

18. La protection sociale

I. Résumé et Vision 2024

La vision de la Protection Sociale pour Madagascar en 2024 est d'établir un système efficace de filets sociaux de sécurité qui réduise considérablement l'extrême pauvreté et qui renforce la résilience des pauvres aux catastrophes naturelles. La pauvreté extrême demeure exceptionnellement élevée à Madagascar et à moins que la protection sociale soit une priorité dans la lutte contre la pauvreté, le développement social et économique du pays sera sévèrement limité. Près des deux tiers de la population sont considérés comme extrêmement pauvres, et plus de 80 pour cent de la population sont considérés comme vulnérables. Aujourd'hui, Madagascar ne dispose ni d'un cadre stratégique pour la protection sociale, ni de programmes efficaces, à grande échelle et coordonnés, qui puissent protéger les populations les plus pauvres de la misère et du désespoir. Les programmes de protection sociale en place sont certes nombreuses, mais elles sont insuffisantes au regard des besoins et ne sont pas coordonnés.

La Protection Sociale peut apporter une contribution significative à la réduction de l'extrême pauvreté et de la vulnérabilité aux catastrophes naturelles à Madagascar. En fournissant aux plus pauvres les moyens de stabiliser leurs conditions économiques, d'envoyer leurs enfants à l'école et de bénéficier de services de santé, le secteur est essentiel pour la Stratégie de Croissance et la Réduction de la Pauvreté à Madagascar. Les politiques et les programmes de protection sociale visent à réduire la vulnérabilité causée par la pauvreté et à éliminer les risques qui menacent directement la vie et le bien-être des personnes. Ceci inclut les filets sociaux de sécurité (par le biais de programmes de transferts monétaires et d'argent contre travail), l'assurance sociale (assurance maladie, les pensions, etc.) et les services sociaux pour des groupes cibles spécifiques (par exemple les handicapés, les orphelins). Comme le montrent les expériences de nombreux pays, la Protection Sociale contribue également à la croissance économique, à travers des programmes de transfert, de travaux publics, et d'assurance santé qui favorisent l'égalité et la croissance économique.

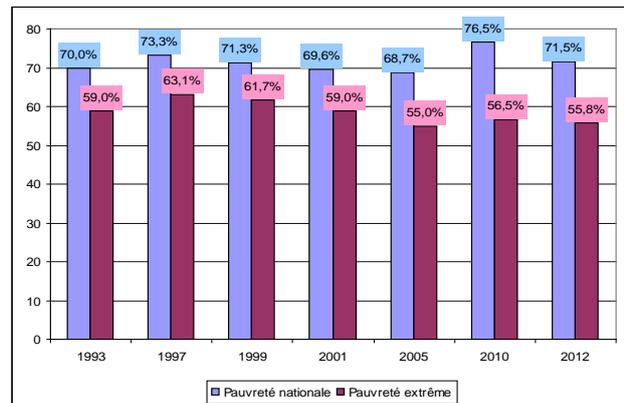
Malgré l'immensité des besoins, la Protection Sociale n'est pas bien développée à Madagascar, et les programmes en cours couvrent seulement une faible partie de la population et des besoins. En se basant sur une politique de protection sociale définie collectivement, et en mettant en place des filets sociaux de sécurité efficaces et efficaces pour les plus pauvres, Madagascar pourrait rapidement franchir un pas important en réduisant fortement la pauvreté, la vulnérabilité et l'inégalité au cours de la décennie. Ceci comprendrait des mesures permettant d'assurer un revenu de base pour les familles extrêmement pauvres, et d'améliorer la résilience aux chocs de la population pauvre, ainsi que leur accès aux services sociaux de base.

La présente note porte sur la contribution de la Protection Sociale à la croissance et à la prospérité partagées en identifiant les actions clés à entreprendre à court et à moyen terme pour s'acheminer vers l'implantation de filets sociaux de sécurité efficaces pour les plus pauvres à Madagascar. Les mesures à court terme comprennent (i) la définition du leadership politique dans ce domaine multisectoriel pour revitaliser la coordination et l'harmonisation, (ii) l'expansion des programmes Argent contre travail, et (iii) la mise en place d'un filet de sécurité de base par le biais d'un programme de transfert monétaire conditionnel qui pourrait aider les familles à reconstruire leur capital humain et leurs capacités productives, basé sur un système de ciblage et un registre de bénéficiaires communs. Les mesures à moyen terme devraient inclure (i) le développement d'une stratégie de protection sociale cohérente, (ii) la mise en œuvre de filets de sécurité efficaces, et (iii) le suivi, l'évaluation et la priorisation des interventions de protection sociale.

II. Vue d'ensemble

La pauvreté chronique persiste et demeure élevée à Madagascar. Lutter contre cette pauvreté serait ardu, le pays doit privilégier toutes les mesures qui concourent à cet objectif. La protection sociale doit faire partie des priorités du programme de développement de Madagascar. En effet, la pauvreté a toujours touché au moins deux tiers de la population malgache au cours des deux dernières décennies (Figure 1). Pendant les quelques périodes où la pauvreté a baissé, les variations étaient trop modestes pour faire reculer significativement le nombre de pauvres dans le pays. Selon les dernières estimations, l'incidence de la pauvreté est passée de 76,5% en 2010 (EPM 2010) à 71,5% en 2012 (ENSOMD 2012, résultats provisoires). Cette baisse équivaut à un passage de 15,4 millions à 15,2 millions de pauvres, soit une réduction de seulement 200.000 individus environ. La situation est doublement alarmante car cette pauvreté est constituée essentiellement de l'extrême pauvreté, c'est-à-dire l'impossibilité d'accéder au panier alimentaire minimal de 2133Kcal/jour. Cette situation affecte près de six individus sur dix à Madagascar. Autrement dit, environ sept à huit individus pauvres sur dix sont dans l'extrême dénuement.

Figure 1 : Evolution de la pauvreté et de la pauvreté extrême.



Source : INSTAT EPM1993, EPM 1997, EPM 1999, EPM 2001, EPM

La vulnérabilité aux chocs socio-économiques et aux catastrophes naturelles est également très répandue à Madagascar. Si 76,5% de la population vivait dans la pauvreté en 2010, 81,2% sont classés comme vulnérables (Razafimanantena, 2011). Sont considérés ici comme vulnérables les individus présentant une probabilité de plus de 50% de tomber dans la pauvreté à court terme. Cette vulnérabilité touche principalement les zones arides du sud, les zones cycloniques, les ménages ruraux, les familles nombreuses, les familles avec plusieurs enfants en bas âge ou les ménages dont le chef est sans instruction ou est agriculteur.

L'importance des chocs subis par les ménages malgaches illustre bien cette vulnérabilité. Près du tiers d'entre eux déclarent avoir subi au moins un choc en 2012. Cette proportion atteignait 50% en 2010 en raison de la crise politique déclenchée en 2009. Les pauvres sont les plus exposés aux chocs puisque cette proportion monte à 58,8% en 2010 pour les extrêmement pauvres. Les chocs liés aux catastrophes naturelles (67% : sécheresse, inondation, cyclone, pluie tardive, invasion acridienne,) et les problèmes économiques (15%) sont ceux qui affectent le plus les ménages (EPM 2010).

