

Annexe A2



NATIONS UNIES
MADAGASCAR



Analyse commune de pays
du Système des Nations Unies
à MADAGASCAR

**ANALYSE APPROFONDIE DE LA
P-PEUPLE DU DÉVELOPPEMENT
DURABLE À MADAGASCAR**

2022

SOMMAIRE	2
SIGLES ET ABRÉVIATIONS	3
LISTE DES FIGURES, GRAPHIQUES ET TABLEAUX	5
01.INTRODUCTION	7
02.UN P-PEUPLE MARQUÉ PAR UN FAIBLE DÉVELOPPEMENT HUMAIN	8
2.1. Croissance et transformation démographiques, atout ou fardeau ?	9
2.2. Education, progrès contrariés par la baisse de la qualité et le recul du secteur public	14
2.3. Santé, fortes disparités régionales et insuffisances dans l'accès	21
2.4. Un système de protection sociale qui fait défaut pour pallier la pauvreté et les inégalités	29
2.5. Des enjeux sociaux récurrents, persistants et préoccupants pour le développement de Madagascar	30
ANNEXES	39
Annexe 1 : Références bibliographiques	40
Annexe 2 : Tableaux avec les données et indicateurs pertinents, désagrèges selon les groupes. . .	41
Annexe 3 : Lacunes statistiques et analytiques existantes	45

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
APD	Aide Publique au Développement
ANDEA	Autorité Nationale de l'Eau et de l'Assainissement
BAD	Banque Africaine de Développement
BCM	Banque Centrale de Madagascar
BIANCO	Bureau Indépendant Anti-Corruption
BNGRC	Bureau National de Gestion des Risques et des Catastrophes
CCA	Common Country Analysis (Analyse Commune de Pays)
CCNUCC	Convention Cadre des Nations Unies sur le Changement Climatique
CDMT	Cadre des Dépenses à Moyen Terme
CEG	Collège d'Enseignement Général
CGES	Cadre de Gestion Environnemental et Social
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUR	Centre Hospitalier Universitaire Régional
CNaPS	Caisse Nationale des Prévoyances Sociales
CNEAGR	Centre National de l'Eau, de l'Assainissement et du Génie Rural
COBA	Communautés de base
CONFEMEN	Conférence des ministres de l'Éducation des États et Gouvernements de la Francophonie
COP	Conférence des Parties
COI	Commission de l'Océan Indien
CPGU	Cellule de Prévention et Gestion des Urgences
DPE	Direction de la Planification de l'Éducation
ECA	Economic Commission for Africa (United Nations)
ENSOMD	Enquête pour le suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement
ETFP	Enseignement Technique et la Formation Professionnelle
EITI	Extractive Industries Transparency Initiative
FDS	Forces de Défense et de Sécurité
FEM	Fonds Mondial pour l'Environnement
FIFAMANOR	Fiompiana Fambolena Malagasy Norveziana
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
IDH	Indicateur de Développement Humain
IDE	Investissement Direct Étranger
IMF	Institution de Microfinance
INSTAT	Institut National de la Statistique
IPM	Indice de Pauvreté Multidimensionnelle
IPS/SDI	Indicateurs de Prestation de Services/Service Delivery Indicators
MEEH	Ministère de l'Énergie, de l'Eau et des Hydrocarbures
MEN	Ministère de l'Éducation Nationale
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey
ODD	Objectifs de Développement Durable
OIM	Organisation Internationale pour les Migrations
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs de Millénaire de Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies de Lutte contre le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PAC	Pôle d'Anti-Corruption
PACARC	Projet d'Amélioration des Capacités d'Adaptation et de Résilience des Communautés
PASEC	Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN
PEM	Plan Emergence de Madagascar
PIB	Produit Intérieur Brut
PN2D	Programme National de Décentralisation et de Déconcentration
PNAE	Programme National d'Action Environnementale
PNDR	Programme National de Développement Rural
PNF	Programme National Foncier
PNSE	Programme National de Soutien à l'Emploi
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SADC	Southern Africa Development Community
SAMIFIN	Service des Renseignements Financiers de Madagascar
SNAT	Schéma National d'Aménagement du Territoire
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SNU	Système des Nations Unies
UE	Union Européenne
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNSDCF	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ONG	Organisation non gouvernementale
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le Développement Industriel
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies de Lutte contre le VIH/sida
OSC	Organisation de la Société Civile
PAC	Pôle d'Anti-Corruption
PACARC	Projet d'Amélioration des Capacités d'Adaptation et de Résilience des Communautés
PASEC	Programme d'Analyse des Systèmes Educatifs de la CONFEMEN
PEM	Plan Emergence de Madagascar
PIB	Produit Intérieur Brut
PN2D	Programme National de Décentralisation et de Déconcentration
PNAE	Programme National d'Action Environnementale
PNDR	Programme National de Développement Rural
PNF	Programme National Foncier
PNSE	Programme National de Soutien à l'Emploi
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SADC	Southern Africa Development Community
SAMIFIN	Service des Renseignements Financiers de Madagascar
SNAT	Schéma National d'Aménagement du Territoire
SNDS	Stratégie Nationale de Développement de la Statistique
SNU	Système des Nations Unies
UE	Union Européenne
UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture)
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
UNSDCF	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework

Graphique 1 : Évolution des indices d'effectifs des élèves par niveau d'enseignement 2000-2020	15
Graphique 2 : Pourcentage d'élèves ayant les compétences minimales en 2ème et 5ème année du primaire.	17
Graphique 3 : Performances et Compétences des enseignants du primaire en compréhension de l'écrit et maîtrise du contenu de mathématique	18
Graphique 4 : Performances et Compétences des enseignants du primaire : une faible maîtrise de la didactique de compréhension de l'écrit et de mathématique.	19
Graphique 5 : Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans : Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête.	23
Graphique 6 : Vaccination antitétanique des femmes et naissance vivante : Pourcentage de femmes ayant reçu deux injections, Pourcentage de naissances protégées contre le tétanos.	24
Graphique 7 : Vaccinations infantiles de base : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu	24
Graphique 8 : Couverture vaccinale nationales administrative par antigène de 2017 à 2019	25
Graphique 9 : Tendances de l'utilisation de planning familial	26
Graphique 10 : Nombre de personnes testées au VIH.	27
Graphique 11 : Tendances de l'insécurité alimentaire sévère de 2015 à 2019, par district.	31
Graphique 12 : Tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans entre 1992 et 2018	32
Tableau 1 : Accessibilité de la population aux formations sanitaires (CSB)	21
Tableau 2 : Niveau de représentations des femmes en 2020.	36

01

Introduction



**NATIONS UNIES
MADAGASCAR**



Les défis majeurs qui structurent l'évolution du développement de Madagascar sont analysés en fonction des cinq P (Peuple, Prospérité, Planète, Paix et Partenariat) de l'Agenda 2030 pour le développement durable. Ces cinq P permettent de reconsidérer les ODD et les enjeux qui y sont liés en fonction des finalités de l'Agenda 2030.

Le P-Peuple regroupe selon la catégorisation des ODD les objectifs ODD1, ODD2, ODD3, ODD4, ODD5 et ODD6 et traite globalement la dimension sociale de l'Agenda 2030. Il est centré sur le bien-être des individus, leur qualité de vie et l'accès à certains droits fondamentaux pour une vie décente comme l'accès à l'eau, à la santé ou à l'éducation.

L'analyse de cette dimension fait ressortir quatre problèmes majeurs qui influencent la qualité de vie des populations à Madagascar à savoir la démographie, l'éducation, la santé, la pauvreté et les inégalités, qui sont accompagnés d'enjeux sociaux récurrents et préoccupants concernant l'insécurité alimentaire et la malnutrition, l'accès à l'eau, et les inégalités de genre.

02

**UN P-PEUPLE MARQUÉ
PAR UN FAIBLE
DÉVELOPPEMENT HUMAIN**



**NATIONS UNIES
MADAGASCAR**



2.1 | CROISSANCE ET TRANSFORMATION DÉMOGRAPHIQUES, ATOUT OU FARDEAU ?

Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2018, la population totale de Madagascar se chiffre à 25 674 196 personnes, dont 13 015 251 femmes (50,7%) et 12 658 945 hommes (49,3%). Elle est inégalement répartie à travers l'île et la proportion varie d'une région à une autre avec un maximum de 14,1% (Analamanga) et un minimum de 1,2% (Melaky). Madagascar compte plus de six millions de ménages avec une taille moyenne de 4,2 individus par ménage dont 3,9 en milieu urbain et 4,3 en milieu rural. La taille de ménages affiche une forte disparité entre les régions. Elle varie de 3,5 dans la région DIANA à 5,2 dans la région Atsimo Atsinanana.

Depuis le recensement de 1993, la population totale a doublé¹ (12 238 914 personnes en 1993), pour un taux d'accroissement annuel moyen (TAAM) de 3% (contre 2,7% entre 1975 et 1993). Une disparité en termes d'accroissement intercensitaire de la population est observée entre les provinces. Les provinces ayant enregistré les taux (TAAM) les plus élevés sont Mahajanga (3,4%), Toliara (3,5%) et Antsiranana (3,0%) et celles avec les taux les plus faibles sont : Toamasina (2,7%) et Antananarivo (2,9%) et Fianarantsoa (2,9%).

La population rurale a soutenu cette évolution avec un facteur de 2,2 (de 9,4 à 20,7 millions), tandis que la population urbaine a évolué d'un facteur de 1,8 (de 2,8 à 4,9 millions), soit un taux d'accroissement annuel moyen (TAAM) de 3,2% en milieu rural contre 2,3% en milieu urbain pour la période 1993-2018 (3,0% pour l'ensemble du pays). Les provinces qui ont enregistré les taux les plus élevés sont Antsiranana (4,4%), Mahajanga (3,0%) alors que les taux les plus faibles sont enregistrés à Fianarantsoa (1,4%), Toliara (1,5%) et Antananarivo (2,2%).

La concentration de la population vivant dans les villes peut être appréhendée par le taux d'urbanisation ou la proportion de la population totale vivant en milieu urbain. Selon le RGPH 2018, ce taux est de 19,3% contre 22,9% en 1993. Le changement opéré au niveau de la définition, du concept et de la délimitation des communes explique cette différence². Des disparités en termes de taux d'urbanisation sont aussi observées entre les provinces et les régions. Ainsi, les régions qui ont des taux plus élevés sont Analamanga (37,8%), Boeny (35,8%), Diana (34,0%) alors que Bongolava (6,6%), Atsimo Atsinanana (7,1%), Androy (9,6%) se démarquent des autres régions.

La densité (nombre d'habitants au km²) est un indicateur souvent utilisé pour apprécier la répartition spatiale de la population. Au niveau national, la densité de la population est de 43,4 hab/km². Des disparités sont observées entre les zones urbaine (255,9 hab/km²) et rurale (36,2 hab/km²), entre les provinces et les régions (RGPH, 2018). La plus forte densité est observée dans la région d'Analamanga (208,9 hab/km²), alors que Ihorombe (16,0 hab/km²), Betsiboka (13,6 hab/km²), Melaky (7,6 hab/km²), Menabe (14,2 hab/km²), Atsimo Andrefana (27,0 hab/km²) et Anosy (27,4 hab/km²) se distinguent des autres régions avec des densités plus faibles si l'on se réfère au RGPH, 2018.

L'espérance de vie à la naissance est un des indicateurs les plus utilisés dans le domaine de la prospective et des projections démographiques pour évaluer le niveau de développement humain d'un pays ou d'une région. En 2018, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 67,6 ans à Madagascar. La durée de vie est de 69,7 ans pour les femmes et de 65,8 ans pour les hommes. Les personnes en milieu urbain vivent en moyenne 2,5 ans de plus que celles en milieu rural (69,6 ans vs 67,1 ans). Analamanga et Vakinankaratra constituent les deux régions où l'espérance de vie à la naissance atteint 70 ans. L'espérance de vie demeure faible au niveau de deux régions : Atsimo Atsinanana (64,0 ans) et Analanjirofo (63,8 ans, RGPH, 2018).

L'examen de la structure de la population fait ressortir la jeunesse de Madagascar puisque l'âge moyen y est de 22,4 ans et que la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans (âge médian). Les différences d'âge moyen et d'âge médian des hommes et des femmes ne sont pas importantes. **La structure de la population par âge confirme la forte proportion de jeunes : 62,8% de la population sont âgés de moins de 25 ans, 43,8% de moins de 15 ans, 14,4% âgés de moins de 5 ans et environ un tiers de la population (34,7%) est âgé de 10 à 24 ans (RGPH, 2018).**

La fécondité³ est une des composantes du processus de la dynamique de la population. Le taux de natalité (ou taux brut de natalité-TBN), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et le taux global de fécondité générale (TGFG) figurent

1. La plupart des provinces ont vu leur population doubler entre 1993 et 2018.

2. Le Décret n°2015 - 592 portant classement des Communes en Communes urbaines ou en Communes rurales a remplacé le décret 2011-0042 du 27 janvier 2011. La recomposition s'est effectuée en faveur des communes rurales.

3. La fécondité est l'action reproductive des hommes, des femmes ou des couples d'une population « L'action de mettre au monde des enfants. Au niveau individuel, la fécondité est le nombre d'enfants mis au monde. Le terme fécondité est aussi utilisé pour désigner le phénomène démographique pour lequel les événements sont les naissances. La fécondité est un des éléments du processus de la dynamique des populations : la population se renouvelle par reproduction, les naissances, les naissances provenant de la population elle-même » (Dictionnaire démographique, INED). Les naissances vivantes d'une population sont liées au nombre de mariages, à l'âge de mariage (ou cohabitation), à l'accessibilité et à la condition des femmes sur le plan de l'éducation et de l'emploi, et la structure par sexe de la population (Guide de démographie-PRD, 2ème Edition).

parmi les outils utilisés pour apprécier la fécondité. Le TBN indique le nombre de naissances vivantes pour 1000 habitants durant une année donnée. En 2018, on compte 38 naissances vivantes pour 1000 habitants au niveau national avec une disparité selon les milieux de résidence. Le TBN est de 39‰ en milieu rural contre 31‰ en milieu urbain. Le taux de natalité varie substantiellement entre les régions avec un minimum de 32,4‰ (Analamanga) et un maximum de 46,8‰ (SAVA). Les régions d'Androy (45,2‰), d'Atsimo Atsinanana (41,1%), de Melaky (43,0%), de Sofia (42,2) et de Vatovavy Fitovinany (40,4%) se distinguent des autres régions par des taux plus élevés (RGPH, 2018). Les résultats de l'enquête EDSMD-V en 2021, confirment cette tendance de fécondité avec un taux brut de natalité estimé à 32,3‰ au niveau national, 27,6‰ en milieu urbain et 33,4‰ en milieu rural.

L'ISF permet d'estimer le nombre moyen d'enfants que les femmes généralement âgées de 15 à 49 ans ont au cours de leur vie reproductive. En 2021, une femme malgache a, en moyenne, 4,3 enfants au cours de sa vie féconde. La fécondité est plus élevée en milieu rural (4,6) qu'en milieu urbain (3,2). L'ISF varie également selon les régions en passant d'un minimum de 2,9 enfants par femme à Antananarivo à 8,0 enfants par femme dans la région d'Androy. Les résultats montrent aussi que plus le niveau d'instruction des femmes est faible plus la fécondité est élevée : les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur ont en moyenne 2,4 enfants contre 6,1 enfants chez celles sans instruction. De même, la fécondité varie selon le niveau de vie du ménage. Les femmes des ménages moins aisés ou du quintile de bien-être économique le plus bas ont, en moyenne, 6,6 enfants par femme contre 2,7 enfants par femme chez celles des ménages plus aisés ou du quintile le plus élevé (EDSMD-V, 2021). Les résultats des enquêtes EDSMD réalisées jusqu'ici montrent que la tendance de la fécondité est à la baisse depuis les années 1990. L'ISF était estimé à 6,1 en enfants par femme en 1992 (EDSMS-I), 6,0 en 1997 (EDSMD-II), 5,2 en 2003-2004 (EDSMD-III), 4,8 en 2008-2009 (ENSOMD-IV) et 4,3 en 2021 (EDSMD-V). Les avancées dans la recherche dans le domaine de médecine (vaccinations, les antibiotiques, etc.), les politiques/programmes de santé (lutte contre les épidémies- peste-paludisme, etc.) mis en place pourraient expliquer en partie cette baisse. Cette situation est retrouvée aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural car, généralement, les centres de formation sanitaire implantés en milieu urbain sont mieux dotés en équipements et infrastructures que ceux des zones rurales.

Malgré la baisse enregistrée, le niveau de fécondité reste élevé par rapport à la fécondité désirée qui se situe en moyenne à 3,8 enfants par femme (EDSMD-V, 2021). Ceci montre l'obstacle que rencontre les femmes en matière de prise de décision concernant leur vie féconde, et met en exergue des besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

L'analyse du taux global de fécondité générale (TGFG) ou le taux de fécondité par groupe d'âge montre qu'il varie énormément en fonction de l'âge. Le taux global de fécondité générale est le nombre de naissances vivantes pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Le TGFG est estimé à 151‰ au niveau national. En relativisant par rapport à la tranche d'âge, il est très élevé chez les jeunes femmes de 15-19 ans (143‰) et augmente rapidement pour atteindre un maximum de 196‰ chez celles de 20-24 ans. Par la suite, il décroît régulièrement pour atteindre 14‰ à 45-49 ans. Des disparités en termes de taux de fécondité sont observées entre les femmes vivant en milieu rural et celles vivant en milieu urbain d'une part et entre les régions d'autre part. A Madagascar, la fécondité débute précocement à un niveau élevé et le taux de fécondité par âge baisse. 27% des femmes adolescentes de 15-19 ans sont déjà mères et 5% sont enceintes pour la première fois, pour un total de 31% ayant commencé leur vie procréatrice. Les adolescentes rurales ont des niveaux de fécondité plus élevés que les adolescentes urbaines (EDSMD-V, 2021).

La migration définie comme étant le déplacement d'un individu pour une certaine durée est une composante du mouvement de la population qui influe sur le volume de la population. La migration est une forme particulière de la mobilité spatiale qui recouvre l'ensemble des déplacements d'un individu dans l'espace⁴. Elle peut être à caractère interne ou international. Dans le cas du RGPH-2018, il s'agit de tous déplacements s'effectuant entre district ou région et ayant occasionné un séjour au lieu d'arrivée d'une durée d'au moins six mois. En 2018, la proportion de la population ayant déclaré avoir changé de district de naissance ou de résidence antérieure au moins une fois dans leur vie (migration au sens démographique) est de 20,9% de la population résidant à Madagascar. La répartition spatiale des migrants se fait de manière inégale : 45,5% à Analamanga, 37,4% à Bongolava, 35,5% à Boeny, 33,3% à Diana et 30,0% à Ihorombe. 60,7% des migrants sont dans le groupe d'âge de 15-59 ans. La moitié des migrants est âgée moins de 21 ans pour l'ensemble des deux sexes, soit 20 ans pour les hommes et 22 ans pour les femmes. La recherche d'emploi dans le secteur agricole, l'étude ou la scolarisation, la santé, la pauvreté sont les raisons les plus évoquées de déplacement (RGPH, 2018).

Il est à noter que depuis 2017, l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM) collecte de données sur les déplacements dans le Sud du pays, à travers l'outil Displacement Tracking Matrix (DTM) qui est un système développé par l'OIM afin d'identifier et de suivre le déplacement des populations. Le Grand Sud de Madagascar est régulièrement

4. Dictionnaire de démographie, Edition spéciale INED

affecté par des sécheresses consécutives, qui poussent les populations à se déplacer. Selon les rapports DTM (2017, 2018), 40 667 individus sont partis des 50 communes les plus affectées dans la région Androy entre 2009 et 2018, dont 18 550 (45,61%) sont liés à la sécheresse. Les autres motifs de déplacement d'ordre économique, saisonnier, l'insécurité. Les déplacements ont souvent lieu entre janvier-mars et août-novembre et correspondant à la période de soudure. Ce sont les personnes actives qui partent, laissant les personnes vulnérables (femmes, enfants, personnes âgées). Les zones de destination principales sont Mahajanga, Ilakaka, Ambondromamy, Antsiranana et Toliara.

Selon le rapport DTM de 2022, pour la période de 2019-2022, le nombre total des personnes qui ont quitté les 20 communes de quatre district (Ambovombe, Amboasary, Ampanihy Andrefana et Tsihombe) s'élève à 90 219 individus et 17 416 ménages. Les déplacements sont essentiellement liés à la sécheresse mais aussi à d'autres causes (économiques, saisonniers et l'insécurité). Seuls 8% sont revenus dans leur commune de départ.

