont été menées.
- De plus, des négociations ont été menées pour la mise en place d'un système d'enseignement à distance.
- Afin de permettre une meilleure appropriation de l'éducation par les bénéficiaires, la participation communautaire a été redynamisée.
- L'octroi aux communautés de micro crédit est rendu possible dans le cadre du PArtenariat pour le Développement des Ecoles Primaires Publiques (PADEPP).

Pour le système non formel

Les principales réalisations portent essentiellement sur le préscolaire, l'alphabétisation, les groupes défavorisés et les femmes.

- Redynamisation de l'alphabétisation par la priorisation de l'approche basée sur la demande.
- Renforcement de la décentralisation des services d'alphabétisation.
- Renforcement de l'encadrement de la petite enfance, de l'éducation préscolaire et de la famille.
- Un débat sur le préscolaire a été initié en vue de la réactualisation des textes, de la définition des normes nationales et des programmes.
- Promotion de l'éducation et de l'insertion socio-économique des groupes défavorisés.
- Promotion de l'éducation des femmes et valorisation de leur rôle dans le développement.

Recommandations

Afin de mieux contribuer à l'atteinte des objectifs du Sommet Mondial des Enfants en général, et à l'amélioration de la condition des enfants à Madagascar en particulier, les recommandations suivantes sont proposées :

Education préscolaire

- Assurer l'élaboration et la mise en oeuvre des textes relatifs au préscolaire
  a) définition claire de l'entité responsable de sa prise en charge,
  b) définition des structures et des mécanismes de fonctionnement et de financement (Budget, système de partenariat, approche communautaire, sponsoring).
- Assurer la dotation des structures en ressources appropriées
- Assurer la mise en place et le fonctionnement d'un système de suivi et d'évaluation.
- Promouvoir les activités de développement « intégral » du jeune enfant.

Fréquentation scolaire dans le primaire

- Prendre en compte les spécificités des régions pour mieux adapter l'offre d'éducation à la demande.
- Accorder une attention particulière aux groupes les plus défavorisés dans l'effort de scolarisation universelle.

Programme d'éducation non formelle

- Appuyer les associations et organisations qui mettent en oeuvre le programme d'éducation non formelle.
- Mieux cibler le milieu rural et les zones défavorisées dans le développement du programme d'éducation non formelle.

Santé maternelle et infantile

RABIALAHY Célestine

Après les recommandations de la conférence d'Alma-Ata, un programme de SMI a été mis en œuvre à Madagascar dans le cadre des Soins de Santé Primaire mais les efforts ont été surtout axés sur la prise en charge des enfants. Les soins de santé maternelle ont été effectués de manière fragmentaire. En 1990, a été entreprise une Politique nationale pour le Développement Economique et Social (PNPDES – loi n° 90 –030 du 19 Décembre 1990). Cette politique a pour but d'améliorer la qualité de la vie et de favoriser l'instauration d'un bien-être pour toutes les catégories de la population. La même année, le Sommet Mondial pour les Enfants a adopté une déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et un plan d'action pour la concrétisation de cette déclaration.

L'un des objectifs de cette enquête MICS est d'évaluer la situation de santé des mères et de leurs enfants à la fin de cette décennie. A cet effet, des données sur l'état nutritionnel, les soins prénatals, l'accouchement, la couverture vaccinale en Antitétanique des femmes ayant eu des naissances au cours de l'année précédente ainsi que des informations sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et leurs couvertures vaccinales ont été collectées.

Santé et nutrition des filles et des femmes enceintes/allaitantes

Analyse de la situation

Approvisionnement alimentaire

La situation alimentaire et nutritionnelle est en étroite corrélation avec les phénomènes suivants :

- Pratiques culturales peu performantes,
- Détérioration de l'environnement due aux incendies de forêts et aux feux de brousse,
- Perte de récoltes occasionnée par des catastrophes naturelles : cyclones, sécheresse ou invasion de criquets migrateurs,
- Affaiblissement du pouvoir d'achat,
- Enclavement de certaines régions agricoles,
- Pratiques culinaires entraînant des pertes relativement importantes en nutriments,
- Variation saisonnière des prix et de la disponibilité alimentaire entraînant une réduction notable de la consommation alimentaire et calorique parmi les ménages pauvres à Madagascar pendant la période de soudure.

La production agricole représente 34% du Produit Intérieur Brut bien que 80% des Malgaches soient agriculteurs.

Promotion des soins de santé

Le taux de Consultations Prénatales (CPN) effectuées par le personnel qualifié est de 78% selon l'ENDS de 1992 avec une variation allant de 68% pour la Province de Fianarantsoa à 91% pour celle d'Antananarivo, et 45% des naissances ont eu lieu dans les établissements sanitaires. La proportion de femmes venant en consultation post-natale, qui est l'une des opportunités pour l'administration de la Vitamine A après l'accouchement, est de 47%.

Partenariat en matière de nutrition

Faible couverture géographique des interventions menées par la contrepartie gouvernementale.

Revue des politiques

La santé, la nutrition et l'éducation maternelles sont importantes pour la survie et le bien-être des femmes et conditionnent la santé et le bien-être des nourrissons. L'objectif assigné est de réduire la mortalité maternelle de 570 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 285 pour 100 000 naissances vivantes à la fin de l'an 2000 par l'initiative de la maternité sans risque et l'amélioration de l'état nutritionnel des mères.

- Mise en place des 111 Districts Sanitaires dans le cadre de la décentralisation,
- Renforcement des capacités du personnel de santé à tous les niveaux,
- En 1994, démarrage du Projet « Nutrition à Assise Communautaire » avec l'UNICEF dans certains districts sanitaires touchés par les dégâts cycloniques,
- Depuis 1996, dans le cadre de la lutte contre les carences en micro-nutriments dont :
  - celle en fer chez les femmes enceintes, une supplémentation en fer et en acide folique pendant une période de 6 mois durant la grossesse est recommandée
  - celle en Vitamine A chez les femmes allaitantes, une supplémentation en Vitamine A des femmes dans les huit semaines après l'accouchement est préconisée
  - celle en Vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans, une supplémentation en Vitamine A est indiquée,
- En 1998, afin de réduire les taux de mortalités infantile et infanto – juvénile : la politique nationale de vaccination a été révisée et la stratégie « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » a été développée,
- A la mi-décennie, des mesures d'accompagnement ont été prises pour améliorer le statut nutritionnel précaire des femmes, les revenus et la sécurité des ménages : mises en place du Programme National de Vulgarisation Agricole (PNVA), du Programme de Réhabilitation des Périmètres Irrigués (PRPI); et du Projet d'interventions à base communautaire en matière de nutrition/santé.

Autres approches utilisées pour la mise en œuvre du Projet Nutrition

- Approche multisectorielle impliquant les Ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Recherche Scientifique avec les ONG intervenant dans le domaine de la Nutrition afin de mieux appréhender le problème de la malnutrition,
- Synergie et complémentarité entre les intervenants entraînant sûrement un impact positif sur les interventions à base communautaire,
- Implication des communautés et en particulier la participation des groupements féminins, .
- Système de volontariat des agents communautaires,
- Essai d'harmonisation des interventions au niveau du Groupe d'Action Intersectoriel en Nutrition,
- Formation des intervenants en nutrition au niveau communautaire.

Etat nutritionnel des filles et des mères

Au cours de l'EDS 1997, les mesures de la taille et du poids ont été collectées pour toutes les femmes ayant un enfant vivant de moins de 3 ans. Le poids reflète principalement l'état nutritionnel actuel et il est souvent utilisé comme un indice de l'état général de nutrition et de santé tandis que la taille mesure l'état nutritionnel passé ainsi que le potentiel génétique de la femme. Elle traduit également l'effet cumulé du niveau socio-économique sur plusieurs générations. Du point de vue anatomique, la largeur du bassin est fonction de la taille de la femme. Ainsi les femmes trop petites risquent d'avoir un bassin trop étroit et d'avoir des complications obstétricales. La taille critique varie entre 1,40m et 1,50m. D'après le tableau 35, la taille moyenne des mères se situe légèrement au-dessus du seuil critique (1,53m) avec un écart type de 6 centimètres. Huit pour cent des femmes se situent en dessous du seuil critique. Les tailles inférieures à 1,45m sont l'apanage des femmes très jeunes (14% des moins de 20 ans) et de celles résidant dans la Province de Toamasina (11%). Le niveau d'instruction

agit indirectement sur la taille des femmes car 5% seulement des femmes instruites (secondaire ou supérieur) sont en dessous du seuil critique.

Tableau 35 : Indicateurs anthropométriques des mères par caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

Caractéristique	Taille			Poids pour taille*		
	Moyenne	Pourcentage <145	Effectif de mères	IMC moyen (kg/m2)	Pourcentage <18,5	Effectif de mères
Province						
Antananarivo	152,2	9,4	917	20,4	19,4	748
Fianarantsoa	152,7	8,9	764	20,0	23,8	615
Toamasina	152,3	10,6	454	20,5	18,0	3711
Mahajanga	153,4	6,5	444	20,4	16,8	374
Toliary	154,3	5,4	414	20,3	27,9	322
Antsiranana	153,5	5,7	208	20,9	14,8	175
Milieu de résidence						
Capitale	152,7	8,8	112	21,2	16,7	95
Autre urbain	153,4	8,0	518	20,8	19,1	427
Ensemble urbain	153,3	8,2	630	20,9	18,6	5220
Rural	152,8	8,3	2571	20,2	21,1	2
Groupe d'âge						
15-19 ans	151,6	13,8	430	20,1	21,6	348
20-24 ans	152,5	7,8	843	20,3	19,5	673
25-29 ans	153,0	7,1	771	20,2	20,2	607
30-34 ans	153,8	7,2	560	20,6	21,7	456
35-49 ans	153,3	7,6	597	20,5	20,9	520
Niveau d'instruction						
Aucun	152,7	8,9	746	19,9	26,5	602
Primaire	152,6	9,4	1776	20,3	19,8	1453
Secondaire ou +	153,9	4,8	679	21,0	16,3	5449
Ensemble	152,9	8,3	3201	20,4	20,6	2604

* Sont exclues les femmes enceintes et celles ayant eu un enfant dans les deux mois ayant précédé l'enquête (Source: EDS 1997)

Concernant l'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui est le rapport du poids en kilogrammes par rapport au carré de la taille en mètres, utilisé pour évaluer l'état nutritionnel des femmes, plus de 20% des femmes souffrent d'insuffisance énergétique chronique (IMC<18,5) et l'on observe des variations sensibles selon les caractéristiques socio-démographiques.

Anémie chez les mères

Bien que l'anémie puisse avoir plusieurs causes comme les maladies parasitaires, les hémorragies chroniques et les autres carences en nutriments, il a été démontré que la majorité des cas d'anémie est due au manque de fer (anémie ferriprive). Elle est définie biologiquement : "sont anémiées les femmes non enceintes qui ont un niveau d'hémoglobine inférieur à 12g/dl, et inférieur à 11g/dl pour les femmes enceintes". Les résultats de l'EDS 1997 nous montre que 42% des mères sont atteintes d'anémie : 30% sous forme légère, 11% sous forme modérée et 1% sous forme sévère. La prévalence de l'anémie est plus élevée chez les mères sans instruction que chez celles qui ont atteint le niveau secondaire ou plus : chez les premières, 15% sont atteintes d'anémie sous forme modérée ou sévère contre 9% chez les secondes. En milieu rural, 12% des mères ont présenté une anémie modérée ou sévère, contre à peine 4% dans la capitale. Les résultats montrent aussi que l'anémie prévaut davantage chez les femmes enceintes (22% d'entre elles présentent une anémie modérée ou sévère) que chez les femmes non enceintes (10%). Ce qui démontre une fois de plus une augmentation du besoin en fer au cours de la grossesse, justifiant un apport supplémentaire. Ces taux de prévalence sont encore non sécurisants.

Cécité nocturne chez les femmes enceintes

Les carences en Vitamine A résultant d'une alimentation pauvre et peu variée entraînent à un certain stade une cécité nocturne ou crépusculaire (héméralopie). Les personnes contractant cette affection éprouvent des difficultés pour voir au crépuscule ou dans une pièce mal éclairée. Lors de cette enquête MICS, on a demandé aux femmes âgées de 15 à 49 ans si *elles ont eu des difficultés à voir à la tombée du jour lors de leur dernière grossesse*, étant donné que cette affection se déclare plus fréquemment au cours du dernier trimestre de la grossesse.

Prévalence de la cécité nocturne chez les femmes enceintes

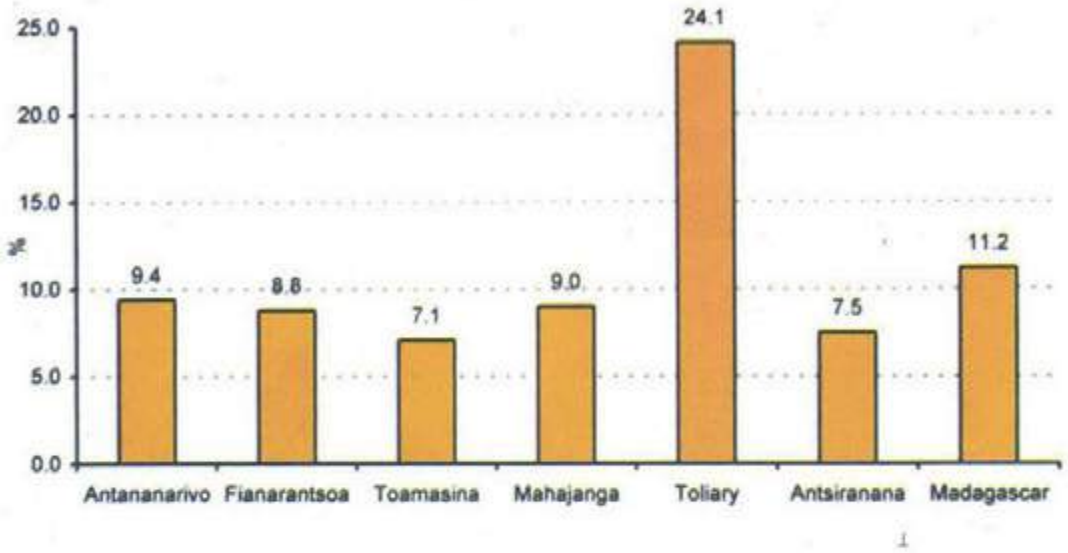
Pour lutter contre l'avitaminose A, la promotion de la diversification alimentaire et de la consommation d'aliments riches en Vitamine A, ainsi que l'administration de Vitamine A aux femmes accouchées depuis 1996 ont été menées par les Responsables Sanitaires. Les résultats présentés dans le tableau ci-dessous mettent en évidence des proportions assez élevées (11%) de femmes enceintes souffrant d'héméralopie.

Tableau 36 : Pourcentage de femmes âgées de 15-49 ans qui ont présenté des symptômes de cécité nocturne lors de leur dernière grossesse, Madagascar, 2000

Caractéristiques	Pourcentage avec des symptômes de cécité nocturne	Effectif de femmes enceintes
Province		
Antananarivo	9,4	405
Fianarantsoa	8,8	262
Toamasina	7,1	196
Mahajanga	9,0	155
Toliary	24,1	237
Antsiranana	7,5	107
Milieu de résidence		
Capitale	7,3	55
Autres urbains	10,3	175
Rural	11,6	1132
Groupe d'âges		
15-19 ans	13,2	235
20-24 ans	8,7	379
25-29 ans	8,8	307
30-34 ans	15,3	222
35-39 ans	14,4	160
40-44 ans	9,8	51
45-49 ans	12,5	8
Niveau d'instruction		
Aucune	11,4	412
Primaire	11,4	699
Secondaire et plus	10,8	251
Total	11,2	1362

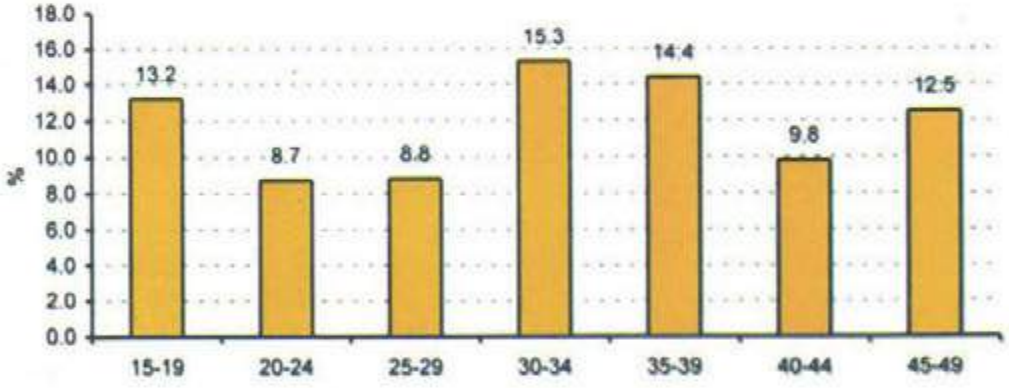
Les différences de prévalences sont importantes lorsque l'on considère les Provinces : à Toliary 24% des femmes enceintes présentent une cécité nocturne contre 7% dans celle de Toamasina. On remarque aussi un écart non négligeable lorsqu'on est en milieu rural (12%) ou dans la capitale (7%).

Figure 46 : Pourcentage des femmes enceintes presentant des symptômes de cécité nocturne selon les provinces, Madagascar, 2000



Le niveau d'instruction de la mère influe peu sur la prévalence de la cécité nocturne. Les tranches d'âge de 30-34 ans, 35-39 ans, 15-19 ans et 45-49 ans sont beaucoup plus touchées que les autres, respectivement de 15%, 14% et 13% pour les deux dernières. On peut en déduire que les risques de cécité nocturne sont élevés chez les femmes enceintes trop jeunes et chez celles âgées de plus de 30 ans.

Figure 47 : Pourcentage des femmes enceintes présentant des symptômes de cécité nocturne selon la tranche d'âge, Madagascar, 2000



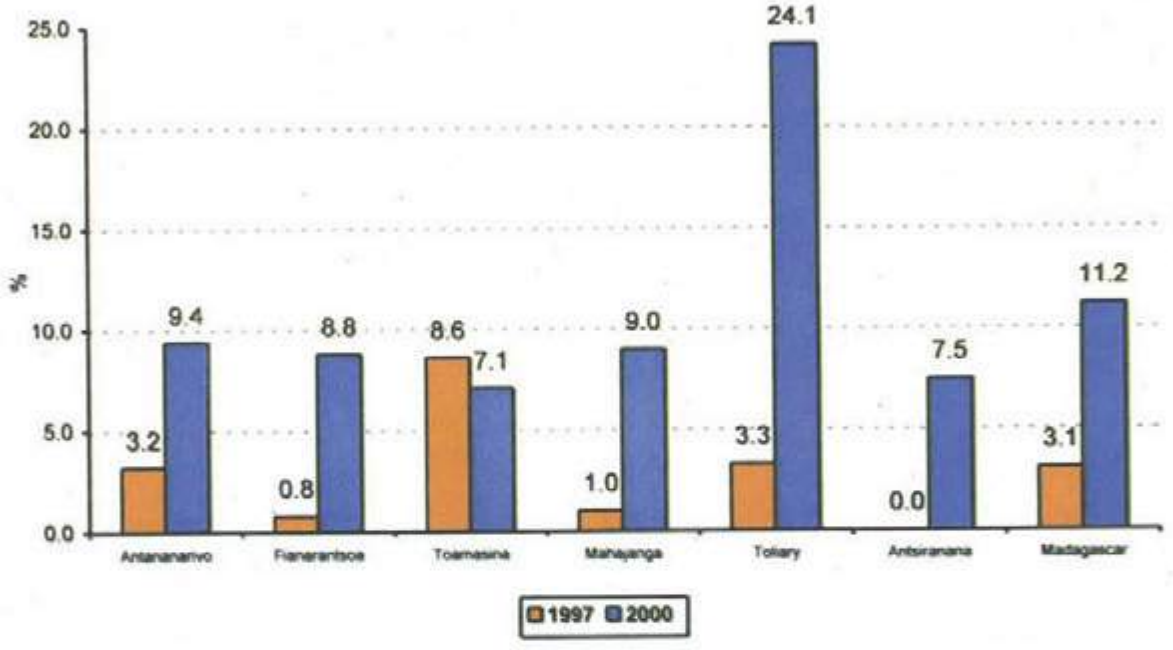
Principaux obstacles à la lutte contre les carences en micro-nutriments

Ils relèvent des causes suivantes :

- apport insuffisant en aliments,
- coutumes, tabous alimentaires,
- pratiques alimentaires non adéquates,
- insécurité alimentaire frappant les ménages,
- insalubrité de l'environnement,

- maladies infectieuses, par exemple parasitoses, aggravant l'état de déplétion en nutriments durant la grossesse,
- occasions manquées de supplémentations en micro-nutriments lors des contacts des mères ou des enfants avec une formation sanitaire, aggravées par l'inaccessibilité financière des mères, surcharge de travail des femmes.

Figure 48 : Evolution de la cécité nocturne de 1997 à 2000 selon les provinces, Madagascar, 2000



La prévalence de la cécité nocturne chez les femmes enceintes est de 11% lors de l'enquête MICS 2000, pourcentage qui est en hausse par rapport à celui de 1997 (3%) et cette augmentation touche généralement toutes les provinces. Celle de Toliary mérite une attention particulière avec un taux de 24%. Ce taux reflète la vulnérabilité des femmes enceintes par rapport aux autres groupes en matière de carence en Vitamine A.

Conclusion

Diverses activités ont été menées en vue d'améliorer la situation nutritionnelle des filles, des femmes enceintes et des femmes allaitantes. La malnutrition avec toutes ses manifestations continue d'affecter une proportion assez grande de femmes. La prévalence de la malnutrition dans les sites d'intervention a probablement diminué mais la couverture nationale est encore faible.

Planification familiale

† *RASOLOARISON Claude*

Introduction

En 1990, le Sommet Mondial pour les Enfants a adopté une Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant et un Plan d'action pour la mise en œuvre de cette Déclaration dans les années 90.

En 1992, la Conférence Internationale sur l'Assistance aux Enfants africains a adopté un ensemble d'objectifs qui par la suite a reçu l'aval du sommet de l'OUA. Les gouvernements qui ont aussi signé la Déclaration et le Plan d'Action pour les Enfants se sont engagés à progresser vers ces objectifs, dont une des mesures spécifiques à prendre, en vue d'assurer la survie, la protection et le développement de l'enfant, est la promotion commune des programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale en y contribuant selon trois axes:

- Encourager les femmes à espacer les naissances au moins deux années,
- Porter des grossesses à un âge optimal - pas trop âgé et pas trop jeune,
- Prévenir les grossesses supplémentaires chez une mère qui a déjà eu des grossesses nombreuses.

Madagascar a défini une Politique Nationale de Population, par le biais de la mise en place d'un programme coordonné de planification familiale, axée sur la protection de la santé maternelle et infantile, c'est à dire la promotion et la protection de la santé du couple mère /enfant. Chaque centre et établissement de santé public ou privé héberge un site de planification familiale offrant au public une large gamme de produits contraceptifs. Les prestataires de services ont reçu des formations très poussées sur la gestion du programme de planification familiale. En milieu rural, l'accessibilité aux services de planification familiale a été facilitée par la mise en place des services de distribution à base communautaire.

Dans un programme de planification familiale, la prévalence contraceptive est recommandée comme l'indicateur commun pour l'USAID et, est le seul indicateur le plus communément recherché par les missions dans les régions d'Afrique. La prévalence contraceptive a été utilisée parce que sa mesure est basée sur la population. C'est un indicateur d'impact du programme de planification familiale. Il est défini comme étant le pourcentage de femmes en âge de reproduction (15-49 ans) qui utilisent actuellement (ou qui a un partenaire qui utilise actuellement) une méthode moderne de contraception. Il est important de spécifier quelles méthodes et quel groupe de population (situation matrimoniale et âge) sont rapportés. Le Bureau Afrique recommande que les taux soient à rapporter pour les méthodes modernes de contraception. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) inclut les pilules, les dispositifs intra-utérins (DIU), les injectables, le diaphragme, les méthodes vaginales, les préservatifs et la contraception chirurgicale volontaire (CCV). D'autres études rapportent la prévalence contraceptive pour toutes les méthodes (incluant celles traditionnelles) pour approfondir la réflexion sur la performance du programme de planification familiale.

Généralement, une augmentation annuelle de 1% à 2% indique le progrès considérable et l'objectif est d'obtenir une prévalence contraceptive autour de 65%.

Cette étude a pour objet de déterminer le niveau d'utilisation des moyens contraceptifs, afin d'estimer les progrès accomplis en matière de Survie de l'Enfant depuis le Sommet Mondial pour les Enfants.

Méthodologie

4709 femmes en union âgées de 15-49 ans ont été choisies selon un plan de sondage défini par les Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS) et interrogées sur :

- leur situation matrimoniale ;
- leur grossesse ;
- l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive ;
- et les produits contraceptifs utilisés.

Ces variables ont été analysées selon les caractéristiques socio-démographiques suivantes :

- la province;
- le milieu de résidence;
- l'âge; et
- le niveau d'instruction.

Les résultats sont présentés en pourcentage rapporté à l'effectif des femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive. Les résultats sont comparés avec ceux obtenus par d'autres sources et avec ceux d'autres pays avoisinants.

Niveaux et tendances de la contraception

Niveaux actuels

L'utilisation actuelle de la contraception moderne est rapportée par 12% des femmes de 15-49 ans en union à Madagascar. Les méthodes les plus utilisées sont essentiellement les contraceptifs injectables (7%) et les contraceptifs oraux (3%), et 7% des femmes utilisent une méthode traditionnelle, essentiellement la continence périodique (6%).

L'abstinence périodique est utilisée par 6% des femmes. Environ 1% des femmes interrogées utilisent des condoms, des implants, des DIU. Moins de 1% utilisent l'allaitement maternel et le retrait. Moins de 1% des femmes ont subi une intervention chirurgicale de contraception. Le préservatif féminin, le diaphragme, la stérilisation masculine et le gel spermicide ne sont pas utilisés.

La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est la plus élevée dans les provinces d'Antananarivo (16%) et d'Antsiranana (15%) et atteint 12% dans la province de Toamasina. Elle est la moins élevée à Fianarantsoa (7%). Elle est de 9% dans les provinces de Toliary et de Mahajanga.

Seules 7% des adolescentes utilisent les méthodes modernes de contraception contre 16% chez les femmes âgées de 30-34 ans et de 40-44 ans.

Selon le milieu de résidence, nous retrouvons une différence très nette entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet il y a une utilisation peu importante de méthode contraceptive en milieu rural (14%) par rapport au milieu urbain (28%) et à la capitale (55%).

Le niveau d'éducation des femmes est fortement associé à la prévalence contraceptive. Le pourcentage de femmes utilisant une méthode de contraception moderne passe de 3% parmi celles sans éducation à 11% chez celles qui ont atteint le niveau primaire, et à 23% chez celles qui ont atteint un niveau supérieur et secondaire. Parmi les femmes qui n'ont aucune éducation, environ 2% utilisent des injectables, 1% utilisent des pilules et moins de 1% ont subi une intervention chirurgicale contraceptive. Par contre, parmi les femmes ayant atteint le niveau secondaire et supérieur 11% utilisent des injectables et 1% ont subi une intervention chirurgicale contraceptive.

Tableau 37 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive par caractère socio-démographique et selon la méthode contraceptive, Madagascar, 2000

	Pourcentage de femmes (mariées ou en union) qui utilisent				
	Pas de méthode	N'importe quelle méthode moderne	N'importe quelle méthode traditionnelle	N'importe quelle méthode	Effectifs femmes
Province					
Antananarivo	71,7	16	12,2	28,3	1397
Fianarantsoa	89	7,3	3,4	11	847
Toamasina	81,6	12,1	6	18,3	799
Mahajanga	86,3	8,8	4,9	13,7	547
Toliary	87,6	9,5	2,8	12,4	758
Antsiranana	77,1	14,6	8	22,9	362
Milieu de résidence					
Capitale	44,6	31,8	22,8	55,4	289
Autres urbains	71,7	18,2	9,9	28,3	781
Rural	86,1	8,8	4,9	13,9	3639
Groupe d'ages					
15-19 ans	89,2	6,7	4,1	10,6	417
20-24 ans	85	9,3	5,4	15	903
25-29 ans	78,9	13,2	7,8	21,1	1022
30-34 ans	75,8	15,8	8,4	24,2	796
35-39 ans	80,6	12	7,4	19,4	715
40-44 ans	75,7	15,6	8,1	24,3	518
45-49 ans	90,5	4,7	4,7	9,5	338
Niveau d'instruction					
Aucune	94,7	3,5	1,7	5,3	1239
Primaire	83,2	10,8	5,8	16,8	2360
Secondaire ou +	61,6	23,3	14,8	38,5	1107
ND	100	0	0	0	3
Total	81,2	11,8	6,9	18,8	4709

Source : Enquête MICS 2000 NSP : Ne sait pas ND : Non disponible.

Tableau 38 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive moderne, Madagascar, 2000.

	Stérilisation féminine	Stérilisation masculine	Pilule	DIU	Injections	Implant	Condom	Préservatif féminin	Diaphragme	Gel spermicide	Effectifs femmes
Province											
Antananarivo	1,1	0,0	3,9	0,9	8,1	0,7	1	0,0	0,0	0,1	1397
Fianarantsoa	0,2	0,0	2	0,2	4,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	847
Toamasina	0,1	0,0	3,4	0,0	8,5	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	799
Mahajanga	0,5	0,0	2,2	0,0	5,5	0,2	0,2	0,2	0,0	0,2	547
Toliary	0,5	0,0	3,3	0,3	4,9	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	758
Antsiranana	0,3	0,0	5,8	0	8,3	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	362
Milieu de résidence											
Capitale	2,8	0,0	8,7	1,7	14,5	1,4	2,8	0,0	0,0	0,3	289
Autres urbains	0,6	0,0	5,9	0,3	9,6	0,5	1,2	0,1	0	0,1	781
Rural	0,4	0,0	2,4	0,2	5,5	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	3639
Groupe d'âges											
15-19 ans	0,0	0,0	3,1	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	417
20-24 ans	0,0	0,0	2,3	0,0	6,2	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	903
25-29 ans	0,2	0,0	3,4	0,1	9	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	1022
30-34 ans	0,8	0,0	5	1,1	7,8	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	796
35-39 ans	0,4	0,0	3,6	0,0	6,3	0,7	0,7	0,1	0,0	0,0	715
40-44 ans	1,9	0,0	3,7	1,0	8,1	0,6	0,2	0,0	0,0	0,2	518
45-49 ans	1,8	0,0	0,6	0,3	1,8	0	0,3	0,0	0,0	0,0	338
Niveau d'instruction											
Aucune	0,4	0,0	1,1	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1239
Primaire	0,4	0,0	2,5	0,3	7,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	2360
Secondaire ou +	1,3	0,0	7,5	0,9	10,8	1	1,5	0,1	0,0	0,1	1107
ND	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Total	0,6	0,0	3,3	0,3	6,7	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	4709

Source : MICS 2000

Tableau 39 : Pourcentage de femmes mariées ou en union âgées de 15-49 ans qui utilisent actuellement (ou dont le partenaire utilise) une méthode contraceptive traditionnelle, Madagascar, 2000.

	Allaitement maternel	Abstinence périodique	Retrait	Autre	Effectifs femmes
Province					
Antananarivo	1,1	10,5	0,5	0,2	1397
Fianarantsoa	0,1	3	0,4	0,2	847
Toamasina	0,5	5,4	0,1	0,1	799
Mahajanga	0,7	4,2	0	0	547
Toliary	0,3	2,4	0,1	0,3	758
Antsiranana	0,0	7,7	0,3	0,3	362
Milieu de résidence					
Capitale	2,4	19,7	0,7	0,3	289
Autres urbains	1,3	8,5	0,3	0,3	781
Rural	0,3	4,4	0,3	0,2	3639
Groupe d'âges					
15-19 ans	0,5	3,4	0,2	0	417
20-24 ans	0,4	5,1	0	0,2	903
25-29 ans	0,4	7	0,4	0,1	1022
30-34 ans	1,1	6,7	0,6	0	796
35-39 ans	0,8	6	0,4	0,1	715
40-44 ans	0,2	7,9	0	0,8	518
45-49 ans	0,0	4,7	0	0,3	338
Niveau d'instruction					
Aucune	0,2	1,3	0,2	0,2	1239
Primaire	0,7	5	0,2	0,1	2360
Secondaire et Universitaire	0,7	13,6	0,5	0,3	1107
ND	0	0	0	0	3
Total	0,6	6	0,3	0,2	4709

Source : MICS 2000

Tendances

Pour l'ensemble des méthodes, la prévalence contraceptive a diminué (19%) par rapport à celui de 1999 (25%). En ce qui concerne la méthode de contraception moderne (Figure 49), le taux par rapport à 1999 (13%) a légèrement diminué (12%), mais pour conclure à une baisse significative du taux, un test statistique est à envisager. Le taux pour la méthode contraceptive traditionnelle (7%) est tombé en dessous du taux de l'année 1997 (9%) et a perdu beaucoup de sa valeur par rapport à 1992 (12%). Si on ne considère pas les résultats de l'EPM 99, en joignant directement les taux de l'EDS 97 et de MICS 2000, la prévalence contraceptive pour les méthodes modernes passe de 10% en 1997 à 12% en l'an 2000, et celle pour les méthodes traditionnelles passe de 9% à 7%.

Figure 49 : Evolution de la prévalence contraceptive selon le type de méthode, Madagascar, 2000

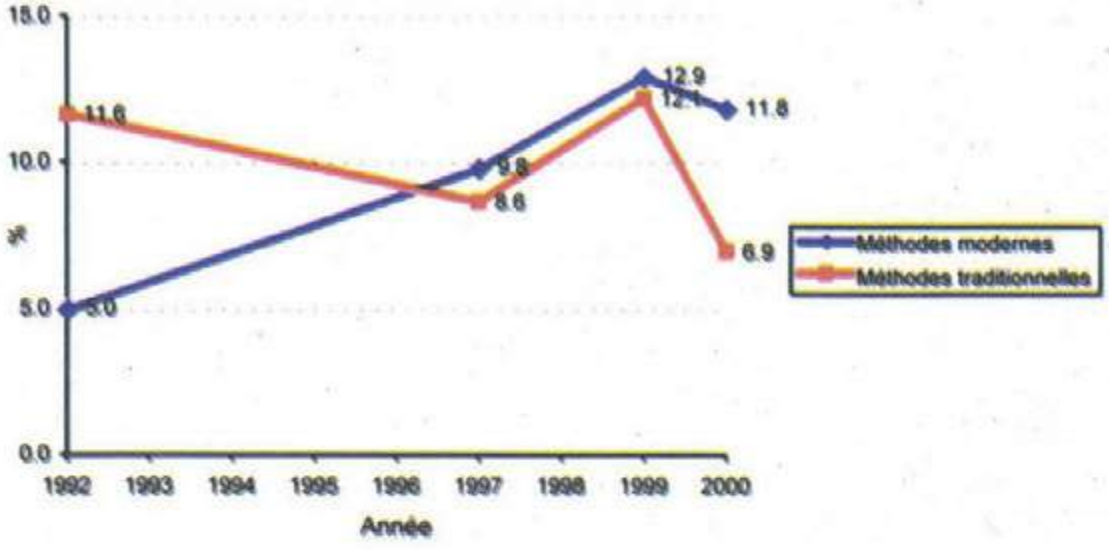


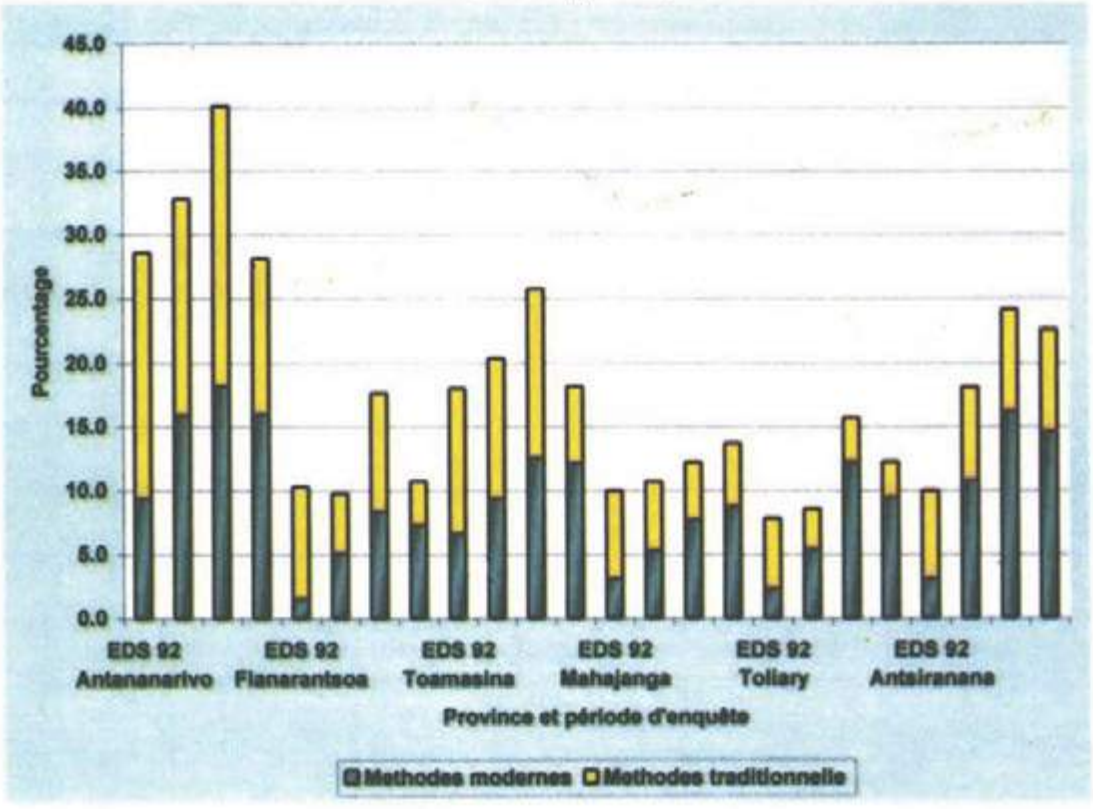
Tableau 40 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union par province et selon le type de méthode, Madagascar, 2000

Provinces	Sources	Toutes les méthodes	Méthodes modernes	Méthodes Traditionnelles
Antananarivo	EDS 1992	28,7	9,4	19,2
	EDS 1997	32,9	15,9	16,9
	EPM 1999	78,4	18,2	12,2
	MICS 2000	28,3	16,0	12,2
Fianarantsoa	EDS 1992	10,3	1,5	8,8
	EDS 1997	9,8	5,1	4,7
	EPM 1999	17,7	8,4	9,3
	MICS 2000	11,0	7,3	3,4
Toamasina	EDS 1992	18,0	6,6	11,4
	EDS 1997	20,4	9,4	11,0
	EPM 1999	21,1	12,6	13,2
	MICS 2000	18,3	12,1	6,0
Mahajanga	EDS 1992	10,0	3,1	6,9
	EDS 1997	10,7	5,3	5,4
	EPM 1999	10,3	7,7	4,5
	MICS 2000	13,7	8,8	4,9
Toliary	EDS 1992	7,8	2,3	5,5
	EDS 1997	8,6	5,4	3,2
	EPM 1999	14,3	12,3	3,5
	MICS 2000	12,4	9,5	2,8
Antsiranana	EDS 1992	10,0	3,1	6,9
	EDS 1997	18,1	10,8	7,3
	EPM 1999	20,4	16,2	8,0
	MICS 2000	22,9	14,6	8,0

Sources : EDS 1992/1997, EPM 1999 et MICS 2000

En ce qui concerne les provinces : par rapport à l'année 1999, la prévalence de toutes les méthodes a augmenté. Pour les méthodes modernes, les taux ont augmenté dans les provinces de Mahajanga et Antsiranana; la province de Toamasina est restée au même niveau de l'année 1999.

Figure 50 : Evolution de la prévalence contraceptive par province et selon le type de méthode, Madagascar, 2000



En ce qui concerne le milieu de résidence (Tableau N° 41): dans la capitale, la prévalence en méthodes modernes chez les femmes en union a augmenté, passant de 21% en 1992 à 32% dans la présente enquête, et les méthodes traditionnelles perdent du terrain, passant de 30% en 1992 à 23% actuellement. Dans les autres villes, la prévalence en méthodes modernes passe de 14% à 18%, celui des méthodes traditionnelles est passé de 20% à 10%. Nous notons les mêmes tendances en milieu rural. Les prévalences contraceptives de toutes les méthodes ont augmenté. Il y a eu un changement de comportement notable.

Tableau 41 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union par milieu de résidence et selon le type de méthode, Madagascar, 2000

Milieu	Sources	Toutes les méthodes	Méthodes modernes	Méthodes Traditionnelles
Capitale	EDS 1992	51,1	20,9	30,2
	EDS 1997	53,4	26,8	26,6
	EPM 1999	59,4		
	MICS 2000	55,4	31,8	22,8
Autres villes	EDS 1992	32	12,4	19,6
	EDS 1997	26,6	13,7	12,9
	EPM 1999	39,4		
	MICS 2000	28,3	18,2	9,9
Ensemble urbain	EDS 1992	39,7	15,8	23,9
	EDS 1997	34,5	17,6	17
	EPM 1999	30,8		
	MICS 2000	35,6	21,9	13,4
Rural	EDS 1992	11,9	2,9	9
	EDS 1997	14,3	7,1	7,2
	EPM 1999	25,1		
	MICS 2000	13,9	8,8	4,9

Sources : EDS 1992/1997, EPM 1999 et MICS 2000

Tableau 42 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15- 49 ans en union par groupe d'âge et selon le type de méthode, Madagascar, 2000

Groupe d'ages	Sources	Toutes les méthodes	Méthodes modernes	Méthodes traditionnelles
15-19 ans	EDS 92	6,4	0,5	5,9
	EDS 97	5,5	5,5	3
	EPM99	9,7	5,1	5,1
	MICS 2000	10,6	6,7	4,1
20-24 ans	EDS 92	13,3	2,9	10,4
	EDS 97	15,9	10,9	6,7
	EPM99	18,7	8,3	8,3
	MICS 2000	15,0	9,3	5,4
25-29 ans	EDS 92	17,5	3,1	14,4
	EDS 97	20,3	9,1	9,7
	EPM99	27,4	13,8	13,8
	MICS 2000	21,1	13,2	7,8
30-34 ans	EDS 92	21,6	8,1	13,5
	EDS 97	24	23,6	11,5
	EPM99	28,8	12,2	12,2
	MICS 2000	24,2	15,8	8,4
35-39 ans	EDS 92	21	8,7	12,4
	EDS 97	26,3	9,1	14,1
	EPM99	26,6	12,1	12,1
	MICS 2000	19,4	12,0	7,4
40-44 ans	EDS 92	17,6	6,9	10,7
	EDS 97	22,4	10,4	11,2
	EPM99	32,9	17	17
	MICS 2000	24,3	15,6	8,1
45-49 ans	EDS 92	10,9	3,6	7,4
	EDS 97	15,8	Peu de cas	10,5
	EPM99	17,1	10,4	10,4
	MICS 2000	9,5	4,7	4,7

Sources : EDS 1992/1997, EPM 1999 et MICS 2000

La prévalence contraceptive *dans toutes les tranches d'âge* (Tableau N°42 et figure 51) a chuté par rapport à l'année 1999. La prévalence en matière de contraception moderne a diminué dans les tranches d'âge de 25-29 ans et 40-49 ans, par rapport à 1999. La prévalence en matière de contraception moderne reste encore très basse (8%) dans le groupe d'âge de 15-19 ans. Elle semble se stabiliser à partir de l'âge de 40 ans. Celui des méthodes traditionnelles a chuté dans toutes les tranches d'âge. En gros, la courbe que dessine la figure 3 rejoint celle de la courbe de fertilité.

La prévalence contraceptive est fortement liée au *niveau d'instruction* (Tableau N°43). A l'intérieur des méthodes modernes, la prévalence a augmenté dans les groupes de niveaux primaire (de 4% à 11%) et secondaire (de 10% à 23%) selon la période d'enquête. La prévalence des méthodes contraceptives traditionnelles ne semble plus avoir la préférence des femmes en union.

Figure 51 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15- 49 ans en union par groupe d'âge et selon le type de méthode, Madagascar, 2000

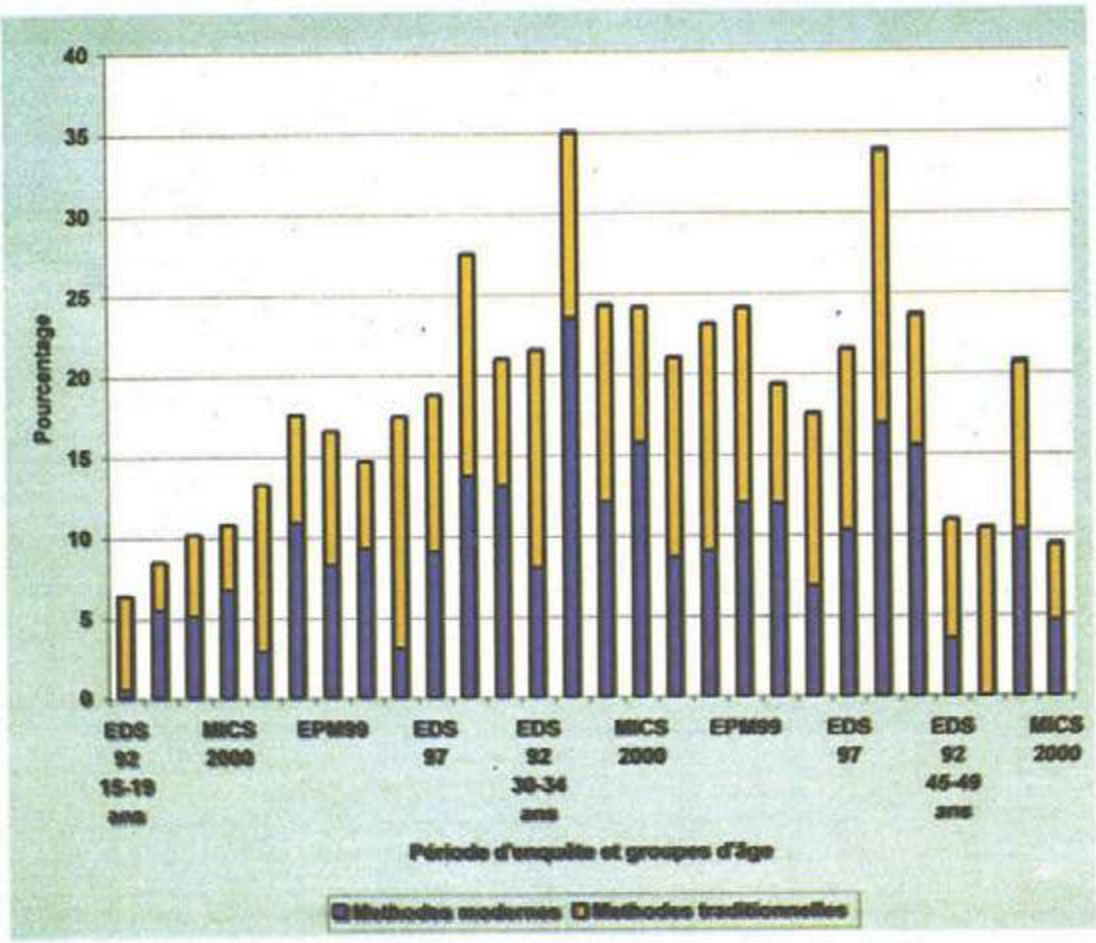


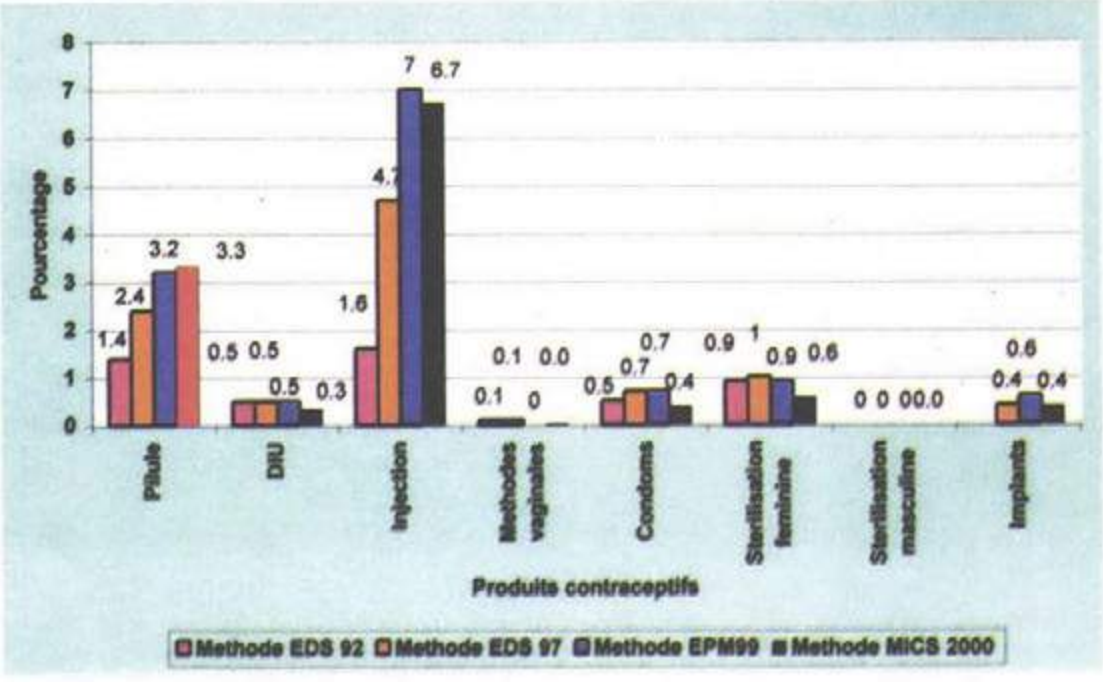
Tableau 43 : Evolution de la prévalence contraceptive chez les femmes de 15-49 ans en union selon le niveau d'instruction et le type de méthode, Madagascar, 2000

Méthodes		Sans instruction	Primaire	Secondaire	Universitaire
Modernes	EDS 1992	1	3,6	9,6	18,6
	EDS 1997	1,5	8,4	20,7	20,7
	EPM 1999	4,2	15,3	25,9	27,7
	MICS 2000	3,5	10,8	23,3	
Traditionnelles	EDS 1992	1,9	8,2	23,8	38,2
	EDS 1997	1,5	7,9	21,6	21,6
	EPM 1999	4,3	12,3	28,7	51,1
	MICS 2000	1,7	5,8	14,8	
Ensemble	EDS 1992	2,9	11,8	33,4	56,8
	EDS 1997	3	16,2	42,3	42,3
	EPM 1999	8,5	27,6	54,6	78,8
	MICS 2000	5,3	16,8	38,5	

Sources : EDS 1992/1997, EPM 1999 et MICS 2000

Selon la figure ci-dessous, l'utilisation actuelle de la pilule (3%) et des produits injectables (7%) augmente. Celle des autres produits contraceptifs a diminué, atteignant des taux très bas avoisinant 0%. Le condom est utilisé dans une proportion de moins de 1%, de même que les implants. Il est important de noter qu'une mauvaise information de la part des agents de santé prestataires de service de planification familiale en ce qui concerne les préservatifs est un facteur non négligeable pour leur non-utilisation dans la prévention des IST/SIDA.

