

RAPPORT DE SUIVI DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT 2010

SIGLES ET ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
Ar	Ariary (Unité monétaire de Madagascar)
ARV	Anti Retro Viraux
BAD	Banque Africaine de Développement
CAID	Campagne d'Aspersions Intra-Domiciliaire
CDT	Centre de Diagnostic et de Traitement
CHD	Centre Hospitalier de District
CPN	Consultation Prénatale
CSB	Centre de Santé de Base
EDS	Enquête Démographique et Sanitaire
EPM	Enquête Périodique auprès des Ménages
EPT	Education Primaire pour Tous
IADM	Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale
IDE	Investissement Direct Etranger
INSTAT	Institut National de la Statistique
JICA	Japan International Cooperation Agency
MEN	Ministère de l'Education Nationale
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PIB	Produit Intérieur Brut
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PSTE	Pays Pauvres Très Endettés
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
STPCA	Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination des Aides
TBS	Taux Brut de scolarisation
TNS	Taux Net de Scolarisation

AVANT PROPOS

La publication du rapport national sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 2010 s'effectue à un moment critique où le pays s'achemine vers la résolution de la crise politique qui a duré près de trois années et qui a éprouvé les fondements de l'économie et de la société malgache. Ce troisième rapport sur le chemin parcouru par la Grande Ile pour l'atteinte des OMD depuis la déclaration du Millénaire en septembre 2000, répond à l'engagement pris par les Etats membres des Nations Unies.

Les autorités malgaches voudraient saisir l'opportunité qu'offre ce rapport, fruit d'une étroite collaboration entre le Système des Nations Unies et la Vice-Primature chargée de l'Economie et de l'Industrie, pour exprimer leur profonde gratitude à tous ceux qui ont participé à son élaboration, et en particulier au Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), pour sa contribution technique et financière.

Ce rapport souligne que même si certains indicateurs, notamment ceux relatifs à la parité de genre dans l'éducation, à la mortalité infantile, et dans une moindre mesure celui relatif à la propagation du VIH/Sida ont connu une amélioration, la probabilité que Madagascar atteigne l'ensemble des OMD à l'échéance 2015 reste très faible. Des efforts constants sont requis dans les domaines de la lutte contre la pauvreté (OMD 1), de l'universalisation de l'éducation primaire (OMD2) et de la préservation de l'environnement (OMD 7). La réalisation des OMD dans notre pays exige, par ailleurs, que nous œuvrions sans relâche à l'accélération de la croissance économique, à la création d'emplois décents et à la génération de revenus, à l'adaptation au changement climatique, à l'atténuation des risques de catastrophes naturelles, à la préservation de nos écosystèmes et la protection des groupes vulnérables.

Avec le soutien de nos partenaires internationaux, mais aussi grâce à une gestion plus saine de nos ressources humaines et financières et à une meilleure gouvernance, Madagascar s'engage à tout mettre en œuvre pour réaliser les transformations structurelles, organisationnelles et opérationnelles nécessaires pour atteindre les OMD en 2015 ou à défaut, s'en rapprocher.



Jean Omer Beriziky
Premier Ministre,
Chef du Gouvernement de Transition

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

La déclaration du millénaire adoptée à New York par les Chefs d'Etat et de Gouvernement des pays membres de l'ONU il y a un peu plus de onze années a jeté les bases de nouvelles stratégies de développement centrées sur la réduction de la pauvreté et un développement humain fondé sur la paix et une plus grande justice. Madagascar a souscrit à ces engagements qui visent huit Objectifs majeurs appelés " Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) " à atteindre à l'horizon 2015.

Réunis en sommet en Septembre 2010, les dirigeants du monde entier ont de nouveau réitéré leur engagement à conjuguer leurs efforts pour contribuer à la réalisation de ses Objectifs et ainsi permettre à l'Homme de vivre mieux dans un environnement harmonieux et propice à son épanouissement.

A moins de cinq années de l'échéance de 2015, en dépit de l'aide de ses partenaires et des efforts déployés pour réaliser les programmes nécessaires à l'atteinte des OMD, Madagascar est encore loin des cibles visées.

Ce troisième rapport, élaboré dans un contexte national difficile, caractérisé par de nombreux chocs internes et externes, fait l'état des lieux des progrès et défis auxquels le pays est confronté dans sa marche vers l'atteinte des OMD.

L'analyse des indicateurs des OMD montre que les progrès enregistrés pour l'ensemble des objectifs demeurent faibles ou insuffisants au regard de l'ampleur des défis. Ces progrès sont lents et, pour certaines cibles, notamment celle relative à l'éradication de la pauvreté extrême et de la faim (Objectif 1), un net recul est observé. En effet, la pauvreté s'est aggravée entre 2005 et 2010 et aujourd'hui plus de trois personnes sur quatre vivent en dessous du seuil de pauvreté nationale.

Quant aux succès enregistrés, ils concernent surtout la réduction des disparités entre les filles et les garçons dans l'éducation primaire. Cependant la parité dans les fonctions électives et postes de direction est encore loin d'être atteinte (Objectif 3). Le VIH/Sida (Objectif 6), dont le taux de prévalence est de 0.2% en 2010, est sous contrôle.

En revanche, l'universalisation de l'éducation primaire (Objectif 2), l'amélioration de la santé maternelle (Objectif 4), deux cibles qui semblaient pourtant être à la portée du pays, ainsi que la durabilité de l'environnement (Objectif 7) ne seront vraisemblablement pas atteintes en 2015.

En effet, la crise sociopolitique dans laquelle le pays est plongé depuis la fin 2008 a brisé l'élan de progrès vers l'atteinte des OMD et sérieusement compromis les efforts réalisés entre 2005 et 2008. Les premières conséquences de cette crise ont été la désorganisation de l'économie, la dégradation de la gouvernance administrative et la démotivation des agents administratifs, suite à la réduction drastique des flux d'aide publique au développement et des recettes fiscales de l'Etat.

Les services sociaux ont été particulièrement affectés par cette situation avec les coupes sombres opérées dans les budgets des secteurs de l'éducation, de la santé, de l'eau et de l'énergie.

Les contre-performances internes ont été accentuées par le contexte international difficile, marqué notamment par la crise financière internationale, la flambée des prix des denrées alimentaires, la hausse des prix des produits énergétiques et les effets des changements climatiques.

Les perspectives de sortie de la crise sociopolitique malgache offrent une opportunité pour un nouveau départ, qui exigera la définition de nouvelles politiques centrées sur le développement et appuyées par une coopération internationale forte et appropriée.

Il nous appartient en tant que partenaires techniques et financiers de Madagascar de soutenir les efforts de relance économique et de stabilité sociale menés par les autorités malgaches afin que l'atteinte des OMD se matérialise progressivement et qu'elle renforce plus durablement la stabilité sociopolitique de la Grande Ile.

J'adresse mes vifs remerciements à toute l'équipe des Nations Unies, aux techniciens des ministères et aux autres contreparties nationales, pour leur engagement constant en vue de la réalisation de ce rapport.



Fatma Samoura
Coordonnateur résident
Système des Nations Unies à Madagascar

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	2
AVANT PROPOS	3
SOMMAIRE	6
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES GRAPHIQUES	8
VUE D'ENSEMBLE	9
INTRODUCTION	15
CONTEXTE NATIONAL	14
OBJECTIF 1 : ELIMINER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM	19
OBJECTIF 2 : ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS	27
OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR L'EGALITE DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES	33
OBJECTIF 4 : REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE	45
OBJECTIF 5 : AMELIORER LA SANTE MATERNELLE	51
OBJECTIF 6 : COMBATTRE LE VIH/Sida, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES	65
OBJECTIF 7 : ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE	79
OBJECTIF 8 : METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT	85
CONCLUSION	91

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau synoptique des OMD	11
Tableau 2 : Nombre de filles pour 100 garçons scolarisés par niveau d'éducation	34
Tableau 3 : Evolution du taux brut de scolarisation des filles et des garçons dans l'enseignement primaire	35
Tableau 4 : Degré de réalisation de l'OMD3	42
Tableau 5 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans pour mille naissances vivantes selon les caractéristiques socio- démographiques des ménages	47
Tableau 6 : Inégalités d'accès aux activités de CPN, aux préventions du tétanos néonatal et aux différentes techniques d'accouchement selon le lieu de résidence de la parturiente et le niveau de vie.	53
Tableau 7 : Taux de consultations prénatales et d'accouchement assisté par un personnel qualifié	54
Tableau 8 : Taux de consultations prénatales	58
Tableau 9 : Taux de prévalence contraceptive pour les méthodes quelconques et taux d'utilisation des méthodes modernes	59
Tableau 10 : Degré de réalisation de l'OMD5	62
Tableau 11 : Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans	66
Tableau 12 : Taux d'utilisation du préservatif entre 2004 et 2009	67
Tableau 13 : Niveau des connaissances de la population sur le VIH-S	67

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Evolution du taux de pauvreté monétaire de 1993 à 2010	20
Graphique 2 : Evolution des effectifs des élèves du primaire entre 2000-2001 et 2009-2010 (en milliers)	28
Graphique 3 : Part de l'éducation dans le budget de l'État et dans le PIB	30
Graphique 4 : Indice de parité Filles/Garçons dans l'enseignement primaire	35
Graphique 5 : Proportion de filles scolarisées au niveau du secondaire selon les régions (en%)	36
Graphique 6 : Evolution du taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans pour 1000 naissances vivantes	46
Graphique 7 : Retard de croissance par rapport à la médiane de la population de référence internationale du NCHS/CDC/OMS (%)	48
Graphique 8 : Evolution du taux de mortalité maternelle de 1997 à 2008	53
Graphique 9 : Taux de natalité parmi les adolescentes entre 15 et 19 ans (pour 1000 femmes)	58
Graphique 10 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	59
Graphique 11 : Evolution annuelle de la file de PPVIH	68
Graphique 12 : Tendance du taux d'incidence et du Taux de mortalité hospitalière due au paludisme de 2000 à 2009	69
Graphique 13 : Evolution de la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide de 2004 à 2008	70
Graphique 14 : Taux d'incidence par zone d'endémie 2006-2009	71
Graphique 15 : Taux de mortalité intra hospitalière par province 2000-2005	71
Graphique 16 : Taux de mortalité intra hospitalière par zones d'endémie de 2006 à 2008	71
Graphique 17 : Taux de détection de la tuberculose de 2000 à 2009	74
Graphique 18 : Evolution Taux de mortalité due à la tuberculose et taux de guérison de 2000 à 2008	74
Graphique 19 : Evolution des surfaces incendiée et reboisée	80
Graphique 20 : Evolution des flux d'APD à Madagascar entre 2002-2009 (bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux membres du CAD/OCDE)	86
Graphique 21 : Disponibilité en médicaments traceurs de base dans les CSB publics (2006-2009)	89

VUE D'ENSEMBLE

Ce troisième rapport sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) montre que Madagascar n'atteindra pas la majorité des cibles des OMD en 2015 en dépit des efforts qu'il a déjà accomplis pour y parvenir. Néanmoins, des progrès importants ont été réalisés dans les domaines de l'éducation en général et de la scolarisation des filles en particulier, de la santé infantile, de la lutte contre le VIH-SIDA, de l'accès à l'eau potable et aux techniques d'information et de communication (TIC). Mais beaucoup restent encore à faire en matière de santé maternelle, de réduction de la pauvreté, de protection de l'environnement et de préservation de la biodiversité, domaines où les indicateurs disponibles montrent qu'il est peu probable que les cibles visées en 2000 soient atteintes à l'horizon de 2015. En outre, les problèmes de précarité d'emploi et de rémunération ainsi que celui de l'insécurité alimentaire demeurent de véritables préoccupations. Aussi, le défi consiste-t-il à augmenter les opportunités d'emplois plus particulièrement pour les jeunes de même qu'à lutter contre la malnutrition chez des enfants et l'insécurité alimentaire chronique dans le sud du pays.

Si Madagascar était bien parti pour atteindre les OMD2 (assurer l'éducation primaire pour tous) et OMD4 (réduire la mortalité infantile), du fait de la crise politique qui perdure, les acquis des périodes précédentes risquent d'être perdus et le pays s'éloigner petit à petit de ses engagements.

Pour se rapprocher de ses engagements de 2015, le pays devrait déployer d'importants efforts pour accélérer le rythme de la croissance économique, favoriser la création d'emplois suffisamment rémunérés, réduire les inégalités dans la répartition des actifs productifs et du revenu national, élever au rang de priorité des priorités le développement rural et de l'agriculture. En effet, c'est dans le milieu rural que vivent la majeure partie des pauvres. La promotion d'un environnement politique et macroéconomique propice au développement du secteur privé, principal moteur de création de richesse et d'emplois, l'augmentation de l'aide publique au développement et l'amélioration de la capacité de son absorption sont nécessaires pour que Madagascar réalise les objectifs en rapport avec l'horizon de 2015. Si toutes ces conditions ne sont pas réunies, les acquis des années antérieures et des efforts précédents risquent d'être définitivement perdus et le pays s'éloignera alors des objectifs de 2015.

Même si Madagascar n'atteindra pas la majorité des OMD, il peut néanmoins se rapprocher de ses engagements de 2015 pour ce qui concerne les OMD2 (universalisation de l'école primaire), OMD3 (promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes), OMD6 (combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies telles que la tuberculose), OMD4 (réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile). Néanmoins, même dans ces domaines, la réduction des écarts entre les milieux rural et urbain, les régions, les groupes socioéconomiques devrait être une priorité du gouvernement non seulement pour des raisons d'équité, de solidarité nationale mais également pour celles tout simplement d'efficacité.

Si en 2008, les perspectives économiques de Madagascar étaient encourageantes avec un taux de croissance de 7,1%, la crise politique qui a éclaté en décembre de la même année et qui a entraîné la suspension des financements extérieurs autres que ceux à caractère urgent et social, est venue compliquer la situation économique du pays pourtant déjà plongé dans une crise économique globale. Les indicateurs macroéconomiques des années de l'après crise politique de 2008, sont assez révélateurs de ses effets dévastateurs sur les conditions de vie à Madagascar. Le taux de croissance du PIB a baissé entre 2008 et 2009 passant de 7,1% en 2008 à - 3,7% en 2009, et a augmenté de 0.5% en 2010. L'inflation a été stabilisée à 9% en 2009 et 10,2% en 2010. Pour ce qui est des exportations, celles-ci ont enregistré une baisse de 17,7% en 2009. Quant au taux de change de la monnaie nationale, il a évolué de manière cyclique entre 1\$ pour 1923 Ariary et 2204 Ariary entre juillet 2009 et Mars 2011.

Madagascar est encore aujourd'hui à son niveau de pauvreté de 1980, avec trois quart de sa population vivant en dessous du seuil de pauvreté. La croissance économique reste faible pour compenser l'effet négatif de l'accroissement démographique sur le bien-être de la population. Par ailleurs, les retournements des situations sont devenus monnaie courante. Les progrès réalisés au cours des périodes de relative stabilité politique sont vite anéantis au lendemain de l'éclatement des crises sociopolitiques devenues récurrentes. L'examen de la situation économique et sociale qui a prévalu dans la grande île dans la période de l'après crise de 2001 conforte cette observation.

Alors même que le taux de pauvreté avait été péniblement ramené à 69,6 % en 2001, la crise politique née de la contestation des résultats des élections de décembre 2001 a conduit à une importante dégradation socioéconomique en 2002 ramenant le taux de pauvreté à 80,7 %. Depuis cette année, grâce à une dynamique de croissance et de progrès (taux de croissance annuel moyen du PIB de l'ordre de 5 %), les

nouvelles autorités politiques du pays sont parvenues à réduire le taux de pauvreté qui a été ramené à 68,7% en 2005. Mais, les espoirs suscités ont été anéantis avec les crises politiques et économiques que le pays a connues depuis cette date. Les progrès réalisés par le pays dans la lutte contre la pauvreté, reste encore insuffisants au regard du potentiel du pays, demeurent fragiles et risquent d'être à nouveau anéantis par les effets dévastateurs des crises politiques et financières (crise financière qui a éclaté aux USA en 2007 et crise politique de 2008 et 2010) auxquelles Madagascar est confronté. En 2010, plus de trois Malgaches sur quatre vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire nationale.

La fragilité des progrès réalisés par Madagascar dans la lutte contre la pauvreté tient aussi au fait que les performances économiques que le pays a enregistrées entre 2002 et 2008 (taux de croissance moyen par habitant de 3,4 %) sont davantage le résultat d'une expansion des dépenses publiques, en lieu et place d'un développement du secteur privé assorti d'une diversification de l'économie. L'aide publique au développement y a également grandement contribué car elle est passée de 2 % du PIB en 2000 à 9 % du PIB vers 2007 et 2008. Elle finance à elle seule plus de 70 % du budget d'investissement et représente 70 % des recettes de l'Etat. La pression fiscale demeure faible avec un taux de 10,9 % en 2003-2004 et 13,9 % en 2008. La prééminence des dépenses publiques dans le processus de création des richesses nationales a certes permis des avancées dans la lutte contre la pauvreté grâce notamment à l'augmentation ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de l'offre des biens publics (service de l'éducation en particulier). Toutefois, la portée et la viabilité d'un tel modèle de croissance restent compromises à long terme si le secteur privé demeure concentré, peu enclin à la diversification et faiblement développé, et si l'aide extérieure constitue le principal moyen de son financement. Certes, le total de l'investissement privé a fait un bon en avant remarquable passant de 11 % du PIB en 2003 à 13 % en 2006 et à environ 32.5% en 2008. Une telle évolution laisserait à penser que Madagascar aurait enclenché un processus de développement dynamique, harmonieux et auto entretenu de son secteur privé. En réalité, on est loin du compte car cette forte augmentation du taux d'investissement cache l'extrême concentration de cette progression sur 2 méga projets miniers d'enclave (Sheritt et QMM/Rio Tinto) ainsi que le faible développement du secteur privé sur la grande île de l'océan indien. Pour de nombreux analystes, ce faible développement du secteur privé à Madagascar serait justifié par les facteurs suivants : (i) la faible productivité de la main d'œuvre locale notamment dans l'agro-industrie ; (ii) la non transparence des règles du jeu en matière d'investissement privé ; (iii) le faible niveau de la demande locale en raison du faible pouvoir d'achat d'une population majoritairement rurale.

D'après les informations disponibles avant la crise sociopolitique, l'OMD2 compte parmi ceux que Madagascar pourrait réaliser à l'horizon de 2015. En effet, l'effectif des élèves régulièrement inscrits dans le cycle des études primaires ne cesse d'augmenter d'année en année et le taux brut de scolarisation est passé de 122,3 % en 2002/2003 à 166,7% en 2007/2008. Cette même tendance caractérise aussi l'évolution du taux net de scolarisation dans le cycle primaire qui est passé de 71% en 1997 à 93% en 2004, puis de 97% en 2005 à 96% en 2007. Néanmoins, ces progrès n'ont pas été accompagnés par l'amélioration de la qualité de l'enseignement: en 2007/2008 le taux de redoublement est de 20%, le taux d'achèvement de 60%, tandis que le taux de réussite au CEPE est de 69% en 2007.

Les filles accèdent, comme les garçons de leurs âges, plus facilement à l'enseignement de base. Ce qui dénote les efforts importants accomplis par le gouvernement malgache dans la lutte contre des pratiques de discrimination fondées sur le genre ainsi qu'un véritablement changement des mentalités chez les parents dans le pays.

Ces résultats combien encourageants ont été obtenus au prix d'une série de mesures prises par le gouvernement malgache, soucieux d'universaliser l'éducation primaire. L'application de ces mesures a nécessité la mobilisation d'importants moyens destinés à développer les infrastructures scolaires, à renforcer les capacités humaines dans le secteur éducatif (recrutement d'un nombre important d'enseignants, incitations financières pour les encourager à s'installer à la campagne, organisation de leur formation), à équiper les élèves et écoliers des kits scolaires, à inciter les parents à envoyer leurs enfants sans distinction de sexe à l'école grâce à la mise en place des cantines scolaires.

Ainsi, l'objectif 2 " Assurer l'éducation primaire pour tous les enfants (D'ici 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires) " représente un objectif probablement réalisable, pourvu que la crise se résolve rapidement et les efforts redoublés.

En dépit des efforts entrepris dans le cadre de l'amélioration de la santé maternelle, l'objectif 5 " Améliorer la santé maternelle, notamment la cible relative à la réduction de la mortalité maternelle " compte parmi les objectifs difficiles à atteindre. En effet, au cours de ces dernières années, on a enregistré une augmentation de la mortalité maternelle qui est passée de 488 pour mille naissances vivantes en 1997 à 469 pour mille

naissances vivantes en 2004 et à 498 pour mille naissances vivantes en 2008. A l'aube du rendez-vous de 2015, il devient quasiment impossible de ramener ce taux à 122, objectif que le pays s'était fixé en 2000. La pauvreté qui touche trois individus sur quatre, le niveau d'instruction relativement faible, l'éloignement des infrastructures sanitaires en milieu rural, le nombre insuffisant des sages-femmes et de leur inégale répartition entre la ville et la campagne, sont autant de facteurs qui expliquent les faibles progrès enregistrés dans le domaine de la lutte contre la mortalité maternelle.

La crise sociopolitique dans laquelle le pays s'est enlisé depuis le mois de décembre 2008 n'est pas pour arranger les choses. Si elle perdure encore, elle risque de remettre en cause tous les acquis vers le progrès pour l'atteinte des OMD. Il faudrait, au sortir de cette crise accorder une particulière attention à l'objectif 1 plus particulièrement à la lutte contre la pauvreté et à la malnutrition et à la création d'emplois productifs et rémunérateurs. Des appuis aux institutions de la transition et aux partenaires au développement s'avèrent de ce fait plus qu'indispensable.

La résolution de la crise politique, une participation plus accrue de tous les partenaires au développement (associations, ONG, églises...) aux efforts visant à atteindre les OMD d'ici à 2015 et l'assainissement de l'environnement macroéconomique national associé à des pratiques de bonne gouvernance au niveau national et local sont indispensables pour promouvoir une croissance en faveur des pauvres, réduire les inégalités devant la mort, favoriser l'accès des pauvres (aux exclus du système économique, politique et social en place) aux services sociaux de base de santé et d'éducation, aux actifs productifs, aux logements décents, assurer la protection de l'environnement ...

Tableau 1 : Tableau synoptique des OMD

Objectif	Cible	Indicateur	Donnée de référence	Dernière donnée disponible	OMD 2015	
Objectif 1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim	Cible 1A : Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	1.1 Proportion de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté	70% (1993)	76.5% (2010)	35%	Improbable
		1.2 Intensité de la pauvreté	31,6% (2004)	34.9% (2010)	35%	
		1.3 Part du quintile le plus pauvre de la population dans la consommation nationale	6,4% (2004)	6% (2010)		
	Cible 1B : Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	1.4 Taux de croissance du PIB par personne employée				Improbable
		1.5 Ratio emploi /population	35% (2004)	51% (2010)		
		1.6 Proportion de travailleurs indépendants et de travailleurs familiaux dans la population occupée		90.5% (2010)		
		1.7 Proportion des personnes employées qui vivent avec moins de 1.25 dollar par jour		67.4% (2010)		
	Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	1.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale	39% (1992)	28%* (2010)	19%	Improbable
		1.9 Proportion d'enfants de moins de 5 ans souffrant d'un retard de croissance	54% (1992)	50%* (2010)		
		1.10 Proportion de la population en-dessous du niveau minimal de consommation d'énergie alimentaire		56,5% (2010)	29,5%	
		1.11 Proportion de la population en situation d'insécurité alimentaire		37%* (2010)		

Objectif	Cible	Indicateur	Donnée de référence	Dernière donnée disponible	OMD 2015	
Objectif 2 : Assurer l'éducation primaire pour tous	Cible 2A : D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	2.1 Taux net de scolarisation dans le primaire	71% (1997)	73.4% (2010)	100%	Potentiel
		2.2 Taux d'achèvement du primaire	39% (2002)		100%	
		2.3 Taux d'alphabétisation des 15 et plus	59,2% (2004)	71.4% (2010)		
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes	Cible 3A : Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	3.1 Proportion de filles par rapport aux garçons dans le primaire	49,4% (2001)	49.2% (2010)	50%	Potentiel
		Proportion de filles par rapport aux garçons dans le secondaire	48.9% (2004)	48.9% (2008)	50%	
		Proportion de filles par rapport aux garçons dans le supérieur	46,9% (2004)	47.2% (2008)	50%	
		3.2 Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus	55.5% (2004)	68.0% (2010)		
		3.3 Pourcentage de femmes salariées dans le secteur non agricole	10.7% (2004)	46.1% (2010)		
		3.4 Proportion de sièges occupés par des femmes au parlement national	4,3% (2003)	10.6% (2008)		
Objectif 4 : Réduire la mortalité infantile	Cible 4A : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	4.1 Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 enfants)	159‰ (1997)	72‰ (2008)	56‰	Potentiel
		4.2 Taux de mortalité des enfants de moins de 1 an (pour 1 000 enfants)	96‰ (1997)	48‰ (2008)	31‰	
		4.3 Proportion d'enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole	72,9% (1999)	70% (2008-2009)		
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle	Cible 5A : Réduire de trois quarts entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	5.1 Taux de mortalité maternelle (sur 100 000 naissances vivantes)	488 (1997)	498 (2008)	127	Improbable
		5.2 Proportion d'accouchements assistés par le personnel de santé qualifié	47.3% (1997)	43.9% (2008)		
	Cible 5B : Atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la santé procréative	5.3 Taux de prévalence des contraceptifs	19% (1997)	40% (2008)		Improbable
		5.4 Taux de natalité parmi les adolescentes 15-19 ans pour 1000 femmes	180 (1997)	148 (2008)		
		5.5 Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux au moins une fois	39.7% (1997)	91% (2008)		
		Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénataux quatre fois et plus pendant leur grossesse	81.9% (1997)	49.3% (2008)		
		5.6 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	25.6% (1997)	18.9% (2008)		

Objectif	Cible	Indicateur	Donnée de référence	Dernière donnée disponible	OMD 2015	
Objectif 6 : Combattre le VIH /SIDA, le paludisme et d'autres maladies	Cible 6A : D'ici 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/Sida et commencé à inverser la tendance actuelle	6.1 Prévalence du VIH chez les 15 à 49 ans	0.13% (2007)			Potentiel
		6.2 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à risque				
		6.3 Proportion des 15 à 24 ans ayant des notions correctes de VIH/Sida				
		6.4 Pourcentage de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans				
	Cible 6B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida	6.5 Proportion de la population avec infection aigüe à HIV ayant accès aux médicaments antirétroviraux				Non disponible Potentiel
	Cible 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle	6.6 Incidence du paludisme	9.28% (2000)	1.54% (2009)		Potentiel
		6.7 Taux de mortalité due au paludisme	6.9% (2004)	45% (2008)		
		6.8 Proportion d'enfants de moins de 5 ans qui dorment sous des moustiquaires imprégnés d'insecticides	16% (2004)	417 (2009)	90	
		6.9 Incidence de la tuberculose	359 (2003)			
		6.10 Taux de mortalité due à la tuberculose				
		6.11 Proportion de cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre de traitements de brève durée sous surveillance directe	100% (2004)			
Objectif 7 : Assurer un environnement durable	Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques nationales et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources environnementales	7.1 Proportion de zones forestières	22,4% (2000)	21.9% (2007)		Potentiel
		7.2 Consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone(en tonne métrique)	14.2 (2000)	3.0 (2008)		
		7.3 Emissions de CO2 (en tonne métrique par habitant)	0.160 (2000)	0.121 (2007)		
	Cible 7B: Réduire la perte de la biodiversité et atteindre d'ici à 2010 une diminution significative du taux de perte	7.4 Proportion de zones terrestres protégées	2.9% (2000)	2.9 (2009)		Potentiel
		7.5 Proportion de zones marines protégées	0.1 (2000)	0.1 (2009)		
	Cible 7C : Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable salubre et à un service d'assainissement de base	7.6 Proportion de la population ayant accès à l'eau potable	24% (1999)	44.9% (2010)	62%	Improbable
		7.7 Proportion de la population utilisant des infrastructures d'assainissement améliorées	10% (2008)	35.2% (2010)		
	Cible 7D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie d'au moins 100 millions d'habitants de taudis	7.8 Proportion de citoyens vivant dans des taudis	80.6% (2005)	83% (2010)		Improbable

Objectif	Cible	Indicateur	Donnée de référence	Dernière donnée disponible	OMD 2015	
Objectif 8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement	Cible 8A : Poursuivre la mise en place d'un système commercial et financier multilatéral ouvert, fondé sur des règles, prévisible et non discriminatoire Cible 8.B : Répondre aux besoins particuliers des pays les moins avancés	8.1 Pourcentage de l'APD reçu par les pays en développement sans littoral par rapport à leurs revenus nationaux bruts				
	Cible 8D : Traiter globalement le problème de la dette des pays en développement par des mesures d'ordre national et international propres à rendre l'endettement tolérable à long terme	8.2 Allègement de la dette dans le cadre des Initiatives PPTE et IADM 8.3 Pourcentage du service de la dette par rapport aux exportations de biens et de services				
	Cible 8. E : En coopération avec l'industrie pharmaceutique, rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables dans les pays en développement	8.4 Pourcentage de la population avec accès durable aux médicaments de base abordables				
	Cible 8F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	8.5 Nombre de lignes fixes, pour 100 habitants	0.36 (2000)	0.80 (2010)		Non disponible
		8.6 Abonnés à un service de téléphonie mobile, pour 100 habitants	0.41 (2000)	25.3 (2008)		
		8.7 Nombre d'utilisateurs d'Internet, pour 100 habitants	0.20 (2000)	1.65 (2008)		

* : Milieu rural uniquement

Probable

Potentiel

Improbable

INTRODUCTION

En septembre 2000, les dirigeants du monde ont adopté à New York la Déclaration du Millénaire lors du Sommet des Nations Unies pour le Millénaire. Pour renforcer l'importance de cette déclaration et s'assurer que les progrès réalisés puissent être mesurés, la Déclaration a été accompagnée d'un ensemble d'objectifs assortis d'une série de cibles quantifiables et d'indicateurs. Huit Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ont été ainsi identifiés pour être atteints à l'horizon 2015, visant l'amélioration des conditions de vie des populations du monde.

Madagascar figure parmi les 189 Etats membres des Nations Unies signataires de cette déclaration qui ont pris l'engagement solennel d'œuvrer en faveur de la réalisation des OMD afin de lutter contre la pauvreté, la faim et la maladie dans leurs pays respectifs en promouvant l'égalité entre les sexes, l'éducation et le respect de l'environnement et ce, dans le cadre d'un partenariat mondial.

A moins de cinq ans de l'échéance de 2015, Madagascar avec le concours du Système des Nations Unies a décidé de produire le troisième rapport national de suivi des Objectifs du Millénaire pour le développement. L'exercice s'inscrit dans le mécanisme de suivi des progrès réalisés, mis en place par le Système des Nations Unies (SNU), pour mieux apprécier de manière périodique le cheminement vers l'atteinte des objectifs fixés sous forme de rapports nationaux et mondial.

Le troisième rapport national de suivi des OMD met à jour les progrès réalisés vers l'atteinte des OMD. Le tableau synoptique (tableau 1) du profil des OMD montre que les possibilités de réaliser les OMD à l'horizon 2015 ne sont pas élevées. Néanmoins, Madagascar peut se rapprocher de ses engagements si la crise socio-politique dans laquelle il s'enlise depuis deux ans se résout rapidement et que le pays met en œuvre une politique économique et sociale capable de relancer son économie et un système à même de protéger les ménages pauvres et vulnérables.

CONTEXTE NATIONAL

Contexte politique

Madagascar, île située au sud de l'Océan Indien fait partie des Pays les Moins Avancés (PMA). Le pays s'étend sur une superficie totale de 592 000 km² et comptait en 2010, 20 millions d'habitants inégalement repartis sur l'ensemble du territoire. Le taux d'accroissement naturel annuel moyen de la population est de 2,7% tandis que la densité moyenne se situe à 34 habitants/km².

Entre 1990 et 2010, Madagascar a connu trois crises sociopolitiques majeures imputables à une mauvaise gouvernance, aux conflits d'intérêt au sein de l'élite politico-administrative et économique du pays, ainsi qu'à l'accaparement par cette même classe d'une grande partie de la richesse nationale. Il s'en est suivi une aggravation des inégalités dans la répartition de la richesse nationale, un déficit de confiance à l'égard du gouvernement, le développement d'un sentiment d'injustice chez les exclus du système et le rejet de la classe politique. Ce mélange détonant de facteurs négatifs a beaucoup contribué à la fragilisation de la cohésion sociale.

Au sortir de la crise sociopolitique de 2002, le pays semblait avoir renoué durablement avec la stabilité institutionnelle et la croissance économique jusqu'en 2008. Les élections générales de 2007 et 2008 se sont déroulées dans un contexte de relative stabilité sociale. La rupture brutale et inattendue de la paix sociale en décembre 2008 et le changement de régime de mars 2009 qui s'en est suivi, ont replongé le pays dans un nouveau cycle de recul sur les plans économique, social et politique.