La migration internationale porte sur des changements de résidence habituelle entre pays. Pour Madagascar, la migration internationale concerne tous les échanges migratoires avec le reste du monde tandis que l'immigration concerne les entrées dans le pays. En 2018, les immigrants internationaux à Madagascar étaient de 22 931 individus (13 047 hommes et 9 884 femmes), soit 0,1% de la population résidente. La plupart des immigrants internationaux travaillent de façon indépendante ou salariés dans le privé (83,5%). Les personnes nées ou ayant résidé en France et aux Comores forment plus de la moitié des immigrants internationaux à Madagascar. Dans la majorité, les régions de destination de ces immigrants internationaux sont Analamanga, Boeny et Diana. A noter que l'émigration n'est pas captée par le RGPH-2018.

La maîtrise de l'évolution démographique permet de mieux cadrer la planification des activités dans l'atteinte des ODD en 2030. Trois scénarii de projection du nombre de la population ont été effectués par l'INSTAT à partir des données du RGPH 2018.

Le premier scénario dit « variante moyenne » reflète la situation la plus plausible et la plus vraisemblable de la population. L'effectif de la population de Madagascar atteindrait 36,545 millions (18,080 millions des hommes et 18,465 millions des femmes) en 2030, l'extrême progression démographique reste présente : 59,471 millions d'individus (29,510 millions d'hommes et 29,961 millions de femmes) en 2050. D'ici 2030, ce scénario, estimerait :

- le taux brut de natalité à 32,7‰,
- le taux d'accroissement de la population à 2,7%,
- l'indice synthétique de fécondité à 4,2 enfants par femme,
- le taux brut de mortalité à 5,3‰,
- le taux de mortalité infantile à 30,7‰,
- l'espérance de vie à la naissance de 70 ans.

Quant à la structure de la population, d'ici 2030 le même scénario estimerait la proportion :

- des enfants de moins de 5 ans à 15,1%,
- des enfants de moins de 15 ans à 40,5%,
- des individus de 20 – 64 ans à 45,8%
- des individus de 60 ans ou plus à 5,5%.

Le deuxième scénario dit « variante haute » est le plus pessimiste et représente la limite d'une zone de plausibilité. Ce scénario estimerait que d'ici 2030, Madagascar compterait 36,645 millions d'individus avec 18,130 millions d'hommes et 18,515 millions des femmes et qu'en 2050, le pays comporterait 61,820 millions d'individus. D'ici 2030, ce scénario estimerait :

- le taux brut de natalité à 33,3‰,
- l'indice synthétique de fécondité à 4,3 enfants par femme,
- le taux brut de mortalité à 5,3‰,
- le taux de mortalité Infantile à 30,7‰,
- l'espérance de vie à la naissance à 70 ans,
- le taux d'accroissement de la population à 2,8%

Quant à la structure de la population, d'ici 2030 ce second scénario estimerait la proportion :

- des enfants de moins de 5 ans à 15,3%,
- des enfants de moins de 15 ans à 40,7%,

- des individus de 60 ans ou plus à 5,5%,
- des individus de 20 à 64 ans à 45,7%.

Le troisième scénario dit « variante basse » renvoie à la situation la moins plausible et représente la limite inférieure d'une zone de plausibilité. Il estime que d'ici 2030 le pays compterait 36,495 millions avec 18,054 millions d'hommes et 18,441 des femmes. Selon le même scénario, d'ici 2050, le nombre de la population serait de 57,666 millions de personnes avec 28,598 millions d'hommes et 29,068 millions de femmes.

D'ici 2030, ce scénario estimerait :

- le taux brute de natalité à 32,4‰,
- l'indice synthétique de fécondité à 4,2 enfants par femmes,
- le taux brut de mortalité à 5,3‰,
- le taux de mortalité infantile à 30,7‰,
- l'espérance de vie à la naissance à 70 ans et,
- le taux d'accroissement à 2,7%.

Quant à la structure de la population, d'ici 2030 ce troisième scénario estimerait la proportion :

- des enfants de moins de 5 ans à 15,0%,
- des moins de 15 ans à 40,4%,
- des individus 60 ans ou plus à 5,5%,
- des individus de 20 à 64 ans à 45,9%.

Ces trois scénarii montrent que d'ici 2030, Madagascar verra l'entrée en âge de travailler (15-24 ans) entre 6,990 millions et 7,0 millions de jeunes et l'arrivée à l'âge de 65 ans entre 1,295 millions et 1,300 millions personnes, pour un solde d'environ 5,7 millions de personnes dans la tranche d'âge de travailler. Ces scénarii donnent un rapport de dépendance en fonction de l'âge de l'ordre 78 personnes à charge pour 100 personnes économiquement actives, soit un rapport de dépendance démographique quasiment stable (0,78 en 2018). Une nette baisse du rapport de dépendance démographique est observée d'ici 2050 quel que soit le scénario envisagé car il varie entre 0,63 et 0,73.

Madagascar comptera d'ici 2030, entre 14,745 millions et 15,0 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans. Ces résultats sont relativement proches des projections mentionnées dans le CCA 2020. Ils requièrent de la part de l'Etat des politiques publiques adéquates dans le domaine du social (éducation, formation professionnelle, santé en général et santé sexuelle et reproductive) et de l'économie notamment par la création d'un environnement macroéconomique favorable à la croissance et à la création d'emploi décent et durable.

La baisse de fécondité occasionnée par la transition démographique à travers des politiques de population adéquates (planning familial, éducation, etc.) constitue une fenêtre d'opportunité pour la production du dividende démographique et ce, en vue d'atteindre une croissance économique soutenue conduisant vers le développement durable.

La séquence pourrait être la suivante :

- Baisse du taux de dépendance démographique par le bais de la mise en place des politiques de l'emploi notamment pour éliminer le travail des enfants (50% des enfants travaillent) et leur exploitation⁵, l'insertion sur le marché de l'emploi (pour l'emploi des femmes, d'où leur autonomisation. »⁶),
- Diminution de taux de dépendance économique par la mise en place des politiques publiques (taxation, environnement des affaires),
- Augmentation de l'épargne et d'investissement par le biais d'investissements publics (infrastructures-santé : chaîne d'approvisionnement, augmentation de budget pour l'achat de médicament de base-nutrition-vaccins, éducation : amélioration de la qualité, amélioration de facteurs de productivité, etc.).

C'est dans ce cadre qu'un atelier sur le renforcement des chaînes d'approvisionnement en santé publique à Madagascar pour garantir plus de d'équité dans l'accès aux produits et services essentiels-Santé a eu lieu du 31 mai au 2 juin 2022. Cet atelier a été conduit par le Ministère de la Santé Publique et en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS, l'UNFPA, l'USAID/IMPACT, tous les autres partenaires au développement et acteurs aux chaînes d'approvisionnement en santé

5. Le travail des enfants et leur exploitation dans travaux dangereux (5-17 ans) touchent 50% des enfants à Madagascar selon MICS2018 et le rapport d'étude de l'UNICEF : Child labour in Madagascar's mica sector Impacts of the mica supply chain on children's rights from Malagasy mine to international product line, octobre 2021.

6. Union Africaine (2017). Feuille de route de l'UA sur tirer pleinement profit du dividende démographique en investissant dans la jeunesse.

publique. Il a été basé sur l'application de l'outil « Maturity Model » et a permis de définir ses champs d'application, de relever les obstacles à l'approvisionnement de médicaments essentiels, les vaccins et la nutrition dans le contexte de la pandémie du covid 19 afin de mettre en exergue les défis à relever et de définir et valider les solutions à entreprendre et d'arrêter ensemble la feuille de route des activités⁷.

ENCADRÉ 1 : OUTIL DE « MATURITY MODEL »

1. Modèle de maturité pour la santé publique

L'accès aux produits de santé (Médicaments, Vaccins et Nutrition) est souvent entravé⁸. Outre les problèmes récurrents de la chaîne d'approvisionnement, tels que le manque de visibilité des données, la faiblesse des infrastructures, les ruptures de stock, les moyens budgétaires limités et les problèmes de capacité des ressources humaines, d'autres problèmes critiques sont apparus, tels que le faible temps de réponse dans la planification des besoins, la fragmentation des processus d'approvisionnement, les moyens d'entreposage, de stockage et de distribution limités. Ces défis empêchent certains médicaments de parvenir aux enfants qu'ils sont censés protéger. D'autre part, Madagascar a connu à plusieurs reprises des problèmes de chaîne d'approvisionnement, tels que des pénuries d'antigènes, des ruptures de stock et des interruptions des services de vaccination, ce qui nuit à l'accès des femmes et des enfants aux vaccins, avec près d'un enfant sur trois qui n'est toujours pas vacciné par rapport aux objectifs nationaux prévus (source : données WUENIC/JRF 2020). En s'attaquant à ces goulots d'étranglement, beaucoup plus de vies peuvent être sauvées.

L'UNICEF travaille avec les agences sœurs de l'ONU (OMS et UNFPA), USAID-IMPACT et d'autres partenaires pour favoriser la prise de décision en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement fondée sur des besoins quantifiés, en utilisant une série d'approches et de méthodologies testées. Parmi ceux-ci figure le Modèle de Maturité de la Chaîne d'Approvisionnement de l'UNICEF, qui est une évaluation participative, qualitative de la performance de la chaîne d'approvisionnement conduite par les gouvernements. Une feuille de route « *impliquante* » qui indique les besoins de renforcement ainsi qu'un plan d'action dont les données servent de base à la formulation d'un plan national, ont été établis, sous le leadership du Ministère de la Santé, et sous l'égide du Système des Nations Unies.

2. Façonnage de marché pour l'assainissement

Madagascar fait partie des 20 premiers pays du monde ayant le taux le plus élevé de morbidité attribuable à une hygiène inadéquate (Prüss-Ustün et al., 2019). C'est aussi l'un des 8 pays dans le monde où le taux de défécation à l'air libre a augmenté entre 2000 et 2015. 42% pratiquent encore la défécation à l'air libre, soit plus de 10 millions de personnes. Au cours des dernières années, le taux de personnes pratiquant la DAL a fortement augmenté en milieu urbain passant de 10 à 22% tandis qu'il a diminué en milieu rural de 56 à 45%. Selon les dernières données disponibles, près de 85% des écoles primaires publiques et communautaires ne sont pas alimentées en eau potable et près de 38% ne disposent pas de latrines fonctionnelles. Ce faible taux d'assainissement a un impact important sur la santé. Les données MICS 2018 indiquent que 13,8% d'enfant de moins de 5 ans souffrent de diarrhée, 5,9% des infections respiratoires aiguës (IRA), 16,8% de fièvre et 42% des enfants d'un retard de croissance résultant d'une malnutrition chronique ou récurrente. Enfin, plus de 70% des consultations médicales sont dues à des maladies liées à l'eau. Madagascar perd environ 578 millions de dollars (USD) chaque année dû au niveau actuel d'EAH selon une enquête réalisée en 2017.

L'étude de ce marché et la consultation industrielle de l'assainissement s'est portée sur trois segments : la demande des ménages (les consommateurs), l'offre en produits et services liés aux défis de l'assainissement, associée à l'entreprise et ses entrepreneurs, l'environnement de ce marché, dont celui des affaires incluant les politiques publiques, les cadres juridiques, législatifs et réglementaires. Ces trois segments ont été analysés lors de la consultation avec une forte participation du secteur privé, de manière comparative, entre : catégories socio-économiques, à savoir les ménages dits vulnérables, les classes dites moyennes et les classes dites aisées, zones géographiques types, à savoir le milieu rural, les petites villes et les grandes villes, à travers un échantillonnage. Sous le leadership du Ministère de l'Eau, l'Assainissement et de l'Hygiène, un plan d'action a été défini et une feuille de route mise en place en mettant l'accent sur l'implication et le rôle du secteur privé.

7. Renforcer les chaînes d'approvisionnement à Madagascar pour garantir plus d'équité dans l'accès aux produits et services essentiels - Santé 31 mai au 2 juin 2022, UNICEF.

8. Le rapport d'enquête post campagne de vaccination contre la rougeole et de supplémentation en vitamine A -Madagascar (EPCR 2022) qui vient être publié le 30 septembre à l'Hôtel Ankerana confirme ce constat aussi

Ces défis renvoient aux problèmes évoqués dans la section concernant la dimension économique, et en particulier la transition du secteur informel vers le formel, l'amélioration de la qualité de l'éducation pour une meilleure productivité des jeunes adultes à leur entrée en milieu de travail, la mise en œuvre des politiques sectorielles en faveur du travail décent, le renforcement du capital humain, etc.

C'est dans ce cadre que le gouvernement avec l'appui du SNU a entamé une réflexion autour du thème « population, développement et investissement dans la jeunesse pour la réalisation du dividende démographique » et, par la suite en 2019, s'est doté d'une feuille de route sur le dividende démographique⁹. C'est dans ce sens aussi qu'une conférence de haut niveau parrainée par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) et l'UNFPA a eu lieu le 22 juin 2022. Six membres du Gouvernement de Madagascar et des donateurs internationaux ont participé à cette conférence et qui a permis d'examiner les interventions prioritaires pour la capture du dividende démographique, les actions phares en cours de réalisation, les défis et les perspectives. A l'issue de la conférence les membres du Gouvernement ont réitéré leurs engagements à soutenir la mise en œuvre des interventions prioritaires identifiées dans le plan d'actions.

2.2 | EDUCATION, PROGRÈS CONTRARIÉS PAR LA BAISSÉ DE LA QUALITÉ ET LE RECUL DU SECTEUR PUBLIC

Des efforts indispensables pour l'accès à l'éducation pour tous

Le système éducatif à Madagascar a toujours été soumis aux aléas des crises socio-politiques se traduisant par une baisse des ressources allouées. Les dépenses publiques consacrées à l'éducation n'ont cessé de diminuer, passant de 3,1% du PIB en 2005 à 2,7% en 2018¹⁰ ; cette faiblesse résulte plus de la contraction du budget général de l'État que des coupes drastiques au niveau de l'éducation. Les dépenses courantes n'ont été que faiblement réduites contrairement aux dépenses d'investissements. Ce faible niveau d'efforts en faveur de l'éducation à Madagascar situait le pays en 2013, en termes de poids des dépenses au secteur de l'éducation par rapport au PIB, presque au même niveau que la RDC (2,5%) mais très loin du Kenya (6,67%) et du Rwanda (4,9%)¹¹.

Au niveau du préscolaire, les effectifs sont encore timides, mais des efforts sont très visibles puisque les effectifs ont été multipliés par plus de huit entre 2001 et 2014 passant de 45 000 à 385 000 en 2014-2015. Ces efforts sont aussi constatés en matière de scolarisation du niveau préscolaire remmenant ainsi le taux brut de scolarisation du préscolaire de 18,4% en 2014-2015, à 28,4% en 2015-2016 à 42,2% en 2020-2021. En termes d'effectif, il est passé de 608 000 en 2015-2016 à 1 022 000 en 2020-2021. Si vers le début des années 2000, le préscolaire était essentiellement réservé aux établissements privés et sont concentrés en milieu urbain, la proportion des écoles primaires publiques (EPP) scolarisant des enfants de bas âge ou le préscolaire (3-5 ans) ne cesse d'augmenter en passant de 40,3% en 2013-2014, 54,8% en 2014-2015, 79% en 2020-2021 (Annuaire statistiques-DPE-MEN, 2000 à 2020). La mise en place du plan sectoriel de l'éducation généralisant la préscolarisation d'une année scolaire des enfants de 5 ans dans les EPP expliquent en partie cette situation (PSE, 2018-2022).

L'analyse du taux brut de préscolarisation montre que d'une manière générale et pour toutes les régions, le taux augmente en fonction du niveau de vie des ménages. Le taux brut de scolarisation est plus faible pour les ménages pauvres et il est plus élevé pour les riches. Cependant, des contrastes sont aussi observés selon le niveau de vie. Par exemple, pour le quintile des plus riches, les régions de Vatovavy Fitovinany, d'Ihorombe, d'Atsimo Atsinanana, d'Atsinanana et d'Analanjirifo se démarquent des autres avec des taux bruts du préscolaire au-delà de 70% (RGPH, 2018).

Madagascar accuse beaucoup de retard dans les politiques et les actions de développement de la petite enfance. Le taux d'inscription ou la proportion des enfants inscrits au préscolaire dans les EPP est de 73,6% en 2020-2021 reste assez loin des objectifs fixés par les scénarii du PSE.

9. La feuille de route du gouvernement s'articule autour de quatre piliers : i) santé et planification familiale centrées sur la priorité accordée à la santé de reproduction au niveau de tous les centres de santé et la prévention/protection des jeunes sur les différents fléaux socio-sanitaires, ii) éducation et développement des compétences en accélérant la réforme du système éducatif et l'amélioration de l'employabilité des jeunes diplômés de l'enseignement supérieur ainsi que le renforcement de la formation professionnelle, iii) emploi et entrepreneuriat au profit des jeunes grâce à une multitude de partenariats avec le secteur privé et le développement de l'entrepreneuriat des jeunes et iv) gouvernance à travers la transparence dans la gestion des deniers et marchés publics ainsi que la lutte contre l'insécurité.

10. Sur la base des dépenses budgétaires réellement exécutées et non sur les lois de finances votées ou prévisionnelles en se référant à certaines revues des dépenses publiques (PEFA) et aux lois de règlement des budgets.

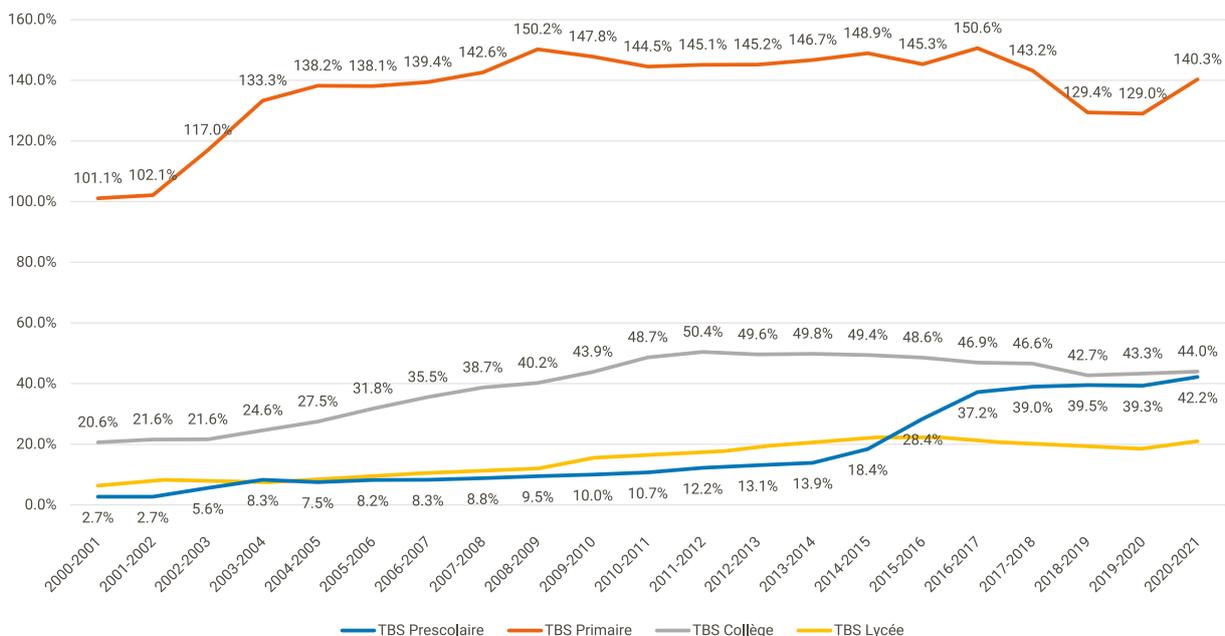
11. PASEC 2017 : Performances du système éducatif malagasy.

