

**Rapport de Suivi du Programme de  
Bruxelles  
Cas de Madagascar**

*Février 2006*

## **INTRODUCTION**

Adoptée par les 189 états membres de l'ONU présents à l'Assemblée Générale de septembre 2000, la déclaration dite du Millénaire à laquelle a adhéré Madagascar s'inscrit dans un cadre unique de défis que doit relever l'humanité. Ce cadre sert d'esquisse aux actions à entreprendre et propose un ensemble de mesures concrètes permettant d'apprécier les progrès accomplis par chaque État dans l'atteinte d'objectifs précis.

Le Programmes des Nations Unies pour les pays les Moins Avancés a repris certaines de ces objectifs et adopté d'autres objectifs relatifs au contexte des pays les moins avancés : l'ensemble de ces objectifs définit les directives du Programme de Bruxelles, et ils sont au nombre de vingt-quatre objectifs accompagnés de 71 indicateurs.

Les États concernés par le programme s'engageront à mettre en œuvre des actions pouvant contribuer à l'accomplissement de ces objectifs et à élaborer des rapports décrivant l'état d'avancement des pays. Ces rapports servent d'instruments dans la mobilisation et l'engagement de l'ensemble de la population. Aussi répondent-ils aux questions sur les progrès déjà réalisés par les différents gouvernements, les tâches entreprises et celles qui restent à entreprendre afin de parvenir à ces objectifs. Mais également, à quelle distance se trouvent les différents pays sur le chemin menant aux objectifs et combien leur reste-t-il encore à parcourir pour les atteindre?

L'élaboration de ces rapports est essentiellement basée sur l'analyse brève et concise de nombreux indicateurs. Ces indicateurs vont ainsi permettre d'apprécier l'avancement vers les objectifs. Néanmoins dans ce présent rapport ne figurent pas tous les objectifs définis comme guide, en raison de la non-disponibilité actuelle de certaines données ou indicateurs.

Malgré tout, ce document va présenter pour quelques indicateurs, une analyse de la situation ainsi que la tendance de cet indicateur à Madagascar depuis 2001. De plus, le rapport présentera en deuxième lieu les perspectives pour l'horizon futur et une liste de défis restant à relever avant d'atteindre les objectifs.

Étant donné qu'il y a déjà des politiques du Gouvernement Malgache dont les objectifs sont liés à la pauvreté dans le DSRP et qui englobent les objectifs du Programme de Bruxelles pour les pays les moins avancés, ce document rapporte donc aussi des éléments déjà disponibles dans le cadre de ces politiques. Politiques qui entretiennent un environnement favorable à la réalisation des OMD et des priorités à l'aide pour le développement.

## TABLE DES MATIERES

<b>OBJECTIF 1. ATTEINDRE UN TAUX DE CROISSANCE ANNUEL DU PIB D’AU MOINS 7% .....</b>	<b>5</b>
Indicateur 1. Taux de croissance annuel du PIB .....	5
<b>OBJECTIF 2. ACCROITRE LE TAUX D’INVESTISSEMENT (EN POURCENTAGE DU PIB) A 25% PAR AN .....</b>	<b>6</b>
Indicateur 2. Formation Brute de Capital Fixe (en % du PIB).....	6
<b>OBJECTIF 4. REALISER UN PROGRES SUBSTANTIEL A LA REDUCTION DE MOITIE LA PROPORTION DES     PERSONNES QUI SOUFFRE DE LA FAIM D’ICI 2015.....</b>	<b>7</b>
Indicateur 6. Proportion de personnes vivant en dessous du niveau minimum d’apport calorique (ratio de pauvreté).....	7
<b>OBJECTIF 5. RENDRE ACCESSIBLE A TOUT INDIVIDU D’AGE APPROPRIE LA SANTE REPRODUCTIVE PAR LE     BIAIS DU SYSTEME DE SANTE DE BASE, AUSSITOT QUE POSSIBLE ET AVANT 2015 .....</b>	<b>9</b>
Indicateur 7. Proportion de naissances assistées par du personnel qualifié de santé.....	9
Indicateur 8. Femmes ayant effectué au moins 4 consultations prénatales en %.....	9
Indicateur 9. Utilisation des méthodes contraceptives par les femmes mariées âgées de 15-49 ans.....	9
<b>OBJECTIF 7. ASSURER QU’EN 2015, TOUS LES ENFANTS, EN PARTICULIER LES FILLES, LES ENFANTS DANS DES     CIRCONSTANCES DIFFICILES ET CEUX QUI APPARTIENNENT AUX MINORITES ETHNIQUES AIENT     ACCES A L’EDUCATION FONDAMENTALE LIBRE COMPLETE ET DE BONNE QUALITE.....</b>	<b>11</b>
Indicateur 12. Taux net de scolarisation primaire, les deux sexes confondus.....	11
Indicateur 13. Taux net de scolarisation primaire des filles.....	11
<b>OBJECTIF 9. ELIMINER LES DISPARITES ENTRE LES SEXES DANS LES ENSEIGNEMENTS PRIMAIRE ET     SECONDAIRE D’ICI A 2005 ET A TOUS LES NIVEAUX DE L’ENSEIGNEMENT EN 2015 AU PLUS TARD,     EN SE FOCALISANT SUR UN TOTAL ACCES DES FILLES A L’EDUCATION DE BASE DE BONNE     QUALITE.....</b>	<b>12</b>
Indicateur 24. Rapport filles / garçons dans l’éducation primaire.....	12
Indicateur 28. Proportion de sièges obtenus par les femmes dans le parlement national.....	12
Indicateur 29. Part des femmes dans l’activité rémunérée du secteur non agricole.....	12
<b>OBJECTIF 10 : REDUIRE LE TAUX DE MORTALITE INFANTILE EN DESSOUS DE 35 POUR MILLE EN 2015.....</b>	<b>14</b>
Indicateur 30. Le taux de mortalité infantile.....	14
Indicateur 31. La proportion d’enfants d’un an vacciné contre rougeole.....	14
Indicateur 32. La proportion d’enfant moins d’un an vacciné contre tuberculose.....	14
Indicateur 33. La proportion d’un an vacciné contre DTP.....	14
<b>OBJECTIF 11 : REDUIRE LE TAUX DE MORTALITE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS EN DESSOUS DE 45 PAR     1000 NAISSANCES VIVANTES EN 2015.....</b>	<b>16</b>
Indicateur 34. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.....	16
<b>OBJECTIF 12. REDUIRE DE TROIS-QUARTS EN 2015 LE TAUX DE MORTALITE MATERNEL ACTUEL.....</b>	<b>16</b>
Indicateur 35. Taux de mortalité maternel.....	16
<b>OBJECTIF 13. REDUIRE DE MOITIE LE NOMBRE DES GENS SOUFFRANT DE LA MALNUTRITION, D’ICI A 2015.....</b>	<b>17</b>
Indicateur 6. Taux de pauvreté alimentaire.....	17
<b>OBJECTIF 14. REDUIRE DE MOITIE D’ICI 2015, LE POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI N’A PAS ACCES DE     FAÇON DURABLE A L’EAU POTABLE ET A DES SERVICES D’ASSAINISSEMENT DE BASE : .....</b>	<b>18</b>
Indicateur 36. Proportion de la population ayant une source d’eau meilleure de façon durable.....	18
<b>OBJECTIF 15. REDUIRE LE TAUX DE PREVALENCE DU VIH/SIDA POUR LES PERSONNES AGEES DE 15-49 ANS     EN 2015 DANS TOUS LES PAYS, ET REDUIRE DE 25 POUR CENT DANS LES PAYS LES PLUS     TOUCHES :.....</b>	<b>19</b>
Indicateur 37. Taux de prévalence du VIH SIDA des adultes, âgées de 15-49 ans.....	19
Indicateur 38. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, femmes.....	19
Indicateur 39. Population âgée de 15-24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/SIDA.....	20
<b>OBJECTIF 17 : REDUIRE DE MOITIE LA MALNUTRITION PARMIS LES FEMMES ENCEINTES ET PARMIS DES     ENFANTS DU PRESCOLAIRE DANS LES PAYS LES MOINS AVANCES D’ICI A 2015 :.....</b>	<b>21</b>

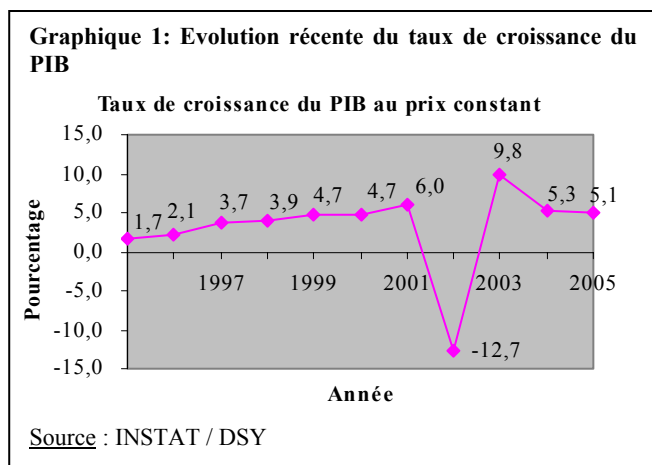
Indicateur 43 : Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge) des enfants de moins de 5 ans.....	21
Indicateur 44/ Prévalence du retard du croissance (taille pour âge) des enfants de moins de 5 ans.....	21
Indicateur 45 ; Prévalence de l'émaciation (poids pour taille) des enfants de moins de 5 ans.....	21
<b>OBJECTIF 18 : REDUIRE SIGNIFICATIVEMENT LES TAUX DE L'INFECTION DU PALUDISME, DE LA TUBERCULOSE ET AUTRES MALADIES RESPONSABLES DE LA MORTALITE DANS LES PMD A LA FIN DE LA DECADE ; REDUIRE DE MOITIE LA MORTALITE LIEE A LA TUBERCULOSE (TB) ET LA PREVALENCE DE LA MALADIE EN 2010 ; ET REDUIRE DE MOITIE LES CHARGES LIEES AU PALUDISME EN 2010.....</b>	<b>22</b>
Indicateur 46 : Taux de prévalence du paludisme.....	22
Indicateur 48 : Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection efficaces contre le	
<b>OBJECTIF 21 : PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT AU SEIN COMME UNE STRATEGIE DE LA SURVIE DE L'ENFANT .....</b>	<b>23</b>
Indicateur 56 : Proportion d'enfants de moins de 6 mois qui sont allaités exclusivement au sein.....	23
Indicateur 57 : Proportion d'enfants (6-9mois) allaités au sein avec de la nourriture complémentaire .....	23
Indicateur 58 : Proportion d'enfants (20-23mois) allaités encore au sein.....	23
<b>OBJECTIF 22. ACCROITRE LES RESEAUX ROUTIERS DANS LES PMA A UN NIVEAU COURANT DES AUTRES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT ET LES CAPACITES ROUTIERES, Y COMPRIS LES EGOUTS ET AUTRES INSTALLATIONS APPARENTEES, EN 2010.....</b>	<b>24</b>
Indicateur 59. Le réseau routier total en km.....	24
<b>OBJECTIF 23 : MODERNISER ET ETENDRE LES PORTS ET AEROPORTS ET LEURS INSTALLATIONS SUBORDONNEES POUR AUGMENTER LEUR CAPACITE D'ICI 2010 .....</b>	<b>25</b>
Indicateur 62 : Départs des avions .....	25
Indicateur 63 : Nombre de passagers par voie aérienne.....	25
Indicateur 64 : Fret aérien intérieur en millions de tonnes-km.....	25
<b>OBJECTIF 24. MODERNISER ET ETENDRE LES RESEAUX DE CHEMIN DE FER ET AUGMENTER LEURS CAPACITES AU MEME NIVEAU QUE CEUX DANS AUTRES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT A LA FIN DE LA DECADE .....</b>	<b>27</b>
Indicateur 65. Longueur des lignes ferroviaires en km .....	27
Indicateur 67. Densité de la circulation ferroviaire, passagers et frète par km .....	27
<b>OBJECTIF 25 : ACCROITRE LE RESEAU DE COMMUNICATION DES PMA, Y COMPRIS LA TELECOMMUNICATION ET LES SERVICES POSTAUX ET AMELIORER L'ACCES DES PAUVRES A CES SERVICES EN MILIEU URBAIN ET RURAL, POUR ATTEINDRE LES NIVEAUX COURANTS DANS LES AUTRES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT .....</b>	<b>29</b>
Indicateur 68 : Nombre de bureaux de poste permanents et mobiles .....	29
<b>OBJECTIF 27. ACCROITRE LA DENSITE MOYENNE DU TELEPHONE A 5 LIGNES PRINCIPALES PAR 100 HABITANTS ET LES CONNECTIONS PAR INTERNET A 10 UTILISATEURS PAR 100 HABITANTS, D'ICI 2010.....</b>	<b>30</b>
Indicateur 69 : Nombre de lignes téléphoniques et d'abonnés au téléphone portable pour 10 000 habitants .....	30
Indicateur 70 : Nombre abonnés à l'Internet sur 10 000 habitants.....	30