Figure 52 : Pourcentage d'utilisation des produits contraceptifs chez les femmes en union selon la période d'enquête, Madagascar, 2000



Par rapport aux données des pays avoisinants, le tableau ci-dessous montre que les pays en voie de développement sont loin du niveau de 65%. La plupart des pays sub-sahariens rapportent des prévalences contraceptives bien en dessous de 25%. Les enquêtes démographiques et de santé depuis 1994 ont montré que l'usage des méthodes modernes de contraception parmi les femmes en âge de procréer varie d'un pays à l'autre : les pays de l'Afrique de l'Est ont en moyenne une prévalence autour de 10%, ceux du sud ont plus de 20%, et ceux de l'Afrique de l'Ouest ont seulement plus de 5%.

Tableau 44 : Prévalence contraceptive de quelques pays selon les années

Pays	Prévalence 1	Année	Prévalence 2	Année
Ghana	5,2%	1988	10,1%	1993
Kenya	9,7%	1988	27,3%	1998
Malawi	7,4%	1984	14,4%	1996
Mali	1,4%	1992	4,5%	1995-1996
Tanzania	6,7%	1987	13,3%	1996
Uganda	2,5%	1991	7,8%	1995

Source: Health and Family Planning Indicators: A Tool for Results Frameworks Volume I. Office of Sustainable Development Bureau for Africa. U.S. Agency for International Development. July 1999

Conclusions et recommandations

- L'utilisation actuelle de la contraception est rapportée par 12% des femmes de 15-49 ans en union à Madagascar. Les méthodes les plus utilisées sont les contraceptifs oraux et injectables qui sont utilisées respectivement par 3% et 7% des femmes en union. La prévalence contraceptive pour les méthodes modernes est la moins élevée à Fianarantsoa (7%). Seules 7% des adolescentes utilisent les méthodes modernes de contraception. Le niveau d'éducation des femmes est fortement associé à la prévalence contraceptive.

- L'enquête MICS actuelle montre, par rapport à l'enquête prioritaire des ménages effectué en 1999, une tendance à la diminution de la prévalence contraceptive à Madagascar. Cette tendance pourrait s'expliquer d'un côté par les mouvements des agents de santé au niveau des sites de planification familiale, à savoir les mutations non suivies de remplacements, de formations et la mauvaise gestion en matière de logistique telle que les ruptures de stocks en produits contraceptifs, l'absence de supports logistiques, le retard dans le traitement des commandes, surtout la méconnaissance des mois de stock, et la négligence de l'IEC, et de l'autre par le relâchement du service de planification familiale, une diminution de l'utilisation par les usagers due à la conjoncture économique actuelle rendant difficile l'accès financier au programme de planification familiale, quoique la participation financière des clients ne couvre pas le coût réel des produits contraceptifs. Il serait intéressant d'avoir une idée sur le taux d'abandon des utilisateurs et de connaître les causes de la non-utilisation des services de planification familiale.

- Des perturbations *temporaires* dans le système de gestion du programme de planification familiale à Madagascar pourraient être corrigées par une analyse urgente et plus approfondie de la situation en vue d'apporter des solutions rapides.

- Des efforts encore importants et urgents doivent être développés et soutenus. Certes il y a une diminution de la prévalence contraceptive objectivée par l'enquête MICS actuelle par rapport à celle de l'enquête prioritaire auprès des ménages en 1999, mais celle-ci ne pourrait être due qu'à une fluctuation d'échantillonnage ou à une mauvaise représentativité des effectifs dans les sous-groupes étudiés. Il serait utile de ne pas faire de conclusions hâtives à partir de la comparaison entre les résultats de l'enquête faite en 1999 et ceux de l'année 2000. Le programme de planification familiale à Madagascar a enregistré des progrès considérables de 1992 à 1999, mais il n'a pas atteint les objectifs voulus. Le rôle du niveau d'instruction est sans équivoque, il contribue à une amélioration de l'impact du programme de planification familiale. Une concertation urgente, entre les acteurs oeuvrant pour la survie de l'enfant, d'un côté, et une enquête spécifique sur l'impact du programme de planification familiale, de l'autre, est recommandée.

Soins prénatals et à la naissance

RAZANATSOARILALA Hélène

Afin de réduire les prévalences encore élevées des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la composante maternité sans risque de la santé de la reproduction a été mise en place.

Soins prénatals

Le suivi des femmes enceintes se fait au cours des Consultations Prénatales (CPN) qui permettent de prévenir les risques et les complications de l'accouchement. Ces prestations devraient être offertes au niveau d'une structure adéquate et par un personnel qualifié. Dans les normes, quatre visites prénatales au moins sont préconisées au cours d'une grossesse: la première doit avoir lieu au cours du premier trimestre de grossesse et une au cours du dernier trimestre. Cette CPN servira :

- à dépister les grossesses à risque,
- à préparer la femme et sa famille à l'accouchement (lieu, prise en charge et référence si besoin),
- à transmettre les messages sur la surveillance de la grossesse, la nutrition de la mère et sur l'allaitement maternel exclusif
- à prévenir le tétanos néonatal par la vaccination antitétanique des mères.

Des données sur les soins prénatals et à la naissance, sur la vaccination antitétanique et l'administration de Vitamine A aux femmes accouchées ont été recueillies auprès des femmes qui ont eu une naissance vivante l'année précédant l'enquête. Toutefois le nombre de visites prénatales effectuées n'a pas été pris en considération, le type de prestataire a été enregistré.

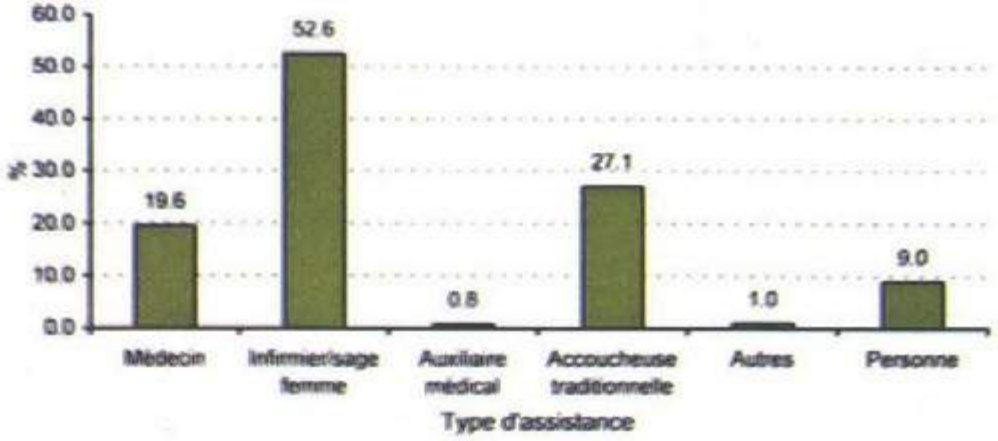
Les résultats de l'enquête indiquent que sur 1362 femmes enceintes, 71% déclarent avoir des soins prénatals de la part d'un personnel de santé qualifié. Ce taux est assez satisfaisant. Selon la Province, Antananarivo et Antsiranana présentent la plus forte proportion qui est de 86% et Toliary la plus basse (60%). L'écart entre les milieux rural et urbain est remarquable avec des taux respectivement de 69% et 87%. Le niveau d'instruction de la mère interfère de façon significative sur les visites prénatales (89% des mères du niveau secondaire ou plus sont venus en CPN contre 54% parmi les femmes sans instruction), en effet les femmes les plus instruites résident très souvent en ville, et c'est une opportunité pour un suivi médical régulier. L'âge de la mère influe peu sur le suivi des grossesses. 9% des naissances ont eu lieu sans aucune visite prénatale.

En considérant les prestataires de soins, ce sont les infirmiers et les sage-femmes qui dispensent le plus de CPN (53%), les médecins sont sollicités surtout dans la capitale avec un chiffre de 24%. Les grossesses suivies par les accoucheuses traditionnelles ne sont pas négligeables (27%).

Tableau 45 : Répartition des femmes âgées de 15 à 49 ans ayant eu une naissance survenue au cours de l'année ayant précédé l'enquête par type de personnel dispensant des soins prénatals selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

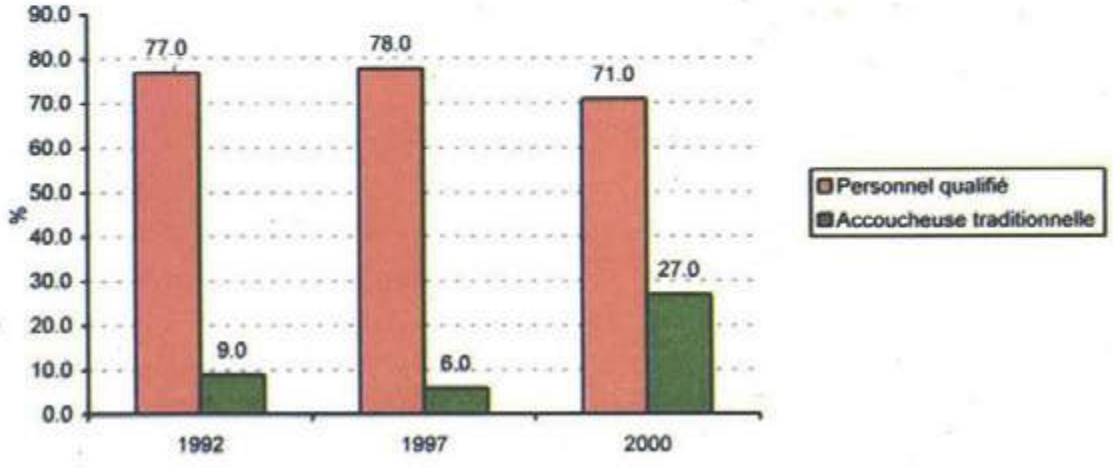
	Personnel dispensant des soins prénatals						
	Médecin	Infirmière Sage-femme	Auxiliaire Médical	Accoucheuse Traditionnelle	Autre	Personne	Personnel Qualifié
Province							
Antananarivo	32,8	56,3	-	20,7	0,2	3,5	85,7
Fianarantsoa	11,5	53,4	-	38,5	1,9	8,4	62,6
Toamasina	16,8	46,9	2,0	34,2	2,0	8,7	64,8
Mahajanga	18,1	41,9	2,6	27,7	-	11,0	62,6
Toliary	10,1	50,2	0,4	26,2	1,7	20,7	60,3
Antsiranana	17,8	69,2	1,9	11,2	-	2,8	86,0
Milieu de résidence							
Capitale	23,6	69,1	-	9,1	-	5,5	87,3
Autres urbains	16,6	69,7	-	18,9	1,1	5,7	82,9
Rural	19,8	49,2	1,0	29,2	1,1	9,7	68,6
Groupe d'âges							
15-19 ans	16,2	49,8	2,1	28,9	1,7	11,5	67,7
20-24 ans	18,2	53,6	0,3	31,1	0,3	6,3	69,9
25-29 ans	24,4	48,2	0,7	26,4	0,7	8,1	71,7
30-34 ans	17,6	55,0	0,5	21,2	3,2	12,2	72,5
35-39 ans	21,9	58,1	1,3	24,4	-	7,5	79,4
40-44 ans	21,6	54,9	-	29,4	-	7,8	64,7
45-49 ans	-	62,5	-	25,0	-	37,5	62,5
Niveau d'instruction							
Aucune	11,7	40,8	1,7	34,0	1,5	16,5	53,6
Primaire	20,6	56,1	0,6	26,9	0,4	6,6	75,3
Secondaire ou +	29,5	62,5	-	17,5	1,6	3,2	88,8
Total	19,6	52,6	0,8	27,1	1,0	9,0	71,2

Figure 53 : Répartition (en%) des femmes par type de personnel dispensateur de soins prénatals, Madagascar, 2000



La proportion de CPN faites par un personnel de santé qualifié est en baisse (77% en 1992 (ENDS), 78% en 1997 (EDS) et 71% en 2000 (MICS)). Ce taux s'est quelque peu amélioré en 1997. Les taux de fréquentation des accoucheuses traditionnelles vont en augmentant (9% en 1992 contre 27% en 2000). Le pourcentage des naissances sans aucune visite prénatale a diminué (13% en 1992 contre 9% en 2000).

Figure 54 : Evolution des soins prénatals dispensés par des personnels qualifiés et des accoucheuses traditionnelles de 1992 à 2000, Madagascar, 2000



Vaccination antitétanique des femmes

La vaccination antitétanique administrée aux femmes en âge de procréer protège le nouveau-né et la mère contre le tétanos si les doses sont valides. L'objectif universel est d'éliminer le tétanos néonatal (tétanos atteignant le nouveau-né et survenant dans les 28 jours après la naissance) en fin 1995, c'est à dire réduire à moins d'un cas pour 1000 naissances vivantes le taux d'incidence du tétanos néonatal dans un District Sanitaire. Le but est de réduire la mortalité infantile car le tétanos est une maladie meurtrière.

Rappels

Tableau 46 : Calendrier de vaccination antitétanique (VAT) en vigueur et durée de protection conférée, Madagascar, 2000

VAT1	VAT2	VAT3	VAT4	VAT5
Dès le premier contact avec un centre de santé. Protection nulle contre le tétanos.	4 semaines après le VAT1 Protège contre le tétanos néonatal si 20 jours avant accouchement pendant 3 ans après l'injection	6 mois après le VAT2 Protège contre le tétanos néonatal pendant 5 ans après l'injection	1 an après le VAT3 Protège contre le tétanos néonatal pendant 10 ans après l'injection	1 an après le VAT4 Protège contre le tétanos néonatal pendant toute la vie féconde

Analyse de la situation

Tableau 47 : Evolution de l'incidence du tétanos néonatal depuis 1991, Madagascar, 2000[19]

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000[20]
Antananarivo	3	3	3	1	2	9	7	15	13	9
Antsiranana	2	1	1	0	1	5	4	3	3	0
Fianarantsoa	8	14	10	2	0	13	14	7	2	0
Mahajanga	0	1	0	1	0	7	3	2	2	0
Toamasina	4	3	0	0	4	8	8	5	3	2
Toliary	12	7	7	0	0	13	10	7	3	3
Madagascar	29	29	21	4	7	55	46	39	26	14

- En 1990, l'approche à haut risque est appliquée afin de mener des activités de vaccination antitétanique complémentaire dans les zones à risque,
- En 1993, renforcement des activités de vaccination dans les provinces d'Antananarivo, de Toamasina et de Fianarantsoa où les couvertures vaccinales ont été estimées adéquates et une relance des activités dans les 3 autres provinces,
- En 1997, d'autres stratégies ont été mises en oeuvre :
  - un système de surveillance active de la Paralysie Flasque Aigüe, du tétanos néonatal ainsi que d'une épidémie de rougeole a été mis en place
  - une riposte vaccinale à chaque cas de tétanos néonatal
  - la promotion d'accouchement propre et des soins du cordon visant surtout les accoucheuses traditionnelles
  - l'administration de la vaccination antitétanique de la manière la plus effective pour protéger tous les nouveau-nés du tétanos néonatal et toutes les femmes du tétanos maternel,
- En 1998, redéfinition d'une nouvelle Politique Nationale de Vaccination ciblant particulièrement les femmes enceintes dans le cadre de l'élimination du tétanos néonatal.

Couvertures vaccinales des mères en antitétanique

Les couvertures vaccinales sont évaluées à partir des données brutes, c'est à dire calculées sur les doses de vaccin antitétanique enregistrées sur cartes ou par historique. Sont protégés contre le tétanos néonatal, les nouveau-nés issus de mères qui ont reçu au moins deux doses valides de vaccin antitétanique et dont l'accouchement est survenu durant la période de protection. Par exemple les nourrissons dont les mères ont reçu au moins trois doses de VAT dans les trois dernières années sont protégés sûrement contre le tétanos néonatal si on ne prend pas en considération la validité des doses.

19 Source : Service de la Vaccination
20 Résultat partiel

Il ressort de l'enquête que 48% des naissances ont été immunisées contre le tétanos. La couverture vaccinale en VAT2 est nettement plus élevée chez les mères habitant dans la capitale, 58% contre 46% en milieu rural. Les mères âgées sont plus assidues à la vaccination que les femmes jeunes. En effet, si le pourcentage de nouveau-nés protégés contre le tétanos est de 62% pour les mères appartenant à la tranche d'âge 45-49 ans, il n'est plus que de 47% pour celle de 15-19 ans. Les Provinces de Fianarantsoa et d'Antsiranana viennent en tête avec des proportions à 62% et 56%. Le niveau d'instruction de la mère influe positivement sur la couverture en antitétanique.

Malgré le fait que les critères de validité de ces vaccins n'aient pas été vérifiés, à savoir l'intervalle minimum entre deux doses successives et l'administration du VAT2 au moins 20 jours avant l'accouchement, l'analyse de la couverture vaccinale en terme de protection des nouveau-nés contre le tétanos constitue un atout de cette enquête car on a pu évaluer l'indicateur mesurant le degré d'atteinte de l'objectif.

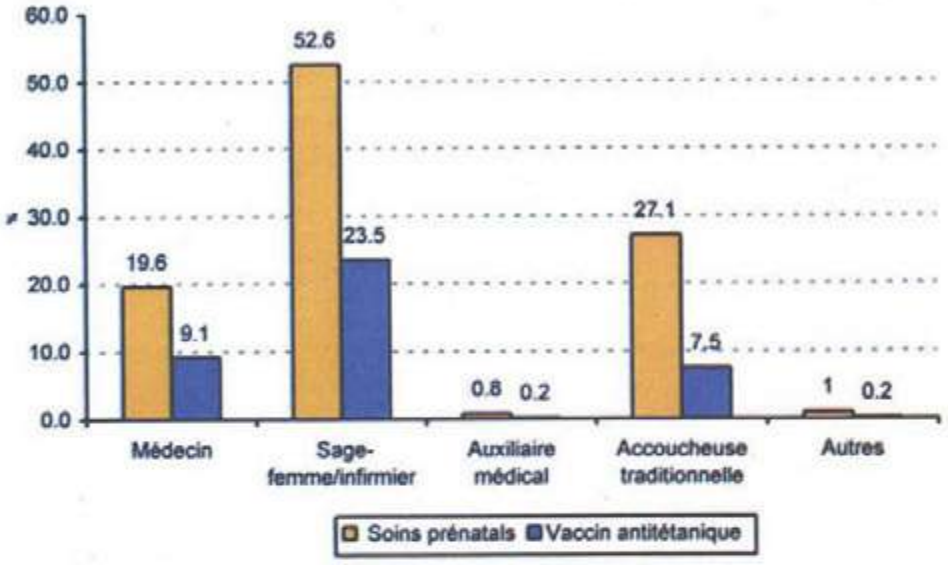
Tableau 48 : Répartition (%) des naissances survenues au cours des douze derniers mois ayant précédé l'enquête, selon le nombre d'injections antitétaniques reçues par la mère et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

	Pourcentage de mères ayant une naissance dans les 12 derniers mois qui :				
	Ont reçu au moins 2 doses au cours des 3 dernières années	Ont reçu au moins 2 doses au cours des 10 dernières années	Ont reçu au moins 5 doses durant toute sa vie	Sont protégées contre le tétanos	Effectif des mères
Province					
Antananarivo	48,9	13,1	1,5	48,9	405
Fianarantsoa	62,2	3,1	-	62,2	262
Toamasina	44,4	12,2	-	44,4	196
Mahajanga	36,8	6,5	0,6	36,8	155
Toliary	36,7	6,8	0,4	36,7	237
Antsiranana	56,1	8,4	-	56,1	107
Milieu de résidence					
Capitale	58,2	5,5	-	58,2	55
Autre urbain	57,1	9,1	0,6	57,1	175
Rural	45,8	8,8	0,6	45,8	1132
Groupe d'âges					
15-19 ans	46,8	0,4	-	46,8	235
20-24 ans	49,6	3,7	-	49,6	379
25-29 ans	46,9	15,0	0,7	46,9	307
30-34 ans	44,6	13,5	1,4	44,6	222
35-39 ans	52,5	8,8	1,9	52,5	160
40-44 ans	39,2	21,6	-	39,2	51
45-49 ans	62,5	25,0	-	62,5	8
Niveau d'instruction					
Aucune	35,9	6,1	-	35,9	412
Primaire	49,8	8,6	0,7	49,8	699
Secondaire ou +	61,4	13,5	1,2	61,4	251
Total	47,8	8,7	0,6	47,8	1362

Soins prénatals et vaccination antitétanique

Si l'on se réfère à toutes les caractéristiques socio-démographiques, moins de la moitié des femmes venues en soins prénatals a reçu deux doses de VAT2 même si 71% des CPN ont été effectués par du personnel de santé qualifié. Ce sont des occasions manquées de vaccination car ces prestataires auraient dû conseiller la mère à se faire vacciner au Centre de Santé le plus proche s'il ne peut pas dispenser le service lui-même. Il faudrait aussi revoir l'intégration des soins (CPN et VAT).

Figure 55 : Répartition des mères ayant fait au moins une visite prénatale et ayant reçu au moins 2 doses de VAT, Madagascar, 2000



Assistance lors de l'accouchement

46% des naissances ont été assistées par un personnel de santé qualifié, chiffre qui est en légère baisse par rapport à l'EDS de 1997 (47%). 46% des accouchements ont été assurés par des accoucheuses traditionnelles, taux qui est en hausse par rapport à celui de 1997 (39%). Il faut remarquer que ce sont les femmes très jeunes qui consultent le plus les accoucheuses traditionnelles (52% contre 25% chez les femmes de 45-49ans). Elles interviennent surtout en milieu rural (50% contre 16% dans la capitale) et les taux de fréquentation des accoucheuses traditionnelles ainsi que des personnels qualifiés sont les mêmes à l'échelon national (46%). Une remise à niveau des connaissances et un kit d'accouchement ont été donnés aux matrones de certains districts sanitaires dans le cadre de la maternité sans risque. Peu de femmes accouchent seules (1%), en revanche 23% bénéficient de l'aide de parents ou d'amis....

Le milieu de résidence et l'éducation de la mère interfèrent sur la proportion des accouchements assistés par un personnel qualifié, elle varie de 82% dans la capitale à 41% en milieu rural et de 28% chez les femmes sans instruction contre 75% chez les mères qui ont un niveau secondaire ou plus.

Les contraintes

- L'influence importante des accoucheuses traditionnelles
- Les inaccessibilités géographique et financière des services de santé
- L'insuffisance des activités IEC

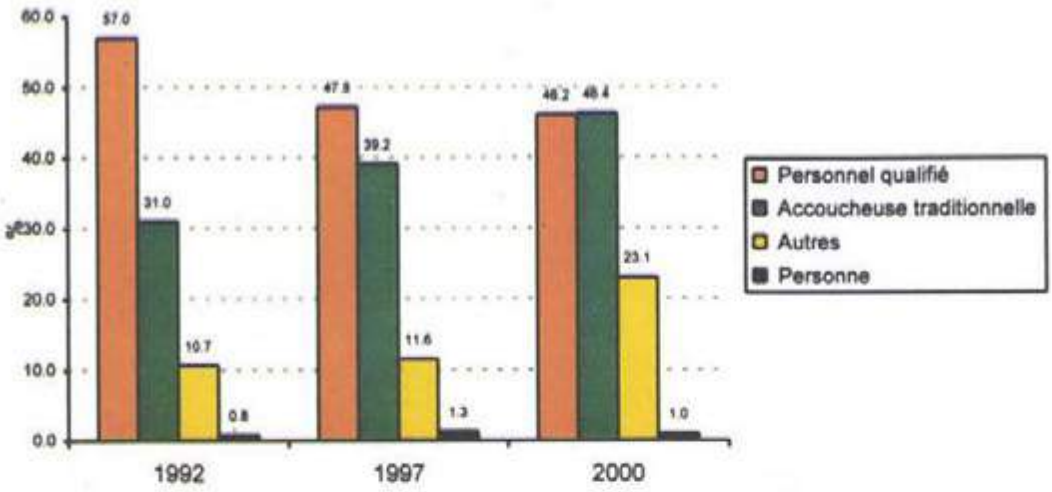
Tableau 49 : Répartition (en%) des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête par type d'assistance lors de l'accouchement et selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

	Personnel ayant assisté l'accouchement						
	Médecin	Infirmier/ Sage-femme	Auxiliaire médical	Accoucheuse traditionnelle	Autre	Personne	Personne qualifié
Province							
Antananarivo	19,8	44,7	0,5	30,6	22,0	1,5	61,0
Fianarantsoa	5,0	27,5	1,9	58,4	30,9	0,8	33,2
Toamasina	12,2	32,1	-	55,1	31,1	-	42,9
Mahajanga	8,4	27,1	2,6	60,6	14,2	-	36,8
Toliary	4,6	35,0	-	46,8	23,2	3,0	39,2
Antsiranana	11,2	43,9	0,9	40,2	5,6	-	56,1
Milieu de résidence							
Capitale	16,4	67,3	-	16,4	10,9	-	81,8
Autre urbain	12,0	57,1	-	30,3	21,7	-	66,9
Rural	10,9	31,0	1,0	50,4	23,9	1,2	41,3
Groupe d'âges							
15-19 ans	9,4	32,3	0,9	52,3	25,5	-	41,3
20-24 ans	13,5	38,8	0,3	44,9	22,2	0,3	49,1
25-29 ans	12,7	35,5	0,7	47,2	20,8	0,3	48,5
30-34 ans	8,6	31,1	1,4	50,5	24,8	-	40,5
35-39 ans	8,1	36,9	2,5	39,4	23,1	4,4	47,5
40-44 ans	19,6	47,1	-	35,3	23,5	3,9	54,9
45-49 ans	-	37,5	-	25,0	25,0	37,5	37,5
Niveau d'instruction							
Aucune	6,8	20,9	1,2	63,3	25,7	0,7	27,7
Primaire	11,3	36,8	0,6	45,4	21,9	1,4	46,6
Secondaire ou +	18,3	57,4	1,2	21,5	21,9	0,4	75,3
Total	11,2	35,8	0,9	46,4	23,1	1,0	46,2

Evolution de l'assistance lors de l'accouchement de 1992 à 2000

Pour l'ensemble du pays, le graphique parle de lui-même avec une baisse notable des pourcentages des accouchements menés par un personnel qualifié (de 57% à l'ENDS de 1992 à 46% à l'enquête
MICS 2000) en faveur des naissances assistées par des accoucheuses traditionnelles (de 31% en 1992 à 46% en 2000) et les « autres » (de 11% en 1992 à 23% en 2000).

Figure 55 : Evolution de l'assistance lors de l'accouchement, Madagascar, 2000



Insuffisance pondérale à la naissance

La malnutrition contribue à plus de la moitié des décès parmi la population des enfants âgés de moins de cinq ans et plus particulièrement durant les premières semaines de leur vie. Cette situation devient plus évidente lorsque ces enfants sont nés avec un faible poids à la naissance qui résulte principalement d'un mauvais état nutritionnel des mères lorsqu'elles sont enceintes. Le faible poids à la naissance est caractérisé par un poids de naissance inférieur à 2500 grammes.

Le pourcentage de naissances qui pèsent moins de 2500 grammes est estimé à partir de deux informations dans le questionnaire : la perception de la mère de la grosseur du nouveau-né et ses déclarations concernant le poids de l'enfant s'il était pesé à la naissance.

Les résultats du tableau n°50 indiquent que 34% des enfants ont été pesés à la naissance. Ce chiffre est identique à celui de l'EDS de 1992. Les nouveau-nés à Antananarivo sont les plus favorisés avec un pourcentage à 49%. C'est à Mahajanga qu'on observe le taux le plus bas de nourrissons pesés (20%). Le milieu de résidence et le niveau d'éducation de la mère influent de façon positive sur cette proportion, respectivement de 60% dans la capitale et de 56% pour les mères plus instruites. Selon les Provinces, Toamasina, Mahajanga et Fianarantsoa accusent les plus forts taux de nourrissons de faible poids à la naissance, qui sont respectivement de 18%, et 16%. Si on considère le milieu de résidence, toutes les régions ont un pourcentage supérieur ou égal à 10%. Mais ces taux doivent être interprétés prudemment car ils sont liés aux pourcentages des enfants dont le poids à la naissance est enregistré. De ce fait la proportion de faible poids de naissance de l'ENDS de 1992 qui est de 16% dont 44% ont été pesés, n'est pas comparable à celle de l'enquête MICS de 2000. Par rapport aux résultats de l'EDS de 1997, le taux d'insuffisance pondérale à la naissance a légèrement diminué (de 14% passe à 11%).

Tableau 50 : Répartition (en%) des naissances vivantes survenues au cours des 12 derniers mois dont le poids à la naissance est inférieur à 2500 grammes, Madagascar, 2000

	Pourcentage de naissances	
	Inférieur à 2500 grammes	Pesés à la naissance (poids connu)
Province		
Antananarivo	5,0	49,4
Fianarantsoa	15,6	24,4
Toamasina	17,6	34,7
Mahajanga	16,1	20,0
Toliary	11,7	25,3
Antsiranana	10,3	36,4
Milieu de résidence		
Capitale	12,1	60,0
Autres urbains	13,5	50,9
Rural	10,0	30,1
Niveau d'instruction		
Aucune	12,9	17,0
Primaire	10,3	36,1
Secondaire et plus	10,0	55,8
Total	10,6	34,0

Poids à la naissance selon l'estimation de la mère

D'après les résultats du tableau n°51, 15% des mères ont estimé que leurs bébés sont « très gros », 27% ont trouvé qu'ils sont « plus gros que la taille moyenne », 31% ont déclaré qu'ils sont « moyens », 16% ont affirmé qu'ils sont « plus petits que la moyenne » et 9% ont estimé qu'ils sont « très petits », taux qui se rapproche du taux d'insuffisance pondérale à la naissance (11%). Les taux des enfants « très petits » sont inversement proportionnels à l'âge et au niveau d'instruction des mères, cette proportion est plus élevée lorsque la mère est très jeune et sans instruction (12%).

Tableau 51 : Répartition (en%) des naissances survenues au cours de l'année précédant l'enquête selon l'estimation par la mère de la grosseur de l'enfant à la naissance, Madagascar, 2000

	Grosseur de l'enfant à la naissance						
	Très gros	Plus gros que la moyenne	Moyen	Plus petit que la moyenne	Très petit	NSP	ND
Province							
Antananarivo	16,0	32,3	32,3	11,1	7,4	0,5	-
Fianarantsoa	17,6	20,6	36,6	9,5	13,4	-	2,3
Toamasina	15,3	18,4	33,7	27,0	6,1	-	-
Mahajanga	16,1	30,3	27,7	14,2	11,6	-	-
Toliary	10,5	28,3	27,4	24,9	8,4	-	0,4
Antsiranana	16,8	37,4	22,4	13,1	9,3	-	0,9
Milieu de résidence							
Capitale	18,2	21,8	34,5	10,9	12,7	-	-
Autre urbain	17,1	24,0	34,3	16,6	7,4	-	0,6
Rural	15,0	28,4	30,5	16,1	9,4	0,2	0,6
Groupe d'âges							
15-19 ans	11,5	32,3	28,5	14,5	11,9	0,9	0,9
20-24 ans	14,5	25,6	33,0	17,9	7,9	-	1,1
25-29 ans	18,2	23,1	36,2	13,0	9,4	-	-
30-34 ans	13,5	33,8	25,7	17,1	9,5	-	-
35-39 ans	21,3	23,1	30,6	15,0	8,1	-	1,3
40-44 ans	17,6	33,3	23,5	21,6	5,9	-	-
45-49 ans	-	25,0	37,5	37,5	-	-	-
Niveau d'instruction							
Aucune	12,9	25,2	32,0	18,0	11,7	-	0,5
Primaire	17,7	28,5	29,3	15,3	8,4	0,3	0,6
Secondaire et plus	13,5	28,7	34,7	14,7	7,2	-	1,2
Total	15,4	27,5	31,1	15,9	9,2	0,1	0,6

Conclusion

Un projet de lutte spécifique contre l'Insuffisance Pondérale à la Naissance n'a pas été effectué jusqu'ici. Il a été mené partiellement dans le cadre de la Maternité Sans Risque à travers la

surveillance de la grossesse (surveillance du poids, conseils diététiques prodigués aux mères, surveillance médicale etc...).

Il y a une inter-relation entre le faible poids à la naissance et la malnutrition chronique chez les enfants et particulièrement ceux du sexe féminin où le cycle de l'insuffisance pondérale risque de se perpétuer d'une génération à une autre. En effet, les filles malnutries vont donner naissance à leur tour à des nouveau-nés de faible poids.

Au total, une nutrition adéquate au cours des premières années de la vie est une condition essentielle pour que les enfants développent au maximum toutes leurs potentialités. (UNICEF/Banque Mondiale, 1999).

Couverture vaccinale des enfants de moins d'un an

La vaccination constitue l'essentiel des mesures préventives pour assurer la protection des enfants contre les six maladies ciblées par le Programme Elargi de vaccination (PEV) à savoir : la tuberculose, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la rougeole. La principale stratégie adoptée à Madagascar pour réaliser ce programme consiste à administrer à tout enfant, avant son premier anniversaire les vaccins suivants :

- le BCG (contre la tuberculose),
- trois doses de DTCoq, (contre la diphtérie, le tétanos, et la coqueluche),
- quatre (4) doses de vaccin antipoliomyélitique, et
- le vaccin antirougeoleux (ATR) selon le calendrier en vigueur.

Un enfant est complètement vacciné s'il a reçu huit doses de vaccins réparties comme suit : une dose de BCG, trois doses de DTCoq 3 doses de Polio, et une dose de vaccin antirougeoleux (ATR). Une deuxième définition de la complétude réunit les mêmes précédents critères mais en tenant compte du respect des intervalles et de leur administration avant l'âge de un an

Dans le tableau n°52 figurent les résultats sur la couverture vaccinale selon les différentes sources d'information : le carnet de vaccination, les déclarations de la mère et les 2 sources. Les données concernent seulement les enfants de 12 à 23 mois, c'est à dire ceux qui d'après les

recommandations de l'OMS ont atteint un âge où ils devraient être complètement vaccinés.

Dans 48,3% des cas, la couverture vaccinale est mesurée à partir des carnets de vaccination et dans des cas 38,2% elle est basée sur les déclarations de la mère. Au total 86,5% sont vaccinés selon les deux sources. 45,3% des enfants de 12 – 23 mois ont reçu le BCG et 26,4% ont reçu le vaccin d'après les déclarations de la mère.

Au total 71,7% ont reçu le vaccin BCG au moment de l'enquête, et 42,5% sont des enfants de moins de 1 an. Les résultats concernant la première dose de DTCoq sont sensiblement les mêmes que ceux concernant le BCG, 73,4% des enfants ont reçu le DTCoq.1(c'est un indicateur d'accessibilité aux services de vaccination).

La couverture vaccinale diminue progressivement avec les doses de vaccins : 65,5% pour DTCoq 2 et 54,7% pour DTCoq 3. Dans ce cas, ce sont essentiellement les enfants ayant des carnets de vaccination qui ont été vaccinés et, dans en grande majorité ils ont été vaccinés avant l'âge de 1 an ; ces enfants là sont donc les mieux suivis et les mieux vaccinés. On constate ainsi une très importante déperdition de la couverture vaccinale du DTCoq : le taux de déperdition entre la première et la troisième dose de ce vaccin est de 25,5%.

Etant donné que le vaccin contre la polio est en principe administré en même temps que celui du DTCoq, on s'attend à trouver des taux de couverture assez voisin pour ces deux types de vaccination. Ceci est le cas pour la troisième dose 54,7% de DTCoq 3 contre 57,5% de Polio 3. Par contre, on ,constate une couverture vaccinale nettement supérieure pour Polio 1 par rapport à DTCoq1 (83,8% contre 73,4%) et dans une moindre mesure pour Polio2 par rapport à DTCoq2 (72,6% contre contre 65,5%). Ceci résulte probablement de la vaste campagne de vaccination contre la Polio (AVA). Cependant il faut noter un taux de déperdition importante entre Polio1 et Polio3 (26,3%).

La couverture vaccinale pour la rougeole est de 55,1% ce qui dénote une très nette amélioration, elle est nettement plus élevée que la DTCoq 3 (EDS 97 : 46%, EPM 45%). Cette amélioration de la couverture vaccinale pour la rougeole est surtout due au rattrapage de la vaccination par observation de l'état vaccinal des enfants malades âgés de moins de 5 ans dans le cadre de la PCIME

Avec ces progrès faits en matière de PCIME, le taux de complétude se trouve augmenté à 44,4%, ce qui est statistiquement significatif par rapport à EDS 97 (36%) et EPM (38%). Le taux de déperdition pour le BCG –rougeole avait diminué mais est encore relativement élevé : 23,15% et celui de BCG et tout vaccin est de 38,4%. L'objectif est d'atteindre une valeur inférieure à 10%. La province de Toliary connait le taux de déperdition le plus élevé : 45,4% pour DTCoq1 –DTCoq 3 ; 36,9% pour BCG- Rougeole. Ceci est en rapport avec le niveau d'instruction de la mère 42,1% pour DTCoq1 et DTCoq 3, 33,8% pour les BCG-Rougeole chez les mères qui n'ont aucune éducation contre 16% et 15,7% chez les mères qui ont suivi le secondaire et plus.

Tableau 52 : Couverture vaccinale selon les sources d'information, Madagascar, 2000

	Pourcentage d'enfants qui ont reçu										
	BCG	DtCoq 1	DtCoq 2	DtCoq 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes	Aucune
Vaccinés à n'importe quel âge avant l'enquête											
Carte de vaccination	45,3	47,3	44,3	40,1	15,3	47,6	44,3	40,2	36,9	33,2	0,1
Déclaration de la mère	26,4	26,1	21,2	14,6	9,9	36,9	29,6	17,4	18,2	11,3	13,5
Deux sources	71,7	73,4	65,5	54,7	25,3	84,5	73,9	57,5	55,1	44,4	13,5
Vaccinés avant 12 mois selon la carte	42,5	43,9	40,6	36,6	13,9	43,8	40,5	36,6	29,1	25,7	2,8

Parmi les enfants de 12-23 mois, 44,4% ont été complètement vaccinés contre les maladies-cibles du PEV et à l'opposé 13,5% n'ont reçu aucune vaccination. Parmi les enfants complètement vaccinés, la presque totalité possèdent un carnet de vaccination et plus de la moitié des enfants complètement vaccinés l'ont été avant l'âge de 1 an.

Dans le cadre du PEV, c'est contre la tuberculose que les enfants sont les mieux vaccinés (71,7%) puis contre la rougeole (55,1%).

La poliomyélite a fait l'objet d'une grande campagne AVA ces 3 dernières années 97-98-99 et le taux de couverture est de 57,5% pour cette enquête MICS

Le taux est de 57,7% pour l'EPM (Août 2000). Les taux de couverture vaccinale sont en nette progression par rapport à l'EDS 97 : 45,7% pour le DTC3 contre 54,7% (MICS) ; pour la Polio3 44,9% contre 57,5% (MICS)

Tableau 53 : Pourcentage d'enfants âgés de 12 – 23 mois ayant reçu des vaccinations contre les maladies de l'enfance quel que soit l'âge avant l'enquête et les sources d'information (carte de vaccination et déclaration de la mère), Madagascar, 2000

	Pourcentage d'enfants qui ont reçu :											Effectif d'enfants
	BCG	DTCoq 1	DTCoq 2	DTCoq 3	Polio 0	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rougeole	Toutes	Aucune	12-23 mois
Province												
Antananarivo	89,9	91,7	87,6	80,3	30,3	94,8	91,3	81,0	75,6	69,2	3,1	542
Fianarantsoa	73,2	75,1	69,5	57,0	24,9	84,7	74,8	58,3	56,7	44,9	14,6	321
Toamasina	66,8	70,7	62,8	50,2	18,4	87,3	74,3	56,2	51,4	39,3	10,3	331
Mahajanga	65,1	67,7	57,4	44,7	25,1	81,3	66,4	49,8	46,8	35,3	15,7	235
Toliary	50,3	48,7	37,2	26,6	18,3	63,5	43,6	29,5	31,7	18,6	32,1	312
Antsiranana	69,6	69,6	57,0	41,8	27,2	81,0	66,5	45,6	47,5	34,2	13,9	158
Milieu de résidence												
Capitale	93,8	92,0	86,7	83,2	30,1	92,9	90,3	83,2	78,8	72,6	2,7	113
Autre urbain	81,1	80,5	74,9	65,7	36,1	88,5	80,2	67,8	67,8	55,6	10,1	338
Rural	67,8	70,2	61,7	49,9	21,2	81,9	69,4	53,1	50,2	39,5	15,1	1450
Niveau d'instruction												
Aucune	48,3	49,8	39,0	28,8	14,4	67,6	51,7	35,6	32,0	21,2	28,4	472
Primaire	75,7	79,1	70,8	59,4	23,1	87,7	76,5	60,9	57,5	47,0	9,4	906
Secondaire et plus	91,1	91,4	87,3	76,8	37,6	95,7	89,7	78,0	76,8	66,7	3,8	418
ND	65,4	58,7	52,9	43,3	28,8	75,0	65,4	45,2	51,9	38,5	21,2	104
Total	71,7	73,4	65,5	54,7	24,4	83,8	72,6	57,5	55,1	44,4	13,5	1900

Tableau 54 : Taux de déperdition pour DTCoq 1 et DTCoq 3, et BCG - rougeole

	Taux de perte (%)	
	DTC1-DTC3	BCG-Rougeole
Province		
Antananarivo	12,5	15,8
Fianarantsoa	24,1	22,6
Toamasina	29,1	23,1
Mahajanga	34,0	28,1
Toliary	45,4	36,9
Antsiranana	40,0	31,8
Milieu de résidence		
Capitale	9,6	16,0
Autre urbain	18,4	16,4
Rural	29,0	25,9
Niveau d'instruction		
Aucune	42,1	33,8
Primaire	25,0	24,1
Secondaire ou plus	16,0	15,7
NSP/ND	26,2	25,9
Total	25,5	23,2

Figure 56 : Pourcentage des enfants de 12-23 mois ayant reçu des vaccins avant l'âge de 12 mois, Madagascar, 2000

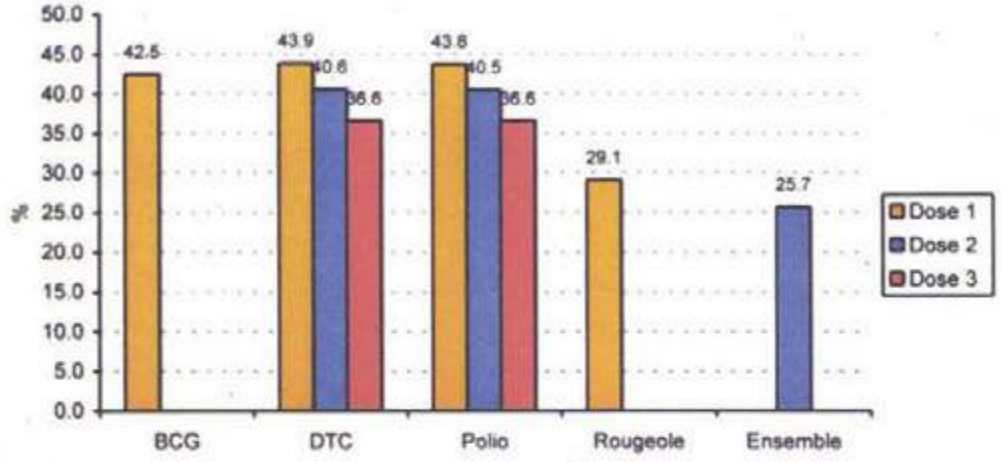
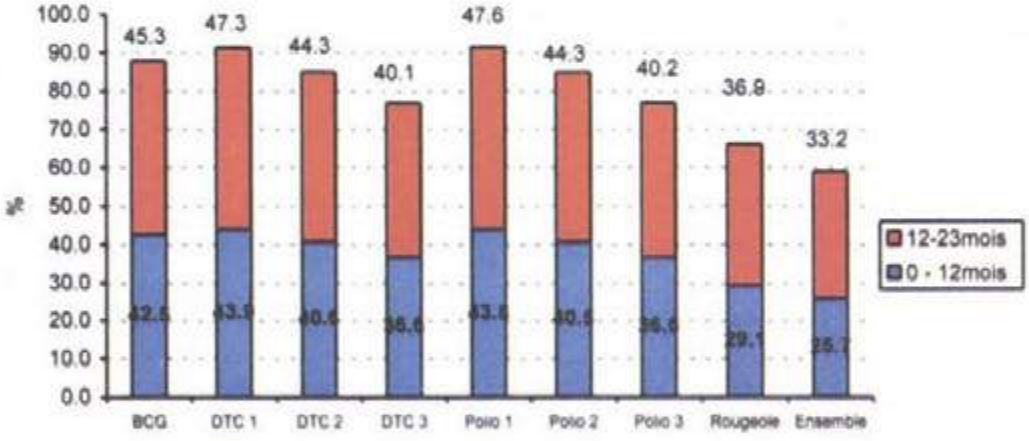


Figure 57 : Pourcentage des enfants vaccinés de moins de 12 mois et 12 à 23 mois selon la carte, Madagascar, 2000



Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant

Madagascar figure parmi les pays à forte mortalité infantile (96 pour 1000 selon EDS 97) et infanto-juvénile (159 pour 1000 selon EDS 97). Les enfants de moins de 5 ans représentent 18% de la population Malagasy. D'après la présente enquête, on a constaté que sur 1000 enfants vivants : 88 n'atteignent pas leur premier anniversaire et 142 leur 5ème anniversaire. Les maladies diarrhéiques, les infections respiratoires aiguës, le paludisme, la rougeole ainsi que la malnutrition en sont les principales causes et elles sont souvent associées. C'est ainsi qu'en 1996, en vue de réduire ces taux de mortalité en l'an 2000 respectivement de 76 pour 1000 et 111 pour 1000, et afin d'atteindre les objectifs de la décennie, Madagascar a adhéré à la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) et l'a adopté parmi les grands axes stratégiques définis dans le Plan Directeur Santé (1998-2000).

Mais malgré les efforts déployés, on a constaté un échec de l'approche focalisée sur les centres de santé : les taux de mortalité infanto-juvénile sont toujours restés élevés, les maladies transmissibles, les causes périnatales et la malnutrition restent toujours les principales causes de décès d'enfants, les

taux de couverture en soins essentiels sont restés toujours très bas (couverture vaccinale, couverture CPN). Pour mieux atteindre les objectifs et sur la base de développement de plusieurs expériences communautaires (phacom, FIB), il a été dans un premier temps introduit la PCIME dans les sites NAC (nutrition à assises communautaires). L'approche de responsabilisation des communautés sera privilégiée.

A partir de 1999, le Ministère de la Santé a donné comme directive la généralisation de l'introduction de la PCIME, soit au moins 3 sites par district avec 2 agents formés par site.

A partir de l'an 2000, le Ministère de la Santé a lancé le grand défi de transformer toutes les formations sanitaires en sites PCIME et améliorer la qualité de soins par l'amélioration des compétences du personnel en Auto-Apprentissage-Assisté

Diarrhée

Les maladies diarrhéiques constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité infantile à Madagascar. Au cours de la présente enquête on a demandé aux mères d'enfants de moins de 5 ans si ceux-ci ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines et si oui quels types de boissons ou liquides leur a été donné (lait maternel, farine à base de céréales ou à base de tubercules ou de soupe, jus, boisson hygiénique, yaourt à boire, SRO ou ODIVA, eau bouillie ou non, autre substitut de lait), est –ce qu'ils ont bu davantage de liquides et ont continué à manger.