Au niveau du primaire, les effectifs ont plus que doublé entre 2000-2001 et 2016-2017 passant de 2,3 millions à 5,1 millions d'élèves. Une légère baisse est constatée en 2017-2018 (4,860 millions) à 2018-2019 (4,649 millions) et une reprise d'augmentation d'effectif est enregistrée entre 2019-2020 (4,775 millions) et 2020-2021 (5,349 millions). Le primaire est caractérisé par un fort taux d'inscription des élèves aux écoles publiques (81,7% en 2020-2021). Le graphique suivant témoigne cette tendance d'accès scolaire qui est à la hausse pour la période 2000-2021 (RESEN, 2016, Annuaire statistiques DPE-MEN, 2000-2001 à 2020-2021). Le taux brut de scolarisation du primaire passe de 101% en 2000-2001 à 140% en 2020-2021. Les taux au-dessus de 100% traduit le fait que le système éducatif a encore de capacité à scolariser encore plus d'enfants. Une proportion d'enfants en dehors d'âge scolaire officiel reste encore dans le système scolaire. Cette forte croissance s'explique par les diverses mesures incitatives prises par l'État et ses partenaires dans le cadre de l'initiative « *Education Pour Tous* » : construction de salles de classe, kits scolaires, premières subventions des enseignants communautaires, recrutement de 10 000 enseignants FRAM par an en fonctionnaire etc. On note qu'il n'y a pas de disparité en termes de scolarisation de fille et de garçon pour le primaire (parité entre 0,97 et 1,03). Cependant, des disparités en termes de scolarisation sont observées entre les zones et entre les régions. Les enfants en milieu urbain sont généralement mieux scolarisés par rapport aux enfants vivant dans les milieux ruraux car, les écoles en milieu urbain sont plus dotées en infrastructures que les autres écoles (RESEN, 2016, RGPH, 2018).

Au niveau du secondaire, notamment le collège, la croissance des effectifs a suivi la même tendance du primaire passant de 316 000 en 2000-2001, à 1,130 million d'élèves en 2016-2017, à 1,192 million en 2020-2021. Le graphique suivant confirme cette tendance d'effectif. Le taux brut de scolarisation est passé de 20,6% en 2000-2001 à 44,0% en 2020-2021. On constate que la proportion des élèves inscrits aux collèges d'enseignement général (CEG) augmente progressivement en passant de 55,3% en 2000-2001 à 62,3% en 2020-2021 (Annuaire statistiques DPE-MEN, 2000-2001 à 2020-2021). Des disparités en termes de scolarisation sont aussi observées entre les zones et les régions.

Au niveau du secondaire du second cycle ou lycée, l'effectif des élèves est passé de 66 000 en 2000-2001, 239 000 en 2010-2011, 363 000 en 2016-2017 et 395 000 en 2020-2021. Cette augmentation d'effectif a entraîné une évolution du taux brut de scolarisation du secondaire du second cycle de 7% en 2000-2001, à 16,7% en 2010-2011 et à 20,2% en 2020-2021. La proportion des élèves inscrits dans les lycées publics varie avec un minimum de 44,9% en 2008-2009 et un maximum de 56,0% en 2020-2021 (Annuaire statistiques DPE-MEN, 2000-2001 à 2020-2021). Des disparités en termes de scolarisation sont également enregistrées entre les régions.

GRAPHIQUE 1 : Évolution des indices d'effectifs des élèves par niveau d'enseignement 2000-2020



Source : Annuaire statistiques 2000-2001 à 2020-2021, RGPH 2018, Projection démographique, INSTAT

La qualité de l'enseignement, un des défis majeurs du système éducatif

Malgré l'amélioration de la scolarisation en termes d'accès, la qualité de l'éducation pour tout le niveau reste un grand défi et à améliorer. Ainsi par exemple, en 2020-2021, la proportion des redoublants des EPP est encore élevée 27,0% pour les EPP, 12,5% pour les CEG et 9,5% pour les lycées.

Le taux d'achèvement au niveau primaire (TAP), qui est aussi un des indicateurs de l'ODD4 recommandés pour mesurer l'impact des politiques relatives à l'accès et à la progression tout au long des premières années d'études de chaque classe ou année d'études d'enseignement, a une répercussion sur la dernière année d'études de ce niveau. Il indique également la capacité du système éducatif à répondre aux besoins d'achèvement de la population ayant l'âge prévu d'entrée dans la dernière année d'études d'un niveau d'enseignement donné. En 2018, le taux d'achèvement au niveau primaire est de 46,9% pour l'ensemble, 44,1% pour les garçons et 49,8% chez les filles. Ce taux relativement faible (la moitié des enfants n'ont pas achevé le cycle) pourrait être dû à une entrée tardive ou à un taux d'abandon élevé ou à un achèvement tardif ou à un taux de redoublement élevé. L'analyse au niveau régional montre des inégalités entre les régions et selon le sexe. Le TAP varie de 20,3% à 75,6%. Les régions d'Analamanga, de Vakinankaratra, de Sofia, d'Analanjirôfo et d'Alaotra Mangoro font partie des régions où le taux d'achèvement est au-delà de 50%. En revanche, les régions d'Androy, d'Anosy, de Melaky et Ihorombe disposent des taux faibles. Madagascar n'a pas encore retrouvé le niveau d'achèvement du primaire de 2012 qui était de 69%, loin devant le niveau enregistré en 2018, 56% (MICS6). Le phénomène d'abandon scolaire prend des proportions de plus en plus importantes, surtout au niveau du lycée. Les taux d'abandon en 2018 au niveau national est de 21,8% pour le primaire, 35,6% pour le collège et 65,7% pour le lycée ; les zones rurales sont plus fortement touchées que le milieu urbain et ce phénomène frappe plus les filles que les garçons. Les taux de redoublement sont encore très élevés à Madagascar allant de 21,8% pour l'éducation primaire à 65,7% pour l'enseignement secondaire niveau II en 2017. Cela s'explique, entre autres, par la proportion élevée des mariages d'enfants (40% des filles, et 12% des garçons)¹² et des grossesses précoces.

La question de la qualité des apprentissages est posée au regard de l'évolution des scores moyens en français, en mathématiques et en malagasy mesurée par les différentes évaluations. Selon la dernière enquête PASEC de 2019, en début de scolarité ou CP2, la majorité des élèves ne dispose pas des compétences requises attendues dans le cycle primaire. Un peu moins de la moitié de l'ensemble des élèves de 2ème année du primaire (44,6%) a des scores en dessous du seuil suffisant de l'échelle de compétences en lecture. Ces élèves qui se trouvent en dessous du seuil suffisant de l'échelle de compétences éprouvent des difficultés d'apprentissages relativement importantes dans le déchiffrement de l'écrit et la compréhension des mots, des phrases et des textes courts, l'identification graphophonologique (lettres, syllabes, graphèmes et phonèmes) ainsi que des messages oraux. Cependant, en mathématiques, il convient de noter que des acquis considérables méritent d'être renforcés dans le pays. En effet, environ 79,4% de l'ensemble des élèves se trouvent au-dessus du seuil suffisant de l'échelle, dont 35,4% des élèves maîtrisent la chaîne verbale (compter jusqu'à 60 en deux minutes) et sont capables de lire des chiffres, de comparer des nombres, de compléter des suites de nombres et de réaliser des opérations (additions et soustractions) sur des nombres supérieurs à cinquante. En mathématiques, environ 21% des élèves se trouvent au-dessous du seuil suffisant de l'échelle de compétences. Ces élèves ne font que commencer à développer progressivement leurs connaissances du langage mathématiques : ils commencent à lire les premiers chiffres (inférieurs à 10) et maîtrisent les premières notions de quantité (dénombrement, comparaison) avec des nombres inférieurs à vingt.

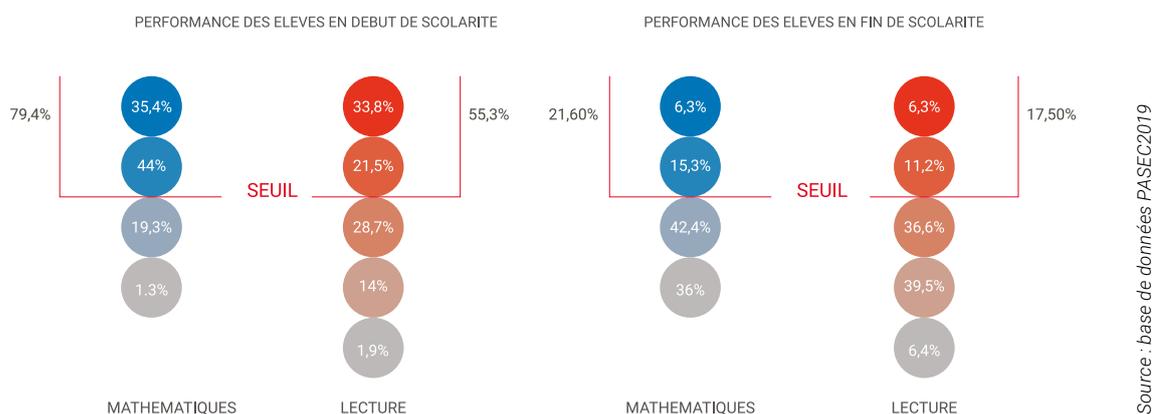
En fin de scolarité ou CM2, la majorité des élèves ne dispose pas des compétences requises attendues dans le cycle primaire, ni en lecture, ni en mathématiques. Le pays affiche plus de 82% des élèves qui n'ont pas atteint le seuil « suffisant » de compétence en lecture après au moins cinq ans de scolarité primaire. Ces élèves éprouvent de difficultés à effectuer un traitement de texte global pour tirer parti des textes narratifs, informatifs et des documents. Ils ne sont pas capables d'associer ni d'interpréter plusieurs idées implicites en s'appuyant sur leurs expériences et leurs connaissances. En lisant des textes littéraires, ils ne sont pas non plus capables d'identifier l'intention de l'auteur ni de déterminer le sens implicite d'un récit. En mathématiques, environ 76,4% des élèves se trouvent en dessous du seuil suffisant de l'échelle de compétence après au moins cinq années de scolarité du primaire. Cette proportion est légèrement inférieure par rapport à celle relative à la lecture. Ces élèves rencontrent des difficultés pour résoudre des tâches nécessitant d'analyser des situations, généralement présentées sous la forme d'un petit texte de 2 à 3 lignes, pour dégager la ou les procédures à mobiliser. Dans le domaine des nombres et opérations, ils ne peuvent pas résoudre des problèmes de proportionnalité directe et des problèmes impliquant des fractions ou des nombres décimaux. Dans le domaine des grandeurs et mesures, ils ne peuvent pas non plus résoudre des problèmes diversifiés impliquant des calculs d'aire ou de périmètre, présentés sans support visuel. Ils ne peuvent pas non plus réaliser des

12. Résultats du MICS 2018.

calculs et des conversions impliquant des heures, des minutes, voire des secondes. On note des disparités en termes de compétences des élèves entre les régions et les zones (PASEC, 2019).

Ces résultats sont d'autant plus inquiétants que par rapport aux précédentes évaluations des acquis scolaires PASEC conduites en 1997, Madagascar se positionnait en 1^{ère} position en mathématiques et 2^{ème} en français parmi un groupe de pays francophones.

GRAPHIQUE 2 : Pourcentage d'élèves ayant les compétences minimales en 2^{ème} et 5^{ème} année du primaire

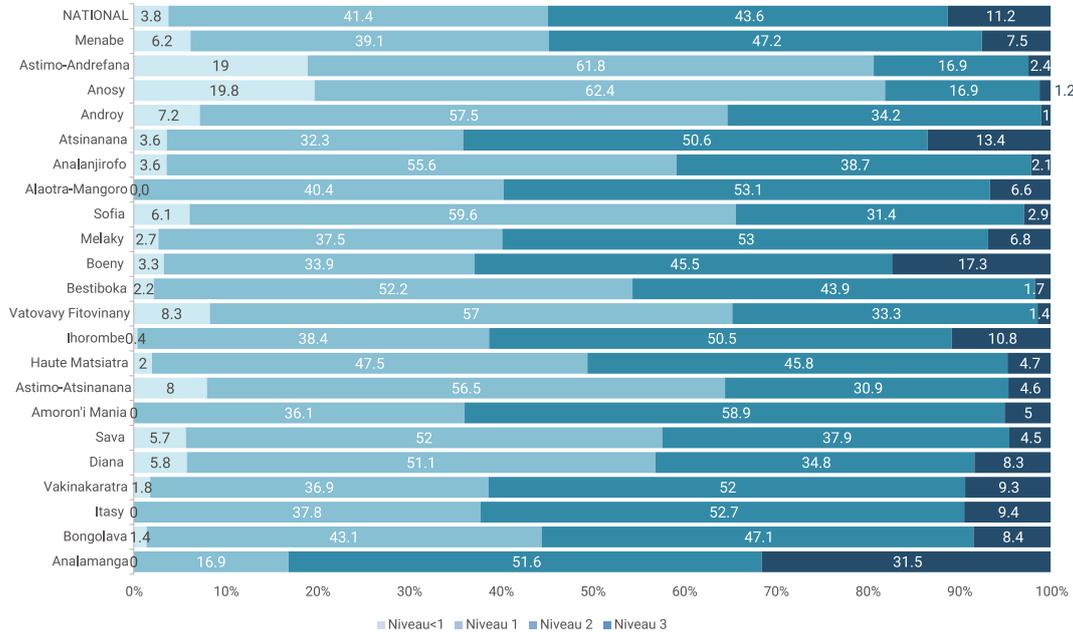


Les performances et les capacités des enseignants sur les contenus disciplinaires et didactiques ont été objet d'évaluation à travers des tests standards. Les résultats ont montré que les compétences des enseignants sur les contenus disciplinaires sont peu satisfaisantes et qu'une grande partie des enseignants ne maîtrisent pas les contenus des programmes et des cours à dispenser aux élèves. Ainsi, par exemple, l'enquête sur les indicateurs de prestation de services (IPS) (ou en anglais : SDI-service delivery Indicators) organisée par la Banque Mondiale en 2016 a mesuré le niveau de connaissances des enseignants du fait de sa très forte incidence sur la qualité des enseignements qu'ils peuvent dispenser à leurs élèves, ainsi que sur leurs compétences en pédagogie qui sont essentielles pour transmettre les connaissances aux élèves. Les résultats de l'évaluation révèlent que seul 0,1% des enseignants ont un score de 80% qui correspond au seuil de connaissance minimum et aucun n'a atteint le niveau de connaissance minimal en français contre 6% en mathématiques ; les connaissances pédagogiques sont très faibles avec une note moyenne de 24%. Dans la plupart des cas, les notes moyennes en français, en mathématiques et pédagogie se situaient en-dessous de 50% (SDI, 2016).

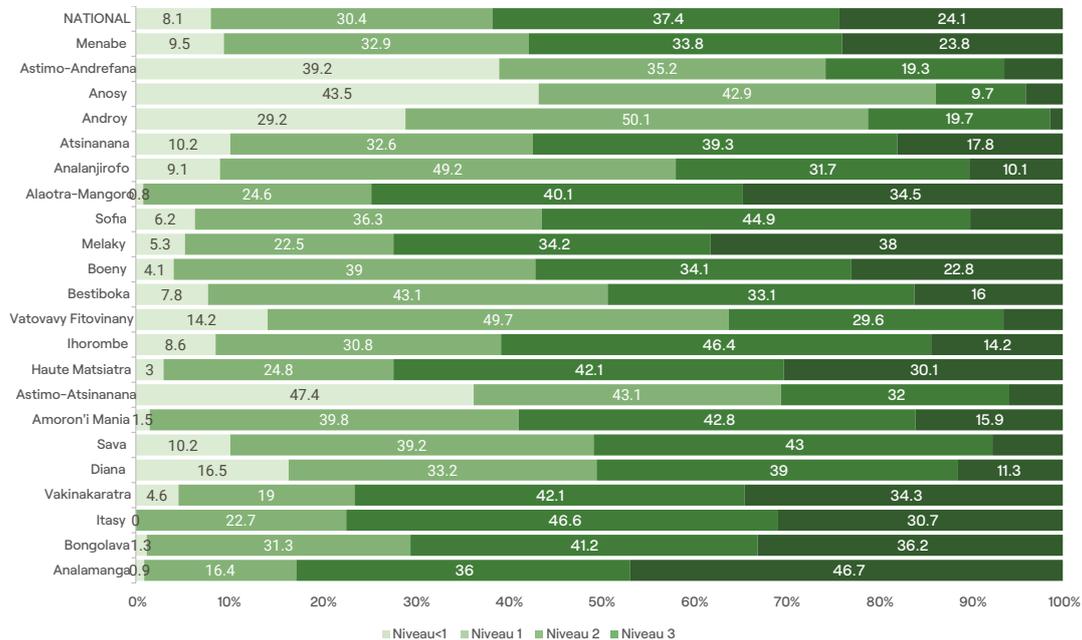
Les résultats de l'évaluation des enseignants par le test PASEC en 2019 vient de confirmer ce constat ci-dessus. Cette enquête a testé les performances et les capacités des enseignants du primaire sur les contenus disciplinaires et didactiques en compréhension de l'écrit et de mathématiques et en didactique. Seuls 11,2% des enseignants se trouvent au-dessus de l'échelle de compétences nécessaires (niveau 4) pour maîtriser la compréhension de l'écrit et 24,1% pour la maîtrise de contenu de mathématique. Des disparités en termes des performances et compétences des enseignants sont aussi observées entre les régions comme le montre le graphique suivant. Les résultats de l'évaluation montrent également une faible maîtrise de didactique des deux disciplines. Tous les enseignants des 22 régions n'atteignent pas la moyenne (500 points) et en didactique de mathématiques, la majorité des enseignants (des 18 régions) accusent des scores largement inférieurs à 500 points. On note également une variation des scores entre les régions (PASEC, 2019).

GRAPHIQUE 3 : Performances et Compétences des enseignants du primaire en compréhension de l'écrit et maîtrise du contenu de mathématique

a) Maîtrise de compréhension de l'écrit



b) Maîtrise du contenu en mathématiques

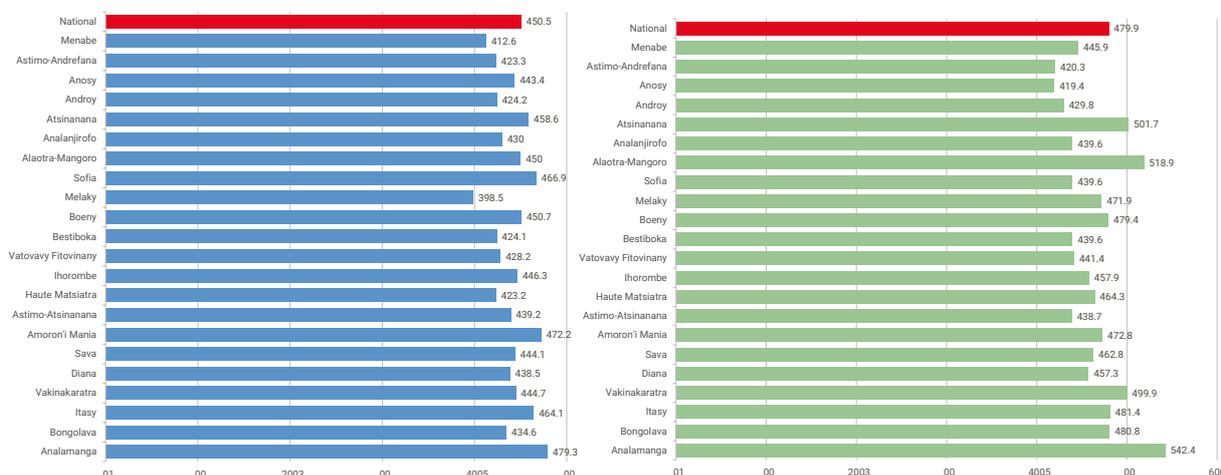


Source : PASEC 2019

Le taux d'alphabétisation est un des indicateurs souvent utilisés pour apprécier la qualité de l'éducation et du capital humain. Le taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 ans ou plus est de 76,7%. Des disparités sont aussi observées entre les milieux de résidence et les sexes. Selon la classe d'âge, le taux d'alphabétisation est plus élevé chez les populations jeunes (11-14 ans, 15-19 ans ou 20-24 ans) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'examen du taux au niveau régional montre que les régions d'Analamanga, de Vakinankaratra, d'Itasy, de Bongolava, de Haute Matsiatra, d'Amoron'i Mania, de Diana et de Sava enregistrent des taux d'alphabétisation au-delà de 80% aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En revanche, les régions de Melaky, d'Atsimo Andrefana, d'Androy et d'Anosy disposent des taux d'alphabétisation généralement bas et en-dessous de la moyenne nationale et voire inférieurs à 40% pour le cas d'Androy. Selon le milieu de résidence, des inégalités de taux d'alphabétisation

sont aussi observées. La région d'Analamanga se distingue des autres régions dans la mesure où l'écart en termes d'alphabétisation entre le milieu urbain et le rural est assez faible (RGPH, 2018).

