

Madagascar - Enquête démographique et de santé (1997)

**Direction de la démographie et des statistique sociales - Institut national de la
statistique (INSTAT)**

Rapport généré le: June 27, 2019

Vous pouvez consulter notre catalogue de données sur: <https://nada.web.ined.fr/index.php>

Aperçu

Identification

ID
MDG-INSTAT-EDS-1997

Aperçu

RéSUMÉ

L'Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDS 1997) est une enquête nationale par sondage. Elle a été exécutée par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales de l'Institut National de la Statistique. Au cours de l'enquête, réalisée de septembre à décembre 1997, 7 060 femmes âgées de 15-49 ans ont été interviewées avec succès.

L'objectif de l'EDS est de recueillir des données au niveau national permettant de :

- connaître les niveaux et tendances de la fécondité et de la mortalité infantile et juvénile ainsi que les facteurs déterminant leur évolution. Les indicateurs obtenus aideront les planificateurs et autres responsables à élaborer des plans et une stratégie de développement économique et social;
- déterminer les niveaux de connaissance et d'utilisation des moyens contraceptifs et estimer la pratique potentielle future. Obtenir des informations sur le nombre idéal d'enfants et sur l'attitude vis-à-vis de la planification familiale;
- recueillir des données détaillées sur la santé de la mère et de l'enfant : soins prénatals et assistance à l'accouchement, allaitement, supplémentation en vitamine A, couverture vaccinale, prévalence de l'anémie, prévalence et traitement de la diarrhée et d'autres maladies chez les moins de 3 ans;
- déterminer l'état nutritionnel des mères et des enfants de moins de 3 ans au moyen de mesures anthropométriques (poids et taille);
- recueillir des données détaillées sur la connaissance, les opinions et attitudes des femmes vis-à-vis des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et du sida;
- mesurer le niveau de mortalité maternelle au niveau national;
- contribuer au développement des capacités et ressources nécessaires à la réalisation périodique d'enquêtes démographiques et de santé. En outre, faisant partie d'un vaste programme international, les données seront insérées dans une base de données utilisables par les organismes et les chercheurs qui s'intéressent aux problèmes de population et de santé dans le monde entier.

RESULTATS

Près de la moitié de la population (46 %) est composée de jeunes de moins de 15 ans, alors que les moins de 5 ans en représentent 18 %.

Une femme de 15-49 ans sur cinq (21 %) et un homme de 15-59 ans sur cinq (19 %) sont sans instruction. Quel que soit le sexe, plus de la moitié des jeunes de 6-15 ans ont fréquenté l'école, et le taux de fréquentation est plus élevé en milieu urbain (74 %) qu'en milieu rural (50 %).

La fécondité reste très élevée à Madagascar. Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes malgaches donneront naissance, en moyenne, à 6,0 enfants durant leur vie féconde. Cette fécondité a peu changé ces dernières années et se caractérise par une forte précocité.

Presque deux tiers des femmes de 15-49 ans (63 %) sont en union, soit mariées, soit vivant en union consensuelle, alors que près du quart des femmes de 15-49 ans (23 %) sont encore célibataires. La proportion des célibataires diminue très rapidement avec l'âge, passant de 66 % chez les femmes de 15-19 ans à 6 % chez celles de 35-39 ans et à 1 % chez celles de 45-49 ans.

L'activité sexuelle débute relativement tôt: à 15 ans, une femme sur cinq (20 %) a déjà eu un premier rapport sexuel. À l'âge

de 18 ans, la proportion passe à 63 %. À 25 ans, c'est la quasi-totalité des femmes (92 %) qui ont eu leurs premiers rapports sexuels.

Parmi les femmes actuellement en union, 37 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant et 32 % désirent espacer leurs naissances, c'est-à-dire veulent attendre au moins deux ans avant d'avoir un autre enfant. Si 84 % des femmes sans enfant manifestent le désir de donner naissance à un enfant, cette proportion passe à 33 % chez celles qui ont déjà un enfant et à 6 % chez celles qui ont déjà six enfants ou plus.

Le nombre idéal d'enfants pour l'ensemble des femmes est de 5,3, et celui déclaré par les femmes en union est de 5,7 enfants. Si toutes les naissances non désirées étaient évitées, la fécondité totale des femmes (5,2 enfants) serait inférieure de près d'un enfant à la fécondité réelle (6,0 enfants).

Parmi l'ensemble des femmes interrogées, près de sept sur dix ont déclaré connaître au moins une méthode moderne de contraception. Les méthodes les plus connues sont l'injection (57 %), la pilule (53 %) et le condom (50 %). Une amélioration du niveau de connaissance de la contraception moderne est observée entre 1992 et 1997, passant de 57 % à 68 %.

Chez les femmes en union, 31 % ont déjà utilisé, au moins, une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur vie, dont 17 % une méthode moderne. Au moment de l'enquête, 19 % des femmes en union utilisaient une méthode, dont 10 % une méthode moderne.

Les deux tiers des femmes sont favorables à l'utilisation des médias pour la diffusion d'informations sur la contraception. Cependant, plus des trois quarts des femmes ont déclaré n'avoir entendu, ni à la radio, ni à la télévision, aucun message relatif à la planification familiale durant le mois précédant l'enquête. Parmi les femmes en union et non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête, 45 % ont manifesté leur intention d'utiliser une méthode dans l'avenir.