La grande Ile semble s'enliser dans une situation de pauvreté chronique et endémique, sur fond de croissance économique molle, d'extrême concentration des revenus et de crises politiques récurrentes. En effet, comparée à 1980, en dépit des courtes périodes au cours de laquelle elle a enregistré un léger recul, la pauvreté à Madagascar s'est globalement aggravée, avec plus de trois quarts de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2010. Ces contre performances ont creusé l'écart entre la grande ile et le reste du continent. D'après la Banque Mondiale, le niveau du revenu par habitant était de 430\$ pour Madagascar contre une moyenne africaine de l'ordre de 1176\$ en 2010.

Situation macroéconomique

En dépit des résultats globaux décevants, Madagascar a toujours bénéficié du soutien de la communauté des bailleurs de fonds internationaux. Le pays a bénéficié de l'effet conjugué des initiatives Pays Pauvres très endettés (PPTE) et Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale (IADM) qui lui a permis de réduire sa dette publique de 3,3 milliards en 2003 à 1,1 milliard de dollars en 2006. Le programme de stabilisation et d'ajustement structurel qui a été mis en place avec le concours des institutions internationales a contribué à une relative embellie économique, avec un accroissement annuel moyen de du PIB de 4,6%. La période qui court de 2002-2008 est caractérisée par une croissance économique dépassant les 5% avec le maintien des équilibres macroéconomiques. Cette croissance économique a été rendue possible grâce à l'augmentation du nombre des entreprises franches et du volume des investissements dans les infrastructures et les services. Les partenaires au développement et les investisseurs étrangers ont contribué à ces progrès par leurs apports en capitaux qui sont passés de 2 à 3% du PIB au début des années 2000 à près de 15% en 2008. Ces appuis extérieurs ont contribué au financement des investissements publics ainsi qu'au développement des activités de construction autour des sites miniers. L'impact limité de la croissance économique sur l'économie rurale n'a pas permis de réduire significativement la pauvreté dans le pays. Celle-ci s'est au contraire aggravée. Le nombre des personnes pauvres n'a cessé de grossir passant de 67,8% en 2005 de la population totale en 2005 à 76,5% en 2010.

Depuis 2003, des mesures de redressement de l'économie et de promotion de la bonne gouvernance ont été prises par le gouvernement pour faire face aux effets de la pauvreté. C'est ainsi qu'en 2004, Madagascar s'est doté d'un Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) en vue de promouvoir une croissance économique à base élargie et des systèmes de sécurisation humaine et matérielle et de protection sociale. Dès 2004, Madagascar a renoué avec la croissance, enregistrant des taux supérieurs à 5%, grâce notamment à d'importants investissements publics dans le secteur des infrastructures et un redémarrage des investissements privés.

Après d'importantes remises de dettes dont il a bénéficié de la part de ses créanciers entre 2003 et 2006,

Madagascar a vu les effets de ces allègements de dettes en partie annulés à partir de 2007 suite à la contraction de nouveaux emprunts et à la dépréciation du dollar par rapport aux autres devises dans lesquelles une partie de l'encours de ses dettes étaient libellées. Cependant, d'après une étude portant sur la viabilité de la dette de Madagascar, conjointement menée en juin 2008 par le FMI et la Banque Mondiale, son endettement extérieur reste encore à un niveau soutenable. En effet, les indicateurs de la dette extérieure de Madagascar se situent toujours en-dessous des seuils indicatifs de viabilité de référence¹. Le ratio service de la dette/exportations, qui est passé de 9,2% en 2005 à 0,9% en 2007, était en dessous du taux de référence fixé à 20%.

Conforté par les effets de la reprise économique rapide, Madagascar cherchait à consolider les progrès accomplis pour impacter davantage sur les déterminants de la pauvreté. C'est dans cette perspective qu'en 2006, le Gouvernement a élaboré le plan quinquennal Madagascar Action Plan (MAP) pour la période 2007-2011, en remplacement du DSRP arrivé à son terme en 2006. Les principes directeurs du MAP ont intégré les OMD.

La conjugaison des efforts nationaux de 2003 à 2008 a permis à Madagascar de bénéficier d'une croissance économique soutenue avec un taux de croissance de PIB qui est passé de 4,6% en 2005 à 7% en 2008. Cette performance a été rendue possible grâce à l'accroissement des investissements publics dans l'immobilier et l'infrastructure et d'importants investissements directs étrangers (IDE) dans les secteurs des mines, du commerce et des services (télécommunication, transport, tourisme, textile). Ces IDE ont boosté les investissements privés, dont le ratio par rapport au PIB n'a cessé d'augmenter ces dernières années², et ce, malgré l'insuffisance notable de l'épargne intérieure³. Cette hausse régulière des investissements privés a contribué à la stimulation de la croissance économique dont le taux est passé de 5% en 2006 à 7,1% en 2008.

Cependant, cette embellie économique s'est brutalement estompée dès l'année 2009. Outre la crise financière mondiale, ce ralentissement économique pourrait aussi se justifier par la réduction des investissements⁴ plus particulièrement dans le secteur minier avec l'entrée en phase d'exploitation de la Société QMM/Rio Tinto à Toalagnaro mais aussi et surtout, par la crise politique interne qui mine le pays depuis la fin de l'année 2008. Les secteurs de la pêche (-193.5%) et des transports (-157.8%) ont été le plus touchés par ce recul de l'investissement.

Les conséquences de la crise de 2009 sont multiples : gel quasi généralisé de la coopération internationale qui a entraîné la réduction de l'Aide Publique au Développement (APD) de 57% entre 2008 et 2010 (de 700 millions USD en 2008, l'APD est descendue à 300 millions USD en 2010), baisse du PIB par habitant de 481 dollars US en 2008 à 421 dollars US en 2010.

Développement humain

Les acquis des OMD se trouvent aujourd'hui gravement ébranlés par les conséquences directes et les externalités négatives de la crise politique et financière actuelle, notamment dans les secteurs de l'éducation et de la santé. En effet, en 2008, Madagascar était classé parmi les pays à développement humain moyen ayant enregistré des progrès significatifs et tangibles en terme d'amélioration de l'indicateur de développement humain (IDH). Le pays occupait le 143ème rang mondial sur 177 pays, avec un IDH de 0,571, légèrement supérieur à la moyenne des Pays les Moins Avancés (PMA) qui était de 0,488. Deux années après, soit en 2010, Madagascar ne faisait plus partie des pays à développement humain moyen. Comme la plupart des PMA, victimes de la crise financière actuelle, le pays a basculé dans le groupe des Etats à faible développement humain du fait notamment des conséquences de la crise politico-financière sur l'éducation, la santé et le niveau de pauvreté monétaire.

Qu'à cela ne tienne, le pays continue de réaliser de bonnes performances pour les cibles relatives à i) l'éducation, ii) l'égalité de genre, iii) la réduction de la propagation du VIH/Sida et de la tuberculose.

Par contre dans d'autres domaines tels que la réduction de la pauvreté et les objectifs relatifs à la santé, beaucoup restent encore à faire. Les progrès réalisés sont mitigés. Des efforts sont à accomplir pour se rapprocher des objectifs fixés lors du sommet du millénaire du développement de New York de 2000.

¹ Selon l'Indice d'Evaluation des Institutions et des Politiques (CPIA) de la Banque Mondiale, Madagascar est classé comme pays à performance moyenne. Les seuils indicatifs de viabilité de la dette extérieure applicables pour cette catégorie de pays sont : (i) 150% pour la VAN du ratio dette/exportations ; (ii) 40% pour la VAN du ratio dette/PIB ; (iii) 250% pour la VAN du ratio dette/recettes fiscales ; (iv) 20% pour le ratio service de la dette/exportations ; (v) 30% pour le ratio service de la dette/recettes.

² Ce ratio est passé de 12,3% en 2005 à 29,6% en 2009.

³ Le ratio de l'épargne intérieure par rapport au PIB n'a jamais dépassé les 10% en moyenne sur la période 2005 - 2009.

⁴ Les flux des investissements étrangers à Madagascar sont passés de 1.083,4 millions de US\$ en 2008 à 543,1 millions de US\$ en 2009, soit une baisse d'environ 50%.



OBJECTIF 1

ELIMINER L'EXTREME PAUVRETE ET LA FAIM

TROIS CIBLES ONT ÉTÉ RETENUES DANS LE SUIVI DE CET OBJECTIF : ELLES SONT RELATIVES À LA RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ, L'EMPLOI POUR TOUS ET LA RÉDUCTION DE LA FAIM ET DE LA MALNUTRITION DES ENFANTS.

CIBLE 1A: RÉDUIRE DE MOITIÉ, ENTRE 1990 ET 2015, LA PROPORTION DE LA POPULATION DONT LE REVENU EST INFÉRIEUR À UN DOLLAR PAR JOUR

CIBLE 1B: ASSURER LE PLEIN EMPLOI ET LA POSSIBILITÉ POUR CHACUN, Y COMPRIS LES FEMMES ET LES JEUNES, DE TROUVER UN TRAVAIL DÉCENT ET PRODUCTIF

CIBLE 1C: RÉDUIRE DE MOITIÉ, ENTRE 1990 ET 2015, LA PROPORTION DE LA POPULATION QUI SOUFFRE DE LA FAIM



CIBLE 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour (1.25 dollar)

Peu des progrès ont été réalisés dans la lutte contre la pauvreté monétaire à Madagascar depuis l'année 1990. La proportion des personnes pauvres dans la population totale a augmenté passant de 70 % en 1993 à 76,5 % en 2010. 94,4 % des habitants d'Androy sont pauvres contre seulement 54,4 % de ceux de Diana. On voit, dans ces conditions, combien il sera difficile de réduire de moitié la proportion des personnes pauvres à Madagascar d'ici à l'horizon de 2015.

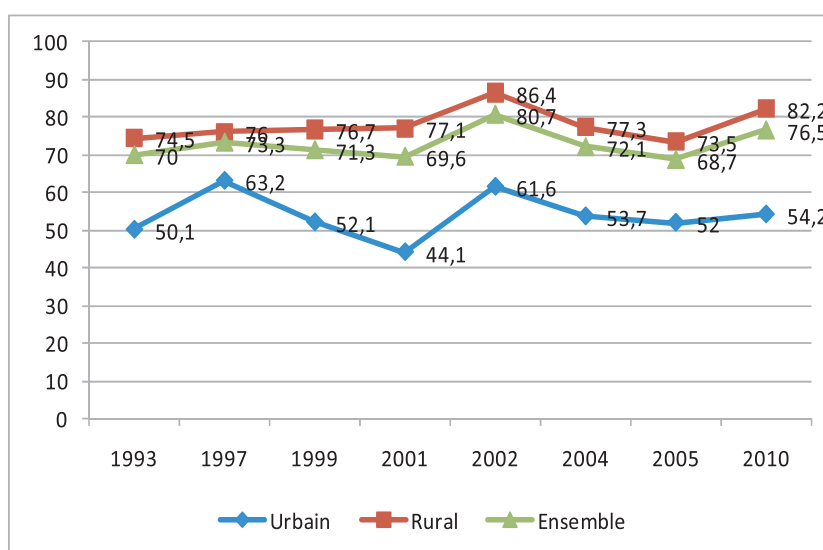
La pauvreté varie à Madagascar selon la taille du ménage et le sexe du chef du ménage. 21,2% des ménages composé d'un seul individu sont pauvres contre 92,9 % des ménages comprenant 10 personnes et plus. On compte moins de ménages pauvres dirigés par un homme (76,4%) que ceux qui sont placés sous l'autorité d'une femme (77,3%).

La pauvreté ne cesse d'augmenter

En 2010, l'enquête périodique auprès des ménages (EPM) révélait que 76,5% des individus vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire, ce qui correspondait à une population estimée à plus de 15 millions de personnes sur un total de 20 millions d'habitants

Comme l'illustre le graphique 1, la pauvreté a évolué de manière cyclique au cours de 20 dernières années à Madagascar. En outre, au lieu de s'atténuer, elle s'est au contraire aggravée.

Graphique 1 : Evolution du taux de pauvreté monétaire de 1993 à 2010



Source : INSTAT

Cette aggravation de la pauvreté est due entre autres aux différentes crises politiques que connaît le pays de manière cyclique depuis de 2001. En effet, après avoir passé sous la barre de 70% en 2001, le taux de pauvreté a augmenté pour s'établir à 80,7% en 2002. Depuis 2003, un climat emprunt d'apaisement régnait sur l'ensemble du territoire malgache. Le pays en a retiré des substantiels dividendes dans son combat contre la pauvreté dont le taux est redescendu à 68,7% en 2005. Malheureusement, il s'en est suivi un retournement des tendances dans les années qui ont suivi. Le niveau de pauvreté a de nouveau progressé pour atteindre le taux de 76.5%.

La pauvreté touche davantage les personnes qui vivent en milieu rural. La pauvreté est plus ressentie en milieu rural (82,2%) qu'en milieu urbain (54,2%). De plus, depuis l'année 1993, l'écart entre le taux de pauvreté urbain et le taux de pauvreté rural se creuse au fil de temps. Il était de 28 points en 2010.

La pauvreté est inégalement répartie selon les régions. Les régions du pays sont inégalement touchées par la pauvreté. On compte plus des personnes pauvres dans des régions du sud que dans celles du nord. Dans les

régions de DIANA et Analamanga 54,5% des habitants sont pauvres contre 90% à Atsimo Atsinanana et Vatovavy Fitovinany.

Les petits et les moyens paysans sont les plus touchés par la pauvreté. La pauvreté touche particulièrement trois groupes socioéconomiques : les petits exploitants agricoles (87,4%), les pêcheurs (86,7%), les moyens exploitants agricoles (80,7%). Les cadres supérieurs sont les moins affectés par ce phénomène avec un taux de 35,8%.

La pauvreté affecte aussi bien les ménages dirigés par une femme que ceux dirigés par un homme. Néanmoins, si dans l'ensemble les ménages dirigés par une femme sont plus touchés par la pauvreté (77,3%) que ceux qui sont dirigés par un homme (76,4%), cette différence n'est pas significative et dans 12 régions sur 22 du pays, la proportion des ménages pauvres dirigés par un homme est plus élevée que celle des ménages pauvres placés sous l'autorité d'une femme.

Les pauvres sont devenus encore plus pauvres, comparativement à l'année 2005 comme l'atteste l'intensité de la pauvreté qui passe de 26,8% en 2005 à 34,9% en 2010. L'intensité de la pauvreté, est de 21% dans le milieu urbain contre 38% en zone rurale.

La pauvreté extrême

Un peu plus de la moitié (56,5%) de la population vit dans la pauvreté extrême⁵. Cela représente plus de 11 millions de personnes (62,1% en milieu rural contre 34,6% en milieu urbain). Celle-ci varie de 28,9% à Analamanga à 84,9% à Androy. Elle affecte plus les ménages dirigés par les femmes (58,8%) que ceux dirigés par les hommes (56,1%) et varie selon les catégories socio-économiques. Seuls 13,5% des ménages des cadres moyens ou agents de maîtrise sont pauvres à Madagascar contre 69,5% des ménages des petits exploitants agricoles.

En considérant la proportion de la population vivant avec moins de 1.25 dollar (PPA) par jour, il apparait que 71.6% de la population sont touchés par l'extrême pauvreté (48.3% en milieu urbain et 77.3% en milieu rural).

Persistance des inégalités

L'écart de pauvreté mesure le déficit de revenu de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté (il s'agit de l'écart entre le revenu de la personne pauvre et le seuil de pauvreté). La croissance économique et la réduction des inégalités dans la répartition du revenu national réduisent la profondeur de la pauvreté.

Le total des écarts au seuil national de pauvreté à Madagascar est de 3 298 milliards Ar (montant nécessaire pour qu'il n'y ait plus de pauvre), représentant environ un cinquième du PIB du pays en 2010.

Les inégalités dans la répartition du revenu national persistent. Les plus pauvres consomment toujours moins que les plus riches mais les écarts s'estompent. La part de la consommation des 20% les plus pauvres dans la consommation nationale a toujours été inférieure à 10%, 7,3% en 2005 et 6% en 2010. La consommation des 20% les plus riches représente 52,8% et 47% de la consommation totale privée respectivement en 2001 et en 2010. La consommation des 20% les plus riches est huit fois supérieure à celle des 20% les plus pauvres. La consommation annuelle par tête de la région d'Analamanga (627800 Ar) représente trois fois celle de la région d'Androy (198000 Ar)

Au regard des tendances observées, l'objectif de réduction de moitié de la pauvreté ne sera pas atteint. De grands efforts devraient être consentis pour inverser la tendance à la paupérisation de la population.

Contraintes et défis face à la réduction de la pauvreté

Les effets combinés des conflits et des chocs externes comme la récession économique de 2008-2009 et les crises alimentaire et énergétique, ont entraîné la réduction des revenus des paysans qui se trouvent confrontés à des difficultés de commercialisation de leurs produits et à la faible productivité agricole.

⁵ La pauvreté extrême est définie comme une situation dans laquelle vit un individu qui possède un niveau de consommation agrégée en dessous du seuil alimentaire (n'ayant pas la possibilité d'accéder au panier alimentaire minimal fournissant 2133Kcal/jour, évalué à 328 162 Ar/an). In EPM 2010.

La crise a aussi entraîné des pertes d'emplois directs et indirects dues à la fermeture de certaines entreprises du secteur secondaire. Néanmoins, même sans les crises, la politique mise en œuvre par le gouvernement malgache n'aurait pas permis de réduire significativement la pauvreté, en dépit d'une croissance significative enregistrée avant 2009.

Le pays fait face à plusieurs défis pour réduire l'extrême pauvreté et la faim : i) persistance de la crise politique qui crée un climat d'incertitude et de méfiance qui décourage l'investissement productif, ii) politique économique peu redistributive, iii) vulnérabilité du pays face aux chocs externes et internes, iv) forte prévalence du sous-emploi, et faible productivité du travail v) exigüité des terres dans le milieu rural où vit la majorité de la population et des pauvres conjugée à une faible productivité, vi) insuffisance de connaissances/compétences et de capacités des travailleurs notamment agricoles, vii) forte dépendance du pays vis-à-vis des appuis extérieurs et notamment de l'aide.

Recommandations

Il s'agit de i) mobiliser les ressources internes notamment pour le développement rural, ii) régler le problème d'accès à l'eau, iii) renforcer les capacités des agriculteurs, iii) améliorer la capacité de gestion des risques et des catastrophes naturelles qui anéantissent les espoirs des paysans en détruisant leurs actifs productifs ainsi que leurs récoltes, v) mettre en place une politique de protection sociale pour sécuriser les plus démunis et les plus vulnérables, qui sont souvent les premières victimes des chocs économiques et naturels, v) améliorer la sécurité rurale, vi) désenclaver les localités situées dans l'hinterland pour favoriser les échanges commerciaux et offrir de nouvelles fenêtres d'opportunités aux paysans agriculteurs par l'élargissement des marchés de leurs biens.

CIBLE 1B: Assurer le plein emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif

La cible relative à l'emploi, qui prévoit de fournir un emploi productif et décent à tous rencontre de sérieux obstacles et ne pourra pas être atteinte en 2015. L'emploi informel domine, avec son lot des problèmes : précarité, absence de couverture sociale et de réglementation, faiblesse et volatilité des rémunérations et des revenus. Le sous-emploi lié à la durée du travail qui touche un quart des travailleurs (20.3% chez les hommes et 35.1% chez les femmes). La pauvreté est telle qu'un quart des enfants de 5 à 17 ans ont exercé une activité économique en 2010, 26,2% chez les garçons et 23,2% chez les filles.

Tendances et inégalités dans le domaine de l'emploi

La population malgache est jeune. Les moins de 16 ans représentent 49% des habitants. La proportion de la population active occupée et vivant avec moins de 1,25\$ par jour est de 67,4% (66,3% pour les hommes et 68,5% pour les femmes) en 2010. Le nombre total de personnes actives occupées est de 9,3 millions dont 4,7 millions d'hommes et 4,6 millions des femmes.

En 2010, la population active représentait 63,7% de la population totale malgache. Le taux d'activité des 15 à 64 ans a augmenté de 2005 à 2010 passant de 88,1% à 90,2%. Cette forte disposition à participer à l'activité économique est trompeuse car elle est en grande partie imputable au dynamisme du secteur informel dont on connaît le caractère précaire des emplois qu'il offre. En outre, elle cache un taux élevé de sous-emploi (durée du travail inférieur 35 heures par semaine) qui touche un travailleur sur quatre particulièrement dans les rangs des jeunes et des femmes. La situation de sous-emploi inadéquat (salaire horaire inférieur au minimum admis) touche 42% des actifs occupés. L'ampleur de ce phénomène est une des principales causes de la gravité et de l'étendue de la pauvreté à Madagascar.

La diminution de la capacité d'absorption du marché du travail consécutive à la crise économique et aux troubles sociopolitiques a occasionné la baisse du niveau de l'emploi salarié et conséquemment, l'augmentation du nombre d'emplois précaires particulièrement dans la capitale.

Le secteur primaire (agriculture, élevage, pêche, sylviculture, cueillette) est celui qui emploie le plus grand nombre d'actifs, soit 80% des emplois à Madagascar. Sur l'ensemble du pays, 7% d'emplois sont pourvus par la branche d'activité commerce. Celle-ci a créé 17% d'emplois dans le milieu urbain en 2010 contre 14% en 2005. En effet, suite à la fermeture de certaines entreprises (conséquences de la crise sociopolitique), les travailleurs ayant perdu leur emploi ont pour la plupart exercé des activités dans le commerce. Seuls 3% de la main-d'œuvre exercent un emploi dans le secteur public. En 2010, près de 44% des emplois créés étaient de type indépendant et la proportion des emplois salariés ne dépassait même pas les 10%.



La proportion des travailleurs indépendants et aides familiaux est de 90,5% (77.3% en milieu urbain et 93.5% en milieu rural), 88.0% chez les hommes et 93.0% chez les femmes en 2010.

Un peu moins de la moitié des emplois salariés, soit 46.9% (37.3% en milieu urbain, 53.5% en milieu rural) étaient occupés par des femmes en 2010.

Le ratio emploi/population mesure la capacité d'une économie à créer des emplois pour la population en âge de travailler. Ce ratio est passé de 35% en 2004 à 50,9% en 2010 (47,5% en milieu urbain et 51,8% en zone rurale, 52.5% pour les hommes et 49,3% pour les femmes).

Le taux de chômage chez les 15-54 ans était de 3,5% en 2010 contre 2,6% en 2005. La répartition spatiale des chômeurs montre que le chômage est un phénomène essentiellement urbain. Il touche 7,6% des actifs en milieu urbain contre 3,0% en milieu rural. Ce sont les jeunes qui sont les plus frappés par le chômage à Madagascar où près de 1,5 jeunes âgés de 15-24 ans sur 10 (14%) en milieu urbain est à la recherche d'un emploi.

Principaux goulots d'étranglement, défis et contraintes

Les principales contraintes à la réalisation du plein emploi (niveau d'emploi qui serait associé à un taux de chômage naturel) sont liées à : (i) la faiblesse du niveau d'instruction et de formation, (ii) l'insuffisance d'offre d'emplois, (iii) l'insuffisance d'emplois qualifiés qui contraint les jeunes diplômés au chômage, (iv) la faible capacité de l'économie à créer de nouveaux emplois.

Recommandations

Dans le domaine de l'emploi, les principaux défis à relever ont trait à : i) la mise en œuvre d'une véritable politique économique permettant aux couches les plus défavorisées d'accéder aux activités génératrices de revenus et à l'auto-emploi, ii) la promotion de l'accès des femmes et des jeunes à la formation ; iii) la poursuite des réformes en vue d'améliorer le climat des affaires, conditions nécessaire pour encourager les investissement et partant la création d'emplois.

CIBLE 1C : Réduire de moitié entre 1990 et 2015, la proportion de personnes qui souffrent de la faim



La réduction de moitié du nombre des personnes qui souffrent de la faim en 2015 rencontre de sérieux obstacles, principalement liés aux changements climatiques. La production agricole à Madagascar est tributaire des aléas du climat (cyclone, sécheresse, inondations, invasion acridienne...) alors même que les rendements des terres cultivées sont déjà faibles. Plus d'un tiers des Malgaches vivent dans une situation d'insécurité alimentaire. Les indicateurs de malnutrition demeurent préoccupants car trop élevés et ne régressent pas.

Tendances et inégalités dans le domaine de la sécurité alimentaire et de la nutrition des enfants

La sécurité alimentaire est une situation caractérisée par le fait que toute la population a, en tout temps, un accès matériel et socio-économique garanti à des aliments sans danger et nutritifs en quantité suffisante pour couvrir ses besoins alimentaires, répondant à ses préférences alimentaires, et lui permettant de mener une vie active et d'être en bonne santé.

D'après la FAO, la sous-alimentation à Madagascar touche plus de 20% de la population : variant de 21% de 1990 à 28% en 2002 et est redescendue à 25% entre 2005 et 2007. En 2010, l'insécurité alimentaire affectait 35% des ménages ruraux malgaches, 48% étaient en situation de vulnérabilité tandis que 17% en situation de sécurité alimentaire. Le sud du pays est le plus affecté par la pénurie alimentaire avec un taux de 68% des personnes insuffisamment nourries, l'Ouest avec 44,7%, la côte est à 42,6%. Cette situation serait le résultat du ralentissement des activités économiques et ses conséquences sur l'emploi et le revenu ainsi que de la hausse des prix des produits alimentaires. De plus, les paysans font face aux aléas climatiques, aux catastrophes et cataclysmes naturels tels que cyclone, sécheresse, inondation, famine, invasion acridienne.

La malnutrition persiste

En 2010, la situation nutritionnelle des enfants était caractérisée par une malnutrition aigüe de 5,4% et un retard de croissance de 35%. Les garçons sont plus affectés par la malnutrition aigüe (6,2%) que les filles (4,6%). La malnutrition aigüe varie de 3,8% dans le nord à 7,1% dans le sud Ouest. La malnutrition chronique qui varie de 35% dans le nord ouest à 60% dans le centre du pays touche plus les garçons (51%) que les filles (42%).

Principaux goulots d'étranglement, défis et contraintes dans la réalisation de l'objectif de lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition

Les principaux goulots d'étranglement qui à la réalisation de l'objectif de l'atteinte de l'autosuffisance alimentaire à Madagascar sont notamment : i) l'extrême pauvreté de la population, ii) la crise économique globale et la crise sociopolitique qui ont entraîné la baisse des exportations malgaches et la contraction de l'aide publique au développement; iii) la faiblesse de la productivité agricole et les problèmes fonciers, iv) la faible mobilisation des ressources en faveur de l'agriculture, v) les difficultés pour les paysans d'accéder au crédit et aux intrants agricoles, vi) l'insuffisance de services d'encadrement des paysans agriculteurs.

Pour ce qui concerne la malnutrition des enfants, les principaux facteurs qui en sont à l'origine sont : (i) l'extrême pauvreté des parents, (ii) le faible niveau d'instruction des mères, (iii) les habitudes alimentaires inappropriées, (iv) les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Recommandations

La lutte contre l'insécurité alimentaire et la malnutrition à Madagascar passe par une augmentation du niveau de la production agricole, une amélioration des techniques de stockage et de conservation des produits agricoles, une réorganisation du circuit de commercialisation et de distribution des produits agricoles et la mise en place d'un système de veille alimentaire.

Les efforts visant à atteindre l'objectif de réduction de la faim se sont écartés de leur voie et le pays s'éloigne dangereusement de l'objectif fixé. Il est encore possible de parvenir à l'objectif de réduction de la proportion des personnes affectées par la famine d'ici à 2015. Mais il faudra pour ce faire stimuler/encourager la production agricole et instaurer un système de protection des enfants contre les maladies et la malnutrition par l'extension des interventions de l'Etat et des partenaires de développement en leur faveur : ouverture des cantines scolaires, création des centres de récupération nutritionnels, travaux HIMO. .



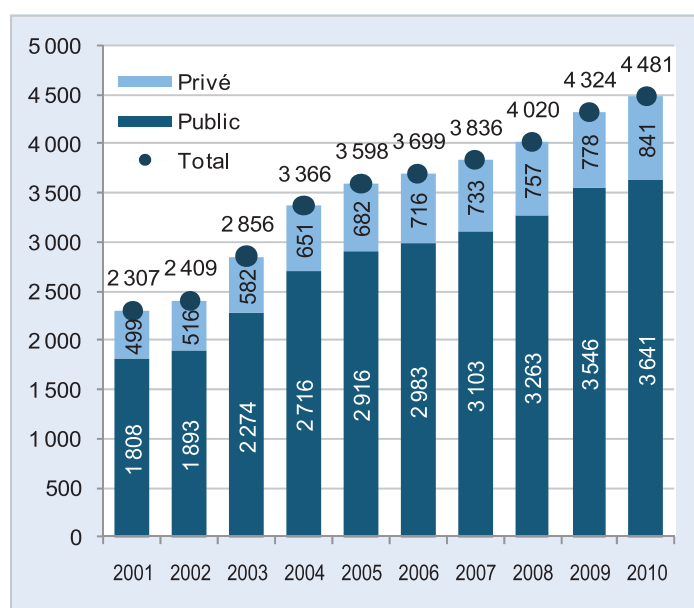
OBJECTIF 2

ASSURER L'EDUCATION PRIMAIRE POUR TOUS

CIBLE 2A: D'ICI À 2015, DONNER À TOUS LES ENFANTS, GARÇONS ET FILLES, PARTOUT DANS LE MONDE, LES MOYENS D'ACHEVER UN CYCLE COMPLET D'ÉTUDES PRIMAIRES



Graphique 2 : Evolution des effectifs des élèves du primaire entre 2000-2001 et 2009-2010 (en milliers)



Source : MEN (données provisoires, année scolaire 2009-2010).

En 2010, le taux net de scolarisation dans le primaire (TNS) sur l'ensemble du pays était de 73,4% dont 80,1% en milieu urbain et 71,9% en zone rurale. 72,4% des garçons et 74,5% des filles en âge scolaire étaient scolarisés la même année.

Ce taux masque des disparités selon les régions, puisque le TNS varie de 51% (Melaky) à 87.1% (Analamanga).

Le taux d'alphabétisation des personnes âgées de 15-24 ans est de 71.9% en 2010. 83.7% des citoyens contre 67.8% des ruraux savaient lire et écrire dans une langue quelconque en 2010. Il y avait plus d'hommes (74.9%) que des femmes (68.0%) capables de lire et d'écrire à Madagascar l'année 2010. Autres des disparités entre les hommes et les femmes, les villes et les campagnes, le Madagascar se singularise aussi, comme la plupart des pays en développement, par de fortes disparités de niveau de scolarisation net d'une région du pays à une autre.

De bons résultats en matière de scolarisation

Les résultats atteints par le système éducatif malgache depuis la mise en place du Plan EPT (Education Primaire pour Tous) sont révélateurs des progrès réalisés par le secteur dans le domaine éducatif. Ceux de l'année scolaire 2009-2010, quoi que provisoires, montrent que les effectifs des élèves inscrits dans l'enseignement primaire sont en nette progression d'année en année. En effet, les inscriptions dans ce cycle de l'enseignement ont dépassé les 4,48 millions d'élèves en 2009-2010 contre moins de 3 millions en 2002-2003 et de 2 millions en 1997-1998. Le secteur de l'enseignement primaire est essentiellement public. La part du secteur public exprimée en termes d'effectifs des inscrits dépassaient 81% en 2010 contre 78,4% en 2000-2001. Le graphique 2 ci-dessus illustre l'évolution des effectifs des élèves inscrits au premier cycle de l'enseignement fondamental depuis 2000-2001 à Madagascar.

Les taux de scolarisation dans le primaire et le second cycle de l'éducation fondamentale à Madagascar continuent de progresser d'année en année et se situent à des niveaux élevés traduisant une augmentation des capacités d'offre de son système éducatif. Pour l'année scolaire 2009-2010, les taux brut de scolarisation sont estimés à 131% dans le primaire et à 46% dans le second cycle de l'éducation fondamentale. Quant au taux net de scolarisation dans l'enseignement primaire, selon le MEN, il a augmenté en passant de 63 % en 1998-1999 à 86,8 % en 2007-2008. Cette hausse du taux de scolarisation a été accompagnée d'un accroissement du taux d'achèvement qui est passé de 30% en 2002 à 60,2% en 2007-2008.

La proportion des filles et des garçons scolarisés est relativement la même dans le pays, soit 51% des garçons contre 49% des filles. Cependant, des disparités de genre au niveau régional sont parfois observées en défaveur soit des filles, soit des garçons.

En Janvier 2008, dans la perspective d'une meilleure prévision du financement requis pour l'atteinte des objectifs de l'EPT, le Gouvernement a produit un Plan EPT révisé qui a été endossé par les Partenaires Techniques et Financiers (PTF). Sur la base de ce plan EPT révisé, une allocation de 85,1 millions USD du Fonds Catalytique de l'IMOA-EPT, couvrant une période de 3 ans (2009-2011), a été approuvée en faveur de Madagascar en Avril 2008⁶. Puis, en Mars 2009, était rendu public le Plan de Performance Triennal (PPT) 2009-2011 planifiant la mise en œuvre du plan EPT révisé au travers d'activités s'articulant autour de trois axes stratégiques suivants : (i) Amélioration de l'accès et de la rétention, (ii) Amélioration de la qualité de l'enseignement, (iii) Amélioration des performances institutionnelles.