Les résultats du tableau n°57 indiquent que 12,8% des enfants de moins de 5 ans dans tout Madagascar ont eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, et que ce sont les enfants de 6 à 11 mois (25%) qui en sont les plus atteints. Ce chiffre est sensiblement égal à celui trouvé par l'EDS en 1992, et nettement très bas comparé à celui de l'EDS 97 qui a trouvé un taux de 27,1% pour le même groupe d'âges de moins de 5 ans et pour la même période de l'année (Septembre à Décembre). Ceci est sûrement dû aux mesures d'hygiène et d'assainissement et à l'information, éducation, communication de la population prises lors de la survenue du choléra à Madagascar. La fréquence de la diarrhée est liée aux facteurs suivants :

- *L'âge de l'enfant* : la diarrhée est plus élevée chez les enfants de 6 à 11 mois et 12 à 23 mois : 22%. Ces problèmes sont liés à l'introduction de nouveaux aliments autres que le lait maternel pour les 6 à 11 mois et à l'introduction des aliments de sevrage pour les plus grands ;
- *Le milieu de résidence* : elle est légèrement plus élevée en milieu rural (13%) qu'en milieu urbain (12,8%) ceci est lié à l'accessibilité à l'eau potable. Actuellement à cause du choléra le taux de chloration de l'eau de la JIRAMA est plus élevé qu'avant et les campagnes de lutte contre le choléra préconise l'utilisation de produits à usage familial pour désinfecter l'eau (sur'eau, dom'eau, ...) et la prise des mesures d'hygiène et d'assainissement ;
- *La région* : la province de Toliary enregistre la prévalence la plus forte : 17,2% et Antananarivo la moins élevée. Dans la province de Toliary où la sécheresse est très marquée, il y a un problème crucial de disponibilité en eau potable mais aussi un problème d'hygiène et d'assainissement dû à des barrières socio-culturelles : latrines quasi-inexistantes et veillées funèbres très longues favorisant la propagation des maladies;
- *Le niveau d'éducation de la mère* : il influe beaucoup sur la prévalence de la diarrhée. Plus la mère est éduquée moins son enfant fait de la diarrhée : 14, 7% de cas de diarrhée chez les non instruites contre 11, 2% pour les mères qui ont un niveau secondaire et plus; et
- *Le niveau socio-économique* : plus le niveau socio-économique est bas plus forte est la chance d'avoir la diarrhée et de ne recevoir aucun traitement.

Tableau 55 : Répartition des enfants ayant eu la diarrhée par niveau socio-économique des ménages, Madagascar, 2000

Niveau socio-économique	Pourcentage	Effectif
Bas	14,8	351
Moyen	12,7	267
Intermédiaire	10,9	155
Elevé	10,0	59
Total	13,1	832

Tableau 56 : Répartition des enfants par niveau socio-économique ayant eu la diarrhée et n'ayant reçu aucun traitement, Madagascar, 2000

Niveau socio-économique	Pourcentage	Effectif
Bas	9,4	33
Moyen	2,6	7
Intermédiaire	2,6	4
Elevé	1,7	1
Total	7,6	45

Dans le cadre de la PCIME, la promotion de la pratique de:

- la thérapie par réhydratation orale avec utilisation de la SRO ou ODIVA, l'augmentation de la ration liquide, à domicile et /ou à niveau communautaire;
- la continuation de l'allaitement maternel; et
- le renforcement de l'alimentation.

constituent des armes efficaces pour combattre et prévenir la deshydratation dûe à la diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans

Dans le tableau ci-dessous on a constaté que :

- 56,2% des mères allaitent leur bébé;
- 22,2% donnent du SRO ou ODIVA;
- 10,7% donnent des farines à base de céréales;
- 5,5% ne donnent aucun traitement ;
- 94,5% appliquent le traitement recommandé par le prescipteur.

Il est à noter que la thérapie par réhydratation orale, la continuation de l'allaitement maternel, la continuation de l'alimentation sont mieux suivis par les mères qui vivent en milieu urbain et celles qui ont reçu une éducation. Les mères qui n'ont aucune éducation ont le plus fort pourcentage de laisser leur enfant diarrhéique sans aucun traitement à (7,5% contre 4,3% chez les mères qui ont suivi les classes secondaires et plus).

Pendant l'épisode diarrhéique :

- 42,8% ont donné davantage de liquide à leur enfant;
- 56,0% un petit peu moins ou la même quantité;
- 75,8% ont donné un petit peu moins la même quantité ou davantage à manger;
- 23,5% ont donné peu ou rien du tout ;
- 15,6% des enfants ont reçu davantage de liquides et ont continué à manger.

Plus la mère est instruite plus elle donne davantage de liquides et continue à donner à manger à son enfant. Les résultats selon le milieu de résidence montrent que les mères de la capitale (28,2% contre 14,4% pour les autres lieux) donne davantage à boire et à manger à l'enfant diarrhéique. Cela du fait qu'elles sont plus informées grâce à une meilleure accessibilité aux soins.

Tableau 57 : Répartition (en%) des enfants de moins de cinq ans ayant eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines qui ont reçu une SRO/TRO, Madagascar, 2000

	Enfants ayant eu la diarrhée	Effectif Enfants < 5 ans	Enfants ayant eu la diarrhée ayant reçu				
			Lait maternel	Gruau	Sachet ou paquet SRO/ODIVA	Traitement recommandé	Aucun traitement
Sexe							
Masculin	12,8	3380	53,0	10,4	20,5	95,4	4,6
Féminin	12,7	3182	59,5	11,1	24	93,3	6,4
Province							
Antananarivo	8,8	1787	70,7	23,6	28,7	98,1	2,5
Fianarantsoa	12,0	1177	59,6	14,2	19,9	99,3	0,7
Toamasina	13,6	1156	59,2	4,5	19,1	94,3	5,7
Mahajanga	14,5	793	50,4	7	20,9	93,9	6,1
Toliary	17,2	1106	43,2	4,7	21,6	87,4	12,1
Antsiranana	14,4	543	53,8	12,8	23,1	97,4	1,3
Milieu de résidence							
Capitale	9,2	282	61,5	34,6	34,6	92,3	7,7
Autres urbains	12,8	1014	56,2	13,1	28,5	96,9	3,1
Rural	13,0	5266	55,9	9,4	20,5	94,1	5,9
Groupe d'âges							
<6 mois	8,9	688	95,1	4,9	9,8	98,4	3,3
6-11 mois	25,1	581	97,3	10,3	24,7	99,3	0,7
12-23 mois	18,7	1900	68	11,5	19,9	96,1	3,9
24-35 mois	11,4	1068	19,7	13,9	24,6	92,6	7,4
36-47 mois	7,2	1201	5,8	12,8	29,1	89,5	10,5
48-59 mois	6,0	1124	-	6,0	25,4	83,6	16,4
Niveau d'instruction							
Aucune	14,7	1721	54,5	6,7	13,4	92,5	7,5
Primaire	12,9	3168	58,3	9,8	23,9	95,4	4,6
Secondaire et plus	11,2	1235	60,9	18,8	31,9	95,7	4,3
ND	8,4	438	27	16,2	27	94,6	5,4
Total	12,8	6562	56,2	10,7	22,2	94,5	5,5

Infections respiratoires aiguës

Les Infections Respiratoires Aiguës, caractérisées par des toux et difficultés respiratoires constituent une des principales causes de morbidité et de mortalité à Madagascar. Pour évaluer la prévalence de cette maladie, on a recueilli les données auprès des mères d'enfants de moins de 5 ans ayant eu des toux ou difficultés respiratoires au cours des deux dernières semaines ayant précédé l'enquête. Les soins précoces pouvant éviter des complications des infections respiratoires et même le décès, on a demandé aux mères si l'enfant malade avait été conduit en consultation dans un centre de santé public ou privé.

On constate d'après les résultats du tableau n°58 que sur 10,5% d'enfants de moins de 5 ans ont été atteints par la toux et avaient des difficultés respiratoires dans les 2 dernières semaines précédant l'enquête :

- 19,2% ont été amenés au Centre de Santé de Base ou au dispensaire ;
- 5,2% ont été envoyés vers un centre de référence (hôpital);
- 6, 2% ont consulté des médecins privés ou des pharmacies ;
- 2, 8% ont eu recours au guérisseur traditionnel ; et
- 4,5% ont demandé de l'aide à un parent ou ami.

Il n'y a qu'une faible différence entre le sexe masculin : 10,8% et le sexe féminin : 10,2%.
Les enfants vivant dans le milieu rural sont deux fois plus atteints (11%) que ceux de la capitale (5,3%). Ceci est un phénomène contraire à ce que l'on a trouvé dans l'EDS 92 où les enfants de la capitale souffraient 2 fois plus de toux et de difficultés respiratoires que ceux vivant en brousse. Ce phénomène est probablement dû aux fumées générées par les cultures sur brûlis et la pratique de plus en plus fréquentes sur des étendues de plus en plus vastes des feux de brousse chaque année.

Tableau 58 : Répartition (%) des enfants de moins de 5 ans ayant eu des IRA durant les 2 dernières semaines qui ont eu recours aux services de santé, Madagascar, 2000

			Enfant avec IRA qui ont eu recours aux prestataires de service de santé									
	Enfants ayant eu des IRA	Effectif Enfants < 5 ans	Hôpital	CSB	Dispen-saire	Agent de santé du village	Médecin privé	Guérisseur traditionnel	Pharma-cie	Parent ou ami	Autre	Clinique mobile
Sexe												
Masculin	10,8	3380	6,0	12,9	6,3	0,8	5,2	2,2	2,2	3,0	1,9	0,5
Féminin	10,2	3182	4,3	13,5	5,5	0,6	1,8	3,4	3,1	6,1	2,8	-
Milieu de résidence												
Capitale	5,3	282	-	-	13,3		-13,3	-	-	-	6,7	-
Autre urbain	9,6	1014	6,2	6,2	6,2		- 9,3	2,1	2,1	1,0	3,1	1,0
Rural	11,0	5266	5,0	14,5	5,5	0,7	2,2	2,9	2,8	5,2	1,9	0,2
Total	10,5	6562	5,2	13,2	5,9	0,6	3,6	2,8	2,6	4,5	2,3	0,3

Les raisons évoquées pour lesquelles les mères ne venaient pas aux centres de santé pour recourir aux soins sont les suivantes:
- Centre de santé éloigné (22,4%)
- Manque de confiance envers le personnel de santé (0,7%)
- Coût trop élévé car pouvoir d'achat faible (23,1%)
- Service insuffisant (0,7%)
- Autres raisons (55, 8%)

Rougeole

Situation actuelle

Maladie très meurtrière il y une quinzaine d'années pour les enfants malgaches de moins de cinq ans, la rougeole ne constitue plus actuellement un problème de santé publique. En 1999 la rougeole se trouvait en 9ème place des causes de morbidité en consultations externes dans les centres de santé de base pour les enfants de moins de 5 ans, avec une prévalence de 0,9% pour tout Madagascar. Le taux varie d'une province à l'autre :
- Antananarivo : 0, 2% (10ème cause)
- Antsiranana : 0,9% (9ème cause)
- Fianarantsoa : 0,8% (9ème cause)
- Mahajanga : 1,2% (8ème cause)
- Toamasina : 0,4% (10ème cause)
- Toliary : 3,0% (6ème cause)

Les formes graves et compliquées deviennent de plus en plus rares avec une prévalence de 0,1% pour tout Madagascar. Le taux de létalité s'élève à 0,1%[21]. Beaucoup d'actions ont été entreprises pour arriver à ces résultats :

21 Annuaire du SISG, 1999

- L'introduction de la vaccination anti-rougeoleuse pour les enfants de moins de cinq ans au neuvième mois d'âge dans le Programme Elargi de Vaccination (PEV) à partir de 1985,
- Le PEV étant d'envergure nationale toutes les formations sanitaires publiques et privées y sont impliquées,
- Comme toute vaccination dans le cadre du PEV les vaccins et les prestations sont gratuits, et les matériels disponibles et fonctionnels pour assurer la chaîne de froid,
- Une sensibilisation très intense à tous les niveaux de la structure sanitaire,
- Une surveillance épidémiologique « active » très poussée des maladies cibles du PEV avec riposte vaccinale au moindre alerte d'épidémie,
- L'adoption de la stratégie de la Prise Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) a beaucoup contribué à l'amélioration de la couverture vaccinale de la rougeole, car tout enfant malade se présentant en consultation ou envoyé au centre de référence est systématiquement vacciné si l'état vaccinal n'est pas complet,
- La reconnaissance par les mères ou les personnes en charge des enfants atteints de rougeole des signes évocateurs de la maladie et surtout des signes de complications,
- La disponibilité permanente des médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires par le système de participation financière des usagers.

Prévalence de la rougeole

Dans le cadre de l'enquête MICS, afin d'évaluer la prévalence de la rougeole il a été demandé à la mère si l'enfant a eu la rougeole au cours des trois derniers mois, et si oui quels étaient les signes présentés par l'enfant qui lui ont permis de reconnaître la maladie ou les signes éventuels de complications.

On constate que 3,4% des enfants âgés de moins de 5 ans ont eu la rougeole au cours des trois derniers mois et ce sont les enfants de 43-59 mois qui en sont les plus atteints avec une prévalence de 4,4%. Si l'enfant n'est pas vacciné, le risque qu'il attrape la rougeole augmente avec l'âge. En effet, les moins de 6 mois présentent un taux très faible 0,3% étant donné qu'ils sont encore protégés par les anticorps maternels.

Bien qu'aucune différence de prévalence de la rougeole n'apparaîsse entre les milieux rural et urbain dans leur ensemble (3,5%), on note une prévalence relativement faible dans la capitale. Par contre, la prévalence varie fortement selon la province: le taux le plus élevé se retrouve dans la province de Mahajanga (7,7%). Dans les provinces de Toliary et Antsiranana, les taux sont respectivement de 5,8% et 5,0%. La province de Fianarantsoa (3,5%) se situe en troisième position après celles de Toamasina (1,1%) et d'Antananarivo (0,8%) qui présentent les plus faibles prévalences.

La régression de la maladie résulte de la conjugaison de différents facteurs tels que l'introduction de la vaccination anti-rougeoleuse dans le cadre du Programme Elargi de Vaccination, l'adoption de la stratégie de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant, une surveillance active et une riposte vaccinale à toute flambée d'épidémie, la reconnaissance des signes évocateurs et des signes éventuels de complication par les personnes en charge de l'enfant.

S'agissant de la vaccination anti-rougeoleuse, les données de l'enquête MICS confirment une très nette amélioration de la couverture vaccinale (55,1%) pour la rougeole, comparée aux résultats des enquêtes antérieures: EDS 1997 (46%), EPM 1999 (45%). Il y a une variation de la couverture vaccinale par province: Antananarivo (21,6%); Fianarantsoa (9,6%); Toamasina (6,8%); Mahajanga (5,8%); Toliary (3,1%); Antsiranana (2,1%).

Tableau 59 : Répartition des enfants de moins de 5 ans ayant eu la rougeole au cours des trois derniers mois, Madagascar, 2000

	Pourcentage	Effectif enfants de moins de 5 ans
Sexe		
Masculin	3,6	3380
Féminin	3,1	3182
Province		
Antananarivo	0,8	1787
Fianarantsoa	3,5	1177
Toamasina	1,1	1156
Mahajanga	7,7	793
Toliary	5,8	1106
Antsiranana	5,0	543
Milieu de résidence		
Capitale	1,4	282
Autre urbain	3,5	1014
Rural	3,5	5266
Groupe d'âges		
Moins de 6 mois	0,3	688
6-11 mois	3,8	581
12 -3 mois	3,8	1900
24-35 mois	3,1	1068
36-47 mois	3,2	1201
48- 59 mois	4,4	1124
Niveau d'instruction		
Aucune	4,9	1721
Primaire	2,7	3168
Secondaire	1,7	1235
NSP/ND	6,4	1
Total	3,4	6562

Reconnaissance des signes

En général les personnes qui sont en charge des enfants malades de rougeole reconnaissent les signes évocateurs et les signes de complications de la rougeole : 97,7%. Il est intéressant de constater que la totalité des hommes qui ont été interrogés reconnaissent les signes de rougeole contre 97,7% des femmes.

Dans les provinces où la prévalence de la rougeole est moindre, les personnes qui prennent en charge les enfants rougeoleux connaissent moins les signes. Il en est de même pour le milieu de résidence : dans la capitale où la prévalence de la rougeole est de 0,8% seulement, 75% des personnes reconnaissent les signes alors qu'à Mahajanga où la prévalence est de 7,7%, toutes les personnes qui ont été interrogées reconnaissent les signes.

Les jeunes personnes de 15 à 19 ans et les personnes qui ont plus d'expériences dans la vie reconnaissent mieux les signes que celles âgées entre 20 à 39 ans.

La reconnaissance des signes varie suivant le niveau d'instruction. En effet, la totalité des personnes qui ont le niveau secondaire et plus reconnaissent les signes. Par ailleurs, on note que les personnes ayant un niveau d'éducation primaire connaissent moins les signes que celles qui n'ont aucun niveau.

La reconnaissance des signes évocateurs et de complications par les personnes qui sont en charge des enfants rougeoleux est un des facteurs très importants qui limitent les dégâts causés par la maladie elle-même et constitue une preuve du rôle que peuvent jouer la famille et la communauté dans le développement de la santé.

Tableau 60 : Pourcentage des personnes en charge des enfants de moins de cinq ans connaissant les signes évocateurs et de complications de la rougeole, Madagascar, 2000

Caractéristiques des répondants	Reconnaissent les signes évocateurs et complications rougeole	
	%	Effectif
Sexe		
Masculin	100,0	5
Féminin	97,7	216
Province		
Antananarivo	86,7	15
Fianarantsoa	97,7	41
Toamasina	100,0	13
Mahajanga	100,0	61
Toliary	100,0	64
Antsiranana	92,6	27
Milieu de résidence		
Capitale	75,0	4
Autre urbain	100,0	35
Rural	97,8	182
Groupe d'âges		
15-19 ans	100,0	23
20-24 ans	98,8	55
25-29 ans	95,3	43
30-34 ans	94,3	35
35-39 ans	95,2	21
40-44 ans	100,0	21
45-49 ans	100,0	9
âge non connu	100,0	14
Niveau d'instruction		
Aucune	98,9	89
Primaire	96,6	87
Secondaire	100,0	22
NSP/ND	100,0	23
Total	97,7	221

Paludisme

Prévalence de la fièvre

Dans les pays à forte prévalence de paludisme, la fièvre constitue en général l'un des principaux symptômes. Comparativement aux résultats des EDS 1992 et 1997 la prévalence de la fièvre trouvée dans notre enquête est relativement basse : 15,9% contre 27% en 92 et 32% en 1997. Cette différence est sûrement expliquée par les variations saisonnières mais aussi par une plus large utilisation des moustiquaires (imprégnées ou non) due à une sensibilisation plus poussée mais aussi à une plus grande disponibilité de cet article sur le marché à un prix plus abordable. Les variations sont surtout liées :

- *au milieu de résidence de l'enfant*: la prévalence est plus élevée chez les enfants résidant en milieu rural 16,9% contre 3,9% pour la capitale et 13,7% les autres urbains;
- *à la province* : la prévalence est plus élevée dans les provinces à risque élevé de paludisme : Antsiranana (22,5%); Toamasina (22,1%); Toliary (21,3%) ; Mahajanga (21,1%); Fianarantsoa (16,1%).
- *à l'âge*: Les enfants de 12-23 mois sont les plus touchés avec une prévalence de 18,5% contre 5,4% pour les moins de 6 mois et 14,4% pour les 48-59 mois.

Prise en charge des cas

L'éducation de la mère est un facteur très important pour l'observance du traitement : la fréquence la plus élevée de traitement antipaludéen approprié se rencontre chez les mères qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Tableau 61: Pourcentage des enfants de 0-59 mois souffrant de fièvre qui ont été pris en charge à domicile avant d'avoir recours au centre de Santé, Madagascar, 2000

	Effectif total	Enfants pris en charge à domicile	
		Effectifs	Pourcentage
Sexe			
Masculin	3180	76	2,2
Féminin	3182	82	2,6
Province			
Antananarivo	1787	20	1,1
Fianarantsoa	1177	30	2,5
Toamasina	1156	16	1,4
Mahajanga	793	15	1,9
Toliary	1106	41	3,7
Antsiranana	543	37	6,8
Milieu de résidence			
Capitale	282	3	1,1
Autres urbains	1014	25	2,5
Rural	5266	130	2,5
Groupe d'âges			
< 6 mois	688	8	1,2
6-11 mois	581	15	2,6
12-23 mois	1900	58	3,1
24-35 mois	1068	30	2,8
36-47 mois	1201	32	2,7
48-59 mois	1124		1,3
Niveau d'instruction			
Aucune	1721	32	1,9
Primaire	3168	71	2,2
Secondaire et plus	1235	40	3,2
NSP	437	16	3.7
ND	1	-	2,4
Total	6562	158	66,1

La moitié des enfants de moins de 5 ans souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines précédant l'enquête ont reçu du Paracétamol comme traitement, 28,5% ont reçu de la chloroquine, 32,5% de la quinine, 0,8% du Fansidar et 42% ont reçu d'autres médicaments. En général 59,4% ont reçu un traitement antipaludéen approprié prescrit par un agent de santé ou par automédication et pris en charge à domicile.

Tableau 62 : Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois souffrant de la fièvre durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec un antipaludéen, Madagascar, 2000

	Enfants ayant eu la fièvre	Effectif enfants < 5 ans	Enfants avec fièvre qui ont été traités avec: Paracétamol	Chloroquine	Quinine	Fansidar	Autre	Manquant /NSP	Anti paludéen approprié	Effectif enfants atteints de paludisme
Sexe										
Masculin	15,9	3380	49,6	28,9	31,0	1,3	39,6	3,5	58,2	536
Féminin	15,9	3182	50,1	28,1	34,1	0,2	44,6	3,4	60,4	505
Province										
Antananarivo	4,0	1787	47,9	18,3	23,9	1,4	60,6	1,4	43,7	71
Fianarantsoa	16,1	1177	39,7	39,2	23,3	0,5	35,4	5,3	59,8	189
Toamasina	22,1	1156	48,8	20,3	53,9	-	36,3	0,4	70,3	256
Mahajanga	21,1	793	54,5	47,9	13,8	-	36,5	3,0	61,1	167
Toliary	21,3	1106	48,7	20,8	30,9	2,1	51,7	6,4	53,0	236
Antsiranana	22,5	543	65,6	23,0	34,4	0,8	41,0	2,5	54,9	122
Milieu de résidence										
Capitale	3,9	282	45,5	18,2	9,1	9,1	54,5	9,1	36,4	11
Autres urbains	13,7	1014	59,0	23,0	40,3	-	50,4	1,4	61,9	139
Rural	16,9	5266	48,6	29,5	31,5	0,8	40,4	3,6	59,3	891
Groupe d'âges										
< 6 mois	5,4	688	45,9	18,9	21,6		-51,4	2,7	40,5	37
6-11 mois	16,2	581	43,6	30,9	31,9	-	41,5	2,1	60,6	94
12-23 mois	18,5	1900	50,9	29,3	32,1	1,4	43,5	3,4	60,5	352
24-35 mois	18,4	1068	52,3	34,5	30,5	0,5	37,1	4,1	62,9	197
36-47 mois	16,5	1201	52,0	23,2	36,9	1,0	37,9	3,0	58,6	198
48-59 mois	14,4	1124	47,5	27,8	33,3	-	47,5	4,3	57,4	162
Niveau d'instruction										
Aucune	18,9	1721	42,3	27,6	29,8	0,9	38,3	5,8	55,5	326
Primaire	14,7	3168	53,9	29,2	32,6	0,6	42,5	2,1	60,1	466
Secondaire et plus	13,8	1235	55,9	33,5	35,9	0,6	49,4	1,2	66,5	170
ND	18,0	438	45,6	16,5	35,4	1,3	38,0	5,1	53,2	79
Total	15,9	6562	50,0	28,5	32,5	0,8	42,0	3,5	59,4	1041

Utilisation des moustiquaires

Le tiers (30,3%) des enfants de moins de 5 ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête, dont 0,8% sous moustiquaires imprégnées. Pour les régions à risque élevé de paludisme, Antsiranana est la province qui utilise le plus les moustiquaires aussi bien simples (74,4%) qu'imprégnées d'insecticides (2,9%) ; Mahajanga 53,3% / 0,1% ; Toamasina 53,3% / 1,6% ; Toliary : 22,8%/ 0,5%, Fianarantsoa : 22,4% / 0,8%.

Le niveau d'instruction de la mère semble avoir un impact sur l'utilisation ou non de moustiquaires pour les enfants de moins de 5 ans : le taux d'utilisation des moustiquaires le plus élevé 32,6%, se rencontre chez les mères ayant le niveau d'éducation secondaire et plus.

Tableau 63 : Pourcentage d'enfants âgés de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire imprégnée ou non d'insecticides la nuit dernière, Madagascar, 2000

	Ont dormi sous une moustiquaire			Effectif enfants < 5 ans	Ont dormi sous une moustiquaire traitée			Effectif d'enfants qui ont dormi sous une moustiquaire
	Oui	Non	Moustiquaire manquante ou NSP		Oui	Non	NSP	
Sexe								
Masculin	30,1	3,7	66,2	3380	0,8	29,2	0,1	1018
Féminin	30,5	3,6	66,0	3182	0,8	29,4	0,2	969
Province								
Antananarivo	3,5	1,6	95,0	1787	0,1	3,3	0,1	62
Fianarantsoa	22,4	2,6	75,0	1177	0,8	21,5	0,1	264
Toamasina	50,3	4,5	45,2	1156	1,6	48,7	-	582
Mahajanga	53,3	11,0	35,7	793	0,1	53,2	0,1	423
Toliary	22,8	2,0	75,2	1106	0,5	22,1	0,2	252
Antsiranana	74,4	3,3	22,1	543	2,9	71,1	0,6	404
Milieu de résidence								
Capitale	17,4	5,7	76,6	282	0,4	16,3	0,7	49
Autres urbains	35,7	4,1	60,3	1014	0,9	34,7	0,1	362
Rural	29,9	3,4	66,7	5266	0,8	29,0	0,1	1576
Groupe d'âges								
< 6 mois	31,7	1,5	66,9	688	0,7	31,0	-	218
6-11 mois	29,3	3,3	67,5	581	0,3	28,7	0,2	170
12-23 mois	31,7	3,3	65,0	1900	0,9	30,6	0,2	603
24-35 mois	30 7	3,2	66,0	1068	0,3	30,3	0,1	328
36-47 mois	29.3	4,0	66,8	1201	1,2	28,1	0,1	352
48-59 mois	28,1	5,8	66,2	1124	0,9	27,0	0,2	316
Niveau d'instruction								
Aucune	31,1	2,6	66,4	1721	0,3	30,6	0,1	565
Primaire	29,0	3,4	67,6	3168	0,8	28,1	0,2	920
Secondaire et plus	32,6	4,9	62,7	1235	1,3	31	0,2	402
ND	29,7	6,2	64,2	438	0,7	29,0	-	130
Total	30,3	3,6	66,1	6562	0,8	29,4	0,2	1987

Conclusions et recommandations

D'après un bref aperçu des résultats de cette enquête sur la prise en charge intégrée de l'enfant nous avons pu constater que la prévalence des maladies meurtrières de l'enfance diminue à mesure que le niveau d'instruction de la mère ou de la personne s'occupant de l'enfant augmente. Toutefois, un nombre assez élevé de mères ont des connaissances et des compétences assez limitées en matière de soins à octroyer à domicile aux enfants malades, beaucoup de mères ne savent pas reconnaître les signes de maladies et encore moins les signes de gravité si bien qu'il existe souvent un problème de recherche de soins.

Il a été demandé aux mères des enfants de moins de 5 ans dans cette enquête MICS si elles connaissent d'après les signes que présente leur enfant quand faut-il venir d'URGENCE ou revenir immédiatement au centre de santé sans attendre le prochain rendez-vous. Une liste de ces signes se retrouve dans le questionnaire et on a demandé aux mères de les reconnaître:

- 30,3% reconnaissent au moins 2 signes de gravité ;
- sur les signes de « quand faut-il revenir immédiatement? » :
  - ne peut pas boire ou téter : 11%
  - devient encore plus malade 29,3%
  - développe une fièvre : 70,6%
  - a une respiration rapide : 3,1%

- a des difficultés à respirer : 6,9%
- a du sang dans les selles 2,1%
- boit avec difficultés : 4,7%

L'approche focalisée au centre de santé s'est avéré inefficace, ainsi on a privilégié l'approche communautaire où les ménages et les familles jouent un rôle important dans la promotion de la santé de la mère et de l'enfant et dans le développement sanitaire.

Santé de la mère

L'objectif de la promotion de la santé de la mère consiste à réduire de moitié le taux de mortalité maternelle. Les mesures envisagées pour atteindre cet objectif consistent à continuer ce qui a déjà été entrepris selon les recommandations suivantes :

- Assurer un niveau d'éducation acceptable pour les filles et les jeunes femmes pour une amélioration de l'impact des programmes de santé y compris la planification familiale ;
- Généraliser les protocoles de lutte contre les carences en micro-nutriments(fer, acide folique, vitamine A…) et mettre en oeuvre les stratégies y afférentes dans toutes les formations sanitaires (remise à niveau des agents, respect des protocoles …) et au niveau communautaire ;
- Mener des recherches qualitatives afin de comprendre les comportements alimentaires des femmes, y compris les femmes enceintes et allaitantes pour identifier les recommandations appropriées pour améliorer leur état nutritionnel ;
- Renforcer la promotion de la diversification alimentaire à travers des messages éducatifs adaptés ;
- Etendre les activités de nutrition au niveau communautaire (service de distribution de micro-nutriments à base communautaire, promotion de la diversification alimentaire …) ;
- Promouvoir la santé des femmes en termes de meilleurs comportements nutritionnels et sanitaires (CPN, alimentation adéquate…) ;
- Harmoniser les activités en nutrition à l'échelon communautaire en définissant un paquet minimum d'activités pour tous les intervenants ;
- Assurer un soutien continu à la vulgarisation agricole ;
- Accélérer les stratégies de mise en oeuvre des fortifications alimentaires en vitamine A et en fer ;
- Augmenter le taux d'utilisation des services de santé ;
- Avoir une idée sur le taux d'abandon des utilisateurs et de connaître les causes de la non utilisation des services de planification familiale ;
- Faire une analyse urgente et plus approfondie de la situation en vue d'apporter des solutions rapides ;
- Concertation urgente entre les acteurs oeuvrant pour la survie de l'enfant ;
- Enquête spécifique sur l'impact du programme de planification familiale ;
- Mise en place d'un système de suivi de la qualité des services accessibles, financièrement abordables et appropriés aux besoins de la communauté ;
- Intégration des hommes ;
- Sensibiliser les personnes qui assistent les accouchements à peser les nouveau-nés ;
- Promouvoir la santé des jeunes et adolescents et éviter les grossesses précoces et non désirées ;
- Voir d'autres approches pour que les plus démunis aient accès aux médicaments de supplémentation (fer, acide folique).

Pratique des soins au niveau des ménages

Il a été justifié scientifiquement que l'amélioration des pratiques des soins au niveau des ménages peut réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile. Ainsi, les recommandations suivantes doivent être prises en compte pour atteindre nos objectifs :

- Améliorer les pratiques d'hygiène comprenant particulièrement la bonne élimination d'excréta et le lavage des mains, car elles peuvent réduire de plus de 10% l'incidence de la diarrhée ;
- Améliorer les pratiques de l'allaitement maternel car il peut réduire à lui seul, la mortalité infantile de 10% ;
- L'amélioration de l'alimentation complémentaire des enfants:
- peut prévenir plus de 10% des décès liés aux maladies diarrhéiques et aux IRA
- peut réduire la prévalence de la malnutrition de 20% ;
- La prise adéquate de vitamine A dans les zones de déficience peut réduire la mortalité des enfants de plus de 20% ;
- L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides peut réduire de plus de 30% la mortalité liée au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans ;
- Des soins appropriés et pris à temps, avec traitement adéquat, peuvent réduire la mortalité liée aux IRA de plus de 20% ;
- La plupart des cas de décès d'enfants de moins de 5 ans dus aux maladies diarrhéiques peuvent être évités par une bonne TRO menée à la maison ;
- Une bonne partie des décès liés au paludisme peuvent être évités par une chimiothérapie précoce et efficace à domicile.

Indicateurs supplémentaires pour le suivi des Droits de l'Enfant

ANDRIAMIADANA Jean

Enregistrement des naissances

Introduction

L'enregistrement des naissances est l'un des indicateurs supplémentaires pour le suivi des droits de l'enfant. Le questionnaire des Enfants de moins de cinq ans s'adresse à toutes personnes qui ont la charge des jeunes enfants vivant dans le ménage. La collecte des informations a porté sur les points suivants :

- nom de l'enfant
- âge
- anniversaire
- existence d'un certificat de naissance
- enregistrement de naissance
- motifs de non enregistrement, s'il y a lieu
- le savoir-faire de l'enregistrement de naissance.

Conformément aux articles de la convention relative aux droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989 :

Article 3.
Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte-tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou d'autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

Article 7.
L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et dès celle-ci, le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

Article 8.
- Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.
- Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriée, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Cadre légal et institutionnel de l'enregistrement des naissances

L'Etat Civil

L'état civil définit la situation de droit d'une personne et son évolution depuis la naissance jusqu'à son décès. Il détermine le statut juridique de la personne au cours de son existence civile et individuelle, notamment dans ses rapports familiaux. Aucun Etat ne peut se passer de l'état civil lequel permet à la fois d'individualiser ses ressortissants et de contrôler sa population, et aux individus de prouver leur identité, leur situation juridique et de faire prévaloir leurs droits.
L'état civil est un enregistrement pour être reconnu par l'Etat comme « ***être humain*** »

Les Officiers de l'état civil

- Le Maire et les Adjoints au Maire sont les officiers de l'état civil (*Article 79, Loi n° 94-008*)
- Le Maire peut déléguer, à un ou plusieurs agents communaux âgés d'au moins vingt et un ans, les fonctions qu'il exerce en tant qu'officier d'état civil pour la réception des déclarations de naissance (*Article 80, Loi n° 94- 008*).

Acte de reconnaissance Article 16 Loi n° 63 - 022

Lorsque la filiation paternelle ne peut être établie par les présomptions, la personne qui se prétend être le père de l'enfant peut reconnaître cet enfant selon une procédure très simple soit devant l'officier de l'état civil, soit par acte authentique ou authentifié, soit par testament.

Mention marginale: Point 95 Circulaire n° 788 – MJ/CAB

La mention marginale est une mesure de publicité destinée à préciser la situation juridique du titulaire d'un acte d'état civil. La mention marginale est capitale. Elle permet de suivre les modifications affectant l'état civil des personnes et de reconstituer leurs lignées.

Déclaration de naissance

Article 26, Loi n° 61-025. La déclaration est reçue au centre de l'état civil de la Mairie. Elle est faite par le père et/ou la mère ou l'un des ascendants, ou par l'un des plus proches parents ou par toute personne ayant assisté à la naissance ou encore lorsque la mère accouche hors de son domicile, par la personne chez qui elle a accouché.

Toute naissance survenue sur le territoire malgache doit faire l'objet d'une déclaration à l'officier d'état civil.

Article 48, circulaire n° 788- MJ/ CAB. Les médecins et/ou sages-femmes sont également tenus de faire parvenir à l'officier d'état civil du lieu de l'accouchement, une attestation indiquant que la naissance de l'enfant est survenue tel jour à tel endroit déterminé.

Toutes les mesures nécessaires seront prises par les Chefs d'établissement hospitaliers pour faciliter les inscriptions des naissances survenues dans leurs établissements.

Délai de déclaration

Article 24, Loi n° 61-025. Le délai est de douze jours à compter du jour de la naissance.

Indications à porter dans l'acte

Article 25, Loi n° 61-025. L'acte de naissance doit énoncer très précisément :

- les jour, mois, année et lieu de naissance ;
- les nom et prénoms qui lui sont donnés ;
- le sexe ;
- les nom et prénoms, âge, lieu de naissance, profession et résidence habituelle des père et mère, et s'il y a lieu, du déclarant.

Cas des jumeaux

Les jumeaux ont chacun leur propre acte de naissance indiquant les nom et prénom, le jour, mois, année, l'heure, le lieu de naissance et leur sexe.

Pour l'enregistrement, l'enfant qui est né le premier sera considéré comme étant le cadet et le dernier l'aîné.

Cas des enfants mort-nés : Point 50 Circulaire n° 788 - MJ/CAB

Pour un enfant mort-né, l'officier d'état civil inscrit l'acte de décès le concernant sur le registre des décès suivant un modèle spécifié, sans procéder à la rédaction d'un acte de naissance.

Si un acte de naissance avait été dressé, il conviendra d'établir un acte de décès et d'apposer une mention marginale en marge de l'acte de naissance de l'enfant décédé.

Ce que doit faire l'Officier d'Etat Civil

L'acte de naissance est inscrit immédiatement sur le registre d'état civil de naissance précisément aux modèles réglementaires. Les actes seront inscrits sur les registres, de suite sans aucun blanc, les ratures seront approuvées et les renvois paraphés par tous les signataires de l'acte. Il n'y sera rien écrit par abréviation et aucune date n'y sera mise en chiffres.

Les déclarations sont inscrites sans aucun blanc dans le corps de l'acte, en conséquence, les divers aliénas des actes seront réunis entre eux par un trait de plume. Après la lecture de l'acte rédigé, le déclarant et l'officier de l'état civil signent immédiatement le registre. L'officier d'état civil délivre gratuitement la première copie d'acte de naissance.

Objectifs

- Etudier les attitudes et les connaissances des parents vis-à-vis de l'enregistrement des naissances
- Identifier les obstacles qui empêchent les parents de contacter les services d'enregistrement de naissances, tels le contexte social, pratiques traditionnelles, craintes, prises de décision au niveau des parents.

Résultats

Couverture de l'enregistrement des naissances

L'enquête a mis en lumière les disparités à l'intérieur du pays. Ainsi à Antananarivo, 92% des naissances sont enregistrés, mais la proportion tombe à 58% dans la province de Toliary indiquant la faiblesse de la volonté et de la motivation des parents de procéder à l'enregistrement des naissances. Dans les hautes terres centrales et dans la partie Est de l'île, la couverture de l'enregistrement atteint presque les trois quarts des enfants de moins de cinq ans.

Figure 58 : Répartition des enfants âgés de 0-59 mois par province selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000

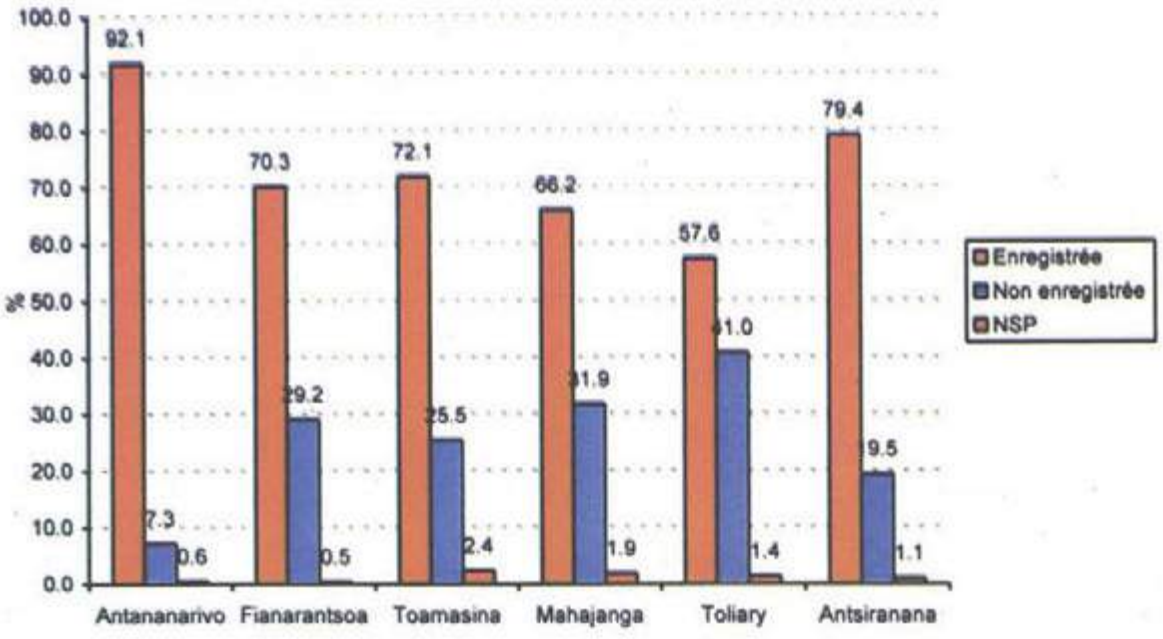
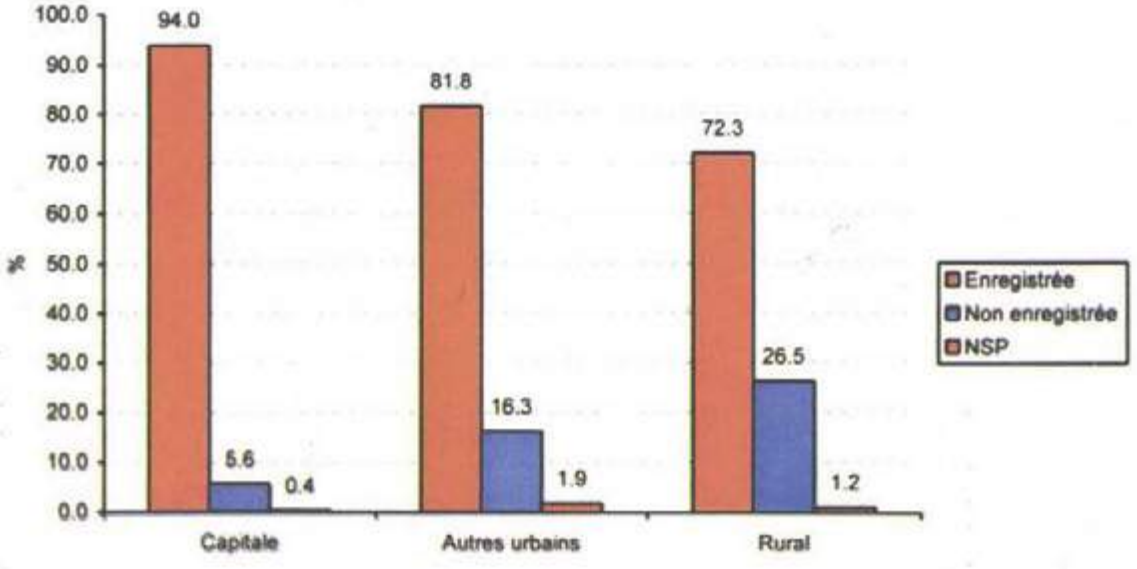


Figure 59 : Répartition des enfants âgés de 0- 59 mois par milieu de résidence selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000

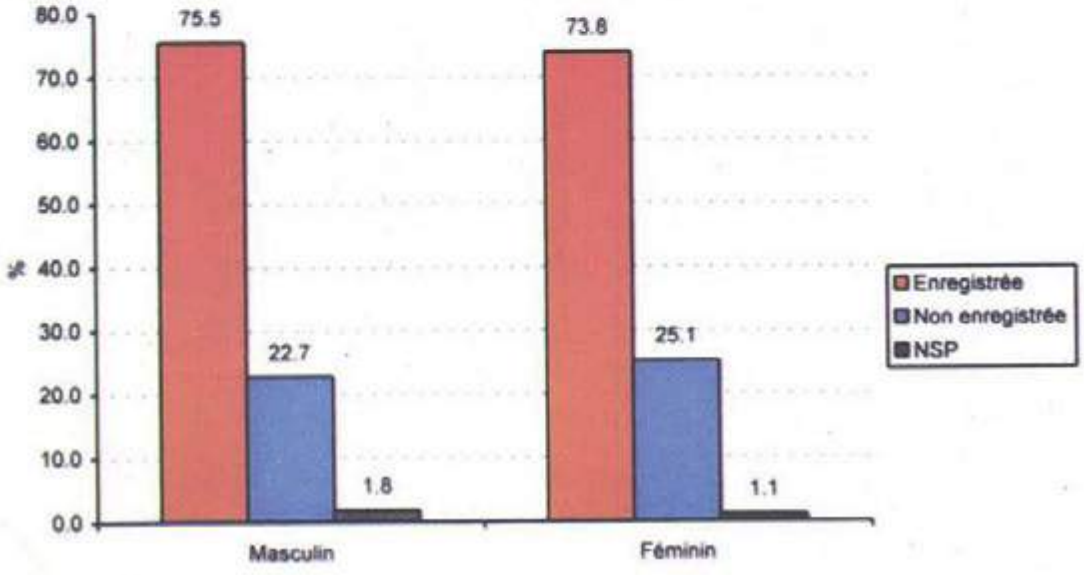


L'enregistrement des naissances peut présenter des variations considérables. Il tend à être plus élevé dans les villes (milieu urbain) qu'en milieu rural. Cette disparité est liée à une disponibilité inégale des infrastructures et à une accessibilité différente. En effet, la variance entre les mairies se différencie au nombre restreint du personnel au sein des mairies rurales.

Ce phénomène est marqué par le fait qu'au niveau de la capitale et d'autres grands centres urbains, respectivement 94% et 81,8% des enfants moins de cinq ans sont enregistrés contre 72,3% en milieu rural.

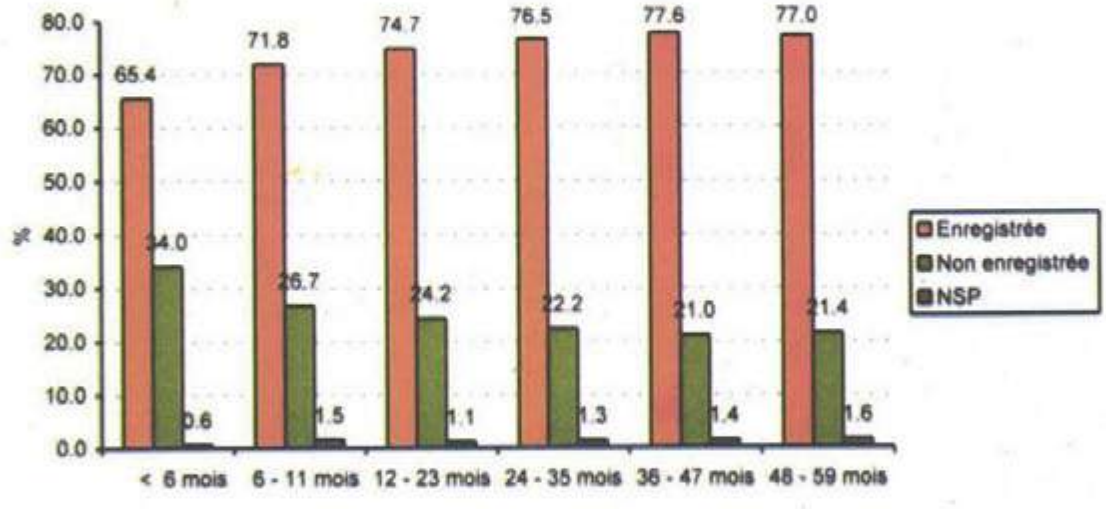
La proportion de naissance enregistrée se présente à une intensité sensiblement égale chez les garçons (75,5%) que chez les filles (73,8%). Suite aux résultats de MICS 2000, la population malgache est estimée à 14,6 millions d'individus. Les 49,1% sont du sexe masculin contre 50,8% du sexe féminin, dont 11,3% (soit 1,65 millions) contre 11,2% (soit 1,64 millions) sont représentés par les enfants de 0 à 59 mois. De ce fait, l'enregistrement de naissance des enfants de moins de cinq ans à Madagascar est de 98 filles pour 100 garçons.

Figure 60 : Répartition des enfants de 0-59 mois par sexe selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000



Même si la Convention relative aux droits de l'enfant prévoit l'enregistrement aussitôt la naissance, beaucoup d'enfants ne sont déclarés que bien tardivement : 65% des enfants âgés de moins de six mois ont été enregistrés et que 77% seulement des enfants de 48 à 50 mois ont eu leur acte de naissance.

Figure 61 : Répartition des enfants de 0-59 mois par tranche d'âge selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement des naissances, Madagascar, 2000



Raisons de non-enregistrement des naissances

L'acte ou certificat de naissance est une preuve de l'identité de l'enfant, et la première reconnaissance officielle de son existence pour le pays. Cette preuve de la naissance est exigée pour un certain nombre de services, et elle confère une certaine protection légale.

- ***Faible performance de l'enregistrement des naissances à Madagascar***

Cette situation constitue une préoccupation majeure non seulement de l'Etat, mais devrait attirer l'attention des parents. Suite à notre étude, à peu près 26% (soit 858.000 enfants) des enfants de moins de cinq ans n'ont pas eu leur acte de naissance.