Plus du quart des femmes en union (26 %) ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit pour la limitation (12 %), soit pour l'espacement des naissances (14 %). Si les femmes en union arrivaient à satisfaire leurs besoins en matière de contraception, la prévalence contraceptive pourrait atteindre 45 %.

Pour plus des trois quarts des naissances survenues au cours des trois années ayant précédé l'enquête, les mères se sont rendues en consultation prénatale auprès d'un professionnel de la santé. En outre, dans un cas sur deux, les mères ont reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse.

Les accouchements à domicile (65 %) sont à peu près deux fois plus fréquents que les accouchements dans des établissements sanitaires (34 %). Moins de la moitié des naissances (47 %) ont été assistées par du personnel qualifié-soit un médecin, soit une infirmière, soit une sage-femme-lors de l'accouchement. Le reste des naissances ont été assistées par des personnes non qualifiées, principalement des accoucheuses traditionnelles (39 %) et des parents ou amis (12 %).

Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, seulement 36 % des enfants ont reçu tous les vaccins recommandés par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) : BCG, trois doses de polio et de DTCoq, et rougeole. À l'inverse, un enfant sur cinq (20 %) n'a reçu aucune de ces vaccinations. Un peu moins de la moitié des enfants de 12-23 mois ont reçu les trois doses réglementaires du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), du vaccin DTCoq et du vaccin contre la rougeole. De plus, 66 % des enfants ont reçu le BCG.

Seulement 31 % des enfants de 12 à 35 mois ont reçu tous les vaccins avant l'âge d'un an. Quarante cinq pour cent des enfants ont reçu la troisième dose de DTCoq et du vaccin antipoliomyélitique, 40 % ont reçu le vaccin contre la rougeole et 65 % ont reçu le BCG avant l'âge d'un an.

Plus du quart des enfants de moins de trois ans (27 %) ont eu, au moins, un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête et, dans 4 % des cas, la diarrhée était accompagnée de sang. Parmi les enfants ayant eu la diarrhée, 40 % ont été menés dans un établissement de santé, 23 % ont reçu des sachets de SRO et 1 % ont reçu une solution d'eau, de sel et de sucre préparée à la maison. Alors que, dans l'ensemble, 63 % des enfants ont reçu davantage de liquides au cours des épisodes diarrhéiques, plus du tiers (34 %) n'ont bénéficié d'aucune thérapie de réhydratation.

La quasi-totalité des enfants malgaches nés dans les trois années ayant précédé l'enquête ont été allaités (97 %). Un tiers des enfants sont mis au sein dès la première heure et plus des trois quarts dans les 24 heures après la naissance. La durée médiane de l'allaitement est de 20,7 mois.

Presque la moitié des enfants de moins de 3 ans (48 %) souffrent d'un retard de croissance, c'est-à-dire qu'ils ont une taille trop petite par rapport à leur âge. Près d'un enfant sur cinq présente un retard de croissance de forme sévère. Le retard de croissance approche les deux tiers chez les enfants âgés de 12 à 23 mois.

Sept pour cent des enfants de moins de trois ans sont émaciés, c'est-à-dire qu'ils sont trop maigres par rapport à leur taille. Le groupe d'âges le plus touché est celui des 12-23 mois (12 %). La proportion d'enfants émaciés est plus faible en ville (5 %) qu'en milieu rural (8 %).

La taille moyenne des femmes malgaches est de 153,0 centimètres et se situe au-dessus du seuil critique (entre 140 et 150 centimètres selon les populations) en-deça duquel une femme peut être considérée à risque. En moyenne, les femmes malgaches ont un Indice de Masse Corporelle de 20,4. Une femme sur cinq a un IMC inférieur à 18,5 et peut donc être considérée comme atteinte de malnutrition aiguë.

Quarante deux pour cent des mères sont atteintes d'anémie : 30 % sous forme légère, 11 % sous forme modérée et 1 % sous forme sévère. Le risque d'anémie est beaucoup plus important chez les femmes enceintes-22 % d'entre elles sont atteintes d'anémie modérée ou sévère-que chez les femmes qui ne le sont pas (10 %). Les deux tiers des enfants de moins de trois ans sont atteints d'anémie : 18 % d'anémie légère, 42 % d'anémie modérée et 7 % d'anémie sévère.

La mortalité des enfants reste toujours très élevée à Madagascar. Cependant, elle a connu une baisse, bien que très modeste, au cours des quinze dernières années. Durant la période la plus récente (0-4 ans avant l'enquête), sur 1000 enfants nés vivants, 96 sont décédés avant l'âge d'un an ; sur 1 000 enfants survivants au premier anniversaire, 70 sont décédés avant d'atteindre l'âge de cinq ans. Globalement, sur 1000 enfants vivants à la naissance, 159, ou un enfant sur six, décèdent avant leur cinquième anniversaire.