Toutefois, en dépit des appuis dont a bénéficié Madagascar, le plan EPT révisé n'a pu être mis en vigueur à cause des problèmes politiques qu'il connaît actuellement. Ainsi, depuis 2009, les activités clés du plan EPT n'ont pu être réalisées selon le calendrier de mise en œuvre initialement arrêté. Dans le même temps, la plupart des PTF ont suspendu leurs financements alors que la crise politique a rendu difficile voire impossible la signature d'un nouvel accord de financement entre la Banque Mondiale et le MEN qui aurait permis le déblocage d'une somme de 85 millions USD attribuée à Madagascar par le Comité du Fonds Catalytique en 2008 pour la période 2009-2011.

La réalisation de l'objectif d'universalisation de l'école primaire a été ralentie par la crise sociopolitique en dépit d'une augmentation du nombre des inscriptions. Le taux net de scolarisation qui n'était encore que de 73,4% (72,4% pour les garçons et 74.5% pour les filles) montre que beaucoup restent encore à faire à Madagascar pour atteindre cet objectif. Le taux d'achèvement est à peine de moitié. Le niveau de scolarisation des enfants baisse progressivement à mesure que le nombre d'années d'études augmente. Dans le secondaire, le taux net de scolarisation est de 22,7% au collège et de seulement 6,3% dans les lycées. La baisse est encore plus prononcée dans le supérieur où il est à peine de 1.1%. Cette situation est expliquée par l'insuffisance des enseignants et la difficulté des parents d'élèves à payer les salaires des enseignants non titulaires (fonctionnaires) de la fonction publique.

Si l'accès à l'éducation primaire est amélioré grâce à l'introduction de l'EPT, les taux d'achèvement ont stagné au cours des dernières années

Impacts des crises

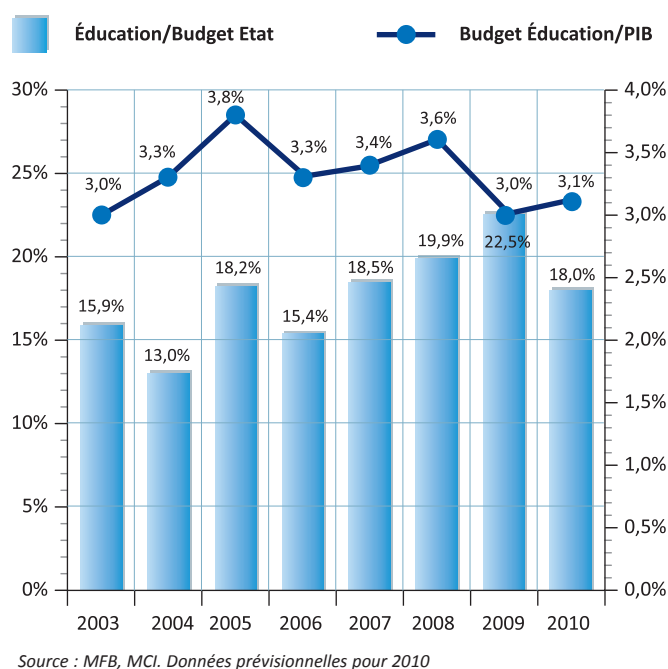
De nombreuses activités déjà programmées dans le secteur de l'enseignement ont été affectées par la crise politique et financière que Madagascar subit/traverse (la finalisation du nouveau programme scolaire, la production des manuels scolaires, la formation des enseignants, le programme de construction de nouvelles salles de classe, la mise en place de dotations financières supplémentaires-Fonds Catalytiques Locaux ou FCL-destinées à renforcer la capacité des entités déconcentrées, etc.).

Qui plus est, le Ministère de l'Éducation Nationale (MEN) a connu des changements structurels et des mutations de personnel. En outre, son budget a été réduit de 20% en 2009.

En dépit de la baisse du budget de l'Etat, l'effort public de financement de l'éducation a représenté 3.0% du PIB en 2009 contre 3.6% en 2008. Ainsi, les dépenses du secteur éducatif ont représenté 22.5% du budget de l'Etat en 2009 (24.4% des dépenses courantes et 16.6% des dépenses d'investissement) contre 19.9% en 2008.

⁶ L'endossement par les PTF du premier Plan National EPT a conduit Madagascar à recevoir une allocation totale 60 millions USD entre 2005 et 2008.

Graphique 3 : Part de l'éducation dans le budget de l'État et dans le PIB



Les réalisations de 2009 montrent qu'en dépit de la crise des finances publiques, la priorité accordée au secteur de l'éducation a été confirmée et consolidée. Toutefois, les données de la loi de finances 2010 montrent une baisse du poids du secteur de l'éducation dans le budget de l'État qui passerait à 18% globalement tout en représentant 24% des dépenses courantes publiques. Le graphique 3 ci-contre illustre cette évolution.

L'analyse des perspectives de financement des secteurs de l'EPT aboutit à une conclusion majeure, celle de la diminution des ressources allouées à l'éducation qui varie dans une proportion de 34% à 42% pour les ressources internes et de 25% pour les ressources externes.

Une évaluation réalisée par l'UNICEF indique que la réduction des ressources nationales allouées à l'éducation a entraîné une augmentation des coûts pour les parents. Dans les districts (ruraux et urbains, centraux et côtiers) de l'échantillon de l'étude, les coûts pour les parents ont augmenté de 30 % en moyenne. Jusqu'à présent, cela ne s'est pas traduit par une augmentation notable de l'abandon scolaire ou la diminution du taux de scolarisation. Toutefois, c'est un signal d'alarme pour que les fonds destinés aux écoles soient sécurisés afin d'éviter un transfert des coûts vers des parents de plus en plus vulnérables, et qui sont de plus, directement ou indirectement, touchés par la crise économique conséquence de la situation politique et des soubresauts de l'environnement économique mondial.

Bonnes pratiques

Un financement minimum est nécessaire pour préserver le système éducatif des risques d'abandons dans l'enseignement primaire, remettant ainsi en cause les résultats enregistrés par Madagascar dans le cadre de l'EPT et de l'atteinte de l'OMD2. Afin d'éviter des conséquences catastrophiques de la crise politique sur l'éducation et surtout dans les zones identifiées comme vulnérables, les PTF ont ainsi recherché des alternatives pour pouvoir débloquer tout au moins une partie de la nouvelle allocation de 85.1 millions de USD du Fonds Catalytique de l'IMOA-EPT (EFA-FTI). La proposition des PTF locaux d'utiliser 15 millions USD et de désigner l'UNICEF comme entité de supervision a été approuvée au mois de Novembre 2009 par le Comité du Fonds Catalytique de l'IMOA-EPT.

La situation politique et économique reste critique à Madagascar et, face à cet état de choses, il importe que le pays puisse bénéficier du reliquat d'allocation de fonds (49 millions USD après une réduction due à la perte de l'année 2009) afin de pouvoir poursuivre la mise en œuvre des activités clés du plan endossé, visant l'atteinte des Objectifs de l'EPT.

En conséquence, le Plan d'Action EPT 2010-2012 a été développé en étroite collaboration entre les PTF et les agents techniques du Ministère de l'Éducation Nationale, et repose sur une analyse de l'expérience vécue depuis le début de la crise en 2009, sur la base des données disponibles afin de relever à la fois les opportunités et les contraintes pour la poursuite de la mise en œuvre du Plan EPT. L'objectif demeure d'identifier, à partir d'une vision éclairée de l'état de l'éducation nationale, les activités réunissant les meilleures chances de succès dans le contexte présent et aptes à bénéficier du financement de l'IMOA-EPT.

L'objectif premier dudit Plan d'actions est de préserver les acquis laborieusement construits dans le secteur de l'éducation fondamentale depuis le lancement du Plan EPT en 2005 et qui permettaient en 2007 d'estimer que Madagascar était en voie d'atteindre l'OMD2. Ces acquis se trouvent en effet menacés dans le contexte actuel que traverse le pays. Le financement du Plan d'actions 2010-2012 reprend les mêmes principes énoncés et approuvés lors de l'endossement de Plan EPT, qui concernent notamment les options suivantes : i) 25% des ressources internes sont consacrées à l'éducation ; ii) 70% du budget de l'éducation sont consacrés à l'enseignement fondamental.

Le fait que les PTF et le MEN aient réussi à joindre leurs efforts pour élaborer un plan d'action ajusté pour l'EPT, prenant en compte le nouveau contexte, est susceptible de permettre l'afflux supplémentaire des fonds des bailleurs, en particulier de l'EPT-IMOA, pour appuyer la continuité des progrès vers les OMD relatifs à l'éducation à Madagascar. En fait, avoir un plan d'action convenu facilitera les progrès dans de nombreux domaines où l'action a été difficile depuis le début de la crise, puisqu'il y a eu confusion, manque d'une vision claire et même des contradictions flagrantes entre les différentes décisions et actions de la part du MEN. La capacité des partenaires de l'éducation à s'unir pour parvenir à un consensus a été en grande partie motivée par l'existence d'une allocation de l'IMOA dont le pays a plus que jamais besoin et l'accord entre toutes les parties, que ces ressources ne pouvaient pas être perdues.

Conclusion

Si en 2008, les tendances ont montré que Madagascar était sur la bonne voie d'atteindre l'OMD2, la crise dans laquelle elle s'enlise montre qu'il est peu probable que cet objectif sera atteint. Néanmoins, la résolution de celle-ci, notamment la mobilisation de ressources importantes pour l'éducation pourra amener le pays à s'en rapprocher.





OBJECTIF 3

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

CIBLE 3A : ELIMINER LES DISPARITÉS ENTRE LES SEXES DANS LES ENSEIGNEMENTS PRIMAIRE ET SECONDAIRE D'ICI À 2005 SI POSSIBLE ET À TOUS LES NIVEAUX DE L'ENSEIGNEMENT EN 2015 AU PLUS TARD



Cible 3A: Eliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard

Vu les progrès certes limités mais combien prometteurs réalisés par le pays depuis 2004, les Objectifs du Millénaire pour le Développement sont si importants pour l'avenir même du pays qu'on ne saurait s'en écarter malgré les effets néfastes sur l'économie nationale des divers chocs externes et internes que subit le pays. Au contraire, il est plus qu'urgent d'accélérer leur réalisation avec l'attention particulière qu'ils méritent.

L'objectif 3 " Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes " est potentiellement atteignable pour Madagascar. Depuis 1999, les efforts déployés à l'échelle nationale pour promouvoir l'éducation pour tous semblent payés comme l'atteste l'évolution du taux brut de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire qui progresse et passe respectivement de 106,7% à 128,8%, soit une hausse de 20,7%, entre 1999 et 2008. La proportion des filles et des garçons scolarisés est quasi-égale avec un taux moyen de 96 filles pour 100 garçons (Tableau 2). L'égalité des sexes dans le secteur de l'éducation pourra être une réalité à Madagascar à l'horizon de 2015 ; mais la parité entre les sexes à tous les niveaux de l'enseignement n'est pas pour demain. En effet, de 1999 à 2010, l'indice de parité entre les sexes (IPS) varie de 0,96 à 0,98 pour le niveau primaire, de 0,96 à 0,90 pour le niveau secondaire et de 0,84 à 1,19 pour l'enseignement supérieur. Ainsi, il est essentiel de consolider et de poursuivre les efforts axés sur l'éducation primaire, d'assurer la rétention des élèves et étudiants à tous les niveaux d'éducation et de favoriser l'accès des filles aux formations technologiques pour leur permettre d'accéder à des emplois décents et suffisamment rémunérés en vue de promouvoir leur autonomie, de participer activement au processus de développement du pays en s'impliquant effectivement dans la vie politique au niveau local et national. Par ailleurs, il est plus qu'urgent de réaffirmer la volonté politique nationale de promouvoir l'égalité des sexes dans le domaine de l'emploi et de favoriser davantage l'accès des femmes aux ressources productives et aux nouvelles technologies.

Tableau 2 : Nombre de filles pour 100 garçons scolarisés par niveau d'éducation

	Urbain	Rural	Ensemble
Primaire	90.2	99.9	98.0
Secondaire 1 ^{er} cycle	97.0	86.5	89.9
Secondaire 2 nd cycle	90.9	89.3	90.3
Supérieur	134.5	NSS	119.2
Ensemble	92.5	97.5	96.3

Source : INSTAT/EPM 2010 (NSS/ Non statistiquement significatif)

A Madagascar, l'égalité de genre est encore loin d'être acquise. Il n'empêche que des progrès ont été déjà réalisés en vue d'y parvenir. L'engagement soutenu en faveur des droits des femmes, illustré ces dix dernières années (1999-2008) par la croissance régulière de l'Indicateur sexospécifique de développement humain (ISDH) en apporte la preuve. L'ISDH de Madagascar est passé de 0,458 à 0,569, enregistrant une hausse de 24,2% due essentiellement aux efforts fournis par le gouvernement pour favoriser la scolarisation des filles et l'amélioration du revenu des femmes⁷, en dépit, il faut le signaler, de la baisse de l'ISDH en 2002 consécutive aux effets de la crise sociopolitique (PNUD; INSTAT, 2009). Ces progrès notables témoignent du degré d'engagement de l'ensemble des acteurs à promouvoir l'autonomisation des femmes.

Amélioration de la scolarisation des filles, mais évolution lente de la parité entre les sexes à tous les cycles de l'enseignement

Les réformes menées par le pays dans le secteur éducatif depuis la mise en œuvre du Plan Education Pour Tous (EPT) en 2003, ont porté leurs fruits. Elles ont notamment permis d'augmenter le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire, autant pour les garçons que pour les filles. En effet, le taux brut de scolarisation n'a

⁷De 0,481 en 2001, l'ISDH s'est réduit à 0,477 en 2002 pour remonter à 0,503 en 2003.

cessé de croître, passant respectivement de 109,3% à 130,2% (voir tableau 3 ci-dessous), enregistrant ainsi une hausse de 19,1% entre 1999 et 2008 (MEN, 2009). Cette performance est due aux retombées positives des efforts de sensibilisation en faveur de la scolarisation des enfants, du non redoublement et aux différentes mesures d'incitation prises, notamment, au profit des filles.

Tableau 3 : Evolution du taux brut de scolarisation des filles et des garçons dans l'enseignement primaire

	1999	2004	2008
Taux brut de scolarisation			
Fille	106.7%	116.9%	128.8%
Garçon	111.9%	125.1%	131.6%
Ensemble	109.3%	120.9%	130.2%

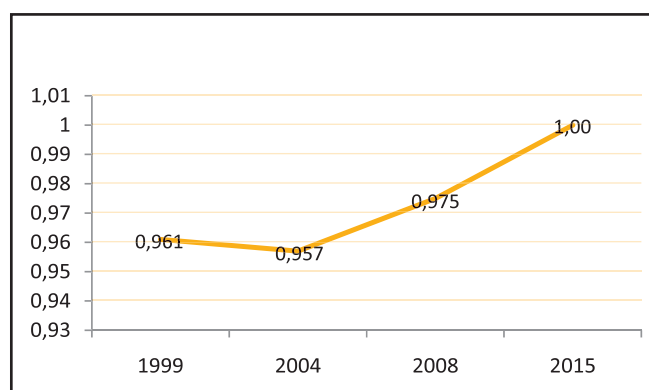
Source : *Annuaire Statistiques 1999-2008. MEN*

Le tableau 4 montre que l'accès des filles dans l'enseignement primaire s'est amélioré. Le taux brut de scolarisation (TBS) des filles est passé de 106,7% à 128,8% entre 1999 et 2008, soit une hausse de 20,7%,.

A Madagascar, la disparité entre les sexes au niveau primaire paraît légère avec des proportions qui tournent autour de 49% pour la scolarisation des filles contre 51% chez les garçons. Mais, l'évolution de la parité semble lente au regard des tendances évolutives de l'indice de parité des sexes (IPS), qui est passé de 0,96 en 1999 à 0,97 en 2008 (Cf. graphique 4).

En 2008, les régions d'Alaotra Mangoro, Amoron'i Mania, Analanjirofo, Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Diana, Atsinanana, Boeny, Betsiboka, Haute Matsiatra, Itasy, Melaky, Menabe et Sava affichaient un indice de parité des sexes dans l'enseignement primaire qui variait de 1 à 1,17⁸.

Graphique 4 : Indice de parité Filles/Garçons dans l'enseignement primaire



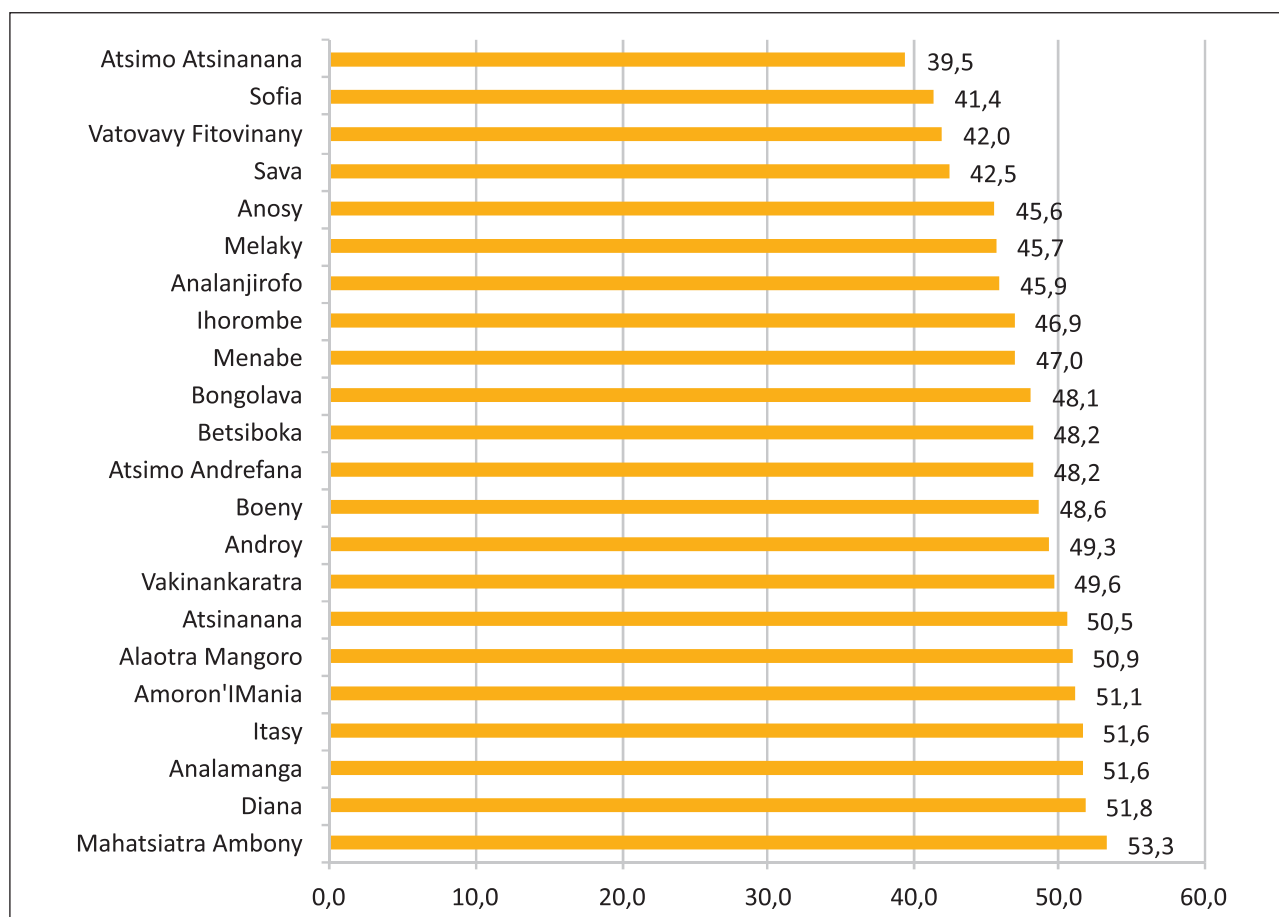
Source : *Annuaire Statistiques 1999-2008*

Autrement dit dans certaines régions du pays, on comptait en 2008 plus des filles scolarisées que des garçons de même âge. Pour la même année, la situation était plus préoccupante du point de vue de l'accès à l'école primaire dans les régions d'Analamanga, Atsimo Atsinanana, Bongolava, Sofia, Ihorombe, Vakinankaratra, Vatovavy Fitovinany, avec un IPS de 0,96⁹ (MEN, 2008-2009).

⁸Calculer par nous à partir des données de l'Annuaire Statistique 2008-2009 du MEN.

⁹Calculer par nous à partir des données de l'Annuaire Statistique 2008-2009 du MEN.

Graphique 5 : Proportion de filles scolarisées au niveau du secondaire selon les régions (en%)



Source : Annuaire Statistique MEN 2008-2009

Quant à l'accès au niveau secondaire, les filles sont pénalisées par rapport aux garçons avec un IPS stationnaire, de 0,98 entre 1999 et 2004, puis en dégradation entre 2004 et 2008, soit une parité filles/garçons respectivement de 0,98 et 0,96. En 2008, plusieurs régions se singularisaient par des disparités entre le nombre des filles et des garçons de même âge scolarisés. Il s'agit des régions d'Analanjirofo, Androy, Anosy, Atsimo Andrefana, Atsimo Atsinanana, Betsiboka, Boeny, Bongolova, Ihorombe, Melaky, Menabe, Sava, Sofia, Vatovavy Fitovinany.

Le pourcentage des filles scolarisées dans l'enseignement supérieur est passé de 45,8% en 1999 à 47,2% en 2008 ; ce qui correspond à une parité filles/garçons de 0,84 (1999) et 0,89 (2008). En dépit de l'ouverture des diverses formations professionnalisantes de courte durée, l'enseignement supérieur à Madagascar est confronté à des faiblesses saillantes, notamment en matière de politique d'orientation, de qualité, d'efficacité interne et externe et de gouvernance.

L'amélioration de la qualité de l'enseignement offert reste un défi à relever. Le taux de redoublement élevé à tous les cycles scolaires, aussi bien des filles que des garçons, est lié à la qualité de l'enseignement dispensé, indépendamment des facteurs exogènes. Néanmoins, les filles redoublent moins que les garçons dans tous les cycles de l'enseignement. Dans celui du primaire, le pourcentage moyen des redoublants, se situant à 20%, semblait encore élevé en 2008, même s'il a connu une baisse de 10 points entre 2004 et 2008¹⁰. Le taux de redoublement est de 19,6% chez les filles contre 21,3% chez les garçons dans ce même cycle. Au niveau du second cycle de l'éducation fondamentale, ce taux a connu une hausse entre 2007 et 2008, atteignant son niveau en 2004 qui était alors de 12%.

La scolarisation des filles au primaire et l'achèvement des études aux niveaux primaire et secondaire sont des facteurs structurels qui permettront à Madagascar d'assurer l'égalité de chance d'accéder aux emplois décentes et suffisamment rémunérés aux filles et aux garçons de même que de promouvoir la parité entre

¹⁰ En 2003-2004, le pourcentage moyen des redoublants était de 30% (MEN, 2009).

hommes et femmes. Il importe de signaler que l'accès au savoir permet aussi de revendiquer d'autres droits indispensables au plein épanouissement de la personne humaine comme par exemple les droits de participer à la vie économique et politique de son pays.

Progrès sensible de l'alphabétisation des femmes

Comme tous les pays en développement, Madagascar compte encore un grand nombre de ses habitants qui ne possèdent pas les compétences de base requises en lecture, écriture et calcul. Même si les résultats en matière d'alphabétisation semblent positifs et encourageants, les femmes de 15 ans et plus sont particulièrement touchées par l'illettrisme. Elles représentaient 40,7% des analphabètes en 2005 (INSTAT, 2005), contre 49,7% en 2001 (INSTAT, 2001), soit une baisse sensible de 18%.

Le Programme Conjoint relatif à l'Education Pour Tous initié en 1999 et le Programme d'alphabétisation spécifique " Alphabétisation Fonctionnelle Intensive pour le Développement " vulgarisé depuis 2004 qui cible les moins de 50 ans et les personnes volontaires, ont permis de réduire progressivement le taux de l'analphabétisme chez les adultes, qui est passé de 47 % en 2001 (INSTAT, 2001) à 28.6% en 2010 (INSTAT/EPM 2010). L'intégration, sur le plan institutionnel, de l'Alphabétisation et du Préscolaire au sein du Ministère de l'Education Nationale a été une étape décisive dans la coordination des actions visant à atteindre les objectifs et les résultats significatifs de l'EPT. L'amélioration de la couverture scolaire et de la rétention scolaire au niveau de l'enseignement primaire (le taux de rétention scolaire est passé de 32 % à 47% entre 2001 et 2005) (MEN, 2009) contribuera à terme à la réduction de l'analphabétisme.

Les activités d'alphabétisation des femmes, dont le principal objectif est de faciliter leur réinsertion professionnelle et scolaire, sont assurées par des organisations non-gouvernementales et des associations appelées Firmes. Ces organisations s'appuient sur une méthodologie qui se décline en trois axes de formation suivants :

- L'Alphabétisation Fonctionnelle Intensive axée sur le Développement ou AFID : apprentissage intensif pour les adultes visant leur insertion dans la vie active et communautaire ;
- L'ASAMA : Programme d'apprentissage des enfants et des adolescents de 12 à 15 ans, pour accès au CEPE et visant leur insertion en T.6 ou 6ème année de l'Education Fondamentale ;
- L'AMBOHITSORATRA : un programme d'apprentissage de lecture, d'écriture, de calcul avec les autres disciplines de l'Education Fondamentale pour l'insertion des enfants de 9 à 12 ans en 4ème année du primaire.

Persistance de la faible représentation des femmes dans les domaines économiques non agricole et politique

La faible participation de la femme au processus de développement est liée au caractère patriarcal de la société malgache, aux pratiques discriminatoires et stéréotypées en matière de genre, et la persistance de la pauvreté qui touche plus les femmes que les hommes (PNUD, et al., 2007). Le retard de la mise en application effective des textes favorables à l'égalité des sexes constitue un facteur négatif entretenant le phénomène de disparité entre les hommes et les femmes, malgré les progrès accomplis.

Dans le domaine de l'emploi, le taux d'activité des femmes de 15 ans et plus est passé de 77,4% à 86,6% entre 2001 et 2005 (PNUD; INSTAT, 2009). Cependant, les femmes ont difficilement accès aux emplois de qualité ; le pourcentage des femmes salariées dans le secteur non-agricole est de 46.9% en 2010 (INSTAT), 38,4% seulement des postes d'encadrement et de fonctions techniques de la fonction publique et du secteur privé sont détenus par les femmes et 47,3% des femmes actives se trouvent en situation d'emplois inadéquats contre 39,3% des hommes.

Dans la fonction publique, la disparité est assez importante car seulement 36,1% des agents de l'Etat sont des femmes contre 63,9% des hommes¹¹. En ce qui concerne l'entrepreneuriat féminin, les femmes chefs d'entreprises représentent (sont estimées à) 32% . En plus de leur sous-représentativité, elles sont

¹¹Source : Recensement des Agents de l'Etat 2009. Ministère de la Fonction Publique.

confrontées aux difficultés d'accès aux ressources productives comme la terre et le crédit ainsi qu'à leur contrôle.

Sur le plan politique, il est reconnu que la présence dans le paysage politique, des femmes ministres, parlementaires, maires, conseillers communaux, est un acquis significatif pour l'égalité de l'homme et de la femme (PNUD; Focus Development, 2003). Pourtant, la représentativité en nombre des femmes parlementaires reste stationnaire et faible ; en 2004, les femmes n'occupaient que 9,6% des sièges à l'Assemblée Nationale et au Sénat contre 10,6% en 2009.

Toutefois, il y a lieu de signaler que des progrès ont été déjà réalisés par Madagascar pour parvenir à une meilleure représentativité des femmes dans son parlement. Entre 1999 et 2008, le pourcentage des femmes députés malgaches a augmenté en passant de 5,6% à 9,4%. Au niveau de la région de la SADC, Madagascar se positionne à la treizième place sur quatorze pays pour ce qui concerne la représentativité de la femme au parlement.

La faible représentativité des femmes dans le domaine politique s'explique par de nombreuses pesanteurs qui les empêchent d'accéder à des postes de direction dans les partis politiques aussi bien de la mouvance présidentielle que de l'opposition politique. Seules deux femmes étaient à la tête d'un parti politique alors que le pays en comptait 47 en 2009¹². Ce qui dénote l'exclusion pernicieuse des femmes dans les mécanismes de prise de décision. Le manque de confiance en soi, la faiblesse de ressources financières devant l'importance des investissements pour les élections et l'insuffisance du réseautage des femmes réduisent leur motivation à se lancer dans une carrière politique.

Facteurs et bonnes pratiques ayant influencé la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

L'environnement juridique de Madagascar interdit toute forme de discrimination basée sur le sexe et garantit la pleine jouissance de tous les droits et de toutes les libertés fondamentales aux femmes au même titre qu'aux hommes. Le pays a souscrit à plusieurs engagements internationaux et régionaux en faveur de l'Objectif du Millénaire relatif à l'égalité des sexes dans le secteur éducatif et l'autonomisation des femmes, en ratifiant et en adoptant diverses conventions, résolutions et programmes, dont notamment :

- La convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW).
- La convention relative au droit de l'enfant consacrant l'égalité des droits des deux sexes.
- Le programme d'Action de Beijing.
- Le programme d'Action de la Conférence Internationale sur la population et le Développement (CIPD).
- Les Objectifs du Millénaire du Développement.
- Les Résolutions du Sommet Mondial pour l'Enfant en 1990, de la Conférence Mondiale sur l'Education Pour Tous en 1990, de la Conférence Panafricaine sur l'Education des Filles en 1993, de la Conférence Internationale sur l'Education en matière de Population, du Sommet des Chefs d'Etat de l'OUA en 1993.
- La charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique.

Pour affirmer les engagements pris, en réponse à ces instruments nationaux et internationaux, Madagascar s'est doté d'une Politique Nationale de Promotion de la Femme (PNPF) et d'une politique d'Education Pour Tous au début des années 2000 ainsi que d'une Politique Nationale de l'Emploi intégrant la dimension genre en 2004.

Par ailleurs, la prise en compte de la dimension " genre " a été renforcée dans le DSRP pour la période 2003-2006 ainsi que dans le MAP dans son Engagement 8 en 2007. Les principales stratégies, plans et programmes d'actions qui ont abouti à des réalisations sur terrain en matière d'égalité hommes/femmes et d'autonomisation des femmes sont le Plan d'Action National Genre et Développement (PANAGED) en 2003, le Plan National pour l'Education des filles (PANEF), le Plan Education Pour Tous depuis 2003 et le Programme National de Soutien à l'Emploi en 2006.

¹² Source : Ministère de l'Intérieur, 2009.

Découlant de ces référentiels nationaux, les mesures et actions menées concernent :

- l'augmentation des ressources financières et humaines dans la gouvernance du secteur éducatif,
- le renforcement des capacités dans le domaine de la législation,
- l'appui à l'entrepreneuriat avec une attention particulière accordée aux femmes afin de promouvoir l'emploi féminin et favoriser l'accès des femmes aux postes de gouvernance économique,
- l'accès des femmes aux services financiers grâce à la méthodologie Crédit avec Education,
- la sensibilisation des parents, la facilitation des conditions d'admission (prise en charge des frais de scolarité et obtention de copies d'acte de naissance), la dotation de kits scolaires, la construction de salles de classes, près de 2 000 infrastructures par an¹³, au profit des deux sexes,
- la fourniture du matériel pédagogique aux enseignants et l'augmentation du personnel éducatif, améliorant ainsi la rétention des élèves à l'école, notamment des filles,
- l'alphabétisation intensive des femmes,
- les réformes législatives¹⁴ et la vulgarisation des droits de la femme,
- l'harmonisation des concepts genre,
- l'intégration du genre dans les institutions et projets/programmes de développement,
- le renforcement des capacités des institutions en genre,
- la sensibilisation pour l'égalité des sexes¹⁵,
- la mobilisation des femmes dans les 22 régions sur leur participation à la vie politique,
- le renforcement des capacités des femmes leaders et le réseautage des femmes leaders et actives dans les domaines politiques, sociales et économiques¹⁶.

A travers ces actions, des bonnes pratiques développées par les autorités, appuyées par les partenaires au développement¹⁷, méritent d'être poursuivies et même renforcées pour soutenir les avancées notables dans les domaines de la scolarisation des filles, de la participation des femmes dans la vie économique et politique du pays. Il s'agit notamment :

Sur le plan de la scolarisation des filles et de l'alphabétisation des femmes de :

- la suppression des frais de scolarité et la distribution de kits scolaires aux élèves,
- la création des cantines scolaires dans des régions et localités vulnérables pour tous les élèves,
- la promotion de la stratégie " fille pour fille¹⁸ ",
- l'octroi des bourses pour la réinsertion des jeunes filles déscolarisées,
- l'octroi des bourses à des jeunes filles afin qu'elles puissent poursuivre leurs études au niveau secondaire,
- le développement d'un programme spécifique d'une année afin que les filles déscolarisées puissent se présenter à l'examen du Certificat d'Etude Primaire et Élémentaire (CEPE) et accéder à l'enseignement secondaire,
- la formation des responsables techniques des 22 régions et les partenaires sociaux de la Région Atsimo Andrefana et Vatovavy Fitovinany sur le cadrage et la conduite de l'alphabétisation.