## **Objectif 1. Atteindre un taux de croissance annuel du PIB d'au moins 7%**

### ***Indicateur 1. Taux de croissance annuel du PIB***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

Le contexte de la croissance économique de Madagascar amène à considérer trois périodes distinctes. La première période avant 2001 où le pays a connu une certaine stabilité sociopolitique, l'on peut constater une série des taux de croissance positifs et soutenus de l'ordre de 4% en moyenne. Certes ce taux de croissance est encore à un niveau faible, mais la tendance croissante laissait à espérer une évolution du développement économique du pays.



La crise sociopolitique postélectorale de l'année 2002 a engendré un taux de croissance négative et importante (-12,7%) pour une deuxième fois dans l'histoire du pays<sup>1</sup>.

La troisième période est celle du redécollage économique marqué par un taux de croissance de 9,8% en 2003 puis la reprise de la tendance avant 2002 avec un taux de croissance plutôt stable de l'ordre de 5%.

Au vu de cette historique du taux de croissance, l'on peut dire qu'il ne devrait pas être difficile d'atteindre l'objectif de 7% par an si les conjonctures actuelles restent les mêmes

voire s'améliorent. Les facteurs susceptibles de satisfaire cette condition sont présentés dans la section suivante.

#### **Perspective et défis à relever**

Le DSRP a prévu atteindre un taux de croissance de 8% par an et le Programme de Bruxelles un taux de 7%. Les autorités ont déjà entrepris des efforts et prévoient atteindre le taux de croissance de 6% pour l'année 2006 selon les déclarations officielles relatives au Programme Général de l'Etat pour cette année 2006 ou PGE-2006.

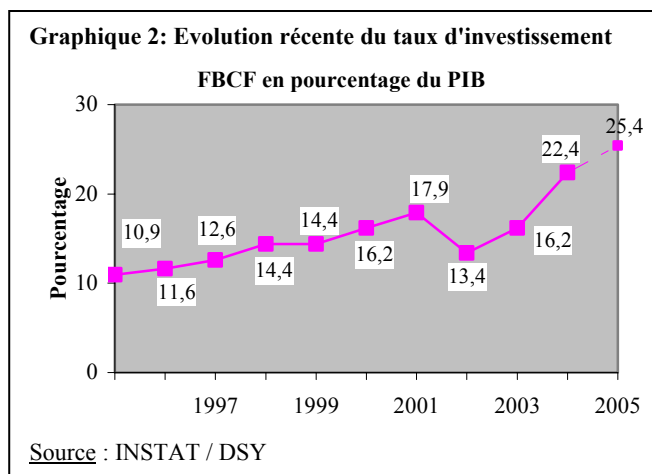
<sup>1</sup> Le taux de croissance enregistré en 1991 a été de -6,3% après la crise de 1990.

## **Objectif 2. Accroître le taux d'investissement (en pourcentage du PIB) à 25% par an**

### ***Indicateur 2. Formation Brute de Capital Fixe (en % du PIB)***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

Pour le cas de Madagascar, l'on peut dire que cet objectif est presque atteint pour l'année 2005. En effet, si le taux d'investissement est resté moins de 20% durant les années précédentes (avant 2004), les résultats constatés à partir 2004 sont probants avec un taux d'investissement de 22,4%. Même l'objectif est largement atteint avec les estimations faites pour l'année 2005 qui affichent un taux d'investissement de plus de 25%.



La performance obtenue pour cet indicateur vient d'un double effet qui sont les suivants :

- la construction d'infrastructures sociales tels que les écoles, les centres de santé et surtout les infrastructures routières (qui font parties des priorités des dirigeants actuels) ont accru continuellement l'investissement public ;
- la politique de détaxation sélective des produits importés a favorisé l'investissement privé, en plus des politiques de libéralisation foncières au profit des étrangers (une hausse d'environ 10% des investissements privés).

#### **Perspective et défis à relever**

L'objectif pour atteindre la valeur de 25% pour le taux d'investissement n'est plus un problème pour Madagascar, les tendances actuelles semblent aller dans le sens d'une hausse. Un des défis à relever est d'amener la composante « privée » de cet indicateur, qui représente environ 32% de sa valeur totale, à une tendance à la hausse. En effet, La PGE prévoit une tendance à la hausse cet indicateur.

La chute éventuelle de l'investissement privé pourrait être attribuée à plusieurs facteurs dont :

- l'importance de la pression fiscale ;
- un climat d'investissement défavorable à l'expansion des entreprises : un taux élevé des paiements informels alimentant la chaîne de corruption, selon la Banque mondiale<sup>1</sup> ;

Conscient de ces facteurs défavorables à l'investissement, les autorités compétentes ont déjà mené des efforts en matière d'attraction des investissements privés en général et en particulier les investissements étrangers.

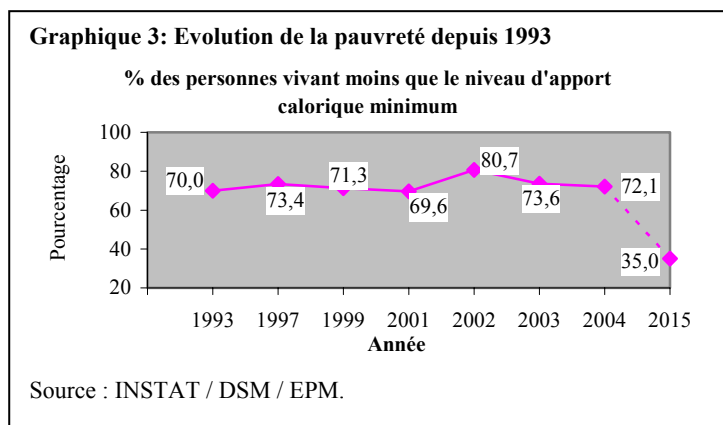
<sup>1</sup> En effet, 7% des recettes des entreprises vont dans les paiements informels selon cette institution. Ce taux est plus élevé comparativement à celui du Kenya et de l'Ouganda (resp. 3,8% 2,4%).

## **Objectif 4. Réaliser un progrès substantiel à la réduction de moitié la proportion des personnes qui souffrent de la faim d'ici 2015**

### ***Indicateur 6. Proportion de personnes vivant en dessous du niveau minimum d'apport calorique (ratio de pauvreté)***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

La définition de l'indicateur implique celle du seuil correspondant au revenu permettant d'assurer l'apport calorique minimum nécessaire au bon fonctionnement de la vie d'un individu résident sur le territoire national. Pour le cas de Madagascar, ce seuil est évalué à 230 800 Ariary en 2003 et 257 675 Ariary en 2004<sup>1</sup>.



A l'instar des autres pays les moins avancés, la proportion des malgaches pauvres est très élevée puisque au moins 7 malgaches sur 10 sont classés pauvres par rapport au seuil de pauvreté entre 1993 jusqu'à nos jours.

Plus précisément, en 1993, 70% des malgaches étaient pauvres, ce ratio de pauvreté ayant atteint 73,4% en 1997 avant d'entamer une baisse continue avant la crise de 2002 qui, avec ses conséquences socioéconomiques

désastreuses, a fait remonter le nombre de pauvres à plus de 8 malgaches sur 10.

#### **Perspective et défis à relever**

Madagascar compte atteindre l'objectif en question d'ici 2013, soit 10 ans plus tôt que ce qui est prévu par l'objectif du Programme de Bruxelles (de même que les OMD). Ceci est très possible grâce à une politique de croissance économique soutenue en mettant en place une stratégie sectorielle pro-pauvre et de réduction de la pauvreté.

L'atteinte de ce premier objectif dépendra de plusieurs facteurs qui sont déjà pris en compte dans le DSRP. On peut citer entre autres :

- la réalisation d'un taux de croissance économique stable et fort, c'est-à-dire 8% au moins ;
- le maintien de la stabilité macro-économique et financière ;
- l'existence d'un Etat de droit et d'une société bien gouvernée ;
- la promotion et l'incitation à une croissance économique à base sociale élargie ;
- le développement d'un système de sécurisation humaine et d'un système de protection sociale ;
- la promotion du principe 3P (Partenariat Public Privé) pour le développement ;
- le développement d'un système de suivi/évaluation continu ;
- la stabilité politique et sociale ;

<sup>1</sup> Ce seuil est évalué annuellement et aux prix courants de la Capitale (Antananarivo), il est aussi appelé « seuil de pauvreté » est défini comme étant la dépense minimum par tête permettant à un individu de couvrir à la fois les besoins alimentaires minimums tels que le riz, la viande, l'huile, le sucre... et les besoins non alimentaires minimums comme l'accès aux services médicaux, l'habillement, l'accès à l'éducation....

Ce document, le DSRP, étant le fruit d'un long processus de participation et de concertation entre le Gouvernement, les Partenaires techniques et financiers, les Secteurs privés, la Société civile.... promet d'être un bon outil et une bonne base pour la lutte contre la pauvreté.

En plus, pour l'atteinte de cet objectif, une politique de développement rapide et durable de l'économie malgache est enclenchée en tablant sur un taux de croissance économique d'au moins 8% par an dans un cadre macro-économique, fiscal et financier stable et cohérent tel qu'inscrit dans le DSRP et les PGE.

La préparation et la mise en place du DSRP à ces différents stades ont permis à Madagascar de bénéficier de fonds émanant des Initiatives des Pays Pauvres Très Endettés (IPPTE).

## **Objectif 5. Rendre accessible à tout individu d'âge approprié la santé reproductive par le biais du système de santé de base, aussitôt que possible et avant 2015**

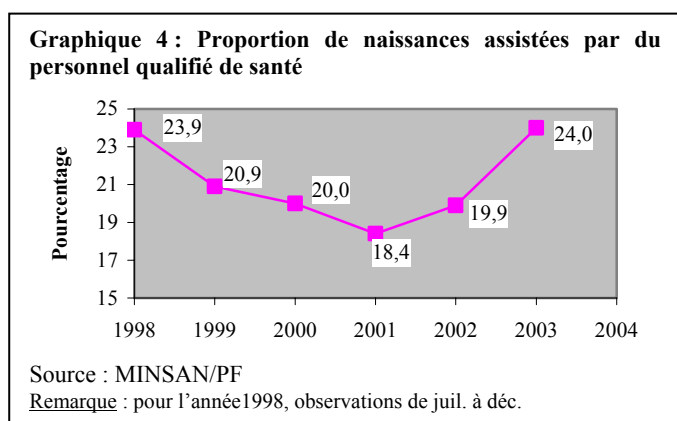
**Indicateur 7. Proportion de naissances assistées par du personnel qualifié de santé**

**Indicateur 8. Femmes ayant effectué au moins 4 consultations prénatales en %**

**Indicateur 9. Utilisation des méthodes contraceptives par les femmes mariées âgées de 15-49 ans**

### **Situation et tendance des indicateurs**

Il est vrai que le nombre de naissances assistées par un personnel de santé qualifié peut mesurer l'accessibilité des individus à la santé reproductive, notamment pour les femmes. Pour le cas de Madagascar, assurer une assistance aux naissances par un personnel de santé qualifié constitue l'un des moyens mis en œuvre par les autorités dans le cadre des politiques générales concernant le Planning Familial.