GRAPHIQUE 4 : Performances et Compétences des enseignants du primaire : une faible maîtrise de la didactique de compréhension de l'écrit et de mathématique



Source : PASEC 2019

Le taux d'alphabétisation est un des indicateurs souvent utilisés pour apprécier la qualité de l'éducation et du capital humain. Le taux d'alphabétisation de la population âgée de 15 ans ou plus est de 76,7%. Des disparités sont aussi observées entre les milieux de résidence et les sexes. Selon la classe d'âge, le taux d'alphabétisation est plus élevé chez les populations jeunes (11-14 ans, 15-19 ans ou 20-24 ans) aussi bien chez les hommes que chez les femmes. L'examen du taux au niveau régional montre que les régions d'Analamanga, de Vakinankaratra, d'Itasy, de Bongolava, de Haute Matsiatra, d'Amoron'i Mania, de Diana et de Sava enregistrent des taux d'alphabétisation au-delà de 80% aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En revanche, les régions de Melaky, d'Atsimo Andrefana, d'Androy et d'Anosy disposent des taux d'alphabétisation généralement bas et en-dessous de la moyenne nationale et voire inférieurs à 40% pour le cas d'Androy. Selon le milieu de résidence, des inégalités de taux d'alphabétisation sont aussi observées. La région d'Analamanga se distingue des autres régions dans la mesure où l'écart en termes d'alphabétisation entre le milieu urbain et le rural est assez faible (RGPH, 2018).

Un accès à l'enseignement supérieur encore trop faible

Depuis 2008, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESupReS) s'est engagé dans une réforme globale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (ESR) à Madagascar qui s'est traduite par la migration effective vers le système LMD depuis 2013-2014 dans toutes les institutions d'enseignement supérieur à Madagascar, aussi bien publiques que privées. Le taux brut de scolarisation au niveau supérieur reste faible car il est de l'ordre de 5,3% pour l'ensemble. Une légère différence est observée entre le taux brut de scolarisation des hommes et des femmes et que cette différence est en faveur des hommes. Il en est de même pour le taux net de scolarisation. Il se situe à 4% pour l'ensemble (4,2% pour les hommes et 3,7% pour les femmes). On compte 794 étudiants pour 100 000 habitants en 2018 (RGPH, 2018). Ce ratio était estimé à 464 étudiants pour 100 000 habitants en 2013-2014 selon le rapport d'état sur le système éducatif.

Le coût de l'enseignement supérieur est très onéreux pour les ménages. En moyenne, les dépenses de scolarité par étudiant par niveau sont de 165.455 Ariary. Ainsi, l'accès à l'enseignement supérieur est très inégalitaire, de 10% dans le quintile le plus riche à quasi nul dans le quintile le plus pauvre. Le niveau de réussite est faible. Seul 20% des étudiants inscrits en première années atteignent la licence universitaire au bout de trois ans.

La formation des étudiants n'est pas adaptée aux besoins du marché de travail. Le taux de chômage des jeunes diplômés de l'université malagasy est de 25% en 2015 (INSTAT, Enquête sur l'emploi).

Un accès à l'Enseignement Technique et la Formation Professionnelle (ETFP) encore limité

Le dispositif national d'ETFP est limité : 50 centres de formation professionnelle (CFP) et 121 lycées techniques et professionnels (LTP) dont 45% sont des établissements privés. Seuls 69 districts sur les 119 disposent d'établissements ETFP publics, 7 régions sur 22 n'ont pas de CFP, et une région (Androy) ne dispose ni de CFP, ni de LTP. Madagascar a encore un très faible taux d'accès à l'ETFP qui est de 287 apprenants pour 100 000 habitants. En 2016, le taux de fréquentation des ETFP est de 1,6%. Dans le monde rural, seuls 3% des apprenants sont inscrits dans les formations agricoles alors que cette branche d'activité occupe 3 actifs sur 4. Les dépenses courantes d'ETFP ne représentent que 0,91% des dépenses publiques de l'État en 2014 et 3,8% des dépenses courantes du ministère de l'éducation. Les ménages contribuent à hauteur de 1/4 des dépenses courantes. Le coût moyen de la formation est élevé (160.871 Ariary en moyenne nationale).

Conditions de vie notamment la scolarisation des personnes handicapées faible

Bien que des actions en faveur des personnes handicapées telles que la sensibilisation menée par les différentes associations et l'approche inclusive dans les politiques sectorielles soient consenties depuis plusieurs années, de nombreuses personnes handicapées se trouvent toujours dans des conditions de vie déplorables qui ne leur permettent pas de fréquenter les écoles. L'analyse de base de données de la MICS en 2018 montre que 13,4% des enfants handicapés de 3 à 5 ans fréquentent l'éducation préscolaire, le taux net de fréquentation scolaire du primaire est de 74,2% chez les enfants handicapés de 6 à 10 ans ; ce taux est de 29% au niveau collège. Les résultats montrent également qu'il n'y a pas de différence observée entre les garçons et les filles en matière de scolarisation. Cependant, une différence en termes de scolarisation persiste entre les enfants handicapés en milieu urbain et en milieu rural : le taux net est de 85% en milieu urbain contre 71% en milieu rural. On note que 46% des personnes handicapés âgés de 15- 49 ans et 37% d'entre eux ont achevé respectivement le niveau primaire et le niveau secondaire ou plus (Liste d'indicateurs en annexe).

Cataclysmes et dégâts cycloniques pouvant entraîner un risque élevé de non fréquentation scolaire des élèves

Chaque année, Madagascar est souvent frappée par des cyclones de plus en plus violents et pouvant entraîner des destructions des écoles et des salles de classe et des bâtiments administratifs. En début de 2022, par exemple, cinq cyclones ont touché le pays (ANA, AMNATIA, BATSIRAIEMNATI, JASMINE et DUMAKO). Plus de 3500 écoles publiques de tout niveau (EPP, CEG et lycées) ont été victimes, avec 10 200 salles de classes endommagées (inondées, complètement ou partiellement détruites ou totalement décoiffées). Environ 346 000 élèves ont été privés de cours pendant quelques semaines (DPE, service de la gestion des risques et des catastrophes, 2022). Cette non-fréquentation scolaire, en particulier dans un contexte d'urgence, augmente le risque de déperdition scolaire, de travail et de mariage des enfants.

Le manque de respect des normes de construction anticyclonique aggravant l'impact de ces aléas et entraînant ainsi l'absence de résistance des infrastructures aux cyclones qui ont de plus en plus d'intensité forte due au changement climatique explique en partie cette situation. Une intégration effective de la réduction des risques de catastrophes dans les infrastructures scolaires permettrait de changer considérablement ces dégâts, de ne plus menacer autant l'atteinte des ODDs et de permettre l'accès aux jeunes Malagasy à leur droit humain à l'éducation. De plus, une amélioration des nombreux programmes de préparation aux catastrophes avec les enseignants et les élèves au travers d'une meilleure coordination entre les acteurs pour assurer ou coordonner les synergies, la cohérence des interventions ainsi que des standards minimums.

C'est dans ce cadre que le forum national de l'éducation de Madagascar qui a eu lieu du 01 et 02 août 2022 a permis à toutes les parties prenantes de l'éducation de reconnaître que l'éducation est un droit humain et un fondement de la paix, de la tolérance, des autres droits humains et du développement durable et qu'elle devrait être une priorité nationale absolue et que des engagements et actions devraient être entrepris immédiatement, à court, moyen et long terme pour transformer l'éducation à Madagascar, et ce conformément au Plan Emergence Madagascar et aux cibles de l'ODD 4. Ce forum a permis aussi de mieux préparer Madagascar au Sommet sur la transformation de l'éducation organisé par le Secrétaire général des Nations Unies à New York qui a eu lieu du 16 au 19 septembre 2022¹³.

13. Rapport de consultation nationale, Sommet sur la transformation de l'éducation 2022 Madagascar, août 2022.

2.3 | SANTÉ, FORTES DISPARITÉS RÉGIONALES ET INSUFFISANCES DANS L'ACCÈS

Le secteur de la santé à Madagascar continue d'être marqué par des défis de plusieurs ordres, articulés essentiellement autour (i) d'une organisation des services de santé précaire peinant à assurer une couverture universelle pour tous, (ii) des orientations stratégiques changeant au gré des soubresauts politiques, (iii) un budget inadéquat par rapport aux ambitions déclarées sur la place de la santé dans la société malagasy et de son rôle moteur pour le développement, (iv) une gouvernance nécessitant l'amélioration ainsi que la persistance des défis épidémiologiques récurrents qui s'amplifient notamment lors des cataclysmes naturels (cyclones, inondations, sécheresse) et des pandémies d'échelle mondiale à l'instar du COVID-19 et de la crise russo-ukrainienne de 2021-2022, (v) l'insuffisance d'infrastructures sanitaires, notamment la concentration des centres de santé dans les zones inaccessibles pour la majorité de la population des régions reculées.

Une offre de services de santé inégalement répartie

En 2019, Madagascar comptait 22 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), 16 Centres Hospitalier de Référence Régionale (CHRR), 99 Centres Hospitalier de Référence de District (CHRD) publics, 124 Hôpitaux privés, 2710 Centres de Santé de Base (CSB) publics et 824 CSB privés. En 2017, Madagascar comptait 1 Médecin pour 10 500 habitants (soit 2902 médecins, 847 médecins spécialistes, 220 dentistes) ratio proche de la norme préconisée par l'OMS (1 médecin pour 10000 habitants), une sage-femme pour 15 000 habitants (soit 2 578 sage-femmes) et un infirmier pour 8 400 habitants (soit 4 362 infirmiers)¹⁴. Cependant, **la répartition géographique et le niveau requis des compétences selon les niveaux de référence montrent clairement des disparités régionales de répartition des capacités humaines et des insuffisances de certaines catégories de personnel médical dans beaucoup de domaines.** En guise d'illustration, plus de 34% du personnel du Ministère de la santé travaille dans la région d'Analamanga (abritant la capitale Antananarivo). Au niveau des CSB, 51% des CSB sont tenus par des agents seuls à leur poste, 50,3% des CSB2 ne disposent pas de médecins généralistes. Pour les CHRR, l'effectif moyen est de 60 agents alors que les normes sont fixées à 156, toutes catégories confondues, et pour les CHRD avec blocs, l'effectif moyen est de 26 agents contre 84 exigés selon les normes requises. Cette situation entraîne des surcharges de travail, de l'épuisement et des démotivations surtout avec les faibles salaires mêmes dans les zones les plus reculées. À cela s'ajoute le vieillissement du personnel, avec une moyenne de 50 ans (toutes catégories confondues) en raison des insuffisances de moyens budgétaires pour recruter des nouveaux agents (CCA, 2020).

Un financement de la santé largement insuffisant et une accessibilité en défaveur des plus vulnérables

La part du budget général de l'État allouée au secteur de la santé est très insuffisante, autour de 5% en 2018 (selon les lois de finances). Cette proportion reste largement en-dessous des engagements pris par Madagascar dans la Déclaration d'Abuja (15%) et sur les recommandations de l'OMS (10%) pour atteindre la Couverture de Santé Universelle (CSU). Seuls 8% de la population disposent d'une couverture sanitaire basée sur les assurances (OSIE, assurance privée, fonctionnaires, mutuelles etc.). La situation est d'autant plus accentuée et ressentie chez les personnes handicapées (3% ont une assurances maladies en 2018-MICS). L'achat des soins est basé sur des paiements directs et 40,81% des dépenses de santé sont assurés directement par les ménages.

Pour ce qui est de l'accessibilité des populations aux centres de santé, 45% des populations se trouvent à moins de 5 km d'un CSB et près de 26% doivent parcourir 10 km et plus pour trouver un CSB. L'éloignement des CSB, le manque de personnel qualifié à plusieurs niveaux, la pauvreté des populations et la persistance de normes sociales et coutumes qui imposent le recours aux soins traditionnels pour plusieurs aspects (notamment de la santé mère-enfant) ont des impacts sur le niveau d'accès et par voie de conséquence sur la santé des populations surtout les plus vulnérables (CCA, 2020).

TABLEAU 1 : Accessibilité de la population aux formations sanitaires (CSB)

Distance	Fokontany		Population 2019	
	Nombre	%	Nombre	%
< 5 Km	6 864	34,2	12 258 338	45,2
5 Km à 10 Km	6 108	30,5	7 870 572	29,0
10 Km et Plus	7 078	35,3	6 981 003	25,8
TOTAL	20 050	100	27 109 913	100

Source : Sectorisation 2019_114 SDSP_ Octobre 2019

14. Source : PNDRH 2017.

Des performances du système de santé variables selon les catégories de soins

Des progrès sont enregistrés au niveau des taux de mortalité maternelle et néonatale sans une forte accélération à la baisse ; ils sont respectivement de 426 pour 100 000 naissances vivantes et de 21 pour 1000 naissances vivantes en 2018 (MICS 2018) contre respectivement 478 et 26 pour mille naissances vivantes en 2012 (ENSOMD 2012-3). Ces progrès sont insuffisants pour au moins trois raisons : (i) le retard dans la prise de décision par la famille (pratiques coutumières, perceptions sociales, tabous et recours à la matrone, faible statut de la femme à prendre des décisions, 61% des femmes ont accouché en dehors des établissements de santé en 2018). Cette même proportion est observée en 2021 (EDSMD-V 2021)), (ii) le retard pour rejoindre la formation sanitaire de référence (problèmes de sécurité et d'accessibilité géographique des structures de soins) et (iii) le retard dans la prise en charge au niveau des formations sanitaires (insuffisance de disponibilité des services de qualité, des intrants et des équipements, manque de personnel qualifié, inexistence de kits d'urgence et réserves de sang.

En termes de **couverture de services** en 2018, seuls 53,5% des formations sanitaires publiques sont accessibles toute l'année en partant du chef-lieu de district ; seules 17,7% de l'ensemble des formations à Madagascar ont la capacité de dispenser des services de soins obstétriques d'urgence de base, dont 3,8% au niveau des CSB1, 17,2% au niveau des CSB2 et 73,5% au niveau des CHR. Seuls quelques CHR (4,5%) offrent une couverture complète de soins obstétriques et néonataux d'urgence (SONUC). Par rapport à l'utilisation des services, les résultats de l'enquête MICS 2018 montrent que moins de la moitié (46%) des femmes enceintes reçoivent l'assistance d'un professionnel de santé qualifié et 39% accouchent au niveau des formations sanitaires.

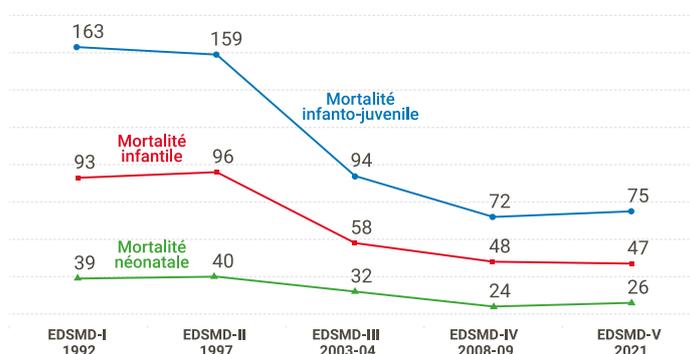
Au niveau de la **santé de l'enfant**, le quotient de mortalité infantile pour la période des cinq années avant l'enquête est estimé à 47‰. Autrement dit, environ un enfant sur 21 décède avant d'atteindre son premier anniversaire. Quant à la mortalité infanto-juvénile, elle est estimée à 75‰, ce qui correspond à environ un décès pour 13 enfants de moins de cinq ans nés vivants entre 2017 et 2021. L'examen des tendances des quotients de mortalité néonatale, infantile et infanto-juvénile depuis la première Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-I 1992) montre que, globalement, on observe une baisse continue de la mortalité des enfants de moins de cinq ans entre 1992 et 2008-09, passant de 163‰ à 72‰, puis une quasi-stabilité entre 2008-09 et 2021, le taux passant de 72‰ à 75‰. Les deux autres composantes de la mortalité des enfants présentent des tendances similaires : estimé à 93‰ en 1992, le quotient de mortalité infantile est passé à 47‰ en 2021. Sur la même période, le quotient de mortalité néonatale est passé de 39‰ à 26‰. On note des disparités des quotients de mortalité entre les zones et entre les régions. La région de Vatovavy Fitovinany se caractérise par les niveaux de mortalité les plus élevés : dans cette région le risque de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire est estimé à 119‰ contre un minimum de 35‰ dans celle de Diana.

Les résultats selon le niveau d'instruction de la mère montrent qu'à l'exception de la mortalité néonatale, les risques de mortalité des enfants ont tendance à baisser après que la mère a complété le niveau primaire. Le quotient de mortalité infanto-juvénile passe de 74‰ parmi les enfants dont la mère a le niveau primaire à 50‰ parmi ceux dont elle a le niveau secondaire du second cycle. Il faut remarquer aussi que le risque de décéder avant le cinquième anniversaire est 1,8 fois plus élevé chez les enfants des ménages des deux quintiles les moins aisés (81‰ respectivement) que ceux des ménages du quintile le plus élevé (45‰) (MICS, 2018).

Les principales causes de mortalité des enfants sont les infections respiratoires aiguës, dont la pneumonie, les maladies diarrhéiques, le paludisme, la malnutrition et la rougeole. Cette situation ne dépend pas uniquement des facteurs strictement sanitaires et d'hygiène mais elle est tributaire d'autres déterminants qui influencent la santé de l'enfant notamment la pauvreté, l'environnement de vie des enfants (surtout la pollution mais également la défécation à l'air libre et la vie commune avec les animaux), l'accès à l'eau potable, le faible niveau d'appropriation et d'engagement de la communauté sur la santé de l'enfant. En matière de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant au niveau communautaire (PCIMEC), 34% des sites communautaires seulement ont été opérationnels jusqu'en 2017¹⁵.

Les résultats montrent aussi que certains comportements pourraient constituer des facteurs procréateurs de risques de mortalité chez les enfants. L'intervalle avec la naissance précédente trop courte, moins de 2 ans, pourrait augmenter le risque de décès des enfants. Les enfants des mères « *trop jeune* » (moins de 20 ans) ou « *trop âgée* » (plus de 40 ans) auront des risques de décès élevés que les enfants des autres mères. Les enfants de rang de naissance (1er ou 4ème+) courent aussi de risques de décès élevés (EDSMD-V, 2021).

15. Source : Rapports de projet Mahefa, Mikolo, Pivot, CRS.

GRAPHIQUE 5 : Tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans : Décès pour 1 000 naissances vivantes par période de 5 ans avant l'enquête

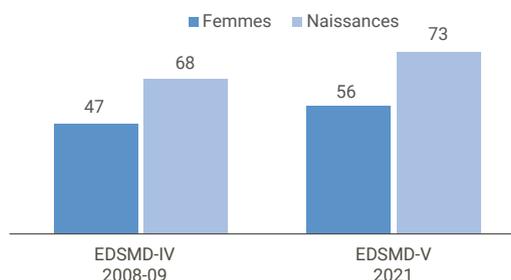
Source : EDSMD-V 2021

En matière de vaccination, la vaccination antitétanique pendant la grossesse fait partie des interventions essentielles recommandées par le Ministère de la Santé Publique, afin d'améliorer les chances de survie des femmes et de leurs nouveau-nés. Les vaccinations de base sensées reçues pour les enfants de 12-23 mois comprennent le BCG, le Rougeole 1, 3 doses de Pentavalent (DTC-HepB-Hib) et 3 doses de Polio (non compris le Polio 0). L'enquête EDSMD-V réalisée en 2021 a permis de collecter des informations sur la vaccination. Les résultats montrent que 56% des femmes ont reçu deux injections du vaccin antitétanique ou plus durant la grossesse ayant donné lieu à une naissance vivante. Environ sept naissances sur dix (73%) ont reçu les doses requises du vaccin antitétanique et par conséquent, on considère que la naissance vivante la plus récente était protégée contre le tétanos néonatal. L'examen des tendances de vaccination antitétanique des femmes et naissance vivante protégée contre le tétanos néonatal montre qu'entre 2008-2009 et 2021, le pourcentage de femmes ayant reçu deux injections du vaccin antitétanique ou plus durant la dernière grossesse a augmenté, passant de 47% à 56% en 2021, malgré le contexte de la pandémie du covid19. Dans la même période, le pourcentage de naissances vivantes protégées contre le tétanos néonatal est passé de 68% à 73%. La mise en place de programme élargi de vaccination (PEV) et les efforts de dotation des CSB en équipements de chaîne de froid solaire expliquent en partie cette situation. Une disparité et termes de couverture vaccinale antitétanique néonatale est constatée entre les milieux urbain et rural aussi. Le taux de couverture est plus élevé en milieu urbain (78%) qu'en milieu rural (72%). Des variations énormes du taux de couverture sont aussi enregistrées entre les régions. La région de Menabe (55%) enregistre la couverture vaccinale la plus faible alors que la Région d'Itasy (84%) affiche la couverture vaccinale la plus élevée. Il faut noter aussi que plus le niveau d'instruction de la mère augmente, plus la couverture vaccinale de base est meilleure en passant de 29% pour les mères sans instruction à 77% chez les mères de niveau supérieur. Également, le niveau de bien-être économique des femmes est associé positivement au taux de couverture vaccinale des enfants en passant de 31% pour les mères du quintile le plus faible à 64% pour les femmes du quintile le plus aisé (EDSMD-V, 2021).