Sur le plan de la participation des femmes dans la vie économique et politique :

- la réalisation de campagnes de sensibilisation pour une participation active et effective des femmes à la vie publique menées par les femmes Députées et Sénatrices,

¹³ En 2008-2009, environ 1 686 salles de classes ont été construites dans le cadre de la réforme et/ou réhabilitées pour cause de dégâts cycloniques. Les principaux partenaires financiers de Madagascar dans cette opération furent la Banque Mondiale, le Royaume de Norvège, la BAD, l'AFD, l'UNICEF, le BIT (Source : MEN., Avril 2009).

¹⁴ Loi n°95-017 du 25 août 1995 réprimant le tourisme sexuel ; loi n°98-024 du 25 janvier 1999 contre la prostitution et le trafic de personnes ; Loi n°2008-017 du 2 juillet 2008 autorisant la ratification de la convention sur la nationalité de la femme mariée ; Loi n°2007-022 du 20 avril 2007 fixant la majorité matrimoniale à 18 ans pour l'homme et la femme ; Loi n°96-009 du 9 août 1996, inscrivant des modifications des articles 336 à 338 du Code pénale, fixant la peine identique aux hommes et aux femmes en cas d'adultère.

¹⁵ Des supports médiatiques grands formats ayant été conçus et diffusés largement par l'UNICEF et l'UNFPA pour promouvoir l'égalité des sexes et ainsi encourager la scolarisation des filles et la parité hommes/femmes dans le secteur économique.

¹⁶ Vondrona Miralenta ho an'ny Fampandrosoana (VMLF); Réseau de Femmes Africaines Ministres et Parlementaires (REFAMP) Madagascar; Plateforme des femmes entrepreneures de Madagascar dénommée Entreprendre au Féminin Madagascar (EFAM).

¹⁷ Banque Mondiale, UNICEF, UNESCO, PNUD, PAM, UNFPA, AFD, USAID, ENDA, JICA, etc.

¹⁸ Stratégie d'entraide entre filles promue en 2003 à Madagascar par l'UNICEF, encourageant les enseignants à identifier les filles de première année primaire qui risquent d'abandonner l'école. Ces " petites sœurs " sont alors mises en relation avec une " grande sœur " de quatrième ou de cinquième année qui s'engage par écrit à s'occuper de sa jeune partenaire.

- la formation des femmes leaders (parlementaires, maires, chefs de régions) en leadership en 2007,
- le renforcement des capacités des femmes en politique qui encourage leur participation dans la sphère politique
- l'élaboration d'une note conceptuelle sur l'autonomisation des femmes en politique qui fournit un plan de relance de la féminisation de la vie politique dans les pays de l'Océan Indien comprenant des axes d'intervention et des activités bien ciblées
- l'élaboration d'un Plan d'Action national 2009-2013 pour la participation et la représentation accrues des femmes dans la conduite des affaires publiques à Madagascar¹⁹.

Sur le plan de lutte contre les violences à l'égard des fillettes et des femmes :

- la mobilisation de l'opinion publique sur la violence à l'égard des femmes, surtout les fillettes à travers la diffusion d'un film intitulé " Aina " en 2008, faisant apparaître les différentes formes de violence à l'encontre des femmes ainsi que la procédure à suivre pour saisir les autorités compétentes,
- la gratuité des soins et accompagnement psychosocial des victimes de violences, notamment le viol sous toutes ces formes,
- la sensibilisation nationale contre le tourisme sexuel sur des mineurs avec l'implication du parlement,
- la mise en place des Brigades des mœurs et de la protection des mineurs dans les grandes villes du pays classées zones rouges,
- le renforcement des compétences des agents de polices sur différents aspects de la violence à l'égard des femmes, à savoir : l'identification, les enquêtes, la poursuite des trafics de personnes, les droits fondamentaux de l'enfant, les techniques d'accueil, d'écoute et d'audition des victimes de maltraitances,
- la mise en place des centres d'écoute et de conseils des victimes de violence, notamment les femmes, dénommés " Trano Aro Zo " et " Foibe MIFOHAZA " dans la capitale et quelques régions²⁰
- la mise en place d'un réseau national multisectoriel regroupant la Police Nationale, le Ministère de la Justice, le Ministère de la Santé, les associations, les ONG et Centres œuvrant dans la protection des droits des femmes, pour favoriser la collaboration dans la lutte contre la violence basée sur le sexe.

Sur le plan institutionnel, le pays a créé une Direction pour la Promotion du Genre relevant du Ministère de la Population qui assure la coordination des stratégies de promotion de la dimension genre ainsi qu'une Direction des Droits Humains²¹ au sein du Ministère de la Justice qui est en charge de la diffusion et de l'application des droits des citoyens. Au niveau régional, des unités régionales assurent la mise en œuvre des stratégies .

Principaux facteurs entravant la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

De manière générale, divers facteurs exogènes et endogènes à l'école sont défavorables à l'accès et à la présence prolongée des filles à l'école. Mais, leur intensité varie d'une région à une autre en fonction des valeurs socioculturelles et du niveau de développement économique et infrastructurel. L'on relève entre autres :

- Sur le plan socioculturel et économique : (i) l'incapacité financière et matérielle des parents à subvenir aux besoins scolaires des enfants, souvent au détriment des filles qui sont jugées seulement aptes à tenir les rôles de femmes au foyer, (ii) le mariage précoce des filles considéré comme norme sociale dans beaucoup de régions du pays, en dépit des réformes législatives sur la majorité matrimoniale fixée à 18 ans pour l'homme et la femme, (iv) la forte différenciation des rôles masculins et féminins dans les familles ou dans les successions, (v) l'exploitation sexuelle des adolescentes dans les grandes villes à l'origine des grossesses précoces qui conduisent à leur exclusion de l'école, (vi) l'émancipation précoce

¹⁹ Vondrona Miralenta ho an'ny Fampandrosoana (VMLF) ayant été appuyée par l'Ambassade du Royaume de Norvège et l'Institut Electoral d'Afrique Australe (EISA) dans l'élaboration de ce plan d'action qui s'est inspiré du protocole de la SADC sur le genre et le développement, ratifié par Madagascar en 2008. Le plan d'action ayant pour objectif d'accélérer l'intégration et la participation active des femmes, de l'ordre de 30% en 2012 et 50% en 2015, dans les postes de prise de décision.

²⁰ Structures fournissant une prise en charge psychosociale aux femmes victimes et leur proposant des appuis quant aux procédures à suivre, notamment à Antananarivo, Mananjary, Manakara, Taolagnaro, Farafangana, Manjakandriana, Toamasina, Amboasary Sud, Ambovombe, Androy, Mahajanga, Fianarantsoa ; les principaux partenaires du pays étant l'UNFPA et le PNUD.

²¹ Décret n° 2008-438 du 5 mai 2008.

des enfants (surtout les jeunes filles des régions du nord et du sud du pays) à la demande de leurs parents pour qu'ils puissent subvenir à leurs propres besoins scolaires et extra scolaires.

- Sur le plan pédagogique : (i) le maintien et le renforcement des stéréotypes sur les femmes dans les manuels scolaires, qui présentent les diverses professions comme réservées soit aux hommes, soit aux femmes et/ou tendent soit à minimiser soit à passer sous silence de nombreux acquis des femmes dans leurs combats pour l'égalité de sexes, (ii) la faible intégration de l'égalité de genre dans l'enseignement du fait de l'insuffisance de formation sur le sujet et le manque de directives pour sa mise en œuvre par les enseignants, (iii) la reproduction des rôles stéréotypés dans le partage des tâches et des activités scolaires à l'école par les enseignants qui favorisent souvent les garçons et découragent les filles.
- Sur le plan infrastructurel : (i) l'éloignement des établissements scolaires pour les deux sexes, mais particulièrement pour les filles qui provoque les problèmes d'insécurité, de logement et de conditions physiques, (ii) la qualité des infrastructures scolaires ne favorisant pas la sécurité des élèves, surtout celle des filles, (iii) la gêne causée par les équipements et matériels scolaires aux filles (hauteur des tableaux, dimension des bancs, absence de sanitaires réservés aux filles ou sanitaires non appropriés aux filles, absence d'eau potable).

Madagascar doit encore déployer d'importants efforts pour promouvoir le droit à l'alphabétisation pour tous les citoyens. Dans le pays, les activités d'alphabétisation souffrent de l'absence d'un système de suivi et d'évaluation efficace et pérenne et d'une politique éducative claire et cohérente dans le secteur informel.

Parmi les obstacles qui entravent la participation effective des femmes dans les affaires politiques et publiques, l'on relève surtout le faible niveau d'éducation des femmes malgaches, la persistance des stéréotypes quant aux rôles dévolus aux femmes et aux hommes, la méconnaissance et l'application non effective des textes et des protocoles genre en général, l'insuffisance des moyens financiers et la faiblesse du réseautage des femmes pour les besoins des activités politiques.

Principaux défis à relever

Depuis 1999, les efforts déployés dans le secteur éducatif par le gouvernement, ses partenaires au développement, les enseignants et les communautés ont permis l'amélioration de la scolarisation des filles. Cependant, le pays n'a pas suffisamment assuré l'autonomisation des femmes, malgré les avancées obtenues à travers des réformes juridiques. De plus, l'égalité des sexes n'est pas une condition suffisante pour assurer l'autonomisation des femmes ; celle-ci exige autant pour les filles que pour leurs mères qu'elles puissent être protégées contre toutes les formes des violences, participer aux institutions, avoir accès aux ressources productives et aux services sociaux, y compris ceux des soins liés à la santé génésique et autres maladies.

L'atteinte de l'OMD3 à Madagascar à l'horizon de 2015 paraît probable dans la mesure où, d'une part, l'accès à l'éducation est aujourd'hui ouvert sans discrimination pour les filles comme pour les garçons, mais d'autre part, les femmes participent encore peu aux processus de décision sur la vie nationale, comme mentionné dans le tableau 4 ci-dessous :

Tableau 4 : Degré de réalisation de l'OMD3

Cible	Situation de réalisation					Degré d'atteinte de l'objectif en 2015
	Indicateur	1999	2004	2008	OMD 2015	
Objectif 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes						Probablement
Cible 3.A - Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	Taux brut de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire	106.7%	116.9%	128.8%		
	Indice de parité entre les sexes dans l'enseignement primaire	0.96	0,95	0,97	1	
	Proportion des filles dans le primaire	49%	49.3%	49.2%	50%	
	Proportion des filles dans l'enseignement secondaire	49.5%	49.7%	48.9%	50%	
	Proportion des filles dans l'enseignement supérieur	45.8%	47.2%	47.2%	50%	
	Taux d'alphabétisation des femmes de 15 ans et plus	50.3% (2001)	55.5%	68.0% (2010)		
	Proportion des femmes salariées dans le secteur non-agricole		10.7%	46.9% (2010)		
	Proportion des femmes députées	5.6%	6.3%	9.4%		
	Proportion des femmes sénatrices		15.6%	15.2%		
	Proportion des femmes parlementaires	5.6%	9.6%	10.6%		

Les principaux défis auxquels le pays doit faire face pour les 5 années à venir dans ses tentatives visant de réalisation de l'OMD3 sont :

- l'atteinte de la parité entre les sexes (IPS égal à 1) pour les enseignements primaire, secondaire et supérieur,
- le renforcement de la qualité de l'enseignement à tous les niveaux,
- le maintien à l'école des filles et la poursuite des études jusqu'à leur achèvement,
- la densification de l'alphabétisation des adultes en particulier des pauvres et des groupes vulnérables,
- l'augmentation jusqu'à 30% en 2012 et 50% en 2015 de la proportion des femmes siégeant dans les instances de prise de décision et de conduite des affaires publiques,
- l'amélioration de l'accès des femmes aux ressources productives,
- l'application rigoureuse de la législation en vigueur relative à l'égalité de sexes.

Les acquis relatifs à l'OMD3 de ces dernières années risquent d'être réduits à néant à cause des effets négatifs de la crise politique que traverse le pays depuis le début de l'année 2009 ainsi que de ceux du changement climatique sur la santé de la population, le volume des emplois créés, la production des biens (et particulièrement les produits agricoles). Parmi les impacts actuels et attendus de la crise politique, l'on peut citer le recul de la scolarisation et l'accroissement de la déperdition scolaire dus à la baisse des revenus des ménages entraînée par la perte d'emploi et l'isolement économique du pays ainsi qu'aux réductions budgétaires drastiques consécutives à l'arrêt de l'aide publique au développement à Madagascar. Certes, le budget alloué au secteur de l'éducation est en augmentation ces dernières années mais reste encore insuffisant à tous les niveaux de l'enseignement²² au vu des besoins qu'il est censé couvrir.

Les enjeux multiples engendrés par le changement climatique nécessitent une réponse structurée et équilibrée en terme de politique nationale en matière de développement et sur le plan de la prise en charge et de l'organisation au niveau communautaire ; l'état avancé de la déforestation, l'exploitation irrationnelle des ressources naturelles, la hausse de la température, le tarissement des cours d'eau constituent des facteurs de risque importants pouvant bouleverser davantage la vie communautaire et les activités économiques en défaveur des femmes et de la parité.

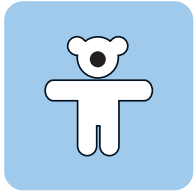
²² La part des dépenses du secteur éducatif (du Préscolaire à l'Enseignement Supérieur et Alphabétisation) ayant représenté 16,7% du budget de l'Etat en 2008 contre 13,1% en 2004 (MEN, 2009)

Recommandations

Dans le cadre des perspectives de consolidation des acquis et de levée des goulots d'étranglement et de l'amortissement des effets des chocs externes et internes, des pistes de solutions sont proposées, sous forme de recommandations pour accélérer la tendance vers l'égalité de sexes et la parité dans le système éducatif et les instances de décision politique, comme suit :

- Poursuivre les réformes institutionnelles, administratives et économiques visant à améliorer les conditions d'accès au social d'éducation, notamment par la suppression des frais scolaires pour les filles, la mise en place des cantines scolaires, l'octroi des bourses et des allocations, surtout aux filles du niveau du secondaire des familles vulnérables et aux lauréates, plus particulièrement dans les régions caractérisées par une sous représentativité des filles par rapport aux garçons à l'école. C'est le cas notamment des régions suivantes : Analamanga, Atsimo Atsinanana, Bongolova, Ihorombe, Vakinankaratra, Vatovavy Fitovinany ainsi que dans les CISO considérés parmi les plus vulnérables.
- Poursuivre le travail de révision des manuels scolaires en vue d'y supprimer des images stéréotypées véhiculées dans les illustrations et les textes.
- Renforcer les efforts de recrutement des enseignants spécialisés et de préférence des enseignantes,
- Améliorer la disponibilité d'outils opérationnels intégrant suffisamment la dimension genre,
- Créer des infrastructures intégrant les normes de construction des écoles et la prise en compte des besoins spécifiques des filles, en matière sanitaires (sanitaires séparés et fermés pour les filles et les garçons), de mobiliers (taille et cache), de tableaux noirs (hauteur), de cour (clôture).
- Etablir comme directive nationale la désagrégation par sexes des données statistiques pour une meilleure prise en compte de la dimension genre dans le système de suivi et d'évaluation des indicateurs touchant le secteur éducatif.
- Prendre des mesures réglementaires en réponse aux engagements du pays dans la Charte Africaine en faveur du maintien des filles enceintes dans leur scolarité, notamment l'adoption d'un texte spécifique, sa diffusion et son application effective.
- Mener une enquête nationale sur l'ampleur de la violence à l'égard des fillettes et des femmes permettant d'orienter et de cibler des actions prioritaires, renforcer les actions de mobilisation de l'opinion publique et l'assistance aux victimes.
- Optimiser le renforcement des capacités des partenaires techniques dans d'autres régions pour promouvoir et conduire avec efficacité les actions d'alphabetisation.
- Promouvoir des actions de formation professionnelle qualifiante permettant d'améliorer l'employabilité des filles et des femmes.
- Favoriser l'accès des femmes à des emplois productifs et qualifiés, au crédit, à la propriété foncière ainsi qu'à la création d'entreprise et réduire les écarts de salaires entre les femmes et les hommes.
- Plaider pour l'adoption de budgets appropriés visant la mise en œuvre du Plan d'action national sur la participation des femmes à la prise de décision et à la conduite des affaires publiques. L'imposition d'objectif quantitatif, avec le profil requis, à inscrire dans les textes fondamentaux et législatifs du pays peut servir à accroître le nombre de femmes participant à la vie publique.
- Promouvoir la participation des femmes dans l'élaboration de stratégies efficaces visant à mieux faire face aux effets du changement climatique sur la vie nationale et communautaire, ainsi que dans la mise en œuvre des initiatives de réponse.

En définitive, l'amélioration du bien-être de la population par la réduction de la pauvreté, l'application effective des textes législatifs et les transformations réelles liées à l'amélioration du socle traditionnel et culturel de la société malgache et la stabilité politique durable renforceront certainement l'évolution vers l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et protégeront sans nul doute les femmes de toutes formes de discrimination et de violence.



OBJECTIF 4

REDUIRE LA MORTALITE INFANTILE

CIBLE 4A: RÉDUIRE DE DEUX TIERS, ENTRE 1990 ET 2015, LE TAUX DE MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS



Avant le début de la crise, Madagascar était en bonne voie pour atteindre l'OMD 4 sur la mortalité infantile, ainsi que l'OMD 6 sur les maladies transmissibles, en ce qui concerne le VIH/Sida et le paludisme, même si des efforts supplémentaires étaient nécessaires pour lutter contre la tuberculose. Concernant l'OMD5 l'amélioration de la santé maternelle est quasi stationnaire.

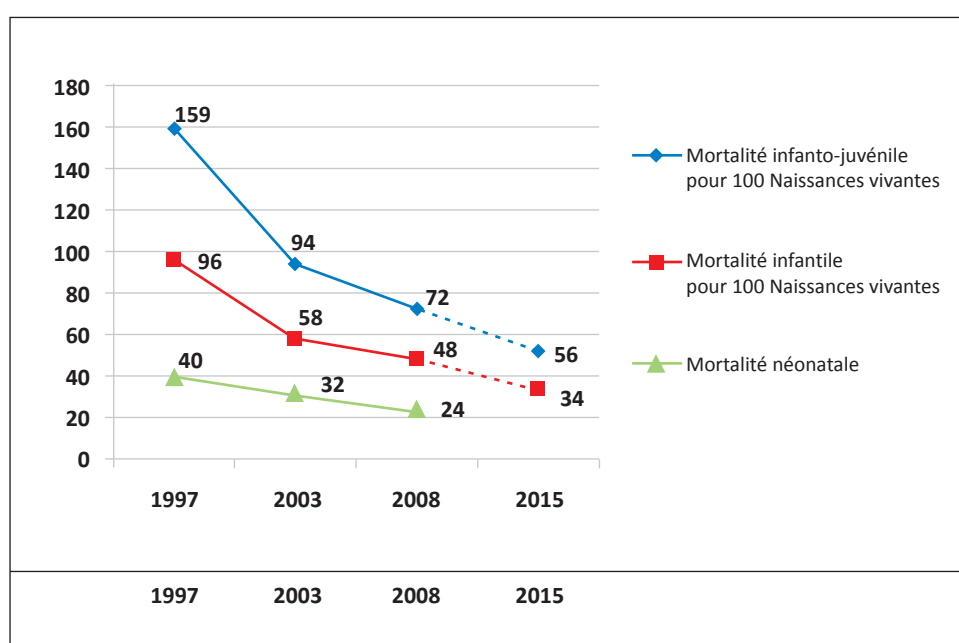
La crise politique qui sévit dans le pays a considérablement affaibli son économie ainsi que son système de santé. Le budget de fonctionnement (39,1 milliards d'Ariary) du secteur de la santé a été réduit de 23 % en 2009. La réduction de l'enveloppe de l'aide financière étrangère s'est répercutée sur le budget d'investissement du Ministère de la Santé qui dépend à 80% de cette source de financement. Cette situation affecte l'atteinte de l'OMD 8E qui est de rendre disponibles et abordables les médicaments essentiels à l'ensemble de la population.

De nombreux efforts ont été accomplis pour l'amélioration de la santé des enfants à Madagascar. Les indicateurs de santé des enfants de moins de cinq ans ont connu une nette amélioration comme le montre le graphique 6 .

Evolution encourageante de la santé infantile

Les données des dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS) mettent en évidence une tendance générale à la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans au cours des 10 dernières années comme l'atteste le graphique 6 ci-dessous.

Graphique 6 : Evolution du taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans pour 1000 naissances vivantes



Source : EDS II - III - IV

Le pays doit encore intensifier les efforts pour diminuer les taux de mortalité infanto-juvénile et infantile respectivement à 56 et à 34 mille naissances vivantes et ce faisant, répondre présent au rendez-vous de 2015.

Des disparités existent entre les régions, entre le milieu rural et le milieu urbain, entre les riches et les pauvres.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans varie considérablement, selon les caractéristiques socio-démographiques des ménages. Les risques de décéder des enfants de moins de cinq ans vivant dans un ménage du quintile le plus pauvre sont plus élevés que ceux des enfants de même âge qui vivent dans un ménage du quintile le plus riche. Le niveau de mortalité infanto-juvénile varie de 106 ‰ pour les enfants des ménages les plus pauvres à 48 ‰ pour ceux des ménages les plus riches.

Le tableau 5 montre l'évolution du taux de mortalité infantile et infanto-juvénile selon le profil socio-démographique de leurs parents géniteurs.

Tableau 5 : Evolution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans pour mille naissances vivantes selon les caractéristiques socio- démographiques des ménages

		MORTALITÉ NÉONATALE			MORTALITÉ INFANTILE			MORTALITÉ INFANTO- JUVÉNILE		
		EDS II	EDS III	EDS IV	EDS II	EDS III	EDS IV	EDS II	EDS III	EDS IV
Lieu de résidence	Zone rurale	41,3	36,7	24	105	75,6	55	173,8	120	84
	Zone urbaine	37,4	22,1	26	77,9	42,8	45	127,1	73,3	63
Quintile de bien-être économique	Quintile le plus pauvre	NA	43,1	26	NA	86,7	61	NA	141,8	106
	Quintile le plus riche	NA	19	21	NA	32,9	37	NA	49,4	48
Niveau d'instruction de la mère	Aucune instruction	40,4	45,2	23	124,2	96,5	58	197,1	146,9	97
	Secondaire et plus	28,5	23,2	20	63,5	43,6	39	104,7	65,4	54

Source : EDS II-III-IV

Le risque de mourir pour les enfants âgés de moins de cinq ans est plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (84 ‰ contre 63 ‰). Les résultats laissent apparaître des écarts de niveau de mortalité très importants entre les régions. C'est la région de Vatovavy Fitovinany qui se caractérise par le niveau de mortalité le plus élevé. Dans cette région, le risque de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans est estimé à 188 ‰ contre un minimum de 41‰ dans celle de Bongolava²³. Le taux de mortalité infantile varie selon le niveau d'instruction de la mère. Les enfants de moins de cinq des mères d'un niveau d'instruction faible sont plus exposés au risque de mourir avant leurs cinquièmes anniversaires (58 %) que ceux des mères de niveau d'instruction secondaire et plus (39‰)²⁴. Mais globalement, et quels que soient les caractéristiques sociodémographiques des ménages, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a considérablement diminué à Madagascar.

Principaux facteurs ayant contribué à la réalisation des résultats

Au niveau politique

Le pays a déployé des gros efforts qui lui ont permis de consacrer d'importantes ressources aux domaines prioritaires notamment ceux de la santé de la mère et de l'enfant, afin de réaliser les OMD. Ces efforts se sont traduits par le recrutement de nouveaux agents de l'Etat à partir de l'année 1997 et la réouverture des écoles pour paramédicaux en 1999. Dans les années qui ont suivi, la couverture sanitaire dans le pays a été améliorée. A titre d'exemple, le ratio médecins/population est passé de 1/6748 en 2001 à 1/4881 en 2008, celui des sages-femmes/femmes en âge de procréer (15-45 ans révolus) de 1/2621 en 2001 à 1/1715 en 2008²⁵ et enfin, le ratio CSB (Centre de Santé de Base) public/population est passé de 1/5748 à 1/5549 entre 2001 et 2008.

Les allocations budgétaires en faveur du Ministère de la Santé ont augmenté en termes réels au cours des cinq années (2004 à 2008) pour relever le défi de l'atteinte des OMD.

L'élaboration de la politique nationale de la santé de l'enfant en 2005 a permis de déterminer le paquet d'activités à haut impact pour l'amélioration de la santé des enfants.

L'institutionnalisation et l'harmonisation de l'approche communautaire, définies par la politique de la santé communautaire en 2008, permettront à court terme de suppléer à la carence en agents de santé surtout dans les zones rurales enclavées et éloignées.

La démarche vers une décentralisation plus avancée avec la mise en place des services techniques déconcentrés au niveau des régions²⁶ (2005) a été initiée.

Au niveau stratégique

Des interventions essentielles déclinées par niveau ont été instituées pour l'amélioration des résultats. Les campagnes nationales périodiques de SSME ont été instituées depuis Octobre 2006 pour atteindre les enfants

²³ Données de l'EDS IV

²⁴ Données de l'EDS IV

²⁵ Annuaire statistique du Ministère de la santé - Madagascar (2008)

²⁶ Politique Nationale de décentralisation et de déconcentration (PN2D)

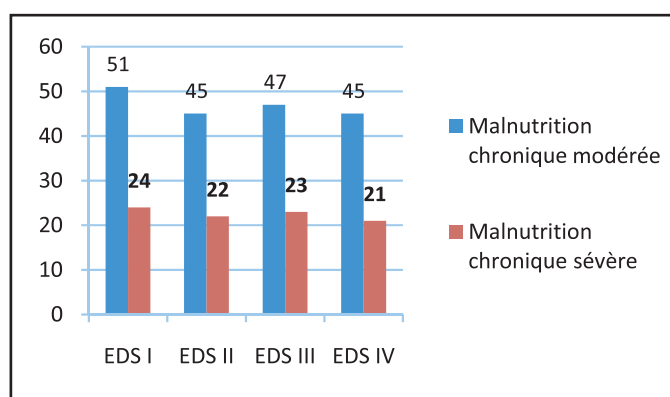
les moins accessibles par des interventions à haut impact et gratuites (Vitamine A, déparasitage, vaccination, MID, ACT, dépistage et prise en charge des enfants malnutris).

En matière de vaccination, la conjugaison des efforts et le renforcement de la vaccination de routine par la mise en œuvre des stratégies pour la réduction du nombre d'enfants non vaccinés, les activités de vaccinations supplémentaires (campagne de vaccination contre la rougeole en 2004 et 2007), l'introduction de nouveaux vaccins (HepB en décembre 2001, Hib en octobre 2006), le renforcement du système de surveillance des maladies cibles du PEV ont permis d'améliorer les résultats.

La proportion des enfants complètement vaccinés a augmenté de façon sensible et est passée de 36% (1997) à 52% (2008)²⁷.

Pour la malnutrition, la mise en place de structures de prévention et de prise en charge jusqu'au niveau communautaire, en collaboration avec les partenaires, a été entreprise depuis fin 2007. Malheureusement depuis 2009, suite à la crise sociopolitique, plusieurs sites communautaires et certains centres de récupération nutritionnelle ambulatoire et intensive éprouvent des difficultés financières qui les empêchent de fonctionner efficacement.

Graphique 7 : Retard de croissance par rapport à la médiane de la population de référence internationale du NCHS/CDC/OMS (%)



Source : EDS I-III-IV

Selon les résultats des EDS successives, le taux de malnutrition reste stationnaire. Le graphique 7 ci-contre présente l'évolution de la malnutrition, matérialisée par le retard de croissance chez l'enfant depuis l'EDS I à l'EDS IV.

La stratégie " Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant " PCIME introduite en 1998, a été renforcée en 2007. Les réalisations sont entre autre l'orientation des agents de santé sur les innovations dans la PCIME clinique et communautaire et l'intégration des nouvelles mises à jour dans le suivi formatif des agents de santé.

La généralisation de la prise en charge de la diarrhée par le SRO nouvelle formule et l'introduction du zinc dans le traitement, matérialisée par l'orientation des agents de santé ainsi que la dotation en intrants a été également réalisée.

La mise à disposition de l'ACT au niveau communautaire a été instituée pour assurer la disponibilité d'une prise en charge de proximité des cas de paludisme en milieu rural. La distribution gratuite de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MID) à travers des campagnes de masses conformément au plan stratégique d'élimination du paludisme a permis de lutter plus efficacement contre le Paludisme. En outre, la prise en charge des nouveaux nés au niveau communautaire a été intégrée dans 215 des sites PCIMEC existants.

²⁷ Données de l'EDS IV

Contraintes et goulots d'étranglement

Les principaux goulots sur la voie de la réalisation de l'objectif ont trait à l'accès insuffisant et inégal aux soins de santé, à la disponibilité des offres de services de santé, à l'utilisation et à la qualité de services fournis.

- Une baisse continue du taux des consultations externes des CBS (respectivement de 98,2% à 91,4% et de 59,7% à 52,2% entre 2006 à 2009 pour les enfants de 0 à 1 an et ceux de 1-4 ans²⁸) montre la non utilisation à bon escient des services existants au niveau des Centres de Santé de Base (SBS). En effet, la difficulté d'accès aux centres de santé est ressentie en milieu rural où 35% de la population vivent à plus de 10 Km d'un centre de santé le plus proche²⁹.
- Les coûts élevés d'accès aux services destinés à prendre en charge les enfants malades³⁰.
- L'indisponibilité dans certaines régions du pays des services essentiels pour les enfants tels la PCIME clinique et communautaire, les CRENAs et les CRENIs.
- L'allocation déficiente des ressources humaines et en particulier des médecins, sages-femmes, infirmiers, etc. La proportion écrasante des médecins (72%)³¹ qui opèrent dans les centres urbains prive les enfants et les femmes qui vivent en milieu rural d'accéder à des soins de qualité.
- La centralisation excessive des décisions et des financements ne favorise pas l'appropriation des interventions par les responsables périphériques et les communautés. Certains intervenants opèrent même directement au niveau communautaire, sans impliquer ni les responsables des régions ni ceux des districts, faisant parfois fi des besoins réels des communautés.
- Le système de suivi défaillant surtout en ce qui concerne les activités du secteur privé qui ne facilite pas le recueil et la gestion des informations.

Perspectives et meilleures pratiques pour l'atteinte de l'OMD4 en 2015

Les défis majeurs à relever par le secteur pour atteindre l'OMD sur la mortalité infantile consistent à mobiliser et à canaliser toutes les ressources disponibles vers de grandes interventions de moindre coût et à haut impact, en priorisant la population pauvre et celle en milieu rural d'une part, et d'autre part, à identifier et à mettre en œuvre des stratégies efficaces et pérennes pour stimuler l'utilisation des services jusqu'à la base du système.

Ainsi, le plus urgent est d'atteindre les enfants des parents pauvres et ceux vivant en zones enclavées par des offres de services de qualité, un continuum de soins assuré par un relais communautaire efficace.

A cet effet, les agences spécialisées des Nations Unies envisagent de continuer l'offre de paquet de services à haut impact et gratuit en direction des enfants et de toucher les enfants difficilement accessibles par les offres de service de routine.

La mobilisation des ressources potentielles dont le fonds GAVI a permis l'amélioration des résultats de la vaccination ; et de nouvelles ressources doivent être négociées. L'appui du Fonds Mondial (GFATM) dans la lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose et le paludisme constitue une opportunité à saisir étant donné la crise financière et politique existante. Une meilleure intégration des activités de suivi de la mise en œuvre des programmes faciliterait la mobilisation de nouveaux financements. Le Fonds Mondial pour la santé appuie également le plan d'élimination du Paludisme avec d'autres partenaires tels que le PMI et le SNU.

En plus, un document de plaidoyer en direction des autorités et des partenaires est en cours d'élaboration pour octroyer plus de ressources pour assurer la santé des mères et de leurs enfants.

De bonnes pratiques telles que la mise en place des sites de PCIME communautaire et les semaines biennuelles de santé de la mère et de l'enfant (SSME) sont à mettre en valeur et à pérenniser grâce à un financement conséquent des pouvoirs publics.

²⁸ Annuaire des Statistiques du Ministère de la santé de Madagascar (Années 2005-2006-2007-2008)

²⁹ Annuaire statistique du Ministère de la santé et du Planning familial, 2008

³⁰ Secteur de la santé : fixer les priorités pour être efficace, Maryanne Sharp et al.

³¹ Elaboration du plan de développement des ressources humaines pour le secteur santé Madagascar - 2005

Recommandations

Pour relever le défi d'atteindre l'objectif de réduire la mortalité infantile et infanto-juvénile respectivement à 34 % et 52% en 2015, certaines stratégies sont à renforcer ou à améliorer.

Ainsi, est-t-il urgent de :

- Mettre en œuvre la décentralisation effective en donnant aux SSD et aux DRS le pouvoir de prendre de décisions à leur niveau pour une meilleure appropriation des interventions. Mais l'assurance que les activités soient mises en œuvre effectivement exige que la prise de décision et des responsabilités se rapproche de la population ou des utilisateurs finals des services dans une véritable décentralisation, avec l'appui technique des agents de santé des communes et du district.
- Renforcer la mise en œuvre et la couverture des interventions de routine de qualité par la répartition équitable des ressources humaines, financières et matérielles en faveur des niveaux de mise en œuvre des interventions porteuses à financer progressivement sur le budget national.
- Mettre en œuvre la politique de la santé communautaire et passer à l'échelle les activités de PCIME communautaires dans les zones enclavées.
- Rendre fonctionnel le fonds d'équité au niveau des formations sanitaires publiques pour prendre en charge les enfants les plus démunis.
- Renforcer le suivi et la supervision des interventions mises en œuvre.