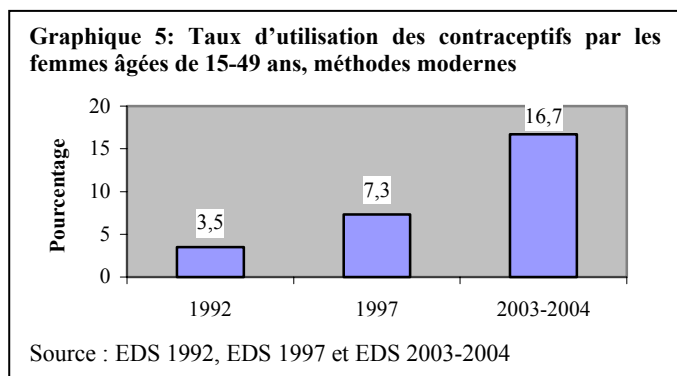
A Madagascar, de 1998 à 2003, la proportion des naissances assistées par un personnel de santé qualifié est plutôt faible ; ne dépassant pas 24%. Une légère hausse a été néanmoins observée en 2003 (voir graphique). Par ailleurs, notons qu'en début de l'année 2004, cette tendance à la hausse continue d'atteindre un taux relativement plus amélioré.

*Il faut aussi mentionner que l'amélioration de la santé maternelle dépend d'autres*

*facteurs tel que le suivi de la grossesse par du personnel de santé qualifié avant l'accouchement.*

La proportion de naissances précédées de *visites prénatales* effectuées auprès d'un personnel de santé qualifié est peu différente entre 1992 (78%) et 1997 (77%). Selon les données issues de la dernière version de l'EDS (EDS 2003-2004), on a enregistré une légère hausse : la proportion des naissances précédées de visites prénatales ayant atteint 80%<sup>1</sup>.

En ce qui concerne les mères, le nombre médian de CPN enregistrées au niveau des CSB entre 1994 et 1997 est inférieur à 3. Ce qui veut dire que la moitié des femmes enceintes durant cette période a réalisé moins de 3 CPN durant leur période de grossesse respective. En 1992 ce nombre a été de 4. Ainsi, seulement 40% des mères ont réalisé plus de 4 visites prénatales entre 1994 et 1997.



*Enfin, aux deux conditions précédentes s'ajoutent l'utilisation des méthodes contraceptives dans le domaine de la santé de la reproduction surtout pour ce qui concerne l'amélioration de la santé de la mère.*

Il convient de mentionner que dans ce dernier cas, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes s'est accru de 3,8 points de 1992 à 1997 (soit de 3,5% à 7,3%) et de presque 10 points entre 1997 et 2003

<sup>1</sup> Des visites prénatales pas forcément au nombre de 4 tel qu'exigé par la définition de l'indicateur. C'est pourquoi les chiffres ont tendance à être élevée.

(soit de 7,3% à 16,7%). Toutefois, le niveau actuel de ce taux est encore faible par rapport à l'effectif des femmes en âge de procréer.

### **Perspective et défis à relever**

La promotion de la santé de la mère et de l'enfant est l'un des principaux axes prioritaires prescrits dans le DSRP. Ainsi cet objectif 5 du Programme de Bruxelles fait déjà partie des priorités des autorités malgaches, dans le cadre des politiques de réduction de la pauvreté (DSRP).

Des moyens permettant d'atteindre cet objectif ont été mis en œuvre par les autorités compétentes (Ministère de la Santé et du Planning Familial) à savoir par le biais de la mise en place d'un comité de coordination du Programme de Repositionnement du Planning Familial.

- le renforcement des activités du programme d'Information-Education-Communication (IEC) des mères enceintes pour qu'elles viennent effectuer des visites prénatales auprès du personnel de santé qualifié et accoucher dans les centres sanitaires qualifiés. Ce programme est actuellement en cours de réalisation, avec la collaboration des institutions internationales telles que l'Unicef et le Fnuap.
- Récemment, le Ministère de la Santé et du Planning Familiale a, d'une part, transformé huit Centres Hospitaliers de Districts niveau 1 (CHD1) en Unité Laparo-Césarienne (ULC) dans le cadre du renforcement de Maternité Sans Risque, et d'autre part, a doté 28 SSD de kits CPN (Consultation Prénatale) et 172 CSB de kits accouchement, de tensiomètres, de stéthoscopes et de tables d'examen. Il a procédé aussi à la formation de matrones afin de dépister les grossesses à risque, surtout dans les zones enclavées.
- L'amélioration de l'environnement institutionnel de par le soutien politique de haut niveau accordé au PF, la création d'un comité technique national et la présence de conseillers techniques internationaux pour plus d'expériences, la réalisation d'ateliers de vulgarisations recouvrant le territoire national en collaboration avec les autorités religieuses
- La vulgarisation des produits de marketing social dans plus de 81 nouvelles communes en 2005 ;
- La présence des Agents de Service de Base Communautaire (ASBC) dans 35% des communes en 2005 contre 29% en 2004 ;
- L'introduction des nouveaux produits tels que l'Implanon en 2005 avec en moyenne 247 insertions par semaine.

Pour les années à venir, surtout pour 2006, les défis, en relation avec les indicateurs, que les autorités s'efforcent de relever pour atteindre l'objectif, concernent certains points dont :

- Assurer l'existence de personnels de santé qualifiés au niveau de tous les CSB ;
- Désenclaver les zones éloignées ;
- Extension des équipes sanitaires mobiles ;
- Renforcer et étendre les centres de références obstétricales (laparo-césariennes) ;
- Mettre en place au niveau de chaque commune un mécanisme de prise en charge des urgences obstétricales
- Opérationnaliser la gratuité des produits contraceptifs pour les démunis ;
- Sécuriser les produits contraceptifs (pérennisation) ;

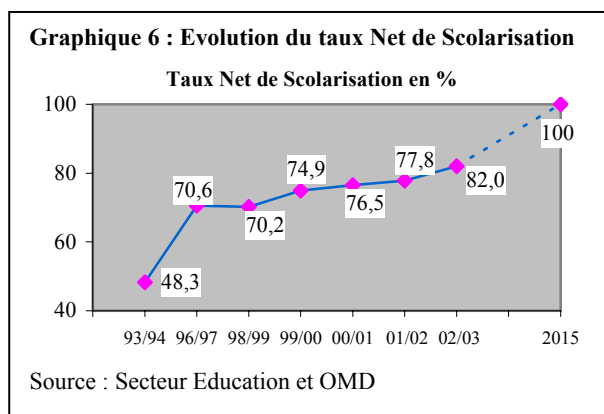
## **Objectif 7. Assurer qu'en 2015, tous les enfants, en particulier les filles, les enfants dans des circonstances difficiles et ceux qui appartiennent aux minorités ethniques aient accès à l'éducation fondamentale libre complète et de bonne qualité**

*Indicateur 12. Taux net de scolarisation primaire, les deux sexes confondus*

*Indicateur 13. Taux net de scolarisation primaire des filles*

### **Situation et tendance des indicateurs**

Globalement, le taux net de scolarisation s'est accru entre 1993 et 2003 allant de 48,3% à 82% avec une croissance relativement faible mais continue entre 1996 et 2000.



Pour le taux net de scolarisation, le résultat escompté en 2004 est d'augmenter le taux net de scolarisation de 82% à 84%. Cet objectif est largement atteint car on estime actuellement le taux à 96,8% (résultats provisoires du MENRS).

Etant donné la croissance moyenne observée au cours des années précédentes, il est possible d'atteindre l'objectif fixé par le Programme de Bruxelles peut être même avant l'échéance donnée.

Pour ce qui est de la disparité selon le genre, les statistiques antérieures fournies par le MENRS

donne une tendance très faible de la différence entre le taux net de scolarisation des filles et celui des garçons. En effet, depuis 1993, cette différence est de l'ordre de 3 points en moyenne, le taux net de scolarisation des filles étant supérieur à celui des garçons.

### **Perspective et défis à relever**

Dans le cadre du DSRP, Madagascar s'est engagé à : - 1) Assurer l'éducation fondamentale à tous les malgaches « Education Pour Tous », et à préparer et valoriser les ressources humaines du pays, - 2) Assurer les qualités de l'enseignement à tous les niveaux.

Madagascar dans le cadre de son développement rapide et durable s'efforce de placer la réduction de la pauvreté au centre de ses préoccupations. Le Gouvernement a ainsi fait de l' Education, en tant que facteur de développement économique et humain, un élément clé de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Les efforts effectués sont très visibles à travers les aides parentales, les kits scolaires, les différents programmes de construction d'école ainsi que le fort recrutement d'enseignants dans l'éducation de base (plus de 4 000). Le dit recrutement continue au cours de l'année scolaire 2004- 2005 à un niveau de plus de 3 000 enseignants. Le financement par le biais de l'IPPTE a largement contribué à ces efforts. Il reste à connaître la continuation des efforts après l'IPPTE.

Pour ce qui est de l'environnement politico-économique, on peut constater un contexte favorable étant donné les croissances économiques prévues mais aussi l'accueil très positif des ménages concernant les aides parentales (kit scolaires etc.).

Le défi à relever est de faire passer le taux net de scolarisation de sa valeur actuelle de 82% à 100% d'ici 2015. Pour cela certaines conditions doivent être assurées dont notamment :

- l'existence d'un cadre d'actions et de budget plus large ;
- l'accroissement des capacités d'accueil (infrastructures et enseignants) ;
- la continuité de la gratuité des fournitures (livres, kit scolaires etc.) incitant et les élèves et les enseignants à augmenter leurs performances ;

**Objectif 9. Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard, en se focalisant sur un total accès des filles à l'éducation de base de bonne qualité.**

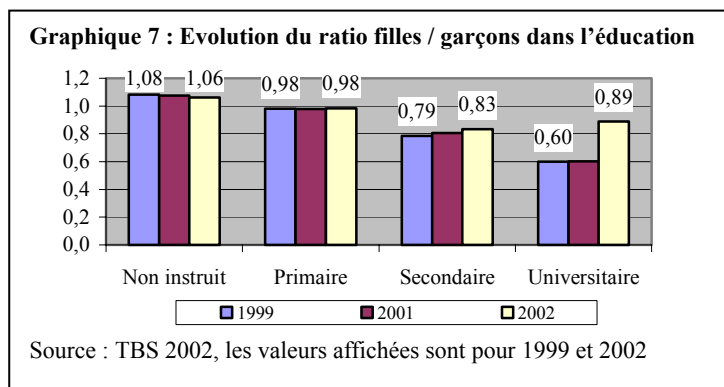
*Indicateur 24. Rapport filles / garçons dans l'éducation primaire*

*Indicateur 28. Proportion de sièges obtenus par les femmes dans le parlement national*

*Indicateur 29. Part des femmes dans l'activité rémunérée du secteur non agricole*

**Situation et tendance des indicateurs**

La réalisation d'un développement rapide et durable pour le pays dépend étroitement de la promotion du bien-être, de la connaissance et de la productivité des femmes. D'autant plus qu'elles occupent un rôle stratégique dans la promotion de la santé, dans l'éducation des enfants et dans la vie économique.