Face à l'étendue de la pauvreté et de la vulnérabilité, la protection sociale est vitale pour Madagascar. En effet, les mesures individuelles prises par les ménages sont insuffisantes pour améliorer leur bien-être ou pour retrouver leur niveau de vie d'avant les chocs. D'ailleurs, d'après l'EPM 2010, trois quarts des ménages victimes de chocs n'ont pas pu récupérer après les dégâts subis, même un an après. Sans soutien plus avancé fourni par la protection sociale, les ménages ne pourront pas faire face aux conséquences des risques socio-économiques.

En effet, la protection sociale constitue le maillon principal de la réduction de la vulnérabilité et de la pauvreté. Par définition, elle comprend toutes les interventions publiques ayant pour objet d'une part d'assister les plus démunis et les plus vulnérables et d'autre part d'aider les individus, les ménages et les communautés à mieux gérer les risques (World Bank, Social Protection, Discussion Paper 9904, Holzmann and Jorgensen). Plus simplement, son objectif est de diminuer la vulnérabilité

vis-à-vis de la pauvreté et d'éliminer les risques qui menacent directement la vie des populations. Elle est donc indispensable pour Madagascar. Malgré cette forte nécessité, elle n'est pas suffisamment développée dans le pays, le système actuel ne couvre qu'une infime partie des besoins et présente des faiblesses marquées (Banque mondiale, 2012).

La protection sociale peut également contribuer à la croissance économique. En effet, l'expérience de plusieurs pays a montré que quand ils sont bien conçus, les programmes de protection sociale (cash transfert, argent contre travail, nutrition, assurance santé, etc.) permettent de favoriser la croissance économique²⁵⁹ : i) en aidant les ménages à mieux investir dans leur avenir en réduisant les imperfections des marchés (accès au crédit, intrants, etc.); ii) en réduisant les risques de perte de capital humain et permettant ainsi d'avoir des forces de travail plus productives ; et iii) en réduisant les inégalités.

Ainsi, malgré les lacunes dans le secteur, en mettant en place une protection sociale efficace et de qualité, Madagascar pourra réduire considérablement d'ici une décennie la pauvreté, la vulnérabilité et les inégalités. Le pays pourra améliorer la résilience de la population aux chocs et les populations les plus pauvres pourront accéder sans restriction financière aux services sociaux de base. La présente note tente d'identifier les actions à entreprendre à court et à moyen terme, pouvant conduire progressivement vers cette vision.²⁶⁰

a. Les dépenses de protection sociale

Malgré la hausse de la vulnérabilité, le budget de la protection sociale a régressé depuis le début de la crise en 2009. En effet, les dépenses de protection sociale qui étaient estimées à près de 179 millions \$US en 2008 sont passés à 144,8 millions US en 2009 puis à 97,7 millions US en 2010. Ainsi, si le poids de la protection sociale était de près de 1,9% du PIB en 2008, il ne représente plus que 1,1% en 2010. Cette forte baisse s'explique par la régression des dépenses en protection sociale du gouvernement (- 60% sur la période), elle-même due à la restriction budgétaire causée par la crise politique²⁶¹. La baisse est si importante que même les aides, dont le montant est passé de 26 millions \$US en 2008 à 37 millions \$US en 2010, n'ont pu la compenser que partiellement. Certains ONG disposent de financement propre mais leurs appuis ont également chuté à 5,1 millions \$US en 2010 (Kone, 2011). D'ailleurs, ces interventions semblent limitées puisque leurs dépenses sont estimées à seulement 5% environ des dépenses totales de protection sociale à Madagascar.

Tableau 1 : Montant Estimé des Dépenses de Protection Sociale Effectuées par le Gouvernement, les Bailleurs de Fonds et les ONG (millions \$US)

	2007	2008	2009	2010
Dépenses de Protection Sociale Effectuées par				
Le Gouvernement	91,3	145,0	96,9	55,8
Les Bailleurs de Fonds	n.d.	26,0	40,7	36,8
Les ONG	6,8	8,0	7,2	5,1
Total	n.d.	179,0	144,8	97,7
Note				
Total, en pourcentage du PIB		1,9%	1,7%	1,1%

Source : Ravelosoa (2011), Ralaivelo (2011a) et Kone (2011) dans « Madagascar. Après Trois Ans de Crise : Evaluation de la Vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d'Avenir », Banque Mondiale, 2012, page 33.

²⁵⁹ Voir par exemple Harold Alderman & Ruslan Yemtsov, 2013. « How Can Safety Nets Contribute to Economic Growth ». World Bank. Policy Research Working Paper 6437, mai 2013.

²⁶⁰ Le Bureau International du Travail a également réalisé un inventaire des dispositifs et prestations existantes en vue de la mise en place d'un socle national de protection sociale à Madagascar.

²⁶¹ Voir par exemple le Rapport Economique et Financier 2012-2013, Vice Primature chargée de l'économie et de l'industrie (2013).

b. Les programmes de protection sociale

b.1. Le système formel de sécurité sociale

- *Le système public de sécurité sociale*

Madagascar dispose de programmes de couverture de sécurité sociale. Mais leurs domaines d'intervention demeurent limités (par exemple, l'assurance chômage est exclu) et ne couvrent qu'une infime partie de la population du secteur formel ; les personnes du secteur informel et surtout les pauvres sont exclus de ce système. (a) La Caisse de Prévoyance de retraite des fonctionnaires est en charge des risques vieillesse, de l'invalidité et du décès des fonctionnaires et des militaires. (b) La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNaPS) est destinée aux travailleurs du secteur privé. Elle comporte trois branches : la branche des maladies professionnelles et des accidents de travail ; la branche des risques vieillesse, invalidité et prestation des survivants en cas de décès et la branche des prestations familiales. La CNaPS compte environ 528000 affiliés, soit environ 5% des actifs. (c) L'assurance maladie des agents de l'Etat : les fonctionnaires et les agents non encadrés de l'Etat bénéficient d'un régime de soins médicaux, d'hospitalisation, d'évacuation sanitaire.

- *L'assurance santé dans quelques entreprises privées formelles.*

Il convient de noter que certains employés du secteur privé formel bénéficient de soins médicaux à travers les services médicaux du travail (**Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter Entreprises ou OSTIE**), etc.)²⁶². Mais les personnes bénéficiaires de ces couvertures sociales sont d'une proportion limitée en regard de l'ensemble de la population. Selon l'enquête emploi (2012), seulement 1% des actifs occupés bénéficient d'une couverture en soins maladies. Pourtant selon le code du travail, les entreprises privées formelles ont le devoir d'assurer une sécurité sociale à leurs employés²⁶³.

b. 2.2 Les programmes de filets de sécurité

Selon Ravelosoa (2011), avec une part de 40%, les transferts sociaux (en nature ou en espèce) dans le secteur de l'éducation²⁶⁴ constituaient le plus grand domaine programmatique de dépenses de filets de sécurité sur la période 2007-2010²⁶⁵. Les dépenses liées au secteur santé et nutrition venaient en seconde position (28%), suivies de l'aide aux groupes vulnérables spécifiques (12%). Les programmes d'emploi temporaire et les catastrophes naturelles sont les plus petits financièrement et constituent une moindre portion du portefeuille de protection sociale (de l'ordre de 10% chacun).