OBJECTIF 5

AMELIORER LA SANTE MATERNELLE

CIBLE 5A : RÉDUIRE DE TROIS QUARTS, ENTRE 1990 ET 2015, LE TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE

CIBLE 5B : ATTEINDRE D'ICI 2015, L'ACCÈS UNIVERSEL À LA SANTÉ PROCRÉATIVE



Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle

L'Objectif 5 " Améliorer la santé maternelle " semble difficile à atteindre par Madagascar d'ici à 2015. Le taux de mortalité maternelle augmente et atteint un niveau relativement élevé, soit un ratio de 498 pour 100 000 naissances vivantes en 2008 contre 488 en 1997. La diminution sensible du taux d'accouchement assisté par un personnel médical qualifié constitue également une préoccupation pour le pays. Les déficits au niveau de l'organisation et de la coordination des actions et des ressources budgétaires, l'enclavement des zones rurales, la qualité médiocre des services fournis par les formations médicales du fait des contraintes d'ordre institutionnel, humain et infrastructurel auxquelles elles sont confrontées sont autant de facteurs qui ne favorisent pas des progrès dans la lutte contre la mortalité maternelle. Par contre l'intensification des campagnes de sensibilisation aux contrôles des naissances, la baisse sensible du taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans et l'accès aux soins prénatals pour une maternité sans risque contribuent à l'amélioration de la santé maternelle. Parmi les mesures susceptibles de participer à la résolution de ces différents problèmes, il y a lieu de mentionner ici la disponibilité des services de santé génésique, des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence et de planification familiale plus accessibles aux femmes rurales et aux femmes pauvres.

A Madagascar, le risque pour une femme de mourir de suites des complications de grossesse ou de l'accouchement est de 1 sur 38 (EDS INSTAT, 2008-2009). La santé maternelle reste l'une des préoccupations majeures pour le pays car 10 femmes meurent par jour de suite des complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement (EDS INSTAT, 2008-2009). Pourtant, la grossesse est un état normal et physiologique qui ne devrait pas exposer la future mère au risque de décès et/ou occasionner des séquelles pouvant anéantir sa vie, perturber celle de son partenaire, de ses enfants et de ses parents, etc. L'amélioration de la santé maternelle est ainsi une des conditions préalables et essentielles du développement humain et de la réduction de la pauvreté à Madagascar.

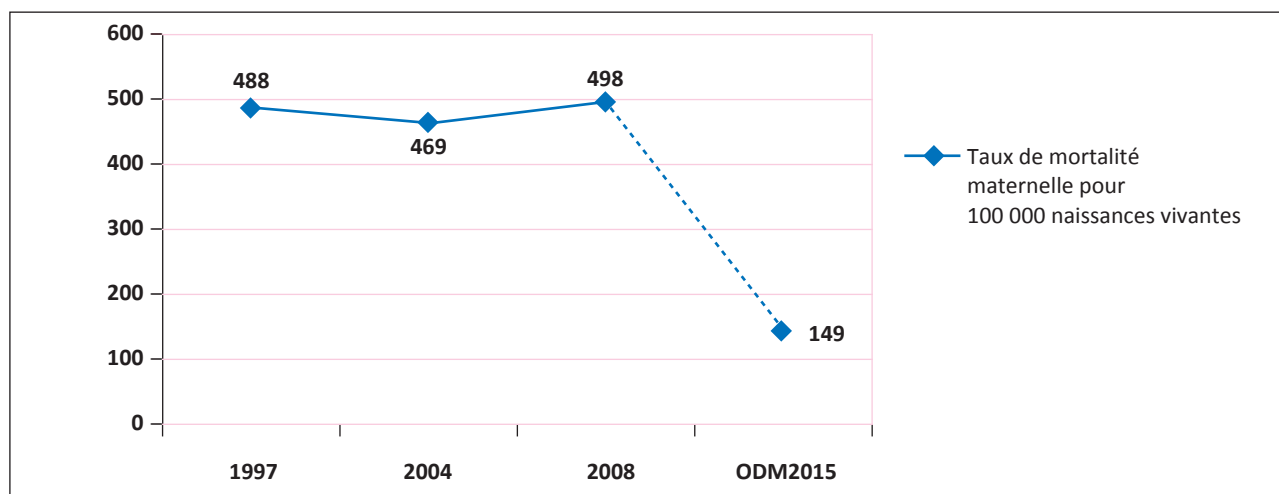
L'introduction de l'audit des décès maternels dans le pays au début de l'année 2010, en commençant par les grandes villes d'Antananarivo, Toliara, Mahajanga, Toamasina, témoigne de la volonté nationale avec les concours des partenaires au développement d'identifier les causes profondes et évitables des décès maternels.

Cette partie du rapport sur les OMD à Madagascar présente les tendances évolutives de la mortalité maternelle, les facteurs qui ont contribué à l'amélioration de la santé de la mère, les goulots d'étranglement dans l'atteinte de l'objectif du millénaire 5A ainsi que des mesures pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Faible réduction de la mortalité maternelle

Bien que plusieurs actions aient été menées dans le Pays pour améliorer la santé maternelle, nous constatons que le ratio de mortalité maternelle stagne depuis plusieurs années. Le graphique 8 indique le niveau et l'évolution du taux de mortalité maternelle à Madagascar de 1997 à 2008. Ce graphique montre que le taux de mortalité maternelle à Madagascar est élevé et a tendance à augmenter au fil de temps. Il est passé de 469 à 498 pour 100 000 naissances vivantes entre 2003 et 2008.

Graphique 8 : Evolution du taux de mortalité maternelle de 1997 à 2008



Source : EDS IV

En effet, quatre vingt-six pourcents (86%) de femmes consultent un professionnel de la santé au moins une fois pendant la grossesse mais seuls 49% font les 4 visites prénatales recommandées.

Quarante quatre pourcent (44%) de femmes reçoivent l'assistance d'un professionnel de la santé au cours de l'accouchement mais seuls (35%) de ces accouchements ont lieu dans les formations sanitaires.

Malgré une augmentation de 24 points de la prévalence contraceptive au cours des 16 dernières années (de 5% en 1992 à 29% en 2008), environ une femme sur les 4 (23%) qui ont besoin d'espacer ou limiter les naissances n'utilise pas encore de contraceptifs. Le taux de natalité chez les adolescentes bien qu'elle diminue progressivement reste encore à un niveau élevé.

La situation décrite ci-dessus justifie le besoin d'interventions agressives dans le domaine de la santé maternelle, notamment en ce qui concerne l'assistance par du personnel qualifié à l'accouchement ainsi que la prise en charge des urgences obstétricales.

Des inégalités entre zones urbaines et rurales et entre les riches et les pauvres.

L'analyse des indicateurs (tableau 6) montre que les zones urbaines ont bénéficié d'un plus grand nombre d'interventions dans le domaine de la santé maternelle que les zones rurales.

Tableau 6 : Inégalités d'accès aux activités de CPN, aux préventions du tétanos néonatal et aux différentes techniques d'accouchement selon le lieu de résidence de la parturiente et le niveau de vie

	Toutes CPN(%)	Quatre CPN(%)	Accouchements Assistés(%)	Opérations Césariennes(%)	Vaccination Antitétanique(%)
Capitale	95,6	77,6	87,1	8,2	74,0
Zone urbaine	94,7	70,5	81,6	5,7	80,1
Zone rurale	85,1	46,3	39,3	0,9	68,9
Quintile riche	97,2	NA	90,0	6,7	80,9
Quintile pauvre	72,9	NA	21,9	0,2	59,0
Ensemble	86,3	49,3	43,9	1,5	70,3

Source : EDS IV

Si en milieu urbain, plus de 70% des femmes enceintes bénéficient de quatre consultations prénatales, en milieu rural, elles ne sont plus que 46,3% à avoir consulté 4 fois un professionnel qualifié de santé avant leurs accouchements. Il en est de même pour les accouchements assistés par un personnel qualifié qui sont respectivement de 81,6% en zone urbaine et 39,3% en zone rurale³².

Les inégalités sont encore plus prononcées entre le quintile le plus riche de la population et le quintile le plus pauvre où les pourcentages des accouchements en présence du personnel qualifié et par césarienne sont respectivement de 90% et 6,7% contre 21,9% et 0,2%.

Des disparités existent aussi entre les régions pour ce qui concerne les activités préventives. Si 86% des femmes enceintes ont bénéficié de CPN pendant leur grossesse, elles ne sont plus que 65% pour la région d'Androy par exemple. En matière de ressources humaines, le ratio agents de santé pour 1000 habitants varie également de 1,63 dans les régions d'accès faciles à 0,25 pour les régions rurales et éloignées³³.

Pour ce qui concerne la prévalence contraceptive, il existe également des différences importantes entre riches (29,2%) et pauvres (17,6%), entre les femmes instruites de niveau secondaire (34,4%) et les femmes sans instruction (17,3%), et entre enfin, entre les zones urbaines (35,6%) et les zones rurales (28%)³⁴.

Principaux facteurs ayant pu contribuer aux réalisations des résultats

Depuis quelques années, avec l'appui des agences spécialisées des Nations Unies, une feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2005-2015 a été élaborée à Madagascar par le Ministère de la santé.

En plus, pour minimiser la barrière financière, des projets de mise en place de Fonds de Prise en Charge Universel de la santé des femmes enceintes et des enfants de moins de 1 an ont été expérimentés au niveau de trois régions³⁵. Bien que très intéressant pour résoudre les problèmes financiers rencontrés par les femmes enceintes, ce système est très difficile à répliquer car très coûteux.

En 2008, le gouvernement, appuyé par ses partenaires au développement, a décidé de doter les formations sanitaires publiques des Kits d'accouchement et Kits d'opérations césariennes destinés à prendre en charge gratuitement les accouchements et les opérations césariennes dans toutes les formations sanitaires. Dans le même temps, des agents de santé ont reçu une formation en soins obstétricaux et néonataux d'urgence. Les produits et méthodes contraceptifs sont également gratuits dans toutes les formations sanitaires publiques du territoire national malgache.

L'évaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) réalisée en 2009 par le Ministère de la santé publique et les agences spécialisées des Nations Unies a permis d'élaborer un plan opérationnel dont le but est d'améliorer la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement.

Malgré les efforts déployés au niveau politique et programmatique dans le but d'améliorer la santé maternelle, les résultats obtenus sont variables d'un programme à un autre. Les interventions en matière de santé maternelle³⁶ ont été menées à Madagascar avec des succès variables (Tableau 7).

Tableau 7 : Taux de consultations prénatales et d'accouchement assisté par un personnel qualifié

	1997	2003	2008
Taux de consultations prénatales (au moins 1CPN)	77,0%	80,0%	86,3%
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu 4 CPN	39,7%	39,9%	47,3%
Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié	47,0%	51,0%	44,0%

Sources : EDS II, III, IV

³² EDS IV 2008

³³ Elaboration du Plan de Développement des Ressources Humaines pour le secteur santé Madagascar - Mai 2006

³⁴ EDS IV 2008

³⁵ Un projet financé par la Banque Mondiale dans les régions de Boeni et Antsiranana et un autre financé par l'UNFPA à Toliara.

³⁶ Soins obstétricaux et néonataux d'urgence.

Certaines interventions ont connu des résultats appréciables. Le taux de Consultation prénatale a progressé de 77% en 1997 à 86% en 2008, tandis qu'un peu moins de 50% des femmes enceintes ont suivi les 4 CPN. Durant la même période, 47,4% des femmes ont reçu les deux doses complètes du vaccin antitétanique et 70,3% des naissances sont protégés contre le tétanos.

La vulgarisation de la Planification Familiale, initiée par le gouvernement, a amélioré le taux de couverture contraceptive pour les méthodes modernes passant de 10% en 1997, 18% en 2003 à 29,2% en 2008³⁷.

Contraintes et goulots d'étranglement

La réduction de la mortalité maternelle se heurte à des contraintes qui constituent autant de défis qu'il faut surmonter pour améliorer de façon efficace la santé maternelle.

Une accessibilité difficile aux soins en particulier en milieu rural

Plusieurs enquêtes récentes³⁸ révèlent qu'environ une personne sur quatre (23%) ayant souffert d'une maladie n'a pas cherché à se faire soigner aux centres de santé parce qu'elles ne pouvaient pas supporter les coûts des soins, tant en milieu urbain que rural. En effet malgré la gratuité des Kits accouchement et des Kits césariennes dans les formations sanitaires publiques, les parturientes doivent elles mêmes payer certains médicaments prescrits ainsi que les frais de transport depuis leurs domiciles jusqu'au lieu d'accouchement.

Une personne sur dix, vivant en milieu rural n'a pas cherché à se faire soigner aux centres de santé lorsqu'elles étaient malades à cause de grandes distances qu'elle devait parcourir pour atteindre le centre de santé le plus proche de son domicile, tandis que 4% ont avancé cette raison en milieu urbain.

La saison de pluies complique encore plus la situation car il est difficile voire tout simplement impossible d'atteindre à temps, pour une femme qui s'apprête à accoucher ou une personne qui a besoin des soins d'urgence, les formations médicales de référence.

Une pénurie aigue en ressources humaines

Un des facteurs limitant l'atteinte de l'objectif de réduction de la mortalité maternelle est sans nul doute l'insuffisance quantitative et qualitative des ressources humaines ainsi que leur mauvaise répartition spatiale. Le ratio actuel de 1,05 travailleur de santé pour 1000 habitants est nettement en dessous de la norme de 2,5 reconnue comme étant le seuil requis pour produire un impact significatif sur l'état de santé de la population³⁹. Pour résoudre ce problème, le Ministère de la santé publique a élaboré son plan de Développement des Ressources Humaines en 2005 mais ce plan n'est pas entré en application jusqu'à présent.

Parmi les 1338 sages-femmes dont dispose le pays, seules 45% sont déployées dans les centres de santé de base. Cette insuffisance de sages-femmes se ressent sur l'utilisation des services de CPN et d'accouchement dans certaines zones rurales où les femmes ne veulent pas être consultées par le personnel de santé de sexe masculin.

De plus, les agents de santé qualifiés pour assurer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (gynécologues, chirurgiens, anesthésistes, sages-femmes et infirmières) sont mal répartis et rechignent à travailler loin des grandes villes.

Des ruptures de stock de médicaments, d'équipements et de consommables en santé de reproduction

L'enquête d'évaluation de la sécurisation des produits de la santé de reproduction réalisée en 2009 a révélé qu'une infime partie des centres de santé de base dispose des médicaments utiles à la prise en charge des complications de la grossesse et au suivi de l'accouchement. Parmi ceux qui en disposent, on enregistre également 8 à 12% de ruptures de stock selon les produits et dont la durée varie entre 1,5 à 2,6 mois. Si dans l'ensemble la dotation gratuite en kits individuels d'accouchement a amélioré l'utilisation des services d'accouchements, en 2009 plusieurs formations sanitaires ont accusé une rupture de stock de ces kits⁴⁰.

Une mauvaise répartition en centres SONU sur toute l'étendue du territoire

Parmi les 3470 formations sanitaires (hôpitaux et centres de santé de base. existants, seulement 22 (0,6%) d'entre elles disposent d'un plateau technique pour offrir les soins obstétricaux et néonataux d'urgences.

³⁷ EDS IV 2008.

³⁸ Secteur de la santé : fixer les priorités pour être efficace, Maryanne Sharp et al. .

³⁹ Elaboration du Plan de Développement des Ressources Humaines pour le secteur santé Madagascar - Mai 2006

⁴⁰ Ministère de la santé- UNFPA : Enquête sur la sécurisation des produits de la santé de la reproduction

Ainsi la situation est loin du minimum recommandé par l'OMS qui est de 194 formations sanitaires SONU pour Madagascar.

La non fonctionnalité du système de référence/contre référence

Une étude menée en 2007, sur la référence et la contre référence des urgences obstétricales et néonatales, a révélé les problèmes et les contraintes limitant l'accès des femmes et des familles aux services de santé : (I) contraintes financières : faible niveau de revenus des ménages, coûts générés par les déplacements (transport et hébergement, achat de médicaments) ; (II) problèmes d'accessibilité géographique du fait de l'éloignement des centres de santé, la détérioration de l'état des route et l'absence de service régulier de transport motorisé.

La coordination/centralisation des interventions

La coordination trop centralisée ne donnant pas la latitude nécessaire aux cadres régionaux ne les encourage pas à prendre des initiatives au niveau local pour trouver des solutions adaptées au problème de la mortalité maternelle. A titre d'exemple, certains responsables régionaux ne connaissent même pas la teneur de la feuille de route pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Insuffisance d'informations sur les facteurs liés au décès maternels

Souvent ni les agents de santé, ni la population ne sont pas sensibilisés sur les facteurs liés au décès maternels. Les initiatives récentes, en matière d'audit des décès maternels constitueraient un bon outil pour obtenir ces informations et de surcroît, organiser une campagne de sensibilisation aux risques de mortalité maternelle.

Perspectives pour l'atteinte de l'OMD5 en 2015

Compte tenu du niveau d'indicateurs du taux de mortalité maternelle (TMM) actuel, il est peu probable que l'objectif puisse être atteint d'ici 2015. Néanmoins, la perspective d'amélioration de la santé maternelle pourrait être envisagée grâce à une synergie des efforts consentis par les partenaires.

En collaboration avec la Banque Mondiale et les partenaires de la santé, le gouvernement a rédigé une note politique qui décrit les priorités en matière de santé soulignant ainsi l'importance qu'il accorde aux interventions qui visent à améliorer la santé maternelle. Le renforcement de l'offre des soins obstétricaux et néonataux d'urgence et des services de planification familiale occupe une place importante dans cette note.

La mise en place du Service de l'Observatoire des Ressources Humaines (SORH) apporterait une amélioration à la gestion du problème de ressources humaines dans le secteur santé en général et de la santé maternelle et néonatale en particulière.

Recommandations

L'appropriation nationale du problème de santé maternelle et la prise de responsabilité à tous les niveaux serait la première condition de l'avancement vers le cinquième objectif du millénaire (OMD5). Les actions suivantes sont recommandées pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle :

- Rendre effective la décentralisation dans le cadre de la mise en œuvre des activités en vue de responsabiliser les autorités régionales et des districts,
- Améliorer la qualité des services par l'humanisation des soins maternels ainsi que par le renforcement de la supervision et du suivi de l'application des normes et procédures SR,
- Procéder à une analyse continue des facteurs liés aux décès maternels et institutionnaliser l'audit des décès maternels,
- Améliorer la compétence et la participation de la communauté et des familles à la prise en charge de la santé maternelle,
- Augmenter la demande des soins maternels et l'utilisation des formations sanitaires pour l'accouchement, à travers la mobilisation de la communauté, l'amélioration de la référence et contre référence, et la mise en place des mécanismes et/ou des moyens de transport adaptés,
- Mettre en place un système pérenne de réduction des coûts voir de gratuité des services de l'accouchement et des soins obstétricaux d'urgence en vue d'une amélioration de l'accessibilité notamment en zone rurale,
- Motiver les prestataires de soins surtout ceux des services de maternités et des blocs opératoires qui

pratiquent les accouchements et opérations césariennes.

Bilan mitigé des efforts tendant à réduire la mortalité maternelle.

A Madagascar, le ratio de mortalité maternelle reste globalement stable et affiche même une légère hausse de 2% entre 1997 et 2008 correspondant à une augmentation du nombre des décès des mères de 488 à 498 décès pour 100 000 (Cf. Graphique 8). Le pays se trouve ainsi loin d'atteindre l'objectif de réduction de la mortalité maternelle jusqu'à 165 100 mille naissances vivantes.

Toutefois, le gouvernement, soutenu par les partenaires au développement (OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, BAD, USAID, JICA), a intensifié les efforts visant à améliorer la santé maternelle ces 5 dernières années : promotion de la maternité sans risque et intensification de la planification familiale.

CIBLE 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universelle

Diminution sensible de l'accouchement par un personnel qualifié

Les femmes enceintes qui ont recours aux consultations prénatales et à l'accouchement assisté par un personnel médical qualifié peuvent éviter les décès maternels. En 2004, près de 51,3% des naissances ont eu lieu en présence d'un personnel soignant qualifié (EDS INSTAT, 2004), ce qui représente une nette amélioration par rapport au taux de 47,3% de 1997 (EDS INSTAT, 1997), soit une hausse de 8,4% (Tableau 8).

Toutefois, l'on observe une diminution alarmante du taux d'accouchements assistés par un personnel médical qualifié, qui est passé de 51,3% (EDS; INSTAT, 1997) à 43,9% entre 2004 et 2008 (EDS INSTAT, 2008-2009), soit une baisse importante de l'ordre de 14,4%. La situation s'explique principalement par la répartition géographique inégale du personnel médical en faveur des centres urbains, surtout en ce qui concerne le personnel qualifié. Le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié en milieu urbain a augmenté en défaveur du milieu rural, passant respectivement de 75,6% à 81,6% contre 45,9% à 39,3% pour la période 2004-2008 (EDS INSTAT, 2008-2009).

Une corrélation est établie entre le niveau des décès maternels et les conditions d'accouchement (EDS INSTAT, 2008-2009),

- la proportion de femmes du milieu rural accouchant dans des formations sanitaires est inférieure à celle des femmes du milieu urbain, soit 39% contre 67%,
- 31% des femmes de la Région d'Itasy ont accouché à la maison alors que cette proportion atteint 90% dans la Région de Vatovavy Fitovinany, ce qui explique le taux élevé de mortalité des mères dans cette région par rapport à l'ensemble du pays,
- seules 17,7% des femmes sans instruction sont assistées par un personnel qualifié lors de leurs accouchements contre 93,9% pour les femmes ayant les niveaux d'instruction primaire et secondaire,
- les femmes issues des ménages les plus riches accouchent plus fréquemment dans les établissements de santé que les autres ; 66,4% contre 17,7% chez les ménages pauvres par exemple,
- dans le pays, environ un accouchement sur deux intervient en présence d'une accoucheuse traditionnelle. En milieu rural, cette proportion atteint 52% et, dans la Région de Vatovavy Fitovinany, 77% des femmes enceintes accouchent avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle.

Evolution prometteuse de l'accès aux soins prénatals*

Le taux d'accès aux soins prénatals à Madagascar a progressé où la proportion de femmes ayant reçu, durant leurs grossesses, des soins prénatals est passé de 77% à 85% pour la période de 1997 à 2008, soit une hausse de 11,6% (Cf. Tableau 9) ; cela est essentiellement dû aux efforts entrepris par le gouvernement et ses partenaires dans le cadre de la maternité sans risque et de la densification de la planification familiale.

Tableau 8 : Taux de consultations prénatales

	1997	2004	2008
Taux de consultations prénatales	77,0%	80,0%	86,0%
Pourcentage des femmes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois	81,9%	80,6%	90,0%
Pourcentage des femmes ayant reçu des soins prénatals quatre fois et plus pendant leur grossesse	39,7%	39,9%	49,3%

Sources: EDS II. 1997; EDS II. 2003-2004; EDSMD IV. 2008-2009

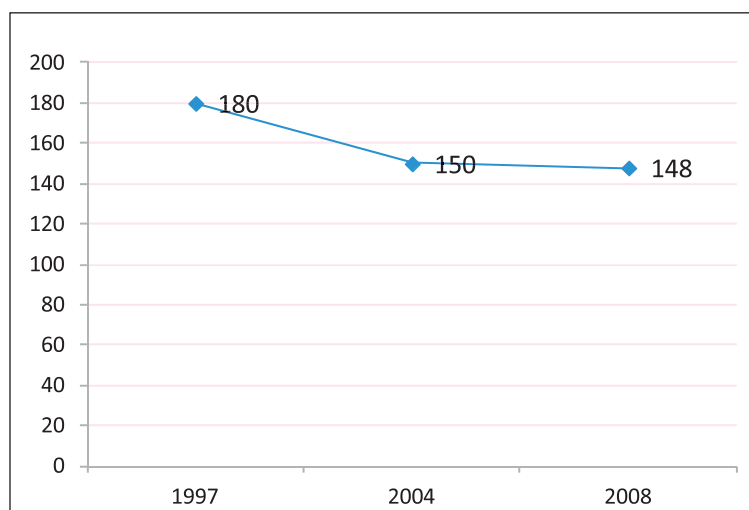
Même si dans l'ensemble, le recours aux consultations prénatales est en progression, des disparités existent et sont défavorables aux mères pauvres, moins instruites et résidentes dans des régions difficilement accessibles. Les mères sans instruction, ayant un niveau d'instruction primaire et pauvres accèdent difficilement aux soins prénatals que celles qui ont un niveau d'instruction secondaire et se trouvent dans le quintile le plus riche. 70% des femmes moins instruites et pauvres contre 95% des femmes instruites et non pauvres ont accès aux soins prénatals (EDS INSTAT, 2008-2009). Dans les régions d'Analamanga et d'Alaotra Mangoro, presque toutes les femmes enceintes ont reçu des soins prénatals, respectivement 96% et 97% ; par contre, 65% et 69% des femmes respectivement des régions d'Androy et de Melaky en ont peu bénéficié.

Le progrès dans l'accès aux consultations prénatales s'accompagne d'une amélioration de la fréquence des visites prénatales/ Les quatre visites recommandées par l'OMS sont plus fréquentes que les deux autres qui sont de 1 à 3 visites. En effet, 49,3% des femmes enceintes ont effectué les quatre visites en 2008 (EDS INSTAT, 2008-2009) contre 39,7% en 1997 (EDS NSTAT, 1997), soit une importante hausse de 24,1%. Toutefois, cette proportion est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural, où elle est respectivement de l'ordre de 71% et 46% (EDS INSTAT, 2008-2009).

Baisse progressive de la fécondité précoce chez les adolescentes de 15 à 19 ans

Le risque de souffrir ou de mourir de suite des complications post natales est plus élevé chez les adolescentes. Le taux de fécondité des adolescentes de 15 à 19 ans a diminué de manière progressive de 17,7% en passant de 180‰ et 148‰ entre 1997 à 2008 (Cf. Graphique 9). Ce taux reste tout de même élevé, ce qui place ainsi Madagascar comme un pays à fécondité précoce. Ces grossesses précoces ont des conséquences qui pourraient nuire, d'une part, à la santé de la jeune mère (risque de déchirures par immaturité des organes, risque de fistule génitale, complications de l'avortement et de l'accouchement, décès maternels), et d'autre part, à ses perspectives en matière d'autonomisation et d'opportunités économique et sociale. Les jeunes filles du milieu rural sont les plus touchées par la grossesse précoce que celles du milieu urbain. Ainsi, en 2008, le taux de natalité des adolescentes était de 74 ‰ en milieu urbain contre 164‰ en milieu rural (EDS INSTAT, 2008-2009).

Graphique 9 : Taux de natalité parmi les adolescentes entre 15 et 19 ans
(pour 1000 femmes)



Source : EDS IV 2008-2009

Augmentation soutenue de la prévalence contraceptive

A l'échelon national, bien de femmes et de jeunes veulent limiter ou espacer la maternité. Entre 1997 et 2008, la tendance de la prévalence contraceptive a connu une augmentation importante grâce à la politique d'intensification de la planification familiale menée dans le pays. Le taux de prévalence contraceptive parmi les femmes en union est passé de 19% en 1997, puis à 27% en 2003-2004 pour atteindre 40% en 2008-2009 (EDS INSTAT, 2008-2009). Parallèlement, le taux brut de natalité a diminué de 42,3‰ en 1997 (EDS; INSTAT, 1997) à 33,4‰ en 2008 (EDS INSTAT, 2008-2009).

Les différences de prévalence contraceptive sont importantes selon les milieux de résidence, soit 37% en milieu rural contre 54% en milieu urbain en 2008 (EDS INSTAT, 2008-2009).

Pour les méthodes modernes, leur taux d'utilisation est passé de 10% en 1997, puis à 18% en 2004 pour atteindre 29% en 2008 (EDS INSTAT, 2008-2009).

Tableau 9 : Taux de prévalence contraceptive pour les méthodes quelconques et taux d'utilisation des méthodes modernes

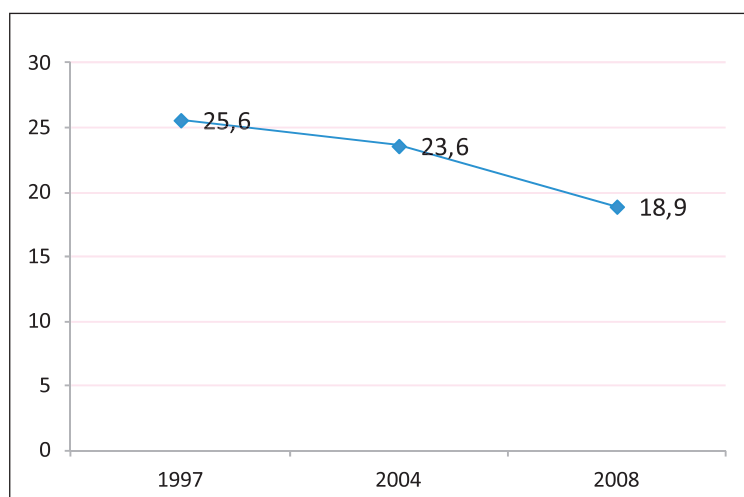
	1997	2004	2008
Taux de prévalence contraceptive	19%	27%	40%
Taux d'utilisation des méthodes modernes	10%	18%	29%

Source : EDS IV. 2008-2009

Corrélativement, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale⁴¹ parmi les femmes en union diminuent progressivement, passant de 25,6% en 1997 à 18,9% en 2008. Cette tendance positive est surtout favorisée par l'universalisation des sites PF accompagnée de la disponibilité des supports de communication et de produits aux niveaux de toutes les formations sanitaires publiques

La réalisation de l'OMD5 exige que toutes les femmes et tous les hommes bénéficient d'un accès à des choix contraceptifs abordables et acceptables à travers des services de qualité. Toutefois, l'écart entre le désir de contraception et l'accès aux méthodes reflète encore des inégalités selon les milieux et les régions.

Graphique 10 : Besoins non satisfaits en matière de planification familiale



Source : EDS IV 2008-2009

Avance notable en matière de politique de planification et de programmation dans le domaine de la sante maternelle

Depuis la Réunion du Groupe de Travail Régional sur la Santé de la Reproduction en 2003, l'engagement du pays a conduit à l'élaboration d'une Feuille de Route pour la période de 2005-2015 visant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

⁴¹ Proportion de femmes en union, non utilisatrices de la contraception alors qu'elles ont déclaré ne plus vouloir faire d'enfants (limiter les naissances) ou ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de leur prochain enfant (espacer les naissances)

A partir de l'année 2005, plusieurs instruments de planification et de mise en œuvre ont été développés, notamment la Politique Nationale de Santé en 2005, le Plan de Développement du Secteur Santé 2007-2011, le Plan Sectoriel en Planning Familial 2007-2012 ainsi que le Plan Stratégique de Sécurisation des produits de Santé de la Reproduction 2008-2012, qui répondent aussi aux résolutions des agendas internationaux et nationaux, notamment de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), de la Conférence de Beijing et de la souscription aux Objectifs du Millénaire pour le Développement, du Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (DSRP) et du Madagascar Action Plan (MAP) qui priorisent la santé de la mère et de l'enfant.

A Madagascar, la santé de la mère et de l'enfant dispose de l'appui conséquent des divers partenaires techniques et financiers⁴² issus des coopérations bi et multilatérales ainsi que des ONG. Ainsi, pour assurer la coordination des différentes interventions des partenaires dans le cadre de la santé de reproduction⁴³, le Ministère en charge de la Santé a créé spécialement une Direction du Partenariat. C'est ainsi que l'Etat avec les appuis des partenaires au développement a mené des actions autour des axes stratégiques majeurs de la Feuille de Route, notamment par :

- le renforcement du cadre politique de la santé de la mère et de l'enfant,
- l'amélioration de la qualité des services des soins maternels et néonataux,
- l'amélioration de la santé reproductive des jeunes,
- l'intensification du planning familial,
- le renforcement des capacités en soins obstétricaux néonataux d'urgence (SONU),
- le renforcement du système de référence sur place,
- l'amélioration de la communication sur les soins maternels et néonataux,
- l'amélioration des pratiques communautaires des soins des mères et du nouveau-né à domicile.