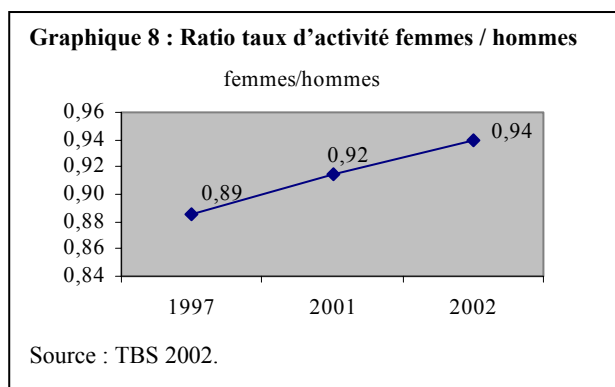
La population féminine représente 50,8 % de la population totale. 20,4 % des ménages sont dirigés par des femmes. Le taux d'alphabétisation est de 55,4% pour les femmes et 59% pour les hommes.

La mesure de la disparité entre les sexes ne se limite pas à l'accès égalitaires des

deux sexes à l'éducation. Cette mesure nécessite aussi la considération du rapport entre les deux sexes en ce qui concerne la participation des femmes dans le développement économique et institutionnel du pays.

**Activités économiques**

La population active est constituée de 50,6% d'hommes et 49,4 % de femmes. Sur le marché du travail, le taux d'activité de la femme est de 65,5% contre 68,7% pour celui des hommes.



On constate que malgré la supériorité du taux d'activité des hommes sur celui des femmes, l'écart tend à diminuer entre 1997 et 2002.

L'emploi féminin est plus touché par le chômage que celui des hommes. En 2002, le taux de chômage des femmes est de 5,6% contre 3,6% pour les hommes. Par ailleurs, 56% des femmes sont touchées par le phénomène de sous-emploi alors que seulement 32,2% des hommes le sont.

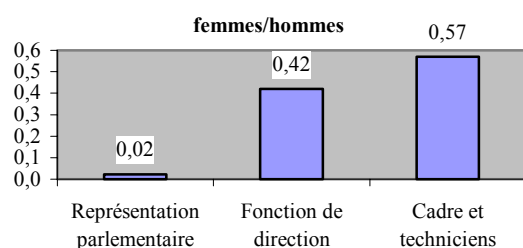
**Participation à la vie nationale et dans les instances dirigeantes**

La participation de la femme à la vie nationale et dans les instances dirigeantes est encore faible par rapport à l'homme.

Au niveau de la représentation parlementaire, la différence est importante, de même que pour les postes de directions. Au niveau des cadres et techniciens, l'écart est moins significatif.

La participation de la femme au Parlement et les formations Gouvernementales a quelque peu évolué depuis entre 1991 et 2002.

**Graphique 9 : Ratio de représentation des femmes/hommes (1999)**



Source : TBS 2002

**Tableau 1 : Représentation des femmes dans les institutions**

Institution	Période		
	1 <sup>ère</sup> Rép.	2 <sup>ème</sup> Rép.	3 <sup>ème</sup> Rép.
Représentation parlementaire	2 députés	7 / 130	11 / 150
Gouvernement	2 secrétaires d'Etat	1	Entre 1 et 5

Source : Enquête réalisées par les analystes

### Perspective et défis à relever

Au regard de l'évolution entre 1999 et 2002, les disparités entre les sexes dans les enseignements tend à diminuer à tous les niveaux d'instruction, et ce qui permet d'espérer que l'objectif de 2005 sera atteint pour l'enseignement primaire et secondaire et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015.

La Politique Nationale de Promotion de la Femme (PNPF) pour un développement équilibré homme-femme définit le cadre général d'orientation de la planification et des actions pour la promotion de la femme et l'égalité des genres jusqu'en 2015. Un Plan d'Action National en Genre et Développement (PANAGED) a été élaboré. Les éléments de ces politiques et programmes sont pris en compte dans le cadre de la lutte contre la pauvreté dans le DSRP.

Les actions entreprises consistent à réaliser un diagnostic en matière de population/genre et développement, la formation en genre des responsables d'associations et de groupements féminins, la sensibilisation des responsables communaux et régionaux aux techniques d'intégration de l'aspect genre dans les programmes de développement, l'édition et la diffusion des documents nationaux PNPF et PANAGED.

Les facteurs de réussite pour l'atteinte de ces objectifs sont :

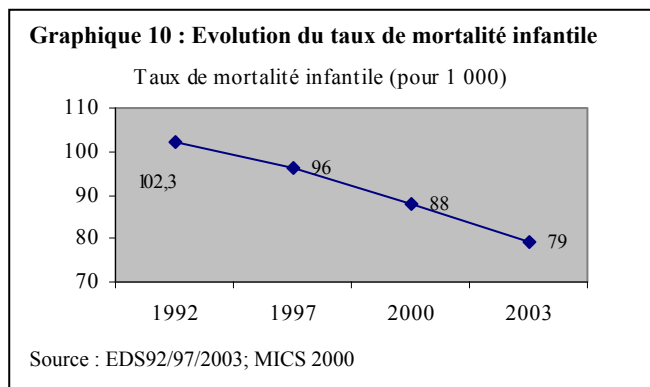
- la mise en place d'un système de protection sociale pour les groupes vulnérables: la considération des catégories de femmes plus particulièrement défavorisées et vulnérables : jeunes filles déscolarisées, femmes chefs de ménage et femmes analphabètes ;
- la promotion de l'intégration de l'aspect genre dans les programmes de développement

## **Objectif 10 : Réduire le taux de mortalité infantile en dessous de 35 pour mille en 2015.**

### ***Indicateur 30. Le taux de mortalité infantile***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

La mortalité infantile est déterminée par les conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles des enfants.



En dix ans, le taux de mortalité infantile a connu une nette diminution surtout à partir de 1996. Ainsi, entre 1992 et 2003, le taux de mortalité infantile est passé de 102‰ à 79‰ soit une baisse de 23 points.

Néanmoins, ce déclin significatif a caché le taux assez élevé en milieu rural, parmi les catégories de mères dont le niveau d'instruction ne dépasse pas le primaire, ainsi

que parmi les groupes de mères en dessous de 20 ans et celles plus de 39 ans.

#### **Perspective et défis à relever**

En suivant la tendance actuelle, ramener le taux de mortalité infantile en dessous de 35‰ en 2015 serait fortement probable.

Pourtant, le renforcement des efforts déjà consentis devrait être continué et amélioré si nécessaire, entre autres

- Augmentation de la couverture vaccinale des enfants
- Disponibilité des services médicaux de proximité surtout en milieu rural
- Scolarisation des filles
- Vaccination des femmes enceintes pour 2 doses de vaccins antitétaniques au mois avant l'accouchement
- Augmentation du taux de prévalence contraceptive pour un meilleur espacement des naissances.

Le renforcement des activités de vaccination déjà entreprises contre les maladies cibles du Programme Elargi de Vaccination (PEV) est un des facteurs de réduction de la mortalité infantile. Selon les recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), un enfant est complètement vacciné lorsqu'il a reçu le BCG (protection contre la tuberculose, le vaccin contre la rougeole, les trois doses de vaccin contre la polio et les trois doses contre le DTCoq.

### ***Indicateur 31. La proportion d'enfants d'un an vacciné contre rougeole***

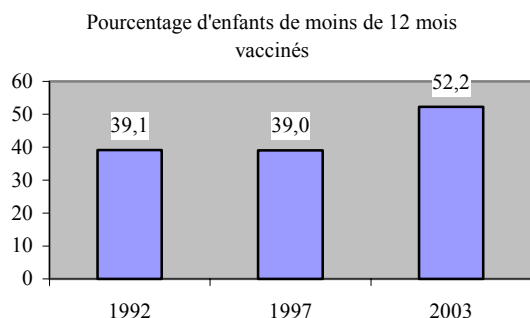
### ***Indicateur 32. La proportion d'enfant moins d'un an vacciné contre tuberculose***

### ***Indicateur 33. La proportion d'un an vacciné contre DTP***

#### **Situation et tendance des indicateurs**

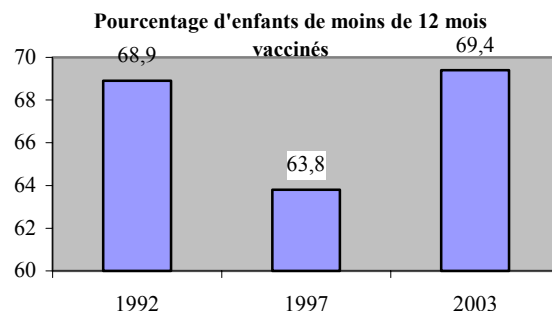
La rougeole est une maladie mortelle qui continue de tuer plusieurs enfants dans le monde. Actuellement l'OMS recommande le vaccin contre la rougeole pour les enfants de bas âge. En dix ans, le pourcentage d'enfants moins de 12 mois ayant reçu le vaccin contre la rougeole est passé de 39% en 1992 à 52,2% en 2003.

**Graphique 12 : Enfants de moins de 12 mois vaccinés contre la rougeole**



Source : EDS92/97/2003

**Graphique 11: Enfants de moins de 12 mois vaccinés contre la tuberculose**



Source : EDS92/97/2003

Tout comme la rougeole, la tuberculose reste aussi une maladie dangereuse pour les enfants de moins de un an. A Madagascar, la proportion des enfants de moins de 1 an vaccinés contre la Tuberculose est plutôt moyenne. Cette proportion stagne autour de 69% de 1992 et en 2003, et atteint sa plus faible valeur vers la fin des années quatre vingt dix.

	1992	1997	2003
Pourcentage d'enfants de moins de 12 mois ayant reçu le vaccin contre la DTP	47,7	45,7	58,5

Source : EDS92/97/2003

### **Perspective et défis à relever**

Si l'objectif intermédiaire du DSRP prévoit au moins un taux de couverture vaccinale de 80% pour tous les antigènes du Programme Elargie de Vaccination (PEV) chez les enfants de 0 à 1 an, des efforts devraient être réalisés pour améliorer la situation, en milieu rural, chez les mères non instruites et chez les pauvres pour espérer un taux de vaccination contre la rougeole de 100% en 2015.

La vaccination contre la rougeole fait partie des vaccins préconisés par le gouvernement dans la promotion de la vaccination dans le programme annuel HIAKA. Pour atteindre les objectifs fixés, le programme devrait atteindre les régions les plus enclavées et la dotation en vaccin anti-rougeole devrait être sans rupture de stock dans les Centres de Santé de Base.

*Pour la tuberculose*, si l'objectif intermédiaire du DSRP prévoit au moins un taux de couverture vaccinale de 80% pour tous les antigènes du Programme Elargie de Vaccination (PEV) chez les enfants de 0 à 1 an, des efforts restent afin d'améliorer la situation, en milieu rural, chez les mères non instruites et chez les pauvres pour espérer un taux de vaccination contre la tuberculose de 100% en 2015.

La vaccination contre la tuberculose a aussi été parmi les vaccins recommandés par le gouvernement dans la promotion de la vaccination dans le programme annuel HIAKA. Pour atteindre les objectifs fixés, le programme devrait pouvoir atteindre les régions les plus enclavées et la dotation en vaccin anti-rougeole devrait être sans rupture de stock dans les Centres de Santé de Base.