- *L'éducation*

On identifie quatre groupes de programmes liés à la protection sociale dans le secteur éducation.

- (i) **La distribution de kits scolaires gratuits en début d'année scolaire.** Ce programme est censé réduire les dépenses scolaires des parents et encourager la scolarisation des enfants. Cependant, le programme a été perturbé par la crise. Aucun kit n'a été distribué au début de l'année scolaire 2010/11 à cause d'une réduction drastique du budget alloué au

²⁶² Voir par exemple Ralaivelo (2013) pour les différents organismes.

²⁶³ Les entreprises privées formelles sont obligées d'assurer sécurité sociale de leurs employés conformément à la loi n° 2003_044 du 24 juillet 2003. Renforcés par les deux décrets : Décret n°2011-626, du 11 octobre 2011, portant application de la Loi n°2003-044 du 28 juillet 2004 portant Code du Travail, relatif à la lutte contre le VIH/sida en milieu du travail ; Décret n°2011-631, du 11 octobre 2011, modifiant certaines dispositions du Décret n°2003-1162 du 17 décembre 2003, organisant la Médecine d'Entreprise.

²⁶⁴ Il s'agit uniquement des dépenses d'éducation (ou de santé) liées à la protection sociale.

²⁶⁵ Ce calcul ne concerne que les programmes de filets de sécurité. Par conséquent, il exclut la sécurité sociale formelle. Voir Ravelosoa (2011) pour plus de détail.

Ministère de l'Éducation, introduite dans le budget révisé adopté en septembre 2010. Cependant, 3,7 millions d'enfants des écoles primaires publiques ont pu bénéficier de kits scolaires en 2012/2013.

(ii) **Les caisses écoles** qui étaient initialement censés compenser les écoles pour la suppression des frais d'inscription et empêcher la multiplication de dépenses scolaires informelles. Elles sont censées réduire la contribution financière des ménages et améliorer la rétention scolaire. En raison de la crise, ces fonds ont rencontré beaucoup de difficultés. Ils ont été considérablement réduits à la suite des coupes budgétaires post-crise : l'allocation par élève est tombée de 3 000 Ar pour l'année scolaire 2009/10 à 800 Ar pour 2010/11.

(iii) **Les programmes d'alimentation scolaire** constituent une motivation supplémentaire pour les ménages vivant dans l'insécurité alimentaire pour envoyer leurs enfants à l'école. Le principal programme est celui du Programme Alimentaire Mondial (PAM) qui fournit des repas scolaires dans la plupart des régions du sud de Madagascar. Ce programme touche près de 215,000 élèves dans 1200 écoles primaires publiques en 2012/2013. Le gouvernement met en œuvre également un programme qui touche près de 60 000 élèves en périphérie d'Antananarivo. Le programme de CARE International touche près de 30,000 élèves de la région Atsinanana tandis que les cantines gérées par les enseignants et les associations des parents d'élèves FRAM touchent environ 1,000 écoles primaires publiques. Enfin, quelques ONG offrent aussi des repas scolaires : les missions norvégiennes, l'association Zaza Madagasikara, etc. (Ralaivelo, 2013).

(iv) **Les transferts en espèces et les bourses.** Les expériences de transferts conditionnels ou non en espèces sont limitées. On peut citer les bourses pour les jeunes filles vulnérables.

Dans l'ensemble, ces programmes ont contribué à l'amélioration de la scolarisation des enfants. Cependant, à cause de la restriction budgétaire, la crise a eu des impacts significatifs sur leur mise en œuvre. Le manque d'argent est perçu comme la principale raison de l'abandon scolaire à Madagascar (INSTAT, 2013b). En effet, depuis 2009, on constate une régression des effectifs des élèves dans les écoles primaires publiques. Enfin, comme le ciblage de ces programmes repose sur la scolarisation, les ressources sont involontairement déviées au détriment des ménages et des communautés les plus pauvres. Ainsi, les plus pauvres qui ne vont pas à l'école ne profitent pas des programmes cités plus haut. Un des rôles de la protection sociale est de permettre, notamment aux plus pauvres, l'accès aux services sociaux de base et en particulier à l'éducation.

- *La santé*

On peut identifier trois programmes de protection sociale dans le secteur santé.

(i) **L'exemption de recouvrement des coûts dans les CSB.** Le système de recouvrement de coût concernant les médicaments et les consommables médicaux²⁶⁶ a été réinstauré en 2004 à Madagascar. Il est conçu comme fonds d'équité permettant de prendre en charge gratuitement les plus démunis et les premiers soins d'urgence. Ce programme est intéressant dans la mesure où l'aspect financier constitue un des principaux motifs de non fréquentation des services de santé²⁶⁷. Le programme cible les 1% les plus pauvres. Il est financé à un taux de 3.5/135 prélevé sur les entrées de ventes des PHAGECOM (*Pharmacies à gestion communautaire*), soit 2,6% du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments. Sa mise

²⁶⁶ Ce système porte le nom de FANOME (Financement pour l'approvisionnement non-stop en médicaments ou Fandraisan'Anjara No mba OMEko),

²⁶⁷ Voir par exemple Thiam M., Razafiarison J.C., 2011. Disponibilité, accessibilité et utilisation des services sociaux de base dans deux régions du sud de Madagascar : Androy et Anosy. Vice-Primature Chargé de l'Economie et de l'Industrie (VPEI). Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Antananarivo, décembre 2011.

en œuvre dépend de l'existence de la liste des démunis établie au niveau des communautés²⁶⁸. Mais la honte d'être affichés comme pauvres (en raison de la carte des bénéficiaires) fait que ce programme n'atteint pas son objectif de 1% de la population totale et les fonds sont sous-utilisés. De plus, le système de ciblage adopté tend à exclure ceux qui ne se sont pas inscrits auprès des *fokontany* (les sans-abri et autres groupes marginalisés). Par conséquent, le ciblage communautaire doit être complété par des activités d'informations publiques en direction des patients potentiels. A moyen terme, on pourrait par exemple élever le niveau de fonds retenus sur les fonds recouverts au moyen d'une modeste augmentation de la marge sur les ventes de médicaments pour améliorer progressivement la couverture des besoins sanitaires des plus pauvres au niveau du CSB.

(ii) **Le fonds d'équité au niveau des hôpitaux pour les plus démunis.** Celui-ci a été mis en place en 2007. Il est alimenté en partie par l'Etat, auquel s'ajoutent 1,6% des recettes des médicaments et 5% des recettes des consultations de l'hôpital. Les bénéficiaires des fonds d'équité sont limités. La demande est importante, mais la lourdeur de la procédure constitue un frein à l'utilisation des fonds d'équité. Par ailleurs, les sommes requises pour permettre aux groupes les plus pauvres de la population d'avoir accès aux soins médicaux sont beaucoup plus importantes au niveau des hôpitaux qu'au niveau des centres de santé de base en raison des prestations fournies. Ainsi, ce programme nécessite un important financement de la part du gouvernement et / ou des donateurs. Une autre difficulté observée est le financement des dépenses de nourriture pendant les séjours hospitaliers et les subventions pour les frais de transport, sans lesquels les populations les plus isolées auront des difficultés pour accéder aux fonds d'équité.^{269 270}

(iii) **Quelques mutuelles de santé** sont à l'œuvre et ciblent les individus qui ne sont pas en mesure d'obtenir une assurance maladie par les mécanismes du secteur formel. Leur couverture est toutefois faible : près de 3000 familles fin 2010. De plus, il est peu probable que ces mutuelles atteignent les plus démunis et les plus vulnérables, étant donné qu'elle concentre son attention sur ceux qui peuvent s'endetter par du microcrédit.

