



Madagascar

Demographic and Health Survey 2003-2004

Key Findings



This report summarizes the findings of the Demographic and Health Survey (*EDSMD-III*) undertaken in Madagascar from November 23, 2003 to March 28, 2004 by the Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) [*National Directorate of Demography and Social Statistics*] of the Institut National de la Statistique (INSTAT) [*National Statistical Institute*], in collaboration with the Ministère de la Santé et du Planning Familial [*Ministry of Health and Family Planning*]. The EDSMD-III project was undertaken with funding from the World Bank through its projects: the Programme Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS) [*Multisectoral Program for the Prevention of HIV*], CRESAN 2, and SEECALINE; the United Nations Children's Fund (UNICEF); the United Nations Fund for Population Activities (UNFPA); and the U.S. Agency for International Development (USAID). Technical assistance was provided by the worldwide Demographic and Health Surveys – MEASURE DHS+ of ORC Macro, which is designed to collect, analyze, and disseminate demographic data on fertility, family planning, and maternal and child health.

The EDSMD-III contains information collected from 8,420 households, 7,949 women age 15-49 and 2,432 men age 15-59 years. The results are significant at the level of residence (capital, other cities, total urban and rural) and at the level of the six provinces.

This publication was made possible with support from the U.S. Agency for International Development (USAID) under the terms of Contract No. HRN-C-00-97-00019-00. The opinions expressed herein are those of the authors and do not necessarily correspond to those of the United States Agency for International Development.

For all information on the EDSMD-III, contact the Direction Générale de l'INSTAT, BP 485, Anosy, 101, Antananarivo, Madagascar (Telephone: 261-20-22-216-52; Fax: 261-20-22-332-50; Internet: <http://www.instat.mg>).

Additional information about the MEASURE DHS+ program may be obtained by writing to ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Telephone: 301-572-0200; Fax: 301-572-0999; e-mail: reports@orcmacro.com; Internet: <http://www.measuredhs.com/>).

Prepared by Randretsa Iarivony, Victor R. Rabeza, Monique Barrère and Soumaila Mariko

Production by Katherine Senzee, Erica Nybro and Daniel Vadnais

Recommended citation:

Institut National de la Statistique (INSTAT) [Madagascar] and ORC Macro. 2005. Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 2003–2004: Rapport de synthèse. Calverton, Maryland, USA: INSTAT and ORC Macro.

Date of publication: March 2005

Cover photography by April Watson, with permission from Freedom from Hunger

MADAGASCAR 2003–2004 DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY

Key Findings

Background Characteristics of the Population and Household Living Conditions

Household population structure	2
Household composition	2
Level of education of the population	2
Housing characteristics	2

Characteristics of Women and Men Interviewed

Spatial distribution of the population	3
Education and literacy	3
Economic activity	3

Fertility and its Determinants

Current levels of fertility	4
Marriage and exposure to pregnancy	4
Fertility preferences	5
Ideal number of children	5
Wanted fertility	5

Family Planning

Knowledge and use of contraception	6
Trends in the use of contraception	6
Fertility planning and need for family planning	6

Reproductive Health

Antenatal care	7
Place and assistance at delivery	7
Postnatal care	7

Child Health

Immunization coverage	8
Childhood diseases	8

Breastfeeding and Nutritional Status of Children and Women

Breastfeeding	9
Nutritional status of children under age 3	9
Consumption of micronutrients and vitamin A by children	10
Prevalence of anemia among children	10
Nutritional status of women	11
Anemia and night blindness	11

Mortality

Childhood mortality	12
---------------------------	----

Knowledge of STIs and HIV/AIDS and Prevalence of Syphilis

Knowledge of STIs	13
Prevalence of syphilis	13
Knowledge of AIDS and means of prevention	13

Key Indicators

14-15



Yosef Hadar, with the permission of the World Bank

BACKGROUND CHARACTERISTICS OF THE POPULATION AND HOUSEHOLD LIVING CONDITIONS

Data collected on age, sex, and level of education of the household population as well as on housing characteristics provide a description of the socio-demographic and environmental context in which the men and women interviewed live.

Household population structure

In Madagascar, almost half of people are under age 15; the proportion of people age 15 to 64 (economically active ages) varies between 50 and 52 percent, and very few (around 3 percent) are over 65.

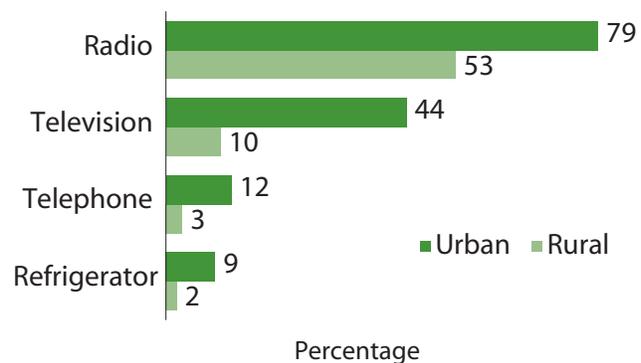
Household composition

A Malagasy household is made up, on average, of 4.6 people and this mean size varies slightly from 4.7 in rural areas to 4.4 in urban zones. Very few households have 9 or more people (7 percent) although this is more common in rural areas and least common in the capital. Nearly one household in four (22 percent) is headed by a woman. This proportion varies from 21 percent in rural areas to 26 percent in the urban zone. Among children under age 15, two thirds live with their parents (66 percent). Only a very small proportion of children (less than one percent) are orphaned by both father and mother.

Level of education of the population

Despite certain recent improvements, one in five men and about a quarter of women (24 percent) have no education. By comparison, these proportions were 25 percent for men and 29 percent for women in 1997. The proportion of people with no education is higher in rural areas (23 percent for men and 28 percent for women) than in urban zones (9 and 11 percent, respectively). It is in the capital that these proportions are the lowest for both sexes: 2 percent for men and 3 percent for women. Differences are also noted at the provincial level. The proportion of women with no education varies from a minimum of 11 percent in the province of Antananarivo to a maximum of 43 percent in Toliara; for men, this proportion varies from a minimum of 7 percent in the province of Antananarivo to a maximum of 43 percent in Toliara.

Goods Owned by Households



Housing Characteristics

One in five households has electricity; this proportion varies from 84 percent in the capital to 11 percent in rural areas. At the national level, 35 percent of households have access to safe drinking water, with 74 percent of urban homes having access compared with only 23 percent of rural homes. Almost all (98 percent) of households in the capital have safe drinking water. Furthermore, 45 percent do not have toilet facilities; in the rural zone this proportion includes more than half of households (53 percent). Almost half of households use pit toilets (49 percent).

CHARACTERISTICS OF WOMEN AND MEN INTERVIEWED

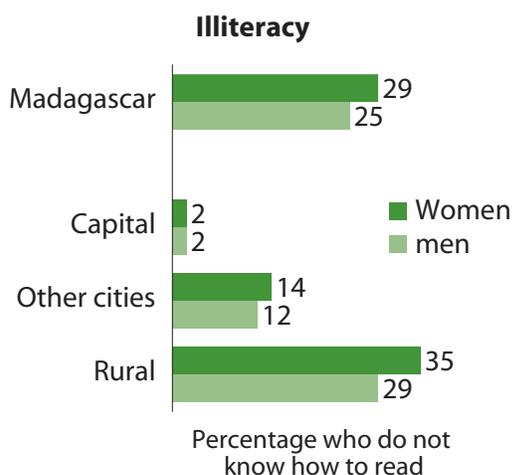
The socio-demographic characteristics of the population of women and men interviewed (residence, education, literacy, employment, exposure to media) constitute background information that is essential for the analysis of all health and demographic indicators.

Spatial distribution of the population

More than three quarters of people interviewed live in rural areas (75 percent of women and 76 percent of men). The urban zone includes about a quarter of those interviewed of whom 6 percent live in the capital.

Education and literacy

More than one in five women and a smaller proportion of men have never gone to school (respectively 22 and 16 percent). Approximately 12 percent of men and 14 percent of women have finished the primary level and only 5 percent of women and 7 percent of men have completed the secondary level. Finally, twice as many men as women have higher education (4 percent compared to 2 percent). On the other hand, a quarter of men (25 percent) and 29 percent of women are illiterate.



Economic activity

More than three quarters of women (79 percent) and a much larger proportion of men (87 percent) were working at the time of the survey. The greatest portion of men and women were working in the agricultural sector (68 percent of men and 71 percent of women). Sixteen percent of women and 12 percent of men were employed in the sales and services sector.



Yosef Hadar, with the permission of the World Bank

Exposure to the media

Television and radio are the two principal means of information: 23 percent of women watch television at least once a week and 60 percent listen to the radio at least once a week. In contrast, only 19 percent of women said they had read a newspaper or magazine at least once a week.

Only 12 percent of women and 13 percent of men are exposed to all three of these media. On the other hand, 38 percent of women and 31 percent of men are not exposed to any media.

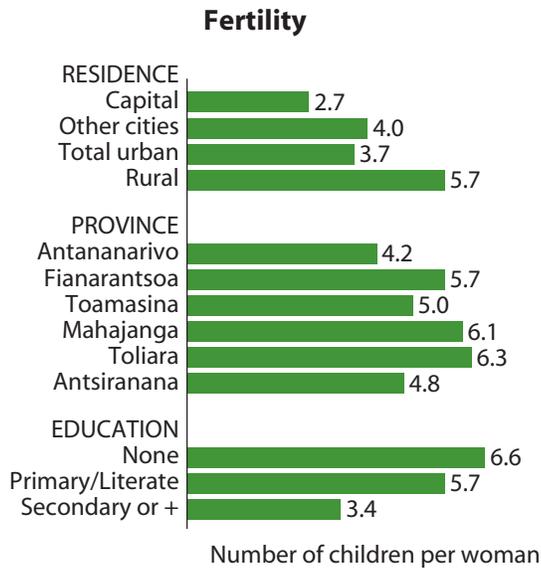
It is in urban areas, particularly in the capital, that men and women are most frequently exposed to these three sources of information.

FERTILITY AND ITS DETERMINANTS

The data collected during the survey permit the estimation of levels of fertility. They also provide information on the various factors that affect the reproductive lives of women. Moreover, the survey tries to determine the family size preferences of women and men.

Current levels of fertility

The fertility of Malagasy women remains high since each woman gives birth, on average, to 5.2 children by the end of her reproductive life. This level represents a decline from the level of 6.0 births per woman obtained during the 1997 EDS-II.



Significant differences in fertility levels exist according to place of residence: women from rural areas have considerably higher fertility than those from other cities (5.7 children per woman versus 4.0 children per woman) and those from the capital (2.7 children). Similarly, the fertility of women with a secondary education or higher (3.4 children) is notably lower than that for women with primary education (5.7) and that for women with no education (6.6).

Slightly more than a third of adolescents age 15-19 (34 percent) have already begun their reproductive life; 28 percent of teenagers have had at least one child and 6 percent are pregnant with the first child.

Nearly a quarter of births (24 percent) arrive too soon after the birth of the preceding child (less than 24 months after); 57 percent of births arrive less than 36 months after.