## **Objectif 11 : Réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en dessous de 45 par 1000 naissances vivantes en 2015**

### ***Indicateur 34. Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

De l'année 1992 à 2003, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est passé de 177 pour mille à 110 pour mille. Malgré ce déclin, le taux reste encore élevé surtout en milieu rural. Le faible niveau d'instruction des mères ainsi que la pauvreté des ménages ont été aussi des facteurs qui ont influencé négativement.

**Tableau 2 : Evolution du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans**

	1992	1997	2000	2003
Taux de mortalité infantile moins de 5 ans (pour 1 000)	177	163,9	142	110

Source : EDS92/97/2003; MICS 2000

#### **Perspective et défis à relever**

En suivant cette tendance, réduire le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans en dessous de 45 par 1 000 vivantes en 2015 serait probablement atteint si les efforts dans les domaines suivants continuent :

- Augmentation de la couverture vaccinale
- Amélioration d'accès des populations surtout en milieu rural des services de santé
- Amélioration du niveau d'instruction et de la santé des femmes
- Augmentation du taux de prévalence contraceptive pour un meilleur espacement des naissances
- Et amélioration de la situation alimentaire des enfants de moins de 5 ans

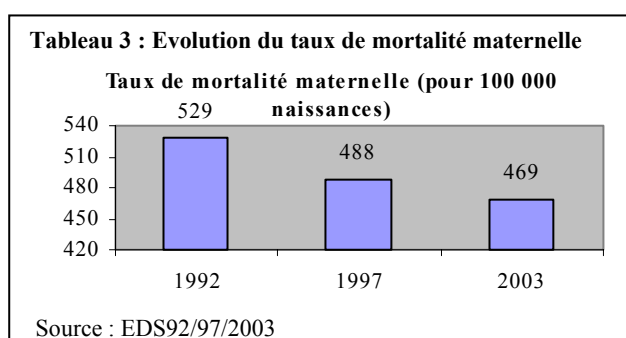
Le gouvernement malgache avec l'appui des partenaires financiers, a appliqué la stratégie de la Nutrition à Assise Communautaire avec la Prise en Charge Intégrée de la Maladie de l'Enfant (NAC/PCIMEC) au niveau des Centres de Santé. De plus, le gouvernement lance chaque année une promotion de vaccination dans le programme HIAKA.

## **Objectif 12. Réduire de trois-quarts en 2015 le taux de mortalité maternel actuel**

### ***Indicateur 35. Taux de mortalité maternel***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

Le taux de mortalité maternel est un indicateur montrant l'accès des femmes aux soins de santé et la façon dont le système de santé répond à leurs besoins.



Entre 1992 et 2003 le taux de mortalité maternel a évolué de 529 pour 100 000 naissances à 469. En d'autres mots, en dix ans le taux de mortalité maternel a gagné 60 points. Malgré cette tendance plus ou moins encourageante, le taux actuel reste élevé. Plusieurs facteurs expliquent ce niveau, entre autres ; la faible proportion de naissances assistées par un personnel de santé qualifié, insuffisance des visites prénatales.

## **Perspective et défis à relever**

Avec cette tendance, réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle en 2015 serait potentiellement atteint. Pourtant ce défi demande plusieurs projets à mettre en œuvre, entre autres :

- La mise en place d'un personnel de santé qualifié dans les Centre de Santé de Base
- Le désenclavement des zones éloignées
- L'extension des équipes sanitaires mobiles
- Renforcement et extension des centres de références obstétricales (laparo-césariennes)
- Mis en place dans chaque Centre de santé de base, un mécanisme de prise en charge des urgences obstétricales.
- Et mis en place des activités d'Information-Education-Communication (IEC) pour inciter les mères à effectuer des visites prénatales et d'accoucher dans les Centres de Santé.

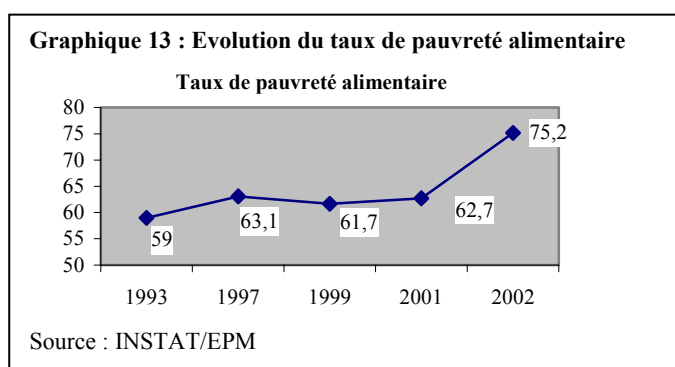
Dans le cadre du renforcement de Maternité sans risque, le gouvernement a transformé quelques hôpitaux n'effectuant pas d'opérations chirurgicales en Unité Laparo-Césarienne. De plus, plusieurs CSB ont été dotés de Kits accouchement et le gouvernement a procédé aussi à la formation de matrones afin de dépister les grossesses à risques dans les zones enclavés.

## **Objectif 13. Réduire de moitié le nombre des gens souffrant de la malnutrition, d'ici à 2015**

(Année de référence 1996)

### ***Indicateur 6. Taux de pauvreté alimentaire***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**



Selon la définition de la FAO, une personne est en situation de pauvreté alimentaire si sa consommation alimentaire ne lui permet pas d'atteindre 2 100 Kilocalories par jour. Depuis 1993, la situation alimentaire s'est dégradée en passant près de 60% en 1996, vers un peu plus (dans les années suivantes).

## **Perspective et défis à relever**

Avec une nouvelle politique agricole qui vise à la fois à augmenter la productivité et à étendre les superficies cultivées d'une part et le développement des infrastructures rural d'autre part ; atteindre moins de 30% de malnutrition en 2015 serait probable. De plus, l'optimisation de l'exploitation des ressources halieutiques pourrait renforcer l'atteinte des objectifs.

Actuellement, le développement du milieu rural est placé au centre de la préoccupation du gouvernement, dans la mesure où la plupart des pauvres se trouvent en milieu rural. Les programmes de développement rural consignés dans le DSRP visent en premier lieu à augmenter l'offre des produits agricoles (notamment les produits alimentaires) et en second lieu à donner une possibilité à la population agricole d'écouler leurs produits à des prix compétitifs et par voie de conséquence à accroître le niveau de bien-être de la population rurale. Notons que les populations urbaines vont profiter aussi d'une meilleure circulation des biens et services.

En outre, des programmes sociaux ont été mis en œuvre pour supporter les couches les plus vulnérables : projet SEECALINE, FID,...

**Objectif 14. Réduire de moitié d'ici 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à l'eau potable et à des services d'assainissement de base :**

***Indicateur 36. Proportion de la population ayant une source d'eau meilleure de façon durable***

**Situation et tendance de l'indicateur** (Année de référence 1990)

La politique nationale de la gestion du contrôle et de la conservation des ressources en eau, la politique nationale de l'assainissement et la stratégie mise en place s'appuient sur la mise en oeuvre des principes fixés dans le Code de l'Eau.

Concernant l'accès à l'eau potable, près de sept ménages sur dix n'ont pas bénéficié d'eau provenant d'une installation plus ou moins contrôlée telle que branchements particuliers, bornes fontaines, forages et puits munis de pompe à motricité humaine, adduction d'eau gravitaire ou par pompage. C'est surtout en milieu rural que la situation a été la plus alarmante.

**Tableau 4 : Evolution de la proportion de la population ayant accès à l'eau potable**

	<b>Milieu</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Pourcentage de la population qui n'a pas accès à l'eau potable	Urbain	43	40,5	33,1
	Rural	91,5	90,2	88,3
	<b>ENSEMBLE</b>	<b>79,1</b>	<b>76,2</b>	<b>72,8</b>

Source : INSTAT/EPM

**Perspective et défis à relever**

Le niveau atteint en 2001 semble encore très loin des objectifs pour 2015. Il faudrait en effet plus d'efforts pour réduire plus que deux fois la situation, entre autres :

- la diversification des réseaux de distribution d'eau potable
- l'implantation des bornes fontaines surtout en milieu rural
- la prise de conscience des ménages de l'importance de la potabilité de l'eau à boire.

Le gouvernement a mis en place un cadre légal aboutissant à une réforme organisationnelle permettant la participation accrue et effective du secteur privé, des ONG et surtout des bénéficiaires, qui est l'instauration de l'Autorité Nationale de l'Eau et de l'assainissement et l'élaboration de textes d'applications du Code de l'Eau.

**Objectif 15. Réduire le taux de prévalence du VIH/SIDA pour les personnes âgées de 15-49 ans en 2015 dans tous les pays, et réduire de 25 pour cent dans les pays les plus touchés :**

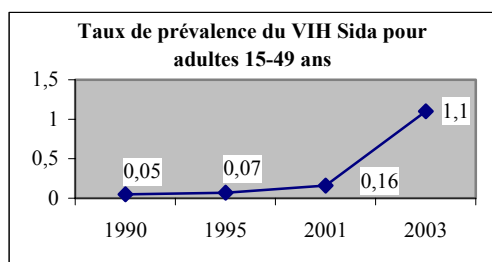
***Indicateur 37. Taux de prévalence du VIH SIDA des adultes, âgées de 15-49 ans***

***Indicateur 38. Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque, femmes***

**Situation et tendance de l'indicateur**

Le VIH/SIDA a été découvert à Madagascar en 1987. Les adultes âgées de 15 à 49 ans c'est-à-dire en âge de procréer sont les premières victimes. En 2003, le taux de prévalence du VIH/SIDA a été

**Graphique 14 : Taux de prévalence du VIH SIDA pour adultes 15-49 ans**



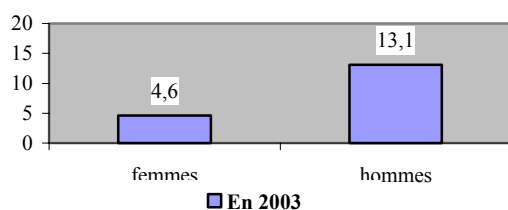
Source : Ministère de la Santé

de 1,1%. Sur cette proportion, les jeunes âgées de 15-24 ans, qui sont les plus sexuellement actifs, sont les plus vulnérables. Le faible niveau du taux de prévalence a caché l'évolution considérable de la maladie car le taux en 2003 a été en fait 5,9 fois plus élevé que celui de 2001.

En ce qui concerne l'utilisation des préservatifs, le « multi-partenariat » dans les rapports sexuels augmente le risque de contracter les IST, en particulier le VIH/SIDA, surtout parmi les populations où la prévalence de l'utilisation du condom comme moyen de prévention est faible.

En 2003, très peu d femmes (4,6%) ayant eu un rapport sexuel à risque ont utilisé des préservatifs. Ce taux a été un peu plus important (13,1%) pour les hommes. Cette différence pourrait s'expliquer du fait de la domination de l'homme.

**Graphique 15 : Taux d'utilisation des préservatifs lors du dernier rapport sexuel à risque**



Source : EDS2003

**Perspective et défis à relever**

L'objectif du gouvernement a été de stopper la propagation de cette épidémie et au moins de maintenir à son niveau encore faible le taux de prévalence jusqu'en 2015. Néanmoins, ce défi demande des actions immédiates et continues, entre autres :

- Amélioration du statut des femmes
- Une amélioration du niveau de vie de la population
- Prise de conscience collective de la nécessité de se protéger lors des rapports sexuels.
- Renforcement de la politique actuelle de traitement et préventions des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) qui sont considérées comme risques majeurs de la propagation du VIH.
- Amélioration des conditions d'hygiène et de sécurisation des transfusions sanguines dans les Centres de Santé.