- ***Les facteurs de non enregistrements impliquant les comportements et les responsabilités des parents***

La préoccupation ambiante dans la vie des parents reste la pauvreté. Les moyens pour subvenir à leurs besoins fondamentaux, dont les droits aux soins et à la nourriture, constituent leur priorité.
L'étude nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs sous-tendant le non enregistrement des naissances des enfants de moins de cinq ans :

- Difficultés d'accès géographiques (éloignement), et coût

Ce problème d'éloignement va de pair avec le coût. Beaucoup de parents affirment que les procédures administratives les fatiguent et les immobilisent.

La Mairie, lieu où les déclarations de naissance des enfants devrait se faire, se trouve trop loin du village des parents ou de leur fokontany. En effet, on ne peut pas obtenir l'acte au niveau du fokontany. Ce qui n'est pas très favorable à leur condition de vie car ceci réduit leur temps de travail et complique davantage leur situation de pauvreté et de survie.

Les facteurs de blocage les plus manifestes sont l'accès et la disponibilité des services concernés, ainsi que les coûts directs et indirects y afférents. Le temps pose un problème car les aller et venues à la mairie prennent beaucoup trop de temps pour les déclarants.
Le taux de non enregistrement ayant pour motif « *l'éloignement* » varie de 11,5% pour Toliary (maxima) à 1,2% pour Antananarivo (minima).

- Problèmes au niveau de la connaissance (*ne sait pas que l'enregistrement est obligatoire*)

Les parents ne sont pas tous convaincus de la nécessité de la déclaration et de l'enregistrement de naissance de leurs enfants et que ceux-ci ont droit au nom et à l'identité. Certains ignorent même que ceci fait partie de leur première responsabilité envers leurs enfants.
Le taux de non enregistrement varie de 3,5% pour Toliary (maxima) à 1% pour Toamasina (minima).

On a constaté que beaucoup de couples mariés « traditionnellement » n'enregistrent pas leurs enfants. Ces gens pensent que l'acte n'a pas d'intérêt individuel direct ou indirect et le fait de posséder une copie n'est qu'une manière de montrer qu'on sert l'intérêt de l'Etat : le recensement (synonyme de *paperasserie administrative*). Cette perspective mobilise des gens à nier, voire rejeter leur intention de faire enregistrer la naissance.

- Autres raisons: valeurs à l'attribution de nom à l'enfant

Quelquefois, la mère attend le père pour donner le nom de l'enfant. Dans la majorité des cas, l'attribution du nom patronymique est définitive. Elle peut se produire avant ou autour de la naissance. Certains parents prennent en considération la viabilité de leur enfant avant de leur attribuer un nom.

Les parents les plus opposants à l'enregistrement des naissances affirment que "*faire un enregistrement des naissances, c'est adopter les manières étrangères au détriment des manières traditionnelles*".

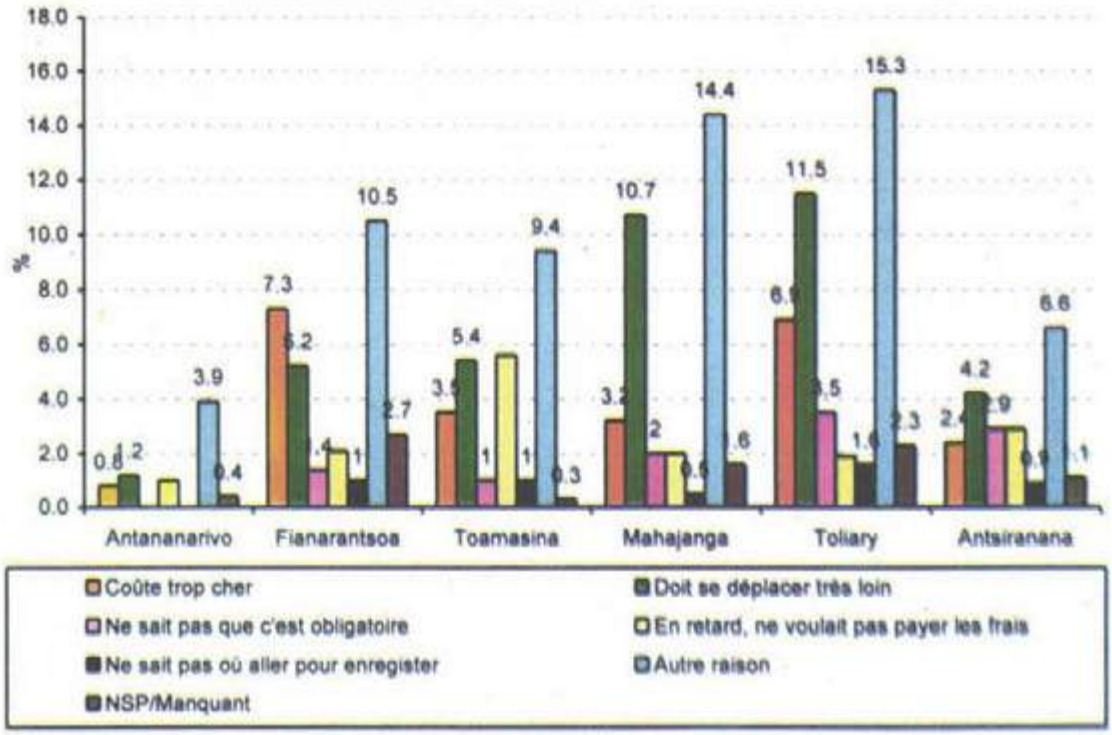
Avec le système d'enregistrement des naissances existant, tout se passe « *comme si l'enfant n'avait pas de père* », car seuls les parents mariés civilement ont droit à la paternité de l'enfant. En réalité, la paternité peut être faite si le père accepte de faire une reconnaissance.

Ce problème au niveau de la connaissance de l'enregistrement des naissances est justifié par le taux variant de 4,3 à 17,5% pour « ***les autres raisons*** » et la rubrique « ***Ne sait pas*** ».

Tableau 64 : Répartition des enfants selon les motifs de non enregistrement des naissances, Madagascar, 2000

	Coûte trop cher	Doit se déplacer très loin	Ne sait pas que c'est obligatoire	En retard, ne voulait pas payer les frais	Ne sait pas où aller pour enregistrer	Autre raison	Nsp Manquant
Antananarivo	0,8	1,2	-	1,0	-	3,9	0,4
Fianarantsoa	7,3	5,2	1,4	2,1	1,0	10,5	2,7
Toamasina	3,5	5,4	1,0	5,6	1,0	9,4	0,3
Mahajanga	3,2	10,7	2,0	2,0	0,5	14,4	1,6
Toliary	6,9	11,5	3,5	1,9	1,6	15,3	2,3
Antsiranana	2,4	4,2	2,9	2,9	0,9	6,6	1,1
Total – 5 ans	254	382	99	159	51	619	88

Figure 62 : Répartition des enfants de 0-59 mois selon les motifs de non enregistrement de la naissance, Madagascar, 2000



Conséquences

Sans certificat de naissance, pas de nom, ni de nationalité

L'enregistrement des naissances engage toute la vie future de l'enfant, puisqu'elle représente la reconnaissance officielle de son existence. Sans acte de naissance, cet enfant se trouve privé de droits fondamentaux, tels que celui d'avoir un nom et surtout une nationalité. Il risque de rencontrer de multiples obstacles à chaque étape de son existence (scolarisation, identité nationale, emploi, etc..). Le jeune privé de certificat de naissance risque en outre d'être envoyé trop tôt sous le drapeau ou au travail, sans aucun moyen de prouver ses droits.

Le non enregistrement pose des problèmes importants pour l'Etat. Il ne peut en effet connaître le nombre de personnes vivant à l'intérieur de leurs zones. Privés de statistiques fiables, il lui est donc très difficile de prévoir les besoins de la population et de répondre de façon adaptée, qu'il s'agisse de la construction des écoles, hôpitaux, formations des enseignants, les besoins en médicaments et vaccins.

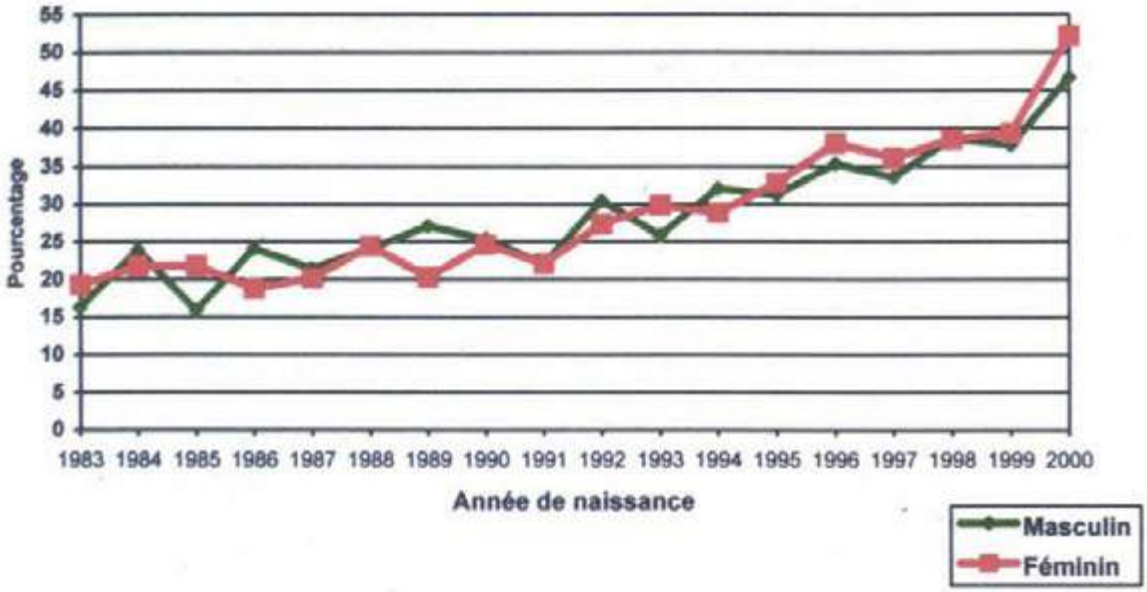
Pourtant, le droit à un nom et à une nationalité a été reconnu et proclamé dans dix accords internationaux, dont la Convention relative aux Droits de l'Enfant. Cette convention, en vigueur depuis 1990, et ratifiée par tous les pays à l'exception des Etats-Unis et de la Somalie, stipule dans son article 7 que « *l'Enfant est enregistré aussitôt sa naissance* ».

Il reste cependant encore beaucoup de chemin à parcourir pour que ce droit devienne pour tous une réalité.

Tableau 65 : Répartition des enfants âgés de 0 – 17 ans par âge et selon le statut vis-à-vis de l'enregistrement de naissance, Madagascar, 2000

AGE	Année de naissance	Naissance non enregistrée		Naissance enregistrée	
		Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
0	2000	46,56	52,08	53,44	47,92
1	1999	37,67	39,33	62,23	60,57
2	1998	38,57	38,50	61,25	61,14
3	1997	33,48	36,06	66,36	63,77
4	1996	35,28	37,97	63,94	61,85
5	1995	31,16	32,80	68,47	66,84
6	1994	32,03	28,79	67,80	70,52
7	1993	25,79	29,80	73,62	70,20
8	1992	30,42	27,27	68,54	71,80
9	1991	21,92	21,98	77,83	77,54
10	1990	25,34	24,50	73,89	75,30
11	1989	27,02	20,23	72,98	79,19
12	1988	24,04	24,36	73,92	75,17
13	1987	21,35	20,12	77,53	79,57
14	1986	24,05	18,73	74,32	79,89
15	1985	15,88	21,74	80,41	75,92
16	1984	23,85	21,72	74,31	75,17
17	1983	16,30	19,24	78,62	75,26

Figure 63 : Pourcentage des enfants de 0-17 ans dont la naissance n'a pas été enregistrée, Madagascar, 2000



Recommandations

- Renforcer la sensibilisation sur l'enregistrement des naissances.
- Les parents, le père, la mère, doivent s'efforcer de faire la déclaration de naissance dans les délais annoncés.
- Pour une meilleure responsabilisation des parents :
- Réduire l'écart inhérent à l'inaccessibilité géographique en développant des stratégies de proximité de déclaration de naissances dans des milieux ruraux enclavés au niveau du Fokontany et/ ou villages sur la base de regroupement périodique de déclarations des naissances à la diligence des Maires.
- Maintenir le délai de déclaration de douze jours, tout en accordant aux « Chefs de village » de se rendre au chef-lieu de commune pour faire inscrire la naissance sur les registres de l'état civil en tant que déclarant.
- Les matrones contacteront la mairie pour obtenir le papier certifiant la naissance de l'enfant qu'elles ramèneront ensuite à la mairie pour déclarer la naissance.
- Les responsables des communes, des mairies participeront chacun à l'éducation et à la sensibilisation de la masse, sur le processus de la déclaration de naissance de l'enfant.
  Par exemple, l'exposer dans un discours et renforcer par des visites à domiciles.
- Mener une campagne d'informations sur les réalités de la mairie(affiche, émission radio et TV, sensibilisation).
- Informer que toute personne ayant assisté à la naissance peut faire la déclaration en présentant l'attestation établie par le médecin, la sage-femme.

- Promouvoir une meilleure connaissance du dispositif législatif sur l'enregistrement des naissances, c'est-à-dire :
- Insérer les dispositions législatives sur l'enregistrement des naissances dans les programmes d'enseignement primaire et secondaire, en particulier l'instruction civique.
- Entreprendre des approches éducatives au niveau des centres de promotion de la santé de la mère et de l'enfant relevant du département de la santé.
- Renforcer le cadre administratif des communes :
- Mettre à jour toutes les dispositions réglementaires en vigueur.
- Développer des sessions de formation pour les Officiers de l'état civil et des Secrétaires d'état civil (formation et recyclage périodique).
- Mettre en place un programme de supervision et de contrôle en impliquant les Sous-Préfets (Audit interne / externe).
- Rationaliser le travail de Secrétaire d'état civil :
    * en veillant à la qualité de l'accueil
    * en spécialisant la fonction de Secrétaire d'état civil
- Multiplier les audiences foraines au niveau des communes.
- Développer un Programme National pour assurer que tous les enfants soient enregistrés.
- Concevoir un système de base pour en assurer la systématisation, en fixant des objectifs de progrès spécifiques et la mise en place d'un système de contrôle régulier.
- Assurer une collaboration étroite avec l'Institut National de la Statistique.

Arrangements concernant la résidence des enfants

Introduction

La résidence des enfants est l'un des indicateurs supplémentaires pour le suivi des droits de l'enfant. Selon la déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant, l'apprentissage par l'enfant de la culture, des valeurs et des règles de la société commence au sein de la famille. Pour que sa personnalité s'épanouisse et se développe harmonieusement, un enfant devrait grandir dans un milieu familial, où il trouve le bonheur, amour et compréhension.

Conformément à l'Article 9 de la Convention relative aux Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1989, "*Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant*".

L'enquête MICS a recueilli des données relatives à la situation des enfants de 0-14 ans selon qu'ils vivent ou non avec leurs parents biologiques dans le ménage. Les questions posées pour cela ont porté sur la survie des parents biologiques de chaque enfant ainsi que sur leurs statuts de résidence dans le ménage auquel appartient l'enfant.

Résultats

Sur l'ensemble des 16077 enfants de 0-14 ans, 72,2% vivent avec les deux parents. La proportion d'enfants de 0-14 ans ne vivant avec aucun de leurs parents biologiques est de 7,6% dont 5,4% ont leurs parents encore vivants tous les deux au moment de l'enquête, ce qui représente plus de 70% des enfants de cette catégorie. La proportion d'enfants de 0-14 ans qui vivent avec au plus un de ses parents biologiques (le père ou la mère uniquement) est de 18,4% dont 4,2% sont orphelins de père ou

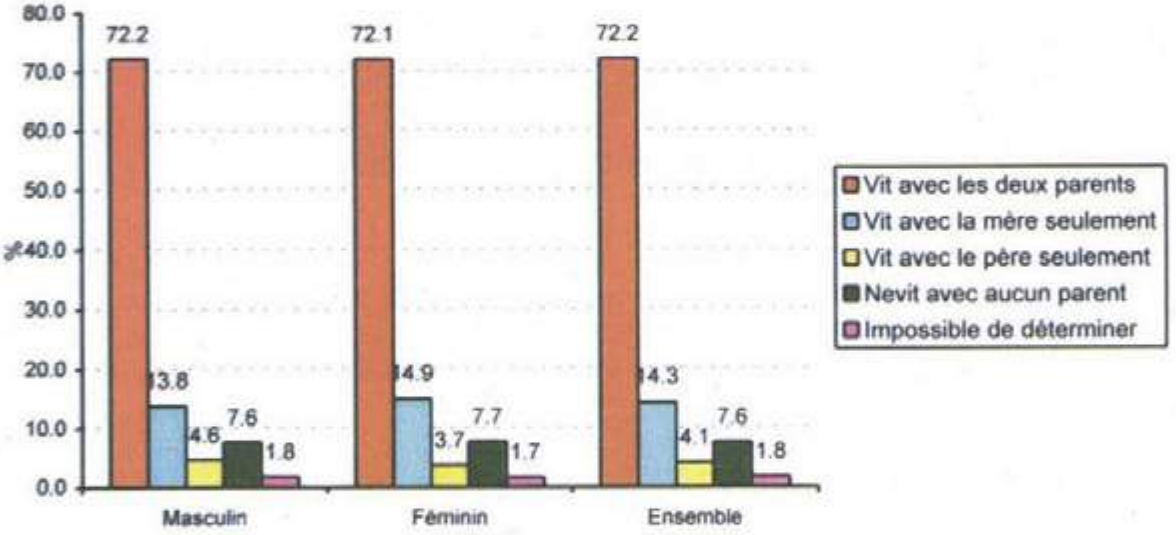
de mère. La différence entre les proportions d'enfants vivant avec un seul parent biologique est remarquable: 14,3% d'enfants vivent avec la mère uniquement contre 4,1% avec le père uniquement.

Par contre il apparaît qu'il n'y a pas de disparité significative entre les deux sexes quelle que soit la situation de résidence des enfants par rapport à leurs parents biologiques. En effet les proportions respectives sont relativement voisines pour chaque catégorie.

Les 27,8% d'enfants qui ne vivent pas avec leurs deux parents biologiques constituent une catégorie d'enfants qui ne bénéficient pas pleinement de leurs droits:

- de grandir dans le milieu familial et dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension
- d'être élevé par les deux parents afin d'assurer leur développement socio-affectif, intellectuel et physique
- d'être protégé contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence.

Figure 65 : Répartition des enfants de 0-14 ans par le sexe et selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le ménage, Madagascar, 2000



La répartition ci-dessus trouve certaines explications à travers quelques aspects de la vie sociale des ménages, tels que:

- les différentes enquêtes menées depuis le RGPH de 1993 ont montré la prédominance des ménages monoparentaux dirigés par une femme par rapport aux ménages monoparentaux masculins, d'où la différence relevée précédemment pour les enfants vivant avec un seul parent biologique ;
- le travail des enfants, notamment ceux issus du milieu rural, peut les amener à ne pas vivre avec leurs parents biologiques;
- les enfants peuvent être confiés à d'autres membres de la famille en vue de leur scolarisation, notamment en milieu rural, lorsque les parents résident loin du lieu d'implantation de l'école.

Le profil de résidence des enfants par rapport à leurs parents biologiques et selon quelques paramètres permet d'illustrer les interprétations ci-dessus. Par rapport au milieu de résidence, la proportion des enfants de 0-14 ans qui vivent avec leurs deux parents atteint 81% dans la capitale, contre 73% dans le milieu rural. Par ailleurs, afin de pouvoir se situer par rapport à la scolarisation, le regroupement par groupes d'âges quinquennaux montre que cette proportion diminue d'un groupe d'âges au suivant, passant de 76% à 0-4 ans à 66% à 10-14 ans.

Figure 64 : Répartition des enfants de 0-14 ans par le sexe et selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le ménage et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000

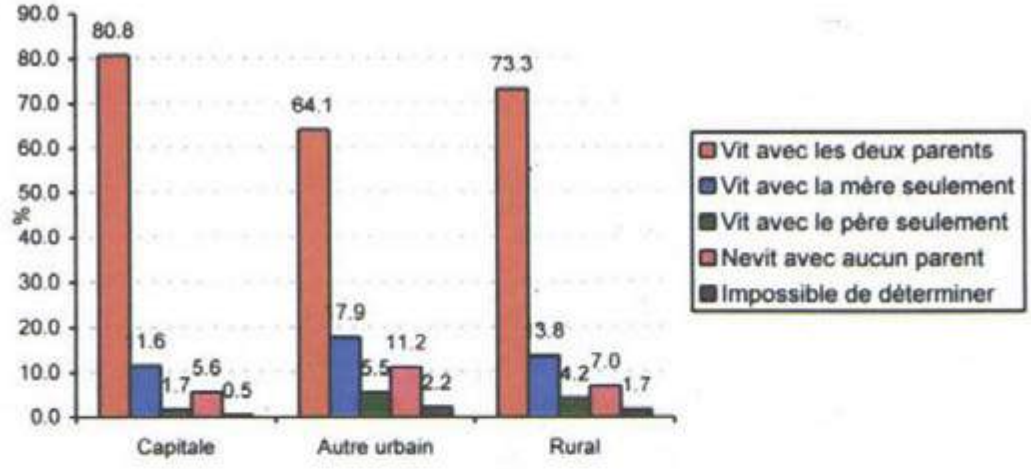


Figure 65 : Répartition des enfants de 0-14 ans par le sexe et selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le ménage et selon l'âge, Madagascar, 2000

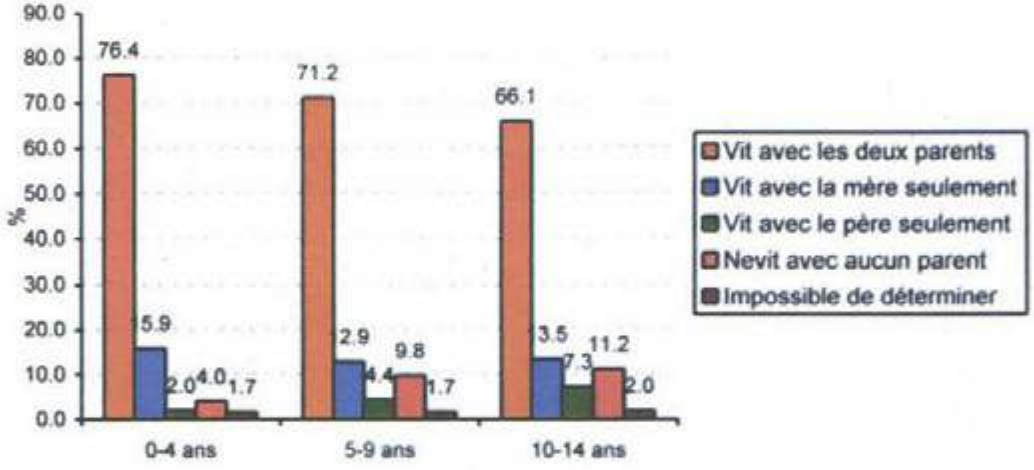


Tableau 66 : Répartition des enfants de 0-14 ans selon qu'ils vivent ou non avec un parent biologique dans le même ménage, Madagascar, 2000

	Vit avec les 2 parents	Ne vit avec aucun parent				Vit avec la mère		Vit avec le père		Impossible de déterminer	Total	Effectif des enfants
		Père seul vivant	Mère seule vivante	Les 2 sont vivants	Les 2 sont décédés	Père vivant	Père décédé	Mère vivante	Mère décédée			
Sexe												
Masculin	72,2	0,9	0,9	5,3	0,5	10,5	3,3	3,5	1,1	1,8	100,0	8.158
Féminin	72,1	0,9	0,9	5,5	0,4	11,9	3,0	2,8	0,9	1,7	100,0	7.920
Province												
Antananarivo	85,4	0,7	0,6	2,3	0,4	5,4	2,7	0,8	0,6	1,1	100,0	4.395
Fianarantsoa	67,4	1,4	1,0	4,4	1,1	13,1	5	2,7	2	1,8	100,0	2.987
Toamasina	70,5	1,1	0,5	5,2	0,2	13,2	3,3	4,3	1,2	0,4	100,0	2.737
Mahajanga	69,1	0,8	1,5	6,7	0,3	14,2	1,9	3,7	1,0	0,9	100,0	1.929
Toliary	65,5	0,5	1,1	8,0	0,4	10,8	3,4	4,4	0,6	5,4	100,0	2.680
Antsiranana	60,7	0,9	1,1	11,3	0,1	17,7	1,6	5,9	0,4	0,2	100,0	1.349
Milieu de résidence												
Capitale	80,8	0,8	0,8	3,5	0,5	9,0	2,6	0,8	0,9	0,5	100,0	666
Autre urbain	64,1	1,7	1,0	8,1	0,4	15,1	2,8	3,6	0,9	2,2	100,0	2.498
Rural	73,3	0,7	0,9	5,0	0,4	10,5	3,3	3,2	1,0	1,7	100,0	12.912
Groupe d'âges												
0-4 ans	76,4	0,3	0,2	3,4	0,1	13,9	2,0	1,6	0,4	1,7	100,0	6.923
5-9 ans	71,2	1,1	1,1	7,3	0,3	9,5	3,4	3,5	0,9	1,7	100,0	5.140
10-14 ans	66,1	1,6	2,0	6,5	1,1	8,6	4,9	5,2	2,1	2,0	100,0	4.014
Total	72,2	0,9	0,9	5,4	0,4	11,1	3,2	3,1	1,0	1,8	100,0	16.077

Orphelins dans les ménages

Les 16077 enfants de 0-14 ans comportent 6,4% d'orphelins de père ou de mère, dont 0,4% n'ont plus aucun des deux parents biologiques. Parmi les 6,0% dont l'un au moins des deux parents sont vivants, 1,8% ne vivent avec aucun parent, 3,2% vivent avec la mère et 1,0% vivent avec le père. Cette différence s'explique par ailleurs par la surmortalité des hommes adultes, laissant de ce fait plus d'orphelins de père que de mère.

Incapacités chez les enfants

RAMBININTSOA José

Introduction

Jusqu'à présent, aucune donnée fiable n'existe pour servir de référence à la prévalence des incapacités chez les enfants à Madagascar, cette Enquête à Indicateurs Multiples de la fin de la décennie (MICS) a constitué une occasion pour chercher à obtenir des informations afin de guider les initiatives des politiques et programmes en faveur des enfants handicapés. Les résultats de l'analyse pourront servir à identifier les enfants considérés comme à risque sérieux d'être handicapés et aider à la conduite de diagnostics plus spécifiques sur les handicaps auprès de cette catégorie d'enfants qui se trouvent parmi les plus vulnérables.

Conscient de la responsabilité qui lui incombe de subvenir aux besoins des membres désavantagés et vulnérables de la société et de favoriser pleinement leur développement, le gouvernement a approuvé des directives générales concernant les enfants handicapés. Ces directives constituent le cadre devant permettre, entre autres, le renforcement des arrangements institutionnels, et notamment :

a) Madagascar a ratifié le programme d'Action Mondiale des Personnes Handicapées et promulgué la loi N° 97-044 du 02 février 1998 sur les droits des personnes handicapées.

b) L'établissement d'un dispositif administratif, destiné à appeler l'attention sur les questions relatives à l'invalidité et à mettre au point des programmes propres à améliorer la condition des personnes handicapées et à assurer l'égalité des chances.

Ainsi quelles sont les situations actuelles de l'incapacité chez l'enfant à Madagascar ou tout au moins les tendances suivant l'enquête MICS ? Nous voulons réunir l'ensemble de données numériques sur les incapacités des enfants. À cet effet, nous avons inclus certaines catégories de définition qui constituent notre code.

Objectifs

Au terme de cette analyse les objectifs sont:

- d'avoir des informations sur les risques de l'incapacité chez l'enfant ;
- de trier les enfants qui peuvent être classifiés comme handicapés (en matière de cognition, fonction motrice, attaque neurologique, vision ou ouïe,...);
- d'obtenir une tendance de la proportion ou la structure et la répartition spatiale des enfants suivant leurs incapacités ;
- de fournir une base de données pour l'avenir et pour planifier et modifier les programmes ;
- de ressortir les actions menées par le gouvernement ou les différents organismes en matière de protection des droits de l'enfant et en particulier sur l'incapacité chez l'enfant ;
- d'analyser les facteurs qui ont entravé ou facilité les progrès dans la situation des enfants handicapés ;
- de considérer les mesures nécessaires pour renforcer la capacité nationale.

Définition opérationnelle des termes-clés

De manière générale, **une incapacité** correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

Dans le cadre de l'enquête MICS, un certain nombre de définitions opérationnelles ont été établies par souci d'ordre méthodologique et afin de faciliter la collecte et l'analyse des données. Un rappel de ces concepts s'avère nécessaire pour mieux comprendre les descriptions sur l'incapacité chez l'enfant, comme suit:

Incapacité chez l'enfant : mesure du risque chez un enfant de 2-9 ans d'être diagnostiqué comme sérieusement handicapé en matière de cognition, fonction motrice, attaque neurologique/épilepsie, élocution, vision ou ouïe.

Formes d'incapacité chez l'enfant: Suivant les directives du manuel de l'enquête MICS, les formes d'incapacité sont réparties selon les dix critères suivants :

1- Incapacité liée à la fonction motrice (développement) ;
2- Incapacité liée à la vision ;
3- Incapacité liée à l'ouïe ;
4- Incapacité liée à la fonction cognitive (compréhension/savoir) ;
5- Incapacité liée à la fonction motrice (mouvement) ;
6- Incapacité liée à une attaque neurologique (crise) ;
7- Incapacité liée à la fonction cognitive (apprentissage/savoir-faire) ;
8- Incapacité liée à l'élocution (ne parle pas du tout) ;
9- Incapacité liée à la fonction cognitive (faire savoir)
10-Retard mental (lenteur/déficit de la fonction cognitive et du comportement d'adaptation)

Risque positif d'incapacité : tout enfant identifié comme remplissant au moins l'un des 10 critères définis ci-dessus est considéré comme à risque positif d'incapacité;

Risque négatif d'incapacité : tout enfant identifié ne remplissant aucun des 10 critères définis ci-dessus est considéré comme à risque négatif d'incapacité;

Prévalence de l'incapacité chez l'enfant : proportion d'enfants identifiés comme à risque positif d'incapacité;

Prévalence de l'incapacité chez l'enfant selon la forme: proportion d'enfants identifiés comme à risque positif liée à l'une des 10 formes définies ci-dessus.

Dans le cadre de la réalisation de la politique du Sommet Mondial de l'Enfance et en particulier l'objectif 8: ***"fournir une meilleure protection des enfants, en particulier ceux vivants dans des conditions difficiles et s'attaquer aux sources qui ont causé de telles situations"***. Dans quelle mesure Madagascar a-t-il atteint cet objectif ?

Résultats

L'étude a porté sur 8716 enfants âgés de 2 à 9 ans, dont 4402 garçons et 4315 filles et répartis dans les différents milieux de résidence. Le tableau ci-dessous présente la répartition des enfants et les effectifs selon les sexes, les provinces et le milieu de résidence, l'âge et les niveaux d'instruction de la mère.

Tableau 67 : Répartition de l'incapacité chez l'enfant selon les caractéristiques socio-démographiques, Madagascar, 2000

	Total des enfants 2-9 ans	Enfants à risque positif	Enfants à risque négatif	Incapacité chez l'enfant: Développement	Vision	Ouïe	Compréhension/ Savoir	Mouvement	Crise	Apprentissage/ Savoir-faire	Elocution	Faire-savoir	Retard mental
Sexe													
Masculin	4402	1595	2807	727	102	205	284	97	198	93	164	216	509
Féminin	4315	1415	2899	531	117	176	234	98	198	92	152	180	465
Province													
Antananarivo	2359	632	1727	277	64	80	101	31	111	30	48	62	204
Fianarantsoa	1577	561	1016	251	34	57	97	34	77	45	71	80	166
Toamasina	1533	699	835	317	39	104	130	56	66	39	82	103	245
Mahajanga	1051	387	663	120	26	49	88	12	47	23	40	51	152
Toliary	1467	511	955	215	37	54	72	50	74	32	58	73	127
Antsiranana	729	220	509	78	20	39	31	12	21	16	18	26	79
Milieu de résidence													
Capitale	329	73	256	30	9	9	11	4	4	3	7	8	24
Autres urbains	1317	443	874	187	25	54	73	38	60	16	49	64	147
Rural	7070	2494	4576	1041	186	319	434	153	332	166	260	324	802
Groupe d'âges													
2 ans	1121	489	632	179	23	20	135	34	48	56	162	103	132
3 ans	1258	447	811	186	28	38	103	31	61	25	65	133	116
4 ans	1197	432	765	184	28	56	65	31	62	24	27	52	121
5 ans	1097	335	762	163	31	44	49	29	43	18	22	45	107
6 ans	1196	367	829	154	29	57	41	16	48	19	16	21	126
7 ans	1009	336	673	145	21	54	36	17	51	17	9	17	120
8 ans	1019	330	689	131	27	58	47	20	47	15	13	13	143
9 ans	820	274	546	115	33	56	42	17	36	13	2	10	109
Niveau d'instruction													
Aucune	2102	759	1343	295	61	86	136	59	92	58	100	125	227
Primaire	3988	1406	2582	600	102	176	253	87	200	75	147	183	476
Secondaire	1559	500	1059	239	36	60	72	27	67	24	38	47	145
ND	1068	346	722	124	21	59	57	22	37	28	31	40	125
Total	8716	3010	5706	1258	220	382	518	195	396	185	316	396	974

Profil du risque d'incapacité chez les enfants de 2-9 ans

On constate que 3010 enfants sont identifiés comme remplissant au moins l'un des 10 critères définis dans les formes d'incapacité des enfants; autrement dit 34,5% des enfants de 2-9 ans sont à risque positif d'incapacité.

Figure 66 : Répartition des risques d'incapacité chez l'enfant selon le sexe, Madagascar, 2000

Les données obtenues dans la figure ci-dessous indiquent qu'il y a une certaine cohérence dans la valeur des risques d'incapacité à risque positif dans les cinq provinces qui varient 26,8 à 36,8% sauf dans la province de Toamasina avec 45%, ce qui traduit une situation potentiellement à risque pour le cas des enfants dans cette province.

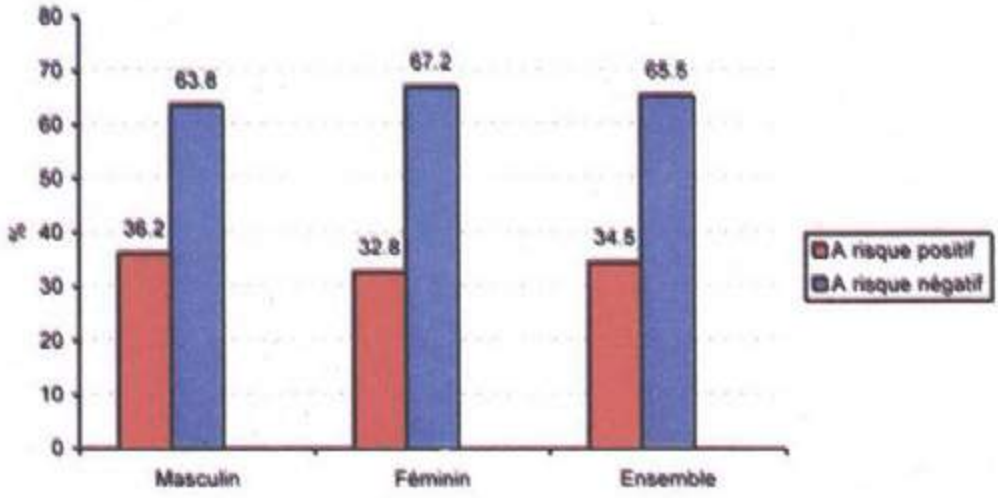
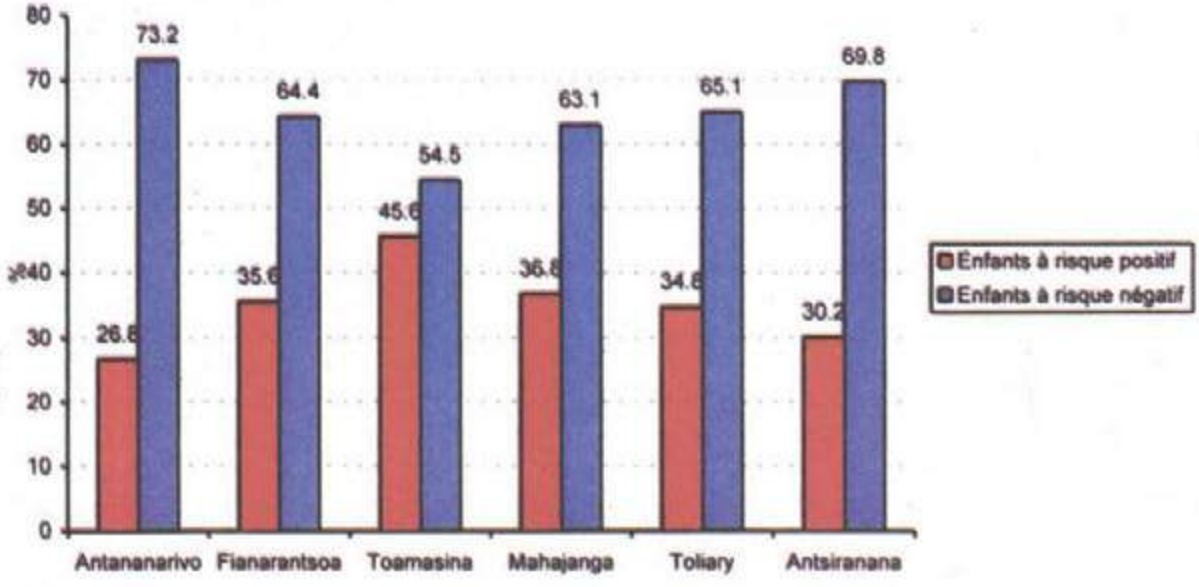


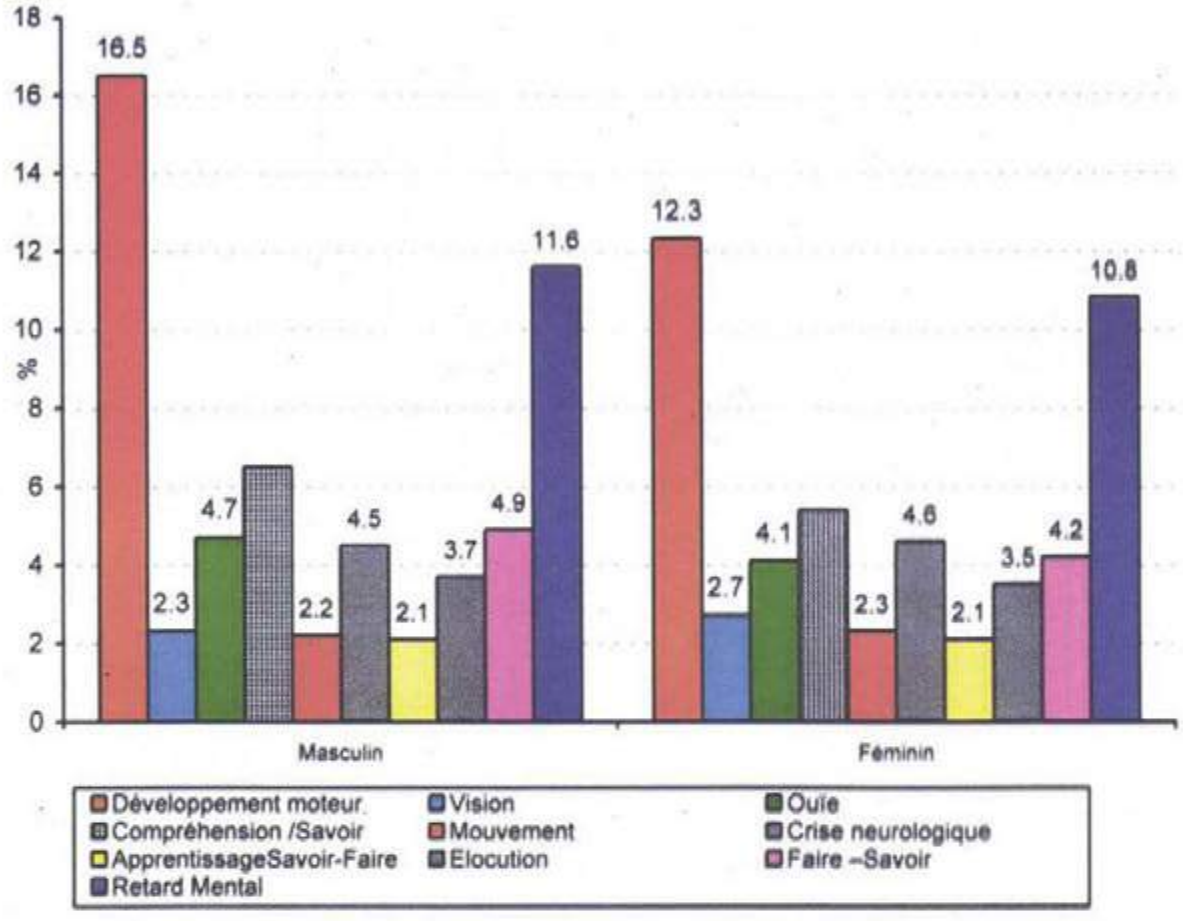
Figure 67 : Répartition des enfants selon le risque d'incapacité et selon la province, Madagascar, 2000



Formes d'incapacité

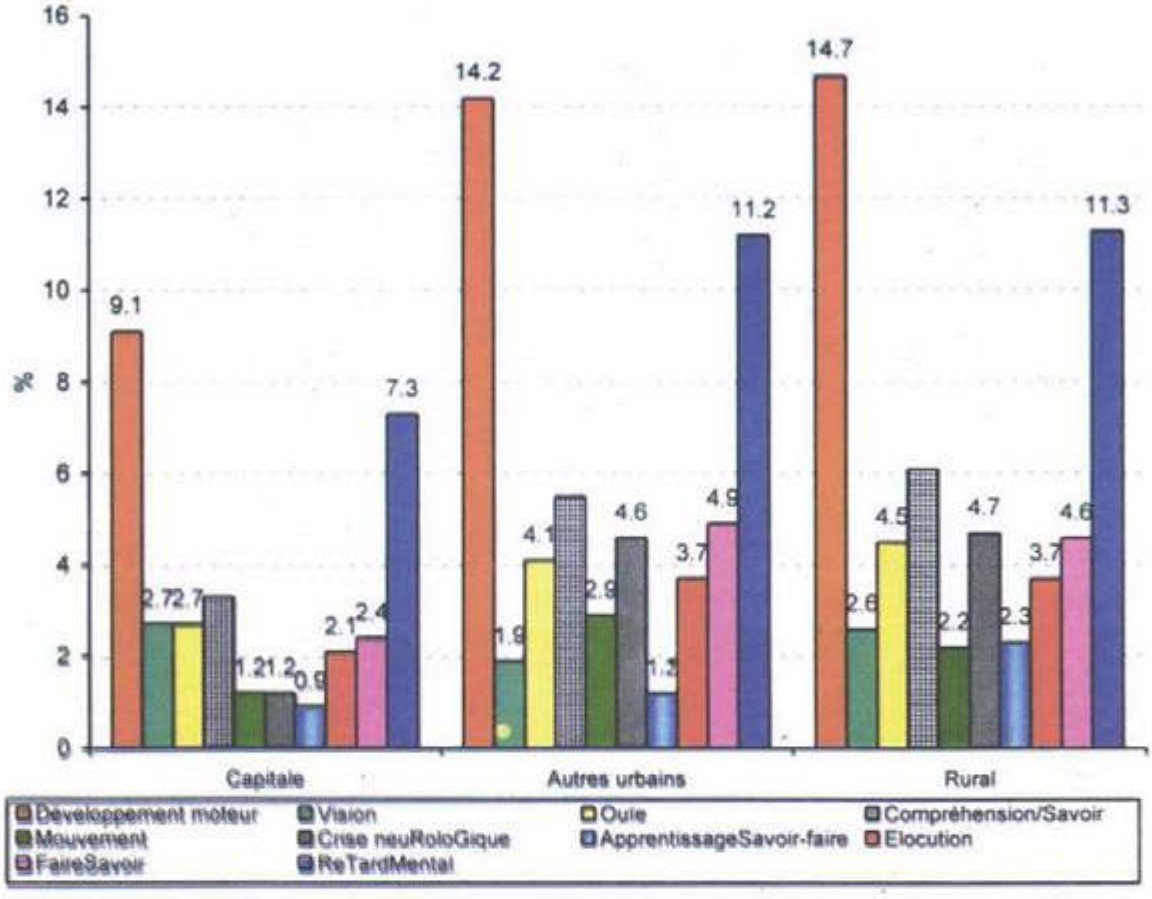
On peut observer une certaine disparité des formes d'incapacité chez l'enfant, mais les tendances sont les mêmes selon les sexes. Les données mettent en évidence la prédominance des handicaps au développement moteur 14,4% suivis par le retard mental 11,2%; 5,9% pour l'incapacité liée à la fonction cognitive (compréhension/savoir); 4,5% pour les incapacités liées à une attaque neurologique (crise) et à la fonction cognitive (faire savoir); 4,4% pour l'incapacité liée à l'ouïe; 3,6% pour l'incapacité liée à l'élocution ou ne parle pas du tout; 2,5% pour l'incapacité liée à la vision ; 2,2% pour l'incapacité liée à la fonction motrice (mouvement) et 2,1% pour l'incapacité liée à la fonction cognitive (apprentissage/savoir faire).

Figure 68 : Répartition des risques de l'incapacité chez l'enfant la forme et selon le sexe, Madagascar, 2000



Les risques positifs d'incapacité sont élevés en milieu rural (35,3%) et dans les autres villes urbaines (33,6%) par rapport au cas de la capitale (22,2%). Les tendances des aspects formels de l'incapacité chez l'enfant sont les mêmes.

Figure 69 : Répartition des risques de l'incapacité chez l'enfant la forme et selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000



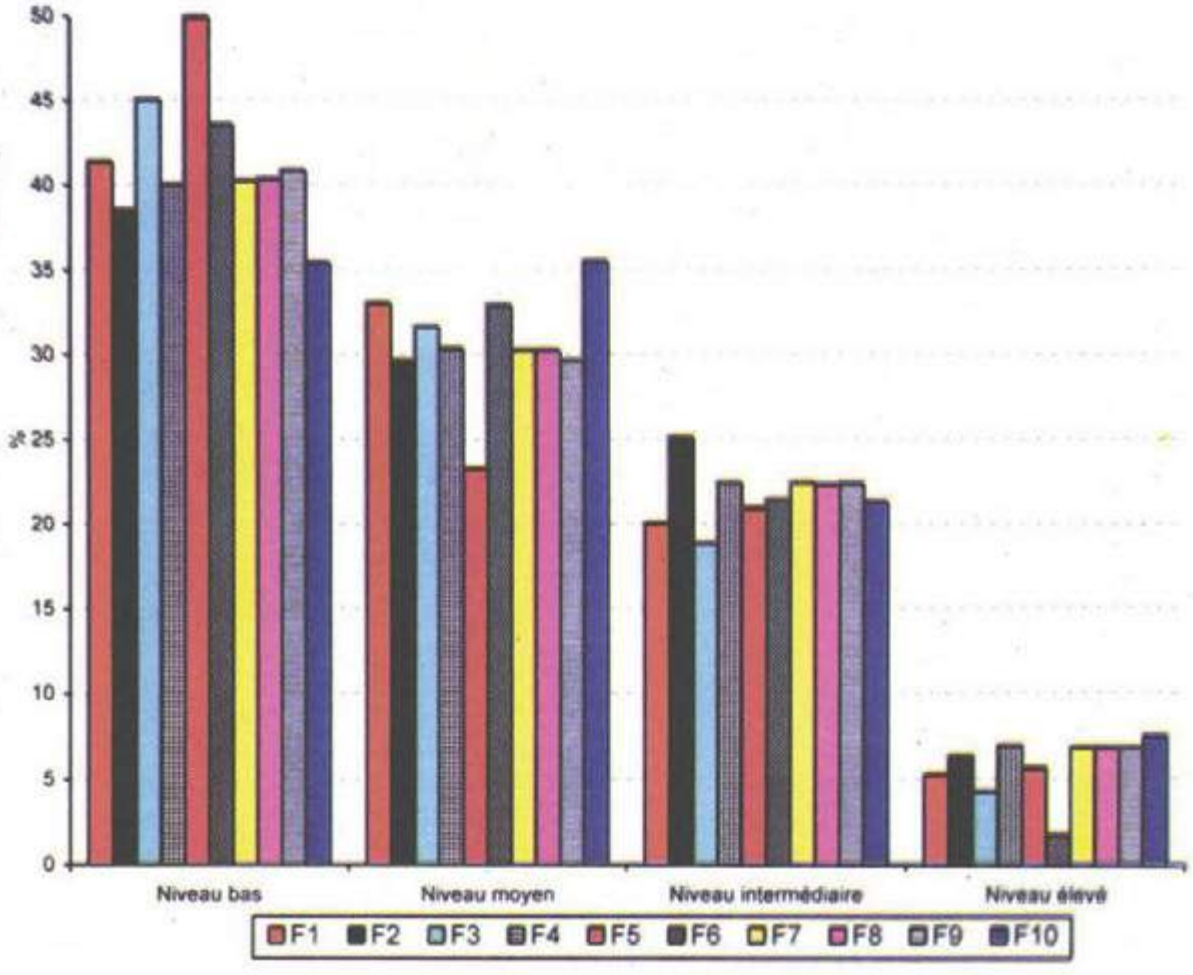
Compte tenu de ces données relatives à l'incapacité chez l'enfant, l'identification de certaines caractéristiques sociales s'avère nécessaire pour étudier s'il y a une relation significative entre les différents indicateurs. Le profil d'un enfant handicapé dépend-il de son milieu socio-économique ?