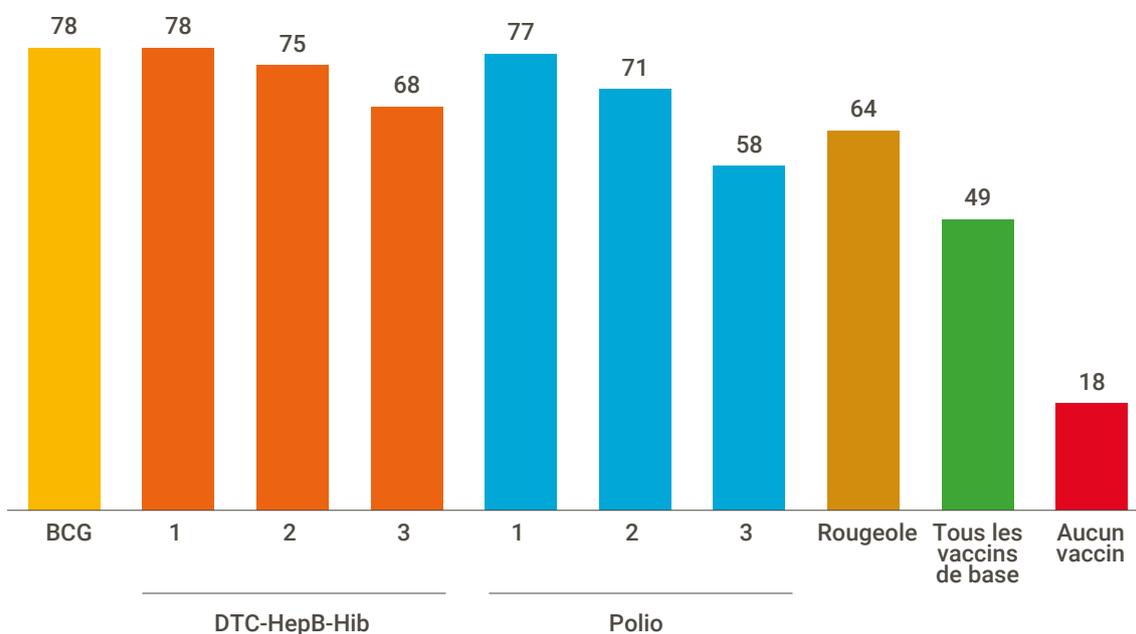
Les résultats de l'enquête post campagne de vaccination contre la rougeole et de supplémentation en vitamine A (EPCR, 2022) en juin 2022 confirment les résultats de l'EDSMD-V en 2021 et MICS en 2018. Selon cette enquête, la couverture brute de la vaccination contre la rougeole (VAR) est de 65,3% des cibles au niveau national et des disparités sont enregistrées entre les zones, les districts. La couverture de la vaccination systémique et celle de la campagne est estimée à 19,2% de 9-59 mois n'ont reçu aucune dose de vaccin antirougeoleux. Plusieurs facteurs expliquent en partie cette situation, entre autres l'insuffisance de budget de fonctionnement des centres de santé, les problèmes logistiques de vaccins et de chaînes d'approvisionnement, l'insuffisance de communication pour les mères, etc. Cette couverture est un peu moindre sur la base de la méthode de disponibilité de carte de vaccination (56,3% au niveau national).

Faible couverture vaccinale des personnes handicapées : une grande partie des jeunes handicapés âgés de 24-35 mois ne sont pas vaccinés. Environ 41% d'entre eux ont reçu tous les vaccins de base et que 30% seulement ont reçu tous les vaccins.

GRAPHIQUE 6 : Vaccination antitétanique des femmes et naissance vivante : Pourcentage de femmes ayant reçu deux injections, Pourcentage de naissances protégées contre le tétanos



GRAPHIQUE 7 : Vaccinations infantiles de base : Pourcentage d'enfants de 12-23 mois qui ont reçu



Source : EDSMD-V 2021

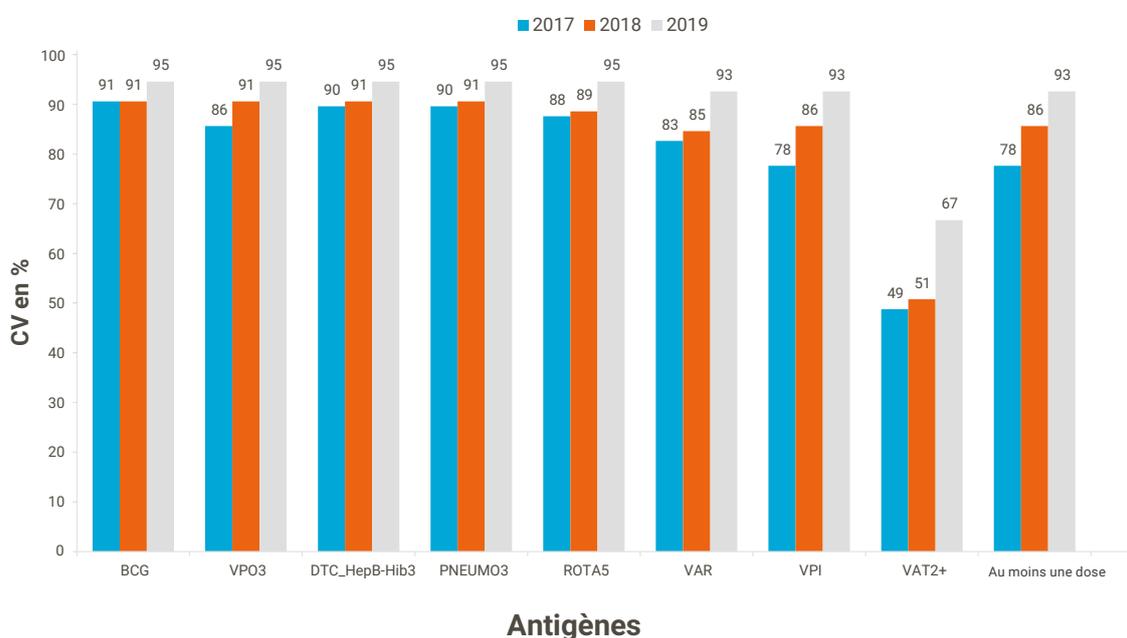
L'accouchement dans un établissement de santé permet d'avoir accès aux soins sécurisés de santé et d'éviter les décès maternels. Les résultats de l'enquête indiquent que, parmi les naissances qui ont eu lieu au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, 39% se sont déroulées dans un établissement de santé, 61% ont eu lieu à la maison. Les établissements sanitaires du secteur public sont les plus fréquentés (33% contre 5% pour le secteur privé). D'une manière générale, durant la période 1992 à 2021, le pourcentage de naissances qui se sont déroulées dans un établissement de santé a varié de manière assez irrégulière mais globalement on constate une diminution de ce pourcentage, celui-ci étant passé de 45% en 1992 à 32% en 2008–2009 et à 39% en 2021. Dans la même période, le pourcentage de naissances qui ont eu lieu à la maison a augmenté, passant de 54% en 1992 à 64% en 2008–2009 et à 61% en 2021. Il faut noter que des disparités existent entre les milieux urbain (59%) et rural (35%). Le pourcentage varie aussi d'une région à une autre en passant de 15% (Ihorombe) à 69% (Analamanga).

L'assistance d'un prestataire qualifié (Infirmier/sage-femmes et médecin) à l'accouchement permet de réduire les risques de décès maternel et du nouveau-né. Parmi les naissances vivantes ayant eu lieu au cours des cinq années précédant l'enquête, 46% ont été assistées par un prestataire de santé qualifié à savoir 34% par une sage-femme, 10% par un médecin et 2% par une infirmière (Graphique 9.7). Trois naissances sur dix (31%) ont été assistées par une accoucheuse traditionnelle, une sur six (15%) par une matrone, 7% par des parents ou amis et 1% des naissances n'ont bénéficié d'aucune assistance (EDSMD-V, 2021).

Le soin postnatal joue un rôle crucial dans la mesure où une proportion importante de décès maternels et de décès de nouveau-nés qui surviennent dans la période néonatale se produisent dans les 48 heures qui suivent l'accouchement. Pour cette raison, il est recommandé par l'OMS que, dans les 2 jours qui suivent l'accouchement, toutes les femmes effectuent une visite postnatale et tous les nouveau-nés reçoivent des soins postnatals. Les consultations postnatales doivent se poursuivre dans les 45 jours suivant l'accouchement. Parmi les femmes ayant eu une naissance au cours des 2 dernières années, 55% ont reçu des soins postnatals dans les 2 premiers jours après l'accouchement, en majorité moins de 4 heures après l'accouchement (40%). Cependant, 42% de femmes n'ont jamais reçu de soins postnatals ou qui en ont reçu après le délai recommandé (EDSMD-V, 2021).

La surveillance épidémiologique intégrée des maladies s'accroît avec un accent mis sur la surveillance des PFA. Au titre de l'année 2019, le réseau de surveillance des PFA (Paralysie flasque aiguë) et des autres maladies évitables par la vaccination à Madagascar compte au total, 3 606 sites de surveillance dont 562 sites de haute priorité, 707 sites de priorité moyenne et 2337 sites de base priorité auxquels s'ajoutent 20 sites de surveillance environnementale répartis dans 4 régions (Analamanga, Boeny, Sud-Ouest et Anosy).

GRAPHIQUE 8 : Couverture vaccinale nationale administrative par antigène de 2017 à 2019



Des avancées en matière de santé reproductive et de planification familiale

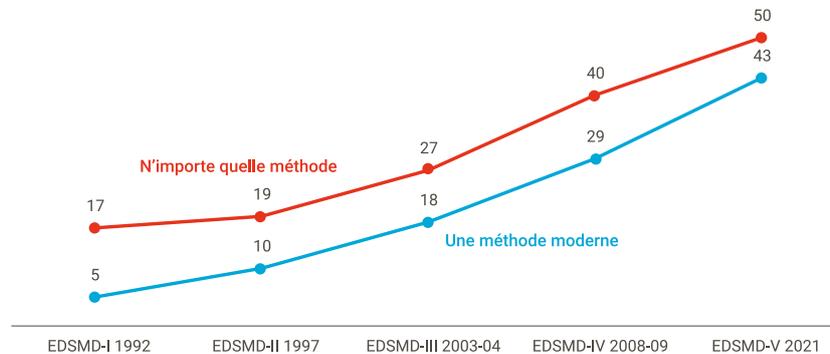
Plusieurs avancées ont été observées en matière de santé de la reproduction (SR) et de la planification familiale (PF). Il s'agit notamment de l'adoption de la loi SR/PF, de la détaxation des produits contraceptifs, de l'augmentation du budget national alloué à l'achat des produits contraceptifs et de l'intégration de l'éducation sexuelle complète dans les programmes scolaires.

La tranche d'âge de la population de 10 à 24 ans est confrontée à d'importants problèmes de santé sexuelle et de la reproduction, notamment dus aux grossesses précoces et/ou non désirées, aux avortements à risque, aux IST/VIH, à la faible utilisation des méthodes contraceptives chez les jeunes, aux violences basées sur le genre, à la malnutrition, etc. La situation est marquée par l'insuffisance de couverture des Centres de Santé Amis des Jeunes (CSAJ) offrant des services de qualité adaptés à leurs besoins (7% des Formations sanitaires seulement sont labélisées en CSAJ contre 50% fixés par le plan stratégique d'ici 2020).

En matière du planning familial (PF), une tendance à l'amélioration de prévalence contraceptive moderne a été constatée au niveau des femmes âgées de 15-49 ans en union en 2018, passant de 33% (ENSOMD 2012) à 41% (MICS 2018). Cette tendance a été confirmée par les résultats de l'enquête de l'EDSMD-V en 2021 qui a estimé la prévalence contraceptive moderne à 43% (Graphique 9). Cependant, l'écart entre connaissance et utilisation de la planification familiale est énorme. Presque toutes (97%) les femmes en union connaissent une méthode moderne de la PF, mais 43% utilisent une méthode moderne. Environ 50% des femmes en union et 55% des femmes non en union et sexuellement actives utilisent une méthode quelconque de PF. Les injectables sont la méthode la plus populaire

parmi les femmes en union et les femmes non en union et sexuellement actives. On note des disparités en matière de PF entre les milieux et entre les régions. L'utilisation des méthodes modernes par les femmes en union varie selon la région, passant d'un minimum de 10% à Androy à un maximum de 56% à Haute Matsiatra. Le niveau d'instruction et le niveau de bien-être économique semblent influencer aussi l'utilisation de planning familial (EDSMD-V, 2021).

GRAPHIQUE 9 : Tendance de l'utilisation de planning familial



En matière de santé maternelle et néonatale, l'apparition de 4000 à 5000 nouveaux cas des fistules obstétricales par an traduit fidèlement ce problème d'accès aux soins de qualité tels que l'opération césarienne dont 1000 seulement sont réparés annuellement. En matière de la surveillance de décès maternel, néonatal et riposte (SDMNR), les cadres institutionnels et stratégiques ne sont pas mis en place tels que le Comité et le rapport national sur la SDMNR. Seules les stratégies de notification via la surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR) et les directives nationales mis à jour en 2019 sont disponibles à Madagascar. Pourtant ce programme contribue efficacement à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Sur 2900 décès maternels estimés par an, seuls 574 sont enregistrés au niveau de système d'information sanitaire et 96 ayant fait l'objet de revue en 2019 (Base des données DSFA/Ministère de la santé).

Les causes des problèmes de santé de la reproduction sont multiples en particulier l'insuffisance des ressources humaines notamment les sage-femmes de qualité, l'insuffisance des connaissances des services disponibles, faible capacité décisionnelle des femmes, barrières financières, faible accessibilité géographique, faiblesse de la chaîne d'approvisionnement en intrants de santé y compris les contraceptifs, la persistance de coutumes, de cultures ou de mentalité néfastes, les insuffisances du système d'information nationale ou locale sur la situation des jeunes (santé, éducation, emploi, etc.), et le faible niveau d'éducation des jeunes en matière de sexualité et la réticence du système éducatif à aborder ces sujets.

Les services de santé à Madagascar demeurent faibles aussi du point de vue de la capacité de **prise en charge des enfants et des adultes victimes des violences basées sur le genre**, et particulièrement des violences sexuelles, des abus et des exploitations sexuelles. La disponibilité limitée de personnel de santé formé sur le protocole pour la prise en charge médicale des victimes, sur le référencement et la faible disponibilité de kits d'urgence dans les structures sanitaires aux différents niveaux constituent une contrainte à l'offre d'assistance immédiate aux survivants/es de VBG dans l'ensemble du territoire.

Une faible prévalence du VIH, sauf pour les populations à risque

Madagascar a toujours été vigilante pour contenir le taux de VIH en dessous de 1%, relativement faible par rapport à d'autres pays africains. Ces acquis sont le résultat de plusieurs campagnes de sensibilisation et de la mise en œuvre de paquets de services à haut impact pour la réduction de la maladie. Mais les chiffres de ces dernières années indiquent une aggravation de la situation.

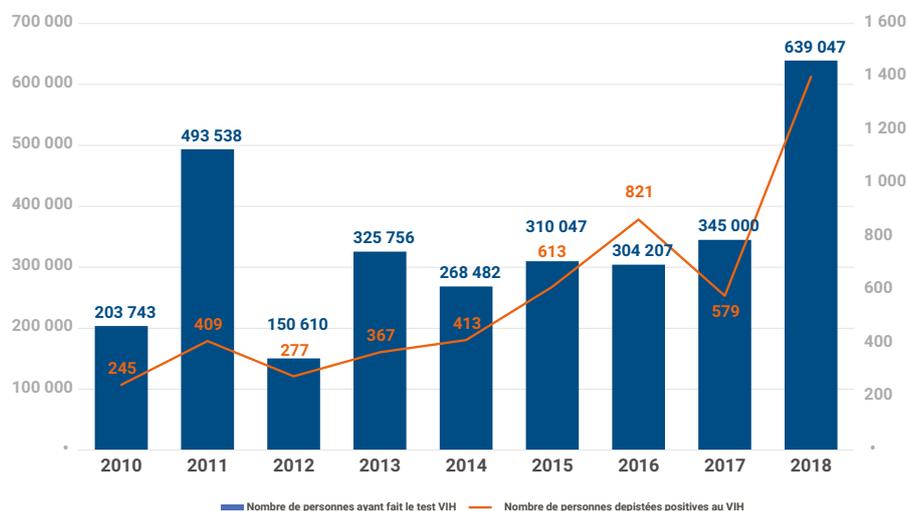
Madagascar a une situation d'infection au VIH de type concentré. La prévalence de l'infection au VIH au sein de la population des 15 à 49 ans est estimée à 0,3% en 2018 (Spectrum ONUSIDA). Mais chez les populations clés sous surveillance à Madagascar, elle est en moyenne 20 fois plus élevée que celle estimée dans la population de 15 à 49 ans soit 1,3% en 2012 (ESBC-PS 2012) et 5,6% en 2016 (ESBC-PS 2014) chez les Professionnelles de Sexe (PS), 14,8% (SBC_HSH_2014) chez les Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres Hommes (HSH) et 8,2% en 2016 (ESBC_CDI 2016) chez les Consommateurs de Drogues Injectables (CDI). Selon la modélisation des modes de transmission (2017), outre les HSH qui contribuent pour près de la moitié à des nouvelles infections au VIH (45,2%) ce sont les populations passerelles (clients des PS 10,2%), les individus ayant des rapports sexuels occasionnels (9,2%) et les couples hétérosexuels stables 10,4% qui contribuent le plus souvent aux nouvelles infections. Dans un contexte de forte stigmatisation, de discrimination et du déni de la maladie, les populations clés et les populations

passerelles sont en couple (homme / femme) en raison du regard de la société ; engendrant le renforcement de la transmission au sein de la population.

Bien que le dépistage du VIH soit encore faible à Madagascar ¹⁶, selon l'enquête MICS de 2018, il y a eu tout de même une augmentation de presque deux fois plus en une année, de 2017 à 2018. La couverture des femmes séropositives qui ont reçu un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission du VIH de la mère au nouveau-né (couverture en PTME) est relativement faible (25% selon Spectrum 2018), par rapport à l'objectif national de 49%. Cette situation traduit l'insuffisance des actions de sensibilisation, au poids du silence pour cette maladie, à la discrimination et à la stigmatisation des personnes infectées. On note qu'une enquête dans le cadre de la « surveillance comportementale et biologique du VIH, de la syphilis ainsi que des hépatites B et chez les populations clés à Madagascar (HSH, PS, CDI) du SE/CNLS en collaboration avec le Ministère de la Santé publique à travers le PNLIS est en cours de réalisation. L'enquête sera exécutée par l'INSTAT en collaboration avec le Laboratoire d'Analyses Médicales Malagasy (LA2M).

La lutte contre le VIH/SIDA et les IST (infections sexuellement transmissibles) rencontre trois grandes catégories de problèmes dans le pays : i) problèmes comportementaux, ii) problèmes de dépistage et iii) problèmes de résistance à l'utilisation des médicaments. Au niveau des comportements, les jeunes âgés de 15 à 24 ans constituent la majeure partie de la population qui est particulièrement la plus vulnérable.

GRAPHIQUE 10 : Nombre de personnes testées au VIH



Source : Rapport du Programme National de Lutte contre les IST/SIDA, 2010 à 2018

Une situation des maladies transmissibles et non transmissibles préoccupante

Madagascar compte encore une liste des maladies transmissibles et non transmissibles qui demeurent une préoccupation de santé publique. Les principales maladies transmissibles ou encore maladies tropicales négligées sont la schistosomiase¹⁷, le téniasis¹⁸ et le paludisme.

À Madagascar, le paludisme constitue toujours un problème de santé publique. Il représente la quatrième cause de mortalité au niveau des formations sanitaires de base et la quatrième cause de mortalité au niveau des centres hospitaliers. De 2016 à 2018, l'incidence du paludisme a progressé de 19,53‰ à 37,83‰, notamment dans le Sud-Ouest et la côte-Est de Madagascar où il atteint 200‰. Le paludisme représente 13% des décès en milieu hospitalier

16. Le niveau de dépistage est très faible, les taux varient entre 2% pour la tranche d'âge de 15-19 ans et 6% pour la tranche 25-29 ans en 2018 selon les données de l'enquête MICS, avec un écart minime entre les hommes et les femmes. La part de la population ayant des connaissances sur les deux moyens de prévention (avoir un seul partenaire fidèle non infecté et l'utilisation du préservatif) est également faible, près de 25% seulement des personnes interrogées connaissent ces deux moyens de prévention en 2018. Pour la Transmission Mère Enfant, en 2018, 3 enfants sur 10, nés d'une mère séropositive au VIH sont encore infectés par le VIH (soit 34,3%).