La mortalité maternelle est également élevée à Madagascar. Pour la période 1990-1997, parmi les décès de femmes âgées de 15-49 ans, près d'un sur quatre était associé à la grossesse, à l'accouchement ou à ses suites. Pour la même période, le taux de mortalité maternelle est estimé à 488 décès pour 100000 naissances vivantes. Avec ce niveau de mortalité, une femme sur 33 court le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Dans l'ensemble, 54 % des femmes interrogées ont déjà entendu parler d'au moins une maladie sexuellement transmissible (MST). Le sida est la maladie la plus citée (43 % des femmes l'ont citée), devant la blennorragie, aussi connue sous le nom de gonorrhée (citée par 25 %), et la syphilis ou vérole (citée par 22 % des femmes). Quand interrogées sur la connaissance du SIDA, 69 % des femmes ont déclaré avoir déjà entendu parler de cette maladie, mais 30 % d'entre elles pensent qu'il n'existe aucun moyen de l'éviter et 39 % ne savent pas comment l'éviter.

Deux pour cent des femmes ont déclaré avoir déjà contracté au moins une MST dans les 12 mois ayant précédé l'enquête. La blennorragie semble être la MST la plus répandue.

TYPE DE DONNÉES

Données échantillonnées [ssd]

UNITÉS D'ANALYSE

Ménages - Femmes âgées 15-49 ans

Champ

NOTES

L'Enquête Nationale Démographique et Sanitaire 1997 couvre les thèmes suivants :

- Allaitement et alimentation de complément
- Anthropométrie
- Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés
- Cartographie / GPS
- Contraception
- Etat nutritionnel des enfants
- Fécondité

- Grossesse
- Mariage et activité sexuelle
- Mortalité maternelle et infantile
- Mesures anthropométriques
- Micronutriments
- Nuptialité et exposition au risque de grossesse
- Plannification familiale
- Reproduction
- Santé et nutrition des femme
- Services communautaires
- Soins postnatals et nutrition des enfants
- Test iode
- Vaccination

Couverture

COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

Nationale

UNIVERS

L'univers de l'enquête est l'ensemble de la population et au niveau des sous-populations des femmes de 15 à 49 ans (résidentes habituelles ou visiteuses) qui se trouvaient dans les ménages la nuit précédent l'enquête.

Producteurs et sponsors

INVESTIGATEUR PRINCIPAL

Nom	Affiliation
Direction de la démographie et des statistique sociales	Institut national de la statistique (INSTAT)

AUTRE(S) PRODUCTEUR(S)

Nom	Affiliation	Rôle
Macro International Inc.		Technical assistance

FINANCEMENT

Nom	Abbréviation	Rôle
Fonds des Nations Unies pour la Population	UNFPA	
Fonds des Nations unies pour l'enfance	UNICEF	
Agence des États-Unis pour le Développement International	USAID	

Production des métadonnées

MÉTADONNÉES PRODUITES PAR

Nom	Abbréviation	Affiliation	Rôle
Development Economics Data Group	DECDG	Banque mondiale	Création DDI
Dominique Diguët	INED	Institut national d'études démographiques (France)	Révision DDI

DATE DE LA PRODUCTION DES MÉTADONNÉES

2012-03-29

VERSION DU DOCUMENT DDI

Version Demostaf d'après la version IHSN (MDG_1997_DHS_v01_M de juillet 2017)

ID DU DOCUMENT DDI

MDG-INSTAT-EDS-1997

Echantillonnage

Méthode d'échantillonnage

La Deuxième Enquête Démographique et de Santé à Madagascar (EDS) a prévu un échantillon de 7000 femmes âgées de 15 à 49 ans, représentatif de 99,7 % de la population Malgache. Les deux îles Nosy-Bé et Sainte Marie, exclues de l'échantillon maître qui a servi de base de sondage à l'EDS, étaient aussi exclues de l'EDS.

Dix principaux domaines d'étude ont été identifiés pour l'ENDS-2. Ils correspondaient exactement :

- à chacun des six provinces (faritany) (six domaines d'étude),
- à la capitale Antananarivo,
- à l'ensemble des autres centres urbains,
- à l'ensemble des milieux ruraux; et
- à l'ensemble du pays.

Une première allocation proportionnelle de l'échantillon cible (prévu initialement pour 6 000 femmes) aux dix domaines d'étude a montré que les sous-échantillons de la Capitale et des deux faritany de Mahajanga et d'Antsiranana seraient trop faibles pour permettre les analyses approfondies souhaitées au niveau de ces trois domaines. On a alors augmenté l'échantillon cible pour atteindre 7000 femmes et affecté un taux de sondage plus élevé à ces trois domaines d'étude par rapport aux autres. Cependant, un taux de sondage homogène a été appliqué à l'intérieur de la Capitale et des strates urbaine et rurale de chaque faritany afin que le sous-échantillon de chaque strate soit auto-pondéré.

BASE DE SONDAGE

Madagascar, qui comptait 12.238.914 habitants d'après le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 1993, est divisé en six faritany. À l'intérieur de chaque faritany, la hiérarchie administrative est la suivante : fivondronana, firaisana, et fokontany. Le milieu urbain est constitué de 103 centres urbains, y compris tous les chefs-lieux de fivondronana. Cette définition du milieu urbain est différente de celle utilisée lors de la première Enquête Nationale Démographique et Sanitaire (ENDS) qui comptait seulement 48 communes urbaines d'après le recensement de 1975. D'après le recensement de 1993, la population urbaine représente donc 23 % de la population totale alors que l'ENDS était basée sur une population urbaine d'environ 20 %.