Les données montrent une corrélation négative entre le risque d'incapacité chez l'enfant et les conditions socio-démographiques (on a tenu compte la répartition des ménages suivant les niveaux des scores socio-économiques : bas, moyen, intermédiaire et élevé); plus les enfants se trouvent dans des scores élevés moins ils sont à risque. Les risques positifs d'incapacité sont étroitement liés aux conditions socio-démographiques des enfants. Voici ce qui résulte principalement du fait des risques, et à première vue du moins, ce facteur pourrait s'interpréter comme un signe des plus inquiétants pour la protection des enfants handicapés. Prédominance relative de tous les aspects formels des incapacités dans les scores à niveau bas (en moyenne 40%).

Une autre manière d'obtenir des données longitudinales est de décomposer les données des incapacités par groupes d'âge. Le fait que, par exemple, la prédominance des risques positifs d'incapacité pour les enfants à bas âges (43,6% des enfants âgés de 2 ans) fournit une certaine indication sur la situation future de ce groupe d'âges par rapport aux handicaps.

En général le degré de dispersion et de concentration des aspects formels des incapacités des enfants se situent aux groupes d'âges bas (2 ans), en milieu rural (35,3%) et dans les ménages vivant dans une situation de pauvreté.

Figure 70 : Répartition des risques positifs d'incapacité chez l'enfant selon les formes et le niveau socio-économique, Madagascar 2000.



- F1: Incapacité liée à la fonction motrice (développement);
- F2: Incapacité liée à la vision;
- F3: Incapacité liée à l'ouïe;
- F4: Incapacité liée à la fonction cognitive (compréhension/savoir);
- F5: Incapacité liée à la fonction motrice (mouvement);
- F6: Incapacité liée à une attaque neurologique (crise);
- F7: Incapacité liée à la fonction cognitive (apprentissage/savoir-faire);
- F8: Incapacité liée à l'élocution (ne parle pas du tout);
- F9: Incapacité liée à la fonction cognitive (faire savoir)
- F10 :Retard mental (lenteur/déficit de la fonction cognitive et du comportement d'adaptation)

Situation par rapport aux objectifs fixés.

Dans quelle mesure les programmes d'actions nationaux ont atteint les objectifs prévus ? En général, l'action se rapporte à la prévention, l'intégration et l'égalisation des chances entre les personnes handicapées motrices, sensorielles et mentales dans le but de développer leur capacité pour atteindre

plus de sens, de trouver la vie productive et le chemin de la satisfaction, devenir autonome et citoyen à part entière. Des actions prospectives, préventives et curatives ont été prévues mais les résultats restent insuffisants à causes des moyens et ressources disponibles au niveau de l'administration.

Contraintes internes et externes expliquant les insuffisances.

Toutes les mesures restent pour le moment au niveau intentionnel et il importe d'accorder un rang de priorité élevé au renforcement de la protection des enfants handicapés. Les programmes d'action doivent être mieux coordonnés pour être pris en compte globalement.

Les conflits potentiels entre ces politiques ne feront que s'exacerber à tous les niveaux si des mesures efficaces ne sont pas prises dès à présent. Il est nécessaire de renforcer la coopération et la coordination entre les différents secteurs aux niveaux du gouvernement et des administrations locales, ainsi qu'entre les pouvoirs publics, le secteur public et le secteur privé.

Jusqu'à présent, les divers effets des actions de protection sur les droits des enfants ont été traités séparément sans prise en compte de leurs effets cumulatifs. Une coordination étroite avec le secteur sanitaire et au sein de ce dernier s'impose d'urgence.

Le public n'est généralement pas assez informé sur la situation des enfants handicapés et de l'importance d'une action individuelle pour atténuer les problèmes.

Nous reconnaissons qu'il est nécessaire de renforcer l'application de la législation en vigueur sur les droits et la protection des enfants.

La comparaison avec les résultats d'autres pays ayant utilisé la même méthodologie montre que la proportion des enfants à risque positif d'incapacité reflète l'ampleur et la gravité relatives de la situation. Des études sur l'incapacité chez l'enfant ont été réalisées au Bangladesh, Jamaïque et Pakistan et la prévalence des risques positifs des incapacités chez les enfants représentaient respectivement : 8%; 15,6% et 14,7%.

L'appréciation des indicateurs de l'incapacité chez l'enfant était faite d'une manière globale. Une démarche qui consiste à attribuer un taux d'incapacité chez l'enfant sera un élément nécessaire pour le diagnostic et l'évolutivité d'un taux d'incapacité (modérée, importante ou majeure). D'après la répartition des formes d'incapacité chez l'enfant les pathologies dominantes sont les maladies liées à la fonction motrice, la lenteur ou le déficit de la fonction cognitive et du comportement d'adaptation.

Les réponses institutionnelles

Une politique cohérente et globale en faveur des enfants handicapées devrait viser à prévenir ou éliminer le handicap, l'empêcher de s'aggraver et en atténuer les conséquences, leur garantir une participation pleine et active à la vie en société. Ces directives prévoient en outre plusieurs mesures en matière de prévention, de rééducation, d'éducation et de recherche qui auront des incidences directes
ou indirectes sur les enfants. (cf La loi N° 97-044 relative aux Droits des personnes handicapées)

Contraintes et difficultés

Les lois concernant les droits et la protection des enfants à Madagascar sont dans une large mesure conformes aux dispositions de la Déclaration Mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant.

En ce qui concerne les domaines dans lesquels des mesures législatives s'avèrent nécessaires, les contraintes et les difficultés qui empêchent ou retardent l'alignement de la législation nationale sur les dispositions de la Déclaration peuvent être résumés comme suit :

a) la réforme législative est un processus de longue haleine qui peut prendre de nombreuses années;
b) les fondements socio-culturels de certains us et coutumes, par exemple les interdits rendent difficile un consensus;
c) les ressources financières nécessaires à l'application de la législation sont insuffisantes (par exemple, insuffisance budgétaire au niveau de l'administration);
d) il n'existe pas d'organisme unique responsable des enfants (santé, éducation, population);
e) comme pour ceux liés à la misère économique, les problèmes des personnes handicapées ne sont pas une priorité à Madagascar, et notamment en ce qui concerne les Enfants. Cela, que ce soit au niveau des familles où les enfants handicapés sont exploités et maltraités, au niveau de la communauté où ils sont marginalisés et au niveau de l'Etat où les actions ne sont pas à la hauteur des déclarations d'intention. Les principales causes directes sont l'irresponsabilité des parents et de la communauté. De plus les structures d'accueil et des soins spécialisés sont insuffisantes, de même que le personnel pour l'éducation spécialisée. Outre la honte des parents, la communauté se désolidarise de cette population non productive. Il n'y a pas de politique incitative à l'insertion sociale des enfants handicapés.

Structures privées

A Madagascar les établissements publics pour handicapés restent insuffisants. Toutefois, le Ministère de la Population de la Population, de la Condition féminine et de l'Enfance dispose d'une Direction de l'Enfance et du Service de la promotion socio-économique des personnes handicapées dont la mission est de renforcer les institutions privées s'occupant des handicapés. Mais cette direction et ce service, ne disposant pas de ressources suffisantes, limitent ses interventions à des activités sporadiques au niveau de la capitale ou des villes urbaines.

Depuis plusieurs années des organisations ou associations oeuvrent pour l'aide et la protection des enfants handicapés (actuellement 135 associations), entre autres :
- Le « Collectif des organisations oeuvrant pour les handicapés », cette ONG s'est assignée pour mission le recensement et l'organisation des personnes handicapées en vue d'une action unifiée et d'intégration dans la communauté ;
- Handicap International ;
- L'Ecole des sourds de l'Eglise Luthérienne ...

Mesures d'aide aux parents pour la prise en charge de l'enfant ?

Malheureusement cette protection sociale est encore embryonnaire et partielle car ne couvrant que les enfants vivant dans un milieu urbain. Les enfants ruraux (majoritaires) ne sont pas couverts, qui par ailleurs sont mal connus des intéressés et donc peu encadrés ou traités.

Il ressort à l'évidence de tout ce qui précède que les mesures et les structures existantes demeurent insuffisantes par rapport aux besoins des enfants, et surtout des enfants handicapés.

Sommaire des conclusions et des recommandations

On observe deux orientations stratégiques concernant la façon d'aborder les questions et préoccupations essentielles en matière d'incapacité chez les enfants. La première permet de déterminer les conditions sous-jacentes nécessaires du développement d'enfants en santé dans les collectivités: la résistance, le bien-être, le développement de la petite enfance, la capacité d'évoluer des enfants et des jeunes et la mobilisation communautaire. La deuxième ébauche de politique permet

de déterminer des questions spécifiques auxquelles les décideurs, les membres des collectivités et les particuliers doivent accorder le plus d'attention, y compris les différentes organisations, les enfants qui ont des besoins particuliers et une bonne santé. Il est crucial que nous prenions des mesures concrètes pour aborder ces préoccupations si nous voulons que les enfants grandissent pour devenir des membres sains et productifs de la société.

- Faire plus d'investigations en entreprenant une étude spécifique de suivi pour obtenir une mesure de la prévalence actuelle de l'incapacité chez l'enfant.
- Une deuxième phase d'évaluation clinique des enfants qui sont déterminés « à risque positif d'incapacité ».
- Activités de plaidoyer, aider à faire prendre conscience des droits des enfants.
- Analyse des tendances pour une compréhension approfondie de la couverture de l'échantillon, de méthodologie, et des définitions opérationnelles utilisées dans les sources des données qu'on doit comparer.
- Favoriser les prises de décisions, dans lesquelles les résultats indiquent quelles actions doivent être entreprises, pour les enfants de bas âges et vivant en milieu rural.
- Promouvoir une réflexion plus approfondie sur les obligations découlant de la ratification de la convention relative aux droits de l'enfant.
- Inspirer les mesures à prendre dans l'avenir (recommandations spécifiques dans les différents domaines : santé, éducation, formation et protection).
- Les rôles joués par les familles, les collectivités, les administrations locales, les ONG, les institutions sociales, culturelles, religieuses, commerciales et autres y compris les médias.
- Appliquer la Loi 97- 44 relative aux Droits des Personnes Handicapées.

Travail des enfants

RAKOTONIAINA Barbara

Le travail des enfants fait partie des indicateurs supplémentaires pour le Suivi des Droits de l'enfant. L'enquête MICS a collecté des données au niveau des ménages en vue de dénombrer et cibler les enfants âgés de 5 à 14 ans :

- qui peuvent être définis comme exploités et astreints à des travaux comportant des risques nuisant à leur développement physique, mental, spirituel, moral et social.
- non scolarisés et déscolarisés qui préfèrent ou sont obligés de faire des petits métiers lucratifs.

Sous une forme ou une autre, le travail des enfants a toujours existé. Or, on a rarement mesuré entièrement son ampleur, sa nature, ses causes, ses conséquences et sa distribution. Dans les premières années de la décennie quatre vingt dix diverses initiatives ont été prises par la communauté internationale à engager un programme d'étude sur le travail des enfants.

Conventions internationales et législation en matière de travail des enfants

Convention internationale relative aux droits de l'enfant (20 novembre 1989)

Article 32

1. Les parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales, et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :
   a) fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
   b) prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
   c) prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Convention internationale sur les droits fondamentaux au travail

Conventions portant sur les âges minimums d'admission à l'emploi :

- n° 59 de 1937 sur l'âge minimum dans l'industrie : 14 ans.
- n° 105 sur l'abolition de travail forcé.
- n° 123 de 1965 sur l'âge minimum pour les travaux souterrains: 16 ans.
- n° 138 de 1973 sur l'âge minimum d'admission de l'enfant à tout type d'emploi ou de travail qui, par sa nature ou les conditions dans lesquelles il s'exerce, est susceptible de compromettre sa santé, sa sécurité ou sa moralité: un seuil d'âge supérieur à 15 ans peut être autorisé pour certains emplois, après consultations et sous réserve de la protection et de la formation requises.
- n° 182 de 1999 pour combattre les pires formes de travail des enfants.

Législation nationale

La législation nationale actuelle, conformément aux conventions signées, fixe l'âge minimum du travail des enfants à 14 ans.

Selon le code du travail :

- Article 1 : l'emploi des enfants au dessous de 14 ans est formellement interdit, même en qualité d'aide familial.
- Article 100 : l'interdiction d'emploi des enfants au dessous de 14 ans peut être levée si le contexte économique familial l'impose, et dans la mesure où les tâches demandées à l'enfant ne sont pas nuisibles à sa santé physique et morale.
- Un décret datant de 1962, qui dresse la liste des métiers interdits aux enfants est toujours en vigueur.

Informations sur les politiques en matière de travail des enfants

Rappelons que le lancement du programme international a commencé en 1992, une enquête extensive dans quelques 220 pays et régions a montré que la principale raison de rareté et, dans nombre de cas, de la carence totale de statistiques sur le travail des enfants était l'absence d'une méthodologie d'enquête appropriée. En conséquence, des méthodologies spéciales, comprenant des instruments, des définitions et des classifications, ont été établies et sérieusement testées au cours d'expériences effectuées dans un certain nombres de pays.

Se fondant sur ces expériences, des estimations pour les pays en développement ont été faites en 1996, qui portent sur le nombre d'enfants économiquement actifs dans les diverses régions et dans le monde. Au total, le nombre d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui exerçaient des activités économiques dans le monde est estimé à 250 millions, dont 120 millions au moins à plein temps, alors que les autres combinaient travail et scolarité. L'Afrique est la région dans lequel on observe la plus forte incidence du travail des enfants : 41% contre 22% en Asie et 17% en Amérique latine. Toutefois, c'est l'Asie qui compte le plus grand nombre d'enfants au travail.

Face à ce phénomène, la communauté internationale à l'initiative du BIT et l'UNICEF, a engagé une campagne contre le travail des enfants, notamment pour éradiquer les formes les plus brutales de l'exploitation infantile. Des actions de sensibilisation des différentes conventions relatives aux droits de l'enfant, et des actions de coopération sont menées par l'UNICEF.

Dans le cadre du Programme International pour l'Abolition du Travail des Enfants (International Program for Elimination Child labour - IPEC) pris en main par le Bureau International du Travail (BIT), Madagascar a été le premier pays d'Afrique Francophone à manifester sa volonté d'agir en Juillet 1997 notamment en élaborant le Plan National d'Action. Des enquêtes ont été menées, et en attendant les résultats, au cours de la même année du lancement du programme, 7 programmes d'action directe pilote au bénéfice de certains groupes d'enfants travailleurs ont été mis en exécution.

Objectifs en matière de travail des enfants

Objectifs sectoriels

- L'objectif principal : améliorer les conditions des enfants qui sont contraints de travailler.
- Les objectifs immédiats :

- Renforcer les capacités institutionnelles relatives au travail des enfants.

- Favoriser les actions de protection et d'amélioration des conditions des enfants qui sont contraints de travailler : structure d'accueil et de protection (éducation informelle, formation professionnelle, suivi de la santé, appui économique des parents).
- Retirer les enfants des pires formes de travail, accorder une attention particulière sur le statut et les secteurs d'activité des enfants qui sont contraints de travailler (Conventions 182 et 138 de la Déclaration relative aux principes et droits fondamentaux au travail).

Objectifs du Sommet Mondial pour les Enfants (SME) :

- Objectif 6 du SME : Accès universel à l'éducation de base, et achèvement du cycle d'enseignement primaire par au moins 80% des enfants d'âge scolaire, au terme d'un enseignement formel et non formel de standard qui obéisse à des normes comparables, l'accent étant mis sur la réduction de l'écart qui existe entre garçons et filles.
- Objectif 27 du SME : Acquisition grandissante par les individus et les familles des connaissances, des compétences et des valeurs requises pour de meilleures conditions de vie, qui sont devenues possibles grâce aux différents moyens d'éducation, y compris les mass média, d'autres formes de communication modernes et traditionnelles et d'action sociale, avec une efficacité mesurée en ce qui concerne les changement de comportement.

Objectifs pour le suivi des droits de l'enfant (Article 32 de la convention) :

- Réduire le taux des enfants qui sont exploités et astreints à des travaux susceptibles de compromettre leur développement physique, mental, spirituel, moral et social
- Elargir la protection légale et adopter des codes de conduite concernant le travail des enfants.

Résultats de l'analyse des données MICS

Définition des mots-clés en matière de travail des enfants

Travail des enfants : ensemble d'activités qui :
- portent préjudice à la santé et au développement physique, moral, spirituel et social de l'enfant
- empêchent l'assiduité scolaire ou la formation professionnelle.

Taux d'activité des enfants : c'est le rapport du nombre d'enfants de 5 à 14 ans qui ont travaillé durant la dernière semaine de l'enquête et la population des enfants de 5 à 14 ans.

Travaux domestiques : tout travail qui est rapporté aux tâches ménagères (faire la cuisine, la vaisselle, la lessive, garder les petits).

Travail économique : tout travail qui est en rapport avec le développement économique du ménage.

Enfants travailleurs : seront considérés comme tels la classe des enfants âgés de 5 à 14 ans, qui, au cours de la dernière semaine de l'enquête soit :
- ont effectué un travail économique rémunéré ou non
- ont effectué des travaux domestiques de plus de 4 heures par jour.

Enfant rémunéré : enfant qui travaille à l'intérieur ou à l'extérieur du ménage, payé en nature ou en espèce ou en services fournis par l'enfant ou par sa famille.

Ampleur du phénomène « travail des enfants »

Les estimations globales

Les enfants âgés de 5 à 14 ans représentent 28% de la population totale. Globalement, 10% de la totalité de la population sont des enfants travailleurs. C'est à Antananarivo (2,8%) qu'on trouve le plus d'enfants qui travaillent, vient ensuite la province de Fianarantsoa (2,3%). En général, c'est dans le milieu rural qu'on trouve la majorité des enfants qui sont en activité non scolaire.

Tableau 68 : Répartition des enfants selon le statut d'activité et selon les caractéristiques socio- démographiques, Madagascar, 2000

	Effectif de la population totale	Enfants de 5 à 14 ans		Enfants de 5 à 14 ans qui travaillent	
		Effectif	%	Effectif	%
Sexe					
Masculin	16341	4589	13,9	1804	5,5
Féminin	16741	4566	13,8	1467	4,4
Province					
Antananarivo	9302	2509	7,6	921	2,8
Fianarantsoa	6320	1745	5,3	767	2,3
Toamasina	5499	1517	4,6	404	1,2
Mahajanga	3862	1093	3,3	329	1,0
Toliary	5389	1513	4,6	609	1,8
Antsiranana	2684	776	2,3	241	0,7
Milieu de résidence					
Capitale	17487	368	1,1	35	0,1
Autre urbain	5544	1428	4,3	432	1,3
Rural	25762	7357	22,3	2805	8,5
Total	33054	9154	27,7	3271	9,9

Les taux d'activité des enfants actuellement

Généralement, le taux d'activité des enfants est de 36%. Ce taux va croissant avec l'âge : un enfant de 5 à 9 ans sur cinq travaille, et environ un sur deux pour la classe d'âge des 10 à 14 ans. On a constaté que la proportion de garçons qui travaillent est supérieure à celle des filles : 39% et 32% respectivement. Le taux d'activité des enfants le plus élevé appartient à la province de Fianarantsoa: 44%, viennent ensuite les provinces de Tuléar 40% et d'Antananarivo 36%, le taux le plus faible revient à la province de Toamasina (26%). Evidemment ce taux varie en fonction du milieu de résidence. La mobilisation des enfants sur le marché du travail décroît avec le taux d'urbanisation : 38% dans le milieu rural, 30% dans le milieu urbain, et 10% dans la capitale.

Figure 71: Pourcentage d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement selon l'âge, Madagascar, 2000

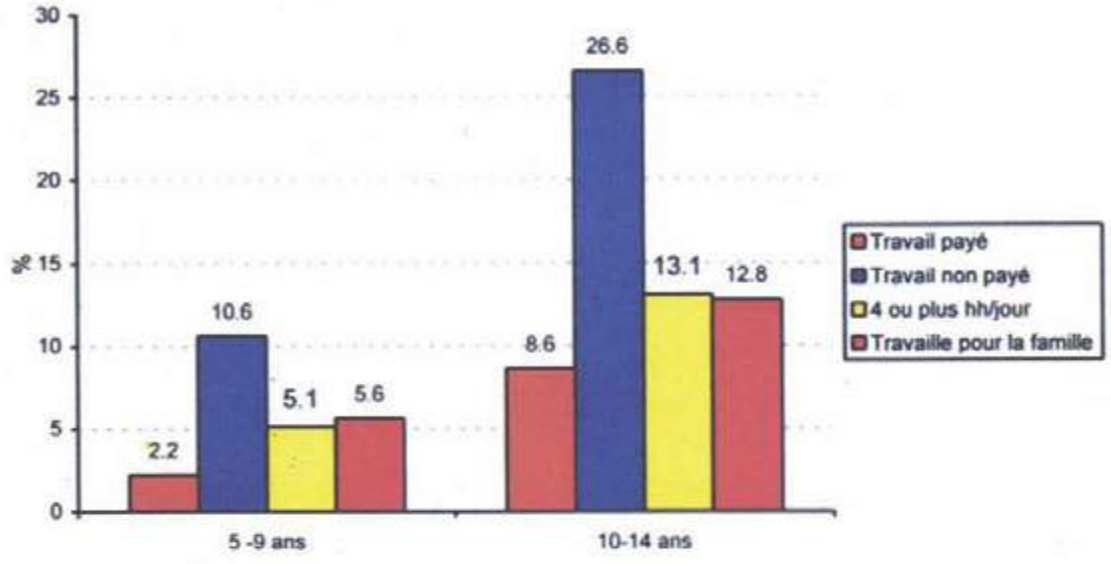


Tableau 69 : Pourcentage d'enfant âgés de 5 à 14 ans qui travaillent actuellement, Madagascar, 2000

	Travail payé	Travail non payé	Travaux domestiques <4 hh/jour	Travaux domestiques 4 ou plus hh/jour	Travaux domestiques NSP ou manquant	Travaille pour la famille	Travaille actuellement	Total des enfants 5 à 14 ans
Sexe								
Masculin	5,3	21,7	58,7	6,6	1,2	9,8	39,3	4598
Féminin	4,8	13,5	69,0	10,6	1,4	7,7	32,1	4566
Province								
Antananarivo	4,0	20,8	58,6	9,1	4,1	6,2	36,7	2509
Fianarantsoa	5,7	21,2	65,2	9,1	-	13,1	44,0	1745
Toamasina	6,1	10,0	79,1	3,1	-	10,2	26,6	1517
Mahajanga	7,0	7,5	59,3	14,0	-	5,4	30,1	1093
Toliary	4,2	23,7	54,4	10,0	1,1	9,3	40,3	1513
Antsiranana	3,6	16,6	72,6	6,2	-	7,9	31,1	776
Milieu de résidence								
Capitale	4,6	3,0	56,1	1,9	0,3	0,5	9,5	369
Autre urbain	5,2	12,7	66,3	7,6	2,0	8,9	30,3	1428
Rural	5,0	19,3	63,7	9,1	1,2	9,1	38,1	7357
Groupe d'âges								
5 – 9 ans	2,2	10,6	58,0	5,1	1,4	5,6	21,7	5140
10 – 14 ans	8,6	26,6	71,3	13,1	1,2	12,8	53,7	4014
Total	5,0	17,6	63,8	8,6	1,3	8,7	35,7	100
Effectif	462	1614	5843	787	119	800	3271	9154

La nature du travail des enfants

C'est à partir de l'étude des indicateurs déterminant la nature du travail qu'on pourrait évaluer le niveau d'exploitation des enfants qui travaillent.

La durée de travail et les secteurs d'activité des enfants

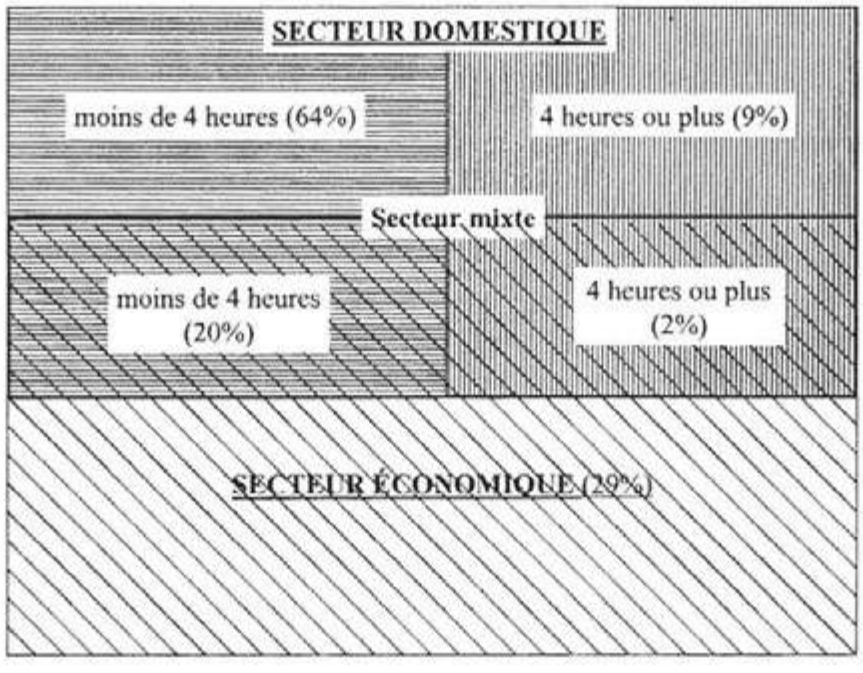
La durée de travail et le type d'activité effectué traduiraient les charges et les contraintes physiques imposées à l'enfant lorsqu'il exerce un métier.

Au cours du MICS, les activités des enfants ont été réparties en 3 types :

- travaux domestiques : où les enfants n'effectuent exclusivement que des travaux ménagers tels que faire la cuisine, le ménage, la lessive, garder les plus petits, chercher de l'eau, plus de 4 heures par jour.
- travaux économiques : où les enfants n'effectuent essentiellement que les autres travaux destinés au développement économique du ménage, tels agriculture, élevage, commerce, métiers des rues
- travail mixte : où les enfants effectuent en même temps travail domestique et autre type de travail.

Il convient de noter au préalable qu'un même enfant peut se retrouver à la fois dans le **secteur mixte** et dans l'un des deux secteurs : domestique ou économique (voir schéma ci-dessous).

Figure 72 : Schéma qui représente les types d'activité des enfants qui travaillent



Il apparaît dans le tableau n°70 qu'en général 9% des enfants ont effectué des travaux domestiques de plus de 4 heures par jour, 22% combinaient travail domestique et autre type de travail, et 29% effectuaient des travaux économiques. Il est nécessaire d'attirer l'attention que parmi les enfants de 5 à 9 ans qui en principe sont en âge d'être scolarisés, 5% ont effectué plus de 4 heures par jour de tâches ménagères et 17% des travaux économiques.

Pour le secteur domestique, il est évident que le pourcentage des filles âgées de 5 à 14 ans qui travaillent plus de 4 heures est plus élevé que chez les garçons, ce taux est respectivement de 11% et de 7%. Cette forte incidence de la main d'œuvre féminine dans ce secteur serait dû au fait que dans ce secteur les activités y afférentes sont stéréotypées pour les filles. Par région, c'est à Mahajanga que le taux des enfants âgés de 5

à 14 ans qui effectuent des travaux ménagers plus de 4 heures par jour est le plus élevé (14%) et à Toamasina le moins élevé (3%).

Pour le secteur économique, c'est à Fianarantsoa qu'on trouve le plus d'enfants (37%) vient ensuite la province de Toliary (32%), tandis que la proportion de garçons qu'on trouve dans ce secteur est plus élevée par rapport à celle des filles : elles sont respectivement de 34% et 24%. Selon le milieu de résidence, on trouve une forte proportion d'enfants qui effectuent des activités destinées au développement économique en milieu rural : 31% des enfants de 5 à 14 ans contre 8% dans la capitale.

Pour le secteur mixte, c'est dans la province de Fianarantsoa qu'on trouve la plus forte proportion d'enfants qui combinent le travail économique avec le travail domestique 30% avec 2% qui consacrent 4 heures de tâches ménagères par jour.

Tableau 70 : Pourcentage d'enfants qui ont effectué des tâches durant la dernière semaine selon le type d'activité, Madagascar, 2000

	Travaux domestiques		Travail économique	Travail mixte Avec travaux domestiques		Effectif enfants de 5 à 14 ans
	<4hh/jour	4 ou plus hh/jour		< 4hh/jour	4 ou plus hh/jour	
	1	2	3	4	5	6
Sexe						
Masculin	58,7	6,6	34,2	21,0	1,4	4598
Féminin	69,0	10,6	24	19,5	2,5	4566
Province						
Antananarivo	58,6	9,1	29,5	18,5	1,9	2509
Fianarantsoa	65,2	9,1	37,3	28,4	2,3	1745
Toamasina	79,1	3,1	24,7	22,1	1,2	1517
Mahajanga	54,4	14	18,5	13,1	2,4	1093
Toliary	54,4	10	32,9	16,5	2,7	1513
Antsiranana	72,6	6,2	25,8	21,8	0,9	776
Milieu de résidence						
Capitale	56,1	1,9	7,6	4,6	0,3	369
Autre urbain	66,3	7,6	24,6	17,1	2	1428
Rural	63,7	9,1	31,1	21,1	2	7357
Groupe d'âges						
5 – 9 ans	58	5,1	17,4	11,5	0,8	5140
10 – 14 ans	71,3	13,1	44,1	31,5	3,5	4014
Effectif	5843	787	2664	1854	180	9154
Total	63,8	8,6	29,1	20,3	2	100

La rémunération des enfants qui travaillent

Pour l'ensemble, seul 6% des enfants étaient payés pour le travail économique qu'ils ont effectué. La proportion des filles qui sont rémunérées est légèrement plus élevée par rapport à celle des garçons. C'est dans la province de Mahajanga qu'on trouve le plus d'enfants récompensés pour le travail qu'ils ont fait : 9%, et dans la province de Toliary la forte proportion d'enfants qui ne sont pas payés pour les travaux qu'ils effectuent.
Deux enfants sur trois âgés de 5 à 14 ans qui travaillent du milieu rural ne sont pas rémunérés.

Tableau 71 : Prévalence d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui ont travaillé au cours des 12 derniers mois selon la rémunération

	Enfants rémunérés	Enfants non rémunérés	Effectif des enfants 5 à 14 ans
Sexe			
Masculin	5,3	22,5	4598
Féminin	5,8	14,6	4566
Province			
Antananarivo	3,6	20,8	2509
Fianarantsoa	6,0	21,4	1745
Toamasina	7,6	9,4	1517
Mahajanga	7,6	11,3	1093
Toliary	4,2	22,5	1513
Antsiranana	7,1	25,1	776
Milieu de résidence			
Capitale	3,0	3,3	369
Autre urbain	5,0	14,4	1428
Rural	5,8	20,1	7357
Groupe d'âges			
5 – 9 ans	2,1	11,2	5140
10 – 14 ans	10,1	27,9	4014
Effectif	510	1698	9154
Total	5,6	18,5	100

Impact du travail des enfants

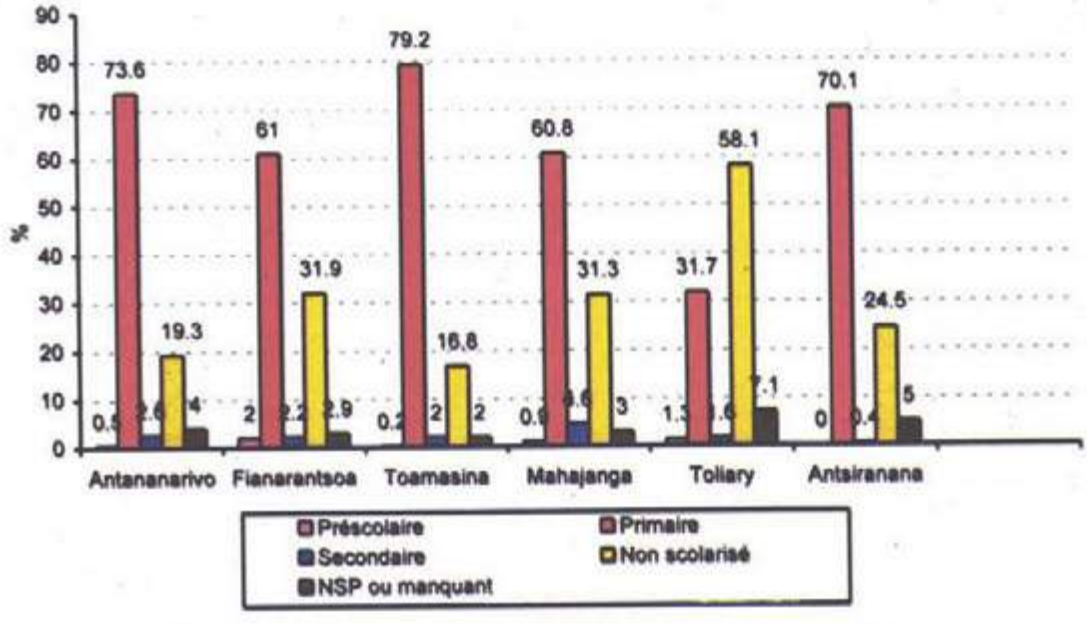
Le niveau d'instruction des enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent

L'exercice d'un emploi est perçu comme frein à la scolarisation des enfants et au bon déroulement de leurs études. En général, 6 enfants sur 10 qui travaillent ont un niveau d'étude primaire et 3 enfants sur 10 sans niveau d'instruction. Le SME a pour objectif l'accès universel à l'éducation de base tandis que parmi les enfants de 5 à 9 ans seulement 49% ont le niveau primaire, et 43% n'ont pas acquis leur droit à l'éducation.
Le niveau d'instruction s'accroît avec le taux d'urbanisation. Ce phénomène est justifié car :

- dans le milieu rural, 1% des enfants seulement atteignent le niveau secondaire et 32% sans instruction (graphique 73)
- alors que dans la capitale 14% atteignent le niveau secondaire et seulement 9% sans instruction.

C'est dans la province de Toliary qu'on trouve la proportion la plus élevée d'enfants travailleurs les moins instruits, 32% de niveau primaire et 58% sans niveau.

Figure 73 : Proportion d'enfants qui travaillent selon le niveau d'instruction par région, Madagascar, 2000



Causes du travail des enfants

Le statut matrimonial des parents de l'enfant qui travaille

En majorité les enfants qui travaillent vivent avec les deux parents 67%. Un enfant sur dix (12%) parmi ceux qui travaillent vit sans leur famille. Un enfant sur dix aussi vit avec la mère (12%) tandis que 6,4% vivent avec le père. L'absence du père ou de la mère ne semble pas être à l'origine du travail des enfants. Selon l'âge, on remarque que les enfants de 5 à 9 ans qui vivent avec les deux parents sont plus nombreux à travailler. Sur le plan régional ce sont les parents dans la province d'Antananarivo qui envoient le plus d'enfants à travailler.

On peut conclure que ce sont les parents eux-mêmes qui font travailler leurs enfants pour atténuer leurs tâches et contribuer à l'économie familiale.

Tableau 72 : Répartition des enfants 5 à 14 ans qui travaillent selon la tranche d'âge par rapport aux parents biologiques, Madagascar, 2000

	Vit avec les 2 parents	Ne vit avec aucun parent	Vit avec la mère seule	Vit avec le père seul	NSP ou manquant	Total
5 – 9 ans	70,2	11,1	11,3	5,4	1,7	1114
10– 14 ans	65,8	11,6	12,5	6,9	2,0	2157
Effectif	2201	397	395	210	68	3271
Total	67,3	12,1	12,1	6,4	2,1	100,0

Les raisons socio-économiques

Le tableau ci-dessous nous montre que parmi les enfants qui travaillent, presque la moitié est mobilisée pour alléger les charges et la responsabilité des adultes. Les enfants affectent leurs récompenses par ordre de priorité vers l'habillement, la nourriture, l'argent de poche et rarement vers l'écolage. On constate que ce sont les besoins physiques et l'attrait d'argent qui incitent plutôt les enfants à travailler que l'échec scolaire. Parmi les enfants qui sont rémunérés, un enfant sur huit a dû travailler à l'extérieur du milieu familial pour assurer son autonomie.

Tableau 73 : Les raisons du travail des enfants

Raisons du travail	Effectif des enfants rémunérés		Effectif des enfants non rémunérés		Total
	Travail int	Travail ext	Travail int	Travail ext	
Echec scolaire	9	14	20	1	44
Autonomie	38	42	24	0	104
Ecolage	32	23	28	0	83
Logement	0	3	2	0	5
Habillement	109	102	52	8	271
Nourriture	29	43	71	13	156
Argent de poche	75	33	20	6	134
Gratuit	0	0	791	63	854
Total	292	260	1008	91	1651

La participation des enfants à l'économie familiale est d'autant plus importante que le ménage est pauvre. Le tableau suivant indique la répartition de tous les enfants de 5 à 14 ans selon le niveau socio-économique des ménages et permettrait de récapituler les résultats obtenus auparavant.

En général, quel que soit le niveau économique des ménages, la structure par sexe est équilibrée. Les données selon les provinces montrent une forte proportion (23%) d'enfants de 5 à 14 ans issus de ménages pauvres à Toliary. La forte proportion d'enfants vivant dans les ménages aisés dans la province d'Antananarivo confirme l'atténuation du phénomène dans cette région par rapport aux autres. En effet, on note une disparité remarquable entre la province d'Antananarivo et celle de Fianarantsoa où respectivement 55% et 4% d'enfants de cette sous-population sont issus de ménage de niveau de vie élevé.

Il apparaît que 88% des ménages à situation économique précaire se trouve dans le milieu rural, par conséquent il y aurait plus d'enfants qui y travaillent que dans les autres milieux.

Tableau 74 : Proportion d'enfants 5 à 14 ans selon le niveau socio-économique des ménages, Madagascar, 2000

	Niveau socio-économique des ménages				Total
	Bas	Moyen	Intermédiaire	Elevé	
Sexe					
Masculin	49,5	50,5	51,0	51,7	50,3
Féminin	50,5	49,5	49,0	48,3	49,7
Province					
Antananarivo	8,0	36,5	43,6	55,0	27,7
Fianarantsoa	16,8	18,3	8,5	4,3	14,4
Toamasina	18,8	12,9	11,1	7,6	14,6
Mahajanga	21,4	7,8	10,5	10,3	14,2
Toliary	22,7	9,5	12,2	8,3	15,5
Antsiranana	12,3	15,0	14,1	14,5	13,6
Milieu de résidence					
Capitale	0,7	9,9	29,4	48,0	13,4
Autre urbain	11,2	19,5	34,2	48,2	21,5
Rural	88,1	70,6	36,4	3,8	65,1
Groupe d'âges					
5 – 9 ans	56,1	57,6	55,5	49,7	55,9
10 – 14 ans	43,9	42,4	44,5	50,3	44,1

Autres données disponibles

Comme préalable à la politique de lutte contre le travail des enfants, il aurait été nécessaire de mieux connaître l'ampleur et les spécificités du travail des enfants à Madagascar, afin de mieux cibler les populations les plus vulnérables et de définir les mesures à prendre.

Les données disponibles sont issues de deux types d'études qui ne sont pas comparables aux MICS, il s'agit de :

1. Une étude réalisée en 1997 par l'équipe du projet MADIO (INSTAT - ORSTROM), mettant en évidence l'état des lieux du travail des enfants. Trois sources de données ont été utilisées comme matériels d'étude, il s'agit :
   - du recensement de la population et de l'habitat de 1993 (RGPH93), qui couvre l'ensemble du territoire national et compte un certain nombre d'informations sur l'emploi ;
   - de l'enquête permanente auprès des ménages (EPM93/94), réalisée en 1993/94 au niveau national , qui comprend un module sur l'emploi ; et
   - les deux enquêtes emplois effectuées en 1995 et 1996 dans l'agglomération d'Antananarivo (EE95 ET EE96).

Ces sources n'ont pas été conçues pour traiter spécifiquement le travail des enfants, chacune de ses sources présente des avantages et des inconvénients. Quoi qu'il en soit, en l'absence de sources spécifiques, cette étude a pu apporter des informations sur :

- le taux d'activité des enfants : 30% pour plus de 81% chez les plus vieux

- l'incidence du phénomène : un enfant de 7 à 14 ans sur trois est contraint de travailler
- les secteurs d'activité concernés : 94% des enfants travaillent dans l'agriculture
- les horaires de travail, y compris le temps consacré aux activités domestiques : dans l'ensemble la durée hebdomadaire du travail est de 30 heures par semaine
- les statuts, les rémunérations et la contribution des enfants à l'économie familiale : 9 enfants sur 10 sont des aides familiaux.

2. Des enquêtes approfondies auprès des enfants travailleurs eux-mêmes, de leurs parents et des employeurs dans les six provinces, menées par des équipes multidisciplinaires composées d'inspecteurs de travail, de médecins, et d'animateurs d'ONG s'occupant d'enfants, organisées par le Programme International pour la lutte contre le travail des enfants du Bureau international du Travail (IPEC/ BIT) et le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Lois Sociales (MINFOPTLS) à Madagascar ont été réalisées selon des méthodes scientifiques. Il s'agissait de :
   - s'entretenir avec les enfants travailleurs pour tenter de s'approcher de la vérité de leurs conditions de travail
   - d'évaluer la gravité de leur situation.

L'analyse des résultats de ces enquêtes a permis d'avoir des informations sur :

- les taux d'activité infantile par secteur d'activité :
  - 33% travaillent dans l'agriculture, élevage, forêt, pêche
  - 11,6% travaillent dans les mines, carrières des pierres précieuses
  - 17,5% travaillent dans les industries alimentaires, métaux, garages, bois, textiles, briques, construction
  - 13% essentiellement domestiques
  - 24% travaillent dans les secteurs du commerce et service ;
- les conditions de travail des enfants : 75% des enfants travaillent dans des mauvaises conditions (trop longue durée de travail, port de charges importantes, pas de matériels ni tenue de travail adaptés à leur condition physique, mauvaises relations avec les employeurs, ne bénéficient d'aucune prévention et soins médicaux, ...) ; et
- les risques et contraintes auxquels ils sont exposés : 65% des travaux effectués par les enfants portent préjudice sur leur santé et leur développement psychologique.

Les résultats de ces deux études ont permis l'élaboration du Plan National d'Action en 1998 qui traduit la traduction concrète de la volonté du Gouvernement Malgache à aller de l'avant dans la lutte contre le travail des enfants en partant de la base des stratégies suivantes :

- Renforcer la capacité institutionnelle en matière de travail des enfants ;
- Retirer les enfants des pires formes de travail ;
- Favoriser des actions de développement économique, social, telles : protection et prévention, amélioration du système d'éducation et d'apprentissage, sensibilisation et formation, promotion des activités génératrices de revenu destinées aux familles nécessiteuses.

La mise en oeuvre de ce Plan National d'Action spécifique dans le cadre de ce programme n'a eu lieu qu'en juin 1999. De ce fait, au niveau national nous ne sommes pas encore en mesure d'évaluer les résultats des actions menées jusque-là.

De même, dans certains pays des résultats mesurables ne sont pas encore disponibles pour pouvoir évaluer l'évolution de la situation, et faire des études comparatives.

Comme la méthodologie de collecte des données disponibles (EPM, RGPH, Enquête IPEC Madagascar) a été différente des données MICS, nous ne sommes pas en mesure de comparer les résultats, mais citons quand même les chiffres qui en découlent **à titre d'information**.

L'incidence du phénomène

Le pourcentage des enfants âgés de 10 à 14 ans qui travaillent est :
- de 38,3% selon EPM93/94
- de 43% selon IPEC Madagascar 97
- de 35,7% selon MICS2000

Risques posés aux enfants travailleurs

Le type de travail effectué

Chaque source d'information a défini une classification des secteurs d'activité des enfants.

- L'EPM 93/94 avait distingué 4 branches d'activité : secteur primaire, industrie, service public, autres services.
- L'enquête menée par IPEC Madagascar 97 a pu classer les secteurs d'activité en 5 : agriculture et élevage, mines et carrières, industries et construction, domestique, commerces et services
- Dans MICS 2000, les secteurs d'activité des enfants ont été divisés en trois : secteur domestique, secteur économique et secteur mixte.

De ces sources, on a constaté que le pourcentage d'enfants qui n'effectuent exclusivement que le travail domestique était de :
- 11% en 1993/94 selon l'EPM,
- 13% en 1997 selon l'Enquête IPEC Madagascar,
- 9% en 2000 selon MICS.

La durée de travail des enfants

Selon les résultats obtenus des 3 sources :
- d'après l'EPM93/94, 10% des enfants travaillent plus de 25 heures par semaine ;
- 13% des enfants travaillent plus de 10 heures par jour et 50% entre 6 à 10 heures par jour d'après IPEC Madagascar 97 ;
- au cours du MICS, 10% des enfants travaillent plus de 4 heures par jour.

Le statut des enfants travailleurs

En ce qui concerne la rémunération des enfants :
- l'EPM 93/94 a trouvé que 3,5% des enfants sont payés pour le travail qu'il fait ;
- l'enquête IPEC Madagascar 97 a signalé que, 90% des enfants sont très dépendants de leurs « employeurs » (les parents et ou les autres employeurs), et 1,5% sont catalogués comme en situation d'esclavage ou de travail forcé ;
- au cours du MICS, 5% des enfants qui travaillent sont rémunérés.

En général, ne pouvant pas comparer les résultats les différentes sources de données, si on ne tient compte que des chiffres obtenus, l'incidence du phénomène travail des enfants semble diminué au cours de la dernière année de la décennie.

Contraintes et recommandations

Système de suivi

En l'absence de statistique permanente basée sur les mêmes concepts pour situer les enfants ciblés par l'article 32 de la Convention relative aux droits de l'enfant, il serait utile de définir un programme d'information statistique et de suivi spécifique pour pouvoir améliorer la base de connaissances. Pour ce faire, il est recommandé de mettre en place une structure au sein de l'UNICEF pour élaborer et développer les outils nécessaires :

- en premier lieu, déterminer et classer les indicateurs en matière de travail des enfants ;
- en second lieu, étudier et déterminer les définitions appropriées aux termes clés ;
- enfin, établir un tableau de bord de suivi spécifique.

Orientations stratégiques

Bien que des actions importantes sont menées pour protéger les enfants des différentes formes d'exploitation, en particulier les enfants travailleurs, les problèmes qui s'y rapportent restent toujours complexe et doivent être aborder à de nombreux niveaux.

Concernant les atteintes des droits de l'enfant, la mise au travail précoce est :

- d'une part, le facteur aggravant, particulièrement de la scolarisation, du développement physique et sanitaire;
- d'autre part, le résultat des autres défaillances, tels que l'échec du système éducatif, la pauvreté des ménages, et le fond de certaine culture traditionnelle.

Par conséquent, des actions concrètes devraient être entreprises pour éliminer les problèmes urgents.
De ces faits, il est recommandé de :

1. Elaborer de programmes destinés directement aux enfants ciblés :
   - former des équipes d'assistance juridique
   - améliorer le système éducatif formel
   - organiser l'accès facile aux soins de santé
   - mettre en place une structure d'accueil, d'écoute et de conseil des enfants qui travaillent
   - créer des centres d'éducation non formelle aux enfants travailleurs

2. Elaborer des programmes destinés aux ménages
   - promouvoir des activités génératrices de revenu
   - élaborer un programme d'éducation informelle des parents : alphabétisation
   - organiser des formations professionnelles des parents
   - organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur les charges relatives à la force des enfants

3. Elaborer des programmes destinés aux instituts de l'Etat
   - renforcer les capacités institutionnelles en matière d'application de la législation particulièrement en matière de travail des enfants
   - rentabiliser les procédures d'embauche des adultes
   - améliorer le système de protection sociale dans le milieu rural.

Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/SIDA

RANAIVO Adeline

Introduction

A l'aube du troisième millénaire, Madagascar est confronté à « l'urgence silencieuse » que constitue l'épidémie du SIDA. En effet, la prévalence de l'infection à VIH, bien que relativement faible, car estimée à 0,16% actuellement, a une ascension exponentielle.

Le Programme National de Lutte contre les IST et le SIDA a pour objectif général la réduction de la transmission du VIH au sein de la population. Les stratégies de la lutte contre les IST et le SIDA sont basées actuellement sur :

- la prévention primaire de la transmission sexuelle de l'infection à VIH qui se fait dans un contexte multisectoriel et démédicalisé, où différents ministères et organisations non gouvernementales y contribuent ;
- la prévention secondaire pour le contrôle des IST qui est assurée par la mise en place de la prise en charge selon l'approche syndromique et permet d'offrir aux patients IST des soins accessibles, acceptables et efficaces, car à Madagascar les IST classiques constituent la sixième cause de morbidité en consultation externe dans les centres de santé de base ;
- la prévention de la transmission sanguine réalisée par la mise en place de la sécurité transfusionnelle ;
- la prévention de la transmission périnatale basée sur l'intégration de la lutte dans les centres de consultations prénatales et de planning familial ;
- la séro-surveillance réalisée dans huit sites sentinelles permet de suivre l'évolution de la prévalence de l'infection à VIH du nombre de cas de SIDA. Les sites sentinelles sont constituées par les six chefs lieux de provinces, la ville de Morondava et l'île Sainte Marie considérées comme des zones de haute prévalence par rapport aux autres villes.