17. Schistosomiase : Actuellement, 107 districts sur 114 existants sont endémiques à la schistosomiase (urinaire et intestinale). Cette prévalence varie de 1 à 89% pour ceux qui sont endémiques dont 46 districts ont une prévalence >50% (hyper-endémiques), 42 districts avec une prévalence ≥10% et ≤50% (mésio-endémiques) et 19 districts avec une de < 10% (hypo-endémiques). Toutes les activités de lutte ou de suivi des géohelminthiases sont intégrées avec d'autres activités nationales telles que les campagnes pour la prévention de la (-Filariose lymphatique-Bilharziose. Le maintien de la prévalence en schistosomiase est lié à la faiblesse dans la gestion du péril fécal, à l'absence de lutte contre les gîtes larvaires, à la mauvaise condition d'hygiène de la population et à la restriction de la DMM (Distribution de Masse de Médicaments) à la population cible de 5 à 15 ans.

18. Téniasis : il sévit à Madagascar du fait de la persistance des facteurs déterminants la propagation de l'infection tels l'élevage traditionnel de porc en divagation, le péril fécal et le manquement aux inspections sanitaires de viande. Les enquêtes menées depuis 2011 jusqu'en 2016 ont permis d'identifier 53/114 districts endémiques en Ténia ; Cela exige plus de prévention et de contrôle sanitaire de la chaîne d'élevage et d'abattages des animaux pour la consommation.

en 2018. Plusieurs initiatives ont été prises par le gouvernement pour réduire les effets du paludisme sur la santé des populations à travers l'amélioration des conditions d'hygiène, la sensibilisation et la distribution de moustiquaires imbibées.

Les Maladies Non Transmissibles (MNT) quant à elles constituent un véritable problème de santé publique, compte tenu de leur prévalence et/ou incidence élevée et de leurs conséquences socio-économiques très importantes. Elles regroupent d'abord celles qui ont des facteurs de risque communs, à savoir, les maladies cérébraux-cardiovasculaires (prévalence de l'HTA à 35,8%), l'accident vasculaire cérébral (première cause de mortalité hospitalière), le diabète (prévalence à 4%), les maladies respiratoires chroniques et les cancers, entre autres les cancers gynécologiques (50% des cancers vus en milieu hospitalier). Le fléau grandissant des MNT est alimenté par des phénomènes, tels que la sédentarisation des modes de vie défavorables à la santé, au vieillissement des populations, et à l'urbanisation rapide non planifiée et non maîtrisée.

Dans un autre domaine, Madagascar accuse une mortalité élevée sur les accidents de circulation, avec 21,3 décès pour 100 000 personnes contre 18,03 au niveau mondial (Banque mondiale 2019).

Dans la perspective d'accélérer le processus de Couverture en Santé Universelle pour tous¹⁹, les priorités nationales devraient se focaliser sur : (i) faciliter un accès équitable de toutes les couches de population à des soins de qualité²⁰, (ii) mettre à la disposition des matériels et équipements adéquats, en personnels qualifiés et budgets plus conséquents, (iii) renforcer la prévention des maladies transmissibles et non transmissibles, de la surveillance épidémiologique, (iv) prendre en charge l'état de santé et la nutrition de la population, et (v) produire et mettre à disposition des informations de qualité pour une bonne prise de décision à tous les niveaux.

2.4 | UN SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE QUI FAIT DÉFAUT POUR PALLIER LA PAUVRETÉ ET LES INÉGALITÉS

Les niveaux de pauvreté et d'extrême pauvreté - 71,5% et de 52,7% - structurellement très élevés²¹ et les profondes inégalités économiques, sociales et territoriales qui caractérisent Madagascar sont le résultat de la très faible inclusivité de la croissance économique, de la prédominance du secteur informel générant des emplois non décents, du capital humain modeste, du sous-financement du secteur rural qui emploie la majorité de la population, des aléas climatiques, mais aussi de la précarité et de l'absence d'un système national de protection sociale inclusive.

En effet, à l'état actuel, **le système de protection sociale à Madagascar offre une couverture extrêmement partielle et limitée :**

- La protection sociale de nature contributive (assurance sociale²²) couvre les risques accidents du travail, maladies professionnelles ; vieillesse, invalidité, décès (survivants), mais seulement pour les salariés du secteur formel, et donc exclut la grande majorité des travailleurs malagasy, qui sont pour la plupart indépendants et/ou travaillent dans l'informel. En effet, Madagascar dispose d'un système de sécurité sociale de nature contributive pour les travailleurs. Ses domaines d'intervention sont cependant limités²³ et ne couvrent qu'une partie des travailleurs du secteur formel : la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS) qui couvre les maladies professionnelles et les accidents de travail, les risques vieillesse et invalidité et prestations familiales compte 687 600 affiliés en 2019, soit environ 5% de la population active. Les agents de l'Etat sont couverts par la Caisse de Prévoyance de retraite des fonctionnaires. Les services médicaux inter-entreprises (SMIE), une autre composante du système contributif, couvre également une partie des travailleurs du secteur privé formel. Mais les personnes bénéficiaires de ces couvertures sociales sont d'une proportion limitée en regard de l'ensemble de la population. Selon l'enquête emploi (2012), seulement 1% des actifs occupés bénéficient d'une couverture en soins maladies. Pourtant, selon le code du travail, les entreprises privées formelles ont le devoir d'assurer une sécurité sociale à leurs employés.
- La protection sociale non contributive (filets sociaux de sécurité/services sociaux) se compose d'un programme national²⁴ de transferts monétaires (composante de Transferts pour le Développement Humain/TMDH et

19. Disponibilité des soins de santé de qualité, équité, protection financière de la population.

20. Offre de soins de proximité et renforcement des soins de santé primaire.

21. Par rapport au taux de pauvreté internationale (fixé à 1,90 US\$ PPA2011), Madagascar est le pays à plus forte incidence de pauvreté en Afrique Sub-Saharienne.

22. Les travailleurs salariés sont couverts par le régime malagasy de sécurité sociale pour les assurances obligatoires suivantes : accidents du travail, maladies professionnelles ; vieillesse, invalidité, décès (survivants) ; prestations familiales. Le régime ne prévoit pas de protection pour les risques maladie et chômage. <https://www.ckleiss.fr/presentation/index.html>

23. Par exemple, l'assurance chômage est exclue

24. Il s'agit du programme de transferts monétaires pour le développement humain financé par la Banque Mondiale et le Gouvernement. A ce programme national s'ajoutent des programmes de transferts monétaires de plus faible couverture financés par d'autres partenaires, à l'instar du programme Zara Mira financé par l'UNICEF qui ne couvre que deux communes dans le pays (Tataho dans la région Fitovinany et Ifotaka dans la région de Anosy).

composante Argent Contre Travail Productif/ACTP) ciblant les besoins des plus pauvres (et les nécessités en cas de crises), de programmes en nature (y inclus les repas scolaires) et d'exonération des frais sur certains services sociaux pour les plus vulnérables (santé, éducation, etc.). En général, elle se caractérise par sa très faible couverture et donc très modeste incidence vis-à-vis des énormes problèmes de pauvreté, insécurité alimentaire et nutritionnelle et profondes inégalités que connaît le pays.

- La protection sociale n'intègre pas les mécanismes de prévention et de réponse aux violences basées sur le genre, les abus et exploitations sexuels, ainsi que l'accès aux services de prise en charge.

En particulier, **le programme de transferts monétaires du Gouvernement a une couverture très limitée malgré une expansion récente soutenue par les bailleurs** : il inclut 14 régions et 49 districts sur les 119 du pays, pour environ 3% des ménages en pauvreté extrême (env. 200 000 ménages). Les montants moyens des transferts pour la plupart des bénéficiaires sont globalement conformes aux éléments de comparaison internationaux²⁵ pour les services publics et les programmes de prestations pour enfants²⁶. Le ciblage par contre ne semble pas approprié au contexte de pauvreté et vulnérabilité généralisée à Madagascar. En plus que ces faiblesses le programme de protection sociale ne prends pas en compte les besoins spécifiques des personnes avec handicap, qui restent souventes exclues ou pas suffisamment couvertes par la protection sociale.

Le programme est en très grande partie financé sur des fonds de bailleurs (Banque Mondiale) avec une contribution en ressources interne de l'Etat assez faible.

La pandémie de COVID-19 a aggravé la situation, ayant poussé un million de personnes dans l'extrême pauvreté. Par ailleurs, l'inégalité des revenus est élevée, avec un coefficient de Gini de 42,6, et les taux de chômage sont plus élevés chez les femmes et les jeunes que chez les hommes, avec 90% des emplois concentrés dans le secteur informel.

La cause principale de cette situation est la faible dotation de moyens financiers par l'État (pour un système qui demeure fortement tributaire de l'aide extérieure, voire des acteurs humanitaires, agences de Nations Unies et ONG). Selon une récente revue des dépenses publiques conduite par l'UNICEF (UNICEF/MPPFPS, 2015), les dépenses moyennes en protection sociale (contributive et non contributive) à Madagascar entre 1997 et 2012 s'élèvent à 1,2% du PIB, dont plus de 90% allouées au système contributif. À titre de comparaison, dans les pays à faible revenu, les dépenses globales seulement pour les filets sociaux (non contributif) sont en moyenne de 1,5% du PIB (World Bank 2015, State of SSN) et 1,6% dans les pays à revenu moyen.

La faiblesse du système de protection sociale axé sur les plus vulnérables (système de filets sociaux), rend immense le défi de la réduction de la pauvreté extrême et plus généralement de la vulnérabilité multidimensionnelle des groupes les plus faibles, ainsi que de l'éradication de la faim et de la malnutrition des enfants, de l'augmentation de la capacité de résilience aux chocs des ménages et de communautés, ainsi que de la promotion du genre et du capital humain et de l'atténuation des disparités sociales et économiques²⁷. De manière générale, le système de protection sociale dans son état actuel n'a pas un volet transformatif et ne prévoit pas des mécanismes permettant aux ménages bénéficiaires de s'inscrire dans une trajectoire durable de sortie de la trappe à pauvreté.

De plus, le pourcentage d'assurance maladie chez les personnes handicapées est très faible ; en effet, **seulement 3%** de femmes et d'hommes handicapés de 15-49 ans sont couverts par une assurance maladie est de 3%. Ce pourcentage est estimé à 3% aussi chez les enfants handicapés de moins de 5 ans. Cette couverture s'avère largement inférieure aux besoins, étant donné que 9,6% d'enfants à Madagascar sont définis comme handicapés (MICS, 2018).

Le besoin en protection sociale des travailleurs est un véritable défi dans la sécurité sociale

La couverture en protection sociale des besoins des nombreux travailleurs est élevée alors que les ressources sont très limitées. Le problème est lié en particulier à la structure de l'emploi dominée par la majorité de famille paysanne et par la majorité de travailleurs indépendants et de travailleurs domestiques dans l'emploi informel. En matière de protection sociale des travailleurs, **le défi consiste d'une part à renforcer et élargir le système de sécurité sociale** pour couvrir les travailleurs de l'économie informelle ayant une capacité contributive, et d'autre part à renforcer le système d'assistance sociale, incluant les programmes d'accès aux services sociaux de base et d'appui aux groupes

25. environ 24% du total des dépenses des ménages par habitant au titre de l'ACTP et à 17% au titre du TMDH.

26. Vers une protection sociale universelle et inclusive pour les enfants de Madagascar », Juin 2021, UNICEF.

27. Reconnaisant son potentiel accélérateur, en 2015, le gouvernement a élaboré une politique de protection sociale dont l'objectif principal est de réduire de 15% le nombre de malagasy vivant dans l'extrême pauvreté en ciblant les filets sociaux et la sécurité sociale.

pauvres et vulnérables pour couvrir les travailleurs de l'économie informelle. Il est à noter que la Caisse Nationale des Prévoyances Sociales (CNaPS) permet l'adhésion volontaire et travaille sur un projet sur les travailleurs indépendants.

Sécurité et santé au travail limitée

La sécurité et la santé au travail (SST) est importante pour tout secteur d'activité mais souvent reléguée au second rang malgré l'existence des institutions publiques en charge comme le Ministère en charge du Travail et son service d'Inspection du Travail, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Agriculture, les sapeurs-pompiers des Communes Urbaines, les Services médicaux interentreprises (SMIE), les Services médicaux autonomes d'entreprises (SMAE), les Sociétés d'assurance et de prévoyance. Beaucoup d'efforts restent ainsi à déployer en vue de l'amélioration de la SST afin d'être conforme aux normes internationales du travail de base qui ne sont pas encore ratifiées par Madagascar (C155, C161 et C187). La SST quoique facteur de productivité n'est pas une principale préoccupation des entreprises : des données à jour, fiables et accessibles sur les accidents de travail et des maladies professionnelles ne sont pas toujours disponibles ; presque aucune entreprise malgache n'a fait d'évaluation des risques professionnels ; les Comités d'Hygiène, de Sécurité et d'Environnement du travail (CHSET) ne sont pas souvent mis en place et opérationnels ; les Inspecteurs du travail se trouvent encore mal armés pour le contrôle car s'ils ont été formés et peuvent désormais bénéficier d'une formation professionnalisante, l'arsenal législatif et les moyens à leur disposition restent trop modestes, même s'ils progressent. Aucune politique écrite de SST n'a été élaborée par les entreprises. Les principales actions de protection se limitent à prévenir les risques de base comme l'incendie sans autre travail d'évaluation des risques présents aux postes de travail. L'absence de système de gestion de la SST et d'évaluation des risques au niveau des unités de production est aussi liée à la nature informelle de nombreuses activités entraînant un manque d'encadrement par les institutions publiques et de couverture sociale.

2.5 | DES ENJEUX SOCIAUX RÉCURRENTS, PERSISTANTS ET PRÉOCCUPANTS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE MADAGASCAR

Une insécurité alimentaire encore très répandue, notamment dans le Sud

L'insécurité alimentaire touche une majorité de ménages malagasy étant donné le niveau de pauvreté et la dépendance à l'agriculture de subsistance pour la survie. Madagascar se classe au 114^{ème} rang sur 117 pays éligibles dans l'indice mondial de la faim de 2019. Avec un score de 41,5, le pays souffre d'un niveau de faim alarmant. Malgré les progrès enregistrés entre 2005 et 2010 (de 43,4 à 36,2), la tendance reste à la hausse depuis 2010.

En 2018, près d'un million de personnes nécessitaient des actions urgentes pour protéger leurs moyens de subsistance et réduire leurs déficits alimentaires dans le Sud, dont 80% dans le Grand Sud et 18% dans Sud-Est de Madagascar. Depuis l'année 2014, suite à des sécheresses récurrentes, aggravées par le phénomène El Nino, le Sud connaît des taux élevés de population en insécurité alimentaire avec des pics saisonniers pendant les périodes de soudure et de difficulté alimentaire conduisant également à des hausses temporaires de la malnutrition aiguë en lien avec les conditions climatiques du pays (région sèche, chaude et sablonneuse avec une entrée de la mer loin dans les terres contaminant les points d'eau et les nappes phréatiques).

Les sécheresses ont des répercussions profondes et étendues sur l'écosystème et l'économie mais, elles sont sous-estimées ou ignorées par la société. Elles entraînent des coûts disproportionnés pour les personnes les plus vulnérables, d'autant plus que la production agricole, l'approvisionnement public en eau, la production d'énergie, la santé humaine et la biodiversité contribuent directement ou indirectement à l'insécurité alimentaire, à la pauvreté et aux inégalités sociales.

Les changements climatiques augmentent les températures et perturbent les régimes pluviométriques, augmentant ainsi la fréquence, la gravité et la durée de la sécheresse dans le Grand Sud. A noter que la sécheresse s'étend sur le territoire du pays rendant urgente une compréhension et approche de réduction des risques de catastrophes pour que la sécheresse inévitable ne se traduise pas en famine ou perte de gains de développement mais constitue un élément contextuel.

En effet si la sécheresse constitue une menace importante pour la réalisation des objectifs de développement durable à l'horizon 2030 et du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030, cette menace peut être considérablement réduite en appliquant des approches prospectives, proactives et innovantes à la gestion des risques de sécheresse.

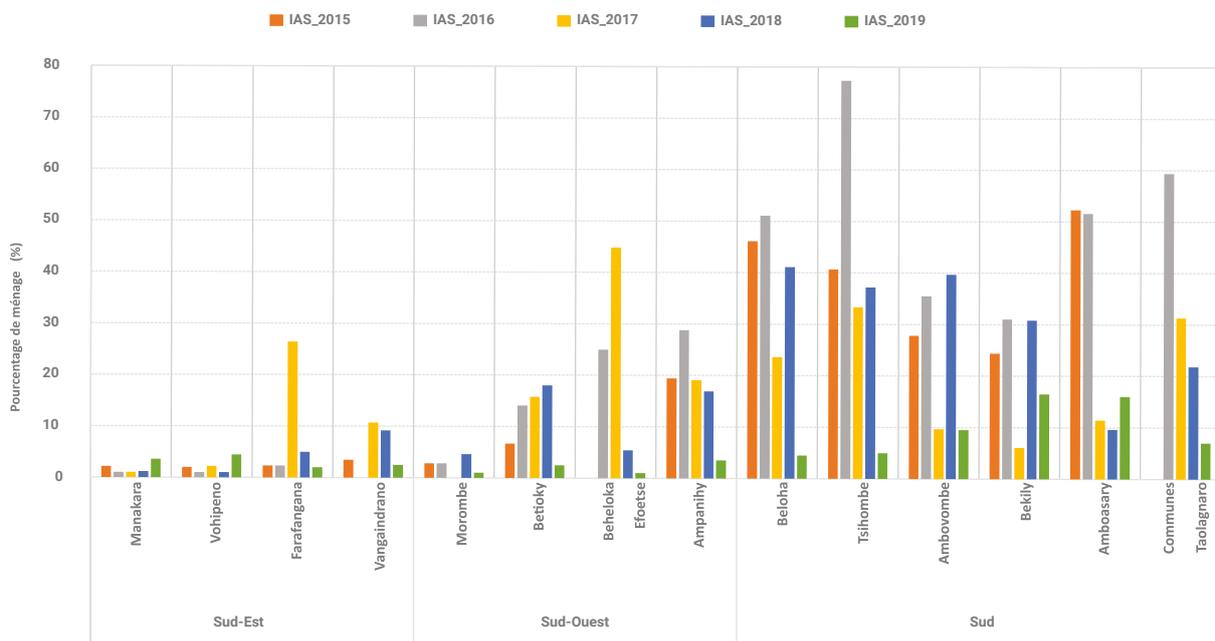
Au cours de l'année 2017, une baisse importante de la production vivrière (maïs, manioc et riz) de 50% à 95% selon les produits a été enregistrée. L'agriculture pratiquée est essentiellement traditionnelle et peu intensive avec un recours limité aux intrants améliorés, d'où de faibles rendements. La performance du secteur agricole, élevage et pêche reste faible, avec un taux de croissance annuelle restée longtemps autour de 2,6% et en dessous de la croissance démographique d'environ 3%. Cette performance limitée du secteur agricole résulte de plusieurs facteurs, dont le faible investissement public dans l'agriculture et dans les infrastructures de base dans le monde rural.

La Malnutrition Aiguë Globale (MAG) à 8% nationalement demeure au-dessus des seuils d'alerte de 10% dans de nombreux districts de façon continue ou pendant plusieurs mois par an, indiquant des problèmes structurels chroniques d'accès aux soins de santé, à l'eau et à une alimentation de qualité.

Les aides humanitaires concentrées dans le Sud ont permis de prévenir un risque de famine en 2020, d'insécurité alimentaire et de sous-nutrition dans la région du Grand Sud, et prévenir une détérioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans les autres régions vulnérables en termes de sécurité alimentaire (Vatovavy Fitovinany, Atsimo Atsinanana, Atsinanana, Anosy, Androy, Atsimo Andrefana). Cependant les causes structurelles et multidimensionnelles de la vulnérabilité du Sud (extrême pauvreté, insécurité alimentaire, etc.), et la résilience aux chocs et stressés futurs n'ont été adressées que de manière incomplète et fragmentée.