Une structure opérationnelle nationale et régionale dénommée Comité National de Lutte contre le SIDA a été mis en place récemment. Cette stratégie a vu aussi la participation des membres du gouvernement et du Parlement, des Leaders religieux, du Patronat, des responsables des collectivités décentralisées, la société civile, des ONGs, et finalement des partenaires bi- et multilatéraux. Parmi les programmes en cours, on peut citer notamment :

- la finition de l'élaboration d'une stratégie et d'une politique de lutte contre les IST et VIH/SIDA (Plan Stratégique national, stratégie sectorielle, prise en charge des personnes infectées, planification des préservatifs, surveillance de seconde génération... ;
- la création d'un environnement propice à la lutte multisectorielle efficace (mise en place du cadre juridique et réglementaire sur le VIH/SIDA), mobilisation de l'accès à l'information (à la fois pour les dispensateurs et bénéficiaires de services), renforcement des formations sanitaires, sécurisation des transfusions sanguines, offre de conseils et soutien psychosociaux, sites fonctionnelles, suivi évaluation... ;
- la dotation d'équipements et matériels (tests de dépistage rapides, approvisionnement en réactifs,...

Au rythme actuel, les tâches seront rudes pour les responsables de convaincre la population de l'importance de la prévention contre le VIH/SIDA. Plusieurs actions devraient être mises en place :

- développement de la politique d'éducation sexuelle préventive
- amélioration de l'approche genre
- renforcement des IEC (Information- Education et Communication) surtout pour les jeunes

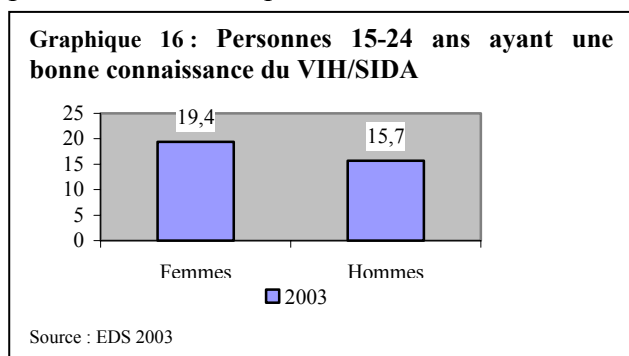
Malgré la difficulté de modification des us et coutumes de la population, des mesures ont été prises par les autorités allant dans ce sens, entre autres :

- le renforcement des capacités en formation, en éducation préventive... ;
- renforcement des moyens de préventions (financement des ONG/Association dans les actions de sensibilisations, sensibilisation de grande envergure avec l'aide des différents supports sur les différents types de prévention, y compris le condom).
- Sensibilisation des femmes concernant la possibilité de refuser tout rapports sexuels non protégés.
- Disponibilité du condom dans tous les endroits du pays et à des prix modiques.

### **Indicateur 39. Population âgée de 15-24 ans ayant une bonne connaissance générale du VIH/SIDA**

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont les plus exposés au risque dans la mesure où, c'est à cette période de la vie que les relations sexuelles sont généralement instables et le multi-partenariat fréquent. La bonne connaissance de la part de ces jeunes sur cette maladie serait un facteur qui stoppera sa propagation.



En 2003, près de 20% des femmes et 16% des hommes de 15-24 ans sont bien informés sur le VIH/SIDA c'est-à-dire qu'ils savent que les gens peuvent réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant le condom et en n'ayant des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté, rejettent les idées

erronées à propos de la transmission ou la prévention du sida, et qu'une personne en paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida.

#### **Perspective et défis à relever**

Les taux ci-dessus semblent très faibles par rapport aux risques encourus chez les jeunes. Pour espérer améliorer davantage ces proportions, des mesures devraient être prises ; entre autres :

- renforcement des IEC (Information- Education et Communication) concernant le VIH/SIDA surtout pour les jeunes

- renforcement de la politique d'éducation sexuelle préventive à l'école.

Comme les autorités ont pris conscience que les jeunes seront l'avenir du pays, des mesures ont été mises en œuvre.

**Objectif 17 : Réduire de moitié la malnutrition parmi les femmes enceintes et parmi des enfants du préscolaire dans les Pays les Moins Avancés d'ici à 2015 :**

L'état nutritionnel des enfants influe sur le risque qu'a l'enfant de contracter des maladies. Elle fait partie du problème de la pauvreté à Madagascar et est mesurée par les trois indicateurs à savoir l'insuffisance pondérale, retard de croissance et l'émaciation, c'est-à-dire la proportion des enfants dont le rapport poids-âge/taille-âge/poids-taille est inférieur à deux erreur-type par rapport à la médiane de la population de référence mondiale âgée de 0 à 59 mois.

***Indicateur 43 : Prévalence de l'insuffisance pondérale (poids/âge) des enfants de moins de 5 ans***

	1992	1997	2003
Insuffisance pondérale (poids pour âge) <-3ET	39,1	40,0	41,9

Source : EDS92/97/2003

***Indicateur 44/ Prévalence du retard du croissance (taille pour âge) des enfants de moins de 5 ans***

***Indicateur 45 ; Prévalence de l'émaciation (poids pour taille) des enfants de moins de 5 ans***

	Emaciation (poids pour taille) <-2ET	Retard de croissance (taille pour âge) <-2ET
Année 2003	12,8	47,7

Source : EDS92/97/2003

De 1992 à 2003, le taux d'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans reste plus ou moins stationnaire. Près de 4 enfants sur dix ont eu des problèmes nutritionnels et de croissance. Cet indice montre la précarité de l'état nutritionnel des enfants à l'âge du sevrage à Madagascar, d'autant plus qu'en général l'alimentation de complément utilisée n'est pas très adéquate.

Quant au retard de croissance, près d'un enfant sur deux a eu un problème de malnutrition chronique c'est-à-dire à une taille trop petite pour l'âge. Cette situation est généralement la conséquence d'une alimentation inadéquate et/ou de maladies survenues pendant une période relativement longue ou qui se sont manifestées à plusieurs reprises.

Pour l'émaciation, 12,8% des enfants moins de 5 ans souffraient de la malnutrition aigue modérée. Ces enfants étaient maigres à causes des déséquilibres entre le poids et la taille à cause des maladies (diarrhée, rougeole,...) ou de déficits alimentaires. Ce type d'indicateur est très sensible à la saison.

Dans toutes ces formes de malnutrition, les enfants dont les mères ont eu un niveau d'éducation moins élevé ont été les plus victimes. De plus, le milieu de résidence de la famille a eu aussi une certaine influence sur la situation nutritionnelle des enfants. En effet, les enfants en milieu rural ont été les plus vulnérables par rapport à ceux du milieu urbain.

**Perspectives et défis à relever:**

Depuis quelques années, l'Etat a mis un intérêt particulier sur le monde rural. L'objectif a été d'augmenter les offres en produits alimentaires afin d'atteindre une autosuffisance en produit agricole. Ces efforts ont été conjugués avec la politique de désenclavement des zones rurales pour que les produits alimentaires soient disponibles dans tous le pays et à des prix abordables.

Avec cet engagement de l'Etat, réduire ces taux de malnutrition serait possible. L'atteinte de ces objectifs est fonction des éléments suivants :

- développer le milieu rural surtout le secteur agricole

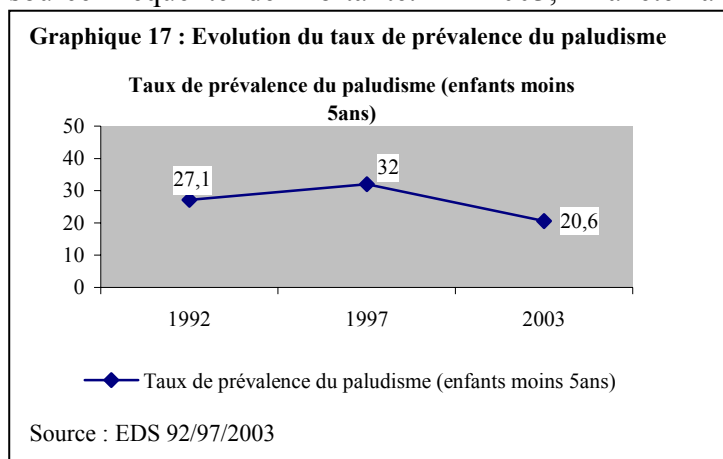
- Mettre en place une stratégie permettant de cerner les conséquences négatives de conditions climatiques et naturelles
- Mettre en place un système de suivi des enfants dans les Centres de Santé
- Coordonner les actions de tous les acteurs.

**Objectif 18 : Réduire significativement les taux de l'infection du paludisme, de la tuberculose et autres maladies responsables de la mortalité dans les PMD à la fin de la décade ; réduire de moitié la mortalité liée à la tuberculose (TB) et la prévalence de la maladie en 2010 ; et réduire de moitié les charges liées au paludisme en 2010**

***Indicateur 46 : Taux de prévalence du paludisme***

***Indicateur 48 : Proportion de la population vivant dans les zones à risque qui utilisent des moyens de protection efficaces contre le paludisme***

Le paludisme figure parmi les principales maladies qui frappent la population malgache et comme source fréquente de mortalité. En 2003, il a été la deuxième maladie courante avec un taux



d'incidence de 20,6%. Par rapport à la situation de 1997, le taux de prévalence du paludisme a connu une nette diminution.

L'analyse du taux d'incidence par groupe d'âge montre que le cas de suspicion du paludisme augmente en fonction de l'âge.

Depuis quelques années, des efforts ont été entrepris par des ONG en partenariat avec les autorités d'améliorer le système de prévention du paludisme, surtout dans

les zones à risque (les côtes). L'utilisation du moustiquaire en est l'une des méthodes les plus vulgarisée. Le résultat a été encourageant car en 2003, près de 4 ménages sur 10 dans les zones à risques utilisent des moustiquaires dans la nuit.

**Perspectives et défis à relever**

Il est possible de maîtriser l'évolution du paludisme d'ici 2015 avec l'évolution des nouvelles technologies, des actions de sensibilisation, de la qualité de l'environnement et de la qualité des soins.

L'atteinte de cet objectif ne sera possible que :

- Si l'on met à la disposition de la population des médicaments et des moustiquaires à des prix accessibles à la population notamment les couches les plus pauvres ;
- Si l'on intensifie les actions de sensibilisation
- Si l'on améliore l'environnement d'habitation.

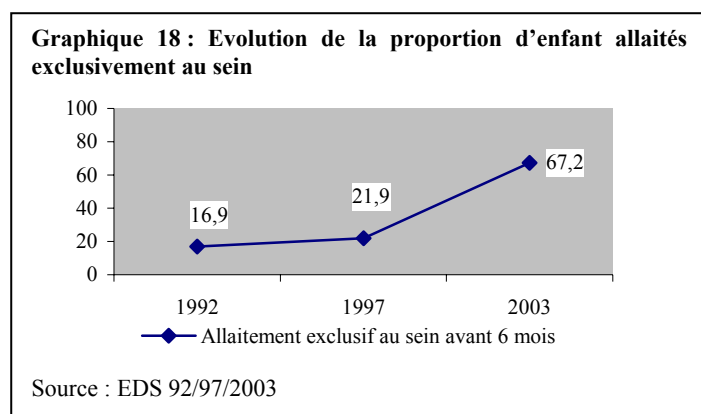
## **Objectif 21 : promouvoir l'allaitement au sein comme une stratégie de la survie de l'enfant**

***Indicateur 56 : Proportion d'enfants de moins de 6 mois qui sont allaités exclusivement au sein***

***Indicateur 57 : Proportion d'enfants (6-9mois) allaités au sein avec de la nourriture complémentaire***

***Indicateur 58 : Proportion d'enfants (20-23mois) allaités encore au sein***

Les pratiques d'allaitement revêtent une importance particulière dans la vie de la mère et de son enfant. De par ses propriétés particulières (il est stérile et il transmet des anticorps de la mère et tous les éléments nutritifs nécessaires aux enfants), le lait maternel évite les carences nutritionnelles et limite la prévalence de la diarrhée et d'autres maladies.