- **La nutrition**

La malnutrition est un phénomène répandu avec un coût économique à court et long terme. Elle compromet le développement des enfants. Les moins de 5 ans sont particulièrement vulnérables. Elle est depuis longtemps une préoccupation de Madagascar, ce qui explique l'importance des programmes nutritionnels en place. D'ailleurs, le secteur de la nutrition a développé une nouvelle stratégie nationale en 2012 qui s'étend jusqu'en 2016, dans laquelle les interventions sont recentrées sur les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant et la nutrition maternelle²⁷¹. Les interventions sont axées sur la prévention et sur les réponses à la malnutrition. L'Office National de Nutrition assume la coordination multisectorielle des interventions nutritionnelles dans le pays. Les principaux programmes en cours s'adressent aux jeunes enfants, femmes enceintes et allaitantes²⁷².

²⁶⁸ Selon le manuel de mise en œuvre du FANOME, les assemblées générales des *fokonolona*, constituées des représentants locaux des églises, déterminent qui sont les résidents les plus pauvres sur la base du contexte et des réalités locaux. Le Ministère de la santé a préparé des directives pour déterminer l'éligibilité. Pour être éligible, une personne doit remplir 4 des 6 critères suivants: être sans abri, sans revenu, sans activité professionnelle, être handicapé ou souffrir d'une maladie invalidante, âgé de plus de 60 ans, famille de plus de sept membres.

²⁶⁹ M. Rajoelison-Rakotomalala, *Analyse des coûts au sein des CHD 2*, Projet de renforcement du service de santé dans la province de Mahajanga, GTZ, 2003.

²⁷⁰ Selon Ravelosoa (2011), on évalue la part de ces coûts indirects à 30% de la facture totale des soins médicaux des ménages. Par ailleurs, il semble que près de 85% des patients concernés viennent d'un rayon de 30 kilomètres, ce qui indique que l'accès est une contrainte pour ceux qui vivent plus loin.

²⁷¹ Madagascar a également lancé officiellement l'intensification nationale du Mouvement pour la nutrition (SUN) le 12 Septembre 2013 et présenté sa feuille de route pour sa mise en œuvre.

²⁷² Les programmes de nutrition scolaire sont déjà développés dans la section éducation.

(i) **Le programme de nutrition communautaire de l'Office National de la Nutrition (ONN), du gouvernement malagasy, de la Banque Mondiale.** Les interventions comprennent un suivi de la croissance, une surveillance nutritionnelle, un volet information, éducation et communication pour le changement de comportement aux niveaux communautaires dans les sites SEECALINE²⁷³. Le programme diffuse les messages clés sur la nutrition, l'importance de l'allaitement maternel exclusif (au moins jusqu'à six mois), l'importance des suppléments en micronutriments (fer, acide folique, vitamine A,...), fait des démonstrations culinaires pour une alimentation locale mais diversifiée. Le programme effectue également des actions de déparasitage et de distribution de folate de fer pour les élèves des écoles primaires publiques.

(ii) **Le programme de nutrition de l'UNICEF en collaboration avec l'ONN et le ministère de la Santé.** Ce programme vise les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes ou allaitantes. Les interventions comprennent une surveillance nutritionnelle, le suivi de la croissance, le volet fortification alimentaire et la communication pour changement de comportement aux niveaux communautaires et dans les centres de santé. Le programme traite également au niveau communautaire les cas de malnutrition aiguë et au niveau des hôpitaux le cas de malnutrition grave (chez les enfants âgés de 6 mois à 5 ans). Les programmes couvrent les médicaments, les frais d'hospitalisation et autres pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë avec complication (nourriture y compris celle de la mère qui garde l'enfant à l'hôpital pendant son hospitalisation, frais de fonctionnement des centres de prises en charge).

(iii) **Le Programme de nutrition et de sécurité alimentaire de l'UE et du GRET.** Le volet nutrition vise à améliorer de façon durable les conditions de vie dans le Sud-Est de Madagascar en vue de réduire la malnutrition au sein des populations les plus vulnérables. Ce programme vise les femmes enceintes et allaitantes, les enfants de moins de trois ans ainsi que les enfants de 6 à 14 ans. Quant au volet sécurité alimentaire, le programme participe à l'amélioration de la sécurité alimentaire dans la région du grand Sud de Madagascar par l'appui aux filières.

(iv) **Le Programme de nutrition communautaire et d'aide alimentaire du GRET (avec la participation de plusieurs partenaires, France, UE, etc.).** Le premier volet contribue à la réduction durable de la malnutrition chez les jeunes enfants des zones rurales de Madagascar. Le second volet porte sur l'amélioration de l'état nutritionnel des enfants malgaches, par la mise à disposition sur le marché d'aliments adaptés et accessibles à tous et l'éducation nutritionnelle des populations, et s'adresse à des ménages des zones urbaines. Les deux volets visent les enfants de moins de 14 ans, les femmes enceintes et les femmes allaitantes.

(v) **La nutrition et sécurité alimentaire de l'USAID à travers le programme SALOHI** (Strengthening and Accessing Livelihoods Opportunities for Household Impact) dans le Sud-Est de Madagascar²⁷⁴. Les activités du programme s'articulent autour de 3 objectifs : l'amélioration de l'état nutritionnel et l'état sanitaire des enfants de moins de cinq ans, le renforcement de la capacité de survie des ménages en situation d'insécurité alimentaire et l'augmentation de la résilience communautaire. Le programme inclut la distribution de nourriture, les suppléments alimentaires et la vitamine A, ainsi que le traitement des maladies liées à la malnutrition. Les bénéficiaires sont principalement les enfants de moins de 3 ans et les femmes enceintes et allaitantes.

²⁷³ SEECALINE signifie Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie.

²⁷⁴ Les activités sont mises en œuvre par CRS, CARE, ADRA et LAND O LAKES. C'est un programme visant à réduire l'insécurité alimentaire dans 7 régions de Madagascar, 21 districts, 120 communes et 544 communautés.

(vi) **Le programme du PAM pour les enfants malnutris, les femmes enceintes et allaitantes, les orphelins et enfants vulnérables, l'appui aux tuberculeux, aux porteurs du VIH/SIDA et à leurs familles.** Ce programme est concentré dans la région sud de Madagascar. Il s'agit d'appui en apport nutritionnel, vitamine A et en fer et sur les pratiques sanitaires et les soins à prodiguer aux nouveaux nés et aux enfants.

Ces programmes, malgré leurs dimensions modestes, sont pertinents. Ils sont justifiés par les niveaux élevés de malnutrition et par la contribution que les aliments complémentaires peuvent faire en tant que mesure préventive nutritionnelle pour les jeunes enfants et les femmes enceintes et les mères allaitantes, en particulier pendant la période de soudure (Hodges, 2011). Pour favoriser la synergie entre les interventions dans la protection sociale, ces programmes de nutrition pourraient être combinés avec d'autres filets de sécurité sociale.