Marriage and exposure to pregnancy

Nearly two-thirds of women were in union at the time of the survey (65 percent). Among men, 63 percent were in union. Among women age 25-49, half had already had one union by 19.1 years (23.5 years among men). Half of women age 25-49 had had their first sexual intercourse by age 17.5. Among men, the first sexual intercourse occurs at a slightly later age (median age of 18 years).

Adolescent pregnancy and motherhood has decreased. In 1997, 56 percent of women age 18 had a child or were pregnant; this proportion has now dropped to 48 percent.



April Watson, with the permission of Freedom from Hunger

Fertility preferences

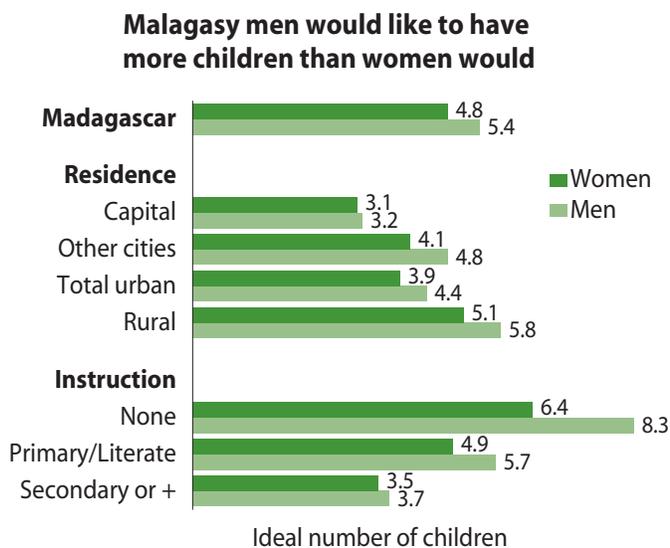
Two in five women (41 percent) and slightly more than a third of men (35 percent) said they do not want any more children. Among women who want another child, a majority wish to space the next birth by at least two years.

Ideal number of children

For women, the ideal number of children is 4.8. Men wish to have a noticeably higher number of children (on average 5.4). This ideal number of children is higher in rural areas (5.1 for women and 5.8 for men) than in urban areas (3.9 and 4.4, respectively). The most educated women and men want fewer children (3.5 and 3.7, respectively) than those with no education (6.4 and 8.3).

Wanted fertility

The disparity between current fertility (5.2 children per woman) and wanted fertility (4.7 children per woman) illustrates the amount of unmet need which exists for family planning.



FAMILY PLANNING

Use of family planning methods and, more specifically, modern methods, allows women and couples to better achieve their fertility objectives and ideal family size.

Knowledge and use of contraception

An equal number of women and men said that they knew at least one method of modern contraception (82 percent). Only 22 percent of women said that they were using any method of contraception at the time of the survey; with only 14 percent using a modern method. In 8 percent of cases, these women are using injectable products, while 3 percent of women are using the pill and 1 percent are using condoms. Traditional methods are employed by 8 percent of women, nearly all of whom are using periodic abstinence.

The women who most frequently use modern methods are those living in the capital (33 percent) as well as those who have had secondary education or more (28 percent). On the other end of the spectrum, only 16 percent of women from rural areas and 5 percent of those with no education use a modern method of contraception.

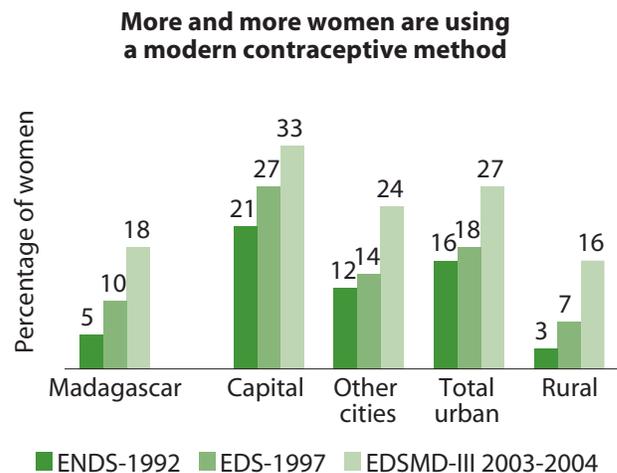
Among women in union who were not using contraception at the time of the survey, 38 percent said they intended to use it in the future, while 47 percent of women did not intend to use it in the future. In one in five cases, those who did not intend to use it most often cited the desire to have other children as their reason for nonuse (20 percent); 18 percent were concerned about side effects.

Trends in the use of contraception

Contraceptive prevalence has experienced a very significant increase in recent years: from 17 percent in 1992 and 19 percent in 1997 to 27 percent in 2003-2004. Modern method use has practically doubled, going from 5 percent in 1992 to 10 percent in 1997 and reaching 18 percent in 2003-2004.

Fertility planning and need for family planning

Nearly all births (93 percent) were wanted. The great majority of these births (83 percent) occurred at the desired time, while in 10 percent of cases, the women would have preferred that they happen later. On the other hand, more than 6 percent of births were not wanted. If all unmet need were met, contraceptive prevalence could reach 51 percent among women in union (expressed need). That would be nearly two times the current rate.



REPRODUCTIVE HEALTH

A significant number of infant deaths could be avoided if women received adequate antenatal care during pregnancy, if delivery were assisted by a trained medical professional, and if the women benefited from postnatal care.

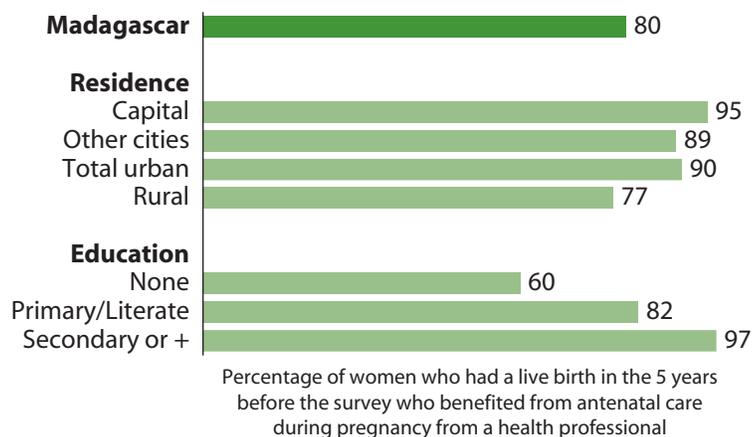
Antenatal care

A large majority (80 percent) of the births occurring during the past five years were preceded by antenatal care consultations by qualified professionals. However, only 40 percent of mothers made the four

recommended antenatal visits and, in only 16 percent of cases did the first visit occur at less than four months of pregnancy. Even though most of the standard examinations were carried out, only 36 percent of women were informed about signs of complications in pregnancy.

More than half of births in the last five years (58 percent) have been protected by two doses of tetanus toxoid vaccine given to the mother.

How many women benefit from antenatal care?



facility (32 percent). Women in rural areas, those in the provinces of Toamasina, Mahajanga and Toliara, those with no education and those who had no antenatal visit gave birth at home without a trained medical professional far more frequently than others. Overall, half of women (51 percent) received assistance from a trained professional at delivery.

Postnatal care

Nearly 3 in 5 births which did not take place in a health facility were not followed up with any postnatal consultation (57 percent). This lack of follow-up care for the mother and child is particularly common in rural areas (59 percent), among mothers with no education (69 percent) and for mothers from the provinces of Toamasina (69 percent) and Toliara (74 percent).



© 2001 Lisa Folda, Courtesy of Photoshare

Place of birth and assistance at delivery

During the past five years, nearly a third of births took place in a health

CHILD HEALTH

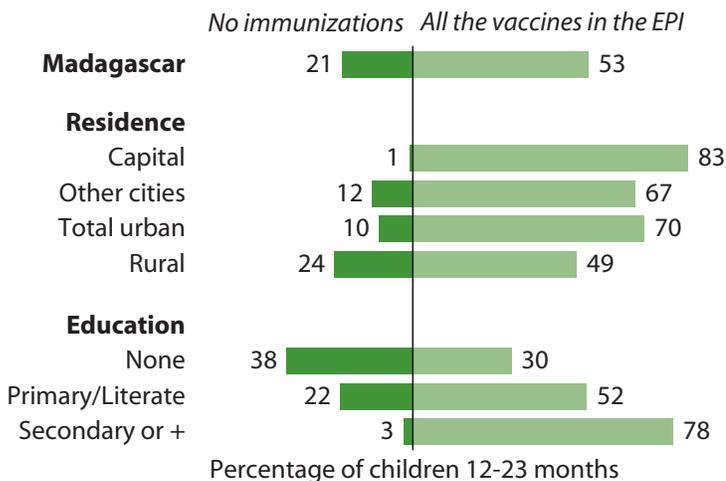
Several years ago the Ministry of Health instituted an Expanded Program on Immunization (EPI) through which all children would be required to receive the BCG vaccine, three doses of both DPT and polio vaccines, and the vaccine for measles before the age of one.

Immunization coverage

Slightly more than half of children age 12-23 months (53 percent) have received the entire series of immunizations and all the doses of vaccines in the EPI. By contrast, 21 percent of children have received no vaccines. The majority of children are therefore only partially immunized and the drop off rates between the first and third doses of vaccine are high (18 percent for polio).

Immunization coverage is highest in the capital (83 percent) and is better among children from urban areas (70 percent), than for those from rural zones (49 percent). In the provinces of Toliara and Antsiranana, less than three children in ten have received the entire series of immunizations and all doses of vaccines in the EPI. Only 30 percent of children whose mother has no education have been completely immunized compared with 78 percent of those whose mother has gone to secondary school. Moreover, immunization coverage varies to a significant degree by the economic well being of the household: among the wealthiest households, 80 percent of children have received all the immunizations compared with 32 percent in the poorest households.

How many children are immunized?



Childhood diseases

Approximately one in ten children (9 percent) showed symptoms of acute respiratory infection (ARI). ARI prevalence is highest among children 6-23 months of age (on average, 13 percent). Moreover, according to statements by the mothers, about one in five children (21 percent) had a fever in the two weeks preceding the survey. Like ARI, the prevalence of fever is highest among children 6-23 months of age (30 percent). The prevalence of ARI and fever is especially high in the provinces of Toamasina and Toliara (16 percent for ARI and 32 and 33 percent for fever, respectively).

Treatment was sought at a health facility or from a health caregiver for 39 percent of children who had ARI and/or fever. Children in urban areas (57 percent), especially those from the capital (63 percent) are more likely to be treated by health professionals for ARI and/or for fever than children in the rural areas (35 percent).

One in ten children under five had diarrhea in the two weeks preceding the survey. Children age 6-23 months are the most vulnerable age group. Diarrhea is especially common in Toliara (21 percent). Nationally, less than half of the sick children (43 percent) benefited from Oral Rehydration Therapy since they had been given rehydration salts orally or a homemade solution. In 19 percent of cases children who had diarrhea were given no treatment.