Connaissance des modes de transmission

Au moment de l'enquête, on a d'abord demandé aux femmes et aux hommes s'ils ont entendu parler du SIDA. Il y a une légère diminution de la connaissance des femmes sur le SIDA, en effet six femmes sur dix (65%) ont entendu parler du SIDA, contre (69%)au cours de l'EDS 97. La connaissance du SIDA par les hommes est plus élevée par rapport à celle des femmes car trois hommes sur quatre ont entendu parler du SIDA (75%).

Les hommes et les femmes des provinces de Fianarantsoa et de Toliary semblent être les moins informés, ainsi que les ruraux. Chez les adolescentes on observe une diminution de 10% par rapport aux résultats observés au cours de l'EDS 97, et les adolescents constituent le groupe le moins informé chez les hommes.

A ceux qui ont dit avoir entendu parler du SIDA, on a étudié leur connaissance sur la transmission de l'infection à VIH.

Connaissance des conceptions erronées sur la transmission du VIH

Les conceptions erronées sur l'infection à VIH conditionnent les attitudes et les comportements vis à vis de l'infection à VIH et du SIDA. Au cours de l'enquête MICS 2000, on a proposé cinq conceptions erronées sur la transmission du VIH aux hommes et aux femmes et ils devaient les identifier. On peut dire qu'une personne connaît les conceptions erronées sur la transmission du VIH si aux différentes suggestions elle a dit :

- Faux pour « avoir une bonne alimentation »
- Faux pour « éviter l'utilisation des toilettes publiques »
- Faux pour « ne pas être en contact avec un sidéen »
- Faux pour « ne pas manger avec un sidéen »
- Faux pour « éviter les piqûres des moustiques et des insectes ».

La prévalence de la connaissance des conceptions erronées sur la transmission est encore faible si on regarde l'ensemble du pays, en effet il n'y a que 3,7% des femmes et des hommes qui ont identifié les 5 conceptions erronées contre 71% des femmes et 63% des hommes qui n'ont pu identifier aucune conception erronée. Si on ne considère que 3 conceptions erronées il y a environ une femme et un homme sur dix qui peuvent les identifier. Les proportions les plus faibles s'observent dans la province de Toliary avec 9% pour les hommes et les femmes.

Tableau 75 : Connaissance des conceptions erronées sur la transmission du SIDA selon le sexe, Madagascar, 2000

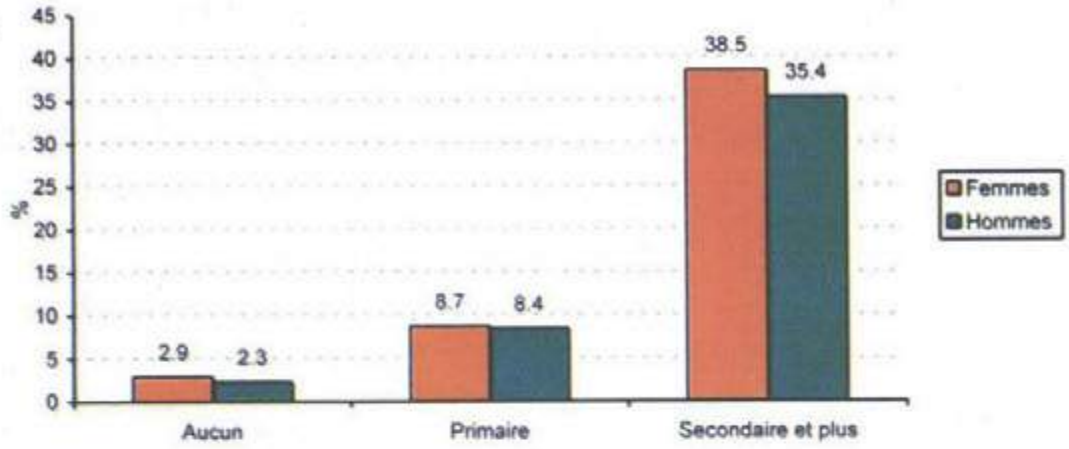
	Hommes connaissant 3 conceptions erronées	Femmes connaissant 3 conceptions erronées	Hommes ayant entendu parler du SIDA	Femmes ayant entendu parler du SIDA
Province				
Antananarivo	20,2	20,8	82,0	80,5
Fianarantsoa	15,2	12,3	60,4	46,6
Toamasina	16,6	14,6	78,2	73,4
Mahajanga	11,8	13,4	79,4	59,9
Toliary	8,7	9,5	67,5	50,9
Antsiranana	18,5	11,7	91,3	77
Milieu de résidence				
Capitale	39,5	46,4	97,9	97,6
Autre urbain	26,4	25,7	90,0	83,2
Rural	11,3	9,3	70,1	58,2
Groupe d'âges				
15-19	12,8	12,1	57,6	53,6
20-24	15,3	15,7	74,7	65,1
25-29	17,8	17,3	82,7	70,6
30-34	15,8	14,7	81,5	70,6
35-39	16,3	15,5	81,4	69,0
40-44	18,4	14,1	80,7	67,1
45-49	15,7	12,6	78,2	67,8
Niveau d'instruction				
Aucune	2,3	2,9	49,0	36,0
Primaire	8,4	8,7	74,6	66,4
Secondaire et +	35,4	38,5	93,0	93,0
ND	11,1		77,8	33,3
Total	15,8	14,8	75,4	65,4

Dans la capitale, la moitié des femmes et quatre hommes sur dix identifient au moins 3 conceptions erronées sur la transmission du VIH, le pourcentage diminue dans les autres villes et en milieu rural surtout chez les femmes.

Les adolescents ont une moins bonne connaissance des conceptions erronées que leurs aînés. Pour les personnes sans aucune instruction il est très faible et plus le niveau d'instruction est élevé, plus la connaissance des conceptions erronées est élevée ainsi presque quatre femmes sur dix (38%) et 35% des hommes du niveau secondaire et plus ont identifié trois conceptions erronées contre 3% pour les femmes et 2% chez les hommes sans instruction.

La proportion de femmes et d'hommes qui ont une bonne connaissance, pouvant citer trois moyens pour éviter la transmission et identifier au moins trois conceptions erronées sur la transmission, est faible en général 2% chez les femmes et chez les hommes.

Figure 74: Connaissance de trois conceptions erronées sur la transmission du VIH selon le niveau d'instruction, Madagascar, 2000



Les campagnes d'information, d'éducation et de communication doivent être renforcées dans toutes les régions pour que le SIDA ne tombe pas dans l'oubli car Madagascar est déjà maintenant dans la zone de prévalence intermédiaire pour l'infection à VIH. Il faut reconsidérer les cas des jeunes qui sont des groupes à risque, les ruraux et ceux qui sont sans instruction.

Connaissance de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Au cours de l'enquête on a demandé si le VIH peut être transmis de la mère à l'enfant, si oui, voici trois propositions et dites si c'est vrai ou faux : le virus du SIDA peut se transmettre durant la grossesse, au cours de l'accouchement ou par le lait maternel. L'enquêté devait dire vrai à chacune des trois propositions.

La connaissance de la transmission mère-enfant est plus importante chez les hommes que chez les femmes car trois hommes sur quatre (75%) connaissent que l'infection à VIH peut être transmise de la mère à l'enfant contre six femmes sur dix (65%). La connaissance des femmes sur la transmission mère enfant semble diminuer par rapport à celle des femmes au cours de l'EDS 97 où plus de huit femmes sur dix (84%) l'ont citée.

Sur le plan régional, la connaissance de la transmission mère enfant est meilleure à Antsiranana et à Antananarivo et plus faible à Toliary et à Fianarantsoa.

Les adolescentes avec 54% et les adolescents 58% ont une assez faible connaissance de la transmission mère-enfant par rapport au reste de la population où la proportion varie entre 7 à 8 personnes sur dix chez les hommes et 6 à 7 personnes sur dix chez les femmes.

La quasi-totalité des hommes de la capitale connaît la transmission mère enfant 98%, pour 90% dans les autres villes et sept hommes sur dix en milieu rural. Les hommes du milieu rural avec 70% ont une meilleure connaissance que les femmes rurales 58% dont le pourcentage est inférieur aux résultats de l'EDS 97 (81%). La grande majorité des femmes de la capitale (98%), et des femmes vivant en milieu urbain (83%) connaissent ce mode de transmission.

La connaissance de la transmission mère-enfant augmente avec le niveau d'instruction : 93% pour le niveau secondaire et plus chez les hommes contre 49% chez les non instruits il en est de même pour les femmes, neuf femmes sur dix (93%) pour le niveau secondaire et plus et trois femmes sur dix (36%) pour les femmes sans instruction.

La proportion des hommes qui ont identifié trois moyens de transmission verticale est de quatre hommes sur dix (42%), cette proportion est légèrement supérieure à celle des femmes qui est de trois femmes sur dix (35%).

La connaissance des trois moyens de transmission mère-enfant augmente aussi avec le niveau d'instruction, de plus les hommes qui ont une instruction secondaire ou plus, ont une connaissance supérieure à celle des femmes pour le même niveau (53% contre 49%).

Un renforcement des activités d'information et d'éducation doit être entrepris auprès des jeunes, des femmes surtout dans les provinces de Fianarantsoa et de Toliary.

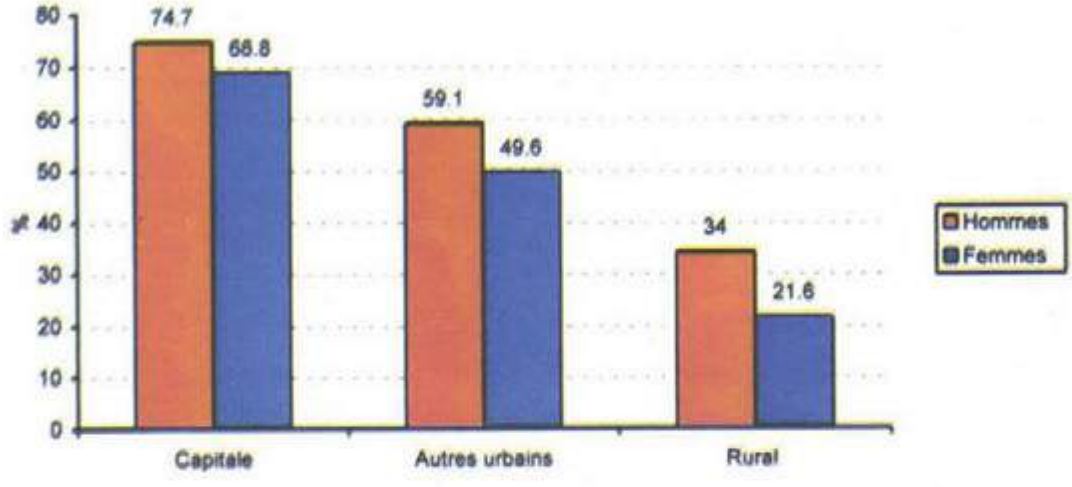
Connaissance de la prévention

La fidélité réciproque du couple, l'utilisation des préservatifs à chaque rapport sexuel ou l'abstinence sexuelle sont les principaux moyens de prévention de la transmission sexuelle.

La connaissance de ces principaux moyens de prévention de la transmission du VIH est plus importante en général chez les hommes que chez les femmes. Plus de la moitié des femmes enquêtées ne connaît aucun moyen de prévention (56%) contre quatre hommes sur dix (43%). La méconnaissance des femmes semble augmenter si on se réfère à l'EDS 97 où un tiers des femmes (30%) a affirmé qu'il n'y a aucun moyen pour éviter d'attraper le SIDA. Elle est très importante chez les personnes qui n'ont aucune instruction. En effet, 85% des femmes et 81% des hommes non instruits ne connaissent aucun moyen de prévention contre la transmission du VIH. Un tiers des femmes connaît les trois moyens de prévention (30%) et quatre hommes sur dix (41%).

La connaissance des moyens de prévention est importante dans la capitale et dans les villes, elle est plus faible en milieu rural surtout chez les femmes.

Figure 75 : Connaissance des 3 moyens de préventions de la transmission du VIH selon le milieu de résidence, Madagascar, 2000



Fidélité à un partenaire sexuel non infecté

Parmi les hommes et les femmes qui ont entendu parler du SIDA la fidélité à un seul partenaire non infecté est le principal mode de prévention identifié pour se protéger du SIDA. Ainsi plus de la moitié des hommes (55%) contre quatre femmes sur dix (43%) l'ont déclaré. Les jeunes de 15 à 19 ans

connaissent moins cette méthode de prévention par rapport à leurs aînés : le tiers des adolescentes l'a affirmé (32%) et 38% des adolescents.

Utilisation des préservatifs

L'utilisation des préservatifs, chaque fois qu'on a des rapports sexuels, protège du SIDA. La moitié des hommes l'a déclaré contre 36% des femmes. La proportion de femmes connaissant l'utilisation du préservatif en tant que moyen de protection contre les IST a augmenté par rapport aux résultats de l'EDS 97 où le taux était de 28%.

Sur le plan régional, les provinces de Toliary et de Fianarantsoa ont les plus faibles proportions de personnes qui connaissent l'utilisation des préservatifs : une femme sur cinq (24%) contre trois hommes sur dix (30%) à Toliary et 23% chez les femmes contre 42% chez les hommes à Fianarantsoa. C'est dans la province d'Antsiranana qu'on note la meilleure connaissance sur l'utilisation des préservatifs sept hommes sur dix (68%), suivie de la province d'Antananarivo avec 61% chez les hommes.

Selon l'âge, les jeunes de 15 à 19 ans ont une connaissance plus faible que les personnes plus âgées, ainsi une adolescente sur quatre (29%) connaît l'utilisation des préservatifs comme moyen de prévention contre l'infection à VIH contre un tiers (35%) des adolescents.

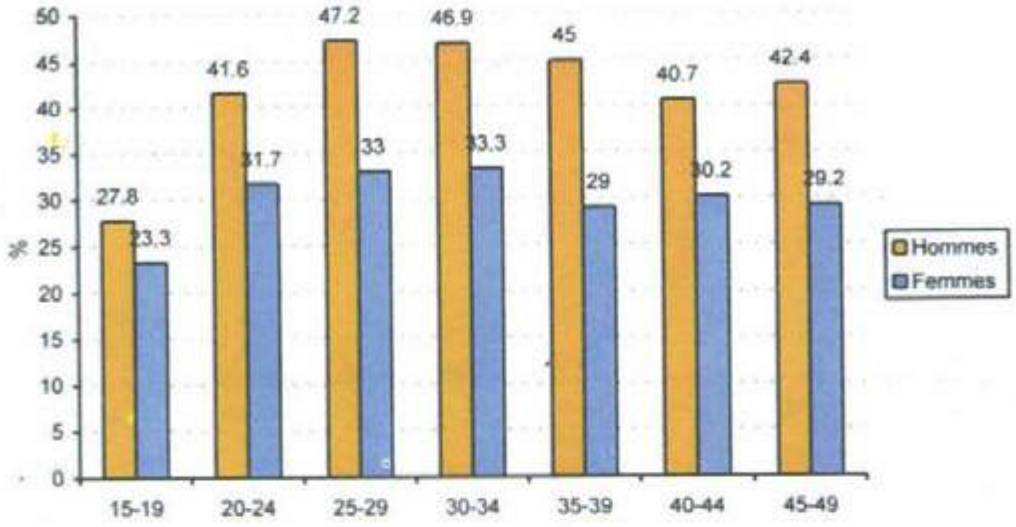
La connaissance des préservatifs en tant que moyen de prévention augmente avec le niveau d'instruction. Un homme sur dix (13%) parmi ceux qui n'ont aucune instruction sait que l'utilisation des préservatifs à chaque rapport sexuel protège du SIDA et pour les femmes du même niveau, la proportion est faible 9% mais on peut noter une légère amélioration par rapport à l'EDS 97 où elle était de 5%.

Abstinence sexuelle

Près de la moitié des hommes (47%) reconnaît que l'abstinence sexuelle protège du SIDA contre 37% des femmes, comme pour les deux autres méthodes de prévention c'est dans la province de Toliary que la connaissance est la plus faible, et elle augmente avec le niveau d'instruction et l'âge.

Les trois moyens de prévention contre la transmission sexuelle du VIH sont plus connus par les hommes que par les femmes.

Figure 76 : Connaissance des 3 moyens de prévention par groupe d'âges, Madagascar, 2000



Malgré les efforts qui ont été réalisés dans la lutte contre le SIDA, la connaissance des moyens de prévention semble encore insuffisante : il faut intensifier les activités auprès des jeunes, des femmes, et surtout dans le milieu rural. Il faut aussi faire participer les hommes dans la lutte en les incitant à communiquer à leur entourage et à appliquer ce qu'ils savent sur la prévention du SIDA.

Comportements et attitudes vis-à-vis du VIH/SIDA

Comportement sexuel

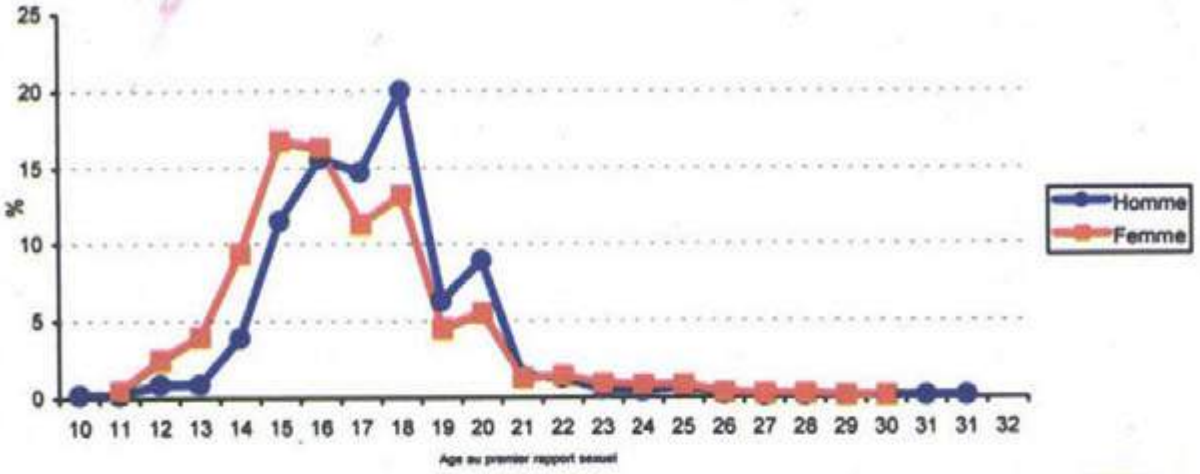
Les rapports sexuels constituent le principal mode de transmission de l'infection à VIH et du SIDA, l'étude du comportement sexuel de la population face au sida comprend plusieurs déterminants dont dépend la propagation de virus.

Age au premier rapport sexuel

L'étude de l'âge au premier rapport sexuel nous permet d'apprécier les comportements sexuels des adolescents. Comme nous le savons les filles sont biologiquement plus exposées à la transmission de l'infection à VIH de par l'immaturité de leur muqueuse vaginale que les garçons. On a demandé aux femmes et aux hommes l'âge auquel ils ont eu, pour la première fois, des rapports sexuels. Les femmes ont eu des rapports sexuels plus précoces que les hommes : l'âge médian du premier rapport sexuel pour l'ensemble des femmes est de 16 ans tandis qu'il est de 17 ans pour les hommes.

Il faut renforcer les créations des clubs Anti SIDA en milieu scolaire, les rendre plus fonctionnels et développer les services de santé reproductive des adolescents pour leur permettre d'avoir accès aux informations sur la prévention contre le SIDA. Les activités de lutte contre le sida doivent commencer plus-tôt chez les enfants vers l'âge de 12 ans où l'on note les premières expériences chez les filles (2,5%) et impliquer les parents dans l'élaboration de supports d'éducation pour apprendre aux enfants les dangers du SIDA.

Figure 77 : Age au premier rapport sexuel selon le sexe, Madagascar, 2000



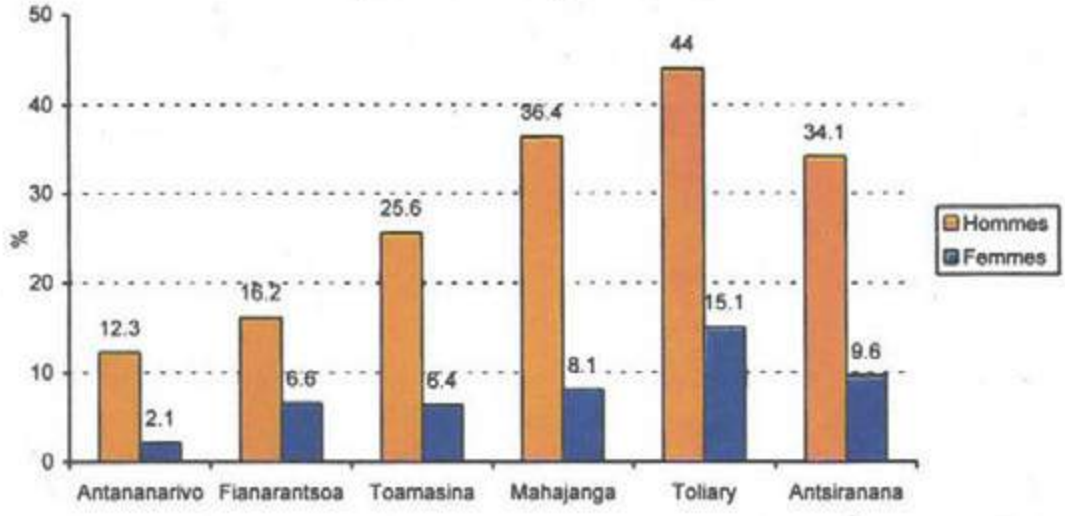
Partenaires sexuels réguliers

A Madagascar le régime marital est la monogamie cependant, en dehors du conjoint officiel juridiquement ou socialement reconnu, on peut trouver la relation régulière qui est définie comme telle, si elle dure depuis plus de 12 mois. Les rapports avec les partenaires sexuels réguliers sont des comportements sexuels à faible risque d'infection à VIH si les deux partenaires sont mutuellement fidèles et non infectés par le VIH. Au cours de l'enquête, un homme sur cinq (19%) a déclaré avoir des partenaires sexuelles régulières en dehors de leur épouse contre une femme sur dix (10%). C'est dans la province de Toliary qu'il y a le plus de personnes qui ont des partenaires réguliers avec 26% des hommes et 15% des femmes. Les relations régulières existent surtout dans les villes, chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans (21%) et de 20 à 24 ans (29%) et chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans (16%).

Rapports sexuels occasionnels

Les rapports avec les partenaires sexuels occasionnels sont à haut risque de transmission du VIH surtout si on n'utilise pas de préservatifs. Un homme sur quatre (24%) déclare avoir eu des rapports sexuels occasionnels contre 7% des femmes. Selon les régions, trois provinces viennent en tête Toliary (44% chez les hommes 15% chez les femmes), Mahajanga (36% chez les hommes 8% chez les femmes) et à Antsiranana avec 34% chez les hommes et 10% chez les femmes. Les rapports sexuels occasionnels sont plus fréquents que les rapports sexuels réguliers.

Figure 78 : Pourcentage des personnes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels par province, Madagascar, 2000



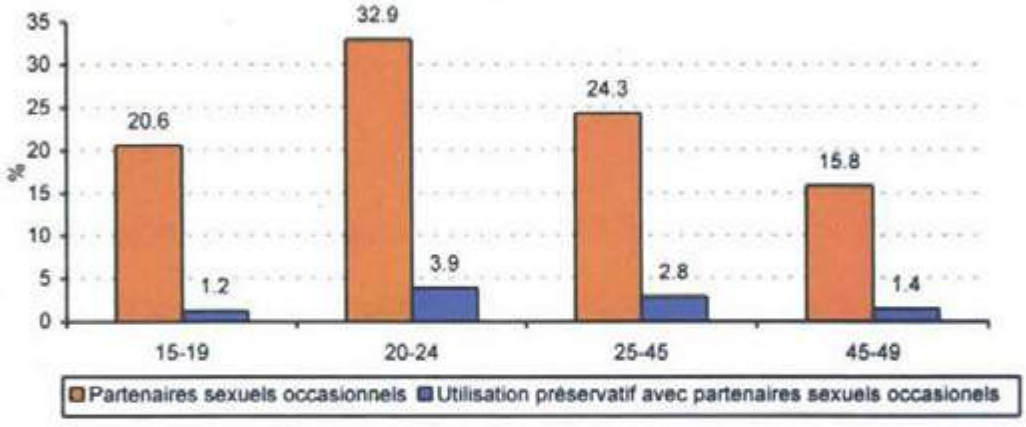
Ce sont les jeunes qui ont eu le plus de rapports sexuels occasionnels ainsi trois hommes sur dix de 20 à 24 ans (33%) l'ont déclaré pour une femme sur dix de la même tranche d'âge (10%). Pour les adolescents de 15 à 19 ans un homme sur cinq l'a déclaré (21%) contre une femme sur dix (10%)

Tableau 76 : Pourcentage des personnes âgées de 15 à 49 ans ayant eu au moins un rapport sexuel occasionnel autre que leur partenaire habituel au cours des 12 derniers mois, Madagascar, 2000

	Pourcentage des hommes ayant eu au moins un partenaire sexuel occasionnel	Pourcentage des femmes ayant eu au moins un partenaire sexuel occasionnel	Effectif total hommes	Effectif total femmes
Province				
Antananarivo	12,3	2,1	1769	2015
Fianarantsoa	16,2	6,6	1150	1377
Toamasina	25,6	6,4	993	1203
Mahajanga	36,4	8,1	685	816
Toliary	44,0	15,1	926	1114
Antsiranana	34,1	9,6	460	573
Milieu de résidence				
Capitale	17,1	3,5	387	455
Autre urbain	30,0	9,9	1045	1336
Rural	23,9	6,7	4552	5306
Groupe d'âges				
15-19	20,6	9,8	1178	1405
20-24	32,9	9,7	1022	1430
25-44	24,3	5,4	3429	3925
45- 49	15,8	3,6	355	337
Niveau d'instruction				
Aucune	26,4	8,7	1163	1780
Primaire	24,2	6,5	2914	3525
Secondaire et plus	24,2	6,6	1889	1789
ND			18	3
Total	24,5	7,1	5984	7097

L'utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels est encore faible car il n'y a que 2,6% des hommes qui l'ont fait et 0,3% des femmes. L'utilisation des préservatifs en tant que contraceptif est aussi faible chez les femmes au cours de ce MICS 2000 car elle est de 0,4%. Comparés à ceux du Cameroun au cours de l'EDSC II 98 où le taux d'utilisation des préservatifs avec les partenaires de rencontre était de 6,6% chez les hommes et de 2,7% chez les femmes, les pourcentages observés à Madagascar sont très bas.

Figure 79 : Utilisation des préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels chez les hommes selon l'âge, Madagascar, 2000



Les proportions d'utilisation les plus élevées ont été notées dans les villes (7%) et dans la capitale (5,9%) chez les hommes. Chez les jeunes de 15 à 19 ans la proportion est très faible : 1,2% pour les hommes et 0,5% chez les femmes.

Tableau 77 : Utilisation de préservatif au cours du dernier rapport avec un partenaire sexuel occasionnel, Madagascar 2000

	Pourcentage des hommes ayant eu des rapports sexuels occasionnels sans préservatif	Pourcentage des femmes ayant eu des rapports sexuels occasionnels sans préservatif	Effectif total Hommes	Effectif total Femmes
Province				
Antananarivo	1,7	0,3	1769	2015
Fianarantsoa	2,1	0,1	1150	1377
Toamasina	3,7	0,3	993	1203
Mahajanga	3,4	0,1	685	816
Toliary	2,6	0,6	926	1114
Antsiranana	3,7	0,7	460	573
Milieu de résidence				
Capitale	5,9	0,9	387	455
Autre urbain	7,0	1,0	1045	1336
Rural	1,3	0,1	4552	5306
Groupe d'âges				
15-19	1,2	0,5	1178	1405
20-24	3,9	0,4	1022	1430
25-44	2,8	0,3	3429	3925
45- 49	1,4		355	337
Niveau d'instruction				
Aucune	0,7	0,1	1163	1780
Primaire	1,4	0,3	2914	3525
Secondaire et plus	5,7	0,7	1889	1789
ND			18	3
Total	2,6	0,3	5984	7097

Vu l'importance des rapports sexuels occasionnels, et l'insuffisance de l'utilisation de préservatif, le risque d'explosion du SIDA demeure. Il faut renforcer le marketing social des préservatifs, car seule

l'utilisation correcte des préservatifs au cours des rapports sexuels occasionnels pourra préserver le pays du SIDA.

Incidence déclarée des écoulements génitaux chez les hommes

Un écoulement urétral chez l'homme est le résultat d'une relation sexuelle non protégée avec un partenaire sexuel infecté, il traduit toujours une infection sexuellement transmissible contrairement au cas des femmes où les infections peuvent être asymptomatiques. Au cours de l'enquête, l'incidence auto déclarée des urétrites est assez élevée 5,7%. Elle est plus importante dans la province de Toliary avec 11% et à Antsiranana 8%. Vu la relation étroite entre les IST et l'infection à VIH le contrôle des IST par une prise en charge correcte permettra une réduction du risque d'infection par le VIH.

Tableau 78 : Répartition en pourcentage des hommes en fonction du nombre d'épisodes déclarés d'urétrites, Madagascar, 2000

Urétrite	Nombre d'épisodes				Total
	0	1	2	3+	
Nombre de répondant	5642	203	85	55	5984
Pourcentage	94,3	3,4	1,4	0,9	100%

L'incidence déclarée des écoulements urétraux est assez importante mais elle est encore sous estimée car les IST constituent une maladie honteuse à Madagascar bien qu'elles soient considérées comme une marque de virilité dans certaines régions.

Il faut renforcer la mise en application de l'approche syndromique par la formation et le suivi des prestataires de soins du secteur privé et public, et promouvoir une attitude positive face à la nécessité de consulter le plutôt possible, car les IST facilitent la transmission du VIH.

Tableau 79 : Pourcentage des hommes âgés de 15 à 49 ans ayant déclaré avoir eu des épisodes d'urétrite au cours des 12 derniers mois, Madagascar, 2000

	Pourcentage des hommes ayant présenté des épisodes d'urétrites	Total Hommes de 15-49 ans
Province		
Antananarivo	2,3	1769
Fianarantsoa	4,8	1150
Toamasina	5,9	993
Mahajanga	6,9	685
Toliary	11,2	926
Antsiranana	8,0	460
Milieu de résidence		
Capitale	1,8	387
Autre urbain	5,1	1045
Rural	6,2	4552
Groupe d'âges		
15-19	2,8	1178
20-24	6,1	1022
25-44	6,6	3429
45-49	6,2	355
Niveau d'instruction		
Aucune instruction	7,1	1163
Primaire	6,2	2914
Secondaire et plus	4,2	1889
ND	-	18
Total	5,7	5984

Comportement et attitude envers les personnes vivant avec le VIH SIDA

L'étude des attitudes envers les personnes vivant avec le VIH permet l'évaluation des campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le niveau de perception exacte du risque vis à vis de l'infection afin d'éviter les discriminations. Au cours de l'enquête MICS 2000 on a posé les questions suivantes aux hommes et aux femmes :

- Etes-vous disposé à prendre soin d'un parent sidéen ?
- A votre avis, les sidéens ont-ils le droit de ne pas informer leur entourage sur leur maladie ?
- Les sidéens sont-ils autorisés à continuer à travailler avec d'autres personnes dans une entreprise ou un bureau ?
- Les sidéens ont-ils le droit d'avoir les mêmes soins ou plus, ou moins que les autres malades ?

A ces questions les réponses ont montré que sept hommes sur dix (69%) et six femmes sur dix (60%) expriment une attitude discriminatoire au moins vis à vis des personnes vivant avec le VIH. Il n'y a eu que 2% des femmes et 3% des hommes qui ne sont pas d'accord avec toute discrimination

Tableau 80 : Attitudes discriminatoires vis à vis des personnes vivant avec le VIH, Madagascar, 2000

	D'accord avec au moins une attitude discriminatoire		Ne sont pas d'accord avec toutes annonces discriminatoires	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Milieu de résidence				
Capitale	81,9	91,4	13,4	4,4
Autres villes	83,9	77,2	3,5	3,4
Rural	64,8	53,9	2,2	1,4
Niveau d'instruction				
Aucune	44,2	31,9	0,5	0,7
Primaire	68,5	61,8	2,4	1,4
Secondaire et plus	85,8	87,3	5,8	1,4
Total	69,2	60,7	3,1	2,0

Prendre soin d'un membre de la famille qui a le sida

Parmi ceux qui ont entendu parler du SIDA, près d'une femme sur deux (49%) est disposée à prendre soin d'un membre de sa famille qui a le sida tandis que quatre femmes sur dix (39%) ne savent pas si elles le feront et une femme sur dix sont catégoriques et ont dit qu'elles ne s'en occuperont pas. Les hommes sont plus disposés à le faire car six hommes sur dix l'ont déclaré (64%).

Sur le plan régional, les femmes des provinces d'Antananarivo (64%) et celles de Toamasina (52%) sont les plus disposées à prendre soin de leur famille qui a le SIDA, viennent ensuite celles des provinces de Mahajanga (46%) et Antsiranana (44%). Les femmes de Fianarantsoa sont les moins nombreuses à être disposées à prendre soin de leurs familles (36%) précédées par celles de Toliary (38%). Le profil est sensiblement le même chez les hommes.

Le milieu de résidence a une influence sur la prise en charge familiale des sidéens et si la plupart des femmes de la capitale (80%) pensent le faire, elles ne sont que six femmes sur dix (63%) en milieu urbain pour ne plus être que 4 femmes sur 10 en milieu rural. La grande majorité des hommes de la capitale (92%) pense soigner leurs membres de famille sidéen contre six hommes sur dix au niveau rural (59%).

En ce qui concerne l'âge des enquêtés, plus les femmes sont âgées plus elles acceptent de prendre en charge un membre de leur famille qui a le SIDA, il en est de même chez les hommes.

Plus le niveau d'instruction est élevé, plus on est disposé à prendre soin d'un membre de la famille qui a le SIDA car trois femmes sur quatre (75%) parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus contre 25% chez les femmes sans aucune instruction. Les hommes instruits sont deux fois plus nombreux à le déclarer (84%) que ceux qui n'ont aucune instruction (39%).

Droit à la confidentialité

Le sidéen a le droit de ne pas informer son entourage sur sa maladie, ceci n'a pas été accepté par la moitié des femmes (47%), quatre femmes sur dix (40%) ne savent qu'en penser, et seule une femme sur dix (13%) accepte le respect de la confidentialité sur le statut du sidéen. Les hommes sont plus nombreux à refuser ce droit aux personnes vivant avec le VIH car six hommes sur dix le pensent (58%).

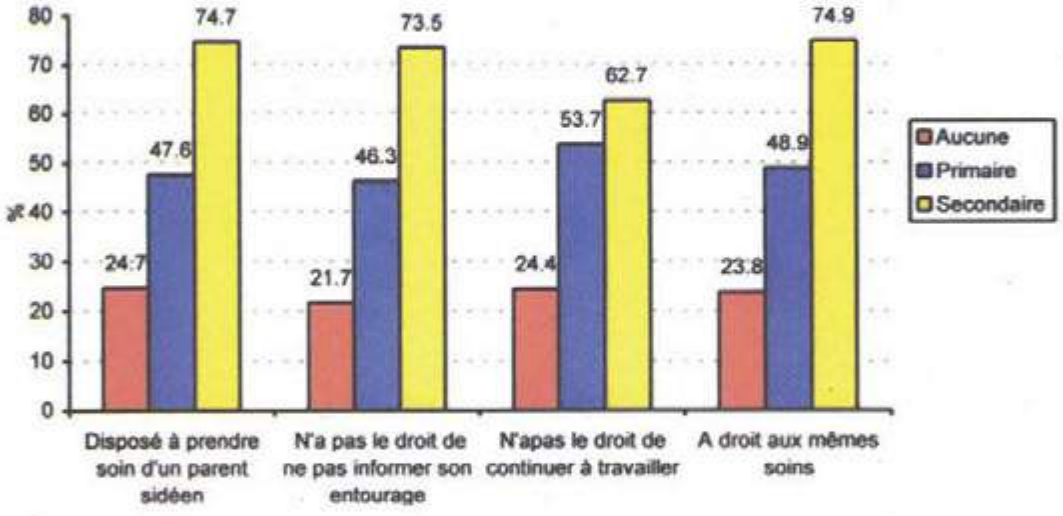
Les femmes des régions où les connaissances du SIDA semblent les plus élevées, sont plus nombreuses à exprimer des attitudes discriminatoires, vis à vis des sidéens comme les femmes d'Antananarivo avec (64%), celles de Toamasina (53%) et d'Antsiranana (48%) suivies de peu par celles de Mahajanga (43%). A Fianarantsoa avec (33%) et à Toliary (29%) elles sont moins

nombreuses à avoir cette attitude discriminatoire mais un peu plus de la moitié des femmes de ces deux régions n'ont pas d'avis à ce sujet. Il en est de même chez les hommes où la plus forte proportion de refus du droit à la confidentialité s'observe à Antsiranana (73%).

Si l'on considère le milieu de résidence, la majorité des femmes (82%) et des hommes (74%) de la capitale disent que le sidéen doit informer son entourage sur ce qu'il a, tandis qu'une femme sur cinq (18%) des autres villes accepte que c'est leur droit de ne pas informer leur entourage, mais il y autant de femmes aussi qui ne savent pas ce qu'elles en pensent. Presque la moitié des femmes rurales ne savent pas si c'est le droit des sidéens de ne pas informer leur entourage, et parmi elles quatre femmes sur dix estiment qu'il doit le dire ; la moitié des hommes ruraux (53%) partage le même avis.

Les jeunes sont moins nombreux (40% hommes et 35% pour les femmes) à exprimer une attitude discriminatoire au sujet de la confidentialité de l'état des sidéens mais ils sont aussi plus nombreux à ne pas avoir d'avis à ce sujet, ce qui traduit l'insuffisance de leur connaissance.

Figure 80: Comportements et attitudes des femmes vis à vis des personnes vivant avec le VIH, selon le niveau d'instruction à Madagascar, 2000



Cette attitude discriminatoire augmente avec le niveau d'instruction car trois femmes sur quatre (73%) ainsi que trois hommes sur quatre (76%) qui ont une instruction secondaire et plus l'expriment, contre la moitié des femmes et des hommes du niveau primaire. Les personnes sans instruction semblent avoir moins d'attitude discriminatoire 22% chez les femmes et 35% chez les hommes, mais on note aussi une forte proportion de personnes sans avis dans ce groupe.

Droit de continuer à travailler

Dans l'ensemble du pays, la moitié des femmes et des hommes pensent que les personnes vivant avec le VIH n'ont pas le droit de continuer à travailler et seul le dixième des femmes (12%) et des hommes (16%) l'acceptent.

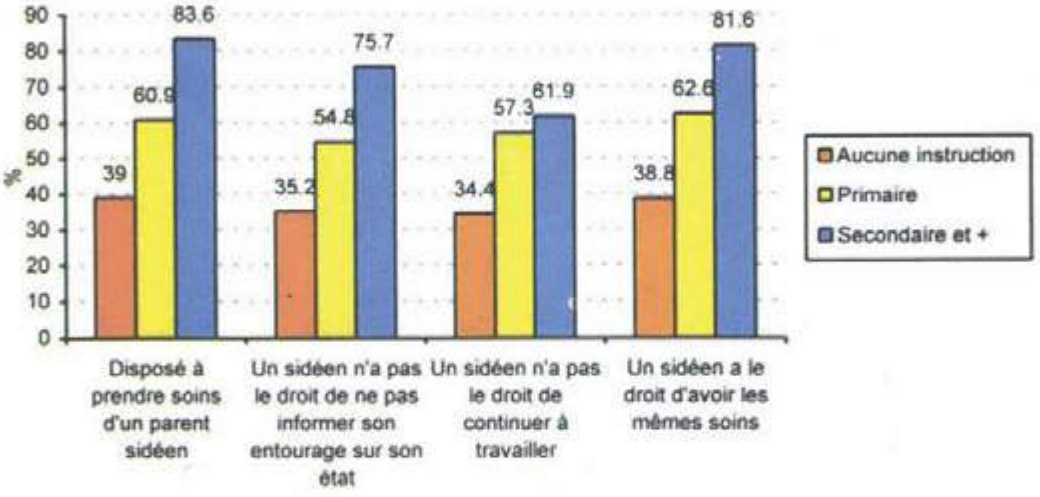
Comme pour le droit à la confidentialité, les femmes et les hommes des régions où la connaissance du sida semble plus élevée sont plus nombreux à avoir une attitude discriminatoire vis à vis des personnes vivant avec le VIH au travail. En effet, pratiquement huit hommes sur dix (78%) et six femmes sur dix (61%) de la province d'Antsiranana l'expriment, et plus de la moitié des femmes et des hommes d'Antananarivo et de Toamasina. A Fianarantsoa et Toliary, environ trois femmes sur dix n'acceptent pas le droit de travail aux personnes vivant avec le VIH mais dans ces villes plus de la moitié des femmes n'ont pas eu d'opinion.

Les femmes et les hommes des autres villes expriment plus d'attitude discriminatoire à ce sujet que ceux de la capitale ou du milieu rural. L'attitude discriminatoire augmente avec l'âge et le niveau d'instruction quel que soit le sexe.

Droit aux soins

La moitié des femmes et six hommes sur dix acceptent que le sidéen ait le droit aux-mêmes soins que les autres personnes. La quasi-totalité des hommes (92%) l'affirme, ainsi que la majorité des femmes (85%) de la capitale. La reconnaissance du droit aux soins augmente avec l'âge et le niveau d'instruction. Mais quatre personnes sur dix ne savent que penser pour ces personnes.

Figure 81 : Comportements et attitudes des hommes vis à vis des personnes vivant avec le VIH suivant le niveau d'instruction, Madagascar, 2000



Les campagnes de sensibilisation sur la perception des risques sont encore insuffisantes car la discrimination peut traduire une crainte d'être d'infecté. L'importance des proportions des personnes qui n'ont pas eu d'opinions sur les différentes questions concernant les attitudes vis à vis des personnes vivant avec le VIH, peut traduire une indifférence en ce qui concerne le SIDA ou une insuffisance de connaissance sur la maladie.

Principales réalisations

Beaucoup d'efforts ont été réalisés dans la lutte contre le SIDA depuis la création du Programme National de Lutte contre les IST et le SIDA :

- **La prévention primaire** a été réalisée par le personnel du Ministère de la Santé au début de la lutte. Elle est basée sur la démédicalisation et la décentralisation depuis le Plan à Moyen Terme II en 1996 et la mise en œuvre des activités dans les différentes structures a nécessité des formations en cascades des différents intervenants en techniques de communication sur les IST SIDA (la formation des pairs et des animateurs). Des activités en direction du grand public, des femmes, des jeunes non scolarisés, des jeunes scolarisés, des prostitués, des routiers, des travailleurs dans les entreprises, des militaires, et des prisonniers ont été réalisées. Différents supports IEC ont été produits (affiches, dépliants, cartes conseils, spots, clips) ainsi que des guides pédagogiques pour les enseignants et des manuels sur les IST SIDA pour les élèves. Les préservatifs (Protector) sont maintenant disponibles dans la majeure partie de l'île.

- **La prévention secondaire** : des algorithmes de prise en charge selon l'approche syndromique ont été validés, et le protocole national de traitement est disponible dans les centres de santé de base. Une formation des prestataires en prise en charge surtout pour les formations sanitaires publiques a été réalisée.

La résistance à l'utilisation des préservatifs ainsi que l'insuffisance des connaissances sur la transmission et la prévention surtout chez les jeunes et les femmes persistent. La décentralisation des activités par les départements ministériels est encore insuffisante. La lutte contre le SIDA est conditionnée aussi par une insuffisance de la coordination et de l'implication des décideurs à tous les niveaux ainsi que par l'absence de l'appropriation de la lutte par les différents intervenants. Toutefois, la prise en compte récente du SIDA dans les discours gouvernementaux est un atout pour la lutte contre le SIDA actuellement.

Recommandations

- Renforcer la prévention primaire par la multiplication des activités spécifiques pour les jeunes, en intensifiant l'éducation par les pairs ou en mettant en place une pédagogie participative sur la lutte contre les IST SIDA.
- Développer des supports d'éducation adaptés aux valeurs sociales et culturelles des malgaches.
- Améliorer les activités de prévention pour le grand public et surtout pour les femmes.
- Renforcer les activités de prévention dans les provinces de Toliary et de Fianarantsoa surtout.
- Décentraliser les activités de prévention dans le monde rural.
- Renforcer la promotion de l'utilisation des préservatifs et réaliser des recherches pour améliorer leur acceptation par la population.
- Impliquer les hommes dans l'éducation de leur famille.
- Orienter les stratégies de prévention dans l'éducation de la population sur la perception exacte des risques de transmission. Adapter les messages d'information pour que les personnes séropositives puissent vivre dans la dignité et le respect.
- Renforcer l'application de la prise en charge des IST selon l'approche syndromique dans les structures sanitaires publiques et privées par la formation des prestataires et les suivis.
- Un plaidoyer renforcera l'engagement des décideurs et des leaders d'opinions à tous les niveaux et améliorera la faible perception des dangers du SIDA par la population.

ANNEXE

PLAN DE SONDAGE

INTRODUCTION

L'enquête à indicateurs multiples-Multiple Indicators Cluster Survey (MICS) a pour principal objectif de fournir des indicateurs sur la santé des enfants. Le même nombre de grappes (270) comme pour l'EDS-1997 est utilisé pour cette enquête. L'enquête prévoit un échantillon national de 6500 ménages. Les femmes (15-49 ans), les hommes (15-49 ans) ainsi que les enfants éligibles identifiés dans les ménages échantillons sont enquêtés.

Dix principaux domaines (strate) d'études sont considérés pour cette enquête. Un domaine correspond à une sous population auquel on peut effectuer des analyses basées sur les informations recueillies par l'enquête. Ces dix domaines d'études sont: la Capitale, le milieu urbain , le rural, les six provinces et enfin le niveau national.

D'après les recommandations faites par le consultant de U.S Bureau of Census[22], issues des deux enquêtes EDS-97 et EPM-99, les intervalles de confiance étaient trop grands sur l'estimation de la proportion des enfants de 12-23 mois complétement vaccinés (surtout pour les provinces). Ainsi, pour avoir une estimation valable, une procédure de sondage alternative est considérée afin de pouvoir obtenir une taille d'environ 250 enfants de 12-23 mois par domaine d'étude.

II- BASE DE SONDAGE

La Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales au sein de l'Institut National de la Statistique, dispose d'un fichier informatique sur l'Echantillon Maître[23] (EM) crée à partir du recensement géneral de la population et de l'habitat de 1993 (RGPH-93), et utilisé pour les besoins de toutes les enquêtes futures. L'EM a servi de base de sondage pour le MICS-2000.

III- CARACTÉRISTIQUES GENERALES DE L'ÉCHANTILLON

L'échantillon de MICS-2000 est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Au premier degré, 270 grappes ou ZD (zone de dénombrement) sont tirées d'une manière systématique avec des probabilités égales (l'EM a été déjà tiré avec des probabilités proportionnelles à la taille des Unités Primires de Sondage-UPS). Le tirage des grappes est fait indépendamment à l'intérieur de chaque strate. Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes fournit une liste des ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages.

Au cours du dénombrement des grappes échantillons, tous les ménages avec et sans enfants âgés de 12 à 23 mois sont identifiés. Le nombre de ménages échantillons tirés par grappe est fixé à 24

---

[22] *Report : Sampling consideration for 2000 Multiple Indicators Cluster Survey,* David J. Megill, janvier 1999, US. Bureau of Census.

[23] *Preliminary recommendations on designing the master sample for the Madagascar Household Survey program,* David J. Megill, 1996, US. Bureau of the Census.

quel que soit la strate. Un tiers des ménages échantillons est constitué par des ménages avec enfant et le reste constitué par les ménages dénombrés sans ces enfants. Ainsi chaque échantillon de grappes a de poids séparés pour les ménages avec et sans enfants de 12 à 23 mois. Des codes sont mentionnés sur les questionnaires (ménage avec ou sans enfant) afin de pouvoir différencier les deux groupes lors de l'exploitation et traitement des données.

Tous les membres des ménages échantillons sont dénombrés avec un questionnaire ménage. Les femmes, les hommes et les enfants éligibles identifiés, sont enquêtés avec leurs questionnaires respectifs.