Quelques résultats et acquis ont été obtenus à la suite des activités réalisées, entre autres :

- la coordination des interventions dans le cadre de la santé reproductive,
- la disponibilité du document sur les normes et procédures en santé de la reproduction en 2006,
- l'institutionnalisation pour deux fois par an de la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant depuis 2006,
- la gratuité et la sécurisation des produits contraceptifs depuis 2007 (le taux de couverture contraceptive est passé de 10% en 1997 à 29,2% en 2008),
- la gratuité des opérations césariennes depuis 2007,
- la distribution gratuite des kits individuels d'accouchement (environ 515 301 kits en 2009) ;
- la dotation de kits pour laparo-césarienne, équipements/matériels/médicaments SONU aux formations sanitaires, touchant aussi les régions (121 Aspiration Manuelle Intra-utérine, 121 ventouses en 2008),
- la formation des agents de santé en SONU (333 formés pour la période 2007-2010) et en SONUB (257 agents de santé formés en 2007-2009),
- la formation des médecins généralistes en chirurgie essentielle, chirurgie d'urgence obstétricale et des infirmiers anesthésistes en anesthésie obstétricale,
- la mise en œuvre du Programme d'accès universel en SONU à travers le Système du Tiers payant des urgences obstétricales,
- la mise en œuvre du Programme Investir pour les sages-femmes et les professionnels assistants à l'accouchement,
- la mise en place d'un réseau de communication dans les formations sanitaires CHD (Centre Hospitalier de District) et CSB (dotation de Radios BLU),

⁴² OMS, UNFPA, UNICEF, Banque Mondiale, USAID, BAD, Population Services International, AFS, JICA. Madagascar faisant partie aussi l'International Health Partnership depuis 2007

⁴³ A Madagascar, les interventions dans le domaine de la santé maternelle et infantile étant coordonnées au niveau du comité de la santé de reproduction, sous l'égide du ministère de la santé, avec le groupe H4 élargi des partenaires au développement. Au départ, le groupe H4 (Health Four) étant composé de l'OMS, la Banque Mondiale, l'UNFPA et l'UNICEF. En 2010 ce groupe étant élargi aux autres partenaires, entre autres USAID, AFD, JICA, etc.

- la mise en œuvre du Programme " Investir pour les sages-femmes et les professionnels assistants à l'accouchement ",
- la réalisation d'études pertinentes spécifiques en matière de santé maternelle qui permettent de cibler et prioriser les actions à entreprendre⁴⁴.

Certes, des actions conséquentes sont menées mais les résultats ne sont pas suffisamment tangibles au regard des indicateurs de mortalité maternelle. Le pays reste confronté à la lenteur de la diminution des décès maternels, à l'importance de la fécondité précoce chez les adolescentes et à la demande en PF non encore satisfaite. De plus, il reste beaucoup à faire en matière d'amélioration de la prise en charge car la majorité des formations sanitaires ne répondent pas encore aux normes requises.

Une stratégie « Répondre aux besoins en planification familiale » peut réduire la croissance démographique et rendre les OMDs plus accessible pour Madagascar

Madagascar a besoin de plus de 10 ans pour répondre à tous les besoins non satisfaits en planification familiale (PF) qui peut aider le pays à réduire notablement les coûts de cinq OMDs, notamment : (i) assurer l'éducation primaire pour tous, (ii) réduire la mortalité infantile, (iii) améliorer la santé maternelle, (iv) assurer un environnement durable, (v) combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies.

Par exemple, répondre au besoin non satisfait en PF aurait pour résultat un nombre moins important d'enfants ayant besoin d'éducation, et donc, des coûts plus bas pour l'éducation pour tous. Les économies cumulées du secteur de l'éducation d'ici 2015 seraient ainsi \$20,1 million.

En plus des économies de coûts réalisées en répondant aux besoins non satisfaits, l'utilisation accrue des services de PF peut contribuer directement aux buts des OMDs de réduire la mortalité infantile et d'améliorer la santé maternelle ; la planification familiale aide à réduire le nombre de grossesses à haut risque qui résultent en forts taux de maladie et mortalité de la mère et l'enfant

En répondant aux besoins non satisfaits en PF à Madagascar, on pourrait escompter une baisse de 2 918 morts maternelles et 185 960 morts infantiles d'ici l'échéance de 2015.

Source : Atteindre les OMDs : la contribution de la planification. Etude basée sur EDS 2004 - Cas Madagascar. USAID. Juillet 2009

Principaux facteurs limitant l'amélioration de la santé maternelle

A Madagascar, plusieurs contraintes et obstacles persistent et aggravent les décès maternels. Il s'agit tout d'abord de l'insuffisance de la prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement lié au retard à reconnaître la complication et prendre de décision de rejoindre le centre de santé plus rapidement (manque de connaissance des complications, peu d'implication des hommes, faible statut des femmes, barrières socioculturelles), au temps écoulé avant d'atteindre les centres des soins (enclavement, faiblesse de moyens de transport, moyens financiers très limités) et au retard dans le traitement des complications et l'administration des soins obstétricaux d'urgence (non disponibilité des services de santé de qualité, faible compétence des agents de santé en SONU). De plus, l'on relève aussi l'insuffisance des informations sur les causes des décès maternels dans le pays.

Ensuite, les déficits en nombre, compétences et gestion des formations sanitaires en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (FS SONU) dans le pays limitent beaucoup la prise en charge de ces soins, notamment, en ce qui concerne la disponibilité et l'utilisation de sulfate de magnésie⁴⁵, de matériels de réanimation du nouveau-né, du niveau de compétence des personnels de santé en activité en matière de SONU, etc.

⁴⁴ Entre autres : " Prévention de la Transmission du VIH/Sida de la Mère à l'Enfant : Recherche qualitative sur les connaissances, attitudes et pratiques ". 2005 ; " Analyse de la situation de base sur l'ampleur et les impacts des fistules obstétricales ". 2007 ; " Evaluation du système de référence ainsi que des structures de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales ". 2007 ; " Evaluation des besoins en matières de SONU " 2009 ; " Principaux facteurs à l'origine des décès maternels et néonataux dans les formations sanitaires ". 2009 ; " EDSMD IV 2008-2009 "

⁴⁵ Malgré la dotation en sulfate de magnésie par l'UNFPA depuis 2007, sa disponibilité reste faible (seulement dans 11,5% de FS enquêtées) à cause de l'insuffisance de stock, et son utilisation n'est pas effective due à la non-maîtrise de la prescription et des risques après prise. Source: EBSONU. VPMSP/UNFPA. Mars 2010.

Par ailleurs, les ressources budgétaires allouées au secteur santé entravent la mise en œuvre effective des actions qui visent à atteindre de l'objectif de réduction de la mortalité maternelle. En effet, le budget consacré à la santé évolue faiblement⁴⁶ et est, de plus, assez modeste, 11, 9 dollars US par habitant par an, très loin des 34 dollars US par habitant recommandés par l'OMS⁴⁷.

En dépit de la pertinence des choix des instruments dans la planification des actions visant à améliorer la santé maternelle, certains facteurs entravent ces actions et en réduisent l'impact. Il s'agit notamment des faiblesses dans la coordination des interventions du Ministère de la Santé Publique, la difficulté de satisfaire les besoins de prise en charge des complications de grossesse et de l'accouchement du fait de l'insuffisance du nombre et de la qualité des SONU⁴⁸, de l'insuffisance et la mauvaise répartition spatiale des gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, infirmiers et sages-femmes, la non-conformité des infrastructures aux normes sanitaires (éloignement, adduction d'eau potable et électricité) en particulier dans les CSB.

Enfin, les chocs internes et externes que subit le pays engendrent des risques d'augmentation de la mortalité maternelle dans le pays et de perte des acquis au niveau de l'accès à l'accouchement assisté par un personnel soignant qualifié, aux soins prénatals et à la planification familiale du fait de la diminution des ressources allouées au secteur de la santé et de la dégradation de l'environnement macroéconomique.

Principaux défis à relever

Si la mortalité maternelle se maintient à son niveau actuel, la cible 5A qui prévoit de réduire de trois quarts entre 1997 et 2015 le taux de mortalité maternelle sera un objectif trop ambitieux et difficile à atteindre (Tableau 10).

Tableau 10 : Degré de réalisation de l'OMD5

Cible	Situation de réalisation					Degré d'atteinte de l'objectif en 2015
	Indicateur	1997	2004	2008	OMD 2015	
Objectif 5 : Améliorer la santé maternelle						Invraisemblablement
Cible 5.A : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Ratio de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	488	469	498	165	
	Proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	47.3%	51.3%	43.9%		
Cible 5.A : Atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la santé procréative	Taux de prévalence contraceptive	19%	27%	40%		
	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes	10%	18%	29%		
	Taux de natalité parmi les adolescents 15 à 19 ans pour 1 000 femmes	180	150	148		
	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals au moins une fois	81.9%	80.6%	90%		
	Pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals quatre fois et plus pendant leur grossesse	39.7%	39.9%	49.3%		
	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale	25.6%	23.6%	18.9%		

⁴⁶ La part du budget santé dans le budget de l'État a diminué de 9,7 % en 2001 à 7,2 % en 2006. Elle est restée au même niveau de 2003 à 2006, aux alentours de 7 %. Le montant de l'aide allouée au secteur de la santé est passée de 71 215 millions d'ariary à 166 166 203 millions d'ariary entre 2002 et 2006. Sources : Revue de dépenses publiques de santé. MEFB, CDMT. Mai 2007.

⁴⁷ Norme recommandée par la Commission " Macro-économie et santé " pour financer les soins essentiels de santé et le VIH et le sida.

⁴⁸ Madagascar dispose seulement de 22 FS offrant de SONU, soit 0,5 FS SONUC et 0,1 FS SONUB pour 500 000 habitants, équivalant à un écart de 172 structures SONU dont 20 FS SONUC pour l'ensemble du pays. La norme OMS est de 5 FS SONU pour 500 000 habitants avec au moins une FS SONUC. Source : Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux et néonataux d'urgence à Madagascar. Vice-Présidente Chargée de la Santé Publique/UNFPA. Mars 2010

Les principaux défis à relever pour ramener le taux de mortalité maternelle à 165 pour 100 000 naissances vivantes⁴⁹ d'ici à 2015 sont notamment (Ministère de la Santé Publique, 2007) :

- la réduction du taux de mortalité maternelle à 273 pour 100 000 naissances vivantes,
- l'augmentation jusqu'à 50% du taux d'accouchement assistés par un personnel de santé qualifié,
- l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité aux (de) soins de santé maternels et néonataux à tous les niveaux du système de santé dans 70% des structures sanitaires,
- l'augmentation de 2 points par an du taux de la prévalence contraceptive.

Recommandations

En vue d'offrir des soins de santé maternelle et génésique de qualité et plus accessibles et accélérer le rythme de réduction de la mortalité maternelle, nous formulons les recommandations suivantes :

- Affirmer davantage la volonté politique de renverser la tendance du taux de mortalité maternelle et le leadership du Ministère de la Santé Publique à tous les niveaux dans l'appropriation, l'alignement et l'harmonisation des actions liées à la santé reproductive et maternelle, assurant l'optimisation des ressources financières pour le financement suffisant des interventions et les programmes.
- Mettre en place un mécanisme pérenne de réduction du coût de prestations de l'accouchement et de l'opération césarienne afin de renforcer l'accès des femmes enceintes, pauvres et vulnérables à l'accouchement assisté par un personnel qualifié.
- Renforcer l'offre de SONU à travers la formation des agents de santé et la mise à disposition des matériels et équipements suffisants.
- Renforcer l'approche communautaire à travers le recrutement et la formation des agents communautaires qui vont mener des activités d'information et de sensibilisation sur l'utilisation des services de soins prénataux et assister les femmes enceintes, les accouchées et les enfants de moins de 5 ans, surtout dans les régions d'Androy, Atsimo-Andrefana, Atsimo-Atsinanana, Melaky, Menabe et Vatovavy Fitovinany.
- Renforcer le partenariat public-privé dans le cadre des activités de santé reproductive, d'information et de sensibilisation sur la santé maternelle et infantile.
- Renforcer davantage les services de planification familiale, en priorisant les zones enclavées et rurales.
- Appliquer les mesures d'incitation liées aux conditions de travail afin de favoriser le redéploiement du personnel médical qualifié dans les zones rurales et enclavées (logement, adduction d'eau, plan de carrière, salaires, indemnités, primes).
- Réviser et réorganiser la répartition des médecins et paramédicaux, surtout les sages-femmes et infirmières, et assurer la disponibilité des accoucheurs qualifiés 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 aux niveaux des CSB.
- Faire le suivi périodique de l'application des normes, protocoles et standards en matière de santé maternelle et néonatale ainsi que l'audit des décès maternels afin d'obtenir des indications sur les moyens pratiques d'éviter et de traiter le problème de manière pérenne.
- Procéder à une analyse continue des informations sur les risques et facteurs liés aux décès maternels et néonataux aux niveaux national et régional.
- Améliorer les moyens de transport et les cases d'hébergement pour les accompagnants au niveau des formations sanitaires.

En définitive, faire baisser davantage les taux de mortalité maternelle et de fécondité chez les adolescentes, en particulier en milieu rural, exige des ressources supplémentaires. Madagascar devra ainsi déployer beaucoup d'efforts pour atteindre l'objectif adopté par les chefs d'Etat et de Gouvernement d'allouer 15% de leur budget annuel à l'amélioration du secteur de la santé, touchant aussi la santé maternelle⁵⁰.

⁴⁹ Le taux de mortalité maternelle étant de 660 pour 100 000 naissance vivantes en 1992, année de référence. Source : EDS 1992

⁵⁰ Déclaration du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement de l'OUA sur le VIH, la tuberculose et autres maladies à Abuja en avril 2001

Conclusion

Le pays reste confronté à des défis majeurs relatifs à la faible participation des femmes à la vie politique et économique, à la violence à l'égard des femmes et au faible accès des femmes du milieu rural et des femmes vulnérables aux services de soins prénatals, aux informations et aux produits contraceptifs. Investir dans la planification familiale contribuera sans nul doute à accélérer l'atteinte de certains OMD, notamment dans les domaines de l'éducation, la santé infantile, la santé maternelle, le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies ainsi que l'environnement durable.

Madagascar a besoin d'une stabilité politique et institutionnelle durable, de reconfirmer sa volonté politique en allouant des ressources adéquates aux priorités nationales conformément à son adhésion aux OMD ainsi que de remobiliser ses partenaires au développement en exploitant au mieux les différents plans sectoriels existants qui fournissent déjà des indications sur les actions prioritaires à entreprendre.



OBJECTIF 6

COMBATTRE LE VIH/SIDA, LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES

POUR LE SUIVI DE CET OBJECTIF, TROIS CIBLES SONT RETENUES : L'ARRÊT DE LA PROPAGATION DU VIH/SIDA, L'ACCÈS UNIVERSEL AUX TRAITEMENTS CONTRE LE VIH/SIDA ET LA MAÎTRISE DU PALUDISME ET DE LA TUBERCULOSE À L'HORIZON 2015.

CIBLE 6A : D'ICI À 2015, AVOIR ENRAYÉ LA PROPAGATION DU VIH/SIDA ET AVOIR COMMENCÉ À INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE

CIBLE 6B : D'ICI À 2010, ASSURER À TOUS CEUX QUI EN ONT BESOIN L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS CONTRE LE VIH/SIDA

CIBLE 6C : D'ICI À 2015, AVOIR MAÎTRISÉ LE PALUDISME ET D'AUTRES MALADIES GRAVES ET COMMENCER À INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE



CIBLE 6A - D'ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/Sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle du VIH/Sida

Madagascar figure parmi les pays où la prévalence du VIH est maintenue à moins de 1% même dans les groupes les plus exposés aux risques. Les autres maladies telles que le paludisme et la tuberculose restent endémiques et affectent encore une grande partie de la population malgache, réduisant ainsi les potentialités de développement du capital humain du pays.

Le premier cas d'infection au VIH a été identifié en 1987⁵¹. Actuellement, on constate une légère propagation du VIH avec risque de progression rapide de l'épidémie⁵².

Prévalence du VIH/Sida chez les jeunes de 15 à 19 ans

Madagascar fait partie des pays où l'épidémie à VIH est du type peu actif. Le pays a mis en place un dispositif de surveillance de l'épidémie du VIH au niveau de sites sentinelles touchant les femmes enceintes, les travailleuses de sexe et les patients atteints d'IST.

La prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de 15 à 24 ans est inférieure à 1% mais est en constante augmentation (Tableau 11). La prévalence de la syphilis, un proxy pour les comportements sexuels à risque, suit la même tendance dans le groupe d'âge de 20 - 24 ans.

Tableau 11 : Prévalence du VIH chez les jeunes femmes enceintes de 15-24 ans

Groupe d'âge (ans)	Prévalence du VIH		Prévalence du Syphilis	
	ESB 2005	ESB 2007	ESB 2005	ESB 2007
15-19	0,17%	0,28%	3,93%	3,8%
20-24	0,13%	0,21%	3,87%	4,2%

Source : Enquête de Surveillance Biologique (ESB) de la syphilis et du VIH 2005 et 2007

Malgré le maintien de la prévalence du VIH à un niveau faible, on constate une augmentation de la prévalence de l'épidémie auprès des jeunes filles enceintes qui ont été examinées dans les sites sentinelles et une disparité entre milieu urbain et rural. De plus, chez les travailleurs de sexe âgés de 20 à 24 ans, la prévalence du VIH est passée de 0,45% à de 0,7% entre 2005 et 2007 (source : Enquête de Surveillance Biologique (ESB) du VIH 2005 et 2007)

Suivant les rapports annuels du Ministère de la Santé, le taux de séropositivité au VIH chez les personnes fréquentant les 816 services de conseil et dépistage du VIH est passé de 0,22% à 0,08% entre 2004 et 2009. Chez les femmes enceintes vues en consultation prénatale, ce taux est passé de 0,06% à 0,01% entre 2004 et 2009. On notera également une augmentation lente et progressive du nombre de PVVIH identifiées depuis que le dépistage du VIH se fait de manière ciblée auprès des populations les plus exposées aux risques, allant de 22 en 2004 à 163 en 2009 (source : Rapports annuels 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 et 2009 du SE/CNLS)

Utilisation du préservatif lors du dernier rapport à haut risque

Le tableau 12 indique le taux d'utilisation du préservatif chez les femmes et les hommes âgés de 15 à 49 ans, les travailleuses de sexe et les jeunes garçons de 15 à 24 ans.

⁵¹ Source : Laboratoire National de Référence .

⁵² Analyse du profil épidémiologique et des déterminants de l'infection au VIH de Madagascar - septembre 2008

Tableau 12 : Taux d'utilisation du préservatif entre 2004 et 2009

Indicateurs	Valeur en 2004	Valeur en 2009	Source
Taux d'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque chez les personnes de 15 à 49 ans	4,7%	Femmes : 7,6% Hommes : 7,4%	Enquêtes Démographique et de Santé (EDSIII et EDS IV)
Taux d'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque chez les garçons de 15 à 24 ans	12,2%	12,3%	Enquêtes Démographique et de Santé (EDSIII et EDS IV)

i Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, dans EDS IV, page 244

ii Pourcentage ayant déclaré avoir utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels, dans EDS IV, page 246 et basé sur des faibles ou trop peu de cas non pondéré

iii - iv Basé sur des faibles ou trop peu de cas non pondéré, Pas de proportion chez les filles

L'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque chez les personnes de 15 à 49 ans est en augmentation passant de 4,7% à 7,6% chez les femmes à 7,4% chez les hommes entre 2004 et 2009. L'utilisation de condom lors du dernier rapport sexuel à haut risque chez les TDS (Travailleuses du sexe) est aussi en constante augmentation passant de 76% en 2004, 81% en 2006 et 86% en 2008.

Par contre, chez les jeunes garçons âgés de 15-24 ans, le taux d'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque stagne aux alentours de 12% entre 2004 et 2009, soit un rapport sexuel sur dix. Seules près de 6 filles sur 100 de même âge 15-24 ans pratiquent des rapports protégés (source : EDS IV).

Connaissances exactes et complètes sur le VIH-SIDA

Tableau 13 : Niveau des connaissances de la population sur le VIH-S

Indicateurs	Valeur en 2004	Valeur en 2009	Source
Proportion de femmes et d'hommes possédant une connaissance complète sur le VIH-SIDA	F : 19% H : 19%	F : 23% H : 26%	Enquête Démographique et de Santé (EDSIII et EDS IV)
Proportion de jeunes filles et de jeunes garçons de 15 à 24 ans possédant une connaissance complète sur le VIH-SIDA	F : 19% H : 16%	F : 23% H : 26%	Enquêtes Démographique et de Santé (EDSIII et EDS IV)

Au sein de la population générale, on note une augmentation de la proportion des femmes et des hommes possédant une connaissance complète sur le VIH et le Sida entre 2004 et 2009, passant respectivement de 19% à 23% chez les femmes et passant de 16% à 26% chez les hommes.

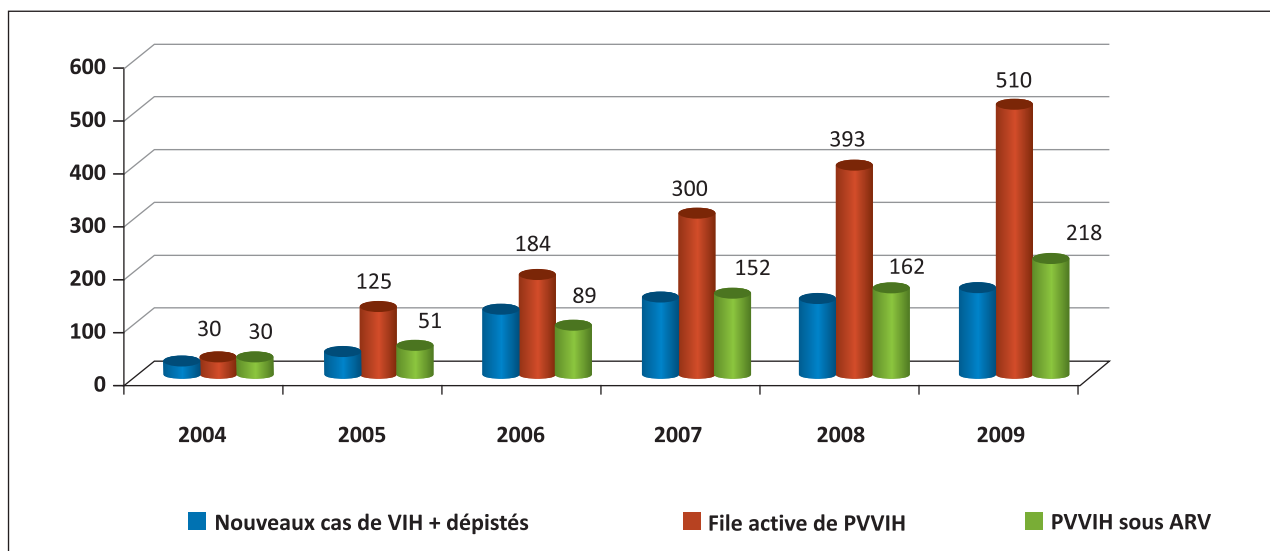
A Madagascar, dans les sites sentinelles, la surveillance comportementale inclue les connaissances sur le VIH et le sida et concerne les jeunes, les travailleurs de sexe, les militaires et les camionneurs. Dans ces sites, la proportion des jeunes de 15 à 24 ans ayant des connaissances exactes et complètes au sujet du VIH/Sida, est passée de 60 à 67% entre 2004 et 2008.

CIBLE 6B : D'ici à 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/Sida

Population au stade avancé de l'infection au VIH ayant accès à des médicaments antirétroviraux

Le graphique 11 ci-dessous retrace l'évolution de la file active des personnes vivant avec le VIH au cours des 5 dernières années.

Graphique 11 : Evolution annuelle de la file de PVVIH



Source : SE/CNLS, Ministère de la Santé

Principaux facteurs ayant contribué aux réalisations des résultats relatifs à l'accès aux traitements contre le VIH/Sida

La mise en œuvre efficace des 3 principes directeurs (Three ones) au niveau national, suivie d'une mise en place des structures de coordination au niveau central, régional, communal, et une approche intégrée, multi-sectorielle et décentralisée, ont facilité la coordination et le suivi de la réponse audit problème du VIH-SIDA.

En outre, la disponibilité des services cliniques de prévention intégrée au niveau des 816 formations sanitaires publiques et privées (conseil et dépistage du VIH, prévention de la transmission mère - enfant du VIH, Prise en charge des IST), renforcée par une communication de masse et de proximité pour le changement de comportement, a permis d'améliorer les indicateurs de mesure de la prévalence du VIH-SIDA.

Par ailleurs, la participation active des PVVIH à la réponse locale - régionale - nationale au VIH, et en particulier au soutien psychosocial des pairs, constitue également un des facteurs ayant contribué aux résultats de même que la loi et le décret d'application relatifs à la protection des droits des PVVIH et de leurs familles.

Les principaux obstacles à l'amélioration de la cible liée au VIH/Sida

1. L'accessibilité limitée aux services de qualité, surtout chez les jeunes et l'insuffisance d'un continuum de prise en charge et de suivi des femmes enceintes séropositives au VIH.
2. La faiblesse du dispositif de gestion de l'approvisionnement des intrants de santé connexes au VIH.
3. La stigmatisation des personnes les plus exposées aux risques (PVVIH, hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, consommateurs de drogues injectables, jeunes marginalisés).

Perspectives relatives à la réduction du VIH/Sida

La tendance de la prévalence du VIH pourrait être inversée avec la mise en œuvre des mesures contribuant au développement d'un environnement qui décourage la stigmatisation, la discrimination et les comportements à risque.

De grandes campagnes de sensibilisation au VIH/Sida des groupes les plus exposés aux risques, les jeunes garçons et les jeunes filles et les personnes vivant dans les communes vulnérables figurent parmi les priorités du programme de lutte contre ce fléau endémique. Le renforcement de l'IEC/CCC (Communication pour le changement de comportement), intégrant les questions liées au genre, en particulier chez les jeunes pour les inciter à adopter des comportements sexuels à moindre risque face aux IST/VIH/Sida, la promotion de l'usage des préservatifs lors des rapports sexuels et l'amélioration de la perception des risques liés aux rapports non protégés sont des actions entreprises dans les communes les plus vulnérables au VIH-SIDA.

Le dépistage de la syphilis, la prise en charge des IST classiques, l'utilisation systématique du préservatif masculin et féminin chez les travailleuses de sexe et en particulier les jeunes filles et les jeunes garçons, à travers les programmes d'éducation par les pairs (pairs) et les programmes out-reach seront promus intensivement.

Perspectives d'ici 2015 en vue d'accélérer l'atteinte de la cible 6B "Assurer l'accès aux traitements contre le VIH/Sida"

D'une manière générale, l'intensification du programme d'IEC combinée à la communication pour le changement de comportement dans le but d'améliorer la connaissance de la population sur les notions de base du VIH et des IST constitue le principal défi pour accélérer l'atteinte de l'objectif lié au VIH/Sida.

Les mesures contribuant à stabiliser puis à inverser la tendance de la prévalence du VIH à moins de 1% et à réduire de 50% la prévalence des IST demandent l'adoption par les jeunes de comportements pouvant diminuer la transmission des IST et du VIH. Une intensification de l'éducation des jeunes, à travers des programmes de communication de proximité sensibles aux questions de genre et abordant les inégalités liées au genre ainsi qu'une meilleure perception du risque chez les jeunes garçons sont essentielles pour parvenir à un changement de comportement.

Les programmes de promotion de l'abstinence et du report de l'âge des premiers rapports sexuels chez les filles doivent être intensifiés.

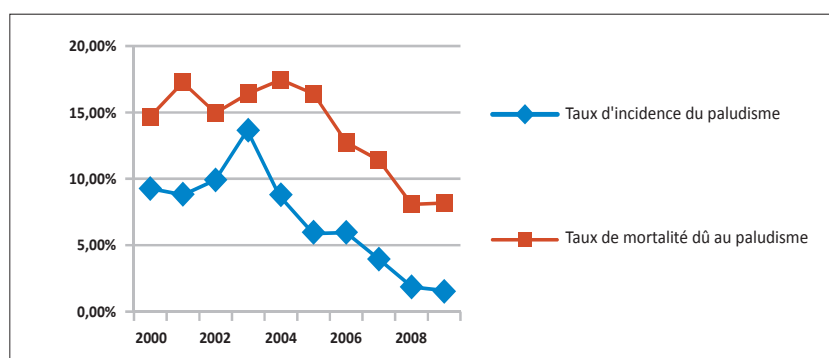
L'utilisation active des services de prise en charge préventifs et thérapeutiques par les groupes les plus exposés aux risques et l'offre de services de soutien, de soins aux PVVIH pour leur bien-être et la protection de leurs droits constituent également un défi à relever.

CIBLE 6C : D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres maladies graves et avoir commencé à inverser la tendance actuelle

A Madagascar, le paludisme demeure un problème majeur de santé publique. En 2008, Il occupe le 5ème rang parmi les 10 maladies dominantes vues en consultation externe au niveau des Centres de Santé de Base. Mais on estime à environ 3 millions, le total des cas présumés en prenant en compte le niveau communautaire.

Tendances de la progression des indicateurs de 2000 à 2009 pour le cas du paludisme

Graphique 12 : Tendance du taux d'incidence et du Taux de mortalité hospitalière due au paludisme de 2000 à 2009



Source : Annuaire des Statistiques 2000 - 2008 et RMA 2009

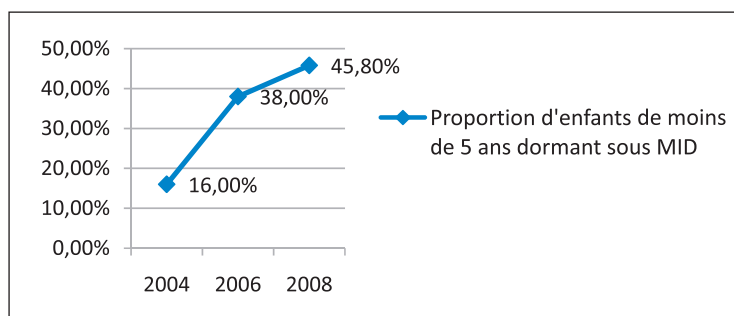
L'évolution de la morbidité et de la mortalité dues au paludisme telle que décrite dans le graphique 12 montre une tendance à la baisse significative des taux d'incidence et de mortalité hospitalière de 2000 à 2009 provoquée par cette maladie.

Le taux d'incidence est passé de 9,28% à 1,54% de 2000 à 2009, soit une diminution de plus de 75 %. Pour le taux de mortalité hospitalière, une diminution de près de 50% est observée (taux de mortalité de 14,69% en 2000 et 8,17 en 2009). Cette situation est le reflet de l'amélioration du diagnostic du paludisme tant au niveau des centres de santé de base qu'au niveau des centres hospitaliers et ce, par la généralisation de l'utilisation de Test de Diagnostic Rapide à partir de 2007 et de l'introduction de l'Artemisinin Combined Therapy (ACT) dans le traitement du paludisme simple.

Concernant la proportion d'enfants de moins de 5 ans atteints de fièvre et traités au moyen de médicaments antipaludéens appropriés, l'EDS 2008 montre que 20% des enfants ont été traités par des antipaludéens, contre 34% en 2004. La chloroquine a été le médicament antipaludéen le plus utilisé, respectivement à hauteur de 33,3% en 2004 et de 11% en 2008. On note qu'1% des enfants seulement a été traité par l'ACT en 2008. Ces résultats montrent qu'il y eu une diminution de l'utilisation de la chloroquine comme traitement de la fièvre chez les enfants de moins de cinq ans de 2004 à 2008 et ce, au profit des autres antipaludéens tels que la quinine (5,9 % des enfants traités par la quinine en 2008). Par contre, malgré la mise à l'échelle de l'ACT comme traitement de première ligne du paludisme, ce médicament est faiblement utilisé chez les enfants de moins de cinq ans et est, en outre, peu répandu dans les foyers (11 cas de maladie sur 443 possibles traités par ce médicament).

De 2007 à 2009, la distribution gratuite des Moustiquaires d'Imprégnation Durable aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans et couplée à la Semaine de la Santé de la Mère et de l'Enfant ou SSME à partir du mois d'Octobre 2007, a permis de cibler près de 5 millions de bénéficiaires. Ces interventions ont entraîné une hausse significative de la proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide comme indiqué dans le graphique 13.

Graphique 13 : Evolution de la proportion des enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide de 2004 à 2008



Source : EDS III, EDS IV

Les tendances de taux d'incidence et de taux de mortalité due au paludisme par province et par zones de stratification de paludisme.

A Madagascar, 4 faciès de l'endémie du paludisme sont répertoriés : i) Faciès Equatorial sur la côte Est où le risque d'attraper le paludisme est permanent durant toute l'année, ii) Faciès Tropical au Nord et à l'Ouest du pays où le paludisme sévit de manière saisonnière pendant plus de six mois spécifiquement au cours de la saison de pluie, iii) Faciès Subdésertique dans l'ex province de Toliara où l'exposition au risque de transmission du paludisme est de courte durée, pendant les quatre mois que dure la saison de pluie, iv) faciès Hauts plateaux où le paludisme se transmet pendant la période de pluie.

Le taux d'incidence est presque stationnaire et reste élevé dans les provinces où le paludisme sévit de manière permanente (Antsiranana à 10,4% et Toamasina à 9,8%) . De 2006 à 2009, le taux d'incidence diminue plus rapidement, particulièrement dans les zones subdésertiques (à 1,3 %) , où la période de transmission est très courte et conditionnée par la pluie.