- *Les travaux à haute intensité de main d'œuvre (HIMO)*

Plusieurs programmes de travaux HIMO sont en cours à Madagascar. Ces programmes s'adressent aux ménages les plus démunis des zones à forte insécurité alimentaire ou vulnérables aux catastrophes naturelles. Ils visent le renforcement de la capacité de survie des ménages à travers la réhabilitation ou construction de petites infrastructures. Les principaux intervenants sont :

(i) **Le programme « Argent et/ou Vivres et/ou Semences Contre Travail » de l'ONN** par la création et/ou la réhabilitation d'infrastructures hydro-agricoles ou la réalisation de petites infrastructures d'intérêt communautaire (eau, assainissement...). Le programme intervient dans les zones où la malnutrition globale des enfants de moins de cinq ans est élevée et dans les communes vulnérables aux aléas des risques et catastrophes naturelles (période de soudure, cyclone, inondation, sécheresse...).

(ii) **Le programme FID à travers son programme Argent Contre Travail** apporte une réponse rapide aux effets néfastes de l'augmentation des prix de produits vivriers et aux dommages causés par les catastrophes naturelles à travers une augmentation de l'accès à l'emploi temporaire des personnes vulnérables et des plus démunies.

(iii) **Les travaux communautaires du PAM visent à remédier aux problèmes d'infrastructures** et à améliorer la capacité des communes à atténuer les effets des catastrophes naturelles. Ce programme est mis en place dans les zones à forte insécurité alimentaire et/ou vulnérabilité alimentaire.

(iv) **Le projet SALOHI de l'USAID** vise le renforcement de la capacité de survie des ménages en situation d'insécurité alimentaire à travers la réhabilitation ou la construction d'infrastructures sanitaires (eau et assainissement).

La mise en œuvre de ces activités suit des procédures similaires, mais la coordination entre les programmes est limitée. Le système de rémunération appliqué par tous ces programmes est celui de l'«Argent et/ou Vivres et/ou Semences Contre Travail». La rémunération moyenne est d'environ 1\$US pour 5 heures de travail par jour et la durée moyenne de l'emploi par bénéficiaire de 25 jours. Ces programmes ont touché près de 170,000 bénéficiaires directs en 2009 et 322,000 en 2010. Selon les estimations (Banque Mondiale, 2012), en supposant 150,000 bénéficiaires par an, une taille moyenne des ménages de sept personnes parmi les bénéficiaires, ces programmes atteignent près de 1 million d'individus, soit près de 6,4% des individus pauvres ou 8,7% des individus extrêmement pauvres. Les revenus procurés par ces programmes sont utilisés par les ménages principalement pour leur consommation. Les mécanismes de ciblage sont à plusieurs niveaux, d'abord géographique²⁷⁵ puis la sélection des individus au niveau de la communauté. Les critères de ciblage varient selon les programmes mais tous ciblent les populations très vulnérables. Cependant, ils excluent ceux qui sont dans l'incapacité de travailler comme les handicapés, les personnes âgées, les femmes enceintes.

²⁷⁵ D'abord sélection des zones géographiques les plus vulnérables, puis sélection au sein de chaque zone géographique, au sein des communautés les plus vulnérables.

Tableau 2 : Nombre de bénéficiaires des Programmes de Travaux Publics à Haute Intensité de Main d'Œuvre (2007-10)

	2007	2008	2009	2010
IDA : Programme argent-contre-travail (mis en œuvre par le FID)	14 850	12 450	2 930	222 995
PAM : Vivres-contre-travail (IPSR)	66 939	45 276	92 665	68 301
PAM : Vivres-contre-travail (programme de pays)	9 646	6630	14 685	12 005
USAID : Vivres-contre-travail (SALOH)	0	0	16 400	16 400
ONN : Argent/vivres/semences-contre-travail	54 060	47 468	45 777	2 354
Total	145 495	111 824	172 457	322 055

Source : Ravelosoa (2011) et FID dans « Madagascar. Après Trois Ans de Crise : Evaluation de la Vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d'Avenir », Banque Mondiale, 2012. Nos propres calculs.

- *Les réponses aux catastrophes naturelles*

Dans un environnement aussi sujet aux catastrophes naturelles que celui de Madagascar, les mécanismes de réponse pour atténuer les chocs naturels sont très importants. Les interventions les plus importantes sont :

(i) **Les opérations de secours et d'urgence** coordonnées par le Bureau national de gestion des risques et des catastrophes (BNGRC). Celui-ci sert de point de convergence des aides apportés par tous les partenaires en cas d'urgence. Le rôle de ce bureau consiste à veiller à ce que cette aide arrive en temps opportun. L'objectif est de rétablir aussi rapidement que possible les conditions existant avant la catastrophe.

(ii) **Argent/Vivre contre travail, Aide alimentaire ou distribution de semence directe pour les groupes les plus gravement touchés** : fournis par le Programme Alimentaire Mondial (PAM), l'ONG CARE, le FID et le programme SALOH de l'USAID. Ces institutions fournissent des programmes similaires : leur but est de fournir de la nourriture aussi rapidement que possible aux groupes les plus gravement touchés, tout en remettant sur pied les infrastructures.

(iii) Les interventions multisectorielles de l'UNICEF : éducation, santé, nutrition, assainissement, etc.

(iv) **Le système de surveillance et de lutte anti-criquets** par le Centre national anti-acridien (CNA).

- *Les appuis aux groupes vulnérables spécifiques*

Il existe un certain nombre d'interventions à petite échelle pour des groupes vulnérables spécifiques, dont la plupart étaient réalisées sous la responsabilité du Ministère de la Population et des Actions Sociales (MPAS), parfois en collaboration avec d'autres institutions (Ministère de l'éducation, Ministère de la justice, Ministère de l'Intérieur, UNICEF). Les principaux programmes sont :

(i) **Les droits et protection des enfants.** Dont (i) les réseaux de protection des enfants qui ont été créés pour lutter contre la maltraitance, la violence, l'exploitation et les pires formes de travail des enfants. (ii) Le Programme national pour l'enregistrement des naissances soutenu par le Ministère de l'intérieur²⁷⁶ pour garantir le droit des enfants d'accéder aux services de

²⁷⁶ Programme dénommé Ezaka Kopia ho an'ny Ankizy (EKA).

base comme l'éducation; (iii) le Programme IPEC BIT qui œuvre dans la lutte contre le travail des enfants ;

(ii) L'Alphabétisation des adultes et des jeunes en déperdition scolaire avec le ministère de l'Education ;

(iii) Les programmes de soutien à l'intégration socioéconomique pour les handicapés ;

(iv) Le programme de réinsertion sociale et professionnelle de la population vulnérable ou marginalisé (sans-abri, chômeurs, migrants, les jeunes déscolarisés et/ou en quête d'emploi, etc.) ;

(v) Le renforcement de la sécurité alimentaire et l'accompagnement social des groupes vulnérables, notamment dans les régions du Sud de Madagascar : à travers la fourniture de semences, de matériels agricoles, d'outillages et d'insecticide pour la création d'une exploitation agricole.