Depuis quelques années, des sensibilisations ont été faites au niveau des centres de santé sur l'importance de l'allaitement exclusif au sein des enfants avant 6 mois. En 2003, la proportion des enfants allaités exclusivement au sein a connu une hausse significative en passant de 16,9% en 1992 à 67,2% en 2003. De plus, plusieurs mères continuent d'allaiter leurs enfants jusqu'à 23 mois car non

seulement par l'importance du lait maternel mais aussi, ce geste retarde la fécondité.

	1992	1997	2003
Enfants (6-9mois) allaités au sein avec de la nourriture complémentaire	92,5	93,3	77,8
Proportion d'enfants (20-23mois) allaités encore au sein	45,2	49,2	64,1

### **Perspectives et défis à relever**

Le taux actuel d'allaitement exclusif au sein maternel est déjà encourageant, mais on peut l'améliorer davantage en continuant la sensibilisation sur le bien porté du lait maternel. De plus l'amélioration de la nourriture complémentaire pour les enfants de plus de 6 mois est aussi un défi pour le ménage. Néanmoins, il ne faut pas oublier d'améliorer l'alimentation des mères qui sont l'origine du lait maternel.

**Objectif 22. Accroître les réseaux routiers dans les PMA à un niveau courant des autres pays en voie de développement et les capacités routières, y compris les égouts et autres installations apparentées, en 2010.**

***Indicateur 59. Le réseau routier total en km***

**Situation et tendance de l'indicateur**

En 1994, le réseau routier total de Madagascar a été de l'ordre de 49 837 km avec seulement 5 745 km de routes goudronnées, le reste (soit près de 44 000 km) étant des routes en terre. Déjà à cette époque, la grande partie des pistes en terre notamment les routes non classées, ne sont praticables que lors des saisons sèches.

Tableau 5 : Évolution du réseau routier total de Madagascar en km.

Année	Route Nationale	Route Provinciale	Route Non Classée	Total	Goudronnée
1994	8528	17310	23999	49837	5745
2003	12248	13381	6310	31999	5711

Sources : Ministère des Travaux Publics et le DSRP (Document Stratégique pour la Réduction de la Pauvreté).

En 2003, les données officielles indiquent un réseau total de près de 32 000 km avec 5 711 km de routes goudronnées. En dix ans, le réseau routier total a donc perdu près de 18 000 km de routes, soit près de 36% de diminution. La longueur des routes goudronnées n'ayant pratiquement pas changée, la perte s'observe surtout au niveau des routes en terre, plus précisément, au niveau des routes non classées. L'évolution constatée au niveau des routes nationales et provinciales étant juste l'effet des reclassements de certaines routes en 1999. La perte subie par le réseau routier est surtout due à la dégradation complète de la grande partie des routes par absence d'entretien et par une insuffisance d'intérêt national ou provincial. Ceux-ci deviennent alors impraticables.

**Perspective et défis à relever**

Bien qu'introduite dans la catégorie des non classées, les routes non classées sont vitales à l'économie malgache puisque ce sont ces routes qui assurent concrètement le désenclavement de la plupart des régions de la grande île. Et la persistance de la tendance actuelle entraînera la disparition progressive des routes non classées et des autres pistes en terre.

Le point central du problème étant l'absence de l'entretien des routes, tous les efforts ont été portés par l'État malgache dans ce sens, notamment par

- la refonte de la charte routière depuis 1999 pour apporter plus de visibilité au niveau des routes composant le réseau,
- la mise en œuvre des projets de financement de réhabilitation et d'entretien routier en collaboration avec les bailleurs de fonds et la mise en place du fonds d'entretien routier (FER) au niveau du ministère des travaux publics.

Actuellement, à travers le DSRP, l'État malgache s'est fixé comme objectif la réhabilitation de plus de 14 000 km de routes du réseau routier total malgache avant 2009.

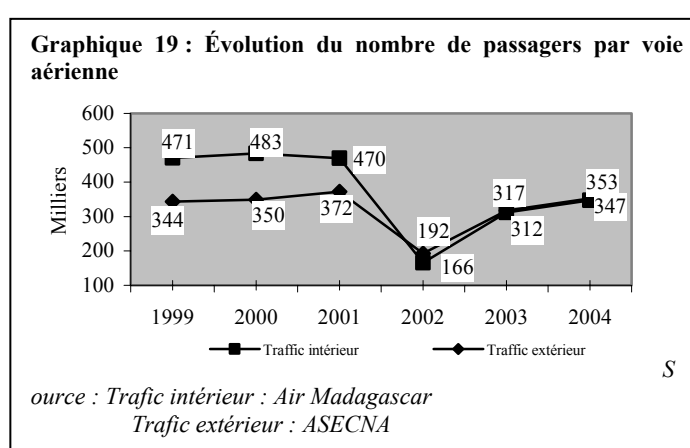
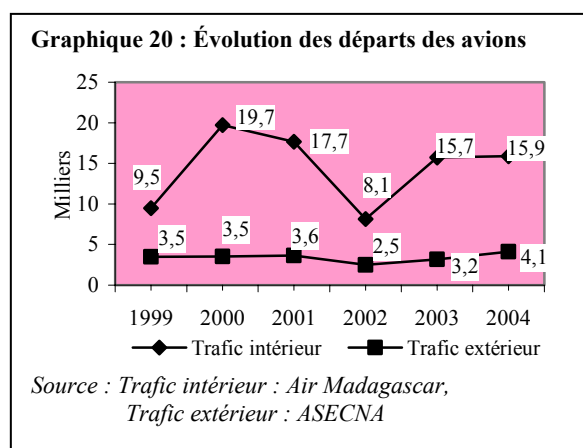
## **Objectif 23 : Moderniser et étendre les ports et aéroports et leurs installations subordonnées pour augmenter leur capacité d'ici 2010**

### ***Indicateur 62 : Départs des avions***

### ***Indicateur 63 : Nombre de passagers par voie aérienne***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

En 2004, on compte 15 894 vols intérieurs à travers l'Île et 4 103 vols extérieurs. Caractérisé par une évolution plus ou moins accidentée avant l'année 2003, depuis cette année, le trafic intérieur connaît une tendance régulière avec une croissance de 1,1% entre 2003 et 2004. Mise à part l'année 2002 avec la crise politique, le trafic extérieur s'accroît à un rythme annuel de 15% en moyenne si l'on se réfère à la période 1999-2004, et de 30% entre 2003 et 2004.

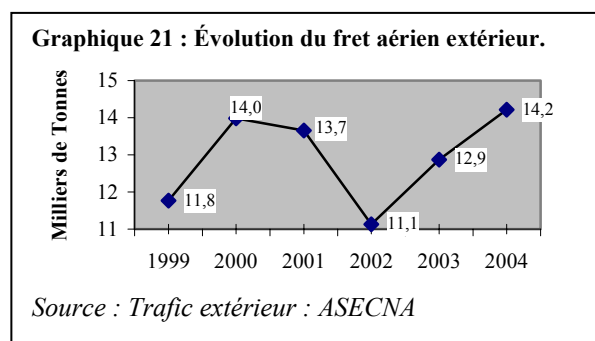
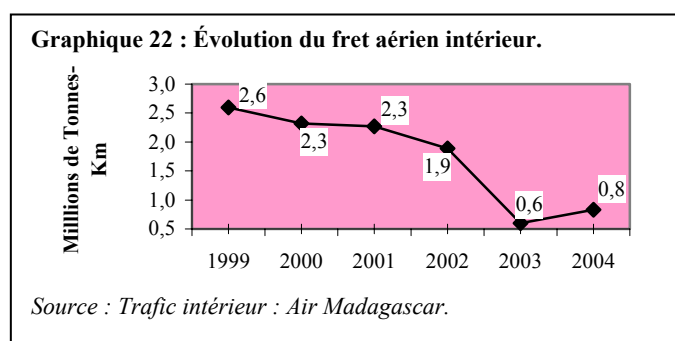


L'évolution de l'indicateur 63 n'est pas loin de celle de l'indicateur 62 entre la période 1999-2004. Une baisse de la fréquentation des avions de -26% est toutefois constatée en comparant l'année 1999 à l'année 2004, baisse fortement liée à la crise politique et économique qu'a subi le pays entre ces deux années. Ainsi en 2004, le niveau de l'indicateur 63 est de l'ordre de 700 000 passagers après avoir connu une croissance de 11% par rapport à l'année 2003.

### ***Indicateur 64 : Fret aérien intérieur en millions de tonnes-km***

#### **Situation et tendance de l'indicateur**

Le fret aérien intérieur n'a cessé de chuter depuis 1999 pour atteindre son plus bas niveau en 2003 avec 597 000 tonnes-km de marchandises. En s'alignant aux tendances des indicateurs 62 et 63, le fret aérien intérieur avoisine les 833 000 tonnes-km en 2004.



Associé au contexte économique actuel, ce léger accroissement entre 2003 et 2004 affirme la reprise de cet indicateur pour les prochaines années.

L'évolution de l'indicateur 64 est l'image du rebond de l'activité économique après la crise politique en 2002. Ainsi depuis le début de l'année 2003, le fret aérien extérieur reprend et continue son rythme de croisière, caractéristique de la période 1999-2000. La relance de cet indicateur est notamment facilitée par la détaxation, et est renforcée par la normalisation de la circulation aérienne.

### **Perspective et défis à relever**

L'accroissement des indicateurs 62, 63, 64 persistera de manière significative au cours des prochaines années. Il est favorisé entre autres par :

- la mise en accent de l'ouverture du pays au reste du monde ;
- la mise en accent de la potentialité du secteur touristique ;
- et la mise en accent des politiques de développement régionales.

Les trois précédents axes de stratégies engendreront probablement :

- un afflux important de visiteurs non résidents aux frontières malgaches (+64% en 2004 par rapport à 2003) ;
- une densité plus prononcée de la circulation de personnes à l'intérieur du pays ;
- et une densité plus prononcée de la circulation de marchandises à l'intérieur du pays.

Les indicateurs 62, 63 et 64 accuseront ainsi une plus forte croissance pour atteindre un niveau au-delà des années précédentes d'ici l'année 2010.

**Objectif 24. Moderniser et étendre les réseaux de chemin de fer et augmenter leurs capacités au même niveau que ceux dans autres pays en voie de développement à la fin de la décade**

***Indicateur 65. Longueur des lignes ferroviaires en km***

**Situation et tendance de l'indicateur**

Le réseau ferroviaire total actuel de Madagascar est long de 869 km. Il comprend deux réseaux indépendants Nord et Sud avec quatre lignes à voie unique en total. La répartition des lignes entre les réseaux, est la suivante :

**Tableau 6 : Longueur des lignes ferroviaires de Madagascar**

Réseau	Année d'achèvement	Lignes*	Longueur en km	Nombre de gares
Nord	1936	TCE	372	42
		TA	159	13
		MLA	168	19
Sud	1986	FCE	170	18

Source : Réseau National de Chemin de Fer Malagasy ou RNCFM (l'actuel MadaRail) ; situation de 1990.

\*TCE : Tananarive Côte Est, TA : Tananarive Antsirabe, MLA : Moramanga Lac Alaotra, FCE : Fianarantsoa Côte Est.

Depuis 1986, le réseau ferroviaire malgache n'a subi aucune extension ni d'importantes modifications. Ce réseau est donc totalement en état de vétusté. Actuellement, seules les principales gares sont encore opérationnelles. Les principales causes de cette situation ont été l'inefficacité de l'exploitation du réseau sur une période assez longue et aussi la concurrence du transport routier.