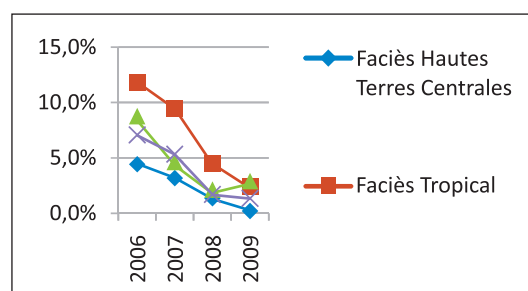
C'est dans les zones à faciès équatorial⁵⁴ (à l'Est du pays) où le taux d'incidence du paludisme reste élevé à 2,9 % en 2009. C'est le cas notamment de la Région de Betsiboka (5,15%) ainsi que de Bongolava (5,01%). En

⁵⁴ Zone stable du paludisme

revanche , ce taux demeure faible dans les Régions des Hautes Terres Centrales (0,2% pour les zones de faciès Hauts plateaux) (voir graphique 14).

Dans les Régions d'Analamanga, de Haute Matsiatra et d'Amoron'i Mania, le paludisme ne figure pas parmi les 10 maladies dominantes vues en consultation externe des CSB en 2009⁵⁵

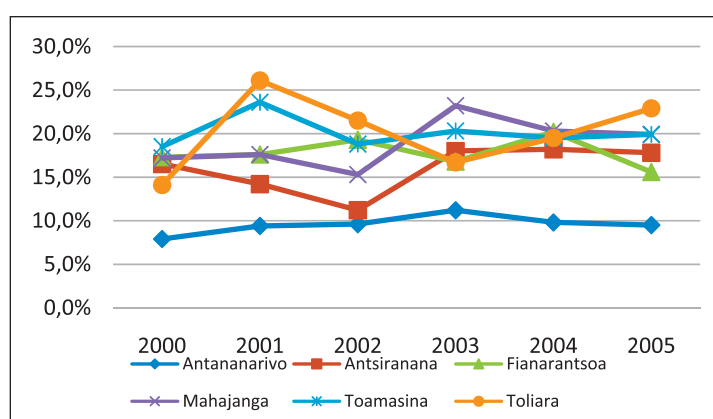
Graphique 14 : Taux de mortalité intra hospitalière par province 2000-2005



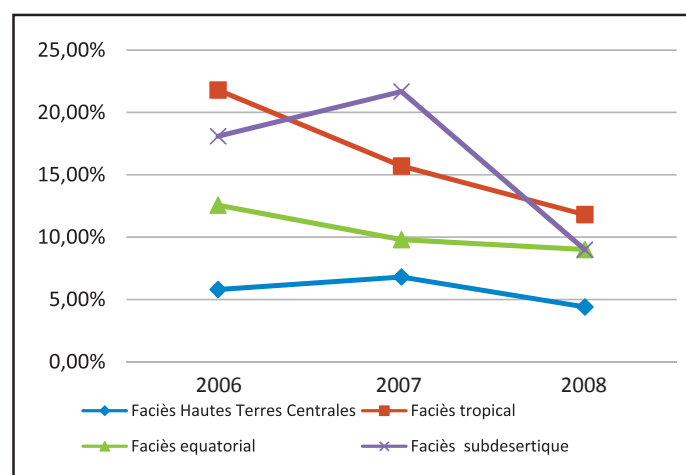
Source :Annuaire des Statistiques 2000-2009

Pour ce qui concerne la tendance évolutive de la mortalité due au paludisme en milieu hospitalier, le taux est également plus élevé dans les zones à faciès équatorial en 2009 (11,4%). Avec un taux d'incidence de 31,6%, la Région de Vatovavy Fitovinany (Faciès équatorial) est la plus touchée par cette pandémie. Vient ensuite celle d'Ihorombe où le taux d'incidence du paludisme est de 25% (faciès tropical). C'est dans les Régions d' Analanjorofo (4,5 %), de SAVA (6,5%) et d'Analamanga (0,4%) qu'en 2009 on avait enregistré le taux d'incidence au paludisme le plus faible dans la zone équatoriale (graphique 15 et graphique 16).

Graphique 15 : Taux de mortalité intra hospitalière par province, 2000-2005



Graphique 16 : Taux de mortalité intra hospitalière par zones d'endémie de 2006 à 2008



⁵⁵ Source : Annuaire des Statistiques 2009

Principaux facteurs ayant contribué aux réalisations des résultats dans la lutte contre le paludisme

La réduction très significative des taux d'incidence du paludisme et de la mortalité hospitalière due à cette maladie au cours des dernières années a été le fruit d'actions combinées des mesures préventives et curatives, d'un financement soutenu des partenaires (Global Fund, PMI/ USD, UNICEF, OMS, Monaco) et d'une coordination très efficace dans la gestion des programmes (Roll Back Malaria et Country Coordination Mechanism ou CCM).

En effet, grâce au financement octroyé durant ces 5 dernières années, les interventions prioritaires suivantes ont été menées avec succès et ont contribué pleinement aux résultats cités supra :

- l'extension de la couverture de la Campagne d'Aspersion Intra domiciliaire d'insecticides ou CAID non seulement sur les hautes terres centrales mais aussi sur les zones subdésertiques et limitrophes entre les régions côtières et les Hautes Terres Centrales,
- Le renforcement de la surveillance épidémiologique par la mise en place des postes sentinelles au niveau des Districts en zone instable de paludisme ou Hautes Terres Centrales, et au niveau des zones sub-désertiques,
- La distribution gratuite des Moustiquaires d'Imprégnation Durable aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans,
- L'introduction du Traitement Préventif Intermittent du Paludisme chez les femmes enceintes vues en CPN depuis 2004,
- L'introduction de Test de Diagnostic Rapide pour la confirmation du diagnostic et l'utilisation de nouveau antipaludéen (ACT) à partir de 2005.

Principaux obstacles et goulots d'étranglements à la réalisation de la cible 6C, cas du paludisme

Les principaux obstacles dans la mise en œuvre des interventions clés en vue de la réalisation de l'objectif d'ici à 2015 sont essentiellement :

- le manque de ressources humaines en appui à la politique de décentralisation en cours,
- les insuffisances sur le plan organisationnel qui ne permettent pas de disposer des données fiables pour réaliser le suivi régulier des indicateurs du programme,
- la non prise en compte dans la Politique Nationale de Santé Communautaire de la politique de motivation pérenne des agents communautaires pour une offre de services,
- les insuffisances au niveau de la supervision directe (formative et évaluative),
- la difficulté d'accès de la population aux services de santé de qualité,
- la diminution du taux d'utilisation des CSB en matière de consultation externe⁵⁶.

En outre, les facteurs épidémiologiques et économiques ci-après peuvent ralentir le rythme du processus d'élimination du paludisme :

- L'apparition de la résistance i) des vecteurs aux insecticides, ii) des parasites aux antipaludiques ;
- L'extension des zones à risque d'épidémie suite à l'impact positif des stratégies efficaces appliquées ;
- La dépendance au financement extérieur.

Perspectives d'atteinte de la cible 6C liée au paludisme

Selon l'OMS, pour avoir un impact sur la réduction de la mortalité et de la morbidité liées au paludisme, il est nécessaire d'avoir des taux de couverture de plus de 80% pour toutes les interventions prioritaires (SUFI : Scaling Up For Impact).

Aussi, Madagascar se fixe comme objectif de passer du SUFI vers la consolidation des acquis, étape clé dans le processus de l'élimination du paludisme. Dans les années à venir, Madagascar aura besoin de renforcer et de maintenir les progrès déjà réalisés, de s'assurer du contrôle qualité des services fournis et de consolider

⁵⁶ Source : RMA : taux d'utilisation des CE des CSB a diminué de 50,2 % en 2000 à 37,6% en 2008.

certaines interventions clés telles que la CAID, le diagnostic, la prise en charge communautaire et la surveillance épidémiologique.

Ainsi en 2015, l'élimination du paludisme au niveau des hautes terres centrales peut être atteinte et la réduction de 90% de la morbidité sera possible dans les autres zones endémiques.

Principaux défis à relever d'ici 2015 en vue d'accélérer l'atteinte de la cible 6c liée au paludisme

Les défis suivants restent encore à relever pour l'élimination du paludisme à Madagascar :

- Couvrir par la CAID les 100 % des ménages à cibler,
- Couvrir d'au moins 2 MID 100% de ménages,
- Amener au moins 80 % des femmes enceintes et des enfants de moins de 5 ans à dormir sous MID,
- Amener au moins 80 % des femmes enceintes à observer le TPI selon la politique nationale,
- Prendre en charge correctement au moins 80 % des cas confirmés au niveau des Formations Sanitaires,
- Assurer la prise en charge d'au moins 80% des cas de fièvre chez les enfants de moins de 5 ans au niveau communautaire dans les 24 h après le début de la fièvre,
- Assurer la détection précoce d'au moins 80% des épidémies et le contrôle dans les 15 jours après l'alerte.

Recommandations pour la lutte contre le paludisme

Madagascar présente des avancées notables en matière de lutte contre le paludisme, mais pour faire face aux défis à venir et éliminer la pandémie, la mise en œuvre des recommandations qui suivent devrait renforcer l'impact des stratégies déjà développées :

- Prioriser et intensifier les actions préventives et curatives dans les zones à faciès tropical.
- Assurer la mise aux normes des CSB en particulier en Ressources Humaines.
- Développer l'approche communautaire intégrée avec le système de motivation adapté pour la mise en œuvre des programmes prioritaires.
- Assurer le plaidoyer pour la contribution de l'Etat en vue de la pérennisation de la mise en œuvre du Programme National de Lutte contre le Paludisme.

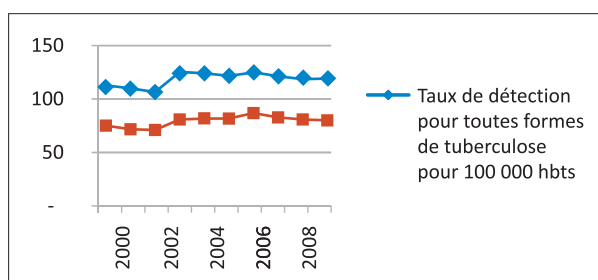
Tendances de progression des indicateurs dans la réalisation de la cible 6C liée aux autres maladies graves (tuberculose), de 2000 à 2009.

A Madagascar, la tuberculose reste endémique et figure parmi les problèmes de santé publique. En outre, la tuberculose figure parmi les 10 causes de morbidité et de mortalité en milieu hospitalier⁵⁷. En 2006, la prévalence de la tuberculose, toutes les formes confondues est estimée à 415/100 000, tandis que l'incidence des TPM+ est estimée à 111/100 000.

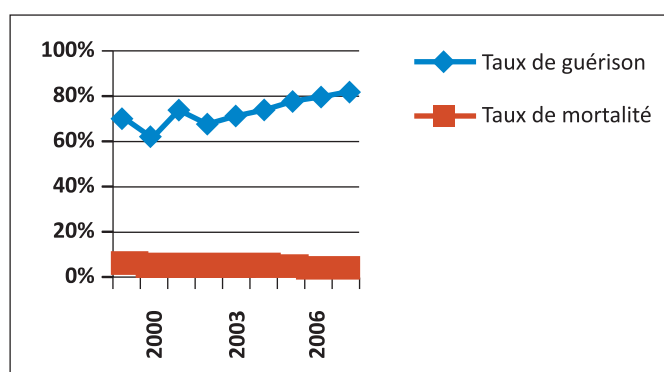
Les graphiques 17 et 18 montrent une tendance stationnaire du taux de détection de la tuberculose et une légère diminution du taux de mortalité due à cette maladie. En effet, de 2000 à 2009, le taux de détection de TPM+ se situe autour de 80 pour 100.000 habitants et celui de toutes les formes confondues de la tuberculose est à 120 pour 100.000 habitants.

⁵⁷ Source : Annuaire des Statistiques

Graphique 17 : Taux de détection de la tuberculose de 2000 à 2009



Graphique 18 : Evolution du taux de mortalité due à la tuberculose et du taux de guérison de 2000 à 2008



En outre, l'analyse de l'évolution de la composition des cohortes 2008 et 2009 confirme la stagnation des cas dépistés. Celle-ci a pour origine le relâchement dans le dépistage des TPM+ (respectivement 72% en 2008 et 71,4% en 2009).

Pour ce qui concerne la mortalité pour cause de la tuberculose, le taux a diminué régulièrement de 6,8 % en 2000 à 4,6% en 2008. Mais l'évolution positive des taux de guérison sur les 10 dernières années (de 65% en 2000 à 82% en 2008), n'a pas eu d'effet notable sur le niveau de mortalité due à cette maladie.

Pour l'indicateur " Proportion de cas de tuberculose décelés et soignés dans le cadre d'un traitement direct à court terme et sous observation ", l'objectif est atteint. En effet, l'application de la stratégie DOTS de grande qualité a fait que 100 % des malades tuberculeux détectés fassent l'objet d'un traitement par chimiothérapie standardisé. Néanmoins, le taux de perdus de vue reste assez élevé et inquiétant (11% en 2007 et 9 % en 2008).

Tendance de la détection de la tuberculose et de la mortalité due à la maladie selon les Régions et les groupes socio-économiques

En 2008 , Il existe des disparités régionales au niveau de la détection et le traitement/guérison de la tuberculose ainsi que de la fréquence des décès causés par la maladie. C'est dans la Région de Boeny que la maladie est le mieux détectée (259 cas de maladie détectés pour 100 000 Habitants en 2008) alors celle de l'Itasy peine à la détecter (39 cas de maladie détectés pour 100 000 Habitans également en 2008). Ce taux est supérieur à la moyenne nationale (73%) dans les Régions de Bestiboka (86 %), d'Alaotra Mangoro et de SAVA (82%) et est en dessous (62%) dans celle d'Amoron'i Mania. Les taux de mortalité due à la tuberculose le plus élevés sont observés dans les Régions de Melaky et de l'Itasy (8%) tandis que le plus bas est celui de la Région d'Ihorombe

Selon de nombreuses analyses, l'accès des pauvres au centre de santé et la prise en charge des tousseurs chroniques au niveau des CSB et des CT ne sont pas satisfaites à Madagascar. Cela s'explique par l'enclavement de certaines Régions et à la pauvreté. Cette dernière empêche aux malades de subvenir à leurs dépenses nutritionnelles pendant leurs traitements. Les mesures telles que le remboursement des frais de transport, l'hébergement en pension et la distribution de la nourriture au malade devraient contribuer à l'amélioration de la détection et du traitement de la tuberculose.

Au niveau de la population carcérale, on constate une insuffisance de la couverture contre le risque lié à la tuberculose. Aujourd'hui, il n'existe qu'un CDT carcéral. La prévalence de la tuberculose dans les prisons est près de 10 fois supérieures à la moyenne nationale, toutes couches de populations confondues. En outre, la prise en charge y est encore insuffisante faute d'implantation de système de santé et de coordination entre les infirmeries des prisons et les services de santé des districts de couverture.

Pour la Co-infection VIH/TUB, les données de détection et de prévalence placent aujourd'hui le pays au niveau de stratégie de type 3. Dans le cadre de la gestion de la co-infection VIH-Tuberculose, l'intégration de test VIH a été relancée au dernier trimestre de l'année 2009 au niveau des 11 CDT de 4 Régions⁵⁸ avec un taux de prévalence de 0, 90 %.

Principaux facteurs ayant contribué à l'obtention des résultats dans la lutte contre la tuberculose

L'objectif de 70 % des cas de tuberculose TPM+ dépistés que recommande par l'OMS est largement dépassé depuis 1997. Et on a noté une nette amélioration du taux de guérison de 2003 à 2008. Les actions suivantes ont largement contribué à l'atteinte de ces résultats :

- Gratuité du dépistage et du traitement de la tuberculose.
- Stratégie de proximité DOTS au niveau de 205 Centres de Diagnostic et de Traitement ou CDT implantés au niveau des 111 Districts sanitaires. En outre, il existe 800 Centres de Traitement ou CT satellites au niveau des CSB, qui travaillent en étroite collaboration avec les Agents Communautaires dans l'accompagnement des malades TPM+⁵⁹ en particulier pour la recherche de perdus de vue en cours de traitement.
- Prise en charge des groupes vulnérables : personnes incarcérées, salariés des entreprises, etc.
- En vue de l'observance au traitement, des mesures incitatives ont été initiées dans 5 Régions du pays⁶⁰ avec la distribution de vivres et le subventionnement des frais de déplacement des malades vers les CDT et CT,
- Développement du partenariat public privé pour accroître et améliorer la qualité de l'offre de services et en particulier dans les interventions conjointes au niveau communautaire

Principaux obstacles et goulots d'étranglements à la réalisation de la cible 6C liée aux autres maladies graves (cas de la tuberculose)

Malgré la gratuité des soins et la prise en charge des personnes atteintes de la tuberculose et l'atteinte des normes de couverture en CDT⁶¹, le principal goulot d'étranglement est la difficulté d'accès aux soins des personnes malades de la tuberculose. En milieu rural, on estime que 65% de la population vivent à plus de 5 km d'un centre de santé. Ceci constitue un obstacle au diagnostic mais surtout à la prise supervisée des médicaments par le personnel de santé.

Un autre obstacle à l'atteinte de l'objectif en 2015 est la mutation des prestataires formés et l'insuffisance de la participation de la communauté dans le dépistage et la recherche des cas de perdus de vue. Il faut ajouter aux motifs précédents, le manque de motivation des Agents Communautaires dans l'accompagnement des malades qui provoque des retards dans le dépistage de la maladie ainsi que le traitement des malades (d'où l'existence de cas chroniques et multirésistants).

Perspectives d'atteinte de la cible 6C liée à la tuberculose

Malgré l'atteinte de l'objectif de 70 % des cas des TPM+ dépistés recommandé par l'OMS, il reste encore beaucoup d'efforts à fournir dans le cadre de la mobilisation de la communauté à la lutte contre la maladie de tuberculose et de l'amélioration de la qualité des services offerts par les CDT pour atteindre l'objectif de 90 % des cas nouveaux dépistés à partir de l'année 2012⁶².

⁵⁸ Test VIH dans les 11 CDT de 4 Régions pilotes (SAVA, Atsinanana, Menabe, Boeny) sur 779 Tuberculeux dépistés au VIH.

⁵⁹ Accompagnement par les AC : Surveillance de traitement, rappel de rendez-vous pour le contrôle, circuit de lames et crachat, approvisionnement en médicaments.

⁶⁰ Les 4 Régions pilotes sont : Ihorombe (Ihosy), Betsiboka (Maeva), Boeny, (Marovoay, MI) Alaotra Mangoro (Ambatondrazaka), Vakinankaratra (Betafo), Analamanga (Tana Sud, MJK) Bongolava (Tsiroanomandidy didy) (Source : PNLT)

⁶¹ Les normes de l'OMS en matière de couverture en CDT et en CT sont : 1 CDT pour 50 000 à 150 000 habitants

⁶² Dans le cadre du SNISE ou Système National Intégré de Suivi, l'objectif du taux de dépistage des nouveaux cas est fixé à 90 % et le taux de guérison des TPM+ à 90 % en 2012.

En outre, pour inverser la tendance évolutive du taux de détection de la tuberculose et réduire de surcroît la facture de la maladie, le taux de guérison des TPM+ doit atteindre le niveau de 90 % à l'horizon de 2012. Pour ce faire, il sera nécessaire d'élargir et d'améliorer la stratégie DOTS sur l'ensemble du territoire national en s'appuyant sur un large partenariat avec le monde communautaire, la Société Civile et le secteur privé, confessionnel ou non, tout en renforçant les capacités de gestion de programmes et en ciblant mieux la pauvreté dans les 5 régions jugées prioritaires compte tenu de trois facteurs cumulés : forte incidence, zone de malnutrition et fort taux d'abandon.

Principaux défis à relever dans le cadre de la lutte contre la tuberculose

Les défis suivants doivent être relevés pour améliorer l'efficacité des actions et stratégies de lutte contre la tuberculose

- Sensibilisation des touseurs chroniques pour les amener à accepter de se faire dépister et se soigner le cas échéant.
- Réduction de la distance qui sépare le lieu d'habitation des personnes malades et le centre de traitement le plus proche de leurs domiciles (pour les inciter à se faire dépister ainsi que de se soigner).
- Amélioration de la capacité financière des malades et réduction des coûts d'accès aux soins et les prix des médicaments.
- Définition et mise en place d'une politique nationale de lutte contre la Co-infection Tuberculose -VIH, la Tuberculose Multi Résistante et la Tuberculose dans les groupes à haut risque⁶³

Recommandations sur la lutte contre la tuberculose

Pour renforcer les stratégies de lutte contre la tuberculose, il convient de :

- Améliorer l'accessibilité aux services de dépistage et de traitement en particulier en milieu rural et enclavé et cibler les groupes vulnérables en milieu carcéral, les zones d'extraction minière et les entreprises.
- Assurer la mise aux normes en personnel des CDT et CT.
- Rendre effective l'implication de la société civile, de tous les agents de la santé tant du secteur public que privé, renforcer l'IEC/CCC et la mobilisation sociale en faveur des soins/traitements des touseurs chroniques.
- Renforcer l'intégration du paquet de prise en charge de la tuberculose au niveau communautaire parmi les attributions des Comités de Santé Fokontany
- Prendre en considération, les Régions " pauvres notamment touchées par l'insécurité alimentaire " et les CDT moins performants.
- Développer une Stratégie de lutte contre la co-infection TB/VIH notamment dans les Régions ou Districts ayant un taux de prévalence élevé.
- Introduire le Programme National de Lutte contre le Paludisme dans les Institut de Formation Inter-Régionale des Paramédicaux et les facultés de Médecine et renforcer la formation continue sur la prise en charge des malades.

Conclusion

La mise en œuvre des stratégies appropriées, grâce à la mobilisation d'importantes ressources financières, a permis d'améliorer la santé infantile ainsi que d'enregistrer des avancées notables dans la lutte contre les maladies transmissibles ou infectieuses, notamment le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose. De 2005 à 2009 :

- le financement des semaines biennuelles de santé de la mère et de l'enfant et la disponibilité de fonds GAVI ont permis l'amélioration des résultats des campagnes de vaccination.

⁶³ Groupes à haut risque : détenus, enfants, miniers, population des zones enclavées

- la réduction très significative de l'incidence du paludisme et de la mortalité hospitalière y afférente durant ces dernières années ont été le fruit d'actions combinées de mesures préventives et curatives, d'un financement soutenu des partenaires (Global Fund, PMI/ USD, UNICEF, OMS, Monaco) et d'une coordination très efficace dans la gestion des programmes (Roll Back Malaria et Country Coordination Mechanism ou CCM).
- la lutte contre la Tuberculose a aussi bénéficié des financements du Global Fund, et de la Fondation Raoul Follereau.
- Pour le renforcement des efforts fournis pour l'atteinte des OMD liés à la santé, des perspectives de financement sont prévues en vue d'appuyer les programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme, la vaccination et l'amélioration de la santé maternelle et néonatale. Parallèlement au développement de ces programmes, l'appui à d'interventions critiques doit être envisagé pour assurer l'accès des populations aux services de santé tout en évitant un effacement total et une désorganisation profonde du système de santé suite à la crise sociopolitique du pays.



OBJECTIF 7

ASSURER UN ENVIRONNEMENT DURABLE

QUATRE CIBLES ONT ÉTÉ RETENUES POUR LE SUIVI DE CET OBJECTIF : ELLES ONT TRAIT AU PRINCIPE D'INTÉGRATION DU DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS LES POLITIQUES NATIONALES DE DÉVELOPPEMENT, AU NON APPAUVRISSEMENT DE LA BIODIVERSITÉ, À LA RÉDUCTION DE MOITIÉ DE LA PROPORTION DE LA POPULATION N'AYANT PAS ACCÈS À L'EAU POTABLE ET À L'ACCÈS À DES LOGEMENTS DÉCENTS ET SÛRS AU PLUS GRAND NOMBRE DE MÉNAGES.

CIBLE 7A : INTÉGRER LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE DANS LES POLITIQUES NATIONALES ET INVERSER LA TENDANCE ACTUELLE À LA DÉPERDITION DES RESSOURCES ENVIRONNEMENTALES

CIBLE 7B : RÉDUIRE L'APPAUVRISSEMENT DE LA DIVERSITÉ BIOLOGIQUE ET EN RAMENER LE TAUX À UN NIVEAU SENSIBLEMENT PLUS BAS D'ICI À 2010

CIBLE 7C : RÉDUIRE DE MOITIÉ, D'ICI À 2015, LE POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI N'A PAS D'ACCÈS À UN APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE NI À DES SERVICES D'ASSAINISSEMENT

CIBLE 7D : AMÉLIORER SENSIBLEMENT, D'ICI À 2020, LES CONDITIONS DE VIE DE 100 MILLIONS D'HABITANTS DES TAUDIS



Cible 7A : Intégrer les principes du développement durable dans les politiques et programmes nationaux et inverser la tendance actuelle à la déperdition des ressources naturelles

A Madagascar, les forêts couvrent plus de 22% du territoire national dont seulement 3% constituent des aires protégées. Le pays a pourtant pris des engagements importants dans le domaine de la protection de l'environnement et de la biodiversité sur le plan international mais les efforts déployés dans ce domaine sont, sur le plan national, encore insuffisants. La couverture forestière a diminué passant de 22,4% du territoire en 2000 à 22% en 2007. Le pays a cependant réussi à réduire les émissions de dioxyde de carbone de 0,160 tonnes métriques en 2000 à 0,121 tonnes métriques en 2007, de même que la consommation de substance appauvrissant la couche d'ozone (de 14,2 tonnes métriques en 2000 à 4,2 tonnes métriques en 2007).

La déforestation à Madagascar participe à la destruction de l'écosystème ou de la biodiversité. Il s'agit là d'un véritable danger pour le pays. L'étendue des surfaces couvertes par les forêts s'amenuisent au fil de temps.

Des espèces rares disparaissent. La faune et la végétation sont menacées. En dépit du décret d'interdiction des coupes ; de transport, de commercialisation et d'exportation de bois précieux datant du mois d'avril 2010, leur exploitation se poursuit inlassablement.

La déforestation progresse lentement

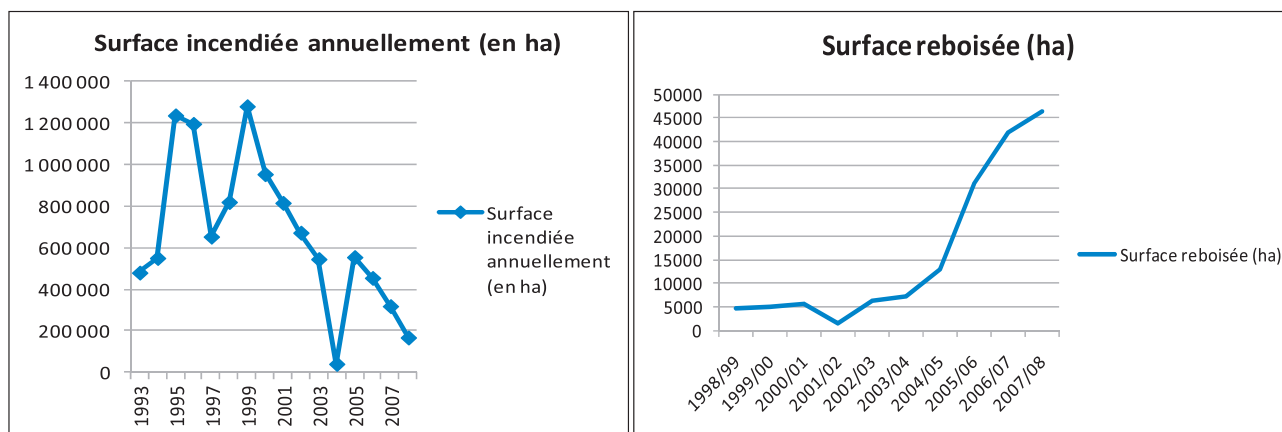
La forêt malgache renferme une richesse inestimable en biodiversité faunistique et floristique. Avec une superficie de 125 530 km² en 2007 (22,4% en 2000), la forêt couvrait alors 21,9% du territoire national. Cette forêt se trouve aujourd'hui sérieusement menacée (la surface des zones couvertes des forêts est passée de 22,4% (2000) à 21,6% (2010), malgré les efforts déjà déployés pour sa préservation (reboisement, réglementation juridique des activités d'exploitation et de commercialisation des bois, etc.). Alors qu'en 1990, la forêt malgache s'étendait sur une surface totale de 10,7 millions d'hectares, dix années plus tard (2000), elle ne couvrait plus que 9,8 millions d'hectares. La tendance n'est pas près de s'inverser parce qu'en 2005, le pays ne comptait plus que 9,3 millions hectares de forêt, ce qui représente une baisse respectivement de 9% entre 1990 et 2000 et de 14% de 2005 à 2005.

Cette baisse progressive et régulière de la surface totale couverte par des forêts à Madagascar est due à l'augmentation croissante des besoins de l'homme en combustible. Comme dans la plupart des pays africains, le bois ramassé demeure le type de combustible le plus utilisé par les ménages à Madagascar 77,7 en 2010 contre 77,1% en 2005⁶⁴. Les spécialistes classent d'ailleurs Madagascar dans le groupe des pays où la déforestation est liée à la pauvreté.

Evolution des surfaces incendiées, des signes encourageants

Suite aux actions de prévention menées par le ministère en charge de l'environnement et des forêts afin de réduire au minimum la pratique des feux de brousses, les surfaces brûlées ont diminué tandis conjointement, celles des surfaces reboisées ont augmenté.

Graphique 19 : Evolution des surfaces incendiée et reboisée



⁶⁴ En 2010, les autres sources d'énergie domestiques sont le charbon (17,1%) et dans une moindre mesure, le gaz (0,2%).

Après la déclaration de Durban (2003), le pays a décidé d'accroître la superficie des Aires protégées jusqu'à 6 millions d'hectares afin de maintenir la biodiversité. Actuellement, Madagascar est proche de cet objectif avec 5,4 millions d'hectares d'aires protégées. La protection de l'environnement est devenue une des préoccupations de l'Etat malgache et figure parmi ses priorités dans la stratégie de développement du pays et de la lutte contre la pauvreté. C'est ainsi qu'il s'est doté d'un ensemble d'instruments juridiques et politiques afin de concrétiser cette volonté de s'impliquer activement dans une démarche globale visant à préserver l'environnement et à promouvoir le développement durable. Citons entre autres, l'élaboration de la Politique Nationale d'Action Environnementale (PNAE) et du Plan d'Action pour le Développement Rural (PADR), l'adhésion aux Conventions internationales liées à l'environnement dont notamment la Convention Cadre des Nations Unies sur le Changement Climatique (CCNUCC) et le Protocole de Kyoto.

Les effets néfastes du changement climatique sont déjà ressentis à Madagascar. La fréquence et l'intensité des phénomènes climatiques (cyclones, sécheresse, inondation), la perturbation des périodes culturelles, l'érosion côtière et l'élévation du niveau de la mer, l'émergence de certaines maladies, sont des signes manifestes des conséquences de ce changement.

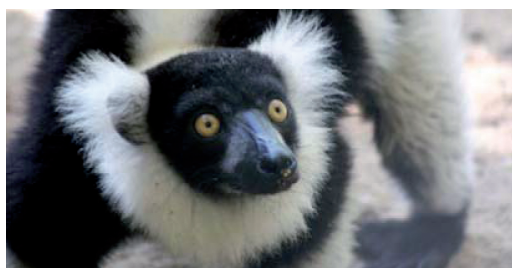
Les émissions de dioxyde de carbone CO2 diminuent

Partie contractante à la Convention Cadre des Nations Unies sur le changement Climatique (CCNUC) depuis 1998, Madagascar a établi son premier rapport d'inventaire national de gaz à effet de serre à travers sa communication nationale initiale en 2003.

Les émissions de dioxyde de carbone n'ont pas beaucoup varié et restent très faibles sur le plan national en général et par personne en particulier. Celles-ci oscillent de 2 248 tonnes métriques en 2000 à 2250 en 2007, soit une baisse de 8% par rapport à l'année 2000. Les émissions de dioxyde de carbone par habitant restent peu élevées 121kg de CO2 en 2007 contre une moyenne de 3 tonnes par personne dans les régions en développement et 0,9 tonnes en Afrique subsaharienne. Celles-ci varient de 0.160 tonnes métriques par habitant en 2000 à 0.121 en 2007

La consommation de substances appauvrissant la couche d'ozone varie de 14,2 tonnes métriques en 2000 à 4,2 en 2007

Cible 7B: Réduire l'appauvrissement de la diversité biologique et en ramener le taux à un niveau sensiblement plus bas d'ici 2010



Madagascar a réalisé des progrès en matière de protection de l'environnement : baisse par 4 de la vitesse de la déforestation en 20 ans, création d'aires protégées larges de 60000 km² soit 11% du territoire national, etc. Le pays détient plus de 5% de la biodiversité mondiale avec un taux d'endémicité avoisinant 90%. Sa richesse environnementale offre des opportunités de développement non encore exploitées notamment dans le domaine du tourisme.

La préservation de la biodiversité demeure difficile

En dépit des actions entreprises et des mesures prises, la perte de la biodiversité se poursuit sans relâche, favorisée notamment par la crise sociopolitique qui perdure sur la grande Ile. L'exploitation illicite des espèces animales protégées et des bois précieux implique un risque accru de changements spectaculaires des écosystèmes et une érosion de leurs aspects bénéfiques pour l'humanité.