III. Défis principaux

a. Couvrir les besoins en protection sociale des plus vulnérables.

Couvrir les besoins en protection sociale est un véritable défi car les besoins sont extrêmement élevés alors que les ressources sont très limitées. Avec un taux de vulnérabilité de 81% (EPM2010) et une pauvreté extrême de 57% (EPM 2010), les besoins en protection sociale sont énormes à Madagascar²⁷⁷. Même en concentrant les efforts sur les individus, ménages ou zones présentant le plus grand nombre de critères de vulnérabilité, les besoins restent encore considérables. A titre illustratif, Razafimanantena (2011) a estimé à près de 3,6 millions (soit 18% de la population) le nombre d'individus présentant au moins cinq critères individuels de vulnérabilité²⁷⁸ et à 7,8 millions (soit 39% de la population totale) le nombre d'individus présentant au moins trois critères de vulnérabilité au niveau des ménages.²⁷⁹ Compte tenu des contraintes au niveau des ressources et des capacités de mise en œuvre, il est nécessaire de cibler ceux qui ont le plus besoin d'appui. Hodges (2011) et la Banque Mondiale (2012) recommandent de concentrer en première priorité les efforts sur les zones rurales et en particulier le sud de Madagascar ; sur les victimes des catastrophes naturelles comme le cyclone²⁸⁰ et les enfants atteints de la malnutrition (voir tableau en annexe). Mais même à ce niveau de priorisation, le ciblage approprié des bénéficiaires est essentiel pour consacrer les dépenses de protection sociale aux plus pauvres et aux plus vulnérables.

b. Mise en place d'un cadre institutionnel solide pour la protection sociale.

Le Ministère de la Population et des Affaires Sociales (MPAS) est l'institution en charge de la politique du gouvernement dans le domaine de la protection sociale. Mais son rôle dans la protection sociale est limité. Ce ministère a été créé à nouveau en 2009 après sa dissolution en janvier 2007 où il a été inséré au sein du Ministère en charge de la Santé et du Planning Familial²⁸¹.

²⁷⁷ Le coût de l'élimination de la pauvreté extrême à Madagascar est évalué à 380 millions \$US par an, soit l'équivalent de 4,3% du PIB, voir Banque Mondiale (2012).

²⁷⁸ Les critères de vulnérabilité individuelle : malnutrition sévère ; risque de mortalité infantile ; abandon scolaire ; chômage ; chômage urbain ; main-d'œuvre agricole ; incapacité de travail (handicap) ; malnutrition chronique ; secteur informel.

²⁷⁹ Les critères de vulnérabilité au niveau des ménages : ménage de plus de 7 personnes ; Existence d'Enfant de 6 à 15 ans non scolarisé ; Existence d'Enfants de moins de 5 ans ; Monoparental féminin ; Chef de ménage non instruit ; Chef de ménage agriculteur ; Inaccessibilité à l'eau potable ; Vivant en milieu rural ; Vivant dans les zones cycloniques du côte-est ; Vivant dans les zones arides du sud.

²⁸⁰ Rakoto et al. (2012) confirment les divers aspects de la vulnérabilité de cette catégorie de population.

²⁸¹ Durant la période janvier 2007- mars 2009, le ministère était réduit à une direction générale. La dissolution du Ministère de la Population a entraîné une réallocation des interventions de protection sociale entre différents

Selon le décret 2009-530, confirmé par le décret 2010-0815, le Ministère de la Population et des Affaires Sociales (MPAS) est chargé de l'exécution de la politique du Gouvernement en matière de population et des affaires sociales ainsi que de l'action humanitaire afin d'assurer la protection sociale et l'intégration de la population, en particulier les groupes vulnérables et marginalisés dans le processus de développement économique et social. Toutefois, que ce soit avant ou après sa dissolution, le rôle du Ministère dans le soutien de la protection sociale a été toujours très limité. Le Ministère se consacrait à des interventions à petite échelle en faveur des groupes vulnérables. Cette agence centrale n'est pas impliquée dans le suivi ou l'évaluation des programmes de protection sociale des différents intervenants. La faiblesse de ses ressources humaines et financières explique en partie cette situation. Le budget de ce ministère, déjà limité, a même régressé fortement en raison des restrictions budgétaires causées par la crise politique (Hodges, 2011).

La faiblesse institutionnelle du Ministère en charge de la protection sociale se traduit par l'absence de coordination au niveau national. Pourtant, de par sa nature multisectorielle et en raison de la multiplicité des intervenants, la protection sociale nécessite une solide coordination pour atteindre ses objectifs. Cependant, même si la coordination au niveau global fait défaut, elle est présente au niveau sectoriel : c'est le cas pour la nutrition, les catastrophes naturelles, l'éducation, etc. Par ailleurs, des groupes de discussion ont été mis en place par les bailleurs de fonds dans le but d'examiner et de coordonner certains programmes. C'est un cadre utile pour la discussion et la coordination entre les bailleurs de fonds et autres acteurs, mais dont le pouvoir de décision est limité et ne peut pas se substituer à des actions du gouvernement (Banque Mondiale, 2011). Concernant le groupe de travail sur la protection sociale, il n'était pas très actif durant la période de transition²⁸² ; cependant les activités ont été relancées pour préparer la venue du nouveau gouvernement.

En raison de la multiplicité des intervenants, l'implication de plusieurs secteurs/ministères et de la diversité des actions, la coordination est une question centrale pour la protection sociale. Or, la coordination serait difficile sans un cadre institutionnel clair et solide. La mobilisation politique est indispensable pour mettre en place ce cadre (sans devoir attendre l'élaboration d'une stratégie de protection sociale), pour définir la protection sociale et son champ d'application et pour la reconnaissance de la protection sociale comme pilier fondamental de la croissance et de la lutte contre la pauvreté. Enfin, sans dissoudre le ministère en charge de la protection sociale, le rattachement de la protection sociale à la Primature ou à la Présidence pourrait faciliter la coordination, à condition que les responsables disposent des capacités techniques nécessaires pour effectuer la mission. La création d'un conseil ou d'un office national de la protection sociale pourrait être envisagée.

c. Disposer d'une stratégie de protection sociale intégrée dans la stratégie de développement national.

Malgré l'existence officielle d'une agence centrale, Madagascar ne dispose pas de politique ni de stratégie pour guider le développement des programmes de protection sociale dans le pays. Certes, une stratégie nationale de gestion des risques et de protection sociale a été élaborée en 2007. Des actions de plaidoyer et de sensibilisation ont été également effectuées. Cependant, par manque d'appropriation, le document n'a jamais été validé politiquement et le ministère en charge de la protection sociale a même disparu pour être réduit en une Direction générale. On retrouve, néanmoins, quelques éléments de la protection sociale dans le Madagascar Action Plan (ou MAP), le document de référence sur la période 2007-2011 et dans les rapports annuels de mise en œuvre des programmes de l'Etat²⁸³.

Ministères. Une direction a été créée au sein du Ministère de la santé pour traiter les questions relatives à la Protection sociale.

²⁸² A titre illustratif, les activités stratégiques prévues par le Système des Nations Unies dans son Programme Intérimaire 2012-2013 n'ont pas été effectuées.

²⁸³ Voir par exemple, Vice primature chargée de l'Economie et de l'Industrie, 2012. Rapport de mise en œuvre des programmes. Année 2011.