Suite au RGPH et avec l'assistance technique du Bureau de Recensement des Etats-Unis, la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique a construit un échantillon maître qui devait servir de base de sondage au programme national d'enquêtes auprès des ménages.

L'échantillon maître n'est pas tout à fait un échantillon national, mais ne représente que 99,7 % de la population malgache. Les deux îles Nosy-Bé (Antsiranana) et Sainte-Marie (Toamasina), qui représentent 0,03 % de la population, ont été exclues pour des raisons cartographiques: ou les cartes de base du RGPH n'existaient pas, ou elles étaient de mauvaise qualité et donc inutilisables.

L'échantillon maître a été stratifié et tiré en deux degrés aréolaires. La stratification a été menée en plusieurs étapes.

CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DE L'EDS

L'échantillon de l'EDS est basé sur un sondage aréolaire stratifié et tiré à deux degrés. Chacun des six faritany a été stratifié en urbain et rural. La Capitale a constitué une strate à part. Ce qui a donné, au total, 13 strates. À l'intérieur de chaque strate de l'EDS, les caractéristiques de stratification plus fine étaient exactement les mêmes que celles de l'échantillon maître.

Dans chaque strate, on a tiré au premier degré, un certain nombre d'unités de sondage à partir de trois sous-échantillons de l'échantillon maître. Une unité de sondage correspondait exactement à l'UPS ainsi définie par l'échantillon maître. Comme l'échantillon maître avait déjà été tiré avec des probabilités proportionnelles à la taille des UPS, on a effectué un tirage systématique d'UPS à l'intérieur de chaque strate avec des probabilités égales. Une fois l'UPS tirée, on a adopté la même unité secondaire de sondage (USS) et la même aire d'enquête (AE) définies par l'échantillon maître. La grappe finale de l'EDS était donc une ZD en entier ou une AE qui est une partie de ZD.

Un dénombrement des ménages dans chacune de ces grappes a fourni une liste de ménages à partir de laquelle on a tiré, au deuxième degré, un échantillon de ménages. Tous les membres de ces ménages étaient dénombrés à l'aide d'un

questionnaire ménage et chaque femme âgée de 15 à 49 ans identifiée était enquêtée avec un questionnaire femme plus détaillé.

REPARTITION DE L'ECHANTILLON

Les tableaux A.2 et A.3 dans le Rapport Final donnent la répartition de la population estimée en 1997 selon les six faritany, mais sans les îles Nosy-Bé et Sainte Marie puisque celles-ci n'étaient pas couvertes par l'enquête. Une allocation proportionnelle des 6000 femmes initialement prévues aux 13 strates a donné la répartition de l'échantillon du tableau A.4.

Alors que les échantillons des quatre plus grands faritany seraient suffisamment grands pour permettre des estimations fiables, tel n'était pas le cas pour la Capitale, Mahajanga et Antsiranana. On a donc ajouté 1 000 femmes à l'échantillon initial et sur-échantillonné la Capitale, Mahajanga et Antsiranana par rapport aux autres faritany. À l'intérieur de chaque faritany, l'échantillon a été réparti proportionnellement entre les milieux urbain et rural. Les tableaux suivants donnent la répartition de l'échantillon final ainsi que le nombre d'unités aréolaires que l'on devait tirer.

Le nombre de grappes à tirer dépend du nombre de femmes à enquêter dans chaque grappe, la grappe étant l'unité de sondage aréolaire finale retenue pour l'enquête. Ainsi, dans le cadre de l'EDS, la grappe correspond généralement à une ZD entière ou une partie de ZD (aire d'enquête) ainsi définie par l'échantillon maître. Les analyses menées après d'autres enquêtes analogues ont indiqué que le nombre optimal de femmes à enquêter par grappe est de l'ordre de 30-35 dans le milieu rural et de 20-25 dans le milieu urbain. En prévoyant d'enquêter une moyenne de 30 femmes dans chaque grappe rurale et de 20 femmes dans chaque grappe urbaine, on aboutit à un nombre total de 269 grappes, comme le présente le tableau A.6.

Après avoir examiné les chiffres du tableau A.6, on a réarrangé le nombre de grappes dans chaque strate de telle sorte que : (1) le nombre de grappes soit pair dans chaque strate et (2) le nombre de femmes par strate ne soit pas trop différent du nombre optimal du tableau A.5. Le nombre pair de grappes est recommandé pour les calculs ultérieurs des erreurs de sondage dans lesquels la première étape est de former des paires de grappes de telle sorte que chaque paire soit aussi homogène que possible. Le tableau A.7 présente le nombre final de grappes tirées.

Le nombre de ménages à tirer pour arriver à l'échantillon de femmes proposé a été calculé de la manière suivante: d'après l'ENDS 92, il y avait 1,3 femmes âgées de 15 à 49 ans par ménage urbain et 1,0 femme par ménage rural. Dans la même enquête on a trouvé un taux de réponse global de 85 %; ceci en supposant que, parmi l'ensemble des ménages tirés pour l'enquête, on en trouverait seulement 90 % sur le terrain pour des raisons diverses (logement non trouvé, refus de répondre, ménage absent, etc...), et parmi l'ensemble des femmes identifiées, on en trouverait seulement 90 % sur le terrain. Ceci conduit à tirer, en moyenne, 18 ménages par grappe urbaine et 35 ménages par grappe rurale.