BREASTFEEDING AND NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AND WOMEN

Malnutrition seriously affects the health of both children and women. The greatest repercussion is the increase in mortality risks. Exacerbation of the risk of contracting diseases, and poor mental development are other equally important consequences.

Breastfeeding

Breastfeeding is practically universal for children born during the last five years. However, only 62 percent were breastfed in the hour following birth and 39 percent were given prelacteal semisolid food prior to the beginning of breastfeeding.



April Watson, with the permission of Freedom From Hunger

The median duration of breastfeeding is 21.6 months. This duration is shortest in the province of Antsiranana at 17.5 months.

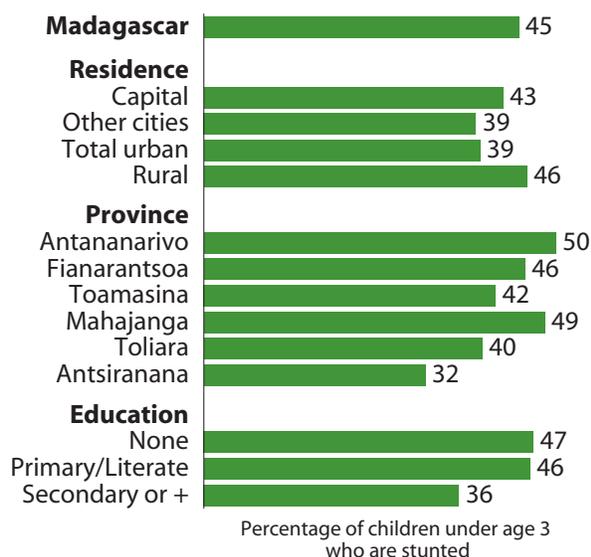
Two-thirds of children under 6 months of age (67 percent) are breastfed exclusively. In 13 percent of cases, children have already been given supplementary foods before 6 months of age. Starting at six months, the age at which breastfeeding alone is insufficient for ensuring the best possible growth for children, it is recommended that supplementary solid foods be introduced into the diet in addition to breast milk. In Madagascar, 78 percent of children 6-9 months of age are receiving supplementary food.

Nutritional status of children under age 3

More than two out of five children under the age of 3 (45 percent) are stunted, and half of these are severely stunted. By 24-35 months, an age after which stunting is difficult to reverse, more than half of children (50 percent) are too short for their age. Stunting varies by residence and by region. In rural areas, 46 percent of children are stunted compared with 39 percent in the urban zones; stunting varies from a maximum of 50 percent in the province of Antananarivo to a minimum of 32 percent in Antsiranana. The prevalence of stunting is influenced by the size of the child at birth since 60 percent of children who were small at birth are now stunted, compared with 41 percent of those who were large or average. Finally, only 36 percent of children whose mothers have a secondary level of education or greater are stunted compared with 47 percent of those whose mothers have no education.

Among children under age three, 14 percent suffer from acute malnutrition and are wasted. The prevalence of wasting is particularly high among children age 12-23 months (18 percent), among those whose birth interval with the preceding child is less than 24 months (17 percent) and among those whose size at birth is very small (19 percent).

How many children are too small for their age?



Iodized Salt

A lack of iodine in the body may result in the delay of a child’s mental development and cause growth in the size of the goiter among adults. Iodized salt increases the amount of iodine in women’s and children’s diet. Seven in ten households were consuming iodized salt. The use of iodized salt is more frequent in urban areas (80 percent) than in rural zones (68 percent). Its consumption varies from a minimum of 23 percent in Toliara to a maximum of 88 percent in Toamasina and Antsiranana.

Two in five children are underweight. Half of children age 10-23 months suffer from this form of malnutrition. The prevalence of underweight is particularly high among children who were very small at birth (56 percent) and among children living in the poorest households (46 percent).

Consumption of micronutrients and vitamin A

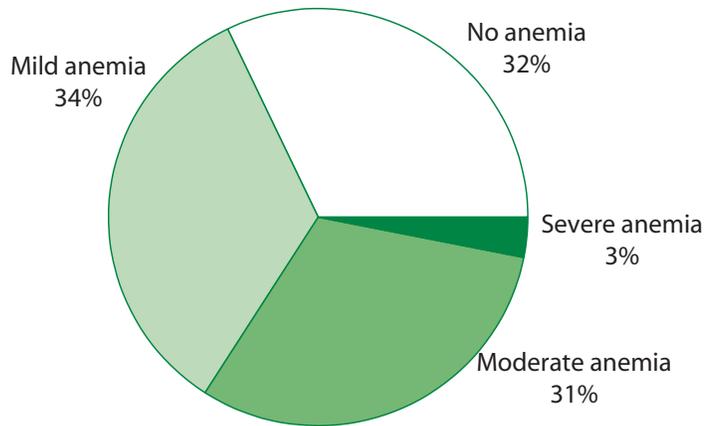
Vitamin A deficiency affects a child’s immune system and increases the risk of death. UNICEF and WHO recommend that a vitamin A control program be established in all countries where infant and child mortality is higher than 70 per thousand and in which vitamin A deficiency is a public health problem.

More than three quarters of children under age five have received vitamin A supplements. Supplementation is highest in the capital (85 percent) and among children whose mothers have a secondary education or more (90 percent).

Prevalence of anemia among children

In Madagascar, more than two-thirds of children 6-59 months of age (68 percent) have anemia. These proportions are highest among those whose mothers are very young (15-19 years) and whose mothers have no education (84 and 80 percent, respectively).

How many children are anemic?



Nutritional status of women

In Madagascar, the average height of women is 153.3 centimeters and 7 percent of women are very short with a height of less than 145 centimeters. A high proportion of women (19 percent) have a Body Mass Index (BMI) lower than 18.5, representing a chronic energy deficiency. Low BMI is most common among women 15-19 years (21 percent) and among those 45-49 (22 percent). The prevalence of chronic energy deficiency is higher in rural areas than in the capital (21 percent compared with 9 percent).

By contrast, 7 percent of women have a high BMI (at least 25) and are overweight.

Anemia and night blindness

More than two in five women age 15-49 (46 percent) are anemic: 35 percent have a mild case and 9 percent have moderate anemia. Severe anemia affects 3 percent of women. In addition, one pregnant woman in two (50 percent) suffers from anemia. The prevalence of anemia is higher in rural areas than in the capital (49 percent compared with 29 percent) and is particularly elevated in the province of Antsiranana (63 percent), among women with no education (55 percent) and among those from the most disadvantaged households (59 percent).

One percent of women suffer from night blindness. This form of blindness is more frequent among women from the provinces of Toamasina and Mahajanga (2 percent).



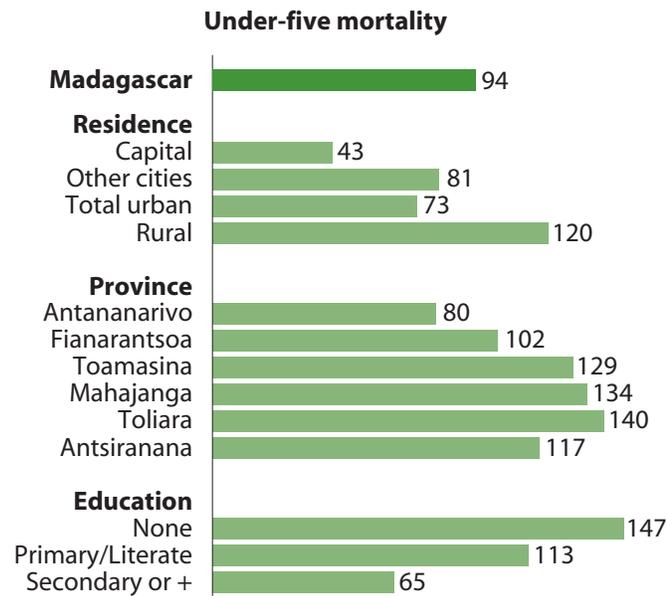
April Watson, with the permission of Freedom from Hunger

MORTALITY

The levels, trends, and characteristics of childhood mortality are a function of the health, environmental, socioeconomic and cultural conditions that prevail in a population. For that reason, the level of childhood mortality is considered one of the best indicators of the level of development of a country.

Childhood mortality

During the five years preceding the survey, it is estimated that 58 children per 1,000 live births died before their first birthday, and for every 1,000 children born, 94 died before reaching the age of 5. Mortality is lower in urban areas than in rural areas, and is especially low in the capital. Survey results show that three provinces are characterized by relatively low levels of mortality: Antananarivo (80 ‰), Fianarantsoa (102 ‰) and Antsiranana (117 ‰), while three others have noticeably higher levels: Toamasina (129 ‰), Mahajanga (134 ‰) and Toliara (140 ‰). Fianarantsoa is the province where child survival has improved the most between the EDS-II and the EDSMD-III.



The chances of a child’s survival are also influenced by certain aspects of the mother’s pregnancy. Neonatal mortality is highest among children whose mothers are under age 20 (49 ‰) or age 40 and over (50 ‰). High rates of infant mortality are also observed among first births (83 ‰) and among higher birth order ranks (seven or more) (83 ‰). Moreover, among children whose birth interval is less than 2 years, under-five mortality (171 ‰) is nearly three times greater than that for children whose interval after the preceding birth is at least four years (59 ‰).

KNOWLEDGE OF STIs AND HIV/AIDS AND PREVALENCE OF SYPHILIS

Madagascar is characterized by a high prevalence of Sexually Transmitted Infections (STI).

Knowledge of STIs

Nearly half of all women and a quarter of men do not know about STIs. This proportion is particularly high among young women age 15-19.

Among women and men who said they have a STI or STI symptoms in the last 12 months, more than a quarter of women (27 percent) and a fifth of men (20 percent) had not sought advice or treatment for their STI.

Prevalence of syphilis

Syphilis constitutes a real public health problem in Madagascar. During the EDSMD-III, a test of seroprevalence was carried out among eligible women age 15-49 and men age 15-59 to determine the prevalence of syphilis.

Currently in Madagascar, 3.8 percent of the adult population age 15-49 is affected by syphilis. The level is slightly higher among women (4.2 percent) than men (3.5 percent).

Syphilis prevalence is higher in rural areas than urban (4.2 versus 2.7 percent). Syphilis is most common in Toamasina (8.6 percent), Toliara (6.2 percent), Antsiranana (5.7 percent) and Mahajanga (5.3 percent). The provinces of Antananarivo and Fianarantsoa have the lowest levels of prevalence (0.9 and 1.8 percent, respectively).

Syphilis prevalence increases according to the number of sexual partners. Among women, prevalence goes from 4.3 percent among those having had only one partner in the last 12 months to 16.7 percent for those who have had at least two.

Knowledge of AIDS and the means of prevention

In Madagascar, a high proportion of men (88 percent) and women (79 percent) have heard about AIDS. However, only 64 percent of women and 76 percent of men think that there is a way to avoid getting it.

Only 19 percent of women and men have correct knowledge of the two main means of prevention of HIV/AIDS – use of the condom and having sexual intercourse with only one faithful partner who is not infected – and reject the three common misconceptions – that a healthy-looking person can have AIDS and that HIV/AIDS cannot be transmitted through mosquito bites or by sharing food with someone who has the AIDS virus. Those who live in the capital, have secondary education or higher, or come from the wealthier households are most likely to know the correct HIV/AIDS information.