La préservation des espèces demeurent un problème majeur

Les espèces menacées en 2008 sont au nombre 75 pour les poissons, 62 pour les mammifères. Quand aux espèces végétales leur nombre ne cesse de croître 162 en 2002, 276 en 2004, 280 en 2007 et 281 en 2008

Les zones terrestres et marines protégées se stabilisent autour de 3%

Les zones terrestres et maritimes protégées représentent respectivement 2.9% et 0,1% de la superficie totale du pays en 2008.

Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à l'eau potable ni à des services d'assainissement

La cible concernant l'eau potable est difficile à atteindre

La cible de 62% des personnes qui ont accès à l'eau potable en 2015 est difficile à atteindre, en dépit de l'augmentation continue de la proportion des habitants du pays qui consomment l'eau potable. Si en 1999, seuls 24% des malgaches avaient accès à l'eau potable, on en comptait 44,9% en 2010 contre 40% en 2005. L'écart entre le milieu urbain et le milieu rural est important puisque seulement 38,5% des ruraux ont accès à l'eau potable contre 71% des citoyens en 2010. Dans le milieu rural, des progrès considérables ont permis d'élever le niveau d'accès à l'eau potable qui est passé de 24% en 2000 à 38,5% en 2010.

Les inégalités persistent entre les régions : le taux d'accès à l'eau potable varie de 11,9% dans la région d'Atsimo Atsinana (une des régions la plus pauvre) à 83,4% dans la région de DIANA (la région la plus riche). Dix régions sur les 22 ont un taux d'accès supérieur à la moyenne.

Des progrès ont été enregistrés dans le domaine de l'assainissement

Des progrès importants ont été accomplis dans le domaine de l'assainissement. Le taux d'assainissement varie de 11% en 2005 à 39% en 2010. La cible qui vise à diminuer de moitié le pourcentage de personnes dépourvues d'un assainissement de base pourra être atteinte sinon rapprochée, si les efforts continuent à être déployés.

Conclusion

La principale contrainte à l'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement est d'ordre financier. La crise sociopolitique a eu un impact négatif considérable sur la progression des investissements nécessaires à l'atteinte de la cible relative à l'eau. En effet, en plus d'amplifier les contraintes déjà identifiées, cette crise a eu comme résultat la suspension voire l'arrêt d'importants investissements dans le domaine de l'approvisionnement en eau potable aussi bien en milieu rural⁶⁵ qu'en milieu urbain⁶⁶. Certains investissements⁶⁷ se sont poursuivis mais ont été nettement ralentis par la situation chaotique née de la crise. De plus, toutes les actions touchant aux aspects institutionnels ont été arrêtées en attente de la résolution de la crise.

La période de 2005 à 2008 a coïncidé avec la mise place d'un nouveau cadre institutionnel, la définition des programmes relatifs à l'eau et la mobilisation d'importants moyens financiers au profit du secteur d'approvisionnement en eau potable en vue d'atteindre l'OMD eau. La crise sociopolitique qui a éclaté 2009 a annihilé cet élan de générosité en faveur du développement du secteur de l'eau. A l'heure actuelle, le taux d'accessibilité de la population à l'eau potable dans les différentes Régions du pays stagne sinon régresse.

L'atteinte de l'OMD eau s'éloigne et apparaît très difficilement atteignable même si la crise sociopolitique était résolue dans un proche avenir.

⁶⁵ Milieu rural : retrait d'un fonds néerlandais de l'ordre de 30 millions d'Euro.

⁶⁶ Milieu urbain : suspension d'un fonds de 48 millions de dollars USD de la BEI.

⁶⁷ Investissement de la Banque Africaine de Développement-projet.

Cible 7D: Améliorer sensiblement, d'ici à 2020, les conditions de vie de 100 millions d'habitants qui vivent dans des taudis



L'accroissement de la population urbaine s'accompagne le plus souvent d'une détérioration des conditions de vie de la population. Les personnes qui n'arrivent pas à se loger dans la vieille ville sont contraintes de se réfugier dans les zones suburbaines où ils y érigent des abris de fortune qui les exposent aux risques de maladies et d'intempéries. L'un des objectifs du Millénaire du Développement est de réduire de manière significative la précarité dans le domaine du logement urbain. A Madagascar, la proportion des personnes qui vivent dans des taudis en ville diminue progressivement passant de 84,2% en 2000 à 80,6% en 2005 et in fine, pour s'établir à 78,0% en 2007⁶⁸. D'après l'EPM 2010, le pourcentage des citoyens vivant dans les taudis atteint 83 %. Le moyen d'éclairage le plus répandu est la lampe à pétrole. L'ampoule électrique et la bougie sont d'usage uniquement en milieu urbain.

Conclusion

La préservation de l'environnement et l'amélioration des conditions de vie des populations dans les quartiers déshérités des villes demeurent des préoccupations du gouvernement malgache malgré de nombreuses initiatives qu'il a déjà prises pour encourager l'utilisation des énergies renouvelables (exonération de taxes sur les plaques solaires), améliorer l'accessibilité à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement dans les quartiers urbains pauvres, etc. Les résultats enregistrés sont encore insuffisants : les aires urbaines de forte concentration des taudis s'agrandissent, les surfaces protégées diminuent, le système des égouts en ville se détériore, le problème de ramassage et de traitement des déchets solubles et solides persiste, etc.

Recommandations

Pour préserver durablement l'environnement, Madagascar se doit de : i) Mobiliser suffisamment des ressources pour renforcer la surveillance de ses aires protégées (revenus du tourisme, crédits carbone...), ii) Associer les populations riveraines des aires protégées à la gestion et à la préservation des aires protégées à travers des projets alternatifs à la destruction des écosystèmes, iii) Renforcer la réglementation de l'exploitation des ressources naturelles, v) Trouver des solutions à la pression qu'exerce l'utilisation du bois de chauffe (notamment le charbon de bois) qui a des effets dévastateurs sur la couverture végétale et l'érosion des terres, vi) améliorer la productivité agricole afin de favoriser le changement des pratiques culturales (passage de la jachère forêt et de l'agriculture annuelle à la l'agriculture intensive et pluriannuelle).

⁶⁸ In UNDG



OBJECTIF 8

METTRE EN PLACE UN PARTENARIAT MONDIAL POUR LE DEVELOPPEMENT

LES CIBLES TRAITÉES PAR RAPPORT À CET OBJECTIF ONT TRAIT À L'AIDE PUBLIQUE AU DÉVELOPPEMENT, LA SOUTENABILITÉ DE LA DETTE, LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION ET DE L'INFORMATION, LA DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS.

CIBLE 8A : POURSUIVRE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME COMMERCIAL ET FINANCIER MULTILATÉRAL OUVERT, FONDÉ SUR DES RÈGLES, PRÉVISIBLE ET NON DISCRIMINATOIRE.

CIBLE 8B : RÉPONDRE AUX BESOINS PARTICULIERS DES PAYS LES MOINS AVANCÉS.

CIBLE 8D : TRAITER GLOBALEMENT LE PROBLÈME DE LA DETTE DES PAYS EN DÉVELOPPEMENT PAR DES MESURES D'ORDRE NATIONAL ET INTERNATIONAL PROPRES À RENDRE L'ENDETTEMENT TOLÉRABLE À LONG TERME.

CIBLE 8E : EN COOPÉRATION AVEC L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE, RENDRE LES MÉDICAMENTS ESSENTIELS DISPONIBLES ET ABORDABLES DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT.

CIBLE 8F : EN COOPÉRATION AVEC LE SECTEUR PRIVÉ, FAIRE EN SORTE QUE LES NOUVELLES TECHNOLOGIES, EN PARTICULIER LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION, SOIENT À LA PORTÉE DE TOUS.

Les sept premiers objectifs du millénaire pour le développement sont intimement liés aux ressources et aux appuis des partenaires au développement notamment l'aide publique au développement et la facilité d'accès aux marchés internationaux des produits du pays, qui font l'objet de l'OMD8.

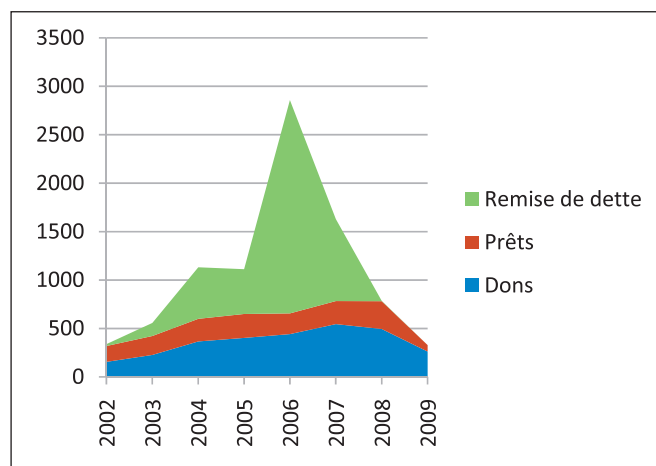


L'AIDE PUBLIQUE AU DEVELOPPEMENT

Evolution des flux d'aide publique au développement à Madagascar 2002-2009

Madagascar a connu entre 2002 et 2009 deux crises politiques majeures, qui ont eu un impact important sur les flux d'aide au développement.

Graphique 20 : Evolution des flux d'APD à Madagascar entre 2002-2009(bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux membres du CAD/OCDE)



Source : CRS/OCDE pour 2002-2008 ; Plateforme de Gestion de l'Aide - Madagascar pour 2009

Suite à la crise politique qui affecte le pays depuis fin 2008 et qui a culminé avec le renversement du Président de la République au mois de mars 2009, les flux d'aide publique au développement en provenance des bailleurs OCDE/CAD ont fortement baissé, pour s'établir à 329 millions de dollars US en 2009. Les prêts ont été davantage affectés que les dons, accusant une baisse de près de 80% en raison des différentes mesures de suspension.

Les données disponibles ne permettent pas de suivre sur l'ensemble de la période les flux d'aides au développement reçue des pays hors-CAD/OCDE. Pour l'année 2009, ces flux sont évalués à 43 millions de dollars US, soit près de 12% du total de l'APD à Madagascar.

Evolution du profil de l'aide et impact sur les perspectives de développement du pays

L'aide budgétaire et les prêts ont été les types de financement les plus affectés par la crise. Les dons sous forme d'aide-projet ont été plus " résilients " dans l'ensemble, même si des différences importantes subsistent entre les partenaires techniques et financiers.

Ce nouvel environnement de l'aide fait peser une menace sérieuse sur les capacités du pays à assurer la relance des programmes de développement après la crise. En effet, les financements les plus affectés par la crise sont souvent ceux qui servaient de " colonne vertébrale " en appui aux systèmes et aux structures nationales, indispensables à la mise en œuvre et à la coordination des différents projets. Il y a en fait un risque de voir disparaître des capacités nationales qui jouaient un rôle catalytique, et qui seront difficiles à reconstituer après la crise (par exemple dans le secteur de la santé). Les financements humanitaires ou les financements en appui direct à la population, via les agences de l'ONU ou les ONG, peuvent permettre de minimiser l'impact sur la population dans un premier temps, mais les effets des mesures de sanctions sur les capacités nationales se feront sentir sur le long terme.

Au vu de l'expérience malgache, il paraît donc essentiel de renforcer les outils d'analyse et de programmation afin d'intégrer une véritable logique de prévention de crises dans le pilotage de l'aide au développement. Ce travail de prévention, associé à une plus grande " résilience " des projets, permettrait d'éviter que des années d'efforts de développement ne soient remises en cause régulièrement par des crises politiques.

Efforts en faveur d'une meilleure coordination de l'aide

En dépit d'une situation politique difficile, Madagascar a progressivement mis en place un cadre plus propice à la coordination et à l'efficacité de l'aide.

Le pays a participé en 2008 à l'enquête de l'OCDE/CAD sur la mise en œuvre de la Déclaration de Paris. Un Secrétariat Technique Permanent pour la Coordination des Aides (STPCA) a été créé en juillet 2008 et placé auprès du Premier Ministre, afin d'assurer le rôle de point focal auprès des bailleurs de fonds, tout en appuyant les ministères sectoriels, le Ministère des Finances et du Budget et le Ministère de l'Economie dans leurs rôles respectifs de coordination.

Le partenariat entre la communauté internationale et Madagascar a été fortement affecté par la crise politique, mais le STPCA est parvenu à mettre en place une base de données sur les flux d'aide, accessible en ligne aux ministères et aux partenaires techniques et financiers (www.amp-madagascar.gov.mg). Ces données sur l'aide, mises à jour trimestriellement par les partenaires, sont utilisées à la fois par la coordination des bailleurs de fonds et par le gouvernement, afin de suivre l'impact de la crise sur les aides extérieures.

SOUTENABILITE DE LA DETTE

L'atteinte des Objectifs du Millénaire de Développement (OMDs) requiert la mobilisation d'importantes ressources financières de la part de l'Etat malgache. La faiblesse de ses ressources propres étant, l'Etat malgache se doit donc de recourir à l'emprunt externe afin de combler son gap de financement, tout en veillant à ce que le niveau de son endettement demeure soutenable pour ne pas engendrer de déséquilibres au niveau de l'économie et s'éloigner de la réalisation des OMDs.

L'atteinte du point d'achèvement dans le cadre de l'initiative PPTE⁶⁹ ainsi que l'effet de la mise en œuvre de l'IADM⁷⁰ (Initiative d'Allègement de la Dette Multilatérale) a considérablement fait chuter le niveau de la dette extérieure de Madagascar. Estimé à 3,2 milliards de DTS à fin 2003, l'encours est passé à 2,3 milliards de DTS à fin 2004 à la suite de l'initiative PPTE et puis à 1,1 milliards de DTS à fin 2006 après que l'IADM ait été rendu effectif, soit une baisse d'environ 66% en trois ans.

Tableau Madagascar. Encours de la dette extérieure (en millions de DTS)							
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Créanciers bilatéraux	1 480,8	486,6	495,3	490,9	505,1	449,9	465,0
Club de Paris	1 086,1	96,4	89,7	75,6	98,9	82,4	79,3
Autres créanciers	394,7	390,2	405,6	415,2	406,2	367,5	385,7
Créanciers privés	9,3	0,4	9,8	9,7	9,7	10,3	0,1
Créanciers multilatéraux	1 687,4	1 853,9	1 978,0	572,2	659,5	916,1	938,5
Total	3 177,6	2 340,9	2 483,1	1 072,8	1 174,3	1 376,2	1 403,6

Source: Ministère des Finances - Direction de la Dette Publique

L'allègement au titre de l'IADM a également transformé la configuration des créanciers de Madagascar. Ainsi, la part des créanciers multilatéraux dans l'encours total est passée de plus de 75% en 2005 à 56% en 2007 tandis que celle des créanciers bilatéraux est passée de 20% à fin 2005 à 43% à fin 2007.

A partir de 2007, les effets de ces allègements ont été en partie annulés par la contraction de nouveaux emprunts, mais aussi par la dépréciation du dollar par rapport aux autres devises dans lesquelles certaines dettes ont été libellées. Cependant, d'après une analyse réalisée conjointement par le FMI et la Banque Mondiale sur la viabilité de la dette malgache en Juin 2008, l'endettement du pays reste encore à un niveau soutenable. En effet, les indicateurs de la dette extérieure de Madagascar se situent toujours en-deçà des seuils indicatifs de viabilité de référence⁷¹. Le ratio service de la dette/exportations, qui est passé de 9.2% en 2005 à 0.9% en 2007, était en dessous du taux de 20% de référence.

⁶⁹ Le point d'achèvement a été atteint en Octobre 2004 et a permis un allègement de la dette extérieure de Madagascar envers les créanciers membres du Club de Paris et les autres créanciers bilatéraux.

⁷⁰ Mise en œuvre à partir de Janvier 2006, l'IADM est une initiative d'allègement de la dette envers les créanciers multilatéraux. Au total, elle a permis un allègement d'environ 2,4 milliards de US\$ de la dette extérieure de Madagascar envers respectivement la Banque Mondiale (1,8 milliards de US\$), le Fonds Monétaire International (197 millions de US\$) et la Banque Africaine de Développement (393 millions de US\$).

⁷¹ Selon l'Indice d'Evaluation des Institutions et des Politiques (CPIA) de la Banque Mondiale, Madagascar est classé comme pays à performance moyenne. Les seuils indicatifs de viabilité de la dette extérieure applicables pour cette catégorie de pays sont : (i) 150% pour la VAN du ratio dette/exportations ; (ii) 40% pour la VAN du ratio dette/PIB ; (iii) 250% pour la VAN du ratio dette/recettes fiscales ; (iv) 20% pour le ratio service de la dette/exportations ; (v) 30% pour le ratio service de la dette/recettes.

La même analyse à travers un test de sensibilité stipulait qu'à moyen terme la situation de la dette ne devrait pas se dégrader. Cependant, cette analyse n'a pas tenu compte des effets de la crise politique que traverse actuellement le pays. Bien qu'une analyse récente de la soutenabilité de la dette ne soit pas encore disponible, il est plus que probable que les indicateurs de solvabilité extérieure se sont quelque peu détériorés sous l'effet d'un déclin de la croissance économique, de la baisse des exportations ainsi que des recettes de l'Etat.

Par ailleurs, la fin de cette crise engendrera des défis en matière de gestion de la dette extérieure. En effet, le besoin de financement lié à la reconstruction après la crise expose le pays aux risques d'un volume d'emprunts trop important, surtout s'ils sont contractés à des termes non concessionnels. Aussi, afin de préserver les acquis des différents allègements et maintenir la dette à un niveau soutenable, il est important que le gouvernement mette en œuvre de politiques macroéconomiques et structurelles saines, visant à augmenter la production, les exportations ainsi que les recettes de l'Etat, mais aussi et surtout, il se doit d'adopter une politique d'endettement prudente en ne contractant que les emprunts à des taux concessionnels.

LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

La demande s'est accrue pour les technologies de l'information et de la communication

En 2010, à peine 1% des ménages possédait un téléphone fixe (2,2% en milieu urbain). Cette même année 25% des ménages étaient équipés d'un téléphone portable contre 4% en 2005. Toujours en 2010, 51,6% des ménages urbains avaient un téléphone portable. En revanche, seuls 17% des ménages ruraux en disposaient. Le taux d'accès à l'internet reste très faible à Madagascar avec à peine 1,6 pour 100 personnes en 2009 et 0,2 en 2008⁷². En 2010, 0,6% de la population ont déclaré avoir engagé des dépenses de connexion à internet.

DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable.

La stratégie de développement sanitaire de Madagascar repose sur la mise en place d'un système cohérent des soins dont l'un des piliers est l'approvisionnement en médicaments essentiels. En effet, la prévention et le traitement des maladies nécessitent la disponibilité d'infrastructures sanitaires et d'équipements adéquats et un personnel de qualité. Mais, hélas, les soins ne peuvent pas être administrés aux patients en l'absence des médicaments dont notamment les vaccins de qualité, accessibles financièrement et géographiquement à la population. C'est pourquoi, dès 2007, le pays a décidé de se doter d'une Politique Pharmaceutique Nationale qui lui assure un approvisionnement adéquat en médicaments de bonne qualité, sûrs, efficaces et à coût abordable. L'accès de la population à ces médicaments s'effectue :

- pour le système public, par le biais des pharmacies à gestion communautaire (FANOME) des formations sanitaires publiques et dont l'approvisionnement en médicaments et consommables est assuré par la Centrale d'Achat de Médicaments Essentiels et de Matériel Médical (SALAMA) via les Pharmacies de Gros de District (PhaGDis). SALAMA est une Association Sans But Lucratif travaillant sous la tutelle du Ministère de la Santé Publique. Elle assure également l'approvisionnement en médicaments des formations d'obédience privée à but non lucratif,
- pour le système privé, par le biais des officines et de dépôts de médicaments qui sont approvisionnés par les grossistes et l'entreprise pharmaceutique nationale (FARMAD).

Tendances évolutives dans la réalisation de la cible 8E de 2000 à 2010

Concernant l'indicateur " Proportion de la population ayant accès de façon durable à des médicaments de base d'un coût abordable ", Madagascar ne dispose pas de données de routine, ni de données d'enquête. Néanmoins, les données suivantes peuvent refléter d'une manière indirecte l'accessibilité de la population à des médicaments de base d'un coût abordable.

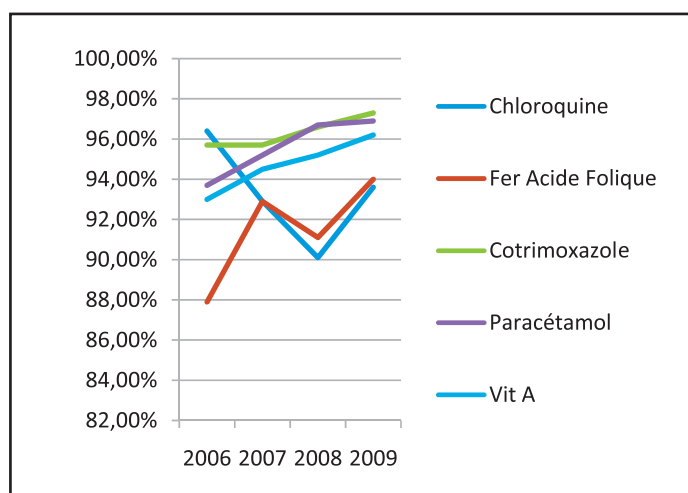
⁷² Source : Banque Mondiale

Disponibilité en médicaments et en infrastructures de leur approvisionnement

Dans le domaine d'infrastructures d'approvisionnement en médicaments essentiels, Madagascar dispose de 203 pharmacies agréées et de 1 448 dépôts de médicaments soit respectivement un ratio d'une pharmacie pour 100 000 habitants et 7 dépôts de médicaments pour 100 000 habitants. Pour le secteur public, 2 486 FANOME sont réparties au niveau des CHU (Centre Hospitalier Universitaire), CHRR, CHD 2, CHD1 et CSB publics, soit un ratio de 12 FANOME pour 100 000 habitants. Ces ratios semblent être satisfaisants en matière de disponibilité en infrastructures pharmaceutiques, mais la répartition est très inégale, défavorisant la zone rurale au profit de la zone urbaine (98 % des officines sont situées en ville).

En ce qui concerne la disponibilité en médicaments essentiels, le graphique 21 montre la disponibilité des 5 médicaments traceurs dans les CSB publics de 2006 à 2009⁷³.

Graphique 21 : Disponibilité en médicaments traceurs de base dans les CSB publics (2006-2009)



La disponibilité en chloroquine diminue d'année en année (96,4 % en 2006 et 93,6 % en 2009). Cette situation est liée à la nouvelle stratégie du Ministère de la Santé Publique en matière de traitement du paludisme simple : remplacement progressif de la chloroquine par l'Artemisinin Combined Therapy (ACT). Pour les autres médicaments, la disponibilité est en hausse, sans toutefois dépasser les 98 %.

Pour ce qui concerne les ruptures de stock des médicaments, l'Evaluation du Système Logistique pour la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction (SPSR) réalisée à la fin de l'année 2009 a montré que :

- 15 % des formations sanitaires enquêtées ont connu des situations de ruptures de stock en produits contraceptifs durant les 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête,
- 12,8 % des formations sanitaires enquêtées étaient en rupture de stock d'Ampicilline injectable et 6,7 % de l'oxytocine injectable (médicaments traceurs de la Maternité Sans Risque) durant les 6 derniers mois qui ont précédé l'enquête,
- 8,4% des formations sanitaires enquêtées étaient confrontées à une rupture de leurs stocks en Benzathine Pénicilline et 30 % en Génicure (médicaments traceurs pour le traitement de l'IST).

La même évaluation renseigne que plus les formations sanitaires sont moins accessibles, plus elles font face à des situations de rupture de stock. La cause la plus évoquée pour justifier ces situations est la rupture au niveau des Pharmacies de Gros de District (PhaGDis) et de la Centrale d'Achat SALAMA. La non maîtrise de la consommation réelle et le retard des commandes ont été aussi citées parmi les raisons qui en seraient à l'origine.

⁷³ Source : Service des Statistiques Sanitaires, Ministère de la Santé Publique .

Gratuité des soins

A Madagascar, les soins des maladies chroniques telles que la tuberculose, la lèpre et le VIH/Sida sont gratuits. Mais le pays doit parfois faire face à des situations inattendues : rupture des stocks des médicaments antituberculeux, antiléprieux, antirétroviraux à cause d'une mauvaise gestion logistique, médicaments disponibles mais dont la date de péremption est proche de la date d'acquisition.

Pour les démunis, le Ministère de la Santé Publique a mis en place en 2005, le Fonds d'Equité au niveau des formations sanitaires de base (CSB, CHD1). Ce système de financement des soins des malades démunis était par la suite étendu au CHD2 et récemment mis à l'échelle au niveau des CHRR et CHU.

Accessibilité financière aux médicaments essentiels.

En matière d'accessibilité financière aux médicaments essentiels, les ménages prennent en charge les 82 % (2007) des coûts d'achats de produits pharmaceutiques (au niveau des FANOME, des officines et des dépôts de médicaments), ce qui représente un coût total de 80, 15 milliards d'Ariary⁷⁴. Les 18 % restants représentent la part de l'Etat et des Partenaires (mutuelles, assurances) dans l'acquisition des médicaments gratuits : médicaments pour les traitements de la tuberculose, de la lèpre et du VIH/Sida.

Les prix des médicaments sont volatiles car tributaires des variations de taux de change des devises étrangères. Les statistiques sanitaires montrent que dans les formations sanitaires publiques, le taux des ordonnances servies tend à diminuer passant de 86,3 % en 2007 à 84,2 % en 2009. Cette tendance à la baisse montre que certains malades qui ne parviennent pas à payer leurs médicaments renoncent aux soins. De même, que l'accès aux médicaments essentiels à des prix certes abordables demeure problématique à Madagascar d'autant que les ménages à revenus fixes ont vu leurs pouvoirs d'achat baissés à la suite des effets externes négatifs des crises sociopolitique, économique et financière que la grande Ile de l'océan indien connaît depuis la fin de l'année 2008.

Principaux obstacles et goulots d'étranglement pour l'atteinte de l'objectif

- Pour le secteur public, le problème d'approvisionnement en médicaments essentiels des formations sanitaires constitue l'un des principaux goulots d'étranglement du système de santé. Il tend à s'amplifier en 2010, du fait de la crise politique. En effet, 50 % (environ 1,09 milliards d'Ariary) des créances de SALAMA envers l'Etat restent irrécouvrables et un Gap de 350 millions d'Ariary est constaté au niveau des paiements des FANOME à SALAMA. Ces Gap entraîneront une insuffisance de trésorerie au niveau de SALAMA, d'où un risque de retard d'approvisionnement au niveau des formations sanitaires et des ruptures de stocks plus importantes dans l'avenir.
- Sur le plan national, le principal goulot d'étranglement demeure le coût élevé des médicaments. Les médicaments génériques ne sont pas, par ailleurs, toujours disponibles et, lorsqu'ils le sont, coûtent nettement plus chers que les prix de référence internationaux. La médiocrité de l'accès effectif aux médicaments a créé un marché florissant pour les médicaments de contrefaçon ou périmés.

Recommandations

- Pour atteindre l'objectif qui est de rendre les médicaments essentiels disponibles et abordables à Madagascar, il convient :
 - d'améliorer la situation financière de SALAMA par le recouvrement de ses créances,
 - d'accélérer le règlement du solde du budget de l'Etat à chaque exercice financier,
 - de renforcer la gestion et la sécurisation des médicaments à tous les niveaux du système,
 - de renforcer le système de prise en charge financière des indigents et des ménages de condition modeste (mise à l'échelle des Fonds d'Equité, des mutuelles et d'autres types d'assurance maladie),
 - de mettre en place des mesures d'incitation au profit des entreprises pharmaceutiques locales ou étrangères afin de produire des médicaments à prix compétitifs dans le pays : exonération fiscale des matières premières, subventions, etc.
 - d'encourager sur le plan international les multinationales pharmaceutiques à segmenter leurs marchés (appliquer des politiques tarifaires) par la différenciation des prix/tarifs de leurs médicaments : des prix plus bas pour les pays en développement, en particulier pour les antirétroviraux et plus chers dans les pays émergents et développés.

⁷⁴ Comptes Nationaux de Santé 2007, Ministère de la Santé Publique.

CONCLUSION

Depuis le début de l'année 2009, Madagascar est plongé dans une crise politique qui n'a pas encore trouvé de solutions à l'heure actuelle. Cette crise politique aggravée par la crise économique mondiale a eu des retombées négatives sur la situation socio-économique du pays.

En effet, classé parmi les pays à faible développement humain en 2010, Madagascar se situe au 135ème rang sur 169 pays avec un IDH de 0.435. La baisse de la demande mondiale, le gel des financements des partenaires traditionnels du pays, dont le poids dans les investissements socio-économiques n'est pas négligeable, le flou qui caractérise la politique économique du gouvernement dans sa mise en œuvre ainsi que l'incertitude sur l'avenir ont eu pour conséquence le ralentissement des activités économiques attesté par le fléchissement de la croissance économique (-3,5%) en 2009 malgré une timide reprise (0,5%) observée en 2010.

Face à l'insuffisance des ressources (appui extérieur, ressources internes), les dépenses publiques, en particulier les dépenses d'investissement, ont été réduites avec le risque de déclencher le multiplicateur à la baisse du revenu. La baisse de la demande interne et la politique monétaire du pays ont permis de contenir l'inflation en dessous de 10%.

A moins de cinq ans du rendez-vous de 2015, le pays semble encore loin de tenir ses engagements de 2000. Et rien n'indique aujourd'hui que l'ensemble des objectifs du Millénaire du Développement seront atteints à l'échéance prévue. Néanmoins, des progrès ont déjà été accomplis par rapport à la situation de 2000 dans plusieurs domaines. Il en est ainsi de l'éducation, secteur dans lequel Madagascar a considérablement progressé. Le taux net de scolarisation est aujourd'hui de 86,8%, le taux d'achèvement est passé de 30% en 2002 à 60,2% en 2007-2008, les filles accèdent au même titre que les garçons à l'école (51% des garçons contre 49% des filles sont scolarisés). Cependant, des disparités de genre au niveau régional sont parfois observées en défaveur soit des filles soit des garçons. Pour ce qui est de l'incidence du VIH SIDA, elle a pu être contenue en dessous du seuil de 1%. L'amélioration de l'immunisation des enfants a contribué à la réduction de la mortalité infantile et infanto-juvénile (respectivement 48‰ et 72‰ en 2008-2009). Dans les autres domaines, les progrès sont lents (parité homme et femme sur le plan politique et économique) voire inexistantes et il y a même un risque de retournement de tendance dans différents domaines.

La pauvreté touche plus des trois quarts de la population (76,5% en 2010). Cette situation s'explique par les dégradations du marché de l'emploi qui ont entraîné des nombreuses suppressions de postes de travail plus particulièrement dans le secteur informel et la prolifération des emplois précaires dans le secteur informel.

La malnutrition demeure préoccupante et 49% des enfants de moins de cinq ans souffrent de retard de croissance en 2008-2009 et 5,4% de malnutrition aigüe.

C'est surtout dans le domaine de la prise de décision et des fonctions électives que les disparités de genre se font le plus observées et que beaucoup d'efforts restent à fournir. En 2008, seulement 7,8% des sièges parlementaires étaient occupés par des femmes, et seulement 30% des postes de direction et de cadres supérieurs, tandis qu'on retrouve des femmes dans plus d'un tiers des postes d'encadrement et de fonctions techniques.

La majorité des femmes n'ont pas accès aux soins prénatals et postnatals et accouchent sans soutien de personnel qualifié, expliquant la lenteur de la réduction de la mortalité maternelle qui est encore de 498 décès pour 100 000 naissances. L'objectif 5 " Améliorer la santé maternelle, notamment la cible relative à la réduction de la mortalité maternelle " figure parmi les objectifs difficilement à atteindre.

Concernant l'environnement, si le taux de déforestation était de 0,82% pendant les années 90, entre les années 2000 et 2005 celui-ci est descendu à 0,55% mais demeure élevé d'une part à cause de la pauvreté, qui pousse la population à chercher de nouvelles terres par la pratique de la culture sur brûlis, mais également à cause de la mauvaise gouvernance. En effet, les autorités peinent à arrêter l'exploitation illicite de la faune et de la flore. Par ailleurs, l'utilisation de source d'eau améliorée est un défi majeur pour le pays car seulement 40% de la population ont accès à l'eau potable et 3% à des installations sanitaires adéquates.

De ce fait, si les conséquences à court terme de la crise sont connues, ses impacts à long terme ne sont pas encore totalement cernés. Toutefois, il est aujourd'hui établi que si la crise politique perdurait, les maigres

acquis des périodes précédentes risqueraient d'être anéantis et le pays risquerait alors de régresser. Ainsi, les défis auxquels Madagascar devra faire face dans l'avenir est l'accélération de la croissance économique en vue de réduire la pauvreté et les inégalités. Pour cela, il est nécessaire de mobiliser les ressources internes et externes et à plus long terme, rendre le pays moins tributaire des appuis extérieurs. Le second défi, qui est lié aux précédents, porte sur la création et/ou la promotion d'emplois plus productifs et plus rémunérateurs non seulement en milieu urbain mais également dans le monde rural. Le troisième défi auquel le pays est confronté est le développement du monde rural pour y diversifier les sources du revenus paysans, renforcer les capacités des agriculteurs afin de les aider à briser la chaîne qui tend à les condamner à vivre à jamais dans l'extrême pauvreté.