Taux de réponse

Au total, sur les 7915 ménages qui ont été sélectionnés, 7349 ont pu être identifiées et 7171 ont été enquêtés entièrement donnant un taux de réponse des ménages de 97,6 %. Par ailleurs, l'enquête ménage a permis d'identifier 7424 femmes éligibles parmi lesquelles 7060 ont été interviewées avec succès pendant l'enquête individuelle, soit un taux de réponse de 95,1 %. Le taux de réponse global des femmes, produit du taux de réponse des enquêtes ménages et de celui des femmes est évalué à 92,8 %.

Questionnaires

Aperçu

L'EDS comporte deux types de questionnaires: un questionnaire-ménage, et un questionnaire individuel. La version définitive des questionnaires a été rédigée en malgache, langue nationale du pays.

a) Questionnaire-ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménages et de toutes les autres personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans ce ménage, de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge et le niveau d'instruction. Quelques caractéristiques de l'habitat comme le sol, le type de toilettes utilisées, l'approvisionnement en eau, ont également été insérées dans ce questionnaire dans le but de fournir des indicateurs socio-économiques et environnementaux du ménage. Le questionnaire ménage comporte également en page de garde la localisation du ménage, le nombre de visites effectuées par l'agent enquêteur, le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie pour le contrôle sur le terrain et au bureau. Mais l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et de fournir les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

b) Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme constitue le coeur de l'EDS. Il doit être rempli pour toutes les femmes éligibles recensées dans le ménage, c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire comporte dix sections. Il permet de recueillir des informations concernant les différents domaines suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée : le lieu de résidence, l'âge, la situation matrimoniale, la religion, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux médias et les conditions d'habitat pour les femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté;
- Reproduction : les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que leur état de survie au moment de l'enquête; sur l'état de grossesse, la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel etc...
- Connaissance et utilisation de la contraception : le niveau de connaissance et la prévalence des méthodes contraceptives, ainsi que les sources d'approvisionnement;
- Grossesse, allaitement, vaccination et santé : les différentes questions portent sur la grossesse, l'allaitement, la vaccination, la prévalence et le traitement des maladies récentes chez les moins de 3 ans (diarrhée, toux, etc ...);
- Nuptialité : en plus des questions sur l'état matrimonial, d'autres renseignements sont recueillis sur l'activité sexuelle de la femme;
- Préférence en matière de fécondité : le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle idéal entre les naissances et l'opinion sur la taille de la famille;
- Caractéristiques du conjoint et activité économique des femmes enquêtées : Ces questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes;
- Mortalité maternelle : Ces questions permettent d'obtenir des informations sur l'état de survie des frères et soeurs de l'enquêtée. En cas de décès d'une soeur de 12 ans ou plus, des questions permettent de déterminer si le décès est lié à une cause maternelle;
- MST et sida : informations sur la connaissance et la prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et sur les modes de transmission et de prévention du sida;
- Taille et poids des mères et des enfants : mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants de moins de 3 ans.

Collecte des données

Dates de la collecte des données

Début	Fin	Cycle
1997-09	1997-12	N/A

Mode de collecte de données

Interview face à face [f2f]

Notes sur la collecte des données

Neuf équipes comportant chacune un chef d'équipe, un contrôleur, et un nombre variable d'enquêtrices ont été constituées pour couvrir l'ensemble des grappes lors de l'enquête principale.

Par rapport à 1992, il faut remarquer que l'EDS 1997 comporte 4 nouveautés. En premier lieu, une localisation précise des grappes a été donnée à travers le Global Positioning System (GPS). Deuxièmement, un test sur le sel couramment utilisé par les ménages a été fait pour déterminer le niveau d'utilisation du sel iodé par les ménages. Par ailleurs, l'EDS 1997 a comporté un test sur l'anémie, réalisé auprès des enfants de moins de 3 ans et de leur mère. Le niveau d'hémoglobine sanguine a été mesuré à l'aide d'une hémocue et des niveaux d'anémie (légère, moyenne et sévère) ont pu être déterminés. Ces tests sanguins ont été effectués par des médecins. Enfin, le questionnaire a comporté un module MST/SIDA permettant d'appréhender la connaissance et la prévalence des MST/SIDA chez les femmes malgaches.

Les travaux de terrain de l'enquête principale se sont déroulés du mois de septembre au mois de décembre.

Questionnaires

L'EDS comporte deux types de questionnaires: un questionnaire-ménage, et un questionnaire individuel. La version définitive des questionnaires a été rédigée en malgache, langue nationale du pays.

a) Questionnaire-ménage

Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménage et de toutes les autres personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans ce ménage, de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge et le niveau d'instruction. Quelques caractéristiques de l'habitat comme le sol, le type de toilettes utilisées, l'approvisionnement en eau, ont également été insérées dans ce questionnaire dans le but de fournir des indicateurs socio-économiques et environnementaux du ménage. Le questionnaire ménage comporte également en page de garde la localisation du ménage, le nombre de visites effectuées par l'agent enquêteur, le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie pour le contrôle sur le terrain et au bureau. Mais l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et de fournir les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).

b) Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme constitue le cœur de l'EDS. Il doit être rempli pour toutes les femmes éligibles recensées dans le ménage, c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire comporte dix sections. Il permet de recueillir des informations concernant les différents domaines suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée : le lieu de résidence, l'âge, la situation matrimoniale, la religion, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux médias et les conditions d'habitat pour les femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté;
- Reproduction : les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que leur état de survie au moment de l'enquête; sur l'état de grossesse, la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel etc...
- Connaissance et utilisation de la contraception : le niveau de connaissance et la prévalence des méthodes contraceptives, ainsi que les sources d'approvisionnement;

- Grossesse, allaitement, vaccination et santé : les différentes questions portent sur la grossesse, l'allaitement, la vaccination, la prévalence et le traitement des maladies récentes chez les moins de 3 ans (diarrhée, toux, etc ...);
- Nuptialité : en plus des questions sur l'état matrimonial, d'autres renseignements sont recueillis sur l'activité sexuelle de la femme;
- Préférence en matière de fécondité : le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle idéal entre les naissances et l'opinion sur la taille de la famille;
- Caractéristiques du conjoint et activité économique des femmes enquêtées : Ces questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes;
- Mortalité maternelle : Ces questions permettent d'obtenir des informations sur l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. En cas de décès d'une sœur de 12 ans ou plus, des questions permettent de déterminer si le décès est lié à une cause maternelle;
- MST et sida : informations sur la connaissance et la prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et sur les modes de transmission et de prévention du sida;
- Taille et poids des mères et des enfants : mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants de moins de 3 ans.

Enquêteurs

Nom	Abbréviation	Affiliation
Institut National de la Statistique, Direction de la Démographie et des Statistique Sociales	INSTAT	

Traitements des données

Edition des données

L'exploitation des données englobe plusieurs activités : la réception des données et le contrôle de bureau (contrôle des fiches), la saisie, la comparaison de chaque fichier, l'édition des données, l'apurement et la tabulation.

La vérification des données a démarré dès la réception des premiers questionnaires de l'enquête. Elle a consisté en des contrôles d'exhaustivité de l'échantillon par rapport aux fiches de terrain et en un contrôle sommaire de la cohérence des données.

Afin de réduire les taux d'erreurs et d'améliorer la qualité des données, tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie. En outre, des tableaux fournissant des résultats bruts sur certaines variables de base et permettant de rectifier les erreurs de collecte étaient produits régulièrement de façon à contrôler la qualité des données collectées. Ces tableaux étaient analysés et les problèmes détectés étaient signalés aux enquêtrices de façon à améliorer la qualité de remplissage des questionnaires.

L'édition des données a été réalisée par les informaticiens de l'équipe technique en vue de vérifier la cohérence interne des réponses enregistrées dans le questionnaire et de corriger les éventuelles erreurs. Pour l'apurement, on a utilisé un programme de contrôle pour vérifier, grappe par grappe, après saisie et édition, la cohérence interne des réponses. Quant à la tabulation, elle a consisté à développer et à exploiter les programmes de sortie des tableaux de base destinés à l'élaboration du rapport final. La tabulation a été entièrement réalisée au siège de Macro International Inc. à Calverton, Maryland.

Notons enfin que les opérations de saisie, d'édition, d'apurement et de tabulation ont été réalisées avec le logiciel (Integrated System for Survey Analysis) développé par Macro International Inc.

Evaluation des données

Estimation des erreurs d'échantillonnage

Les erreurs de sondage peuvent être évaluées statistiquement. Les estimations qui figurent dans le Rapport Final ont été obtenues à partir d'un échantillon de 7060 femmes âgées de 15 à 49 ans. Si l'enquête avait été effectuée auprès d'un autre échantillon de femmes, il y a tout lieu de penser que les fréquences des réponses auraient été très peu différentes de celles présentées ici. C'est l'incertitude de cette assumption que reflète l'erreur de sondage; celle-ci permet donc de mesurer le degré de variation des réponses d'un échantillon à un autre.

L'erreur-type (ET) est un indice particulièrement utile pour mesurer l'erreur de sondage d'un paramètre (moyenne ou proportion). Elle est estimée à partir de la variance des réponses dans l'échantillon même : l'erreur-type est la racine carrée de la variance.

Si l'échantillon de femmes avait été tiré d'après un plan de sondage aléatoire simple, il aurait été possible d'utiliser des formules simples pour calculer les erreurs de sondage. Cependant, l'échantillon de l'EDS étant un échantillon stratifié à deux degrés, des formules plus complexes ont été utilisées. Le module « erreurs de sondage » du logiciel ISSA a été utilisé pour calculer les erreurs de sondage suivant la méthodologie statistique appropriée. Ce module utilise la méthode de linéarisation (Taylor) pour des estimations telles que les moyennes ou proportions, et la méthode de Jackknife pour des estimations plus complexes tels que l'indice synthétique de fécondité et les quotients de mortalité.

La méthode de Jackknife dérive les estimations des taux complexes à partir de chacun des sous-échantillons de l'échantillon principal, et calcule les variances de ces estimations avec des formules simples. Chaque sous-échantillon exclut une grappe dans les calculs des estimations. Ainsi, des sous-échantillons pseudo-indépendants ont été créés. Dans l'EDS, il y a 269 grappes non-vides. Par conséquent, 269 sous-échantillons ont été créés.