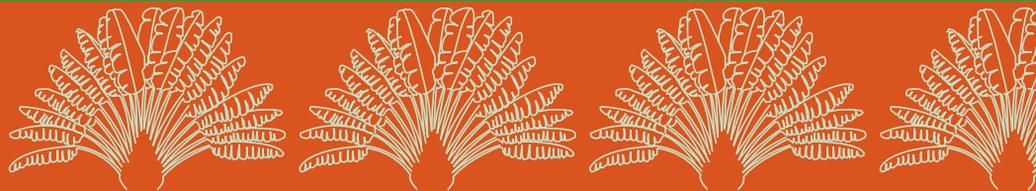
Among young people age 15-24 who have had sexual intercourse in the 12 months preceding the survey, 31 percent of women and 72 percent of men had high risk sexual intercourse, that is, with a partner who is not a spouse or living with them. Only 5 percent of young women and 12 percent of young men used a condom during their most recent high risk sexual intercourse.

KEY INDICATORS

	National			Provinces					
	Total	Urban	Rural	Antana- narivo	Fiana- rantsoa	Toama- sina	Maha- janga	Toliara	Antsira- nana
Fertility									
Total fertility rate (average number of children per woman)	5.2	3.7	5.7	4.2	5.7	5.0	6.1	6.3	4.8
Ideal number of children (women age 15-49)	4.8	3.9	5.1	3.8	4.8	4.8	4.8	7.0	5.0
Ideal number of children (men age 15-59)	5.4	4.4	5.8	3.7	5.5	5.6	6.2	8.9	5.6
Median age at first sexual intercourse (women age 25-49)	17.5	18.2	17.1	18.8	17.1	16.8	16.6	16.3	16.0
Median age at first union (women age 25-49)	19.1	20.2	18.8	20.7	19.0	18.9	17.9	17.5	18.1
Women age 15-19 who are already mothers or pregnant (%)	34	22	38	19	34	36	56	48	42
Childhood Mortality									
<i>(Deaths per 1,000 children for the 10 years preceding the survey, except at the national level (5 years))</i>									
Neonatal mortality	32	22	37	27	27	45	39	43	25
Infant mortality	58	43	76	53	61	87	75	90	68
Under-5 mortality	94	73	120	80	102	129	134	140	117
Family Planning									
<i>Women in union, age 15-49:</i>									
Know a method (%)	85	95	82	95	80	85	78	70	88
Use a method (%)	27	41	23	42	15	31	15	16	23
Use a modern method (%)	18	27	16	27	11	21	11	12	17
Unmet need for FP (%)	24	19	25	22	24	22	29	22	26
For spacing births (%)	11	9	12	10	12	11	16	12	10
For limiting births (%)	12	10	13	13	12	12	13	10	15
Maternal Health									
<i>Percent of women who delivered a live birth in the 5 years preceding the survey who have:</i>									
Received antenatal care from a trained health professional	80	90	77	91	79	71	78	68	82
Received iron supplements	32	44	30	41	38	31	23	18	29
Received antimalarial medication	58	70	55	58	60	57	53	55	70
<i>Percent of births in the 5 years preceding the survey for which the mother has:</i>									
Received at least 2 tetanus toxoid injections	40	48	38	43	43	40	35	35	36
Received vitamin A postpartum	19	24	18	30	14	21	11	9	27
Delivered in a health facility	32	43	30	45	30	24	23	26	35
Delivered with the assistance of a health professional	51	76	46	66	53	38	47	38	52
Child Health									
<i>Percent of children age 12-23 mois who have received:</i>									
All the EPI vaccines (BCG, measles, 3 doses of DPT and polio)	53	70	49	76	65	44	32	28	29
No EPI vaccine	21	10	24	8	17	19	34	38	40
<i>Percent of children who received professional health care when they exhibited symptoms of:</i>									
Acute respiratory infections or fever	39	57	35	41	46	33	40	45	27
Diarrhea	32	41	30	27	41	29	28	35	(32)

	National			Provinces					
	Total	Urban	Rural	Antana- narivo	Fiana- rantsoa	Toama- sina	Maha- janga	Toliara	Antsira- nana
Nutrition									
Median duration of exclusive breastfeeding	5	4	3	4	5	3	1	1	5
Children age 6-59 months who are anemic (%)	68	63	69	62	71	68	70	72	73
Women age 15-49 who are anemic (%)	46		49	34	50	44	62	46	63
Children under age 3 who are stunted(%)	45	39	46	50	46	42	49	40	32
Children under age 3 who are wasted (%)	14	13	14	12	16	16	12	16	14
Children under age 3 who are underweight(%)	40	35	41	39	40	40	45	39	28
Mothers age 15-49 who are too thin (BMI < 18.5) (%)	19	15	21	15	25	20	16	29	13
Mothers age 15-49 who are overweight (BMI ≥ 25) (%)	7	13	5	8	6	5	7	7	14
Malaria									
Households with a bednet (%)	39	44	37	11	34	62	67	28	82
Households where all children slept under a bednet the night before the survey (%)	36	41	35	12	30	54	63	19	84
Pregnant women who slept under a bednet the night before the survey (%)	35	44	33	5	34	57	59	27	72
HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections (STIs)									
Women who have heard of AIDS (%)	79	93	74	91	68	73	75	75	80
Men who have heard of AIDS (%)	88	97	85	97	87	81	93	65	91
Women who know that a healthy-looking person can have the AIDS virus (%)	48	70	41	68	32	47	43	29	44
Men who know that a healthy-looking person can have the AIDS virus (%)	48	67	42	67	45	36	39	29	47
Women who know 2 means of prevention and reject three misconceptions about AIDS (%)*	19	31	15	33	11	18	15	7	8
Men who know 2 means of prevention and reject three misconceptions about AIDS (%)*	19	32	15	39	10	15	6	7	8
Women who have been tested for HIV and have received the results (%)	1	2	1	2	1	0	1	1	2
Men who have been tested for HIV and have received the results (%)	1	3	0	2	1	0	0	1	1
Women who think that a woman has a right to refuse sexual intercourse if her partner has a STI (%)	87	93	85	93	79	81	86	92	87
Men who think that a woman has a right to refuse sexual intercourse if her partner has a STI (%)	90	95	89	97	93	84	90	75	96
Women age 15-24 who had sexual intercourse by age 15 (%)	31	25	33	13	31	38	41	53	53
Men age 15-24 who had sexual intercourse by age 15 (%)	22	15	25	8	29	23	32	24	34
Women age 15-49 who recently had syphilis (%)	4	3	5	1	1	9	6	8	7
Men age 15-49 who recently had syphilis (%)	4	3	4	1	3	8	5	4	5

*The two means of prevention suggested in the survey were condom use and fidelity to a single partner; the three misconceptions were that AIDS can be transmitted by mosquitoes, that a person can be infected by sharing meals with someone who has AIDS, and that a healthy-looking person cannot have the AIDS virus.



Madagascar

2003–2004 Enquête Démographique et de Santé

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDSMD-III) réalisée à Madagascar du 23 novembre 2003 au 28 mars 2004 par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), en collaboration avec le Ministère de la Santé et du Planning Familial. Le projet EDSMD-III a été exécuté grâce à l'appui financier de la Banque Mondiale par le biais de ses projets : le Programme Multisectoriel pour la Prévention du Sida (PMPS), CRESAN 2, et SEECALINE ; du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) ; et de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID). Elle a bénéficié de l'assistance technique du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - MEASURE DHS+) de ORC Macro, dont l'objectif est de collecter, analyser et diffuser des données démographiques portant en particulier sur la fécondité, la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant.

L'EDSMD-III contient des informations collectées auprès de 8 420 ménages, 7 949 femmes âgées de 15-49 ans et 2 432 hommes âgés de 15-59 ans. Les résultats sont significatifs au niveau des milieux de résidence (Capitale, autres villes, ensemble urbain et rural) et au niveau des six provinces.

Cette publication a été rendue possible grâce au soutien de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID) sous les termes du contrat no. HRN-C-00-97-00019-00. Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'Agence des États-Unis pour le Développement International.

Pour tous renseignements concernant l'EDSMD-III, contacter la Direction Générale de l'INSTAT, BP 485, Anosy, 101, Antananarivo, Madagascar (Téléphone : 261-20-22-216-52 ; fax : 261-20-22-332-50 ; web : <http://www.instat.mg>).

Concernant le programme MEASURE DHS+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive, Calverton, MD 20705, USA (Téléphone : 301-572-0200 ; Fax : 301-572-0999 ; e-mail : reports@orcmacro.com ; web : <http://www.measuredhs.com/>).

Rapport préparé par : Randretsa Iarivony, Victor R. Rabeza, Monique Barrère et Soumaila Mariko

Production : Katherine Senzee, Erica Nybro et Daniel Vadnais

Citation conseillée :

Institut National de la Statistique (INSTAT) [Madagascar] et ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé, Madagascar 2003–2004 : Rapport de synthèse*. Calverton, Maryland, USA : INSTAT et ORC Macro.

Date de parution : mars 2005

MADAGASCAR 2003–2004

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

Rapport de synthèse

Caractéristiques de la population et conditions de vie des ménages

Structure par âge et sexe de la population des ménages	2
Composition des ménages	2
Niveau d'instruction de la population	2
Caractéristiques des logements	2

Caractéristiques des femmes et des hommes enquêtés

Distribution spatiale de la population	3
Instruction et alphabétisation	3
Activité économique	3

Fécondité et ses déterminants

Niveaux actuels et tendances de la fécondité	4
Nuptialité et exposition au risque de grossesse	4
Préférences en matière de fécondité	5
Nombre idéal d'enfants	5
Fécondité désirée	5

Planification familiale

Connaissance et utilisation de la contraception	6
Tendances de l'utilisation de la contraception	6
Planification de la fécondité et besoins en matière de planification familiale	6

Santé de la reproduction

Soins prénatals	7
Lieu et assistance à l'accouchement	7
Suivi postnatal	7

Santé de l'enfant

Couverture vaccinale	8
Maladies des enfants	8

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des femmes

Allaitement	9
État nutritionnel des enfants de moins de 3 ans	9
Consommation de micronutriments et vitamine A chez les enfants	10
Prévalence de l'anémie chez les enfants	10
État nutritionnel des femmes	11
Anémie et cécité crépusculaire	11

Mortalité

Mortalité des enfants	12
-----------------------------	----

Connaissance des IST et du VIH/sida et prévalence de la syphilis

Connaissance des IST	13
Prévalence de la syphilis	13
Connaissance du sida et des moyens de prévention	13

Principaux indicateurs 14-15 |



Yosef Hadar, avec la permission de la Banque Mondiale

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que sur les caractéristiques des logements permettent de décrire le contexte socio-démographique et environnemental dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Structure par âge et sexe de la population des ménages

À Madagascar, près d'une personne sur deux a moins de 15 ans ; la proportion des personnes âgées de 15 à 64 ans (âges économiquement actifs) varie entre 50 % et 52 % et celle des personnes âgées de 65 ans et plus reste très faible (autour de 3 %).