Ainsi, actuellement, en dépit de la hausse de la vulnérabilité depuis le début de la crise de 2009, et malgré la réapparition du ministère, aucune vision ni directive claire sur la protection sociale n'a été adoptée²⁸⁴. Et en raison de la non reconnaissance du gouvernement de transition²⁸⁵, les interventions en matière de protection sociale ont été développées hors de tout cadre d'orientation global, souvent à l'initiative des bailleurs de fonds. Par conséquent, les programmes de protection sociale se sont retrouvés disséminés entre divers ministères et agences et dépendent du financement et des priorités des organismes donateurs (Banque Mondiale, 2012).

L'élaboration d'une stratégie de protection sociale d'une part et la prise en compte de la problématique de la protection sociale dans la stratégie de développement du pays et dans les stratégies sectorielles d'autre part, constituent un autre défi pour Madagascar. Pour y parvenir, la Primature pourrait jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration de la stratégie de protection sociale. Le pays pourrait profiter de la mise en place de la nouvelle administration pour élaborer cette stratégie. Dans cette optique, il serait important d'attirer l'attention sur le fait que d'une part la stratégie de protection sociale est un complément efficace de la croissance et plus particulièrement de la stratégie de réduction de la pauvreté (et non un substitut). D'autre part, il faudrait souligner que les ressources allouées à la protection sociale ne se feront pas au détriment des actions essentielles de réduction de la pauvreté.

²⁸⁴ La mission du Ministère comprend : (i) la mise en place d'un cadre d'application des orientations générales en matière de politique de population dans les domaines de la protection, de développement et des affaires sociales touchant les groupes marginalisés et vulnérables ; (3) la conception, la mise en œuvre et le suivi des stratégies de protection et développement social de la population, en particulier des groupes marginalisés et vulnérables ;

²⁸⁵ Suite au changement de pouvoir anticonstitutionnel de Mars 2009, les modalités de collaborations entre les partenaires techniques et financiers et Madagascar ont changé puisque le régime en place n'a pas été reconnu par la communauté internationale. Ceci depuis mars 2009 jusqu'à la signature de la feuille de route en septembre 2011.

IV. Recommandations et conclusion

a. Recommandations à court terme

(i) Engager les entités Gouvernementales, les ONG, les Partenaires au Développement et toutes les autres parties prenantes pour revitaliser la Protection Sociale. Cette initiative, éventuellement présidée par la Primature ou la Présidence, pourrait identifier les programmes prioritaires de protection sociale que l'on pourrait mettre à l'échelle et commencer à coordonner et suivre les programmes clés.

(ii) Mettre rapidement à l'échelle les programmes Argent contre travail pour donner aux plus pauvres des opportunités de revenus à court terme. Madagascar a une longue expérience en matière de programmes d'argent contre travail soutenus par plusieurs partenaires au développement. Ces programmes sont parfaits pour apporter à court terme un soutien aux plus pauvres vivant dans des situations de détresse, et aussi construire des actifs communautaires productifs qui peuvent aider les communautés à se développer au fil du temps.

(iii) Développer un mécanisme de ciblage pour atteindre les groupes prioritaires et pour une meilleure allocation des dépenses. Dans un contexte de pauvreté généralisée, la majorité de la population aspire à bénéficier d'une assistance publique. Ainsi, il est nécessaire de mettre en place des mécanismes pour s'assurer que les ressources des programmes soient consacrées à la population ciblée. Cette activité est une condition préalable pour le pilotage et / ou l'expansion de tout programme de protection sociale. Les principaux mécanismes de ciblage utilisés à l'heure actuelle à Madagascar comprennent des ciblage par catégorie, des ciblage géographiques, de l'auto ciblage et des ciblage communautaires (Banque Mondiale, 2012). Il serait nécessaire de compléter et/ou d'améliorer le système en cours par le développement de critères visuels observables (*proxy means test*-PMT) au niveau des ménages. L'utilisation de critères communs pour identifier les ménages vulnérables peut réduire les frais administratifs globaux, et contribuer également à des prestations de services plus intégrées au niveau des ménages, voire même à une meilleure intégration de la politique sociale dans son ensemble (Madagascar, 2007). Enfin, en complément de ce mécanisme au niveau des ménages, il est conseillé, lorsque les données le permettent, de mettre à jour la carte de pauvreté élaborée en 2002.

(iv) Veiller à ce que des fonds soient disponibles pour les réponses d'urgence aux effets dévastateurs des catastrophes naturelles sur les ménages pauvres. Le FID a été l'une des principales institutions de ces dernières années qui a fourni un soutien rapide et efficace aux ménages et aux communautés en cas de catastrophes naturelles à travers des activités de cash for work et la reconstruction des infrastructures de base (exemple : bâtiment d'école anticyclonique, etc.). Il est conseillé à l'Etat malagasy de maintenir et de renforcer cette capacité institutionnelle dans le pays pour être en mesure de répondre efficacement aux effets dévastateurs des catastrophes naturelles.

b. Recommandations à moyen et à long terme

(i) Concevoir et mettre en œuvre un programme efficace de filets sociaux de sécurité (basé les transferts d'espèces) pour les groupes extrêmement pauvres, en promouvant spécialement le développement humain des enfants de moins de 14 ans pour briser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de la vulnérabilité. Ces filets sociaux de sécurité devraient assurer un revenu minimum pour la population la plus pauvre et améliorer leur capacité à devenir des membres productifs de la société. Les programmes de transferts en espèces ont prouvé – dans le monde entier – qu'ils sont des instruments efficaces pour la réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité tout en permettant en même temps à la population la plus pauvre d'accéder aux services sociaux (éducation, santé, programmes de nutrition, etc.) et aussi contribuer à leur développement économique (grâce aux épargnes, aux activités productives, etc.). Il est grand temps pour Madagascar de développer une telle approche qui devrait aussi aider à soutenir l'orientation des Partenaires au Développement dont on attend une intensification de leurs contributions au développement du pays.

(ii) Elaborer une stratégie de protection sociale qui priorise les interventions. Cette stratégie doit respecter les principes de : (i) **Participation** : elle doit être élaborée de manière globale et participative ; (ii) **Cohérence** : la stratégie doit être axée sur la réponse aux vulnérabilités et intégrée au programme de développement de Madagascar ; mais les moyens à mettre à la disposition de la protection sociale ne doivent pas priver les secteurs essentiels de réduction de la pauvreté des ressources dont ils ont absolument besoin ; (iii) **Couverture** : la stratégie doit couvrir les besoins des différents groupes vulnérables ; (iv) et **d'intégration** : Madagascar doit s'acheminer vers un système intégré de protection sociale pour optimiser les dépenses et assurer une prestation équitable et élargie des avantages provenant de la protection sociale (filets sociaux de sécurité, régimes de retraite, assurances, etc.) ; l'objectif est d'harmoniser les programmes de manière à réduire la fragmentation et le chevauchement et de favoriser la synergie entre les différents types de programmes. En effet, en raison du caractère multisectoriel et transversal de la protection sociale, la conjugaison, la synergie et la complémentarité entre les programmes sont à rechercher, plus particulièrement avec les secteurs santé et éducation.