Il existe un deuxième indice très utile qui est la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS) ou effet de grappe : c'est le rapport de l'erreur-type observée sur l'erreur-type qu'on aurait obtenue si un sondage aléatoire simple avait été utilisé. Cet indice révèle dans quelle mesure le plan de sondage qui a été choisi se rapproche d'un échantillon aléatoire simple de même taille : la valeur 1 de la REPS indique que le plan de sondage est aussi efficace qu'un échantillon aléatoire simple, alors qu'une valeur supérieure à 1 indique un accroissement de l'erreur de sondage dû à un plan de sondage plus complexe et moins efficace au point de vue statistique. Le logiciel calcule aussi l'erreur relative et l'intervalle de confiance pour chaque estimation.

Les erreurs de sondage pour l'EDS ont été calculées pour certaines des variables les plus intéressantes. Les résultats sont présentés en annexe du Rapport Final pour l'ensemble du pays, le milieu urbain, le milieu rural, et pour chacune des six provinces (Faritany). Pour chaque variable, le type de statistique (moyenne, proportion ou taux) et la population de base sont présentés dans le tableau B.1 du Rapport Final. Les tableaux B.2 à B.10 présentent la valeur de la statistique (M), l'erreur-type (ET), le nombre de cas non-pondérés (N) et pondérés (N'), la racine carrée de l'effet du plan de sondage (REPS), l'erreur relative (ET/M), et l'intervalle de confiance à 95 % ($M \pm 2ET$) pour chaque variable. L'effet du plan de sondage (REPS) est non-défini quand l'écart-type sous l'échantillon aléatoire simple est zéro (quand l'estimation est proche de 0 ou 1). Dans le cas de l'indice synthétique de fécondité, le nombre de cas non-pondérés n'est pas pertinent, car la valeur nonpondérée de femmes-années d'exposition au risque de grossesse n'est pas connue.

L'intervalle de confiance est interprété de la manière suivante : pour la variable Enfants nés vivants des femmes 15-49 ans, l'EDS a donné un nombre moyen d'enfants nés vivants de 3,215 pour l'ensemble des femmes, auquel correspond une erreur-type de 0,05 enfant. Dans 95 % des échantillons de taille et caractéristique identiques, la valeur réelle du nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes âgées de 15 à 49 ans se trouve entre $3,215 - 2 \times 0,05$ et $3,215 + 2 \times 0,05$, soit 3,115 et 3,315.

Les erreurs de sondage ont été analysées pour l'échantillon national de femmes et pour deux groupes d'estimations : (1) moyennes et proportions, et (2) taux démographiques. Les erreurs relatives (ET/M) des moyennes et proportions se situent entre 1,2 % et 27,4 % avec une moyenne de 5,9 %. Les erreurs relatives les plus élevées sont généralement celles des très faibles estimations (par exemple, parmi les femmes actuellement en union qui utilisent le condom). Si on enlève les estimations de très faible valeur (moins de 10 %), la moyenne tombe à 3,6 %. Ainsi, en général, les erreurs relatives de la plupart des estimations pour l'ensemble du pays sont faibles, sauf dans le cas de très faibles proportions. L'erreur relative de l'indice de fécondité est assez faible (2,4 %). Cependant, pour les taux de mortalité, l'erreur relative moyenne est un peu plus élevée (6,7 %).

Il existe des différences entre les erreurs relatives au niveau des sous-échantillons. Par exemple, pour la variable Enfants nés vivants des femmes âgées de 40 à 49 ans, l'erreur relative pour l'échantillon de femmes est respectivement de 2 %, 3,4 % et 6 % pour l'ensemble du pays, l'ensemble du milieu urbain et le faritany de Mahajanga.

Pour l'échantillon national de femmes, la moyenne de l'effet du plan de sondage (REPS) calculée pour l'ensemble des estimations est de 1,6 ce qui veut dire que, par rapport à un échantillon aléatoire simple, la variance est multipliée par un facteur de $1,6^2 = 2,56$ parce qu'on utilise un plan de sondage complexe (par grappes et à plusieurs degrés).

Autres types d'évaluation des données

Les erreurs de mesure et les erreurs de sondage. Les erreurs de mesure sont celles associées à la mise en oeuvre de la collecte et de l'exploitation des données telles que l'omission de ménages sélectionnés, la mauvaise interprétation des questions de la part de l'enquêtrice ou de l'enquêtée, ou les erreurs de saisie des données. Bien que tout le possible ait été fait pour minimiser ce type d'erreur pendant la mise en oeuvre de l'EDS, il est difficile d'éviter et d'évaluer toutes les erreurs de mesure.