Composition des ménages

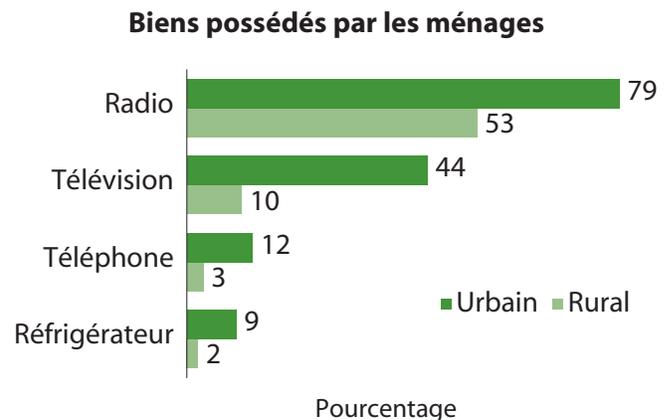
Un ménage malgache compte, en moyenne, 4,6 personnes et cette taille moyenne varie légèrement de 4,7 en rural à 4,4 en urbain. Un ménage sur deux compte, en moyenne, entre 4 et 7 personnes. Très peu de ménages comptent 9 personnes ou plus (7 %), cette proportion est cependant légèrement supérieure en rural (8 %) qu'en urbain (6 %) ; c'est dans la capitale que ces ménages de grande taille sont proportionnellement les moins nombreux (3 %). En outre, près d'un ménage sur quatre (22 %) est dirigé par une femme. Cette proportion varie de 21 % en milieu rural à 26 % en milieu urbain. D'autre part, parmi les enfants de moins de 15 ans, les deux tiers vivent avec leurs deux parents (66 %). Seule une très faible proportion d'enfants (moins d'un pour cent) sont orphelins de père et de mère.

Niveau d'instruction de la population

Malgré certaines améliorations récentes, un homme sur cinq (20 %) et environ le quart des femmes (24 %) n'ont aucun niveau d'instruction. À titre de comparaison, ces proportions étaient en 1997, de 25 % pour les hommes et de 29 % pour les femmes. On observe un écart important selon le milieu de résidence, la proportion de personnes sans instruction étant plus élevée en milieu rural (23 % pour les hommes et 28 % pour les femmes) qu'en milieu urbain (respectivement 9 % et 11 %). C'est dans la Capitale que ces proportions sont les plus faibles, quel que soit le sexe : 2 % pour les hommes et 3 % pour les femmes. Au niveau des provinces, on note également des disparités, les proportions de femmes sans instruction varient d'un minimum de 11 % dans la province d'Antananarivo à un maximum de 43 % dans celle de Toliara ; pour les hommes, ces proportions varient d'un minimum de 7 % dans la province d'Antananarivo à un maximum de 43 % dans celle de Toliara.

Caractéristiques des logements

Un ménage sur cinq (20 %) possède l'électricité ; cette proportion varie de 84 % dans la capitale à 11 % en milieu rural. En ce qui concerne la provenance de l'eau pour la consommation, on constate qu'au niveau national, 35 % des ménages ont accès à de l'eau salubre. En milieu urbain, cette proportion est de 74 % contre seulement 23 % en milieu rural. Dans la capitale, elle est de 98 %. Par ailleurs, deux ménages sur cinq (45 %) ne possèdent pas de toilettes ; en milieu rural, cette proportion concerne plus de la moitié des ménages (53 %). En outre, un ménage sur deux utilise les fosses perdues (49 %).



CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES ET DES HOMMES ENQUÊTÉS

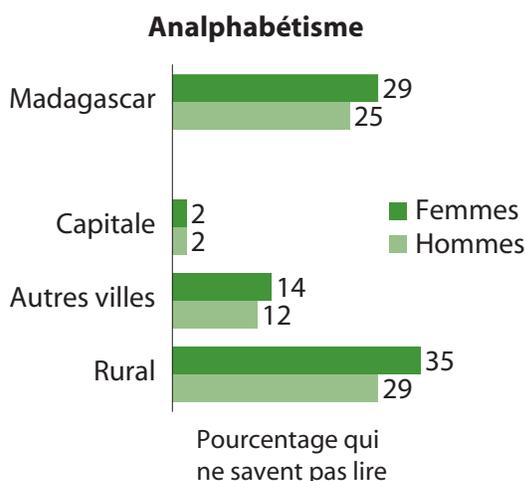
Les caractéristiques socio-démographiques de la population des femmes et des hommes enquêtés (milieu de résidence, instruction, alphabétisation, emploi, exposition aux médias) sont des informations de base, essentielles à l'analyse de tous les indicateurs démographiques et sanitaires.

Distribution spatiale de la population

Plus des trois quarts des personnes enquêtées vivent en milieu rural (75 % des femmes et 76 % des hommes). Le milieu urbain regroupe environ un quart des enquêtés et 6 % vivent dans la capitale. On ne constate pas de différence selon le sexe.

Instruction et alphabétisation

Plus d'une femme sur cinq et une proportion plus faible d'hommes ne sont jamais allés à l'école (respectivement 22 % et 16 %). Un peu plus d'un homme sur dix (12 %) et une femme sur sept (14 %) ont achevé un cycle primaire et seulement 5 % des femmes et 7 % des hommes ont atteint un niveau secondaire complet. Enfin, deux fois plus d'hommes que de femmes ont un niveau supérieur (4 % contre 2 %). À l'opposé, un quart des hommes (25 %) et 29 % des femmes sont analphabètes.



Activité économique

Plus des trois quarts des femmes (79 %) et une proportion beaucoup plus élevée d'hommes (87 %) travaillaient au moment de l'enquête. La plus grande partie des hommes et des femmes travaillaient dans le secteur agricole (68 % des hommes et 71 % des femmes). D'autre part, une proportion non négligeable de femmes (16 %) et d'hommes (12 %) étaient employés dans le secteur des ventes et services.



Yosef Hadar, avec la permission de la Banque Mondiale

Exposition aux médias

La télévision et la radio sont les deux principaux moyens d'information: 23 % des femmes regardent la télévision, au moins, une fois par semaine et 60 % écoutent la radio, au moins, une fois par semaine. Par contre, seulement 19 % des femmes ont déclaré lire un journal ou un magazine, au moins, une fois par semaine.

Seulement 12 % des femmes et 13 % des hommes sont exposés à ces trois médias. À l'opposé, 38 % des femmes et 31 % des hommes ne sont exposés à aucun média.

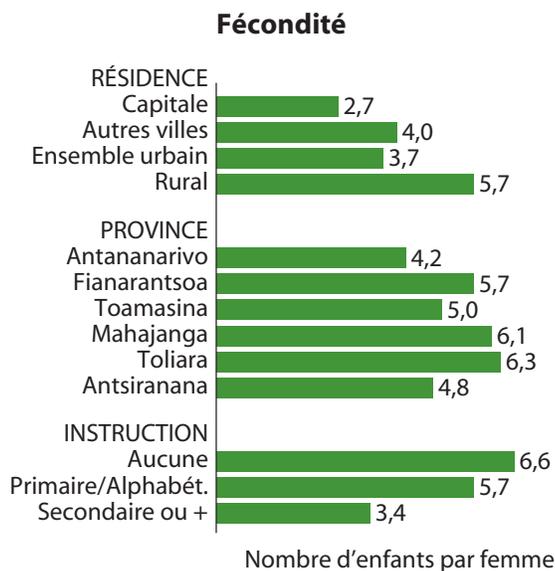
C'est en milieu urbain, particulièrement dans la capitale, que les hommes et les femmes sont les plus fréquemment exposés à ces trois sources d'informations.

FÉCONDITÉ ET SES DÉTERMINANTS

Les données collectées ont permis d'estimer les niveaux de fécondité. Elles ont également fourni des informations sur les différents facteurs qui agissent sur la vie reproductive des femmes, en particulier, l'union et l'activité sexuelle. En outre, on a essayé de déterminer quelles étaient les préférences des femmes et des hommes en ce qui concerne la taille de la famille.

Niveaux actuels et tendances de la fécondité

La fécondité des femmes malgaches demeure élevée puisque chaque femme donne naissance, en moyenne, à 5,2 enfants, en fin de vie féconde. Ce niveau représente une baisse par rapport à la fécondité obtenue lors de l'EDS-II de 1997 (6,0 enfants par femme).



Il existe des écarts importants de niveau de fécondité selon le milieu de résidence : les femmes du milieu rural (5,7 enfants par femme) ont une fécondité nettement plus élevée que celles des autres villes (4,0 enfants par femme) et de celles de la capitale (2,7 enfants). De même, la fécondité des femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus (3,4 enfants) est nettement plus faible que celle des femmes ayant une instruction primaire (5,7) et que celle des femmes sans instruction (6,6).

Un peu plus du tiers des adolescentes de 15 à 19 ans (34 %) ont déjà commencé leur vie reproductive ; 28 % des adolescentes ont eu au moins un enfant et 6 % sont enceintes du premier enfant.

Près d'un quart des naissances (24 %) arrive trop rapidement après la naissance de l'enfant précédent (moins de 24 mois après) ; 57 % des naissances arrivent moins de 36 mois après.

Nuptialité et exposition au risque de grossesse

Près des deux tiers des femmes étaient en union au moment de l'enquête (65 %). Chez les hommes, 63 % étaient en union. Parmi les femmes de 25-49 ans, la moitié avait déjà contracté une union à 19,1 ans (23,5 ans parmi les hommes).

La moitié des femmes de 25-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels à 17,5 ans. Chez les hommes, les premiers rapports sexuels débutent à un âge légèrement plus tardif (âge médian de 18 ans).

Moins d'adolescentes sont déjà mères. En 1997, 56 % des femmes de 18 ans avaient un enfant ou étaient enceintes ; cette proportion est maintenant tombée à 48 %.



April Watson, avec la permission de Freedom from Hunger

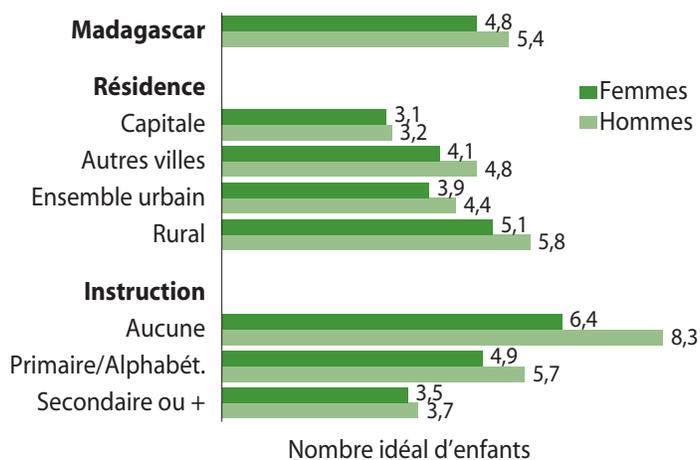
Préférences en matière de fécondité

Deux femmes sur cinq (41 %), et un peu plus du tiers des hommes (35 %) ont déclaré ne plus vouloir d'enfants. En outre, parmi les femmes qui désirent un autre enfant, la majorité souhaiterait espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans.