***Indicateur 67. Densité de la circulation ferroviaire, passagers et frète par km***

**Situation et tendance de l'indicateur**

Le trafic ferroviaire malgache a énormément diminué en volume ces dix dernières années. Cela touche aussi bien le transport de personnes que le transport de marchandises. Vers le début des années 90, le trafic ferroviaire annuel a atteint encore près de 2 millions de voyageurs et près de 540 000 tonnes de marchandises pour l'ensemble des deux réseaux.

**Tableau 7 : Évolution du trafic ferroviaire**

	Réseau Nord				Réseau Sud			
	Voyageurs		Marchandises		Voyageurs		Marchandises	
	Nombre	V-km	Tonne	T-km	Nombre	V-km	Tonne	T-km
<b>2001 :</b>	71 255	12 526	85 398	19 016	98 215	6 803	15 033	1 253
<b>2002 :</b>	46 980	4 960	54 574	9 188	107 127	7 420	12 753	1 019
<b>2003 :</b>	-	-	<b>62 467</b>	<b>13 234</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>

Sources : Réseau Nord : Madarail, Direction Exploitation, Service Commercial. Mise à jour du 10/12/2003.

Réseau Sud : RNCFM. V-km : Voyageur kilométrique, T-km : Tonne kilométrique

Actuellement, en prenant les données de l'année 2001, l'on ne recense plus que près de 170 000 voyageurs véhiculés et près de 100 000 tonnes de marchandises transportés pour l'ensemble des deux réseaux. En fait, ces chiffres évoquent même une crise subie par le secteur du transport ferroviaire malgache au début de cette décennie 2000. A part la rude concurrence du transport routier, l'une des principales causes de cette détérioration du trafic a été la défaillance de la gestion de l'entreprise étatique qui détenait le monopôle du transport ferroviaire malgache. En effet, le

réseau ferroviaire malgache a été toujours exploité par la société étatique RNCFM (Réseau National de Chemin de Fer Malagasy) qui n'a cessé d'accumuler des difficultés financières d'année en année au cours de ces dix dernières années. Les années 2000 et 2001 ont été même marquées par quelques arrêts de travail pour cette entreprise, situation aggravée, par la suite, par la crise subie par le pays toute entière en 2002.

### **Perspective et défis à relever**

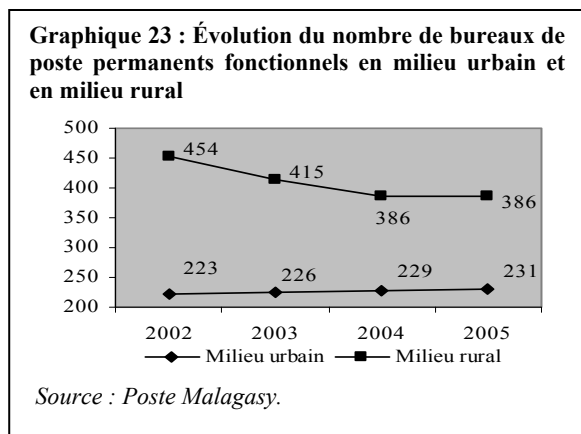
Étant donnée la crise du transport ferroviaire malgache, l'État malgache s'est décidé à faire appel aux lois du marché pour rendre plus efficient l'exploitation du réseau ferroviaire dans le but de moderniser le plutôt possible ce dernier. L'État s'est efforcé à mettre alors aux mains du privé l'exploitation du réseau national ferroviaire et la mise en concession a commencé déjà vers 1997 pour le réseau Nord. Mais c'était en 2003 que ce dernier a été pris en main effectivement par une entreprise privé (Madarail). Comme résultats, le volume des marchandises transportées a atteint, en 2003, 62 467 tonnes pour le réseau Nord, résultat en hausse par rapport à l'année 2002 quoique le niveau de 2001 n'ait pas été dépassé. Toutefois, le nouvel exploitant a jugé rationnel de supprimer, du moins pour le moment, le transport des personnes. Pour le réseau Sud, le processus de mise en concession est encore en cours. Ce réseau a été aussi réhabilité avec l'aide de l'USAID et de la Banque Mondiale.

**Objectif 25 : Accroître le réseau de communication des PMA, y compris la télécommunication et les services postaux et améliorer l'accès des pauvres à ces services en milieu urbain et rural, pour atteindre les niveaux courants dans les autres pays en voie de développement**

***Indicateur 68 : Nombre de bureaux de poste permanents et mobiles***

**Situation et tendance de l'indicateur**

Madagascar comporte trois (3) catégories de bureaux de poste permanents : (i) les Agences Postales qui sont des bureaux secondaires gérés par des personnes étrangères à l'Administration Postale, (ii) les Bureaux de Poste Ruraux qui sont des bureaux secondaires gérés par des agents appartenant à l'Administration Postale, et (iii) les Recettes ou Bureau de plein exercice. Si cette dernière catégorie



desservit la population urbaine, les deux premières sont au service de la population rurale. Quant aux bureaux de poste mobiles, ils seront de nouveaux fonctionnels au cours des prochaines années.

Ainsi, au total, on compte 617 bureaux de poste permanents fonctionnels à la fin de l'année 2005 dont 63% implantés en milieu rural et 37% en milieu urbain. Force est de constater que le milieu rural a connu une dégradation significative de services postaux, de l'ordre de -15% en terme d'effectif en 2005 si l'on fait référence à l'année 2002. Cette

tendance à la baisse est toutefois relativement freinée en 2004 grâce à l'accélération des activités dans la branche télécommunication, entreprise par le Gouvernement.

**Perspective et défis à relever**

L'indicateur 68 connaîtra un accroissement plus significatif au cours des prochaines années. Avec la remise en fonction des bureaux de postes mobiles, ledit indicateur avoisinera potentiellement son niveau de 2003 d'ici l'année 2010.

**Objectif 27. Accroître la densité moyenne du téléphone à 5 lignes principales par 100 habitants et les connexions par Internet à 10 utilisateurs par 100 habitants, d'ici 2010**

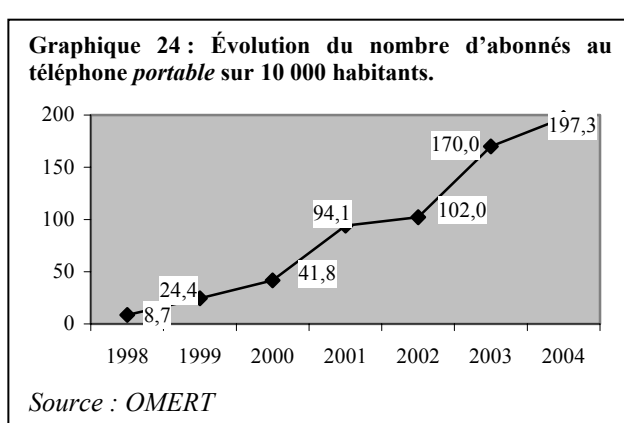
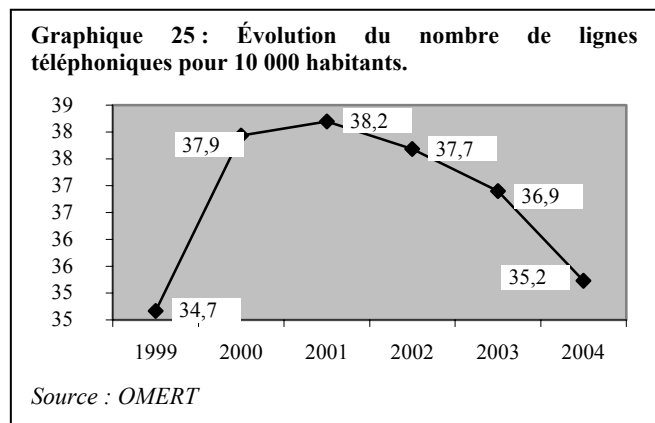
**Indicateur 69 : Nombre de lignes téléphoniques et d'abonnés au téléphone portable pour 10 000 habitants.**

**Indicateur 70 : Nombre abonnés à l'Internet sur 10 000 habitants.**

**Situation et tendance des indicateurs**

La téléphonie fixe est dominée par deux opérateurs à Madagascar : (i) Telecom Malagasy (TELMA) de couverture nationale, et (ii) GULFSAT Téléphonie pour la desserte de certaines localités enclavés par réseau VSAT.

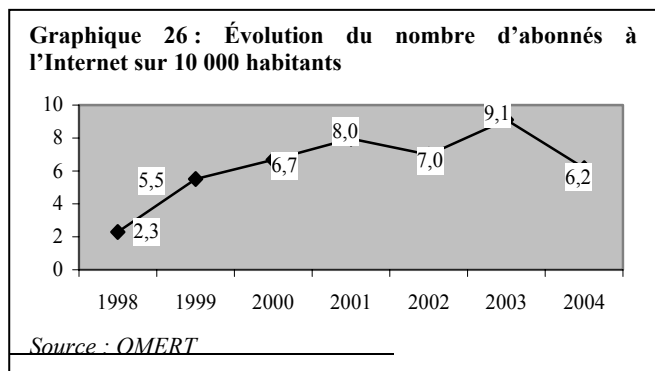
Le graphique ci-dessous montre une évolution en cloche du nombre de lignes téléphoniques<sup>1</sup> entre 1999 et 2004. Il atteint son pic à la fin de l'année 2001 en atteignant plus de 38 lignes pour 10 000 habitants. Les années qui suivent se caractérisent par un nombre plus restreint ramené à près de 35 lignes pour desservir 10 000 habitants à la fin de l'année 2004. La contraction de la demande, en partie due au phénomène social lié à l'utilisation du mobile, est une des origines de cette baisse tendancielle et pourrait persister au cours des prochaines années.



La téléphonie mobile est dominée par deux principaux opérateurs à Madagascar : (i) Orange Madagascar et (ii) Madacom du groupe Distacom.

Une explosion du nombre d'abonnés en téléphonie mobile est constatée entre 1998 et 2004 : il est passé de 12 431 à la fin de l'année 1998 à 333 888 à la fin de l'année 2004, soit de 9 abonnés sur 10 000 habitants en 1998 à 197 en 2004. Cette évolution sera d'autant plus prononcée avec une nouvelle offre de service de TELMA en téléphonie mobile ces prochaines années.

En ce qui concerne l'indicateur 70, sept (7) principaux prestataires de services sont actuellement autorisés à fournir le service Internet à Madagascar. Ils sont :



- Network,
- Data Telecom Services (DTS),
- Simicro,
- Fort-Dauphin Network (FORTNET),
- Orchid Systems,
- Gasy Online Madagascar,

<sup>1</sup> Y compris les publiphones qui représentent 1,5% des lignes téléphoniques en 2004.

•Bureau d'Architecture en Systèmes d'Information et de Communication (BASIC).

Sur une période de sept (7) ans, de 1998 à 2004, le nombre d'abonnés en Internet évolue annuellement de 31% en moyenne. Il atteint un niveau maximal en 2003 avec 9 abonnés sur 10 000 habitants et accuse une diminution de -30% un an plus tard. Cette baisse sera toutefois freinée par l'amélioration du réseau de télécommunication d'ici les années à venir.

### **Perspective et défis à relever**

De façon générale, l'accélération des activités dans la branche télécommunication engendrerait un accroissement relativement significatif des indicateurs 69 et 70 d'ici l'année 2010. Particulièrement au niveau de la téléphonie mobile, la pente de la série du nombre d'abonnés sera potentiellement maintenue au cours des prochaines années. Toutefois, force est de constater qu'il est invraisemblable d'atteindre l'objectif fixé pour l'indicateur 70 en 2010 malgré l'amélioration et l'extension du réseau de télécommunication qui sera réalisée d'ici les années futures.