Documentation de l'étude

Questionnaires

ENDS-II Questionnaire Ménage

Titre	ENDS-II Questionnaire Ménage
Auteur(s)	Centre National de Recherches sur l'Environnement
Date	1997-01-01
Pays	Madagascar
Contributeur(s)	MACRO International Inc.
Description	<p>Questionnaire-ménage</p> <p>Il permet d'établir la liste de tous les membres du ménages et de toutes les autres personnes ayant passé la nuit précédant l'enquête dans ce ménage, de collecter à leur sujet un certain nombre d'informations telles que le nom, le lien de parenté avec le chef de ménage, la situation de résidence, le sexe, l'âge et le niveau d'instruction. Quelques caractéristiques de l'habitat comme le sol, le type de toilettes utilisées, l'approvisionnement en eau, ont également été insérées dans ce questionnaire dans le but de fournir des indicateurs socio-économiques et environnementaux du ménage. Le questionnaire ménage comporte également en page de garde la localisation du ménage, le nombre de visites effectuées par l'agent enquêteur, le résultat de l'interview, ainsi qu'une partie pour le contrôle sur le terrain et au bureau. Mais l'objectif principal de ce questionnaire est de permettre l'identification des femmes éligibles (âgées de 15-49 ans) et de fournir les informations permettant d'établir le dénominateur pour le calcul des taux démographiques (natalité, mortalité, fécondité).</p>
Nom du fichier	MDG_DHS_1997_Questionnaire_Household_Fr.pdf

ENDS-II Questionnaire Individuel Femme

Titre	ENDS-II Questionnaire Individuel Femme
Auteur(s)	Centre National de Recherches sur l'Environnement
Date	1997-01-01
Pays	Madagascar
Contributeur(s)	MACRO International Inc.

Questionnaire individuel

Le questionnaire individuel femme constitue le cœur de l'EDS. Il doit être rempli pour toutes les femmes éligibles recensées dans le ménage, c'est-à-dire les femmes âgées de 15 à 49 ans, ayant passé la nuit précédant l'enquête dans le ménage, quel que soit leur statut de résidence. Ce questionnaire comporte dix sections. Il permet de recueillir des informations concernant les différents domaines suivants :

- Caractéristiques socio-démographiques de l'enquêtée : le lieu de résidence, l'âge, la situation matrimoniale, la religion, la scolarisation, l'alphabétisation, l'accès aux médias et les conditions d'habitat pour les femmes qui sont en visite dans le ménage enquêté;
- Reproduction : les naissances vivantes que la femme a eues durant sa vie, ainsi que leur état de survie au moment de l'enquête; sur l'état de grossesse, la connaissance de la période féconde dans le cycle menstruel etc...
- Connaissance et utilisation de la contraception : le niveau de connaissance et la prévalence des méthodes contraceptives, ainsi que les sources d'approvisionnement;
- Grossesse, allaitement, vaccination et santé : les différentes questions portent sur la grossesse, l'allaitement, la vaccination, la prévalence et le traitement des maladies récentes chez les moins de 3 ans (diarrhée, toux, etc ...);
- Nuptialité : en plus des questions sur l'état matrimonial, d'autres renseignements sont recueillis sur l'activité sexuelle de la femme;
- Préférence en matière de fécondité : le désir d'enfants supplémentaires, l'intervalle idéal entre les naissances et l'opinion sur la taille de la famille;
- Caractéristiques du conjoint et activité économique des femmes enquêtées : Ces questions ont été posées afin de connaître les caractéristiques socio-professionnelles du conjoint des femmes en union et l'activité professionnelle de ces femmes;
- Mortalité maternelle : Ces questions permettent d'obtenir des informations sur l'état de survie des frères et sœurs de l'enquêtée. En cas de décès d'une sœur de 12 ans ou plus, des questions permettent de déterminer si le décès est lié à une cause maternelle;
- MST et sida : informations sur la connaissance et la prévalence des Maladies Sexuellement Transmissibles et sur les modes de transmission et de prévention du sida;
- Taille et poids des mères et des enfants : mesures anthropométriques des femmes enquêtées et de leurs enfants de moins de 3 ans.

Description

Nom du fichier MDG_DHS_1997_Questionnaire_Woman_Fr.pdf

Rapports

Enquête démographique et de santé 1997 - Rapport Final

Titre Enquête démographique et de santé 1997 - Rapport Final

Auteur(s) Centre National de Recherches sur l'Environnement

Date 1998-11-01

Pays Madagascar

Langue français

Contributeur(s) MACRO International Inc.

Description Ce rapport présente les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée à Madagascar en 1997 par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), avec l'assistance technique de Macro International Inc. Le Fonds des Nations Unies pour la Population a financé la totalité des coûts locaux de l'enquête et l'UNICEF a contribué au projet en fournissant des véhicules et d'autres matériels pour les activités de terrain. L'assistance technique et l'équipement médical et informatique ont été financés par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).

L'EDS fait partie du programmemonial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS), dont l'objectif est de collecter, d'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.

Nom du fichier <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR93/FR93.pdf>

Enquête démographique et de santé 1997 - Rapport de synthèse

Titre Enquête démographique et de santé 1997 - Rapport de synthèse

Auteur(s) Centre National de Recherches sur l'Environnement

Date 1998-11-01

Pays	Madagascar
Langue	français
Contributeur(s)	MACRO International Inc.
Description	<p>Ce rapport présente les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), réalisée à Madagascar en 1997 par la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS) de l'Institut National de la Statistique (INSTAT), avec l'assistance technique de Macro International Inc. Le Fonds des Nations Unies pour la Population a financé la totalité des coûts locaux de l'enquête et l'UNICEF a contribué au projet en fournissant des véhicules et d'autres matériels pour les activités de terrain. L'assistance technique et l'équipement médical et informatique ont été financés par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).</p> <p>L'EDS fait partie du programmemonial des Enquêtes Démographiques et de Santé (Demographic and Health Surveys - DHS), dont l'objectif est de collecter, d'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.</p>
Nom du fichier	https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/SR66/SR66.pdf