Nombre idéal d'enfants

Pour les femmes, le nombre idéal d'enfants est de 4,8. Les hommes souhaitent un nombre d'enfants nettement plus élevé (en moyenne 5,4). Ce nombre idéal d'enfants est plus élevé en milieu rural (5,1 pour les femmes et 5,8 pour les hommes) que dans l'ensemble urbain (respectivement 3,9 et 4,4). De même, les femmes et les hommes les plus instruits souhaitent moins d'enfants (respectivement 3,5 et 3,7) que ceux sans instruction (respectivement 6,4 et 8,3).

Les hommes malgaches voudraient plus d'enfants que les femmes



Fécondité désirée

L'écart entre la fécondité actuelle (5,2 enfants par femme) et la fécondité désirée (4,7 enfants par femme) met en évidence l'importance des besoins qui existent en matière de planification familiale.

PLANIFICATION FAMILIALE

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement des méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance et utilisation de la contraception

Une proportion identique de femmes et d'hommes ont déclaré connaître, au moins, une méthode de contraception moderne (82 %). Seulement un peu plus d'une femme sur cinq (22 %) ont déclaré qu'elles utilisaient au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception ; la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne est encore plus faible (14 %). Dans 8 % des cas, ces femmes utilisent les produits injectables, dans 3 % des cas, la pilule et dans 1 % des cas, le condom. Les méthodes traditionnelles sont utilisées par 8 % des femmes, dont la quasi-totalité a recours à la continence périodique.

C'est parmi les femmes en union vivant dans la capitale et parmi celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus que la prévalence moderne est la plus élevée (respectivement 33 % et 28 %). À l'opposé, seulement 16 % des femmes du milieu rural et 5 % de celles sans instruction utilisent une méthode contraception moderne.

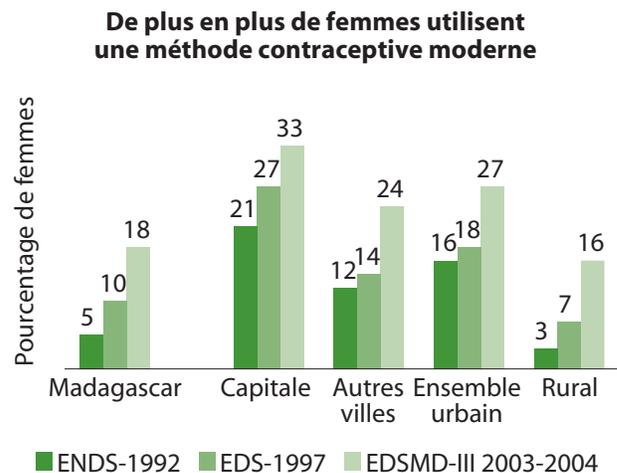
Parmi les femmes en union qui n'utilisaient pas la contraception au moment de l'enquête, 38 % ont déclaré avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir. À l'opposé, 47 % des femmes n'avaient pas l'intention de l'utiliser dans l'avenir. Dans un cas sur cinq, celles qui n'avaient pas l'intention de l'utiliser ont donné comme principale raison le désir d'enfants supplémentaires (20 %) ; 18 % ont donné comme raison la peur des effets secondaires.

Tendances de l'utilisation de la contraception

La prévalence contraceptive a connu une augmentation très importante au cours des dernières années, puisqu'elle est passée, pour l'ensemble des méthodes, de 17 % en 1992 à 19 % en 1997 pour atteindre 27 % en 2003-2004 ; pour les méthodes modernes, elle a pratiquement doublé, passant de 5 % en 1992 à 10 % en 1997 pour atteindre 18 % en 2003-2004.

Planification de la fécondité et besoins en matière de planification familiale

La quasi-totalité des naissances (93 %) étaient désirées. La grande majorité de ces naissances (83 %) se sont produites au moment voulu et dans 10 % des cas, les femmes auraient préféré qu'elles se produisent plus tard. À l'opposé, plus de 6 % des naissances n'étaient pas désirées. Si les femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception pouvaient les satisfaire, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement la contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre chez les femmes en union 51 % (besoins exprimés), c'est-à-dire près de deux fois plus que ce qu'elle est actuellement.



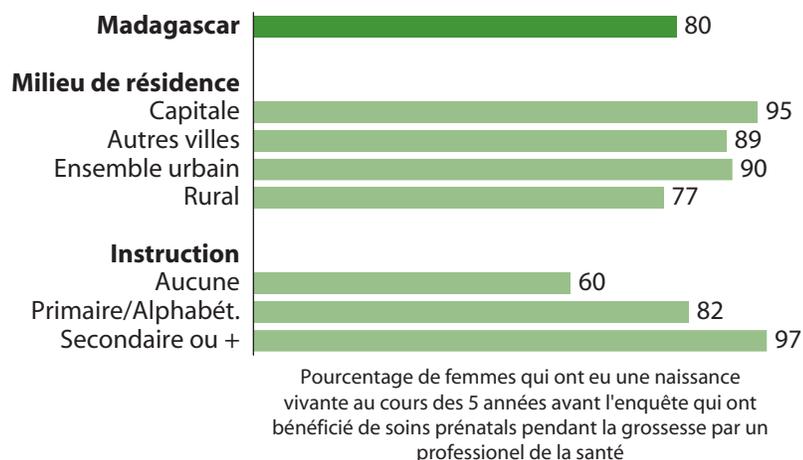
SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Une proportion importante de décès d'enfants pourraient être évitée si, lorsqu'elles sont enceintes, les femmes recevaient des soins prénatals appropriés, si leur accouchement était assisté par du personnel médical formé et si, après l'accouchement, elles bénéficiaient d'un suivi postnatal.

Soins prénatals

Une grande majorité (80 %) des dernières naissances survenues au cours des cinq dernières années ont donné lieu à des consultations prénatales auprès de personnel qualifié. Cependant, seulement 40 % des

Combien de femmes bénéficient de soins prénatals?



mères ont effectué les quatre visites prénatales recommandées et, dans seulement 16 % des cas, la première visite s'est déroulée à moins de quatre mois de grossesse. Bien que la plupart des examens courants aient été effectués, seulement 36 % des femmes ont été informées des signes de complications de la grossesse.

Plus de la moitié des naissances des cinq dernières années (58 %) ont été protégées par deux doses de vaccin antitétanique, reçu à un moment quelconque, au cours des dix dernières années, par la mère.

Lieu et assistance à l'accouchement

Au cours des cinq dernières années, près d'un tiers des naissances se sont déroulées en établissement sanitaire (32 %). Les femmes du milieu rural, celles des provinces de Toamasina, de Mahajanga et de Toliara, celles sans instruction et celles n'ayant effectué aucune visite prénatale ont beaucoup plus fréquemment que les autres accouché à domicile et sans assistance de personnel formé. Dans l'ensemble, une femme sur deux (51 %) ont reçu l'assistance de personnel formé à l'accouchement.

Suivi postnatal

Près de 3 naissances sur 5 qui ne se sont pas déroulées en établissement sanitaire n'ont été suivies par aucune consultation postnatale (57 %). Ce manque de suivi de la mère et de l'enfant est particulièrement important en milieu rural (59 %), lorsque la mère est sans instruction (69 %) et pour les mères des provinces de Toamasina (69 %) et de Toliara (74 %).



© 2001 Lisa Folda, avec la permission de Photoshare

SANTÉ DE L'ENFANT

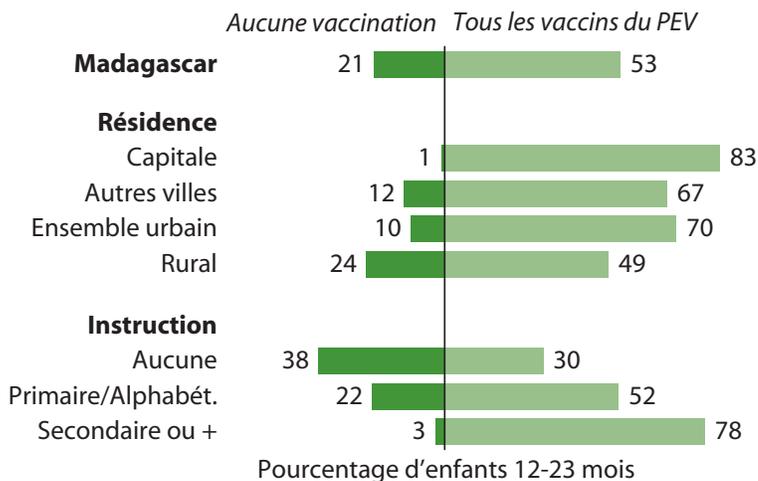
Le Ministère de la Santé a mis en place depuis plusieurs années un Programme Élargi de Vaccination (PEV) selon lequel, tous les enfants doivent recevoir avant l'âge d'un an, le vaccin du BCG, trois doses de DTCoq et le vaccin antipolio et celui contre la rougeole.

Couverture vaccinale

Un peu plus de la moitié des enfants de 12-23 mois (53 %) ont reçu tous les vaccins du PEV. À l'opposé, 21 % des enfants n'en ont reçu aucun. La majorité des enfants ne sont donc que partiellement vaccinés et les taux de déperdition entre les premières et troisièmes doses de vaccin sont élevés (18 % pour la polio).

La couverture vaccinale est meilleure parmi les enfants du milieu urbain (70 %), en particulier parmi ceux de la capitale (83 %), que parmi ceux du rural (49 %). Dans les provinces de Toliara (28 %) et d'Antsiranana (29 %), moins de trois enfants sur dix ont reçu tous les vaccins du PEV. Seulement 30 % des enfants dont la mère n'a aucune instruction ont été complètement vaccinés contre 78 % de ceux dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus. De même, les niveaux de vaccination présentent des variations importantes selon le niveau de bien-être du ménage: parmi les ménages les plus riches, 80 % des enfants ont reçu tous les vaccins contre 32 % dans les ménages les plus pauvres.

Combien d'enfants sont vaccinés?



Maladies des enfants

Environ un enfant de moins de 5 ans sur dix (9 %) présente des symptômes d'Infections Respiratoires Aiguës (IRA). C'est parmi les enfants de 6-23 mois que ces IRA sont les plus fréquentes (en moyenne, 13 %). En outre, selon les déclarations des mères, environ un enfant sur cinq (21 %) a eu de la fièvre au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Comme pour les IRA, c'est parmi les enfants de 6-23 mois que la prévalence est la plus élevée (30 %). La prévalence des IRA et de la fièvre est particulièrement élevée dans les provinces de Toamasina et de Toliara (16 % pour les IRA et respectivement 32 % et 33 % pour la fièvre).