IV- PROBABILITÉS DE SONDAGE

Les probabilités de sondage sont calculées séparément pour chaque strate et pour chaque degré de sondage. Les notations suivantes sont utilisées:

P_{hi} : probabilité de sondage de la i^{ème} grappe de la strate h d'après l'échantillon maître.
P_{1hi} : probabilité de sondage au 1er degré de la i^{ème} grappe d'après le MICS
P_{2hi} : probabilité de sondage au 2ème degré de la i^{ème} grappe d'après le MICS

IV-1- Echantillon maître[24]

P_{hi} est le produit des probabilités de chaque degré de sondage de l'échantillon maître.

Premier degré: tirage des UPS:

$$P_{1hi} = \frac{A_h \times M_{hi}}{\Sigma M_{hi}}$$

A_h: nombre d'UPS tirées dans la strate h;
M_{hi} : nombre de ménages dénombrés dans la i^{ème} UPS, et
ΣM_{hi} : nombre total de ménages dénombrés dans la strate h

Deuxième degré

$$P_{2hij} = \frac{m_{hij}}{M_{hi}}$$

m_{hij} : nombre de ménages dénombrés dans la j^{ème} ZD tirée à partir de la i^{ème} UPS;
M_{hi} : nombre de ménages dénombrés dans la i^{ème} UPS.

Les ménages dénombrés viennent de la base de sondage du RGH-93.

Segmentation des USS trop grandes en aires d'enquête (AE)

$$P_{2hij} = t_{hij}$$

avec t_{hij} la taille de la ZD retenue pour l'échantillon maître, d'après de le travail de segmentation.

D'où la probabilité de sondage de la i^{ème} grappe d'après l'echantillon maître: P_{hi}

$$P_{hi} = \frac{A_h \times M_{hi}}{\Sigma M_{hi}} \times \frac{m_{hij}}{M_{hi}} \times t_{hij}$$

[24] Cf EDS-97 MADAGASCAR. *Plan de sondage*. ANNEXE A. p. 188-189

$$P_{hi} = \frac{A_h \times m_{hij}}{\Sigma M_{hi}} \times u_{hij}$$

IV-2- **Enquête à indicateurs multiples-MICS**

1- Trois sous échantillons sur les quatre dans l'échantillon maître ont servi de base de sondage pour le MICS: 3/4 = 0,75

Premier degré: tirage des UPS avec probabilités égales:

$$P_{1hi} = \frac{a_h}{A_h}$$

a_{hi} : nombre d'UPS tirées dans la strate h
A_h :nombre d'UPS qui existent dans les trois sous échantillons.

Deuxième degré: tirage des ménages

Le nombre de ménages tirés par grappe et quel que soit la strate est fixé à 24

a) Probabilité de tirage des ménages avec enfant de 12-23 mois:

$$P_{2hi} = \frac{b_{1i}}{M_1}$$

b_{1i} le nombre de ménages tirés avec enfant de 12-23 mois
M_1 est le nombre de ménages dénombrés avec enfant de 12-23 mois

b) Probabilité de tirage des ménages sans enfant:

$$P'_{2hi} = \frac{b_{2i}}{M_2}$$

b_{2i} le nombre de ménages tirés sans enfant de 12-23 mois
M_2 est le nombre de ménages dénombrés sans enfant de 12-23 mois et,
$b_{1i} + b_{2i} = 24$

Ainsi, la probabilité de sortie finale des ménages avec enfant de 12-23 mois est de:

$$P_{hi} \times 0,75 \times P_{1hi} \times P_{2hi}$$

et celle pour les ménages sans enfant:

$$P_{hi} \times 0,75 \times P_{1hi} \times P'_{2hi}$$

Coefficient d'extrapolation

1) Ménage avec enfant de 12-23 mois

Probabilité de sortie : $P_{hi} \times 0{,}75 \times P_{1hi} \times P_{2hi}$

Coefficient d'extrapolation: $1/P_{hi} \times 0{,}75 \times P_{1hi} \times P_{2hi}$

2) Ménage sans enfant

Probabilité de sortie : $P_{hi} \times 0{,}75 \times P_{1hi} \times P'_{2hi}$

Coefficient d'extrapolation: $1/P_{hi} \times 0{,}75 \times P_{1hi} \times P'_{2hi}$

Soit X, le nombre total d'enfants de moins de 5 ans au niveau national

X_{jhi}, le nombre d'enfants de moins de 5 ans au niveau du ménage j de la grappe i et de la strate h.

$$X = \sum_{h=1}^{h=10} \sum_{j=1}^{i=nh} \sum_{j=1}^{j=mih} \left(\Sigma C_{ih} \times X_{jih} + \sum_{j'=1}^{j'=m'ih} \Sigma C'_{ih} \times X_{j'ih} \right)$$

avec

n = nombre de grappes dans la strate h

m = nombre échantillon d'enfants

C_{ih} = Coefficient d'extrapolation ménage avec enfant

C'_{ih}= Coefficient d'extrapolation ménage sans enfant

ERREURS DE SONDAGE

Tableau 81 : Erreurs de sondage-les variables choisies, Mics Madagascar, 2000

Variables	Estimation	Population
Sans instruction-femme	Proportion	Toutes les femmes
Actuellement en union	Proportion	Femme 15-49 ans
Utilise actuellement une méthode moderne	Proportion	Femme 15-49 ans en union
Connaissance du SIDA-femme	Proportion	Toutes les femmes
Sans instruction-homme	Proportion	Homme 15-49 ans
Connaissance SIDA-homme	Proportion	Homme 15-49 ans
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	Proportion	Enfant moins de 5 ans
Ayant une carte de santé-vu	Proportion	Enfant 12-23 mois
A reçu vaccination BCG (3 doses)	Proportion	Enfant 12-23 mois
A reçu vaccination DTC (3 doses)	Proportion	Enfant 12-23 mois
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	Proportion	Enfant 12-23 mois
A reçu vaccination ROUGEOLE	Proportion	Enfant 12-23 mois
A reçu tous les vaccins	Proportion	Enfant 12-23 mois
Enregistrement naissance	Proportion	Enfant moins de 5 ans
Fréquentation scolaire	Proportion	Enfant 5-12 ans
Vit avec 2 parents biologiques	Proportion	Enfant moins de 15 ans
Développement psycho-moteur	Proportion	Enfant 2-9 ans

Tableau 82 : Erreurs de sondage-National, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,251	0,00115	0,221	0,273
Actuellement en union	0,663	0,00796	0,648	0,679
Utilise actuellement une méthode moderne	0,118	0,00854	0,101	0,135
Connaissance du SIDA-femme	0,654	0,01343	0,628	0,581
Sans instruction-homme	0,194	0,01072	0,173	0,215
Connaissance SIDA-homme	0,754	0,01489	0,725	0,783
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,128	0,00570	0,117	0,139
Ayant une carte de santé-vu	0,483	0,01780	0,448	0,518
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,717	0,01559	0,686	0,748
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,547	0,01799	0,512	0,582
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,603	0,01761	0,568	0,638
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,551	0,01641	0,518	0,583
A reçu tous les vaccins	0,444	0,01717	0,411	0,478
Enregistrement naissance	0,747	0,01351	0,720	0,773
Fréquentation scolaire	0,601	0,01209	0,577	0,624
Vit avec 2 parents biologiques	0,722	0,00838	0,705	0,738
Développement psycho-moteur	0,144	0,00667	0,131	0,157

Tableau 83 : Erreurs de sondage-Province Antananarivo, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,079	0,01334	0,053	0,105
Actuellement en union	0,693	0,01437	0,665	0,721
Utilise actuellement une méthode moderne	0,160	0,01886	0,123	0,197
Connaissance du SIDA-femme	0,806	0,02363	0,759	0,852
Sans instruction-homme	0,052	0,00978	0,032	0,071
Connaissance SIDA-homme	0,820	0,02280	0,776	0,864
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,088	0,01078	0,067	0,109
Ayant une carte de santé-vu	0,648	0,03052	0,588	0,708
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,899	0,01565	0,868	0,929
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,802	0,02844	0,747	0,858
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,849	0,02471	0,801	0,898
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,756	0,02935	0,698	0,813
A reçu tous les vaccins	0,693	0,03155	0,631	0,755
Enregistrement naissance	0,921	0,01368	0,894	0,948
Fréquentation scolaire	0,705	0,02072	0,664	0,745
Vit avec 2 parents biologiques	0,854	0,01522	0,824	0,884
Développement psycho-moteur	0,117	0,01313	0,092	0,143

Tableau 84 : Erreurs de sondage-Province Fianarantsoa, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,292	0,03055	0,232	0,352
Actuellement en union	0,615	0,02216	0,571	0,658
Utilise actuellement une méthode moderne	0,073	0,01418	0,045	0,101
Connaissance du SIDA-femme	0,466	0,03452	0,398	0,533
Sans instruction-homme	0,224	0,02907	0,169	0,283
Connaissance SIDA-homme	0,605	0,04520	0,516	0,693
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,120	0,01260	0,095	0,145
Ayant une carte de santé	0,451	0,04916	0,355	0,547
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,730	0,04126	0,649	0,811
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,571	0,05223	0,468	0,673
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,628	0,04588	0,538	0,718
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,567	0,04193	0,484	0,649
A reçu tous les vaccins	0,448	0,04571	0,359	0,538
Enregistrement naissance	0,702	0,03885	0,627	0,778
Fréquentation scolaire	0,585	0,03116	0,524	0,646
Vit avec 2 parents biologiques	0,674	0,02285	0,629	0,719
Développement psycho-moteur	0,159	0,01905	0,122	0,196

Tableau 85 : Erreurs de sondage-Province Toamasina, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,260	0,03486	0,191	0,328
Actuellement en union	0,664	0,01995	0,625	0,703
Utilise actuellement une méthode moderne	0,121	0,02816	0,066	0,176
Connaissance du SIDA-femme	0,734	0,03404	0,667	0,801
Sans instruction-homme	0,185	0,02603	0,134	0,236
Connaissance SIDA-homme	0,782	0,03819	0,707	0,857
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,136	0,01717	0,103	0,169
Ayant une carte de santé-vu	0,499	0,04636	0,409	0,590
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,666	0,04741	0,573	0,759
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,501	0,05005	0,404	0,599
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,566	0,05150	0,465	0,667
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,513	0,03950	0,436	0,591
A reçu tous les vaccins	0,392	0,04433	0,305	0,479
Enregistrement naissance	0,722	0,03068	0,662	0,782
Fréquentation scolaire	0,652	0,02859	0,596	0,708
Vit avec 2 parents biologiques	0,705	0,01816	0,669	0,741
Développement psycho-moteur	0,207	0,01446	0,178	0,235

Tableau 86 : Erreurs de sondage-Province Mahajanga, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,350	0,02887	0,293	0,407
Actuellement en union	0,671	0,01578	0,640	0,701
Utilise actuellement une méthode moderne	0,087	0,01320	0,062	0,114
Connaissance du SIDA-femme	0,599	0,03994	0,521	0,677
Sans instruction-homme	0,195	0,02408	0,148	0,242
Connaissance SIDA-homme	0,795	0,02681	0,742	0,847
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,145	0,01308	0,119	0,171
Ayant une carte de santé-vu	0,458	0,05020	0,360	0,557
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,649	0,04102	0,569	0,730
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,448	0,04259	0,364	0,531
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,516	0,04818	0,421	0,610
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,469	0,04737	0,377	0,562
A reçu tous les vaccins	0,355	0,04401	0,268	0,441
Enregistrement naissance	0,662	0,03558	0,592	0,732
Fréquentation scolaire	0,530	0,03206	0,467	0,593
Vit avec 2 parents biologiques	0,691	0,02067	0,650	0,731
Développement psycho-moteur	0,114	0,01358	0,088	0,141

Tableau 87 : Erreurs de sondage-Province Toliary, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,455	0,03912	0,378	0,531
Actuellement en union	0,681	0,02038	0,641	0,721
Utilise actuellement une méthode moderne	0,094	0,01698	0,061	0,128
Connaissance du SIDA femme	0,509	0,03596	0,439	0,580
Sans instruction homme	0,463	0,04460	0,376	0,551
Connaissance SIDA homme	0,675	0,04486	0,587	0,763
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,171	0,0159	0,149	0,194
Ayant une carte de santé-vu	0,206	0,03620	0,135	0,277
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,503	0,04469	0,416	0,591
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,267	0,04041	0,188	0,346
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,319	0,04622	0,229	0,410
A reçu vaccination ROUGEOLE	0,316	0,03981	0,238	0,395
A reçu tous les vaccins	0,186	0,03849	0,110	0,261
Enregistrement naissance	0,576	0,04714	0,484	0,668
Fréquentation scolaire	0,427	0,03829	0,352	0,502
Vit avec 2 parents biologiques	0,655	0,01981	0,616	0,693
Développement psycho-moteur	0,146	0,01794	0,111	0,181

Tableau 88 : Erreurs de sondage-Province Antsiranana, Mics Madagascar, 2000

Variables	Valeur (M)	Erreur type (ET)	Intervalle de confiance	
			M-2ET	M+2ET
Sans instruction-femme	0,201	0,02201	0,157	0,244
Actuellement en union	0,632	0,01932	0,594	0,669
Utilise actuellement une méthode moderne	0,147	0,02068	0,107	0,188
Connaissance du SIDA- femme	0,769	0,01643	0,737	0,802
Sans instruction- homme	0,140	0,02541	0,089	0,189
Connaissance SIDA –homme	0,913	0,01952	0,875	0,951
Diarrhée dans les 2 dernières semaines	0,143	0,01905	0,106	0,180
Ayant une carte de santé-vu	0,535	0,05340	0,430	0,639
A reçu vaccination BCG (3 doses)	0,696	0,05386	0,590	0,801
A reçu vaccination DTC (3 doses)	0,417	0,05106	0,318	0,518
A reçu vaccination POLIO (3 doses)	0,476	0,05124	0,376	0,577
A reçu vaccination ROUGEOLE	0476	0,04839	0,381	0,570
A reçu tous les vaccins	0,340	0,04698	0,248	0,432
Enregistrement naissance	0,795	0,03220	0,732	0,858
Fréquentation scolaire	0,635	0,02525	0,585	0,684
Vit avec 2 parents biologiques	0,607	0,02476	0,559	0,656
Développement psycho-moteur	0,107	0,01291	0,081	0,132

Tableau 89 : Répartition par année d'âge de la population, Madagascar, 2000

Année D'AGE	Pourcentage Homme	Pourcentage Femme	Année D'AGE	Pourcentage Homme	Pourcentage Femme
0	4,2	3,9	36	1,0	1,0
1	6,3	5,9	37	0,9	0,9
2	3,4	3,4	38	1,1	1,1
3	4,0	3,6	39	0,8	0,9
4	3,9	3,4	40	1,5	1,3
5	3,3	3,3	41	0,7	0,8
6	3,8	3,5	42	0,8	0,7
7	3,1	3,0	43	0,7	0,6
8	2,9	3,2	44	0,6	0,7
9	2,5	2,5	45	1,0	0,8
10	3,2	3,0	46	0,6	0,5
11	2,2	2,1	47	0,6	0,6
12	2,7	2,6	48	0,6	0,7
13	2,2	2,0	49	0,5	0,3
14	2,3	2,2	50	1,0	1,2
15	1,8	1,8	51	0,4	0,4
16	2,0	1,7	52	0,6	0,5
17	1,7	1,7	53	0,4	0,3
18	2,2	2,4	54	0,3	0,4
19	1,3	1,8	55	0,4	0,5
20	2,1	2,8	56	0,3	0,3
21	1,2	1,7	57	0,2	0,2
22	1,4	1,6	58	0,4	0,3
23	1,1	1,5	59	0,2	0,1
24	1,4	1,5	60	0,7	0,9
25	1,7	1,8	61	0,2	0,1
26	1,3	1,6	62	0,3	0,2
27	1,0	1,4	63	0,2	0,1
28	1,5	1,8	64	0,2	0,1
29	1,0	1,2	65	0,3	0,3
30	2,2	1,7	66	0,1	0,1
31	0,9	1,1	67	0,1	0,1
32	1,3	1,2	68	0,1	0,2
33	1,1	1,0	69	0,1	0,1
34	1,0	1,1	70 +	1,6	1,3
35	1,4	1,3	ND	0,4	0,4
			Total	**100**	**100**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BELLAMY C.: *La situation des enfants dans le monde (1997) Résumé* - UNICEF

BIT: *L'intolérable en point de mire : une nouvelle convention internationale pour éliminer les pires formes de travail des enfants*, BIT 1999.

CHAMIE,M ,*Can childhood disability be ascertained simply by survey?* Epidemiology, vol. 5, pages 273-275, 1994

CHARMES J.: *Les sources des statistiques sociales à Madagascar et l'élaboration d'un Tableau de Bord Social*, INSTAT/PNUD, Octobre 2000.

CNRE/Macro International Inc: *Enquête Nationale Démographique et Sanitaire, Madagascar 1992 - Rapport principal*, MRAD/USAID/FNUAP, Février 1994.

DALY P., AZEFOR M., NASAH B.: *Safe Motherhood in Francophone Africa: Some Improvement But Not Enough* - World Bank Apr 94 14:11:47 EDT.

DGEP/SPPM: *Rapport Economique et Financier 1999, Madagascar* - Ministère des Finances et de l'Economie, Mai 2000

DISSOU Y. et al: *Pauvreté à Madagascar: défi public et stratégies des ménages.* INSTAT/ IMATEP/ USAID, Juin 2000.

DURKIN M. S. et al, *Validity of the ten questions screen for childhood disability results from population-based studies in Bangladesh, Jamaica and Pakistan,* Epidemiology, vol. 5 pages 283-289, 1994.

ELECTRONIC RESEARCH CENTER. *The Family Planning Manager's Handbook. Tools and technics. Common Indicators for a Family Planning Program* - MSH. Inc. 2000.

HAGGERTY P. et al: *Nutrition et santé des jeunes enfants à Madagascar: Résultats de l'enquête Démographique et de santé, Madagascar 1997* - Macro International Inc., Janvier 1999.

INSTAT : *Appui à la mis en place d'un système national intégré de suivi de la pauvreté: Tableau de bord social* (Version provisoire), INSTAT/PNUD, Novembre 2000.

INSTAT : *Enquête permanente auprès des ménages, Madagascar 1993 - Rapport principal*, INSTAT/PNUD/BM, Décembre 1995

INSTAT : *Enquête prioritaire auprès des ménages, Madagascar 1999 - Rapport principal*, INSTAT/USAID/UNICEF, Août 2000.

INSTAT/Macro International Inc.: *Enquête démographique et de santé, Madagascar 1997 - Rapport principal*, INSTAT/USAID/FNUAP/UNICEF, Novembre 1998.

INSTAT/UNICEF: *Enquête par grappes à indicateurs Multiples (MICS), Madagascar 1995: Rapport préliminaire*, Février 1996.

INSTAT : *Recensement général de la population et de l'habitat, Madagascar 1993, Rapport principal*, INSTAT/FNUAP/PNUD/USAID, 1996

IPEC/BIT: *L'action de l'IPEC contre le travail des enfants : Réalisations, leçons tirées et indications pour l'avenir (1998 –1999)* - BIT, 2000

IPEC/BIT: *Le travail des enfants à Madagascar. Bilan de l'enquête effectuée dans les six provinces en 1997* - BIT, 1997.

IPEC/BIT: *Le travail des enfants à Madagascar. Plan National d'action* - BIT, 1998.

IPEC/BIT: *Livre 1, Le travail des enfants, les droits des enfants et l'éducation - Matériel d'information à l'intention des enseignants et des organisations* - BIT, 1999

MAE/UNICEF: *Plan cadre d'opération pour le Programme de Coopération Madagascar-UNICEF 1996-2000*, Gouvernement de Madagascar/UNICEF, Juin 1995.

MEPRS: *Plan National d'Action pour le Redressement Social 1994-2000, Madagascar* - Ministere de l'Economie, du Plan et du Redressement Social.

MEPRS/UNICEF: *Analyse de la situation des enfants et des femmes à Madagascar 1994* - République de Madagascar - UNICEF.

MFE/UNICEF: *Plan cadre d'opération pour le Programme de Coopération Madagascar-2001-2003*, Gouvernement de Madagascar/UNICEF, Novembre 2000.

MFE/UNICEF: *Situation des enfants et des femmes à Madagascar, Version provisoire*, DCIS/CISC/UNICEF, Décembre 1999.

MINESEB: *Education Pour Tous: Bilan à l'an 2000, Madagascar* - MINESEB/DPE, Octobre 1999.

MINESEB/UNICEF: *L'éducation des filles et des femmes à Madagascar. Un état de lieux* (Octobre 1998)

NATIONS UNIES: *Manuel X - Techniques indirectes d'estimation démographique.* Département des Affaires Economiques et Sociales, Etudes Démographiques N°81, New York 1984

NSO/UNICEF: Malawi social indicators survey 1995, Ministry of Economic Planning and Development/National Statistics Office/ Centre for Social Research, Septembre 1996

MPJS: *Rapport National sur l'environnement socio-économique des personnes handicapés* (Version provisoire)- Ministère de la Population, de la Jeunesse et des Sports – Novembre 1994.

NATIONAL RESOURCE COUNCIL: Contraception and Reproduction. Health consequences for women and children in the developing world. Washington D.C.: National Academy Press, 1989.

RAKOTO Y. M., RAZAFINDRAZAKA D.:*Etude et analyse sur les droits des enfants en situation difficile dans 0les villes de Fianarantsoa, Mahajanga, Antsirabe et Antananarivo-* MPCFE/UNICEF, Décembre 1999.

RAKOTONDRAINIBE Herivelo : *Analyse de la situation du secteur de l'eau et de l'assainissement.* PNUD (Programme National de Lutte Contre la Pauvreté). Décembre 1999.

RAZAFIMANJATO J.: *Planification familiale. Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 1997-* INSTAT/Macro International Inc. Nov. 1998

ROBEY B, RUTSTEIN SO, MORRIS L.: *The reproductive revolution: new survey findings.* Popul Rep Series M (11), 1992

ROUBAUD F., COURY D.: *Le travail des enfants à Madagascar: Un état de lieu.* INSTAT/ORSTOM/IPEC/BIT, 1997

UNICEF: *Monitoring progress toward the goals of the world summit for children. A practical handbook for multiple- indicator surveys.* Planning Office. Evaluation and Research Office. Program Division. New York, January 1995.

UNICEF: *Rapport National sur le Suivi du Sommet Mondial pour les Enfants : Directives techniques pour l'annexe statistique*

UNICEF: *End-decade multiple indicator survey manual: Monitoring towards the Goals of the 1990 World Summit for Children* - Division of Evaluation, Policy and Planning, Février 2000

USAID: *Health and Family Planning Indicators: A Tool for Results Frameworks. Volume 1.* Office of Sustainable Development. Bureau for Africa, July 1999.

WALTISPERGER D. et al: *La mortalité à Antananarivo de 1984 à 1995.* Les Documents et Manuels du CEPED no 7, Mai 1998

WILLIAM CD. *Child health in the Gold Coast.* Lancet 1938:1:97-102.

ZAMAN, S. S. et al. *Validity of the "Ten questions" for screening serious childhood disability results from urban Bangladesh.* Intl. Journal of Epidemiology, Vol 19, pages 613-620, 1990.

PERSONNEL DE L'ENQUETE A INDICATEURS MULTIPLES – MICS 2000

Direction Nationale

RAZAFIMANJATO Jocelyn Yves, Démographe
Directeur de la Démographie et des Statistiques Sociales

Direction Technique

RABEZA RAFARALAHY Victor, Démographe, DDSS/INSTAT
RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel, Démographe, DDSS/INSTAT

Informaticienne

RAKOTOVELO Lala Arimino Denise Lydia

Analystes

RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel
RABEZA RAFARALAHY Victor
RAZAFIMIARANTSOA Tovonirina
RAMBININTSOA José
RAZANATSOARILALA Hélène
ANDRIAMIADANA Jean
MAFILAZA Victor
RAZAFIMANDIMBY Jules
RABIALAHY Célestine
RANAIVO Adeline
RAKOTONIAINA Barbara
RAKOTONIRINA Simon

Coordonnateurs Terrain

RABEZA RAFARALAHY Victor
RANDRIAMANJAKASOA Jean Harvel
RAZAFIMIARANTSOA Tovonirina
T.RASOAZANARIVO Lala
RAKOTO ANDRIANATOANDRO Frédéric

Superviseurs régionaux

RANDRIANARISOA Bernard
JOUJOU Olivier
RABEMANANJARA Pierre Fils
RANDRIANANTENAINA Paulin
RAHARIMANANA Beby
RANAIVOARIMANANA Honoré
RANDRIANJANAKA Niaina

Contrôleurs Terrain

ANDRIANJAFY Naivo Patrice
GIZAVO Nospah Ernest
HOLISAM Mario Lydie
RABARISON Bien-Aimé
RAHANIRAKA RAZANADRAKOTO Hery Tiana
RAHANTANIAINALALAO Olivia
RAKOTOARISOA Serge Dollfus
RAKOTOMAMONJY Brigitte Aimée
RAKOTOMANANA Aina Mamy Norotiana
RAKOTONIRINA Roger Justin
RALAIZANDRY Hantaniaina Emma Patricia
RAMANANJANAHARY Lantosoa
RAMAROLAHY Pascal
RAMBOASOLO Verohanta
RAMOTARISON Sylviane
RANDRIAMAHEFA Hery Moreno
RANDRIAMORASATA Jacques Joachim
RASOAZANANIAINA Volanoro Nina
RATSIMANDRESY Rachel
RAZANAKOLONA Raivotiana

Moniteur

RATRIMOVOLOLONA Noëline
Ny AVANA RANARIFIDY Jean Richard
RASOAMANANJARA Faranirina Phily
RAZAFIMAHEFA Miarindrainy

Enquêteurs

ANDRIAMAROZAKA Voahangy Lalao
ANDRIAMBOAVONJY Tatamo Nirina Patricia
ANDRIANJAKA Haja Maminirina Hortensia
BAKOARISOA Clotilde
HERINOROTIANA Lalaonirina
HERY Nantenaina Harison
NOELIDINE Norosoa
NOROLALAO Célestine Yvette
RABARISOA Rahantanirina Olga
RABEMANANJARA Noro Lalaina
RABENJA Ny Lovaniaina
RABERISOANA Rolland
RABESIHANAKA Ravo
RAFARAVAVY
RAHAINGO Verohanitriniaina Sylvie
RAHARILANTONIAINA Lalatiana
RAHARIMBOLA Yvonne
RAHARINAIVO Voahangy
RAHARISOA Laurette Marie Jeanne
RAHARISON Mihantanisoa
RAHARIVELONOMBANA Hobisoa
RAHARIVOLA Minoharisoa
RAHASINANDRASANA Marie Béatrice
RAHELIARISOA TSIMAHOLY Njaika
RAHERIJAONA Richard
RAHERIVOLOLONA Farasoa Mamy
RAJAONARISON Gladys
RAJAONARIVONY Hobisoa
RAJERISOANA Paulette
RAJOHNSON RATOMPOALISEHENO Charline
RAKOTO RAMAKASOA Jaona Arilala
RAKOTO RAMAKASOA Ravaonivosoa
RAKOTOARISOA Herintsoa voahirana
RAKOTOARISOA Herilala
RAKOTOARISOA Claudia Aimée
RAKOTOARIVONY Eva
RAKOTOARIVONY Hanitra
RAKOTOJAONA Henri
RAKOTOMAHARO Annick
RAKOTONIRINA Faratiana
RAKOTONIRINA Mamiarisoa Oméga
RAKOTONIRINA Martin
RAKOTONOMENJANAHARY Gabriel
RAKOTOARIVELO Noëline
RALIJAONA ANDRIAMANANA Nomenjanahary
RALIJAOANA Hanitrin'ny Ando
RALIMANANA Justin
RAMAMONJIZANAKA Fanjatahiana Lovasoa
RAMANGA-HARIVAO Adeline
RAMAROMAMANGA Mamitiana Tantely
RAMASIARIMANANA Volasoa Emelie
RANAIVOMANANA Harinoro Mbolatiana
RANDREMISA Miandrisoa
RANDRIAMANANA Andriambelonirina N.
RANDRIAMASIVELOARISON Nandrasana
RANDRIAMBELO Mamitiana
RANDRIAMBOLAHASINA Joseph
RANDRIAMIANDRISOA Jean Claude Pascal
RANDRIANALISOA Justin
RANDRIANALY Nagnatsara Bernadine
RANDRIANARIVO Arsène
RANDRIANTSIRAHONANA Gardi
RANIRIVOLOLONA Samoely Hantanandrianina
RANOELIARISOA Jeanne Odette
RAOLIARIMALALA Lantoniaina Mija
RASOAHANITRININOSY Julie
RASOAMALALA Volatiana
RASOANAIVO Harivao Joelle
RASOANAIVO Miarinjaka Harimanana
RASOANIRINA Marguerite
RASOARIMALALA Harizandry Bellarmin
RASOARIMANANA Jeannine Aimée
RASOATIANA Marie Louise
RASOAZAFINAJY Liliane
RASOAZAKANINDRIANA Robertine Elise
RASOAZOELIARIMANANA Vero Nirina Liliane
RASOLOFOMANANTSOA Bruno
RASOLOFONIRIANA Myriam
RASOLONANTENAINA Hely Vololona
RATOVONDRAHONA Christian
RATSIMIAHOTRARIVO Nary Manantsoa
RATSIMIORY Or Espérat
RAVALISON Noro Hanitra
RAVELOARINORO Vololona
RAVELOARISOA Yvonne
RAVOLAHARIMANANA Elisabeth
RAVONIARISOA Marie Suzanne
RAZAFIARIMANANA Sahondra Jeannette
RAZAFININDRIANA Marie Françoise
RAZAIARIMANANA Ameline Julie
RAZANADRASOA Berthine
RAZANAMAHAZO Livah
RAZANAMAMPIONONA Suzeline
RAZOELIARISOA Sahondra Lalao
VOLOLONIRINA Philippine Emilienne

Superviseur de saisie

RAKOTO RAMAKASOA Ranaivozafindrahary

Contrôleurs de saisie

RAKOTONDRAJAO Jean Marc
RAKOTOARISOA Xavier
ANDRIANARIVONY Hery Lantonandrianina
RABARISOA Mavo
RABEARIVONY Andriamihaja Samoela

Agents de saisie

RALALAHARISOA Hanta
RAKOTOZAFY Ony Chantal
RASOAMANALINARIVO Françoise
RANDRIANINDRINA Wilson Martin
RABEARIZANANY Dinamampionona
RABEARIZANANY Andrianantenaina
RAJAOARIFETRA Aimé Charles
SOLONANAHARY Harivelo Mario
RAHARY Mino Manoisoa Odine
RANOROARIMANANA Sarah Minoharisoa

Personnel d'appui

RAKOTONARIVO Alain
ANDRIATAHINA Manamihaja Mamy
ANDRIAMPARANY Harimanana
RAKOTOARIMANANA Jacques yves

Secrétaire

RAKOTOARISOA Vololona

Chauffeurs

JAOMANANA Frédéric
RABEMANANJARA Thierry
RAKOTOMANGA Jean Eloi
RAJHONSON Aubierge

MADAGASCAR

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT L'ÉDUCATION ET LA SANTÉ DE LA FAMILLE. J'AIMERAIS VOUS PARLER AU SUJET DE CELA. L'ENTREVUE PRENDRA A PEU PRÈS [....] MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS RECUEILLIES SONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS IDENTIFIÉES. PENDANT CE TEMPS JE VOUDRAIS M'ENTRETENIR AVEC TOUTES LES MÈRES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MÉNAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?. *Si la permission vous est donnée, commencer l'interview.*

A- IDENTIFICATION DU MÉNAGE

1- Nom de la localité: _____

2- Nom du chef de ménage: _____

3- Numéro de la grappe: _____

4- Numéro du ménage: _____

5- Faritany : _____

6- Milieu de résidence: 1 = Antananarivo-Renivohitra, 2 = Chef lieu Faritany + Antsirabe-Ville

3 = Autres urbains, 4 = Rural

LOGEMENT

7- Nature du plancher

(RECUEILLIR CE QUE VOUS OBSERVEZ DANS LE LOGEMENT)

Sol Nu/terre/sable	1
Planche en bois	2
Palme/bambou/natte	3
Parquet/bois Ciré	4
Carrelage	5
Ciment	6
Moquette	7
Autre: _____ (à préciser)	8

8- Nombre de pièces occupées pour dormir — Nombre: ___

RÉSULTATS

9- **Résultat de l'interview dans le ménage**

Complet	1
Refus	2
Aucune personne à la maison/Absence pou une longue période	3
Habitation non trouvée/détruite/vide	4
Autres: _____ (à préciser)	8

10- Nombre d'**hommes** éligibles (**15-49 ans**) ___

11- Nombre d'**hommes** complètement interviewées ___

12- Nombre de **femmes** éligibles (**15-49 ans**): ___

13- Nombre de femmes complètement interviewées ___

14- Nombre d'enfants de **moins de 5 ans:** ___

15- Nombre d'enfants à interview complet ___

Code Enquêteur:	**Code Superviseur:**	**DATE DE L'INTERVIEW**	**BUREAU CENTRAL**
___	___ Daty:	**Jour** ___ **Mois** ___ **Année** 2 0 0 0	**Code Agent de saisie:** ___

OBSERVATIONS

Notes pour l'enquêteur/Superviseur: *Utiliser cet espace pour enregistrer les remarques concernant l'interview dans le ménage, telles que les retours, questionnaire individuel incomplet, nombre d'attentes pour les retours etc.*

B- LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE GRAPPE N°: ☐☐☐ MÉNAGE N°: ☐☐

S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MÉNAGE. *(Utiliser la définition des membres de ménage de l'enquête). Ecrire le premier nom à la ligne N° 01. Enumérer en premier les membres adultes du ménage, les enfants ensuite. Demander ensuite:* Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI HABITENT ICI, MÊME S'ILS NE SONT PAS A LA MAISON MAINTENANT ? (Y COMPRIS LES ENFANTS À L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL). *Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions et enregistrer les réponses aux questions tel que décrit dans le manuel d' instruction pour les enquêteurs.* **Ajouter un questionnaire-suite** s'il n'y a pas assez de ligne sur cette page.

Cocher ici si un questionnaire-supplément a été utilisé ☐

	POUR TOUS LES MEMBRES RÉSIDANT DANS LE MÉNAGE			POUR TOUTES LES PERSONNES **< 18 ANS**	ELIGIBLE POUR			QUESTIONS À POSER AUX PERSONNES ÂGÉES DE **15 ANS OU PLUS**		QUESTIONS À POSER AUX **ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS** (NE PAS CONSIDÉRER CEUX QUI ONT 15 ANS)			
1- NUMERO DE LIGNE	2- NOM	3- ..... EST-IL DE SEXE MASC. OU FÉM. ? L = 1 V = 2	4- QUEL ÂGE À .....? (QUEL ÂGE AVAIT..... ... À SON DERNIER ANNIVER-SAIRE?) *A enregistrer en années révolues* 99- NE SAIT PAS *	5- POSSÈDE-T-IL (ELLE) UNE COPIE DE NAISSANCE? 1 - OUI 2 - NON 9 - NE SAIT PAS	6- ENCERCLER LE NUMÉRO DE LIGNE SI LA FEMME EST ÂGÉE DE 15-49 ANS	7- POUR CHAQUE ENFANT **ÂGÉ DE 5-14 ANS**: QUI EST LA MÈRE / LE PREMIER RESPONSABLE DE L'ENFANT ? (Inscrire le N° de ligne de la mère /du responsable)	8- POUR CHAQUE ENFANT DE **MOINS DE 5 ANS** QUI EST LA MÈRE / LE PREMIER RESPONSABLE DE L'ENFANT ? (Inscrire le N° ligne de la mère /du responsable	9- PEUT-IL (ELLE) LIRE UNE LETTRE OU UN JOURNAL FACILEMENT, AVEC DIFFICULTÉ OU PAS DU TOUT? 1- FACILEMENT 2- AVEC DIFFICULTÉ 3- PAS DU TOUT 9- NE SAIT PAS	10- QUELLE EST LA SITUATION MATRIMONIALE DE .....? 1- ACTUELLEMENT MARIÉ/EN UNION 2- VEUF 3- DIVORCÉ 4- SÉPARÉ 5- JAMAIS MARIÉ	11- EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE ..... EST ENCORE EN VIE 1- OUI 2- NON ↘ **Q.13** 9- NSP ↘ **Q.13**	12- (*Si en vie*) EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE..... VIT DANS CE MÉNAGE ? 1 - OUI 2 - NON	13- EST-CE QUE PÈRE BIOLOGIQUE DE ..... EST ENCORE EN VIE 1- OUI 2- NON ↘ **Ligne suivante** 9- NSP ↘ **Ligne suivante**	14- (*Si en vie*) EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE..... VIT DANS CE MÉNAGE ? 1 - OUI 2 - NON
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
N°	NOM	L V	AGE	O N NSP	15-49	MÈRE/RESP	MÈRE/RESP	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	OUI NON	O N NSP	OUI NON
01		1 2	☐☐	1 2 9	01	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
02		1 2	☐☐	1 2 9	02	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
03		1 2	☐☐	1 2 9	03	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
04		1 2	☐☐	1 2 9	04	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
05		1 2	☐☐	1 2 9	05	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
06		1 2	☐☐	1 2 9	06	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
07		1 2	☐☐	1 2 9	07	☐☐	☐☐	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

CONTINUER DANS LE TABLEAU SUIVANT SI CELUI-CI NE SUFFIT PAS

	POUR TOUS LES MEMBRES RÉSIDANT DANS LE MÉNAGE			POUR TOUTES LES PERSONNES < 18 ANS	ELIGIBLE POUR			QUESTIONS À POSER AUX PERSONNES ÂGÉES DE 15 ANS OU PLUS		QUESTIONS À POSER AUX ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS (NE PAS CONSIDÉRER CEUX QUI ONT 15 ANS)			
					MODULES FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	MODULE SANTÉ DES ENFANTS						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
N°	NOM	L V	AGE	O N NSP	15-49	MÈRE/RESP	MÈRE/RESP	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	OUI NON	O N NSP	OUI NON
08		1 2	__	1 2 9	01	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
09		1 2	__	1 2 9	02	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
10		1 2	__	1 2 9	03	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
11		1 2	__	1 2 9	04	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
12		1 2	__	1 2 9	05	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
13		1 2	__	1 2 9	06	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
14		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
15		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
16		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
17		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
18		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
19		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
20		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
21		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
22		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
23		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
24		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
25		1 2	__	1 2 9	07	__	__	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2

CONFIRMER: Y-A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI - MÊME S'ILS NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU QUI N'ONT PAS DE PARENTS QUI HABITENT DANS CE MÉNAGE ? EN CONSIDÉRANT LES ENFANTS AU TRAVAIL OU À L'ÉCOLE ? Si oui, insérer le nom de l'enfant et compléter le tableau.

*A utiliser seulement pour les membres adultes du ménage (le code signifie "ne sait pas/plus de 50 ans").

GRAPPE N°: | | | | MÉNAGE N° : | | |

C- MODULE EDUCATION

POUR TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES DE 3 A 17 ANS

PERSONNES ÂGÉES DE 5-17 ANS

	FREQUENTATION SCOLAIRE-NIVEAU D'INSTRUCTION		Année scolaire **(1999-2000)**		Année scolaire **(1998-1999)**		**Pour les personnes ayant été inscrites à l'école primaire**		**Programme non formel**
15- Numéro de ligne (voir la liste des membres du ménage)	16- [NOM] A-T-IL DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU UN CENTRE D'ÉDUCATION ENFANTINE? 1- OUI ↦**Q.17** 2- NON ↦**Q.24**	17- QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDE ATTEINT PAR [.....]? QUELLE EST LA DERNIÈRE CLASSE ACHEVÉE À CE NIVEAU? **NIVEAU:** 1- PRESCOLAIRE 2- PRIMAIRE 3- SECONDAIRE 4- SUPÉRIEUR 9- NSP **CLASSE:** 99- NE SAIT PAS (NSP)	18- EST-CE QUE ..... A ÉTÉ INSCRIT DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE **1999-2000** 1- OUI 2- NON ↦ Q.20 9- NSP ↦ Q.20	19- .....A-T-IL ÉTÉ A L'ECOLE DURANT LE MOIS PRÉCÉDANT L'EXAMEN DU CEPE **[1999- 2000]** 1- OUI 2- NON 9- NSP	20- EST-CE-QUE..... A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE **[1998-1999]** 1- OUI 2- NON ↦ Q.22 9- NSP ↦ Q.22	21- A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE .....A-T-IL FREQUENTÉ AU COURS DE L'ANNEE [1998-1999] ? **NIVEAU:** 1- PRESCOLAIRE 2- PRIMAIRE 3- SECONDAIRE 4- SUPÉRIEUR 9- NSP **CLASSE:** 99- NE SAIT PAS (NSP)	22- EN QUELLE ANNÉE A-T-IL COMMENCÉ L'ECOLE PRIMAIRE? Inscrire l'année ou entourer 9999 - NSP	23- DEPUIS COMBIEN DE TEMPS A-T-IL INTERROMPU SES ETUDES ? Entourer l'une des modalités suivantes: 0- <1 AN 1- UN AN 2- DEUX ANS 3- TROIS ANS 4- QUATRE ANS ET PLUS 5- NON CONCERNÉ 9- NSP	24- [Nom] A-T-IL PARTICIPÉ A UN PROGRAMME D'EDUCATION NON FORMELLE ? Si **OUI** entourer la ou ou les réponses suivantes : 1-ALPHABETISATION 2-ED/TION SPECIALISÉE 3-APPRENTISSAGE PROFESSIONNEL 4-EDUCATION RELIGIEUSE 5-AUTRES Entourer: 6- si **NON** 9- NSP
15	**(16)**	**(17)**	**(18)**	**(19)**	**(20)**	**(21)**	**(22)**	**(23)**	**(24)**
N°	OUI NON	NIVEAU / CLASSE	O N NSP	E NON NSP	O N NSP	NIVEAU / CLASSE	ANNÉE NSP	DURÉE	OPTIONS
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9
	1 2 ↦ **Q.24**	1 2 3 4 9 _____	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 3 4 9 _____	_____ 9999	0 1 2 3 4 5 9	1 2 3 4 5 6 9

Maintenant pour chaque femme âgée de 15-49 ans, écrire son nom et son numéro de ligne en haut de chaque page du questionnaire-femme.

Pour chaque enfant de moins de 5 ans, écrire son nom et son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère/responsable en haut de chaque page du questionnaire-enfant.

Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant dans le ménage

D- MODULE TRAVAIL DES ENFANTS NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMÉRO DE MÉNAGE : ☐☐

CL1 CL3a CL3 CL4 CL5a CL5 CL5b CL6 CL7 CL8 CL9

*A administrer au responsable de chaque enfant âgé de **5 à 14 ans**, résidant dans le ménage. Copier le numéro de ligne de chaque enfant éligible à partir de la liste du ménage.*

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS RELATIVES AUX TRAVAUX DES ENFANTS DANS LE MÉNAGE

1- NUMÉRO DE LIGNE DEL'ENFANT	2- NOM	3- DURANT LA SEMAINE PASSÉE ..... A-T-IL /ELLE EFFECTUÉ UN TRAVAIL POUR LE COMPTE D'UN **MEMBRE DE CE MÉNAGE?** *Si OUI:* ÉTAIT-IL/ELLE RÉMUNÉRÉ (E)? 1- OUI, RÉMUNÉRÉ(E) (EN ENTIER OU EN PARTIE) 2- OUI, MAIS NON RÉMUNÉRÉ(E) 3- NON	4- DURANT LA SEMAINE PASSÉE ..... A-T-IL/ELLE EFFECTUÉ UN TRAVAIL POUR LE COMPTE DE **QUELQU'UN QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE?** *Si OUI:* ÉTAIT-IL/ELLE RÉMUNÉRÉ (E)? 1- OUI, RÉMUNÉRÉ(E) (EN ENTIER OU EN PARTIE) 2- OUI, MAIS NON RÉMUNÉRÉ(E) 3- NON	5- *Si OUI: à Q.3* **OU** *Q.4* DEPUIS (*jour de la semaine)* DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES DE TRAVAIL A-T-IL (ELLE) EFFECTUÉ? *Si plus d'un travail, additionner toutes les heures de travail effectuées. Reconfirmer si le total dépasse 100 heures.* 99 - NSP	6- AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE ..... A-T-IL /ELLE EFFECTUÉ UN TRAVAIL POUR LE COMPTE D'UN **MEMBRE DE CE MÉNAGE?** *Si OUI:* ÉTAIT-IL/ELLE RÉMUNÉRÉ (E)? 1- OUI, RÉMUNÉRÉ(E) (EN ENTIER OU EN PARTIE) 2- OUI, MAIS NON RÉMUNÉRÉ(E) 3- NON	7- AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE ..... A-T-IL /ELLE EFFECTUÉ UN TRAVAIL POUR LE COMPTE D'UN **QUELQU'UN QUI N'EST PAS MEMBRE DE CE MÉNAGE?** *Si OUI:* ÉTAIT-IL/ELLE RÉMUNÉRÉ (E)? 1- OUI, RÉMUNÉRÉ(E) (EN ENTIER OU EN PARTIE) 2- OUI, MAIS NON RÉMUNÉRÉ(E) 3- NON	8- SI [NOM] A EFFECTUE UN TRAVAIL QUELCONQUE DURANT L'ANNÉE PASSÉE. POURQUOI A-T-IL/ELLE FAIT CE TRAVAIL? 1-IL N'Y A PLUS D'OPPORTUNITÉ POUR LA SCOLARISATION 2-AUTO-PRISE EN CHARGE 3-FRAIS DE SCOLARITÉ 4-LOGEMENT 5-HABILLEMENT 6-ALIMENTATION 7-ARGENT DE POCHE 8-BÉNÉVOLAT 9-AUTRE **(Entourer la raison principale)**	9- DURANT LA SEMAINE PASSÉE, ... A-T-IL/ELLE PARTICIPÉ AUX TRAVAUX DE MÉNAGE TELS QUE FAIRE LA CUISINE, LE MARCHÉ, LA VAISSELLLE, LA LESSIVE OU LA GARDE DES ENFANTS? 1 -OUI 2 -NON ↔ Q.11	10- *Si OUI:* DEPUIS (*jour de la semaine)* DERNIER, COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE EFFECTUÉ POUR CES TRAVAUX MÉNAGERS 99- NE SAIT PAS	11- DURANT LA SEMAINE PASSÉE, ... A-T-IL/ELLE EFFECTUÉ D'AUTRES TRAVAUX FAMILIAUX (DANS LA FERME OU DANS LES AFFAIRES) 1- OUI 2- NON ↘ LIGNE SUIVANTE	12- *Si OUI:* DEPUIS (*jour de la semaine)* DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE EFFECTUÉ POUR CE TRAVAIL? 99- NSP
		Si NON pour Q.3 et Q.4 ↔ Q.6			Si NON pour Q.6 et Q.7 ↔ Q.9						
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
N° ___	NOM	OUI R NR NON	OUI R NR NON	ISAN'NY ORA	OUI R NR NON	OUI R NR NON	RAISON PRINCIPALE	OUI NON	N/bre D'HEURES	OUI NON	N/bre D'HEURES
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	1 2 3	___	1 2 3	1 2 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2	___	1 2	___

NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMÉRO DE MÉNAGE: ☐☐

E- MODULE INCAPACITÉS CHEZ LES ENFANTS. ***A administrer aux responsables de tous les enfants de 2 à 9 ans vivant dans le ménage.***
ENQUÊTEUR: J'AIMERAIS VOUS DEMANDER SI DES ENFANTS AGES DE 2 - 9 ANS DANS LE MÉNAGE *(lire les noms listés dans le tableau de ménage)* **ONT CERTAINES CONDITIONS DE SANTE QUE JE VAIS VOUS MENTIONNER.** *Si la réponse à certaines questions est "oui", demander le nom de l'enfant, et l'écrire ainsi que le numéro de ligne dans l'espace prévu. Entourer la réponse dans la case correspondante. Si "non", passer à la ligne suivante quand la question a été posée*

1- Nom de l'enfant:	.....	.....	.....	.....	.....
2- N° de ligne de l'enfant:	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
3- COMPARÉ AUX AUTRES ENFANTS, ... A (AVAIT)-IL UN SÉRIEUX RETARD POUR S'ASSEOIR, SE LEVER, OU POUR MARCHER? 1 - OUI 2 - NON 9 - NSP	☐	☐	☐	☐	☐
4- COMPARÉ AUX AUTRES ENFANTS, ... A-T-IL DES DIFFICULTÉS POUR VOIR, DANS LA JOURNÉE OU LA NUIT? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
5- ..... PARAIT-IL AVOIR DES DIFFICULTÉS OU DANS L'ÉCOUTE (UTILISE UN ÉCOUTEUR, ÉCOUTE AVEC DIFFICULTÉ, COMPLÈTEMENT SOURD?) 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
6- QUAND VOUS DEMANDEZ A ..... DE FAIRE QUELQUE CHOSE, A-T-IL L'AIR DE COMPRENDRE CE QUE VOUS ÊTES EN TRAIN DE LUI DIRE ? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
7- ..... A-T-IL DES DIFFICULTÉS EN MARCHANT OU EN BOUGEANT SES BRAS OU A-T-IL UNE FAIBLESSE ET/OU RAIDEUR AUX BRAS OU AUX JAMBES? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
8- ..... FAIT-IL PARFOIS DES CRISES, DEVIENT RIGIDE, OU PERD CONNAISSANCE? 1 - OUI 2 - NON 9 - NSP	☐	☐	☐	☐	☐
9- EST-CE QUE ..... APPREND A FAIRE QUELQUE CHOSE COMME LES AUTRES ENFANTS DE SON ÂGE? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
10- EST-CE QUE ..... SAIT BIEN PARLER (PEUT-IL/ELLE SE FAIRE COMPRENDRE; PEUT-IL DIRE DES MOTS RECONNAISSABLES) ? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
11A- A **(Pour les 3-9 ans)** : EST-CE QUE ..... A UNE CONVERSATION, QUI EST EN QUELQUE SORTE DIFFERENTE DE LA NORMALE (PAS ASSEZ CLAIRE POUR ETRE COMPRISE PAR LES GENS AUTRES QUE LA FAMILLE IMMÉDIATE)? 1 - OUI ↦ Q.12 2 - NON ↦ Q.12	☐	☐	☐	☐	☐
11B- **(Pour les 2 ans)** : ..... PEUT-IL NOMMER AU MOINS UN OBJET (PAR EXEMPLE UN ANIMAL, UN JOUET, UNE TASSE, UNE CUILLÈRE)? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐
12- COMPARÉ AUX AUTRES ENFANTS DE SON ÂGE, ... PARAIT-IL MENTALEMENT ARRIÉRÉ, OBTUS OU LENT? 1 - OUI 2 - NON	☐	☐	☐	☐	☐

NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMÉRO DE MÉNAGE : ☐☐

F- MODULE EAU ET ASSAINISSEMENT

Ce module est à administrer une seule fois dans chaque ménage visité. *Encercler seulement une modalité pour chaque question. Si plus d'une réponse est donnée, enregistrer la source ou la toilette la plus utilisée.*

1- QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU À BOIRE POUR LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE?	Robinet dans le logement ..... 01 Robinet dans la cour/parcelle ..... 02 Borne fontaine/Robinet public ..... 03 Puits/forage avec pompe à main ..... 04 Eau en bouteille commercialisée sous contrôle ..... 05 Eau de pluie collectée ..... 06 Puits non protégé ..... 07 Camion citerne/petit vendeur d'eau hors contrôle ..... 08 Lac/rivière/ruisseau ..... 09 Source ..... 10 Autre: _____ ... 11 (A préciser) Pas de réponse ou NSP 99	
2- COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR Y ALLER, CHERCHER DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes ..... ___ ___ ___ Sur place : ..... 888 Ne sait pas: 999	
3- QUEL TYPE DE "KABONE" UTILISE VOTRE MÉNAGE ?	Fosse septique ..... 1 Latrine avec dalle ventillée ..... 2 Latrine avec dalle non ventillée ..... 3 Tout à l'égoût ..... 4 Latrine traditionnelle (sans dalle) ..... 5 Fosse improvisée ..... 6 Autres: _____ ..... 7 (A préciser) Pas de toilette/dans la nature 8	8 ➳ **Q.5**
4- EST-CE QUE CE "KABONE" SE TROUVE À L'INTÉRIEUR OU À L'EXTÉRIEUR DE VOTRE LOGEMENT/COUR/PROPRIÉTÉ ?	Oui, à l'intérieur du logement /cour/parcelle ..... 1 Non 2	
5. QU'EN EST-IL DES EXCRÉTAS DES JEUNES ENFANTS (0- 3 ANS) QUAND ILS NE SAVENT PAS ENCORE UTLISER LE "KABONE"? **(A poser à tous les ménages)**	Enfants utilisent toujours toilette/latrine ..... 1 Jeter dans la toilette/latrine ..... 2 Jeter à l'extérieur de la cour ..... 3 Enterrer dans la cour ..... 4 Ne pas s'en débarasser ou laisser sur le sol ..... 5 Autres: _____ ..... 6 (A préciser) Pas de jeunes enfants à la maison 8	

NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMERO DE MÉNAGE: ☐☐

G- MODULE IODATION DU SEL		
ENQUETEUR: J'AIMERAIS VÉRIFIER SI LE SEL UTILISÉ PAR VOTRE MÉNAGE EST IODÉ. PUIS-JE AVOIR UNE PINCÉE DE SEL UTILISÉ POUR PRÉPARER LE PRINCIPAL REPAS DES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE LA NUIT DERNIÈRE? *Une fois que vous avez examiné le sel, entourer la modalité correspondant au résultat du test*		
1- Résultat du test	Non iodé (0 PPM) (pas de coloration) ..... 1 Moins de 15 PPM (couleur faible) ..... 2 15 PPM ou plus (couleur foncée ou vive) ..... 3 Pas de sel à la maison ..... 4 Sel non testé 5	

H- FORTIFICATION ALIMENTAIRE		
1. EST-CE QUE VOTRE MÉNAGE A CONSOMMÉ DU SUCRE DURANT LA DERNIÈRE SEMAINE?	Oui ..... 1 Non 2	1 ⇨ Q.2
SI NON, AVEC QUOI SUCREZ-VOUS VOS BOISSONS OU VOS ALIMENTS?	Spécifier _____ 9	
2. EST-CE DU SUCRE LOCAL OU IMPORTÉ QUE VOUS UTILISEZ HABITUELLEMENT ?	Produit artisanal ..... 1 Produit industriel national ..... 2 Produit importé 3	1 ⇨ Q.5
3. AQUELLE FRÉQUENCE (EN JOURS) ACHETEZ-VOUS DU SUCRE?	Nombre en jours ..... !_!_!_!	
4. COMBIEN DE KILOS ACHETEZ-VOUS À CHAQUE FOIS D'HABITUDE ?	Kilogrammes (kg) ..... !_!_!_!,!_!_!_!	
5. EST-CE QUE VOTRE MÉNAGE A UTILISÉ DE L'HUILE DURANT LA DERNIÈRE SEMAINE?	Oui ..... 1 Non 2	1 ⇨ Q.6
SI NON, QU'EST-CE QUE VOUS UTILISEZÀ LA PLACE DE L'HUILE POUR PRÉPARER VOS ALIMENTS?	Spécifier _____ 9	
6. EST-CE DE L'HUILE LOCALE OU IMPORTÉE QUE VOUS UTILISEZ HABITUELLEMENT ?	Produit artisanal ..... 1 Produit industriel national ..... 2 Produit importé 3	1 ⇨ Module suivant
7. A QUELLE FRÉQUENCE (EN JOURS) ACHETEZ-VOUS DE L'HUILE ?	Nombre en jours ..... !_!_!_!	
8. COMBIEN DE LITRES ACHETEZ-VOUS À CHAQUE FOIS D'HABITUDE?	Litre ..... !_!_!_!,!_!_!_!	