Entre 2015-2019, une tendance à la baisse de la prévalence de l'insécurité alimentaire a été constatée dans la plupart des districts du Sud et du Sud-Ouest (Ampanihy, Beheloka\Efoetse, Beloha, Tsihombe, Ambovombe, Amboasary, 5 Communes de Taolagnaro) selon l'étude du MAEP²⁸. La baisse de l'insécurité alimentaire sévère est beaucoup plus importante depuis 2015, notamment dans le Sud où le taux de ménages concernés est passé pour certains districts de 40% à 18% en 2019.

GRAPHIQUE 11 : Tendence de l'insécurité alimentaire sévère de 2015 à 2019, par district



Source : MAEP/FAO/PAM, Evaluation de la production agricole et la sécurité alimentaire, Décembre 2019

Une malnutrition complexe et aux causes multidimensionnelles

La prévalence de toutes les formes de malnutrition renvoie à l'efficacité de plusieurs systèmes comme la santé, le système alimentaire, l'eau, l'éducation et la protection sociale. A Madagascar, plusieurs types de malnutrition sont prédominant et s'entrecroisent : i) la malnutrition chronique²⁹ ; ii) l'émaciation ; iii) l'insuffisance pondérale et les

28. MAEP/FAO/PAM : Evaluation de la production agricole et la sécurité alimentaire, Décembre 2019.

29. 1) La malnutrition chronique : la taille pour l'âge est inférieure à la normale exigeant des mesures préventives appropriées multisectorielles pendant 1 000 jours ;

2) La malnutrition aiguë : un faible rapport poids/taille, exposant les enfants de moins de 5 ans de trois fois à neuf fois plus de risque de mortalité ;

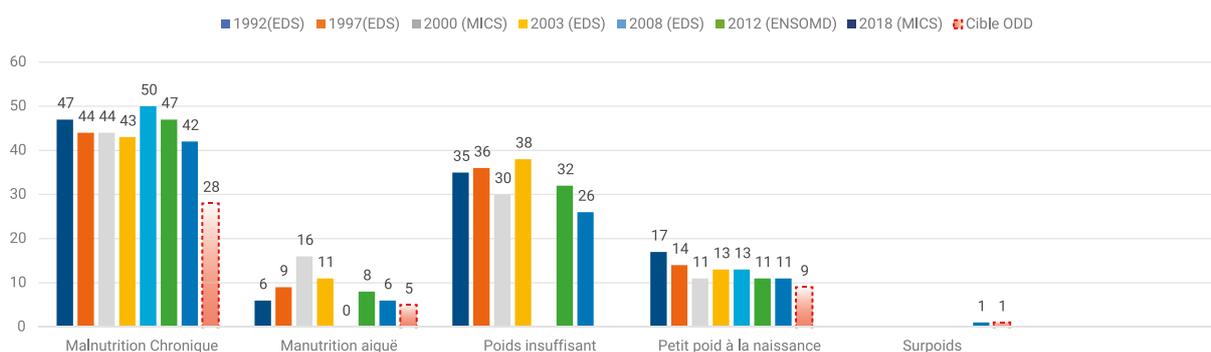
3) L'insuffisance pondérale : malnutrition aiguë ou chronique ou la combinaison des deux types.

carences en micronutriments. L'indicateur le plus important pour le suivi du statut nutritionnel des enfants est la malnutrition chronique en raison de la gravité de la situation et des conséquences majeures sur le développement du pays.

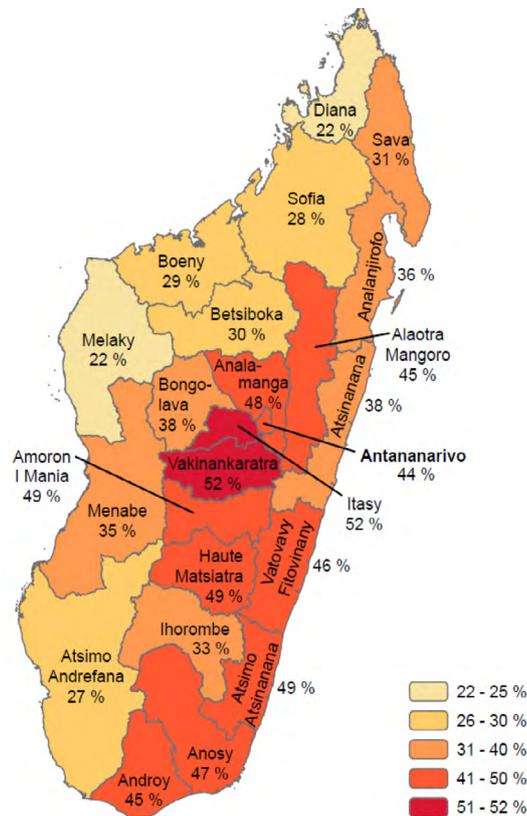
Madagascar est le 10ème pays le plus touché par la malnutrition chronique, 3^{ème} en Afrique sub-saharienne et 2^{ème} en Afrique de l'Est et du Sud (SOWC 2019), avec 39.8% (soit environ 2 millions, près de 4 enfants sur 10 d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'un retard de croissance (EDS 2021). Cependant, depuis 2012, le pays a réalisé des progrès notables pour la malnutrition chronique, avec un recul de 7 points partant de 47% en 2012; cependant l'émaciation n'a pas reculé que de 8% en 2013 et 7.7% en 2021. Toutes les régions sont concernées par cette baisse, notamment Atsimo Atsinanana (passant de 48% à 20%), Melaky (de 42 à 26%), Analanjirifo (de 47 à 31%) et Itasy (de 62 à 45%). La malnutrition chronique en 2021 touche plus les garçons (43.6%) que les filles (36.1%), les zones rurales (40%) que les villes (35.5%) et les régions les plus touchées sont Vakinankaratra (52%), Amoron'i Mania (49%) et la Haute Matsiatra 49%).

L'analyse des principaux indicateurs de la malnutrition depuis les années 90 montre clairement que la malnutrition chronique s'est durablement installée autour de 40% (avec un pic de 50% en 2008) sans s'inscrire dans une tangente baissière continue de fait rendant l'atteinte des ODD 2.2 très incertain. Cette situation est le résultat, entre autres, du profil de la pauvreté qui n'est jamais descendu en dessous de 70% depuis les années 90, d'une diversité alimentaire minimale catastrophique avec seulement un enfant sur cinq (20%) qui reçoit un apport alimentaire minimum acceptable (EDS iv).

GRAPHIQUE 12 : Tendances de la malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans entre 1992 et 2018



GRAPHIQUE 13 : Retard de croissance par Région- Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans qui présentent un retard



Les causes de la malnutrition sont multisectorielles. L'insécurité alimentaire, les faibles ressources des ménages et des communautés pour assurer l'alimentation et les soins aux enfants mais aussi le manque de ressources de l'État pour conduire des politiques publiques mieux coordonnées et plus efficaces sont les principaux facteurs qui déterminent le niveau de malnutrition à Madagascar. D'autres déterminants de la santé jouent également un rôle très important comme l'accès à l'eau, l'hygiène et le suivi de la mère et de l'enfant avant et après la grossesse.

Genre, des inégalités qui persistent, dont la diffusion de VBG et des pratiques néfastes aux enfants

Madagascar a enregistré des avancées au niveau des lois et textes juridiques sur la question du genre, notamment, la Loi n°009/2019 du 4 décembre 2019 relative à la lutte contre les violences basées sur le genre qui renforçant les dispositions répressives existantes et introduit des innovations en matière de prévention et prise en charge des victimes, la Loi 2007.022 du 20 août 2007 relative au mariage et régimes matrimoniaux qui aligne l'âge matrimonial en 18 ans pour les garçons et les filles, la Loi 2016.038 modifiant et complétant certaines dispositions de l'ordonnance 60.064 du 22 juillet 1960 portant code de la nationalité malagasy qui confère la faculté des femmes de transmettre sa nationalité à ses enfants, la Loi 2017.047 du 25 janvier 2018 fixant les règles générales régissant la Santé de la Reproduction et la Planification Familiale qui vise à réduire la mortalité, de ralentir la croissance démographique, la Loi 2017-028 liée au renforcement de la protection sociale des plus pauvres et la Loi 2017-043 pour le renforcement de la planification familiale et la Loi n° 2014.040 du 20 janvier 2015 sur la lutte contre la traite des êtres humains qui prévoit la prévention, la détection et la répression de la traite. Cependant, le problème central à Madagascar réside dans la vulgarisation et l'application de ces textes juridiques et la création de plus d'opportunités d'accès aux ressources et aux opportunités économiques. De même, le progrès a été constaté par rapport l'engagement de gouvernement en termes de l'égalité de genre. Madagascar entre dans le processus de mise à jour les documents cadre politique visant à l'égalité de genre, à l'autonomisation des femmes et la réduction des violences à leurs égards à travers l'analyse situationnelle pour l'Égalité Homme-Femme et l'évaluation de la Stratégie Nationale de Lutte contre les VBG.

Dans l'ensemble, les cadres stratégiques liés au genre ne sont pas suffisamment bien articulés avec une vision prospective sur la question de l'égalité de genre et un plan d'actions bien suivi dans sa mise en œuvre, l'architecture institutionnelle pour la promotion du genre demeure faible et avec une portée des actions plutôt limitée. L'absence d'une Politique Nationale Genre³⁰ et la faible implication des ministères sectoriels restreignent le périmètre d'action et les ressources nationales allouées à la réduction des inégalités. La collecte, analyse et utilisation de données sur les inégalités de genre demeure insuffisante au niveau national. De ce fait, le pays souffre d'un manque chronique d'informations actualisées sur des secteurs clés, qui devraient pouvoir fournir une vision plus claire de la situation des femmes dans l'économie.

La priorisation de la problématique genre au niveau national demeure circonscrite et partielle, le thème de socialisation sur le genre n'est guère abordé dans les écoles et la contribution de la société civile sur l'agenda de genre et la sensibilisation du grand public autour des problématiques liées reste limitée.

Dans l'ensemble, les femmes et fille/adolescente malagasy subissent encore plusieurs injustices et privations de droits socio-économiques et d'exercice de responsabilités dans la gestion des affaires publiques du pays. Il y a également les pesanteurs de certaines normes sociales néfastes, les difficultés d'accès à l'information et aux services dédiés à la santé de la reproduction, à la santé mère-enfants, et d'autres aspects qui touchent principalement au bien-être et à l'épanouissement sociale, économique et culturels des femmes et des filles.

Les femmes et les filles continuent de subir des injustices, des attitudes sexistes et des violences sous plusieurs formes, en particulier les violences basées sur le genre (VBG), dont les mariages d'enfants et d'autres formes traditionnelles d'initiation précoce à la sexualité d'enfants avec des effets néfastes sur leur santé, sur la santé reproductive, sur l'éducation, le niveau d'autonomisation et sur la capacité d'investir sur le capital humain de leurs enfants.

Selon le MICS 2018, 32,4% des femmes ont déclaré avoir subi des violences physiques depuis l'âge de 15 ans, et 13,5% des femmes âgées de 15-49 ans ont déclaré avoir été victimes de violences sexuelles à n'importe quel moment de leur vie. Sur le plan conjugal, 23,3% des femmes ont subi des violences physiques exercées par leurs maris ou conjoints (30% en milieu urbain et 21% dans les zones rurales). Environ 10,8% des femmes (et 10% des filles de 15 à 19 ans) ont connu en 2018 des violences sexuelles exercées par leurs maris ou partenaires.

Les filles subissent beaucoup plus de violences. Le MICS 2018 montre que le mariage d'enfants est une réalité indéniable à Madagascar : 13% des femmes âgées de 20 à 24 ans se mariées ou sont entrées en union avant l'âge de 15 ans et 40% avant l'âge de 18 ans. Cette tendance est davantage marquée en milieu rural, touchant surtout les jeunes filles issues des ménages pauvres. Au niveau régional, les régions Atsimo Atsinanana et Atsimo Andrefana connaissent beaucoup plus le mariage d'enfants avec des taux respectifs de 59 et 58% comparées à la région Analamanga avec un taux de 18%. L'initiation précoce des filles à la sexualité a souvent un rôle de génération de revenus additionnels pour le ménage d'origine ou est le résultat des formes de pauvreté extrême et de manque d'opportunités économiques qui frappent les filles.

Dans ce contexte, les traditions locales et la nécessité des groupes vulnérables ouvrent la porte à la diffusion des différentes formes d'abus et d'exploitation sexuelle.

Dans le Sud (Ihorombe, Anosy et Atsimo Andrefana), l'étude sur le phénomène des VBG pendant les raids de Dahalo réalisée en 2018 avec l'appui du SNU a montré que trois quarts (76%) des femmes enquêtées au cours de l'étude déclarent avoir vécu des violences basées sur le genre. Cela donne une idée de l'ampleur du phénomène Dahalo et de son impact sur la vie sociale et économique des communautés locales et celle des femmes en particulier³¹.

Les causes des inégalités de genre et des violences basées sur le genre sont nombreuses. Il s'agit entre autres du faible niveau d'éducation des femmes et des filles, du faible niveau de connaissance de leurs droits, la faible capacité d'autonomisation des femmes pour prendre de décision, la prédominance du système patriarcal, la faible intégration des services multisectoriels de prise en charge des survivantes de violences basées sur le genre, le faible système de référencement et la faiblesse du système de collecte des données de routine sur les violences basées sur le genre.

30. La Politique nationale de la promotion de la femme (PNPF) a été adoptée en 2000 et est arrivée à terme en 2015. Un Plan d'Action National Genre et Développement (PANAGED) et de Plans d'Action Régionaux (PARGED) ont été élaborés pour la période 2004-2008.

31. <https://madagascar.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/ÉTUDES%20SUR%20LE%20PHENOMENE%20DE%20VBG%20PENDANT%20LES%20RAIDS%20DES%20DAHALO-MADAGASCAR%202018.pdf>

Pour relever ce défi, sous l'impulsion de la plateforme de lutte contre les VBG, avec l'appui du SNU, Madagascar a adopté la Stratégie Nationale de Lutte Contre les VBG (SNLVBG) 2017-2021 avec son plan d'action, la Stratégie Nationale de lutte contre le mariage des enfants couvrant la période de 2017-2024 et la loi sur le mariage et les régimes matrimoniaux qui interdit le mariage au-dessous de l'âge de 18 ans pour le garçon et la fille.

L'évaluation de la SNLVBG 2017-2021 menée par le Ministère de la Population, de la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme avec l'appui de l'UNFPA montre des avancées dans la lutte contre les VBG. Cependant, certaines lacunes persistent, notamment :

- dans le domaine de la réinsertion socio-économique des survivants de VBG. L'accompagnement des femmes nécessite davantage des moyens pour leur autonomisation,
- la coordination et le suivi-évaluation dans la lutte contre les VBG reste encore très faible,
- bien que la réponse juridique, médicale et sociale connaisse une amélioration continue au cours des 6 dernières années, une attention particulière doit être portée sur le renforcement de capacité des acteurs et sur la traite des personnes.

L'approbation d'une loi VBG constitue une avancée importante, puisqu'elle a prévu de réprimer non seulement tout acte tiré des us et coutumes qui porte atteinte à l'intégrité physique d'un enfant ou d'une femme, mais décrit également les mesures de prévention appropriées pour les éradiquer à travers la collaboration avec les leaders traditionnels et les groupes d'hommes sensibles au genre. Cependant, mais le manque d'un réseau de services de signalement et de prise en charge intégrée à niveau institutionnel mine à ce jour son opérationnalisation.

Également, l'absence d'un cadre institutionnalisé de prévention, protection et réponse contre les abus et exploitations sexuels affectent la capacité des services à intervenir efficacement dans ce contexte, particulièrement important dans les situations d'urgence.

Une faible représentation des femmes au niveau politique, 15% des députés sont des femmes en 2019, 4,9% des maires en 2019 et 3% sont chefs de Fokontany en 2016. Au niveau ministériel, en 2020, on compte 8 femmes pour un gouvernement de 24 ministres (33,3%). Au niveau des nominations à des hautes responsabilités dans la fonction publique et en dehors du corps des magistrats où on enregistre 51% de femmes juges, les femmes sont très sous-représentées.

Forte proportion des femmes enseignantes au niveau préscolaire mais la proportion diminue au fur et à mesure que le niveau d'étude augmente. Selon les données de la DPE-MEN la proportion d'enseignantes est de 48,1% pour tout secteur et tous niveaux confondus. Cependant, une disparité est enregistrée entre les niveaux d'études, entre les secteurs public et privé, entre les zones et les régions. Une forte proportion d'enseignantes est observée au niveau du préscolaire (80,6%). La proportion des enseignantes est de 41,2% au niveau du primaire, 42,5% au niveau du collège et 38% au niveau des lycées (détail en annexe). Alors que généralement, les élèves encadrés par des enseignantes sont statistiquement plus performants en lecture et en mathématiques que ceux tenus par des enseignants hommes au niveau du primaire (PASEC, 2019).

TABLEAU 2 : Niveau de représentations des femmes en 2022

Secteur public	Femmes	Hommes
Nombre de Ministres (2020)	8	16
Nombre de Parlementaires (2019)	30	121
Nombre de Sénateurs (2022)	1	17
Nombre de Chefs de région (2019)	2	21
% Chefs de District/ Préfet (2018)	14,7	85,3
% Maires (2019)	5,0	95,0
% Conseillers municipaux (2016)	0,6	99,4
% Chef Fokontany (2019)	3,2	96,8
% Nominations dans les Hauts emplois de l'État (SG, DG, G) (2016)	18,6	81,4
% Directeur Général (2016)	21,3	78,7
% Directeur (2016)	23,9	76,1

Secteur public	Femmes	Hommes
Nombre Secrétaire Général (2016)	2	69
% Magistrats	51,7	48,3
% Membres de la Cour Suprême	34,2	62,8
% des femmes dans le métier de journaliste (2014)	38,0	62,0
Proportion d'enseignants (écoles publiques et privées)		
Précolaire	80,6	19,4
Primaire	41,2	58,8
Collèges	42,5	57,5
Lycées	38,0	62,0
Tout niveau	48,1	51,9

Source : Présidence, 2019 ; Ministère de l'Intérieur et de la Décentralisation, 2018 et annuaire statistique 2020-2021-DPE/MEN ; UNESCO.

Plus d'un enfant de moins de 5 ans sur quatre n'est pas déclaré à la naissance et près de la moitié n'ont pas d'acte de naissance

L'enregistrement de toutes les naissances est une préoccupation mondiale d'ici 2030 car, un enfant qui n'est pas déclaré risque d'être exclu de la société ou privé du droit à une identité officielle, à un nom reconnu et à une nationalité. En plus de prévenir l'exploitation des enfants, l'enregistrement des naissances permet à un enfant de recevoir, entre autres, un traitement médical, d'aller à l'école, d'hériter de biens et de trouver un travail légal. Cependant, un peu plus d'un enfant sur quatre (26%) des naissances d'enfants de moins de 5 ans ne sont pas enregistrées à l'état civil et 43% ne possèdent pas d'un acte de naissance. Des disparités sont observées entre les zones urbaine et rurale, entre les régions (EDSMD-V, 2021). Le dysfonctionnement du système d'état civil explique cette situation (manque de moyens, insuffisance des responsables d'officiers d'état civil, logistique, etc.).

En matière d'emploi, les femmes sont pénalisées : le chômage au sens strict touche plus les femmes que les hommes (respectivement 1,5% et 1%), de même que le chômage déguisé (9,2% contre 6,9%) et l'inadéquation de l'emploi (87% contre 75,8%). Enfin, le revenu mensuel d'activité est de 36.100 Ariary chez les femmes contre 72.800 Ariary chez les hommes, soit plus du double. Même dans l'administration publique et parmi les entreprises formelles, le salaire mensuel moyen des femmes est inférieur à celui des hommes, du fait d'une plus faible représentation des femmes dans les fonctions et les postes les mieux rémunérés.

La persistance des inégalités de genre touchant tous les secteurs et toutes les sphères privées, sociales, économiques et publiques constitue un obstacle à une société basée sur les droits humains et l'équité. Les pesanteurs socio-culturelles mettant en avant l'homme au centre de toutes les décisions et responsabilités sous des formes visibles et invisibles au sein du ménage, confinant les femmes au rôle d'exécution et attribuant aux hommes les rôles de contrôle et de décisions et plus globalement la défense de « *l'ordre établi* ». Les femmes sont non seulement sous-représentées au niveau des postes de direction et de prise de décision, mais elles assument le travail invisible comme la recherche de l'eau en milieu rural, l'éducation des enfants, les repas, etc.