Pour près de deux enfants sur cinq ayant souffert d'IRA et/ou de fièvre (39 %) un traitement a été recherché dans un établissement sanitaire ou auprès d'un prestataire de santé. Les enfants du milieu urbain (57 %), surtout ceux de la capitale (63 %) sont plus fréquemment traités par des professionnels de la santé pour les IRA ou pour la fièvre que les enfants du milieu rural (35 %).

Un enfant de moins de cinq ans sur dix avait eu la diarrhée au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les enfants de 6-23 mois constituent le groupe d'âges le plus vulnérable. De même, la province de Toliara se caractérise par une prévalence de la diarrhée élevée (21 %). Moins de la moitié des enfants malades (43 %) ont bénéficié d'une Thérapie par Réhydratation Orale parce qu'on leur a donné des sels de réhydratation par voie orale ou une solution maison. Cependant, dans 19 % des cas, les enfants ayant souffert de diarrhée n'ont reçu aucun traitement.

ALLAITEMENT ET ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES FEMMES

La malnutrition a de graves répercussions sur la santé des enfants et des femmes. La plus importante est l'accroissement des risques de mortalité. L'aggravation du risque de contracter des maladies et un moins bon développement mental sont d'autres conséquences tout aussi importantes.

Allaitement

La quasi-totalité des enfants nés au cours des cinq dernières années (98 %) ont été allaités. Cependant, seulement 62 % ont été allaités dans l'heure qui a suivi la naissance et 39 % ont reçu des aliments avant le début de l'allaitement.



April Watson, avec la permission de Freedom From Hunger

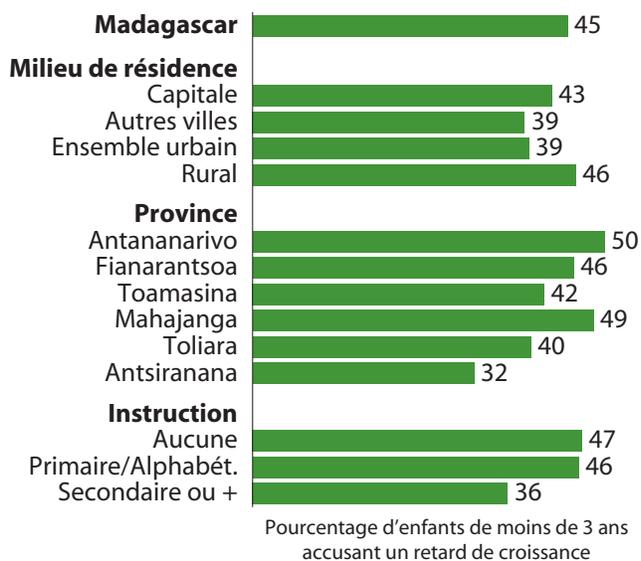
La moitié des enfants sont allaités pendant 21,6 mois. C'est dans la province d'Antsiranana que cette durée est la plus courte (17,5 mois).

Les deux tiers des enfants de moins de 6 mois (67 %) sont nourris avec du lait maternel seulement. Dans 13 % des cas, les enfants ont déjà reçu des aliments de complément. À partir de six mois, l'âge auquel l'allaitement seul ne suffit plus pour garantir la meilleure croissance possible des enfants, il est recommandé qu'en plus du lait maternel, des aliments solides de complément soient introduits dans l'alimentation: à Madagascar, 78 % des enfants de 6-9 mois reçoivent des aliments de complément.

État nutritionnel des enfants de moins de 3 ans

Plus de deux enfants de moins de trois ans sur cinq (45 %) accusent un retard de croissance dont la moitié sous une forme sévère. À 24-35 mois, âge à partir duquel le retard de croissance est difficilement rattrapable, plus de la moitié des enfants (50 %) sont trop petits pour leur âge. Les niveaux du retard de croissance présentent des variations importantes selon le milieu et la région de résidence: en milieu rural, 46 % des enfants présentent cette forme de malnutrition contre 39 % en urbain; de plus, les proportions varient d'un maximum de 50 % dans la province d'Antananarivo à un minimum de 32 % dans celle d'Antsiranana. De même, la prévalence du retard de croissance est influencée par la taille de l'enfant à la naissance puisque 60 % des enfants dont la taille à la naissance était très petite accusent un retard de croissance contre 41 % de ceux qui étaient gros ou moyens. Enfin, il faut signaler que 36 % des enfants dont la mère a un niveau secondaire ou plus souffrent de malnutrition chronique contre 47 % de ceux dont la mère est sans instruction.

Combien d'enfants sont trop petits pour leur âge ?



Parmi les enfants de moins de trois ans, 14 % souffrent de malnutrition aiguë: ils sont émaciés. La prévalence de l'émaciation est particulièrement élevée chez les enfants de 12-23 mois (18 %), parmi ceux dont

Sel iodé

Le manque d'iode dans l'organisme peut entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et provoquer un accroissement du volume du goitre chez les adultes. Sept ménages sur dix consommaient du sel iodé. L'utilisation de sel iodé est plus fréquente dans le milieu urbain (80%) qu'en milieu rural (68%). Sa consommation varie d'un minimum de 23% pour Toliara à un maximum de 88% pour Toamasina et Antsiranana.

l'intervalle avec l'enfant précédent est inférieur à 24 mois (17%) et parmi ceux dont la taille à la naissance était très petite (19%).

Deux enfants sur cinq (40%) présentent une insuffisance pondérale. La moitié des enfants de 10-23 mois souffrent de cette forme de malnutrition. De même, la prévalence de l'insuffisance pondérale est particulièrement élevée parmi les enfants dont la taille à la naissance était très petite (56%) et parmi les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres (46%).

Consommation de micronutriments et vitamine A chez les enfants

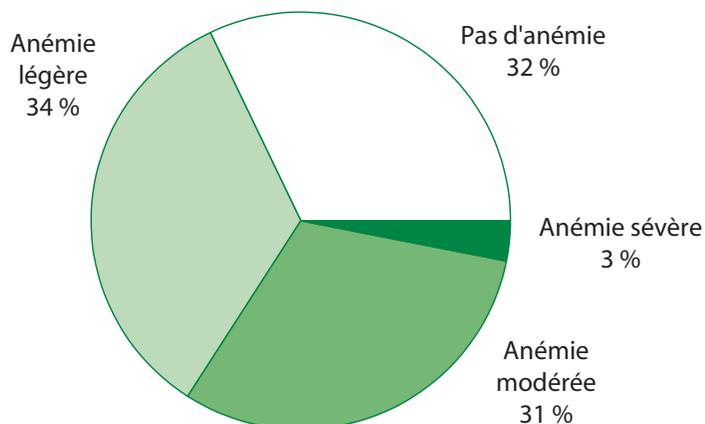
La carence en vitamine A ou l'avitaminose A affecte le système immunitaire de l'enfant et augmente ses risques de décéder. L'UNICEF et l'OMS recommandent que dans tous les pays où la mortalité infanto-juvénile est supérieure à 70 pour mille et dans lesquels la carence en vitamine A est un problème de santé publique, il soit mis en place un programme de contrôle de la vitamine A.

Plus des trois quarts des enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamine A. Dans la capitale, et parmi les enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus, ces proportions sont respectivement de 85% et 90%.

Prévalence de l'anémie chez les enfants

À Madagascar, plus des deux tiers des enfants de 6-59 mois (68%) sont atteints d'anémie. C'est parmi les enfants dont la mère est très jeune (15-19 ans) et parmi ceux dont la mère n'a pas d'instruction que ces proportions sont les plus élevées (respectivement 84% et 80%).

Combien d'enfants sont anémiés ?



État nutritionnel des femmes

À Madagascar, la taille moyenne des femmes est de 153,3 centimètres et 7 % sont de très petite taille, inférieure à 145 centimètres. Une proportion élevée de femmes (19 %) ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) inférieur à 18,5 et présentent donc une déficience énergétique chronique. Parmi les femmes les plus jeunes (15-19 ans) et parmi celles de 45-49 ans, la proportion de celles dont l'IMC est inférieur à 18,5 est élevée (respectivement 21 % et 22 %). De même, la prévalence de la déficience énergétique chronique est plus élevée en milieu rural que dans la capitale (21 % contre 9 %).

À l'opposé, 7 % des femmes ont un indice élevé (au moins 25) et sont en état de surpoids.

Anémie et cécité crépusculaire

Plus de deux femmes de 15-49 ans sur cinq (46 %) sont anémiées : 35 % le sont sous une forme légère et 9 % sous une forme modérée. L'anémie sous sa forme sévère touche 3 % des femmes. En outre, une femme enceinte sur deux (50 %) souffre d'anémie ; la prévalence de l'anémie est plus élevée en rural que dans la capitale (49 % contre 29 %) et elle est particulièrement élevée dans la province d'Antsiranana (63 %), parmi les femmes sans instruction (55 %) et parmi celles des ménages les plus pauvres (59 %).

Un pour cent des femmes souffrent de cécité crépusculaire. Cette forme de cécité est plus fréquente parmi les femmes des provinces de Toamasina et de Mahajanga (2 %).



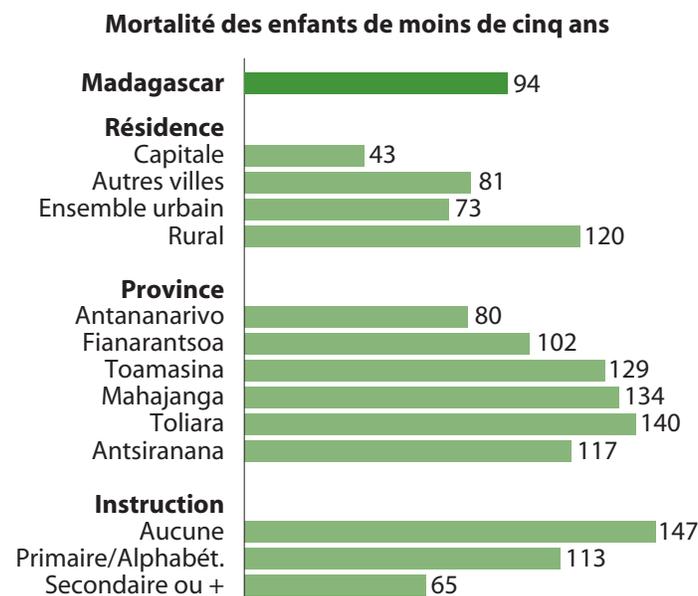
April Watson, avec la permission de Freedom from Hunger

MORTALITÉ

Les niveaux, tendances et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, environnementales, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population et dans ses diverses couches sociales. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Mortalité des enfants

Au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, on estime que sur 1 000 enfants nés vivants, 58 sont décédés avant le premier anniversaire et que sur 1 000 enfants nés vivants, 94 décèdent avant leur cinquième anniversaire. Les quotients de mortalité sont plus faibles en urbain qu'en rural et surtout dans la capitale. En ce qui concerne la mortalité infanto-juvénile, on constate que trois provinces se caractérisent par des



niveaux relativement faibles de mortalité : il s'agit des provinces d'Antananarivo (80 ‰), de Fianarantsoa (102 ‰) et d'Antsiranana (117 ‰) et que les trois autres détiennent des niveaux nettement plus élevés : Toamasina (129 ‰), Mahajanga (134 ‰) et Toliara (140 ‰). On constate que c'est la province de Fianarantsoa qui enregistre la baisse la plus importante de la mortalité infanto-juvénile entre l'EDS-II et l'EDSMD-III.