NUMÉRO DE GRAPPE: | | | | NUMÉRO DE MÉNAGE : | | |

QUESTIONNAIRE POUR LA FEMME

I- INFORMATIONS SUR LA FEMME		
*Ce module est à administrer à **toutes les femmes de 15 -49 ans** (voir colonne 6, liste des membres du ménage). Remplir un questionnaire pour chaque femme éligible.*		
1. ***Numéro de la ligne de la femme (à partir de la liste des membres du ménage).***	Numéro de la ligne ..... |_|_|	
2. *Nom de la femme*	Nom _____	
3A. EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE? Ou : 3B. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORS DE VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Date de naissance Jour/Mois/Année ..... _ _/_ _/_ _ _ _ NSP Date ..... 99999999 Ou : Age (en années révolues) ..... |_|_|	 NSP ➔ 3B
4. AVEZ VOUS DÉJÀ FREQUENTÉ L'ÉCOLE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	 2 ⇨ Module suivant
5. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT?	Primaire ..... 1 Secondaire 1er cycle ..... 2 Secondaire 2nd cycle ..... 3 Supérieur ..... 4 NSP 9	

Passer au module suivant ⇨

NUMÈRO DE GRAPPE: | | | | NUMÈRO DE MÉNAGE : | | | NUMÈRO : FEMME | | |

J- MODULE MORTALITE DES ENFANTS

*Ce module est à administrer à **toutes les femmes de 15-49 ans**.*
Ces questions se réfèrent seulement aux naissances VIVANTES
Suivre les instructions conformément à celles qui ont été données durant la formation. Voir instructions pour les enquêteurs.

1. MAINTENANT J'AIMERAIS VOUS POSER DES QUESTIONS AU SUJET DE TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES DANS VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS? *Si "NON" enquêter en demandant:* JE VEUX DIRE, POUR UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU QUI A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE- MEME S'IL OU ELLE N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES?	Oui ..... 1 Non 2	2 → MODULE PLANIFICATION FAMILIALE
2A. QUELLE ETAIT LA DATE DE VOTRE PREMIERE NAISSANCE? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'A PAS VECU LONGTEMPS, OU SI C'EST L'ENFANT D'UN HOMME AUTRE QUE VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. *Ou:* 2B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE?	Date de la première naissance Jour/Mois/Année..... __/__/____ NSP ..... 99999999 *Ou:* Années révolues depuis la première naissance ..... |_|_|	NSP→ 2B
3. AVEZ-VOUS DES FILS ET DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS??	Oui ..... 1 Non 2	2→ Q.5
4. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS?	FILS A LA MAISON..... |_|_| FILLES A LA MAISON..... |_|_|	
5. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES, A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE, QUI SONT TOUJOURS EN VIE ET QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS?	Oui ..... 1 Non 2	2→ Q.7
6. COMBIEN DE FILS SONT VIVANTS MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? COMBIEN DE FILS SONT VIVANTS MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS?	FILS AILLEURS ..... |_|_| FILLES AILLEURS ..... |_|_|	
7. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU A UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE?	Oui 1 Non 2	2→ Q.9
8. COMBIEN DE VOS FILS SONT DECEDES? COMBIEN DE VOS FILLES SONT DECEDEES?	FILS DECEDES ..... |_|_| FILLES DECEDEES ..... |_|_|	
9. Faire la somme des Q.4, 6 et 8.	Total ..... |_|_|	

10. JUSTE POUR M'ASSURER QUE J'AI ENREGISTRÉ CORRECTEMENT, VOUS AVEZ EU AU TOTAL \|_\|_\| NAISSANCES DURANT VOTRE VIE. EST-CE EXACT?
☐ Oui → *Aller à la Q.11*
☐ Non → *Vérifier les réponses et faire les corrections avant de passer à la Q.11*

11. DE CES (*nombre total*) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ LA DERNIÈRE FOIS (MÊME S'IL OU ELLE EST DECEDÉ(E)) ?	Date de la dernière naissance Jour/Mois/Année..... __/__/____	

*La dernière naissance s'était-elle produite l'année dernière, si c'est le cas, (**insérer la date**)?*

☐ *Oui, naissance vivante l'année dernière → ALLER AU MODULE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE*

☐ *Pas de naissance vivante l'année dernière → ALLER AU MODULE PLANIFICATION FAMILIALE*

NUMÉRO DE GRAPPE: | | | | NUMÉRO DE MÉNAGE : | | | NUMÉRO : FEMME | | |

K- MODULE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE

Ce module est à administrer à toutes les femmes qui ont donné une naissance vivante l'année précédant la date de l'enquête.

1 . AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN DOCUMENT CONSIGNANT VOS VACCINS? *Si une carte est présentée, l'utiliser pour aider à répondre aux questions suivantes.*	Oui (vu).....1 Oui (non vu).....2 Non.....3 NSP 9	
2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LE/LA DÉFENDRE CONTRE LES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE (UNE PIQÛRE D'ANTI-TÉTANIQUE, UNE INJECTION SUR LE HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE)?	Oui .....1 Non.....2 NSP 9	2→ Q.4 9→ Q.4
3. *Si oui*: COMBIEN DE DOSES DE VACCIN ANTI- TÉTANIQUE AVEZ-VOUS REÇU DURANT VOTRE DERNIÈRE GROSSESSE?	**Nombre de doses: .....**|_|_| NSP 99	
Combien de doses ont été enregistrées durant la dernière grossesse à la Q 3? ☐ *Au moins deux injections anti-tétanique durant la dernière grossesse* ➜ *ALLER AU MODULE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE* ☐ *Moins de deux injections anti-tétanique durant la dernière grossesse ou NSP.* ➜ *CONTINUER AVEC LA Q.4*		
4. AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTI-TÉTANIQUE (*question additionnelle*) A UN CERTAIN TEMPS AVANT VOTRE DERNIER ACCCOUCHEMENT, INCLUANT LA PÉRIODE DE GROSSESSE ANTÉRIEURE OU ENTRE LES GROSSESSES?	Oui .....1 Non.....2 NSP 9	2→ Q.7 9→ Q.7
5. *Si oui*: COMBIEN DE DOSES AVEZ-VOUS REÇU?	Nombre de doses.....|_|_| NSP 99	
6A. QUAND AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIÈRE DOSE? *Ou:* 6B. DEPUIS COMBIEN D'ANNÊES AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIÈRE DOSE??	Date de la dernière dose Jour/Mois/Année ..... _ _/_ _/_ _ _ _ NSP Date.....99999999 *Ou :* Il y a .....|_|_|	NSP→ 6B
7. *Additionner les réponses aux Q.3 et Q.5 pour obtenir le nombre total de doses.*	Nombre total de doses..... |_|_| NSP 99	

PASSER AU MODULE SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ➪

Madagascar

NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMÉRO DE MÉNAGE : ☐☐ NUMÉRO FEMME ☐☐

L- SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

Ce module est à administrer à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante l'année précédant la date de l'enquête.

1. LES DEUX PREMIERS MOIS APRÈS VOTRE DERNIÈRE NAISSANCE, AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI? (*Montrer la capsule de 200.000 U.I*)	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
2. AVEZ-VOUS CONSULTÉ QUELQU'UN POUR DES SOINS PRÉNATAUX AU SUJET DE CETTE GROSSESSE? *Si oui*: QUI AVEZ-VOUS VU? QUELQU'UN D 'AUTRE? *Enquêter pour le type de personnel vu et entourer toutes les réponses.*	***Professionnels de santé:*** Médecin ..... 1 Sage femme/Infirmière ..... 2 Auxiliaire médical ..... 3 ***Autre personne:*** Accoucheuse traditionnelle ..... 4 Autres (préciser)_____ ..... 6 Personne 0	
3. QUI VOUS A ASSISTE DURANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT [*ou Nom*]? QUELQU'UN D'AUTRE? *Enquêter pour le type de personne qui a assisté et entourer toutes les réponses.*	***Professionnels de santé:*** Médecin ..... 1 Sage femme/Infirmière ..... 2 Auxiliaire médical ..... 3 ***Autre personne:*** Accoucheuse traditionnelle ..... 4 Parent/Ami ..... 5 Autres (préciser)_____ 6 Personne 0	
4. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT [*NOM*] ETAIT NÉ, L'AVIEZ-VOUS TROUVÉ TRES GROS(SE), PLUS GROS(SE) QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT?	Très gros ..... 1 Plus gros que la moyenne ..... 2 Moyen ..... 3 Plus petit que moyenne ..... 4 Très petit ..... 5 NSP 9	
5. EST-CE-QUE [*NOM*] A ÉTÉ PESÉ(E) À LA NAISSANCE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	2→ Q.7 9→ Q.7
6. COMBIEN PESAIT [*NOM*]? *(Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible)*	Du carnet..... 1 (gr) __ , __ __ __ De souvenir ..... 2 (gr) __ , __ __ __ NSP 9999	
7. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVIEZ-VOUS EU DES DIFFICULTÉS DE VISION AU MOMENT DU LEVER DU JOUR?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	
8. DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS SOUFFERT DE CECITE NOCTURNE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9	

PASSER AU MODULE SUIVANT ➪

NUMÉRO DE GRAPPE: | | | | NUMÉRO DE MÉNAGE : | | | NUMÉRO : FEMME | | |

M- MODULE PLANIFICATION FAMILIALE		
*Demander la Q.1 à **toutes les femmes de 15-49 ans** et suivre soigneusement les sauts d'instruction.* *Les questions sur la grossesse et la contraception doivent être administrées seulement aux femmes qui sont actuellement mariées ou en union.*		
1. ETES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS AVEC UN HOMME? *Si NON, demander si elle était déjà mariée/en union autrefois*	Oui .....1 Non, veuve, divorcée, séparée .....2 Non, jamais mariée 3	 2 → Q5 3 → Q5
2. MAINTENANT JE VAIS CHANGER DE SUJET. J'AIMERAIS VOUS PARLER D'AUTRE CHOSE - DE PLANIFICATION FAMILIALE - ET DE VOTRE SANTE REPRODUCTIVE. JE SAIS QUE CE SONT DES SUJETS DELICATS, MAIS IL IMPORTANT QUE NOUS OBTENIONS CES INFORMATIONS. EVIDEMMENT, TOUTES CES INFORMATIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES. VOUS NE SEREZ JAMAIS IDENTIFIEE A TRAVERS VOS REPONSES. ETES-VOUS ENCEINTE ACTUELLEMENT?	Oui, actuellement enceinte .....1 Non.....2 Incertain ou NSP 3	1 → Q5
3. CERTAINS COUPLES UTILISENT DES MOYENS OU DES METHODES DIVERSES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. ACTUELLEMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU POUR EVITER UNE GROSSESSE?	Oui .....1 Non.....2	 2 → Q5
4. QUELLE MÉTHODE UTILISEZ-VOUS? *Ne pas citer les méthode. Laisser la femme énumérer. Si plus d'une méthode est mentionnée, entourer chacune d'elle..*	Stérilisation féminine .....01 Stérilisation masculine .....02 Pilule .....03 DIU .....04 Injection .....05 Implant .....06 Condom .....07 Préservatif féminin .....08 Diaphragme .....09 Gel/Spermicide .....10 Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée 11 Abstinence périodique .....12 Retrait .....13 Autres (à specifier) _____ 14	
5. **POUR TOUTES FEMMES** (*UTILISATRICES PF OU NON*) QUELLES MARQUES DE CONDOMS CONNAISSEZ-VOUS?	Protector .....1 Panther .....2 Profiltex .....3 Sultan .....4 Stimulev .....5 Coréen(violette) .....6 Autre (à préciser) _____ .....7 NSP 9	1⇨ Q7
6. AVEZ VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MARQUE DE CONDOM QUI S APPELLE **PROTECTOR**?	Oui .....1 Non.....2	 2→MODULE SUIVANT
7. OÙ AVEZ-VOUS APPRIS SUR LES CONDOMS DE MARQUE *PROTECTOR*?	A la Radio .....1 A la télé .....2 Sur des affiches .....3 Sur les boites de vente .....4 Parents/Amis .....5 Autres _____ .....6 (Préciser)	

ALLER AU MODULE SUIVANT →

NUMÉRO DE GRAPPE: | | | | NUMÉRO DE MÉNAGE : | | | NUMÉRO FEMME | | |

N- MODULE VIH/SIDA POPULATION DE 15 - 49 ANS		
*Ce module est à administrer à **toutes les femmes âgées de 15-49 ans**.* *Voir les instructions pour les enquêteurs pour de plus amples informations sur ces questions.*		
1. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS?	Oui.....1 Non.....2	 2 → Q.8
2. EN VOUS RAPPELANT VOTRE PASSÉ, DITES-MOI À QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER RAPPORT SEXUEL?	AGE.....|_|_|	
3. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN PARTENAIRE RÉGULIER (À PART VOTRE CONJOINT SI MARIÉE)?	Oui.....1 Non.....2	 2 → Q.5
4. COMBIEN DE PARTENAIRES RÉGULIERS AVEZ-VOUS (À PART VOTRE CONJOINT SI MARIÉE) AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS)?	NOMBRE.....|_|_|	
5. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE (AUTRE) PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, C'EST-À-DIRE AVEC UNE AUTRE PERSONNE QUE LE CONJOINT OU LE PARTENAIRE RÉGULIER ?	Oui.....1 Non.....2	 2 → Q.8
6. AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS - À PART VOTRE CONJOINT OU PARTENAIRE RÉGULIER?	NOMBRE.....|_|_|	
7. LORS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL AVEC UNE AUTRE PERSONNE QUE VOTRE CONJOINT OU PARTENAIRE RÉGULIER AVEZ -VOUS UTILISÉ UN PRÉSERVATIF?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
8. AVEZ VOUS ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE VIH/SIDA?	Oui.....1 Non.....2	 2 → FIN
9. Y A- T- IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PERSONNE PUISSE FAIRE POUR ÉVITER D'ATTRAPER LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	 2 → Q.11 9 → Q.11

10. JE VAIS VOUS LIRE QUELQUES AFFIRMATIONS SUR LA PROTECTION CONTRE LE VIH/SIDA. POUR CHACUNE DITES-MOI SI VOUS PENSEZ QU' ELLE EST VRAIE OU FAUSSE.				
ON PEUT SE PROTÉGER DU VIH/SIDA EN...	VRAI	FAUX	NSP	
A) SUIVANT UN BON RÉGIME ALIMENTAIRE	1	2	9	
B) RESTANT AVEC UN PARTENAIRE FIDÈLE	1	2	9	
C) ÉVITANT D'UTILISER LES TOILETTES PUBLIQUES	1	2	9	
D) UTILISANT DES PRÉSERVATIFS PENDANT LES RAPPORTS SEXUELS	1	2	9	
E) É VITANT DE TOUCHER UNE PERSONNE QUI A LE SIDA	1	2	9	
F) ÉVITANT DE PARTAGER LA NOURRITURE D'UNE PERSONNE QUI A LE SIDA	1	2	9	
G) EVITANT LE PIQÛRES DES MOUSTIQUES OU D'INSECTES SIMILAIRES	1	2	9	
H) S'ASSURANT QUE TOUTE INJECTION EST FAITE AVEC UNE AIGUILLE PROPRE	1	2	9	
I) S'ABSTENANT DE RAPPORT SEXUEL	1	2	9	
11. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL SE TRANSMETTRE DE LA MÈRE A L'ENFANT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 9			2 → Q.13 9 → Q.13
12. JE VAIS VOUS LIRE QUELQUES AFFIRMATIONS. POUR CHACUNE DITES MOI SI C EST VRAI OU FAUX.				
LE VIRUS DU SIDA SE TRANSMET DE LA MERE A L ENFANT:	VRAI	FAUX	NSP	
A) - PENDANT LA GROSSESSE	1	2	9	
B) - PENDANT L ACCOUCHEMENT	1	2	9	
C) - PENDANT L ALLAITEMENT	1	2	9	
13. SERIEZ-VOUS DISPOSÉ OU NON À PRENDRE SOIN D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ATTEINT DU SIDA?	Disposé ..... 1 Pas disposé ..... 2 Ne sait pas 9			
14. LES PERSONNES QUI SAVENT QU'ELLES SONT INFECTÉES PAR LE VIH ONT-ELLES LE DROIT DE NE PAS INFORMER LA COMMUNAUTÉ OÙ ELLES VIVENT OU PENSEZ-VOUS QUE CETTE INFORMATION DOIT ÊTRE DIVULGUÉE?	Ont le droit de ne pas informer ..... 1 L'information doit être divulguée ..... 2 Ne sait pas 9			
15. LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH QUI TRAVAILLENT AVEC D'AUTRES GENS COMME DANS UNE USINE OU DANS UN BUREAU PEUVENT-ELLES ÊTRE AUTORISÉES À CONTINUER LEUR TRAVAIL OU NON?	Autorisées ..... 1 Pas autorisées ..... 2 Ne Sait pas 9			
16. LES PERSONNES AYANT LE SIDA DOIVENT-ELLES RECEVOIR MOINS DE SOINS, LES MÊMES, OU PLUS DE SOIN QUE LES AUTRES PERSONNES GRAVEMENT MALADES?	Les mêmes/plus ..... 1 Moins ..... 2 Ne sait pas 9			

NUMÉRO GRAPPE | NUMÉRO : MÉNAGE | NUMÉRO : PERSONNE RESPONSABLE | NUMÉRO: ENFANT

1 - Avec enfant
2 - Sans enfant

QUESTIONNAIRE POUR L'ENFANT MOINS DE CINQ ANS

Ce questionnaire s'adresse à toutes les femmes qui s'occupent d'un enfant de moins de 5 ans (voir Q.4 de la Liste des membres du ménage)
Un questionnaire distinct sera administré à chaque enfant eligible.
Les questions seront posées aux mères ou responsables de l'enfant éligible.(voir Q.7 du listing des membres du ménage)
Remplir le n° de ligne de chaque enfant, celui de la mère ou du (de la) responsable ainsi que le numéro du ménage et de la grappe en début de chaque page.

O- ENREGISTREMENT DE NAISSANCE ET EDUCATION PRESCOLAIRE		
1. Nom de l'enfant	Nom_____	
2. Age de l'enfant (*Reporter l'âge inscrit sur le listing des membres du ménage*)	Age (années révolues)..... __	
3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER DES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT (Nom). EN QUEL MOIS ET ANNÉE EST NÉ(E) (Nom)? ***Insister*** : QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? *Si la mère connait la date de naissance exacte, enregistrer aussi la date; sinon écrire 99 pour le jour.*	DATE DE NAISSANCE: JOUR/MOIS/ANNEE:..... __/__/____	
4. EST-CE QUE (nom) A UNE COPIE D'ACTE DE NAISSANCE? POURRIEZ-VOUS ME LA MONTRER? *Si la pièce est présentée, vérifier si la date de naissance déclarée est correcte. S'il n'y a pas de copie présentée,essayer de vérifier la date de naissance déclarée en utilisant d'autre document(carnet de santé, etc...). Corriger l'age déclaré, si nécessaire*	Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Non ..... 3 Ne sait pas 9	1 ⇨ Q.8
5. *Si aucune pièce n'est montrée, demander* EST CE QUE LA NAISSANCE DE (nom) A ÉTÉ ENREGISTRÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	1 ⇨ Q.8 9 ⇨ Q.7
6. POURQUOI LA NAISSANCE DE (NOM) N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE?	Coût trop élevé de l'enregistrement ..... 1 Lieu d'enregistrement trop éloigné ..... 2 Ne savait pas qu'il fallait faire l'enregistrement ..... 3 Trop tard et ne veut pas payer les frais occasionnés par l'enregistrement ..... 4 Ne sait pas où aller pour faire la déclaration ..... 5 Autre raison (préciser) _____ ..... 6 Ne sait pas 9	
7. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE POUR DÉCLARER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans réponse 8	
8. *Vérifiez l'age de l'enfant. S'il a trois ans ou plus, demander:* EST CE QUE (nom) A SUIVI DES ÉTUDES DANS DES CENTRES D'ÉDUCATION ENFANTINE PRIVÉE OU DE L'ÉTAT, Y COMPRIS LES CRÈCHES ET LES JARDINS D'ENFANT??	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨MODULE SUIVANT 9 ⇨MODULE SUIVANT
9. PENDANT LES SEPT DERNIERS JOURS, COMBIEN D'HEURE (nom) A FRÉQUENTÉ LE CENTRE?	Nombre d'heures __	

NUMÉRO: GRAPPE | | | | NUMÉRO : MÉNAGE | | | NUMÉRO : PERSONNE RESPONSABLE | | | NUMÉRO: ENFANT | | |

P- MODULE VITAMINE A		
1. EST-CE QUE (NOM) A DÉJÀ REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI? *Montrer la capsule de Vtiamine A*	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	2 ⇨ MODULE SUIVANT 9 ⇨ MODULE SUIVANT
2. DEPUIS COMBIEN DE MOIS (nom) A- T- IL PRIS LA DERNIÈRE DOSE DE VITAMINE A?	___ mois Ne sait pas 99	
3. OÙ (nom) A- T- IL (ELLE) REÇU CETTE DERNIÈRE DOSE DE VITAMINE A?	Lors de visite de routine au centre de santé ..... 1 Enfant malade amene au centre de santé ..... 2 Durant la journée nationale de vaccination ..... 3 Autre (à préciser)_____ .... 4 Ne sait pas 9	

ALLER AU MODULE SUIVANT ⇨

NUMÉRO GRAPPE | | | | NUMÉRO : MÉNAGE | | NUMÉRO : PERSONNE RESPONSABLE | | NUMÉRO ENFANT | |

Q- MODULE ALLAITEMENT MATERNEL		Réponse
1. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ ÉTÉ ALLAITÉ?.	Oui .....1 Non .....2 Ne sait pas 9	2 ⇨ Q4 9 ⇨ Q4
2. EST-CE QU'IL(ELLE) CONTINUE D'ÊTRE ALLAITÉ(E)?	Oui .....1 Non .....2 Ne sait pas 9	2 ⇨ Q4 9 ⇨ Q4
3. DEPUIS HIER, A-T-IL(ELLE) REÇU LES ALIMENTS SUIVANTS? *Lire à haute voix chaque rubrique et entourer la réponse qui convient avant de passer à la rubrique suivante*	Oui / Non / NSP	
3A vitamine, suppléments minéraux ou médicaments.?	1 / 2 / 9	
3B eau ?	1 / 2 / 9	
3C eau sucrée , aromatisée ou jus de fruit ou thé ou infusion?	1 / 2 / 9	
3D sel de réhydratation orale (SRO)?	1 / 2 / 9	
3E lait en poudre en boite ou lait frais ou préparation pour bébé?	1 / 2 / 9	
3F autres liquides ? (A préciser _____)	1 / 2 / 9	
3G autres aliments solides ou en bouillies ?(A préciser _____)	1 / 2 / 9	
4. DEPUIS HIER, A-T-IL (ELLE) BU QUELQUE CHOSE DU BIBERON ?	Oui .....1 Non .....2 Ne sait pas 9	

ALLER AU MODULE SUIVANT ⇨

NUMÉRO GRAPPE | NUMÉRO : MÉNAGE | NUMÉRO : PERSONNE RESPONABLE | NUMÉRO: ENFANT

R- MODULE PRISE EN CHARGE DES MALADIES DE L'ENFANT

1. EST-CE-QUE (nom) A EU LA DIARRHÉE DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES , C'EST-À- DIRE DEPUIS (JOUR) EN QUINZE ? *La diarrhée est déterminée telle que la mère ou la responsable la perçoit ou lorsqu'il y a plus de trois selles dans la journée ou que les selles sont trop liquides ou lorsqu'il y a du sang dans les selles.*	Oui ..... 1 Non ..... 2 Nsp 9	1 ⇨ Q3
2 . EST-CE QUE (NOM) A EU D'AUTRES MALADIES TELLE QUE TOUX OU FIÈVRE OU UN QUELCONQUE PROBLÈME DE SANTÉ DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Nsp 9	1 ⇨ Q4 2 ⇨ Q12 9 ⇨ Q12

3. DURANT LA DERNIÈRE EPISODE DIARRHÉIQUE A-T-IL (ELLE) REÇU CERTAINS DES BOISSONS OU ALIMENTS CI-DESSOUS?
Citer et entourer éventuellement le code correpondant aux rubriques mentionnées.

		Oui	Non	NSP	
3A lait maternel?	3A lait maternel	1	2	9	
3B farine à base de céréales ou à base de tubercules ou soupe?	3B farine	1	2	9	
3C autres liquides acceptables de préparation maison (ex. Sel/ Sucre /Eau, Yaourt)?	3C autres liquides acceptables	1	2	9	
3D Ranovola/ranombary?	3D Ranovola /ranombary	1	2	9	
3E SRO?	3E SRO	1	2	9	
3F ODIVA	3F ODIVA	1	2	9	
3G Lait ou préparation pour bébé	3G Lait ou prép. Bébé	1	2	9	
3H bouillie donnée à un moment quelconque de la journée?	3H bouillie	1	2	9	
3I eau?	3I eau	1	2	9	
3J liquides considérées 'inacceptables" (ex. cola) (écrire ici la dénomination locale)?	3J liquides "inacceptables"	1	2	9	
3K rien	3K rien	1	2	9	

4. DURANT LA MALADIE DE (nom) A -T-IL (ELLE) BU BEAUCOUP MOINS QUE D'HABITUDE , LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE?	Beaucoup moins ou rien ..... 1 Environ la meme quantité ..... 2 Plus a boire ..... 3 Ne sais pas 9	
5. DURANT LA MALADIE DE (nom) A -T-IL (ELLE) A MANGÉ MOINS QUE D'HABITUDE , LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS D'ALIMENTS QUE D'HABITUDE? *(Si moins que d'habitude, préciser si c'est BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS*	Rien ..... 1 Beaucoup moins ..... 2 Un peu moins ..... 3 Environ la meme quantite ..... 4 Plus a manger ..... 5 Ne sais pas 9	
6. EST CE QUE (nom) A EU UNE MALADIE ACCOMPAGNÉE DE TOUX DANS LES DEUX SEMAINES PRÉCÉDENTES C'EST-À-DIRE DEPUIS (JOUR) D'IL Y A QUINZE JOURS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Nsp 9	2 ⇨ Q12 9 ⇨ Q12
7. LORSQUE (nom) A PRESENTÉE UNE MALADIE ACCOMPAGNÉEE DE TOUX, A-T-IL (ELLE) EU DES RESPIRATIONS PLUS COURTES ET RAPIDES QUE D'HABITUDE OU A-T-IL (ELLE) EU DES DIFFICULTÉS POUR RESPIRER? (Ex: Nez bouché)	Oui ..... 1 Non ..... 2 Nsp 9	2 ⇨ Q12 9 ⇨ Q12
8. LES SYMPTÔMES INDIQUAIENT- ILS QU'IL S'AGISSAIT DE PROBLÈME AU NIVEAU DE LA POITRINE OU DE NEZ BOUCHÉ?	Nez bouché ..... 1 Problème au niveau poitrine ..... 2 Les deux ..... 3 Autre (préciser) _____ ..... 4 Ne sait pas 9	1 ⇨ Q12 4 ⇨ Q12

9. AVIEZ-VOUS DEMANDÉ DES CONSEILS OU CHERCHÉ À SOIGNER SA MALADIE EN DEHORS DE VOTRE MÉNAGE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Nsp 9	1 ⇨Q11 9 ⇨Q12
10. SI NON POURQUOI ?	Centre de santé trop éloigné ..... 1 Manque de confiance aux agents de santé ..... 2 Coût de prestation trop cher ..... 3 Service insuffisant ..... 4 Mauvais accueil du centre de santé ..... 5 Autres 6	} Q.12
11. ***Si oui à Q9***, OÙ ÉTIEZ VOUS ALLÉE POUR SOIGNER VOTRE ENFANT? Y EN A-T-IL D' AUTRE ?. *Entourer tous les endroits cités..mais ne pas énumérer ou suggérer des réponses?*	Hopital ..... 01 C.s.b ..... 02 Dispensaire ..... 03 Agent de sante villageois ..... 04 Clinique ..... 05 Clinique mobile ..... 06 Medecin privé ..... 07 Guerisseur traditionnel ..... 08 Pharmacie/depôt medicaments ..... 09 Parent ou ami ..... 10 Autre (préciser) _____ 11	
Demander cette question (Q12) une seule fois pour chaque responsable. 12. QUELQUEFOIS LES ENFANTS TOMBENT SÉVÈREMENT MALADES ET DEVRAIENT ÊTRE AMENÉS IMMÉDIATEMENT AUPRÈS D'UN SERVICE DE SANTÉ. QUELS SONT LES SYMPTÔMES QUI VOUS OBLIGERAIENT À CONDUIRE IMMÉDIATEMENT VOTRE ENFANT AU SERVICE DE SANTÉ? *Laisser la responsable citer tous les symptomes jusqu'à ce qu'elle n'en trouve plus. Entourer tous les symptomes cités, mais ne pas suggérer des réponses.*	L'enfant ne peut plus boire ou teter ..... 1 L'enfant devient plus malade ..... 2 L'enfant developpe une fièvre ..... 3 L'enfant présente une respiration courte ..... 4 L'enfant a des difficultés à respirer ..... 5 L'enfant a du sang dans les selles ..... 6 L'enfant boit très peu ..... 7 Autre (*préciser*) _____ ..... 8 Autre (*préciser*) _____ Autre (*préciser*) _____	

ALLER AU MODULE SUIVANT ⇨

NUMÉRO: GRAPPE | NUMÉRO: MÉNAGE | NUMÉRO: PERSONNE RESPONSABLE | NUMÉRO: ENFANT

S- MODULE PALUDISME

1. DURANT LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE DEPUIS *(jour de la semaine)* DE L'AVANT-DERNIÈRE SEMAINE EST-CE-QUE (nom) A SOUFFERT DE FIÈVRE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q8 9 ⇨ Q8
2. Nom) A-T-IL (ELLE) ÉTÉ AMENÉ DANS UN CENTRE DE SANTÉ LORS DE SA MALADIE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q6 9 ⇨ Q6
3. T-IL (ELLE) PRIS DES MÉDICAMENTS ANTIPALUSTRES QUI ÉTAIENT FOURNIS OU PRESCRITS PAR LE CENTRE DE SANTÉ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q5 9 ⇨ Q5
4. QUELS MÉDICAMENTS A-T-IL(ELLE) PRIS? *Entourer toutes les réponses données*	Paracétamol ..... 1 Chloroquine ..... 2 Quinine ..... 3 Fansidar ..... 4 Autre (préciser) _____ ..... 5 Ne sait pas 9	
5. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME À DOMICILE AVANT D'ÊTRE CONDUIT AU SERVICE DE SANTÉ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	1 ⇨ Q7 2 ⇨Q8 9 ⇨ Q8
6. ***Si l'enfant n a pas ete amené au Centre de Sante*** : A-T-ON DONNÉ À (nom) DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME DURANT SA MALADIE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q8 9 ⇨ Q8
7. QUEL MÉDICAMENT LUI A–T-ON DONNÉ? *Entourer tous les medicaments donnés à l'enfant avant qu'on ne l'amène au service de santé ou si on ne l'a pas conduit au service de santé.*	Paracétamol ..... 1 Chloroquine ..... 2 Quinine ..... 3 Fansidar ..... 4 Autre (préciser) _____ ..... 5 Ne sait pas 9	
Demander ces questions (Q.8, Q.9, Q.10, Q.11) une seule fois pour chaque responsable. 8. POSSÉDEZ-VOUS UN (DES) MOUSTIQUAIRE(S)?	Oui ..... 1 Non 2	 2 ⇨ Module suivant
9. D'OÙ PROVIENT(NENT) LE(S) MOUSTIQUAIRE(S) ?	Acheté au marché/boutique ..... 1 Acheté dans un point de vente agrée ..... 2 Acheté dans un Centre de santé ..... 3 Gratuit (don) ..... 4 Autres ..... 5 NSP 9	
10. LE(S) MOUSTIQUAIRE(S) A(ONT)-T-IL(S) ÉTÉ IMPREGNÉ(S) D'INSECTICIDE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q.12 9 ⇨ Q.12
11. À QUAND REMONTE LE DERNIER TRAITEMENT FAIT SUR LE(S) MOUSTIQUAIRE(S)?	___ MOIS ENVIRON NSP 99	
Voir Q.8 (questionnaire du premier enfant). 12. (NOM) A-T-IL (ELLE) DORMI SOUS UN MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	

ALLER AU MODULE SUIVANT ⇨

NUMÉRO : GRAPPE | NUMÉRO MÉNAGE: | NUMÉRO PERSONNE RESPONSABLE | NUMÉRO ENFANT

T- MODULE ROUGEOLE		
1. DURANT LES TROIS DERNIERS MOIS C EST-À- DIRE DEPUIS LE MOIS DE (.....), L' ENFANT A-T-IL EU DE LA ROUGEOLE?	Oui.....1 Non.....2 Ne sait pas.....9	 2 ⇨ Aller au module suivant 9 ⇨ Aller au module suivant
2. SI OUI, QUELS SIGNES A-T-IL (ELLE) PRESENTÉ?	Eruption généralisée avec toux , écoulement nasal, yeux rouges, fievre.....1 Ulcération au niveau de la bouche,fievre.....2 Ecoulement oculaire de pus,fievre.....3 Opacité de la cornée,fievre .....4 Autres signes(*préciser*)_____.....5 Ne sait pas.....9	

NUMÉRO GRAPPE | NUMÉRO MÉNAGE | NUMÉRO PERSONNE RESPONSABLE | NUMÉRO ENFANT

Si l'enfant possede une carte de vaccination, recopier les dates auxquelles chaque type de vaccin a été fait dans les questions Q2-5. Les questions Q7-15 sont posées pour enregistrer les vaccinations non portées sur la carte. Les questions Q7-14 sont posées uniquement lorsque la carte n'est pas disponible.

U- MODULE VACCINATION			
1. (Nom) POSSEDE-T-IL (ELLE) UN CARNET DE VACCINATION? SI OUI, POURRAIS-JE LE VOIR?		Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Non 3	 2 ⇨ Q7 3 ⇨ Q7
(a) Recopier les dates de toutes les vaccinations inscrites sur le carnet. *(b) Inscrire "44" dans la colonne reservée au jour au cas où la vaccination a été effectuée mais que la date n'a pas été enregistrée.*		**Date de la vaccination**	
		jour / **mois** / **année**	
2.BCG	BCG		
3A POLIO0	POLIO0		
3B POLIO1	POLIO1		
3C POLIO2	POLIO2		
3D POLIO3	POLIO3		
4A DTC1	DTC1		
4B DTC2	DTC2		
4C DTC3	DTC3		
5. ROUGEOLE (KITROTRO)	ROUGEOLE		
6. EST-CE QUE (NOM) A REÇU D'AUTRES VACCINS QUI NE SONT PAS INSCRITS SUR CE CARNET ? ***Entourer seulement "Oui" si l'interviewée mentionne le BCG, Polio 0-3, DTC 1-3, et/ou vaccin contre la ROUGEOLE. Aller ensuite à Q15. (Vérifier si les vaccinations ont été faites et écrire "66" dans la case correspondant à la colonne jour de Q2 à Q5).***		Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	1 ⇨ Q15 2 ⇨ Q15 9 ⇨ Q15
7. EST-CE QUE (Nom) A REÇU DES VACCINS LE PROTÉGEANT CONTRE LES MALADIES- Y COMPRIS LES VACCINS REÇUS LORS DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION (AVA)?		Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q15 9 ⇨ Q15
8. EST-CE QUE (NOM) A REÇU LE VACCIN BCG PROTÉGEANT CONTRE LA TUBERCULOSE-QUI EST UNE INJECTION SUR LE BRAS GAUCHE LEQUEL PORTERAIT ALORS UNE CICATRICE?		Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	
9. CE QUE (NOM) A REÇU DES "VACCINS GOUTTES" QUI LE (LA)PROTÈGE CONTRE LA POLIOMYÉLITE ?		Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨ Q12 9 ⇨ Q12
10. QUEL ÂGE AVAIT-IL/ELLE LORSQU'ON A DONNÉ LA 1ÈRE DOSE ? JUSTE APRÈS LA NAISSANCE OU PLUS TARD?		Juste après la naissance ..... 1 Plus tard 2	
11. COMBIEN DE FOIS A-T-IL REÇU LE VACCIN CONTRE LA POLIO ?		Nombre de fois ..... |_|_|	
12. EST CE QUE (NOM) A REÇU DES " VACCINS INJECTABLES"- C'EST-À-DIRE UNE INJECTION SUR LES FESSES- POUR LE (LA) PROTÉGER CONTRE LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE? (QUELQUEFOIS ILS SONT FAITS SIMULTANÉMENT AVEC LA POLIO)		Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	 2 ⇨Q14 9 ⇨ Q14
13. COMBIEN DE FOIS?		Nombre de fois ..... |_|_|	

14. EST-CE QUE (NOM) A REÇU DES "VACCINS INJECTABLES"- UNE PIQÛRE SUR LE BRAS EFFECTUÉE À PARTIR DE 9 MOIS- LE/LA PROTÉGEANT CONTRE LA ROUCEOLE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas 9	
15. -CE QUE (NOM) A PRIS PART À UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION (AVA) SUIVANTES?	OUI NON NSP NC	
A) AVA 1999	1 2 9 8	
B) AVA 1998	1 2 9 8	
C) AVA 1997	1 2 9 8	

NUMÉRO DE GRAPPE: ☐☐☐ NUMÉRO DE MÉNAGE : ☐☐

V- MODULE VIH/SIDA POPULATION DE 15-49 ANS

Ce module est à administrer à **tous les hommes âgés de 15-49 ans** (voir colonnes 3 et 4, liste des membres du ménage).

Voir les instructions pour les enquêteurs pour de plus amples informations sur ces questions.

QUESTIONNAIRE POUR LES HOMMES 15 - 49 ANS

N° Homme 15-49ans	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐	N° ☐☐
1. AVEZ-VOUS FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE ? **1- Oui 2- Non → Q.3**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU QUE VOUS AVEZ ATTEINT?								
1- Primaire	1	1	1	1	1	1	1	1
2- Secondaire 1er cycle	2	2	2	2	2	2	2	2
3- Secondaire 2nd cycle	3	3	3	3	3	3	3	3
4- Supérieur	4	4	4	4	4	4	4	4
9- NSP	9	9	9	9	9	9	9	9
3. AVEZ-VOUS DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS? **1- Oui 2- Non → Q.11**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. EN VOUS RAPPELANT VOTRE PASSÉ ET DITES-MOI À QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS EU VOTRE **PREMIER RAPPORT SEXUEL**?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
5. AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT UNE PARTENAIRE RÉGULIÈRE À PART VOTRE CONJOINTE? **1- Oui 2- Non → Q.7**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. COMBIEN DE PARTENAIRES RÉGULIÈRES AVEZ-VOUS AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS, À PART VOTRE CONJOINTE?	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐
7. AVEZ VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE (AUTRE) PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, C'EST-À-DIRE AVEC UNE AUTRE PERSONNE QUE LA CONJOINTE ? **1- Oui 2- Non → Q.10**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS - À PART VOTRE CONJOINTE OU PARTENAIRE RÉGULIÈRE?	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐
9. LORS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL AVEC UNE AUTRE PERSONNE QUE VOTRE CONJOINTE OU PARTENAIRE RÉGULIÈRE, AVEZ-VOUS UTILISÉ UN PRÉSERVATIF? **1- Oui 2- Non 9- NSP**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS EU DES ÉCOULEMENTS DU PÉNIS OU MAL LORSQUE VOUS URINEZ? SI OUI, : COMBIEN D'ÉPISODES AU COURS DE CES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐	Nombre ☐☐
11. AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE VIH/SIDA? **1- Oui 2- Non → Fin**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Y A-T-IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PERSONNE PUISSE FAIRE POUR ÉVITER D'ATTRAPER LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA? **1- Oui 2- Non → Q.14 9- NSP → Q.14**	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

N° Homme 15-49ans

	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋	⌊⌋⌋
13. JE VAIS VOUS LIRE QUELQUES AFFIRMATIONS SUR LA PROTECTION CONTRE LE VIH/SIDA. POUR CHACUNE DITES-MOI SI VOUS PENSEZ QU'ELLE EST VRAIE OU FAUSSE **1- Vrai 2- Faux 9- NSP** ON PEUT SE PROTÈGER DU VIH/SIDA EN								
A) SUIVANT UN BON REGIME ALIMENTAIRE	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
B) RESTANT AVEC UN PARTENAIRE FIDÈLE	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
C) ÉVITANT D'UTILISER LES TOILETTES PUBLIQUES	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
D) UTILISANT DES PRÉSERVATIFS PENDANT LES RAPPORTS SEXUELS	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
E) ÉVITANT DE TOUCHER UNE PERSONNE QUI A LE SIDA	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
F) ÉVITANT DE PARTAGER LA NOURRITURE D'UNE PERSONNE QUI A LE SIDA	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
G) ÉVITANT LE PIQURES DES MOUSTIQUES OU D'INSECTES SIMILAIRES	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
H) S'ASSURANT QUE TOUTE INJECTION EST FAITE AVEC UNE AIGUILLE PROPRE	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
I) S'ABSTENANT DE RAPPORT SEXUEL	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
14. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL SE TRANSMETTRE DE LA MÈRE A L'ENFANT ? **1- Oui 2- Non → Q.16 9- NSP → Q.16**	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋	⌊⌋
15. JE VAIS VOUS LIRE QUELQUES AFFIRMATIONS. POUR CHACUNE DITES MOI SI C EST VRAI OU FAUX. **1- Vrai 2- Faux 9- NSP** LE VIRUS DU SIDA SE TRANSMET DE LA MÈRE A L' ENFANT:								
A) - PENDANT LA GROSSESSE	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
B) - PENDANT L'ACCOUCHEMENT	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
C) - PENDANT L ALLAITEMENT	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
16. SERIEZ-VOUS DISPOSÉ OU NON À PRENDRE SOIN D'UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ATTEINT DU SIDA? **1- Disposé 2- Pas disposé 9- NSP**	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
17. LES PERSONNES QUI SAVENT QU'ELLES SONT INFECÉES PAR VIH ONT-ELLES LE DROIT DE NE PAS INFORMER LA COMMUNAUTÉ OÙ ELLES VIVENT OU PENSEZ-VOUS QUE CETTE INFORMATION DOIT ÊTRE DIVULGUÉE? **1- Ont le droit de ne pas informer** **2- L'information doit être divulguée** **9- Ne sait pas**	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
18. LES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH QUI TRAVAILLENT AVEC D'AUTRES GENS COMME DANS UNE USINE OU DANS UN BUREAU PEUVENT-ELLES ÊTRE AUTORISÉES À CONTINUER LEUR TRAVAIL OU NON? **1- Autorisées 2- Pas autorisées 9- NSP**	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9
19. LES PERSONNES AYANT LE SIDA DOIVEN-ELLES RECEVOIR MOINS DE SOINS LES MEMES OU PLUS DE SOIN QUE LES AUTRES PERSONNES GRAVEMENT MALADES? **1- Les mêmes/plus 2- Moins 9- NSP**	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9	1 2 9


INSTAT
INSTITUT
NATIONAL DE
LA STATISTIQUE


unicef