Eau et assainissement, retards et faibles accès surtout en milieu rural et dégradation des services en milieu urbain

L'ambition du nouveau Président de la République de Madagascar en ce début de mandat (2019) est d'augmenter de manière substantielle l'approvisionnement en eau potable des citoyens sur l'ensemble du territoire³². Dans la planification du Ministère en charge de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, deux objectifs stratégiques sont identifiés afin de réussir le programme, à savoir (1) fournir de l'eau potable à 70% des Malagasy à des prix socialement acceptables d'ici fin 2023 et (2) réduire de 90% la défécation à l'air libre et promouvoir le lavage des mains au savon, ainsi que l'utilisation des latrines basiques pour 55% des malagasy d'ici 2023³³ dans le cadre du programme national « *Madagasikara Madio 2025* ».

32. Politique Générale de l'État, Lignes directrices, <https://www.presidence.gov.mg/presidence/66-la-ligne-directrice-de-la-pge.html>

33. Ministère de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, Contrat de performance 2019, <http://www.mineau.gov.mg/contrat-de-performance/>

L'eau, l'assainissement et l'hygiène sont des services sociaux de base indispensables de la qualité de vie des populations, en même temps qu'ils constituent des enjeux de santé publique en situation de calamités naturelles et de pandémie mondiale, comme le COVID-19. Malgré des efforts constants pour assurer un accès de qualité à ces services sociaux de base, Madagascar fait face à des défis d'efficacité, de qualité et de disponibilité.

Selon la MICS 2018, l'accès au service de base en eau est de 41% en 2018 au plan national, emmaillé par de fortes disparités selon les régions (11% à Atsimo Atsinanana et 74% à Analamanga), les circonscriptions rurales (32%) et urbaines (69%). Au sein des villes, des disparités d'accès demeurent notamment selon les quartiers. Une des raisons de ces disparités urbaines est dû au fait que l'entreprise publique de distribution d'eau (JIRAMA) n'arrive plus à satisfaire le besoin de la population pour de multiples raisons, en particulier la vétusté et l'insuffisance des infrastructures, ainsi que l'augmentation incessante de la population urbaine qui crée un déséquilibre entre l'offre et la demande en service d'eau et la mauvaise gouvernance. Le nombre de personnes n'ayant pas accès à l'eau potable en ville a augmenté de 1 point de pourcentage par an entre 2012 et 2018³⁴. Aussi, 57% de la population n'a pas accès à une source d'eau améliorée. L'alimentation en eau de la population dépend de l'eau de surface (21%) et sources non améliorées (36%).

Le secteur de l'eau est aussi inégalitaire en termes de genre. Selon MICS 2018, la tâche de rechercher de l'eau est confiée principalement aux femmes de 15 ans (53%) et aux filles de moins de 15 ans (12%) contre 15% pour les hommes et 4% pour les garçons de moins de 15 ans. Et le temps dédié à la collecte d'eau peut aller jusqu'à 30 minutes pour 58% de la population et peut prendre entre 1 et 3 heures pour 15% pour une autre catégorie de la population.

Le défi de disponibilité de l'eau se manifeste avec acuité au Sud de Madagascar. Un organisme appelé « *Alimentation en Eau dans le Sud* » assure la gestion de l'eau dans la partie sud du pays. Son rôle et sa capacité doivent être revus. Récemment, une intervention a été menée pour réassurer l'approvisionnement en eau dans le sud pour 40 000 habitants bénéficiaires directs avec le pipeline d'Ampotaka dans la région de l'Androy d'une distance de 140 kilomètres qui a été mise en service en 2019 par le Président de la République. Le projet a réhabilité l'infrastructure existante construite dans les années 90 par le gouvernement japonais et la JICA.

La pollution de l'eau est préoccupante avec plus de 80% de l'eau qui est contaminée par E-coli au point de puisage et 86% au niveau des ménages avec de grandes disparités entre l'urbain 54% et le rural 89% aux points de puisage.

Les études sur les déterminants de la malnutrition à Madagascar réalisées à partir des données d'enquêtes nationales (ENSOMD 2012-2013 et EDS 2008-2009) montrent que l'accès à une source d'eau améliorée, avoir l'eau au robinet à domicile, l'accès à des toilettes améliorées sont tous les trois des facteurs protecteurs contre la malnutrition (retard de croissance)³⁵.

Le changement climatique a de plus en plus d'impact sur l'accès à l'eau et aux services d'eau, assainissement et hygiène (EAH), notamment à cause des sécheresses à répétition, des épisodes cycloniques ou d'inondations dévastateurs pour les infrastructures. Des systèmes d'alertes permettent de mieux suivre la réserve en eau souterraine. De nouvelles technologies sont en développement pour rendre les ouvrages plus résilients au changement climatique et la gestion des connaissances est en train de s'organiser au sein du secteur EAH.

En matière d'assainissement et en comparaison avec d'autres pays africains, Madagascar accuse beaucoup de retard. En effet, en 2018 selon l'enquête MICS seulement 17% des populations disposent de service de base d'assainissement (59% en ville et 9% en milieu rural). En ce qui concerne les installations sanitaires, 40% de la population n'y a pas accès (défécation à l'air libre ³⁶), dont 45% en milieu urbain et 22% en milieu rural, et reflétant des variations selon les régions (85% à Ihorombe et 5% à Analamanga). Enfin, 82% des plus pauvres pratiquent la défécation à l'air libre contre 4% chez les plus riches.

La pandémie Covid-19 a mis en exergue la question de l'hygiène puisque 19 millions de personnes ne disposent pas de systèmes de lavage de main avec de l'eau et du savon (77% ³⁷). Alors que la réponse COVID-19 passe par la mise en place de gestes barrières comme la pratique du lavage des mains avec l'eau et du savon, cette situation met la majorité de la population malagasy à risque. Il y a aussi de fortes inégalités d'accès avec 61% de population en milieu urbain contre 82% qui ne disposent pas de dispositifs et 48% des plus riches contre 97% des plus pauvres.

34. Cependant entre 2012 ENSOMD et 2018 MICS, l'accès à un service de base en eau est passé de 77 à 69%. Les services de base se sont dégradés suite au non-renouvellement et investissement dans les infrastructures. Le réseau de la JIRAMA à Antananarivo est vétuste et il n'y a pas eu de grands travaux de renouvellement, de mise à niveau et/ou développement d'alimentation en eau potable depuis 2004 alors que les besoins n'ont cessé d'augmenter avec l'accroissement de la population.

35. Les résultats du MICS 2018 le confirme.

36. Pour la défécation à l'air libre, une faible amélioration est constatée, avec un taux qui passe de 49% à 41%, entre 2012 et 2018 ; mais en tenant compte de la croissance démographique, le nombre de personnes qui pratique la défécation à l'air est toujours de 10 millions. La réduction est plus importante dans le milieu rural passant de 56% à 45%. Par contre en milieu urbain le taux a augmenté de 10% à 22% ; cette proportion est très forte en milieu rural variant entre 85% à Ihorombe et 5% à Analamanga touchant 82% des pauvres

37. MICS 2018

ANNEXES



**NATIONS UNIES
MADAGASCAR**



Annexe 1 | RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Analyse Commune de Pays (CCA) Madagascar 2020 ;
- MEN-MEFTP-MESUPRES, 2016, Rapport d'Etat du Système Educatif National (RESEN) : une analyse sectorielle pour instruire un nouveau plan sectoriel de l'éducation 2017-2021 ;
- MEN-MEFTP-MESUPRES, Plan Sectoriel de l'Education à Madagascar, 2018-2022 ;
- PASEC, 2014, Performances des systèmes éducatifs en Afrique subsaharienne francophone : Compétences et facteurs de réussite au primaire, CONFEMEN ;
- PASEC, 2019, Qualité des systèmes éducatifs en Afrique subsaharienne francophone : Performances et environnement de l'enseignement-apprentissage au primaire CONFEMEN ;
- Annuaire statistiques 2000-2001 à 2019-2020, Direction de la Planification de l'Education, Ministère de l'Education Nationale ;
- Waly Wane et al., 2016, Groupe de la Banque Mondiale : Indicateurs de prestation de services (IPS) en éducation ;
- UNFPA, UNFPA Océan Indien Madagascar, Comores, Maurice, Seychelles, Rapport annuel 2021 ;
- Banque Mondiale, mai 2022, Perspectives économiques de Madagascar,
- SDG DASHBOARDS AND TRENDS, Sustainable Development Report 2022 From Crisis to Sustainable Development: the SDGs as Roadmap to 2030 and Beyond
- Impacts of the mica supply chain on children's rights from Malagasy mine to international product line-UNICEF, 2019;
- INSTAT, 2021, Projection démographique de Madagascar,
- INSTAT, RGPH, 2018, Tomes 1 et 2 ;
- INSTAT, RGPH, 2018, Rapport thématique 2,
- Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDSMD-V) 2021, INSTAT- DHS Program ICF,
- Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS), 2018 : Rapport des résultats de l'enquête Aout, 2019 ;
- Dictionnaire de démographie et des sciences de la population, Edition spéciale INED,
- Renforcer les chaînes d'approvisionnement à Madagascar pour garantir plus d'équité dans l'accès aux produits et services essentiels – Santé, UNICEF, 31 mai au 2 juin 2022 ;
- Vers une protection sociale universelle et inclusive pour les enfants à Madagascar Juin 2021, Une analyse pour accroître l'inclusivité du programme national de filets sociaux de sécurité, MPPSPF-UNICEF, 2021,
- Child labour in Madagascar's mica sector Impacts of the mica supply chain on children's rights from Malagasy mine to international product line, UNICEF, octobre 2021

Annexe 2 | TABLEAUX AVEC LES DONNÉES ET INDICATEURS PERTINENTS, DÉSAGRÈGES SELON LES GROUPES

TABLEAU 1 : Indicateurs clés relatifs aux personnes handicapées

Thème	Indicateur	Pourcentage (%)
Profil socio-démographique des personnes handicapées	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans vivant dans les ménages de quintile pauvre ou plus pauvre	47
	Pourcentage d'enfants handicapés de de 5-17 ans vivant dans les ménages de quintile pauvre ou plus pauvre	41
	Pourcentage de femmes handicapées de 15-49 ans qui sont mariées	73
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15-49 ans handicapés qui sont mariés	75
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui vivent avec les deux parents biologiques	65
	Pourcentage d'enfants handicapés de de 5-17 ans qui vivent avec les deux parents biologiques	61
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui vivent avec leurs mères seulement	20
	Pourcentage d'enfants handicapés de 5-17 ans qui vivent avec leurs mères seulement	18
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui vivent avec leurs pères seulement	3
	Pourcentage d'enfants handicapés de 5-17 ans qui vivent avec leurs pères seulement	5
Éducation	Pourcentage d'enfants handicapés âgés de 3 à 5 ans qui fréquentent l'éducation préscolaire	13
	Taux net de fréquentation (ajusté) au primaire	74
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15-49 ans sans niveau d'instruction	17
	Pourcentage de femmes handicapées de 15-49 ans sans niveau d'instruction	22
Maladie des enfants	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui ont eu dans les deux dernières semaines, des symptômes d'IRA ou de fièvre ou de diarrhée.	29
Eau, hygiène et assainissement	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans ayant accès à un service de base en approvisionnement d'eau potable	37
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans ayant accès à un service d'assainissement de base	15
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans vivant dans un ménage ayant une installation de base pour le lavage des mains	22
État nutritionnel	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui souffrent de retard de croissance	49
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui souffrent d'émaciation.	7
	Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans handicapés qui souffrent de surpoids ou d'obésité	0,8
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui souffrent d'insuffisance pondérale	32

Thème	Indicateur	Pourcentage (%)
Vaccination	Pourcentage d'enfants handicapés de 24-35 mois ayant reçu tous les vaccins de base	41
	Pourcentage d'enfants handicapés de 24-35 mois ayant reçu tous les vaccins	30
Traitement des maladies de l'enfant	Pourcentage d'enfants handicapés ayant eu de la diarrhée pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés au près d'établissement de santé ou un prestataire de santé	34
	Pourcentage d'enfants handicapés ayant eu de la fièvre pour qui des conseils ou un traitement ont été recherchés au près d'établissement de santé ou un prestataire de santé	50
Soins prénatals, condition d'accouchement et soins postnatals	Pourcentage de femmes handicapées ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête qui ont reçu des soins prénatals dispensés par du personnel de santé qualifié	86
	Pourcentage de femmes handicapées ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête dont le lieu de l'accouchement des dernières naissances est un établissement de santé	38
	Pourcentage de femmes handicapées ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête qui ont reçu des examens de santé postnatals	78
	Pourcentage de femmes handicapées ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années avant l'enquête qui ont reçu des examens de santé postnatals pour le nouveau-né	77
Assurance Santé	Pourcentage de femmes de 15-49 ans handicapées qui sont couvertes par une assurance maladie	3
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15-49 ans qui sont couverts par une assurance maladie	3
	Pourcentage d'enfants handicapés de moins de 5 ans qui sont couverts par une assurance maladie	3
	Pourcentage d'enfants de 5-17 ans handicapés qui sont couverts par une assurance maladie	2
TIC	Pourcentage d'hommes handicapés de 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines un ordinateur	5
	Pourcentage de femmes handicapées de 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines un ordinateur	3
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15 à 49 ans ayant utilisés au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines un téléphone	45
	Pourcentage de femmes handicapées de 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines un téléphone	37
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines internet	6
	Pourcentage de femmes handicapées de 15 à 49 ans ayant utilisé au moins une fois par semaine au cours des trois dernières semaines internet	4

Thème	Indicateur	Pourcentage (%)
Discrimination dans différentes activités sociales	Pourcentage de femmes handicapées de 15 à 49 ans qui, au cours des 12 derniers mois, se sont senties discriminées ou harcelées en raison de son handicap	6
	Pourcentage d'hommes handicapés de 15 à 49 ans qui, au cours des 12 derniers mois, se sont senties discriminées ou harcelées en raison de son handicap	10

Source : Base de données-MICSMD6-2018

TABLEAU 2 : Evolution du nombre d'écoles, de salles de classe et d'élèves privés de cours de 2020 à 2022

	2020	2021	2022
Nombre d'écoles	397	255	3521
Nombre de salles de classe	904	567	10194
Nombre d'élèves	38703	29623	346887

Source : DPE-service de la gestion des risques et des catastrophes

TABLEAU 3 : Evolution des effectifs des élèves (écoles publiques et privées) de 2000-2001 à 2020-2021

Année scolaire		Pré-scolaire	Primaire	Collège	Lycée
2000-2001	Garçon et Fille	42 383	2 307 314	316 390	66 021
	Garçon		1 186 346	159 615	32 973
	Fille		1 120 968	156 775	33 048
2001-2002	Garçon et Fille	45 387	2 409 082	343 937	77 655
	Garçon		1 228 210	173 459	39 835
	Fille		1 180 872	170 478	37 820
2002-2003	Garçon et Fille	93 168	2 856 480	356 973	79 238
	Garçon		1 458 340	179 698	40 654
	Fille		1 398 140	177 275	38 584
2003-2004	Garçon et Fille	142 750	3 366 462	420 592	88 857
	Garçon		1 718 631	211 841	45 224
	Fille		1 647 831	208 751	43 633
2004-2005	Garçon et Fille	132 504	3 597 731	486 239	106 595
	Garçon		1 838 251	231 088	53 870
	Fille		1 759 480	255 151	52 725
2005-2006	Garçon et Fille	146 284	3 698 906	581 615	116 794
	Garçon		1 885 778	294 973	59 024
	Fille		1 813 128	286 642	57 770
2006-2007	Garçon et Fille	152 580	3 837 343	673 298	132 139
	Garçon		1 950 759	342 162	66 653
	Fille		1 886 584	331 136	65 486
2007-2008	Garçon et Fille	164 063	4 020 322	758 883	153 270
	Garçon		2 041 437	387 209	80 767
	Fille		1 978 885	371 674	72 503

Année scolaire		Précolaire	Primaire	Collège	Lycée
2008-2009	Garçon et Fille	179 536	4 323 981	816 537	169 019
	Garçon	88 956	2 189 826	416 897	86 219
	Fille	90 580	2 134 155	399 640	82 800
2009-2010	Garçon et Fille	190 674	4 329 577	920 464	211 769
	Garçon	94 581	2 191 910	470 113	109 133
	Fille	96 093	2 137 667	450 351	102 636
2010-2011	Garçon et Fille	206 957	4 305 069	1 049 991	238 689
	Garçon	102 317	2 179 444	533 982	121 969
	Fille	104 640	2 125 625	516 009	116 720
2011-2012	Garçon et Fille	240 562	4 402 722	1 114 638	262 494
	Garçon	118 413	2 224 012	563 856	135 576
	Fille	122 149	2 178 710	550 782	126 918
2012-2013	Garçon et Fille	263 116	4 485 889	1 119 206	296 020
	Garçon	129 439	2 261 631	548 877	152 728
	Fille	133 677	2 224 258	570 329	143 292
2013-2014	Garçon et Fille	285 530	4 611 438	1 146 264	320 766
	Garçon	139 754	2 321 083	571 346	164 406
	Fille	145 776	2 290 355	574 918	156 360
2014-2015	Garçon et Fille	385 203	4 763 524	1 156 988	350 464
	Garçon	187 194	2 396 107	575 938	177 112
	Fille	198 009	2 367 417	581 050	173 352
2015-2016	Garçon et Fille	608 384	4 733 726	1 158 934	370 530
	Garçon	294 033	2 380 027	573 495	188 311
	Fille	314 351	2 353 699	585 439	182 219
2016-2017	Garçon et Fille	815 246	5 004 479	1 137 852	362 966
	Garçon	393 599	2 514 792	559 549	182 314
	Fille	421 647	2 489 687	578 303	180 652
2017-2018	Garçon et Fille	874 378	4 860 888	1 149 883	362 232
	Garçon	422 090	2 440 444	561 666	179 302
	Fille	452 288	2 420 444	588 217	182 930
2018-2019	Garçon et Fille	901 960	4 648 600	1 092 285	362 748
	Garçon	433 518	2 324 032	503 222	177 004
	Fille	468 442	2 324 568	589 063	185 744
2019-2020	Garçon et Fille	924 255	4 774 795	1 140 226	352 093
	Garçon	444 950	2 388 211	552 046	168 466
	Fille	479 305	2 386 584	588 180	183 627
2020-2021	Garçon et Fille	1 021 893	5 349 010	1 192 289	395 054
	Garçon	490 072	2 668 284	578 655	190 036
	Fille	531 821	2 680 726	613 634	205 018

Source : Annuaire statistiques 2000-2001 à 2020-2021, DPE-MEN

TABLEAU 4 : Répartition des enseignants par niveau selon le sexe et selon le secteur en 2020-2021

	Ecoles publiques			Ecoles privées			Ensemble (publique et privée)		
	Total enseignants	dont Femme	Proportion femme	Total enseignants	dont Femme	Proportion femme	Total enseignants	dont Femme	Proportion femme
Prescolaire	33348	25426	76,2	10783	10139	94,0	44131	35565	80,6
Primaire	103012	48321	46,9	21672	3012	13,9	124684	51333	41,2
Collèges	35196	14758	41,9	25705	11129	43,3	60901	25887	42,5
Lycées	10269	4381	42,7	11996	4073	34,0	22265	8454	38,0
Total	181825	92886	51,1	70156	28353	40,4	251981	121239	48,1

Annexe 3 | LACUNES STATISTIQUES ET ANALYTIQUES EXISTANTES

- L'insuffisance de données sur les personnes handicapées devrait aboutir à la collecte de données ou organisation des enquêtes spécifiques pour les personnes handicapées en utilisant les concepts de Washington group (WG).
- Enquête sur l'alphabétisation en utilisant l'outil LAMP standard de l'UNESCO pour évaluer la qualité de stock de mains d'œuvre ou du capital humain et organiser une enquête spécifique sur l'emploi pour avoir de données récentes.
- Une évaluation de performance du type PISA de l'OCDE des jeunes de 15 ans devrait être organisée en Afrique à Madagascar.
- Enquête spécifique sur la protection sociale et prise en charge pour amortir les chocs des crises sociales et économiques et pour appréhender leurs impacts.
- Enquête ou collecte de données spécifiques sur les inégalités de genre ou la VBG.



NATIONS UNIES MADAGASCAR



ANALYSE COMMUNE DE PAYS
DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES
À MADAGASCAR

Maison Commune des Nations Unies
Zone Galaxy, Rue du Dr Raseta Andraharo
Antananarivo 101 - Madagascar
Téléphone: +261 20 23 300 92 / +261 32 07 466 69

Retrouvez-nous sur

 madagascar.un.org

 UN Madagascar

 un_madagascar

 @UNMadagascar

 CINU Antananarivo