Les chances de survie des enfants sont également influencées par certaines caractéristiques concernant le comportement procréateur des mères. C'est parmi les enfants dont la mère a moins de 20 ans (49 ‰) et parmi ceux dont elle a 40 ans ou plus (50 ‰) que le quotient de mortalité néonatale est le plus élevé. Ce quotient est nettement plus faible parmi ceux dont la mère est âgée entre 20 et 39 ans (30 ‰). On constate

également des niveaux élevés de mortalité infantile parmi les naissances de premier rang (83 ‰) et parmi celles de rangs élevés (sept ou plus) (83 ‰). En outre, parmi les enfants dont l'intervalle intergénéral est inférieur à 2 ans, le quotient de mortalité infanto-juvénile (171 ‰) est près de trois fois plus important que celui des enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est d'au moins quatre années (59 ‰).

CONNAISSANCE DES IST ET DU VIH/SIDA ET PRÉVALENCE DE LA SYPHILIS

Madagascar se caractérise par une prévalence élevée des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Connaissance des IST

Près de la moitié des femmes et un quart des hommes ne connaissent pas les IST. Cette proportion est particulièrement élevée chez les jeunes femmes de 15-19 ans (60 %).

Parmi les femmes et les hommes ayant déclaré avoir une IST ou des symptômes associés aux IST au cours des 12 derniers mois, un peu plus d'un quart des femmes (27 %) et un cinquième des hommes (20 %) n'ont recherché ni conseil ni traitement pour leur IST.

Prévalence de la syphilis

La syphilis constitue un véritable problème de santé publique à Madagascar. Au cours de l'EDSMD-III, un test de séroprévalence a été effectué auprès des femmes éligibles de 15-49 ans et des hommes de 15-59 ans pour déterminer la prévalence de la syphilis.

Actuellement, à Madagascar, 3,8 % de la population adulte de 15-49 ans est atteinte de syphilis. Le niveau est légèrement supérieur chez les femmes (4,2 %) que chez les hommes (3,5 %).

La prévalence est plus élevée en milieu rural (4,2 %) qu'en milieu urbain (2,7 %). Du point de vue des provinces, les résultats montrent que ce sont dans celles de Toamasina (8,6 %), de Toliara (6,2 %), d'Antsiranana (5,7 %) et de Mahajanga (5,3 %), que les niveaux de prévalence sont les plus élevés. Les provinces d'Antananarivo et de Fianarantsoa sont celles où les niveaux de prévalence sont les plus faibles (respectivement 0,9 % et 1,8 %).

Le niveau de la prévalence augmente en fonction du nombre de partenaires. Chez les femmes, la prévalence passe de 4,3 % chez celles n'ayant eu qu'un seul partenaire au cours des 12 derniers mois à 16,7 % chez celles qui en ont eu au moins deux.

Connaissance du sida et des moyens de prévention

À Madagascar, une proportion élevée d'hommes (88 %) et de femmes (79 %) ont entendu parler du sida. Cependant, seulement 64 % des femmes et 76 % des hommes pensent qu'il y a un moyen d'éviter de le contracter.

Seulement 19 % des femmes et des hommes ont une connaissance correcte des deux principaux moyens de prévention du VIH/sida — l'utilisation du condom et de n'avoir des rapports sexuels qu'avec un seul partenaire fidèle et qui n'est pas infecté — et rejettent les idées erronées. C'est dans la capitale, parmi ceux/celles qui ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et parmi ceux des ménages les plus riches que les proportions d'enquêtés les mieux informés sont les plus élevées.

Parmi les jeunes de 15-24 ans ayant eu des rapports sexuels au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête 31 % des femmes et 72 % des hommes ont eu des rapports sexuels à haut risque, c'est-à-dire avec un partenaire non marital et non cohabitant. Seulement 5 % des jeunes femmes et 12 % des jeunes hommes ont utilisé un condom au cours des derniers rapports sexuels à haut risque.

PRINCIPAUX INDICATEURS

	National			Provinces					
	Ensemble	Urbain	Rural	Antana- narivo	Fiana- rantsoa	Toama- sina	Maha- janga	Toliara	Antsira- nana
Fécondité									
Indice synthétique de fécondité	5,2	3,7	5,7	4,2	5,7	5,0	6,1	6,3	4,8
Nombre idéal d'enfants (femmes de 15-49 ans)	4,8	3,9	5,1	3,8	4,8	4,8	4,8	7,0	5,0
Nombre idéal d'enfants (hommes de 15-59 ans)	5,4	4,4	5,8	3,7	5,5	5,6	6,2	8,9	5,6
Âge médian aux premiers rapports sexuels (femmes de 25-49 ans)	17,5	18,2	17,1	18,8	17,1	16,8	16,6	16,3	16,0
Âge médian à la première union (femmes de 25-49 ans)	19,1	20,2	18,8	20,7	19,0	18,9	17,9	17,5	18,1
Femmes de 15-19 ans qui sont déjà mères ou enceintes (%)	34	22	38	19	34	36	56	48	42
Mortalité des enfants									
<i>(Décès par 1,000 enfants pour les 10 ans précédant l'enquête, sauf au niveau national (5 ans))</i>									
Mortalité néonatale	32	22	37	27	27	45	39	43	25
Mortalité infantile	58	43	76	53	61	87	75	90	68
Mortalité infanto-juvénile	94	73	120	80	102	129	134	140	117
Planification familiale									
<i>Femmes en union, 15-49 ans:</i>									
Connaît une méthode (%)	85	95	82	95	80	85	78	70	88
Utilise une méthode (%)	27	41	23	42	15	31	15	16	23
Utilise une méthode moderne (%)	18	27	16	27	11	21	11	12	17
Besoins non satisfaits en matière de PF (%)	24	19	25	22	24	22	29	22	26
Pour espacer les naissances (%)	11	9	12	10	12	11	16	12	10
Pour limiter les naissances (%)	12	10	13	13	12	12	13	10	15
Santé des mères									
<i>Femmes qui ont accouché d'une naissance vivante dans les 5 années précédant l'enquête, qui ont:</i>									
Reçu des soins prénatals auprès de personnel de santé formé	80	90	77	91	79	71	78	68	82
Reçu des compléments de fer	32	44	30	41	38	31	23	18	29
Reçu des médicaments antipaludéens	58	70	55	58	60	57	53	55	70
<i>Naissances dans les 5 années précédant l'enquête pour lesquelles la mère a:</i>									
Reçu au moins deux injections antitétaniques	40	48	38	43	43	40	35	35	36
Reçu de la vitamine A postpartum	19	24	18	30	14	21	11	9	27
Accouché dans un établissement de santé	32	43	30	45	30	24	23	26	35
Accouché avec l'assistance de personnel de santé formé	51	76	46	66	53	38	47	38	52
Santé des enfants									
<i>Enfants de 12-23 mois qui ont reçu:</i>									
Tous les vaccins du PEV (BCG, rougeole, 3 doses de DTCoq et de polio)	53	70	49	76	65	44	32	28	29
Aucun vaccin du PEV	21	10	24	8	17	19	34	38	40
<i>Pourcentage d'enfants qui ont été amenés en consultation, parmi les enfants de moins de 3 ans qui ont souffert de:</i>									
Infections respiratoires aiguës ou fièvre	39	57	35	41	46	33	40	45	27
Diarrhée	32	41	30	27	41	29	28	35	(32)

	National			Provinces					
	Ensemble	Urbain	Rural	Antana- narivo	Fiana- rantsoa	Toama- sina	Maha- janga	Toliara	Antsira- nana
Nutrition									
Durée médiane de l'allaitement exclusif (mois)	5	4	3	4	5	3	1	1	5
Enfants de 6-59 mois qui sont anémiés (%)	68	63	69	62	71	68	70	72	73
Femmes de 15-49 ans qui sont anémiées (%)	46	37	49	34	50	44	62	46	63
Enfants de moins de 3 ans avec un retard de croissance (%)	45	39	46	50	46	42	49	40	32
Enfant de moins de 3 ans qui sont émaciés (%)	14	13	14	12	16	16	12	16	14
Enfants de moins de 3 ans avec une insuffisance pondérale (%)	40	35	41	39	40	40	45	39	28
Mères de 15-49 ans qui sont maigres (BMI < 18.5) (%)	19	15	21	15	25	20	16	29	13
Mères de 15-49 ans qui ont un surpoids (BMI ≥ 25) (%)	7	13	5	8	6	5	7	7	14
Paludisme									
Ménages avec une moustiquaire (%)	39	44	37	11	34	62	67	28	82
Ménages où tous les enfants ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête (%)	36	41	35	12	30	54	63	19	84
Femmes enceintes qui ont dormi sous une moustiquaire la nuit avant l'enquête (%)	35	44	33	5	34	57	59	27	72
VIH/sida et Infections Sexuellement Transmissibles (IST)									
Femmes qui ont entendu parler du sida (%)	79	93	74	91	68	73	75	75	80
Hommes qui ont entendu parler du sida (%)	88	97	85	97	87	81	93	65	91
Femmes qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida (%)	48	70	41	68	32	47	43	29	44
Hommes qui savent qu'une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida (%)	48	67	42	67	45	36	39	29	47
Femmes qui connaissent deux moyens de prévention et rejettent trois idées erronées à propos du sida (%)*	19	31	15	33	11	18	15	7	8
Hommes qui connaissent deux moyens de prévention et rejettent trois idées erronées à propos du sida (%)*	19	32	15	39	10	15	6	7	8
Femmes qui ont été testées pour le VIH et ont reçu le résultat (%)	1	2	1	2	1	0	1	1	2
Hommes qui ont été testés pour le VIH et ont reçu le résultat (%)	1	3	0	2	1	0	0	1	1
Femmes qui pensent qu'une femme a le droit de refuser les rapports sexuels si son partenaire a une IST (%)	87	93	85	93	79	81	86	92	87
Hommes qui pensent qu'une femme a le droit de refuser les rapports sexuels si son partenaire a une IST (%)	90	95	89	97	93	84	90	75	96
Femmes de 15-24 ans qui avaient déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans (%)	31	25	33	13	31	38	41	53	53
Hommes de 15-24 ans qui avaient déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans (%)	22	15	25	8	29	23	32	24	34
Femmes de 15-49 ans qui ont récemment eu la syphilis (%)	4	3	5	1	1	9	6	8	7
Hommes de 15-49 ans qui ont récemment eu la syphilis (%)	4	3	4	1	3	8	5	4	5

* Les deux moyens de prévention suggérés dans l'enquête étaient l'utilisation du condom et la fidélité à un seul partenaire ; les trois idées erronées étaient que le sida peut être transmis par les moustiques, qu'une personne peut être infectée en partageant les repas d'un malade du sida, et qu'une personne paraissant en bonne santé ne peut pas avoir le virus du sida.