Liste des Acronymes

Protection sociale	
BNGRC	Bureau national de gestion des risques et des catastrophes
CNaPS	Caisse nationale de prévoyance sociale
CSB	Centre Sante de Base
ENSOMD	Enquête Nationale sur le Suivi des indicateurs des OMD
EPM	Enquête auprès des Ménages
FID	Fonds d'Intervention pour le Développement
FRAM	Fikambanan'ny Ray Amandrenin'ny Mpianatra (Association des Parents d'élèves)
GRET	Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques
HIMO	Les travaux à haute intensité de main d'œuvre
MPAS	Ministère de la Population et des Actions Sociales
ONN	l'Office National de la Nutrition
OSTIE	Organisation Sanitaire Tananarivienne Inter Entreprises
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PHAGECOM	Pharmacies à gestion communautaire
SEECALINE	Surveillance et Education des Ecoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Elargie
UE	Union Européenne

Références

- Banque mondiale (2012). Madagascar. Après Trois Ans de Crise : Evaluation de la Vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d’Avenir. Report No. AAA68-MG. Washington, DC.
- Banque mondiale. 2013. Primary Education in Times of Crisis.
- Banque mondiale. 2013. Mitigating the Impact of the Crisis on Education. Report N°: ACS6584.
- Hodges, A. (2011). Strategic Directions for Social Protection in Madagascar. Rapport complémentaire. Washington, DC : Banque mondiale.
- INSTAT (2006) *Enquête périodique auprès des ménages 2005, rapport principal*. Antananarivo : Institut National de la Statistique, Ministère de l’économie, des finances et du budget, juin.
- (2011a) *Madagascar : évaluation de la protection sociale et défis opérationnels, document de référence : pauvreté, vulnérabilité et sources de risques*. Antananarivo : Institut National de la Statistique, 6 mai.
- (2011b) *Enquête périodique auprès des ménages 2010, rapport principal*. Antananarivo : Institut National de la Statistique, Ministère de l’Economie et d’Industrie, août.
- (2013a) *Enquête nationale sur le suivi des objectifs du millénaire pour le développement de Madagascar 2012-2013 (rapport provisoire)*. Antananarivo : Institut National de la Statistique, octobre.
- (2013b) *Le marché du travail à Madagascar en 2012 dominé par le phénomène de sous-emploi massif*. Enquête Nationale sur l’Emploi et le Secteur Informel. Antananarivo : Institut National de la Statistique, Mai.
- Kone, F. H. (2011) *Etude sur les dépenses des ONG en matière de protection sociale à Madagascar*, Rapport complémentaire inclus dans le Volume 2 de ce Rapport. Washington, DC : Banque mondiale, juin.
- Ralaivelo, M. (2011). *Analyse des Dépenses Publiques en Protection Sociale à Madagascar*, Rapport complémentaire. Washington, DC : Banque mondiale, juin.
- Ralaivelo, M. (2013). *Etude pour la mise en place d’un socle national de protection sociale à Madagascar. Inventaire des dispositifs et des prestations*. Antananarivo : Bureau International du Travail, Août 2013.
- Ravelosoa, J.R. (2011). *Revue des programmes de protection sociale à Madagascar*, Rapport complémentaire. Washington, DC : Banque mondiale, avril.
- Razafimanantena, T.E. (2011). *Pauvreté, vulnérabilité et sources de risque*, Rapport complémentaire. Washington, DC : Banque mondiale, mai.
- République de Madagascar (2007). *Stratégie de Gestion des Risques et de Protection Sociale*, Rapport Principal (Version Provisoire), juin 2007.
- République de Madagascar (2010). *Décret no. 2010-0815 fixant les attributions de la Ministre de la Population et des Affaires Sociales ainsi que l’organisation générale de son Ministère*, 22 septembre.
- Thiam M., Razafiarison J.C., 2011. Disponibilité, accessibilité et utilisation des services sociaux de base dans deux régions du sud de Madagascar : Androy et Anosy. Vice-Primature Chargé de

l'Economie et de l'Industrie (VPEI). Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). Antananarivo, décembre 2011.

Ministère de l'éducation. 2013. Plan Intérimaire Sectoriel pour l'Education 2013-2015.

Tableaux

Tableau 1 : Groupes Vulnérables Prioritaires

Groupes Géographiques	Priorité
<ul style="list-style-type: none"> • Populations rurales extrêmement pauvres, avec une attention particulière pour l'extrême sud du pays. Une grande partie de la population rurale est extrêmement pauvre et vulnérable. La population rurale de l'extrême sud du pays est particulièrement vulnérable. Le Système d'Alerte Précoce (SAP) pourrait servir à identifier les départements et les communautés susceptibles d'être les plus touchées. 	***
<ul style="list-style-type: none"> • Individus extrêmement pauvres ayant été touchés par une catastrophe naturelle, comme un cyclone. 	***
<ul style="list-style-type: none"> • Populations extrêmement pauvres des zones périurbaines. Les pauvres des zones périurbaines représentent un groupe important. La vulnérabilité en milieu urbain a toutefois tendance à être moins extrême et moins grave dans l'ensemble que la pauvreté en milieu rural. 	**
Groupes Démographiques et Economiques	Priorité
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants atteints de malnutrition. Près de la moitié des enfants de moins de cinq ans souffrent de malnutrition chronique. Le niveau de développement de ces enfants les rend extrêmement vulnérables au risque de vivre dans un environnement défavorable, perpétuant ainsi le cycle de la pauvreté. L'enfance est l'étape de la vie où le rythme du développement physique, cognitif et psychosocial est le plus soutenu et où un développement anormal est le plus susceptible de se produire en cas de pauvreté. 	***
<ul style="list-style-type: none"> • Ménages extrêmement pauvres dirigés par ménages vivant en milieu urbain. En particulier les femmes célibataires. 	***
<ul style="list-style-type: none"> • Enfants ne fréquentant pas le système éducatif. La vulnérabilité est fortement corrélée au manque d'éducation. Cependant, réintégrer les enfants dans le système scolaire après qu'ils en sont sortis est coûteux. 	***
<ul style="list-style-type: none"> • Personnes âgées extrêmement pauvres. Certes, une proportion moins élevée des personnes âgées est pauvre, mais ceci est principalement dû à leur faible espérance de vie. A l'heure actuelle, il n'existe aucun programme d'assistance aux citoyens âgés qui sont exclus du système d'assistance sociale et qui ne peuvent s'appuyer sur des dons de leurs voisins ou famille. 	**
<ul style="list-style-type: none"> • Populations urbaines extrêmement pauvres et individus extrêmement pauvres au chômage. L'analyse de la vulnérabilité identifie ces groupes comme prioritaires. En effet, la vulnérabilité est fortement corrélée avec la pauvreté extrême et le chômage, en particulier chez les femmes vivant en milieu urbain et les jeunes. Bien que ces individus soient probablement inclus dans les groupes prioritaires susmentionnés, ils peuvent également avoir des besoins spécifiques. 	*

Note : *** = Première priorité, ** = Deuxième priorité, * = Troisième priorité.

Source : «Madagascar : Après trois ans de crise : Evaluation de la Vulnérabilité et des Politiques Sociales et Perspectives d'Avenir », Banque Mondiale, 2012 page 61.